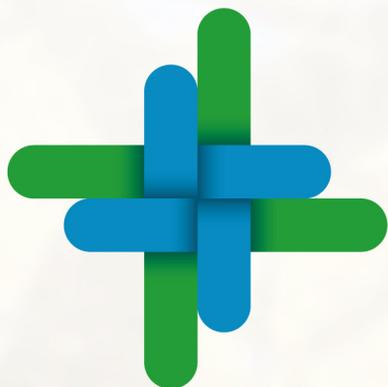


REVISTA

ANAPE

CADERNO ESPECIAL



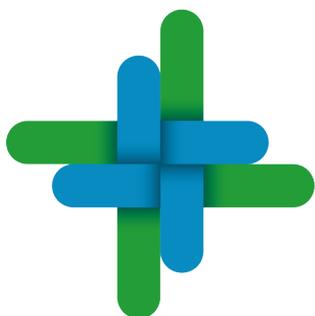
ENCONTRO NACIONAL DE PROCURADORIAS DE SAÚDE

TOMO I

5° ENPS | Mato Grosso do Sul 2024

REVISTA

ANAPE



CADERNO ESPECIAL

**ENCONTRO
NACIONAL DE
PROCURADORIAS
DE SAÚDE**

TOMO I

5° ENPS | Mato Grosso do Sul 2024

Revista ANAPE: Encontro Nacional de Procuradorias de Saúde – Tomo I

©Orgs.: Fabiola Marquetti Sanches Rahim, Norton Riffel Camatte, Patricia Ulson Pizarro Werner,
Vicente Prata Braga
EDITORA MIZUNO 2024

Revista ANAPE: Encontro Nacional de Procuradorias de Saúde – Tomo I.

ISSN 2763.5287

1. Direito – Periódicos. Brasília. Associação dos Procuradores do Estado e do Distrito Federal (ANAPE).

Orgs.: Fabiola Marquetti Sanches Rahim, Norton Riffel Camatte, Patricia Ulson Pizarro Werner, Vicente Prata Braga

Nos termos da lei que resguarda os direitos autorais, é expressamente proibida a reprodução total ou parcial destes textos, inclusive a produção de apostilas, de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, inclusive através de processos xerográficos, reprográficos, de fotocópia ou gravação.

Qualquer reprodução, mesmo que não idêntica a este material, mas que caracterize similaridade confirmada judicialmente, também sujeitará seu responsável às sanções da legislação em vigor.

A violação dos direitos autorais caracteriza-se como crime incurso no art. 184 do Código Penal, assim como na Lei n. 9.610, de 19.02.1998.

O conteúdo da obra é de responsabilidade dos autores. Desta forma, quaisquer medidas judiciais ou extrajudiciais concernentes ao conteúdo serão de inteira responsabilidade dos autores.

O material disponibilizado on-line, incluindo links, QR-codes, vídeos, petições, entre outros, estará acessível durante a vigência da edição atual do livro, podendo ser retirado após esse período, sem aviso prévio.

Todos os direitos desta edição reservados à
EDITORA MIZUNO

Rua Benedito Zacariotto, 172 - Parque Alto das Palmeiras, Leme - SP, 13614-460
Correspondência: Av. 29 de Agosto, nº 90, Caixa Postal 501 - Centro, Leme - SP, 13610-210
Fone/Fax: (0XX19) 3554-9820

Visite nosso site: www.editoramizuno.com.br
e-mail: atendimento@editoramizuno.com.br

Impresso no Brasil
Printed in Brazil



APRESENTAÇÃO

A Associação Nacional dos Procuradores do Estado (ANAPE), através da Escola Superior da Nacional da Advocacia Pública (ESNAP), apresenta o projeto editorial de publicação dos principais temas da área do Direito Sanitário abordados em nossos Encontros Nacionais de Procuradorias de Saúde (ENPS), com o fim de difundir as principais teses debatidas no âmbito acadêmico, compartilhar experiências significativas no âmbito da Advocacia Pública, estimular a elaboração de trabalhos acadêmicos, sempre com o intuito de contribuir concretamente no estabelecimento do direito fundamental à saúde com qualidade.

EDITORIAL



Com muita alegria a ANAPE tem a grande satisfação de realizar o 5.º Encontro Nacional das Procuradorias de Saúde em Mato Grosso do Sul de forma inovadora ao construir espaços diferenciados para participação de todos os inscritos, como o *workshop* e a revista para a publicação de trabalhos, considerando que a finalidade do evento é justamente promover o elevado debate crítico na área da saúde pública e o compartilhamento de experiências significativas com o fim de aprimorar a atuação da Advocacia Pública.

O registro histórico dos encontros nos anais do evento, de forma eletrônica, é um importante passo para a consolidação e difusão das teses no meio científico e entre operadores jurídicos do SUS.

Foram criadas duas categorias de trabalho, a resenha de experiência inovadora e a investigação científica. A primeira modalidade de trabalho tem como objeto a apresentação de *paper* descritivo da inovação da área de saúde, quando utilizadas metodologias ativas na entrega do produto na atividade finalística da Advocacia Pública (parecer, defesa, contratos, recomendações etc.), a exemplo do estudo de casos, projetos elaborados nas instituições do autor, aprendizado por problemas (lições aprendidas), estudos de julgados, descritivos de *design thinking*, dentre outros. A segunda, visa promover a pesquisa científica sobre o tema.

Esperamos que as inovações ajudem a consolidar o ENPS com um importante evento para agregar e fortalecer a atuação da Advocacia Pública na sua missão essencial de contribuir para a concretização do projeto constitucional do sistema único de saúde.

Brasília, 25 de agosto de 2024

**Patricia Ulson
Pizarro Werner**

Diretora da ESNAP/ANAPE

**Vicente Prata
Braga**

Presidente da ANAPE

**Fabiola Marquetti
Sanchez Rahim**

Vice-Presidente da ANAPE

**Norton Riffel
Camatte**

Presidente da APREMS

5.º Encontro Nacional de Procuradorias de Saúde

Comissão Editorial

Vicente Martins Prata Braga – Presidente da ANAPE

Norton Riffel Camatte – Presidente da APREMS

Fabiola Marquetti Sanches Rahim – 1.ª Vice-presidente da ANAPE

Patricia Ulson Pizarro Werner – Diretora Presidente da ESNAP/ANAPE

Comissão Executiva

Ludmila dos Santos Russi

Kaoye Gazina Oshiro

Carlos Henrique Falcão de Lima

Rômulo Augustus Sugihara Miranda

Autores

Ariela de Almeida Serra

Aurélio Passos Silva

Carlos Henrique Falcão de Lima

Cristiane Santana Guimarães

Felipe Azevedo Barros

Fernando Alcantara Castelo

Guilherme Lélis Picinini

Letícia Maria de Toni

Maria Cecília de Almeida Castro

Verônica de Almeida Carvalho



Sumário

A Lei do Minuto Seguinte e a Saúde da Mulher	11
Ariela de Almeida Serra Verônica de Almeida Carvalho	
1 Resumo.....	11
2 Introdução.....	12
3 Da Saúde da Mulher.....	13
4 A Lei nº 12.845/2013.....	16
5 Conclusão.....	20
6 Referências.....	20
O que Leva uma Ação de Saúde à Improcedência?	22
Aurélio Passos Silva	
1 Introdução.....	22
2 Análise dos Processos Federais de Uberlândia.....	22
2.1 Fundamentação das sentenças de improcedência.....	25
2.1.1 Medicamentos sem registro na ANVISA.....	26
2.1.2 Existência de alternativas terapêuticas.....	28
2.1.3 Fura fila.....	31
2.1.4 Desnecessidade do tratamento vindicado.....	33
2.1.5 Obediência às listas padronizadas do SUS.....	33
3 Conclusão.....	34
4 Referências.....	35

A Atuação da Advocacia Pública na Efetivação de Políticas de Saúde Mental: Um Estudo de Caso do Hospital Estadual “Nina Rodrigues” no Maranhão

37

Carlos Henrique Falcão de Lima

1 Introdução.....	37
2 Reforma Psiquiátrica estabelecida pela Lei nº 10.216/2001.....	38
3 Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça	41
4 Estudo de Caso do Maranhão. Ação Civil Pública nº 0802594-05.2017.8.10.0001. Vara de Interesses Difusos e Coletivos de São Luís	42
4.1 O caso envolveu Damião Ximenes Lopes. Julgamento pela Corte Internacional de Direitos Humanos.....	47
4.2 Relevante papel da Procuradoria do Estado do Maranhão na sua atuação e desenvolvimento da política pública em saúde na ACP nº 0802594-05.2017.8.10.0001	48
5 Conclusão	49
6 Referências	50

O SRQ-20 e sua Eficácia em Diagnósticos Coletivos de Saúde dos Procuradores dos Estados e DF: Uma Visão de Futuro

52

Cristiane Santana Guimarães

1 Resumo.....	52
2 Introdução.....	53
3 Como o SRQ-20 foi Utilizado no Diagnóstico de Saúde da ANAPE	54
4 Os Resultados Encontrados.....	56
5 Os Níveis de Saúde nas Carreiras Jurídicas.....	59
5.1 Saúde: ANAUNI e AGU - a Cartilha de Orientações de Atenção à Saúde Mental	59
5.2 Saúde: SINPROFAZ e PFN - Programa, projetos e Ações de Saúde Mental e Qualidade de Vida da advocacia Pública.....	61
6 Conclusão	63
7 Referências	64

A Aplicação de Soluções Estruturais nos Tribunais Superiores nas Demandas em Saúde

66

Felipe Azevedo Barros | Fernando Alcantara Castelo

1 Introdução.....	66
2 O sistema brasileiro de “precedentes”, os instrumentos de cooperação jurisdicional e a judicialização da saúde.....	67

3 O tratamento estrutural à judicialização da saúde pelo Superior Tribunal de Justiça: o caso concreto do julgamento Recurso Especial 1.733.412/SP	71
4 O tratamento estrutural à judicialização da saúde pelo Supremo Tribunal Federal	73
4.1 O tema de repercussão geral n. 1234 do STF	75
5 Conclusão	78
6 Referências	78

Precedentes e Judicialização da Saúde: Identificação da “Ratio Decidendi”

80

Guilherme Lélis Picinini

1 Introdução.....	80
2 A Judicialização do Direito à Saúde e os Precedentes Judiciais	81
3 O Sistema de Precedentes – A Função das Cortes Supremas e o Direito à Saúde.....	83
4 Precedentes e Direito à Saúde: o Polo Passivo nas Demandas em Face do Poder Público	85
5 Da Necessidade da Correta Identificação da <i>Ratio Decidendi</i> : Tese Não é Precedente.....	89
6 Conclusão	93
7 Referências	94

Apontamentos acerca de Possíveis Demandas Judiciais Predatórias que Postulam Produtos à Base de Cannabis para Fins Medicinais no Estado do Paraná

96

Letícia Maria de Toni

1 Introdução.....	96
2 Prescrição indiscriminada dos produtos à base de cannabis.....	99
3 Índícios acerca do desvio de finalidade nas ações judiciais em que se postulam produtos à base de cannabis no Estado do Paraná	102
4 Conclusão	104
5 Referências	106

A Desjudicialização da Saúde no Estado de Minas Gerais

107

Maria Cecília de Almeida Castro

1 Introdução.....	107
2 Método	109
3 Resultados	109
4 Referências	120

A Lei do Minuto Seguinte e a Saúde da Mulher

Ariela de Almeida Serra¹
Verônica de Almeida Carvalho²

“Toda vez que uma mulher se defende, sem nem perceber que isso é possível, sem qualquer pretensão, ela defende todas as mulheres.”

Maya Angelou

1 Resumo

O objetivo do artigo é demonstrar que a violência praticada contra as mulheres é um grave problema que toca tanto os Direitos Humanos como o campo da Saúde Pública. Cuida-se de um tema de alcance mundial,

1 Natural de Salvador, Bahia. Procuradora do Estado da Bahia. Ex-consultora jurídica da Câmara Municipal de Salvador. Ex-juíza do Estado do Rio de Janeiro. Graduada em Direito pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pós-graduada em: Direito do Estado, Direito Administrativo pelo Instituto Excelência Ltda (Podivm); Direito Médico e da Saúde pela Faculdade CERS. Autora dos livros: Judicialização da saúde pública no Brasil: para além da norma; Qual o papel que o Direito ocupa na nova engrenagem da inteligência artificial? Multidireitos XI: Novos caminhos para o Direito público e o privado; Processo Civil e Saúde Pública: Fundamentos e Reflexões; Fazenda Pública em juízo: perspectivas contemporâneas; Direito Sanitário e Advocacia de Estado: reflexões e desafios contemporâneos; Direitos da Mulher e políticas públicas de saúde no Brasil; Constitucionalismo Digital e o direito fundamental à saúde: Breves comentários.

2 Natural de Salvador, Bahia. Procuradora do Estado da Bahia. Graduada em Direito pela Universidade Católica de Salvador (USCAL). Especialista em Processo Civil pelo Instituto Brasileiro de Direito Público - IDP e Direito Médico e da Saúde pela Faculdade CERS. Autora dos livros: Judicialização da saúde pública no Brasil: para além da norma; Qual o papel que o Direito ocupa na nova engrenagem da inteligência artificial? Multidireitos XI: Novos caminhos para o Direito público e o privado; Processo Civil e Saúde Pública: Fundamentos e Reflexões; Fazenda Pública em juízo: perspectivas contemporâneas; Direitos da Mulher e políticas públicas de saúde no Brasil.

abrangendo todas as classes sociais, etnias e religiões. Muitas transformações ocorreram e deverão ainda ocorrer para tornar mais efetivas as políticas legais de proteção e igualdade de gênero. Assim, certas da relevância da inovação legislativa, nos debruçaremos brevemente sobre o impacto da Lei nº 12.845/2013 (Lei do Minuto Seguinte) nas políticas públicas de saúde da mulher no Brasil.

Palavras-chave: Saúde. Direito da Mulher. Lei do Minuto Seguinte.

2 Introdução

Sem rodeios fatigantes, a essência dos Direitos Humanos é o princípio de dignidade inerente à condição humana. Com a Declaração Universal dos Direitos dos Homens, afirmou-se, pela primeira vez, a necessidade de respeitar a igualdade entre todos os indivíduos.

Nessa toada, foi entre as décadas de 1960 e 1970 que se empreendeu a conscientização sobre a necessária produção de recursos institucionais para o aprimoramento das condições de vida das mulheres em todo o globo, delineando-se as primeiras noções sobre o assunto.

No nosso contexto, as discussões relacionadas à desigualdade de gênero surgiram a partir de 1970, tomando força na década de 1980, quando da redemocratização do país, através de ações feministas, em que se exigia a assunção de políticas públicas para modificar o cenário então vigente.

Saliente-se que foi na década de 1990, no entanto, que surgiu o movimento que defendia a máxima “os direitos das mulheres são direitos humanos”. A partir de então, aflorou o entendimento de que as agressões praticadas contra as mulheres ofenderiam direitos humanos, determinando que os Estados são também responsáveis por esses abusos, sejam eles perpetrados na seara pública ou privada.

É importante destacar que as mulheres constituem a metade da humanidade e a saúde é um direito humano internacional. Afinal, o cuidado é um dever inevitável. Em sendo assim, o direito à saúde garantido constitucionalmente como um direito fundamental social, está em consonância com os principais acordos e declarações internacionais.

A despeito da norma constitucional que prevê que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações (art.5, inciso I, CF/88), ainda é imensa a violência contra a mulher no Brasil, seja ela de natureza política, familiar, doméstica etc., ensejando a imprescindibilidade da elaboração de leis específicas para conduzir a proteção delas.

Foi no contexto das lutas feministas, principalmente as mais recentes e dos avanços legislativos que emergiu a necessidade de compreender a violência sexual como um problema de saúde pública. Acreditamos, portanto, que a complexidade do debate é vasta e necessita ser reconhecida como imprescindível objeto de investigação crítica.

No cenário brasileiro, o número de casos de violência sexual é assustador. Nessa paisagem atormentada, o atendimento médico às vítimas é de extrema importância, e o quanto antes for realizado, melhor, pois será mais eficaz.

Como é sabido, o tempo altera a natureza das coisas. Daí a importância da Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, também conhecida como Lei do Minuto Seguinte, que tem por escopo resguardar as vítimas de abuso sexual, convertendo o atendimento médico obrigatório e integral às pessoas violentadas sexualmente, com o fito de cuidar e controlar possíveis danos físicos, psicológicos e/ou sociais oriundos da violência, proporcionando às vítimas melhor qualidade de vida.

3 Da Saúde da Mulher

O conjunto de ações coletivas realizadas com objetivo de efetivar os direitos sociais é denominado políticas públicas. Ao passo em que a saúde está prevista na Constituição da República Federativa Brasileira de 1988 (CRFB) como um direito social, de aplicabilidade imediata, que deve ser assegurado pelo Estado, por meio de políticas econômicas e sociais. A assistência sanitária é intrínseca ao direito à vida. Neste diapasão, o mínimo existencial seria um núcleo intangível dos direitos sociais necessários para uma existência digna.

Dentre os principais Documentos Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos ratificados pelo Brasil, citamos: Carta das Nações Unidas (1945); Convenção contra o Genocídio (1948); Declaração

Universal dos Direitos Humanos (1948); Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965, ratificada em 1968); Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966, ratificado em 1992); Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1962, ratificado em 1992); Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1979, ratificada com reservas em 1984 e ratificada plenamente em 1994); Convenção sobre a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984, ratificada em 1989); Convenção Sobre os Direitos das Crianças (1989, ratificada em 1990); Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (1993); Plano de Ação da Conferência sobre População e Desenvolvimento (1994); Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção Belém do Pará (1994, ratificada em 1995); Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995); Protocolo Facultativo CEDAW (1999, ratificado em 2001).

Não seria possível, nos estreitos limites desse artigo, perpassar todas as questões abarcadas pelo tema. Porém, reputamos importante frisar que a saúde pública não deve ser compreendida como atinente apenas aos cidadãos, mas ao incremento de condições de vida para a maior quantidade possível de indivíduos. Seu escopo primordial é a prevenção das enfermidades e a expansão de cuidados e segurança para a coletividade.

Não é incomum, no discurso jurídico, os argumentos da reserva do possível, mínimo existencial e a teoria das escolhas trágicas, afinal, a viabilidade de concretização de políticas públicas está relacionada com o orçamento público, elemento de natureza objetiva e que nem sempre acompanha a velocidade com que as demandas se apresentam para que o Poder Público promova os direitos sociais.

O conceito de dignidade evoluiu na linha do tempo e sofreu com as transformações sociais, expandindo-se e lapidando-se, até chegar à definição moderna. Os direitos adquiridos pelas mulheres acompanharam essa trajetória.

Relativamente no que toca à violência, afirma Mariana Porto Ruwer de Azambuja:

A partir da década de 1980 e, mais intensamente, na década de 1990, a problemática da violência adquiriu maior força nos debates políticos e sociais e no planejamento em saúde pública. Foi apenas nesse período que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) começaram a falar explicitamente em violência. (Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V5RjdbVjmmTbDvbqrs7zjzf/>. Acesso em: 25/02/24).

E continua:

Em 1994, a OPAS realizou uma conferência internacional com os Ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas sobre o tema. Dentre as conclusões desse encontro, destacou-se a constatação de que a violência, devido ao grande número de vítimas e à magnitude de suas seqüelas físicas e psicológicas, adquiriu um caráter endêmico e se tornou uma responsabilidade da Saúde Pública (Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V5RjdbVjmmTbDvbqrs7zjzf/>. Acesso em: 25/02/24).

As vítimas de violência sexual correm o risco de infecção de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e HIV; gravidez indesejada ou de risco, desenvolvimento de diversos tipos de transtornos (depressão, ansiedade, estresse pós-traumático etc.), o que, sem sombra de dúvidas, atinge diretamente o sistema de saúde pública.

É possível mencionar diversos avanços positivos em nosso país: o oferecimento de exames preventivos de câncer de mama e colo de útero pelo SUS, proteção contra a violência doméstica, inclusive a psicológica, amparo médico e psicológico em casos de estupro, acompanhamento completo da gravidez pelo SUS, a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), entre outras. Por conseguinte, são variadas as políticas públicas voltadas à saúde da mulher, em todas as fases da vida, previstas no Sistema Único de Saúde (SUS), com merecido destaque para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

O Ministério da Saúde, como forma de responder prontamente aos apelos das mulheres e dos movimentos feministas ao longo do tempo, vem se sobressaindo no combate à violência, através de ações articuladas com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres no âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.

A pasta, além de confirmar a violência sexual como violação aos direitos humanos, a identifica também como uma questão de saúde pública, orientando-se na confecção de programas de governo pelos acordos internacionais ratificados pelo Brasil, com destaque para a Conferência de Cairo (1994), a Convenção de Belém do Pará (1994) e a Conferência de Beijing (1995).

Segundo a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” do Ministério da Saúde, de 2012:

A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. Diz-se persistente porque a violência sexual atravessa a história e sobrevive. Por um lado, na dimensão de uma pandemia, atingindo mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico; por outro, na forma de violência simbólica e moral, aterrorizando, em especial, o imaginário das mulheres, tanto produzindo vulnerabilidades quanto promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal. (Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 06/03/24).

Verifica-se, portanto, a pertinência das reflexões aqui trazidas para a constituição das políticas públicas de saúde almejadas, desde o ponto de vista emancipatório para as mulheres, no amparo de que é comungando conhecimentos e experiências que se encontra a verdadeira oportunidade de nos tornarmos sujeitos sociais mais instruídos, consequentemente mais capazes na luta por um mundo democrático e digno.

4 A Lei nº 12.845/2013

Conforme já mencionado, a violência sexual contra as mulheres tem índices alarmantes no Brasil e consequências graves na saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a violência sexual consiste: “em todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou insinuações sexuais indesejadas; ou ações para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção

por outra pessoa, independentemente da relação desta com a vítima, em qualquer âmbito, incluindo o lar e o local de trabalho”³.

A violência sexual contra as mulheres atesta a desigualdade de gênero e a estrutura patriarcal da sociedade, representando grave violação da dignidade humana e direitos humanos.

Nesse contexto, foi promulgada a lei nº 12.845/2013, denominada Lei do Minuto Seguinte, com o objetivo de proteger as vítimas de violência sexual, determinando o atendimento médico obrigatório e integral às mulheres vítimas de violência sexual, com intuito de tratar os impactos físicos e psicológicos causados do ato de violência.

O artigo 1º da lei dispõe:

“Art. 1º Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.”⁴

O Sistema Único de Saúde teve que adaptar suas políticas públicas para oferecer serviços de acordo com a garantia da Lei do Minuto Seguinte. É o que se contata da norma técnica editada pelo Ministério da Saúde:

“A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual é baseada na organização dos serviços de saúde e nos níveis de complexidade e especialidade da atenção para a prevenção e o tratamento de agravos. Nesse contexto, a nova edição desta Norma

Técnica vem atender tanto aos anseios dos(as) profissionais de saúde como da sociedade em geral pela revisão de condutas e indicações, em consonância com a legislação, as políticas atuais e os avanços técnico-científicos. Amparado nos princípios do SUS, e sob enfoque de gênero, visa garantir o atendimento a pessoas que sofreram violência sexual – independente de sexo, idade, orientação sexual ou identidade de gênero – e representa parte das medidas a serem adotadas com vistas à redução

3 <https://leidominutoseguinte.mpf.mp.br/>. Acesso em: 11/03/2024.

4 https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12845.htm. Acesso em: 11/03/2024.

dos agravos à saúde decorrentes desta sorte de violência. Nesse sentido, a abordagem interdisciplinar, a integração de ações sobre violência de gênero em diferentes atuações na unidade de saúde, o fortalecimento das fontes informais de apoio entre outros, são fundamentais.”⁵

A lei nº 12.845/2013 elenca os serviços obrigatórios e imediatos em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, *in verbis*: “Art. 3º O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

- diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;
- amparo médico, psicológico e social imediatos;
- facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;
- profilaxia da gravidez;
- profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;
- coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;
- fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 1º Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.

§ 2º No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.

§ 3º Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.⁶”

O atendimento imediato tem como objetivo obter maior eficácia da realização de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, bem como evitar uma gravidez indesejada com a administração de contraceptivo de emergência. A gratuidade dos serviços está alinhada com as políticas de saúde do SUS.

5 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 10/03/2024.

6 https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 10/03/2024.

Merece destaque, ainda, o dispositivo legal que prevê a facilitação do registro de ocorrência, bem como o encaminhamento ao órgão de medicina legal para a identificação do agressor por meio de exame de DNA.

As unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia devem estar capacitadas para o cumprimento da Lei do Minuto Seguinte. A capacitação da unidade perpassa pelo treinamento dos profissionais de saúde, bem como a disponibilidade de recursos.

O desconhecimento da Lei do Minuto Seguinte representa mais um obstáculo para a efetivação dos direitos nela garantidos.

De acordo com o IPEA:

“Neste começo de março, Mês da Mulher, um estudo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) chama a atenção para um problema crítico no Brasil e que afeta principalmente as mulheres: o número estimado de casos de estupro no país por ano é de 822 mil, o equivalente a dois por minuto.

Com base nessa estimativa, o Ipea também calculou a taxa de atrito para o país, ou seja, a proporção dos casos estimados de estupro que não são identificados nem pela polícia, nem pelo sistema de saúde. A conclusão é que, dos 822 mil casos por ano, apenas 8,5% chegam ao conhecimento da polícia e 4,2% são identificados pelo sistema de saúde.

O quadro é grave, pois, além da impunidade, muitas das vítimas de estupro ficam desatendidas em termos de saúde, já que, como os autores ressaltam, a violência sexual contra as mulheres frequentemente está associada a depressão, ansiedade, impulsividade, distúrbios alimentares, sexuais e de humor, alteração na qualidade de sono, além de ser um fator de risco para comportamento suicida.”⁷

A intervenção dos serviços ofertados pelo SUS para mulheres no contexto da violência sexual têm papel de destaque para a garantia da dignidade humana, na medida em que garante tratamento adequado de saúde após ato cruel de violência.

7 <https://www.ipea.gov.br/porta/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13541-brasil-tem-cerca-de-822-mil-casos-de-estupro-a-cada-ano-dois-por-minuto>. Acesso em: 10/03/2024.

Os profissionais de saúde devem estar informados e treinados para uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime.

5 Conclusão

Com o presente trabalho, concluímos que a saúde como direito fundamental é expressão da dignidade humana. No que se refere ao direito da mulher, as legislações específicas têm realizado a defesa da Carta Magna, na tentativa de evitar um retrocesso antidemocrático.

A saúde reprodutiva e a saúde da mulher como um todo configuram um meio para a realização dos seus direitos, uma vez que sua violação põe em risco sua própria vida.

A luta por direitos encontra-se no âmago do constitucionalismo contemporâneo, cabendo destacar que a violência sexual representa uma grande questão para a nação brasileira, pois como tivemos a oportunidade de verificar, constitui ofensa à dignidade da pessoa humana das vítimas, porquanto não se trata apenas de um problema relativo à segurança pública.

Ademais, a desigualdade de gênero na saúde está estreitamente relacionada às condições estruturais de pobreza e indeterminação econômica. Sendo assim, há um liame básico comum entre as desigualdades de gênero econômicas e de saúde.

É verdade que nem sempre é possível escolher a maré, mas os tempos exigem sobremaneira o bom uso do poder, é dizer, uma integridade do compromisso político e uma moral de altruísmo do gênero humano. Afinal, o tema aqui debatido é inadiável e complexo, nos convidando a reexaminar posturas, mentalidades e o próprio arcabouço normativo.

É preciso saber olhar, olhar amplamente.

6 Referências

AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwer de. **Introdução à Violência Contra as Mulheres como um Problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública**. Universidade do Minho, Portugal. 03 mai. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/V5RjdbVjmmTbDvbqrs7zjzf/>. Acesso em: 25/02/24.

BRASIL, Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 7 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 23/02/24.

_____, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01/03/24.

_____, Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1 ago. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 06/03/24.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à Justiça**. Trad. Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 1988.

GONÇALVES, Tâmara Amoroso. **A proteção à liberdade sexual feminina como expressão da tutela da dignidade humana: os direitos sexuais da mulher na contemporaneidade**. Manual dos Direitos das Mulheres. Coord. Carolina Valença Ferraz. George Salomão Leite. Glauber Salomão Leite. Glauco Salomão Leite. São Paulo: Saraiva, 2013.

Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_res_3ed.pdf. Acesso em: 06/03/24.

Ministério Público Federal. **Lei do Minuto Seguinte**. <https://leidominutoseguinte.mpf.mp.br/>. Acesso em: 11/03/2023.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988**. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado – Numero 11 – setembro/outubro/novembro 2007 – Salvador – Bahia – Brasil – ISSN 1981-1888.

SCHULZE CJ, Neto JPG. **Direito à saúde**. 2 ed. rev. e ampliada. Porto Alegre: Verbo Jurídico; 2019.p. 99-130.

TAVASSI, Ana Paula Chudzinski. RÊ, Eduardo de Rê. BARROSO, Mariana Contreras. MARQUES, Marina Dutra Marques. **A História dos Direitos das Mulheres**. Disponível em: <https://www.politize.com.br/equidade/blogpost/historia-dos-direitos-das-mulheres/>. Acesso em: 06/03/2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13541-brasil-tem-cerca-de-822-mil-casos-de-estupro-a-cada-ano-dois-por-minuto>. Acesso em: 11/03/2024.

O que Leva uma Ação de Saúde à Improcedência?

Aurélio Passos Silva¹

1 Introdução

Em termos gerais, este é um trabalho que trata da judicialização da saúde no Brasil. Como o tema é, assim vagamente considerado, excessivamente vasto para ser objeto de um artigo, foi preciso nele empreender um contorno temático substancial. Como resultado, o enfoque aqui proposto restringe-se à análise de sentenças de improcedência em matéria de saúde, com o intuito de se descortinar as razões que levam um magistrado a negar um pedido que é considerado por todos que militam na área como uma “causa ganha”.

Para tanto, foi feita pesquisa de campo, por meio de estudo de caso (dados primários), analisando-se todos os processos ajuizados na Justiça Federal de Uberlândia, os quais tinham o Estado de Minas Gerais como parte entre os anos de 2015 e 2017. Essa pesquisa jurisprudencial objetiva primordialmente levantar os fundamentos utilizados nas decisões jurisdicionais de improcedência, de modo a fomentar futuros debates e proposições.

2 Análise dos Processos Federais de Uberlândia

A fim de melhor averiguar os fundamentos das sentenças de improcedência, foram pesquisados todos os processos em que o Estado de Minas Gerais figurou como parte, no âmbito da Justiça Federal, na Subseção Judiciária de Uberlândia. O estudo foi devidamente autorizado

1 Procurador do Estado de Minas Gerais
Mestre em Direito pela Faculdade de Direito Milton Campos Doutorando em Direito pela PUC/SP

pela Advocacia Geral daquele Estado, por meio do Sistema Eletrônico de Informação² - SEI nº 1080.01.0064697/2019-91.

A opção pelos processos do Estado de Minas Gerais relacionados a esta Justiça Especializada e a escolha dos anos pesquisados não foram aleatórias. Primeiramente, por se tratar da Justiça Federal, tem-se que o âmbito de processos pesquisados teria como réus, no mínimo, a União e Estado, o que já é um indício bastante forte de que tratar-se-ia de ações de saúde, haja vista o entendimento predominante na jurisprudência de que a responsabilidade dos entes públicos é solidária.

Após triagem inicial dos processos de saúde, aplicou-se a metodologia de divisão dos dados por categorias. Os processos foram subdivididos por ano de distribuição; em seguida, foram divididos em relação aos pedidos e, por fim, em relação às sentenças: a) procedência; b) improcedência; e c) extinção sem julgamento de mérito.

Dentre os 2.673 (dois mil, seiscentos e setenta e três) processos sentenciados, constatou-se a existência de sentença meritória de improcedência em apenas 172 (cento e setenta e dois) deles, o que representa o importe de 6,4% (seis vírgula quatro por cento). Todas as ações pesquisadas encontram-se distribuídas em 4 (quatro) Varas, sendo 3 (três) delas comuns e a 4ª Vara composta pelo Juizado Especial Federal.

Informação bastante interessante é a de que 132 (cento e trinta e dois), de um total de 172 (cento e setenta e dois) processos, ou seja, 76,7% (setenta e seis vírgula sete por cento) dos autos com sentença de improcedência pertencem ao Juizado Especial Federal, o que denota uma certa tendência desta unidade jurisdicional em julgar improcedentes os pedidos em matéria de saúde, se comparada às demais varas comuns. O dado se torna ainda mais relevante se se considerar que, entre os anos de 2015 e 2017, o Juizado Especial Federal recebeu, em média, 8% (oito por cento) menos ações relativas à saúde, se confrontado com outras jurisdições. Em resumo, este Juizado teve menos processos de saúde que as demais varas e, mesmo assim, foi responsável por 76,7% (setenta e seis vírgula sete por cento) de todos os casos de improcedência dos autos analisados.

2 Disponível em: <<http://www.sei.mg.gov.br>>.

Estudando-se esses mesmos resultados sob outro viés, tem-se que, no âmbito do Juizado Especial Federal, houve 628 (seiscentas e vinte e oito) novas ações sentenciadas em 3 (três) anos e 132 (cento e trinta e dois) casos de improcedência, ou seja, um total de 21% (vinte e um por cento), cujo percentual é muito superior, por exemplo, ao de 4,48% (quatro vírgula quarenta e oito por cento) registrado pela pesquisa do INSPER³ (2019), com base no repositório de decisões judiciais em primeira instância disponível no site do TJ de São Paulo.

Lado outro, se os processos da Justiça Federal fossem contabilizados sem o Juizado, computando-se apenas as 3 (três) varas federais, ter-se-ia um cenário de 2.045 (duas mil e quarenta e cinco) novas ações sentenciadas em 3 (três) anos, com apenas 40 (quarenta) processos julgados improcedentes, o que representa 1,95% (um vírgula noventa e cinco por cento) do total. Este percentual mostra-se até mesmo inferior ao resultado concluído pelo INSPER⁴ (2019), no âmbito da 1ª instância da Justiça Estadual de São Paulo (4,48%).

Dentre os processos que tiveram sentença de improcedência, averigua-se que 75 (setenta e cinco) eram de “atendimento hospitalar”, 94 (noventa e quatro) de “fornecimento de medicamentos” e apenas 3 (três) de “alimentos/insumos/ produtos”, os quais tratavam respectivamente de leite, cadeira de rodas motorizada e cadeiras de rodas adaptada para carro.

No contexto geral, é correto inferir que há uma propensão de o Poder Judiciário deferir os pedidos de saúde, já que os casos improcedentes somaram apenas 6,4% (seis vírgula quatro por cento) dos processos, mesmo considerando que uma das unidades jurisdicionais analisadas (Juizado Especial Federal) destoava das demais no que tange à taxa de êxito da Advocacia Pública.

Por fim, as sentenças de improcedência foram mais detidamente analisadas, com o objetivo de se verificarem os seus motivos e fundamentações.

3 Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>>.

4 Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>>.

2.1 Fundamentação das sentenças de improcedência

A fim de se traçar parâmetros para uma atuação mais eficaz por parte das advocacias públicas, buscou-se analisar todas as sentenças de improcedência encontradas nos processos em que o Estado de Minas Gerais figurava como parte entre os anos de 2015 e 2017. Constatou-se, em cada uma das decisões, a principal fundamentação que levou o magistrado a julgar improcedente aquele caso específico, de maneira que fosse possível identificar uma recorrência das razões ou, em outras palavras, quais argumentos eram os mais aceitos.

Desta maneira, a partir da leitura de todas as sentenças de improcedência, foram identificadas as seguintes fundamentações nas decisões: a) sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; b) existência de alternativas terapêuticas; c) impossibilidade jurídica do pedido; d) fura fila; e) desnecessidade e f) ausência de provas da eficácia. Em alguns casos, a sentença utilizava mais de um embasamento, mas, para fins de classificação, fez-se constar na tabela aquela que preponderava.

Averiguou-se também, se, nas decisões, fazia-se menção a alguma especificidade técnica, tais como os protocolos de saúde e perícias ou a algum órgão de suporte, como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), os Núcleos de Apoio Técnico (NATs) e os enunciados do Conselho Nacional de Justiça. O objetivo deste item era o de conferir se, nas sentenças de improcedências, os magistrados se valiam de algum elemento específico, como, por exemplo, das organizações administrativas e normas do SUS, dos laudos periciais e dos enunciados do CNJ, ou se fundamentavam de forma genérica, tal como ocorre nos casos de procedência, que costumam apenas citar o art. 196 da CF/88.

Ao final, constatou-se que a maioria das sentenças de improcedência - 73,8% (setenta e três vírgula oito por cento) -, fazia menção a algum dos elementos técnicos acima citados, sendo que várias vezes foram utilizados mais de um dado. Contudo, dentre aquelas sentenças improcedentes que não faziam menção a nenhum elemento específico - 26,2% (vinte e seis vírgula dois por cento), pode-se fazer a seguinte subdivisão: 8,1% (oito vírgula um por cento) eram casos de fosfoetanolamina; 14,6% (quatorze vírgula seis por cento) representavam os casos

de fura fila e o restante – 3,5% (três vírgula cinco por cento) -, especificamente, 6 (seis) processos eram residuais e foram repartidos nas categorias “desnecessidade”, “impossibilidade jurídica do pedido” e existência de “outras alternativas terapêuticas”.

No caso da fosfoetanolamina, era público e notório o caráter experimental da substância e a falta de registro da ANVISA, conforme se verá adiante, de forma que era realmente desnecessária a menção a requisitos técnicos na decisão, embora, em muitas delas, isso tenha existido. No que tange aos casos de fura fila, tem-se situações em que a matéria de direito - impossibilidade de quem ingressou no Judiciário se beneficiar de um atendimento em detrimento de quem aguardou a lista de espera -, preponderava em relação à matéria fática, de modo que a utilização de elementos específicos nas decisões era igualmente secundária.

Feitas estas observações, pode-se concluir que a existência de dados técnicos nas ações é um fator determinante para que um processo de saúde tenha a possibilidade de ser julgado infundado pois, com a exceção feita aos casos de fosfoetanolamina e aos de fura fila, apenas 3,5% (três vírgula cinco por cento) das demandas julgadas improcedentes o foram sem a menção expressa a algum desses requisitos pesquisados. No que tange às fundamentações das decisões, estas merecem uma análise mais detida a seguir.

2.1.1 Medicamentos sem registro na ANVISA

Dentre os 172 (cento e setenta e dois) processos que obtiveram sentença de improcedência, 20 (vinte) deles tiveram como fundamentação a falta de registro junto à ANVISA. Uma das ações – processo nº 0001313-09.2016.4.01.3803, em trâmite perante a 1ª Vara Federal de Uberlândia, dizia respeito ao medicamento SASCA 15mg e, durante a fase de instrução, houve perícia favorável ao autor. Contudo, por ainda não ter registro junto àquele órgão, o magistrado julgou o pedido improcedente, citando ainda o Resp n. 1.657.156-RJ, julgado em sede de recurso repetitivo, o qual dispõe que, um dos requisitos para o fornecimento de medicamentos não constantes dos atos normativos do SUS, é a existência de registro junto ao órgão regulador.

Todos os outros processos diziam respeito à substância conhecida como fosfoetanolamina, cujo caso a ela relacionado é bastante paradigmático no tocante à judicialização da saúde, sendo bem resumido por Bucci (2017, p. 31):

Entre junho de 2015 e fevereiro de 2016, a Universidade de São Paulo (USP) recebeu cerca de 13 mil medidas liminares determinando a entrega da substância fosfoetanolamina sintética a pacientes de câncer.

A substância não é um medicamento, não tem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nem percorreu as etapas de pesquisa em animais e pesquisa clínica que se exigem para sua adoção terapêutica em seres humanos. Não há certeza de sua eficácia, isto é, de que ela cure como se apregoa que faz. Também não há segurança em relação à sua toxicidade. Não há parecer médico ou estudo científico a garantir que o uso da substância seja benéfico ou curativo.

Há alguns anos, uma pesquisa de mestrado na Universidade de São Paulo (USP) foi desenvolvida sobre o assunto, e a substância foi ministrada em ratos. Depois disso, o orientador do estudante e outras pessoas patentearam a fosfoetanolamina e, não se sabe bem o motivo, houve intensa divulgação sobre os seus possíveis efeitos terapêuticos. Alastrou-se, então, a crença de que a “pílula do câncer da USP” poderia ser indicada a qualquer paciente, bem como para incontáveis tipos da doença. Nos dizeres de Bucci (2017, p. 32-33):

Desconhecendo as imposições da razão – que se aplicam, em princípio, tanto aos processos jurídicos como às pesquisas médicas – passaram por cima de protocolos há muito tempo estabelecidos na ciência, tomando como acabado o produto de experiências iniciais em um laboratório de Química. Amparados apenas no art. 196 da Constituição e em sua crença na autoaplicabilidade dos direitos fundamentais, esse grande contingente de magistrados seguiu determinando, freneticamente, à proporção de mais de mil liminares por mês, a entrega das cápsulas aos doentes. Parecia que a Justiça havia descoberto a cura do câncer.

Indo de encontro ao caos que se tornou o caso da fosfoetanolamina, vale citar trecho de sentença prolatada em um dos acontecimentos, em que a Juíza Federal Fátima Aurora Guedes Afonso Archangelo, assim asseverou:

No presente caso, a substância pleiteada sequer possui registro na ANVISA, não podendo ser considerada medicamento, mas sim uma substância experimental, cuja fase de testes ainda não se encerrou. (...) A decisão do STF ratifica o parecer técnico do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que informam que não há, até o momento, nenhum pedido de fabricante para o registro da substância na Anvisa. Enquanto não houver essa solicitação, não há previsão de manifestação da agência quanto a estudos sobre a segurança e eficácia da substância. (...) Diante dessa constatação científica, é bom lembrar que “da leitura do artigo 196 da Constituição, conclui-se não ser exigível que o Estado forneça todo e qualquer tratamento médico ou medicamento, mas apenas aqueles ofertados no bojo de políticas públicas previamente elaboradas pelo Poder Executivo, a quem compete, prioritariamente, o planejamento e a execução de ações preventivas e curativas na área da saúde, de acordo com as limitações orçamentárias existentes” (cf. TRF2, 7ª Turma Esp., proc. Nº 2007.51.01.0221947, Rel. Des. Fed. Luiz Paulo da Silva Araújo Filho, j. em 08.07.2015). (Processo Nº 0014668-23.2015.4.01.3803 - 4ª VARA FEDERAL de Uberlândia. Nº de registro e-CVD 01071.2016.00713803.2.00698/00128. Juíza Fátima Aurora Guedes Afonso Archangelo).

As decisões de improcedência proferidas nos casos da fosfoetanolamina, bem como a do primeiro exemplo citado (medicamento SASCA 15mg), aliado ao Resp n. 1.657.156-RJ, proferido pelo Superior Tribunal de Justiça, em sede de recurso repetitivo, permitem concluir que o critério de ausência de registro na ANVISA é um argumento sólido para que uma determinada ação venha a ser julgada improcedente, devendo ser utilizado, sempre que possível, pela Advocacia Pública.

2.1.2 Existência de alternativas terapêuticas

Um fundamento bastante recorrente para os casos de improcedência e que esteve presente em 96 (noventa e seis) processos, ou 55,8% (cinquenta e cinco vírgula oito por cento) do total, foi justamente a existência de alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS. O critério utilizado para se classificar um processo como “outras alternativas terapêuticas” era a existência de medicamentos ou próteses padronizados que não haviam sido utilizados pelo paciente; ou, mesmo se usados, ele

(paciente) não havia seguido o protocolo do Sistema único de Saúde (por exemplo, utilizar um determinado medicamento por um período mínimo de tempo).

É possível notar um padrão nas decisões categorizadas como “outras alternativas terapêuticas”, na medida em que a imensa maioria delas – 89,6% (oitenta e nove vírgula seis por cento) - se referia a algum elemento técnico, tais como protocolos do SUS, CONITEC e NAT.

De maneira geral, o termo “protocolo” apareceu em 100 (cem) do total de casos de improcedência, ou 58% (cinquenta e oito por cento) do geral. Quando se analisam apenas as decisões que tiveram por fundamento a existência de alternativas terapêuticas, tem-se o montante de 85 (oitenta e cinco) num total de 96 (noventa e seis). A menção a protocolos, em regra, é acompanhada de perícia, pois são justamente os *experts* quem detêm conhecimentos técnicos acerca do tema a ser levado ao juízo. E, isso é louvável pelos magistrados na medida em que o conhecimento das normas infralegais regulamentadoras do SUS não é tarefa fácil. Conforme mencionado por Ighor Rafael de Jorge (2017, p. 469):

Com efeito, diante da incerteza ou desconhecimento da base normativa, os juízes tendem a optar pelo atendimento ao interesse individual do autor da ação, desconsiderando a organização administrativa e os aspectos globais de implementação da política pública previstos em portarias e resoluções. Assim, embora a política de assistência farmacêutica seja amparada por um extenso aparato normativo, as decisões judiciais geralmente são alicerçadas apenas nas disposições constitucionais.

Apenas a título de interesse, observe-se no processo nº 0002468-47.2016.4.01.3803, em trâmite perante a 4ª Vara Federal de Uberlândia, como resta claro o fato de não se haver seguido o protocolo do SUS:

No presente caso, segundo consta no laudo médico pericial de fls. 37-38, o perito inferiu que há um protocolo para tratamento do quadro clínico da autora, entretanto, a princípio, não foi seguido. Asseverou que “não ficou justificado nos autos a impossibilidade de tratamento com medicamentos propostos no protocolo do Ministério da Saúde” (quesito nº 06). No quesito nº 07, o expert informou ainda que o Ministério da Saúde “reconhece que o denosumabe não tem efeito superior a outras drogas e salienta que faltam estudos que demonstrem a segurança em

seu uso crônico”. (Processo N° 0002468-47.2016.4.01.3803 - 4ª VARA FEDERAL N° de registro e-CVD 00568.2016.00713803.2.00698/00128. Fls. 2. Juíza Fátima Aurora Guedes Afonso Archangelo).

De acordo com o demonstrado alhures, a existência de perícia também foi uma constante nos processos que fundamentaram a improcedência dos pleitos sob a justificativa de existirem alternativas terapêuticas, ocorrendo em 84 (oitenta e quatro) dos 96 (noventa e seis) casos, sendo possível ainda notar como elas (perícias) foram fundamentais para o desfecho dos processos:

Além disso, de acordo com o laudo apresentado pelo médico perito (fls. 158/160) não ficou comprovado que exista uma impossibilidade da periciada usar drogas ofertadas pelo SUS, citando exemplos como Calcitonina (injetável e spray nasal), Pamidronato dissódico (injetável) Raloxifeno, Calcitriol, medicamentos que podem ser empregados para a patologia da parte autora. É dizer, a tentativa de se valer do Estado para a aplicação de medicamento de custo extremamente elevado não se justifica, vez que, existe alternativa de igual eficácia, de preço módico em comparação ao fármaco pleiteado e que se encontra incorporada ao SUS. (Processo N° 0009423- 31.2015.4.01.3803 - 1ª VARA FEDERAL N° de registro e-CVD 00317.2017.00013803.1.00086/00128. Juiz Lincoln Rodrigues de Faria).

A menção à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), que ocorreu em 14 (quatorze) casos, também chama a atenção, pois é justamente este órgão o responsável por avaliar medicamentos, próteses, dentre outros, e

incorporá-los ou não ao SUS. Neste sentido, tem-se o exemplo de um processo em que se discutia um medicamento para retinopatia diabética proliferativa:

Se disponível está no mercado o Avastin (bevacizumabe), o qual inclusive já recebeu recomendação favorável de órgão oficial do Estado (CONITEC) para ser incorporado ao tratamento da DMRI, diferentemente do Lucentis, com igual eficácia e com custo em 3% (três por cento) do fármaco postulado, não deve ser imposto ao Erário e, por consequência, à sociedade, o custeio da medicação pleiteada. (Processo N° 0005336-32.2015.4.01.3803 - 1ª VARA FEDERAL N° de registro e-CVD 00972.2016.00013803.1.00086/00128. Lincoln Rodrigues de Faria).

Em 05 (cinco) casos, a justificativa da sentença de improcedência com base na existência de alternativas terapêuticas se valeu dos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde – NATs –, que são órgãos que visam fornecer análises críticas sobre novas tecnologias e processos, seu valor clínico e suas possibilidades de incorporação na prática clínica, além de promover a saúde baseada em evidências, por meio de núcleos de estudos, atividade e disseminação do conhecimento, assim como a cultura dos ciclos de melhoria pelo aprendizado e liderança compartilhados.

Em muitas ocorrências, mais precisamente 80 (oitenta) dos 96 (noventa e seis) processos que obtiveram a sentença de improcedência fundamentada em alternativas terapêuticas, houve menção a Enunciados das Jornadas de Direito à Saúde do CNJ, sendo os mais recorrentes os de número 14¹ (2013) e 16² (2006), os quais estiveram presentes juntos ou isoladamente em todos os casos acima mencionados.

Deste modo, nota-se que a improcedência de pedidos na área da saúde, baseados na presença de alternativas terapêuticas, requer o domínio técnico das matérias, que é trazido por meio de órgãos especializados, tais como o CONITEC e os NATs, mas especialmente por meio de perícias que explicitam os protocolos e normas infralegais do SUS. Constata-se ainda que Enunciados das Jornadas de Direito à Saúde do CNJ foram bem empregados para fundamentar as decisões.

2.1.3 Fura fila

Uma explicação igualmente bastante utilizada para os casos de improcedência, e presente em 15% (quinze por cento) das ações analisadas, foi o chamado “fura fila”, que é justamente o fato de a parte se valer do Poder Judiciário para obter uma decisão que a faça ser atendida pelo SUS em desobediência à lista de espera existente para todos os procedimentos. Foram classificadas sob tal alcunha tanto as ocorrências em que a pessoa já aguardava nas listas do Sistema Único de Saúde, quanto aquelas em que o demandante ingressava em estabelecimento hospitalar privado, pleiteando judicialmente depois, ou a sua

1 Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=1757>>.

2 Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/infojuris12/downloadDocumento>>.

transferência para o sistema público, ou o custeio do hospital privado pelo poder público.

Alguns juristas acreditam que o Judiciário está criando um sistema público de saúde com duas “portas de entrada”: uma para os cidadãos que podem recorrer e ter acesso à justiça, e conseqüentemente a qualquer tipo de tratamento independentemente dos custos, e outra para o restante da população que não tem acesso ao Judiciário. Dessa forma, as pessoas que acessam o SUS pela via administrativa acabam penalizadas e, muitas das vezes, perdem a sua vez na fila de espera para uma demanda judicial, podendo apresentar até maior complexidade/gravidade do quadro clínico de saúde. Contudo, as decisões que inibem o “fura fila” parecem ser mais acertadas por prestigiarem a organização administrativa do Sistema Único, especialmente quando não há urgência.

Nesta esteira, veja-se a decisão abaixo:

A parte requerente alegou no curso da perícia que já se encontra aguardando o procedimento há dois anos. Todavia, o documento de fls. 65/68, emitido pelo Hospital de Clínicas da UFU, esclarece que há outros pacientes que aguardam há mais tempo pelo procedimento, inexistindo data específica para sua realização. Nesse caso, não há como acolher a pretensão autoral. Acaso concedida fosse a tutela pretendida, o Judiciário estaria sendo utilizado como forma de se obter finalidade ilícita, qual seja, furar a fila elaborada pela Administração Pública concedendo à parte injustificável privilégio perante seus pares, todos aqueles que se encontram à espera da cirurgia, inexistindo razão para tanto, eis que a saúde e vida da parte autora não tem maior valor do que a de qualquer outra pessoa, mas sim idêntico valor a ser preservado isonomicamente. Ademais, não há no caso nenhuma nuance específica que justifique a intromissão na atuação do Poder Executivo. (Processo N° 0008861- 85.2016.4.01.3803 - 4ª VARA FEDERAL N° de registro e-CVD 01191.2017.00713803.2.00606/00128. Juiz Felipe Bouzada Flores Viana. Pag 2/3).

Como já fora dito anteriormente, os casos de fura fila envolvem mais matéria jurídica do que fática, de sorte que, em apenas 32% (trinta e dois por cento) das decisões deste item, houve referências aos protocolos clínicos, órgãos técnicos, perícias ou enunciados do CNJ.

2.1.4 Desnecessidade do tratamento vindicado

Nas sentenças de improcedência analisadas, houve a incidência de 8,7% (oito vírgula sete por cento) dos casos sob o argumento da desnecessidade. Dos 15 (quinze) casos apurados, a justificativa da prescindibilidade foi utilizada de maneiras diversas, ora ocorreu porque a parte não conseguiu provar que o medicamento pleiteado era realmente eficaz para a patologia a ser tratada, ora porque a mesma não logrou êxito em demonstrar que era hipossuficiente, a ponto de depender do poder público. Houve ainda uma ocorrência em que o perito foi categórico ao afirmar que a cirurgia pleiteada não era indicada para o caso em exame. Um elemento bastante constante nas sentenças que empregaram o argumento da “desnecessidade” foi a realização de perícia (que ocorreu em onze casos), pois este é o meio hábil a trazer dados extremamente técnicos aos magistrados.

2.1.5 Obediência às listas padronizadas do SUS

De todos os processos analisados, o que mais chama a atenção é que, em nenhum deles, foi mencionado um dos principais argumentos utilizados pelas Fazenda Públicas, que é justamente o da necessidade de obediência às listas padronizadas do SUS.

A estipulação, por parte do poder estatal, de um rol de medicamentos, insumos e procedimentos gratuitamente disponibilizados aos cidadãos leva em conta as necessidades mais prementes da coletividade, dadas as limitações orçamentárias. Nessa perspectiva, não caberia, em princípio, a intervenção do Poder Judiciário fornecendo todo o tipo de medicamentos, insumos e procedimentos a fim de se evitar que a decisão judicial resultasse em consequências prejudiciais para o funcionamento do serviço público de saúde, em detrimento da coletividade, e para que não houvesse prevalência desproporcional do direito à saúde de um indivíduo sobre os princípios constitucionais da competência orçamentária do legislador e das atribuições administrativas do Poder Executivo.

Contudo, esta proposição não é sequer mencionada. Até mesmo nas hipóteses em que se obedeceu às listas padronizadas do SUS, a justificativa principal era de que existiam alternativas terapêuticas disponibilizadas para a população, e que por isso, elas tinham que ser privilegiadas

em detrimento de medicamentos, insumos e procedimentos diversos. O simples argumento de que as listas do Sistema Único de Saúde seriam taxativas não foi efetivo pois, em todos os casos investigados, se a parte conseguisse demonstrar que o referido órgão não conferia tratamento para a sua patologia ou, ainda, que ela seguira todos os protocolos exigidos e, mesmo assim, não obteve resultado, o tratamento seria deferido pelo Poder Judiciário.

3 Conclusão

A partir dos dados levantados, pode-se afirmar que há, na prática, uma propensão de o Poder Judiciário deferir as ações de saúde, uma vez que houve pequeno volume de sentenças de improcedência entre os processos analisados. Do total de ações investigadas na Justiça Federal de Uberlândia, apenas 6,4% (seis vírgula quatro por cento) obtiveram sentença improcedente. Em pesquisa realizada pelo INSPER com o repositório de decisões judiciais de primeira instância no âmbito do TJSP, verificou-se 4,48% (quatro vírgula quarenta e oito por cento), sendo igualmente um número bastante baixo.

Essa pesquisa jurisprudencial realizada no contexto da Justiça Federal de Uberlândia objetivou primordialmente levantar os fundamentos utilizados nas decisões jurisdicionais de improcedência, constatando-se que a maioria delas - 73,8% (setenta e três vírgula oito por cento) - fazia menção, no mínimo, a algum elemento técnico, tais como CONITEC, NAT, perícia, protocolo e *expert*.

Os fundamentos de improcedência mais frequentes foram a falta de registro na ANVISA (presente em 11,6% dos casos), os casos de fura fila, bem como a existência de alternativas terapêuticas no SUS. As situações denominadas de “fura fila” tiveram a recorrência de 15% (quinze por cento) dos casos improcedentes, oportunidade em que os magistrados entendem que, não havendo urgência, deve-se inibir esse tipo de demanda, de modo a prestigiar as organizações administrativas do SUS.

Já a presença de opções terapêuticas ocorreu em 55,8% (cinquenta e cinco vírgula oito por cento) dos casos. Esse conhecimento depende de dados técnicos que, na maioria das vezes, são trazidos por meio de perícias. Estas foram constatadas em 86 (oitenta e seis) dos 96 (noventa

e seis) casos de improcedência, os quais tiveram como principal justificativa a existência das alternativas terapêuticas. Pode-se afirmar, de modo geral, que, a presença de conhecimento técnico foi determinante para que um certo processo fosse julgado improcedente, ao contrário das sentenças de procedência que, em geral, baseiam-se em direitos abstratos previstos constitucionalmente.

Deste modo, pode-se constatar que os argumentos trazidos acima devem ser melhor trabalhados pela Advocacia Pública a fim de se aumentar o percentual de êxito, diga-se improcedência, destas ações.

4 Referências

ADVOCACIA GERAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Sistema Eletrônico de Informação nº 1080. 01.0064697/2019-91**. 2019. Disponível em: <http://www.sei.mg.gov.br>. Acesso em 04 out. 2019.

_____. 1ª Vara Federal de Uberlândia. Processo nº 0001313-09.2016.4.01.3803, 11 set. 2018. Disponível em: <https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php>. Acesso em 15 jul. 2018.

_____. 4ª Vara Federal de Uberlândia. Processo nº 0014668-23.2015.4.01.3803, 12 set. 2016. Disponível em: <https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php>. Acesso em 15 jul. 2018.

_____. 4ª Vara Federal de Uberlândia. Processo nº 0002468-47.2016.4.01.3803, 13 jun. 2016. Disponível em: <https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php>. Acesso em 15 jul. 2018.

_____. 1ª Vara Federal de Uberlândia. Processo nº 0009423-31.2015.4.01.3803, 2 fev. 2017. Disponível em: <https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php>. Acesso em 15 jul. 2018.

_____. 1ª Vara Federal de Uberlândia. Processo nº 0005336-32.2015.4.01.3803, 6 mai. 2016. Disponível em: <https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php>. Acesso em 15 jul. 2018.

_____. 4ª Vara Federal de Uberlândia. Processo nº 0008861-85.2016.4.01.3803, 14 mar. 2017. Disponível em: <https://processual.trf1.jus.br/consultaProcessual/processo.php>. Acesso em 15 jul. 2018.

_____. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1657156 - RJ, Brasília, DF, 4 de maio de 2018. **Lex**: jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=1657156&repetitivos=REPETITIVOS&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true> Acesso em 15 jul. 2018.

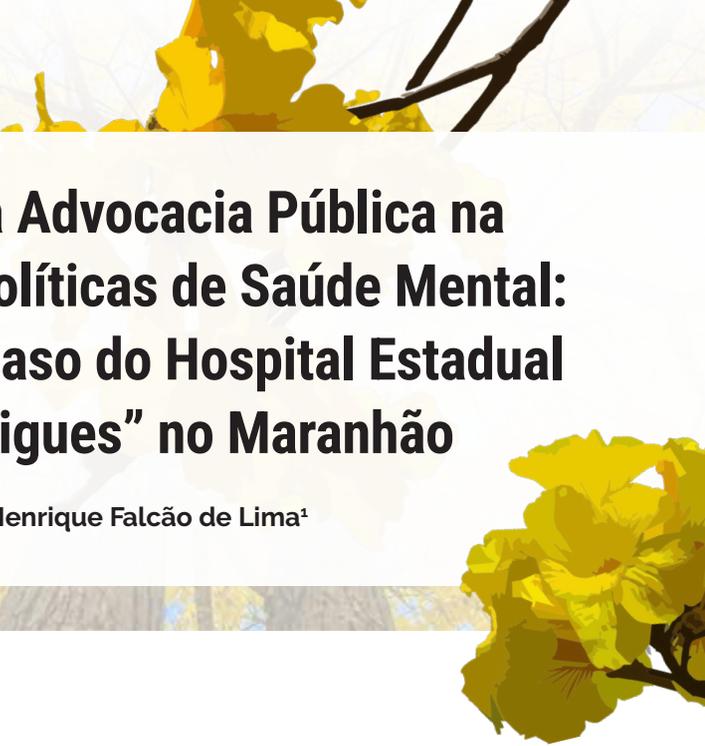
BUCCI, Maria Paula Dallari. Contribuição para a redução da judicialização da saúde. Uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (Coords.). **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017.

_____. **Enunciado nº 14.** Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/atos-normativos?documento=1757>>. Acesso em 17 jun. 2019.

_____. **Enunciado nº 16.** Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/infojuris12/downloadDocumento>>. Acesso em 17 jun. 2019.

JORGE, Ighor Rafael de. A base normativa da política de assistência farmacêutica: os efeitos da atividade normativa infralegal. In: BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (Coords.). **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo.** São Paulo: Saraiva, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de soluções.** 2017. Disponível em: <<https://www.insper.edu.br/conhecimento/direito/judicializacao-da-saude-dispara-e-ja-custa-r-13-bi-a-uniao>>. Acesso em 04 set. 2019.



A Atuação da Advocacia Pública na Efetivação de Políticas de Saúde Mental: Um Estudo de Caso do Hospital Estadual “Nina Rodrigues” no Maranhão

Carlos Henrique Falcão de Lima¹

1 Introdução

O presente trabalho é um estudo de caso que tem como fundamento uma Ação Civil Pública movida pela Defensoria Pública do Estado em face do Estado do Maranhão, visando garantir condições dignas de internação para pacientes judiciários com transtornos mentais no Hospital Estadual “Nina Rodrigues”.

A ação da Defensoria Pública expôs falhas na implementação da política de desinstitucionalização psiquiátrica, nos termos da Lei nº 10.216/2001, demonstrando que através da judicialização, foram efetivados direitos fundamentais relacionados ao tema da saúde mental.

O estudo deste caso se justifica pela relevância da atuação da Procuradoria do Estado do Maranhão como catalisador de melhorias em políticas públicas de saúde, especialmente em uma área sensível como a saúde mental. Também destaca o papel fundamental da Procuradoria Geral do Estado do Maranhão (PGE-MA) na construção de soluções

1 Advogado. Procurador do Estado desde 2007; atua na Procuradoria Judicial da Saúde desde 2015. Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Osvaldo Cruz (Brasília). Mestrado pela Universidade Católica de Brasília - UCB. Membro da Câmara Técnica de Direito Sanitário do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Doutorando(DINTER) em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS).

consensuais, pois a instituição atuou de forma proativa na formulação de um acordo judicial que visava efetivar a política pública de saúde mental em conformidade com a Lei nº10.216/2001 e a Resolução nº 487/2023 do CNJ.

A problemática central reside na tensão entre a formulação de políticas públicas de saúde mental e sua efetiva implementação, evidenciada pelas condições precárias existentes no Hospital Estadual “Nina Rodrigues”.

O objetivo do presente estudo é analisar, a partir do caso concreto da ação civil pública contra o Estado do Maranhão, como a atuação da advocacia pública pode influenciar na formulação, execução e fiscalização de políticas públicas de saúde mental. Buscou-se compreender os mecanismos legais e institucionais utilizados para promover mudanças estruturais e garantir a efetivação de direitos fundamentais no âmbito da saúde pública.

2 Reforma Psiquiátrica estabelecida pela Lei nº 10.216/2001.

A Lei 10.216/2001 representou um marco fundamental na Reforma Psiquiátrica brasileira ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Um dos aspectos mais importantes foi a mudança de paradigma, priorizando o tratamento em serviços comunitários de saúde mental em detrimento das internações em hospitais psiquiátricos.

A lei estabeleceu que a internação só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, visando sempre a reinserção social do paciente. Situação que levou a uma significativa redução de leitos psiquiátricos no país e à criação de uma rede diversificada de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos mais variados municípios brasileiros.

A lei assegurou que essas pessoas devem ser tratadas com humanidade e respeito, sem qualquer forma de discriminação. Estabeleceu-se o direito ao melhor tratamento do sistema de saúde, à proteção contra

abusos, ao sigilo das informações, ao acesso a meios de comunicação e a informações sobre sua doença e tratamento. Além disso, a lei determinou que o tratamento deve objetivar à inserção da pessoa na família, no trabalho e na comunidade, promovendo sua autonomia e cidadania.

Por fim, a reforma instituída pela Lei nº 10.216 trouxe mudanças significativas na gestão e organização dos serviços de saúde mental. Firmou a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de políticas de saúde mental, com a participação da sociedade e da família. A lei também regulamentou as internações psiquiátricas, definindo claramente as modalidades voluntária, involuntária e compulsória, e estabelecendo salvaguardas para evitar internações desnecessárias ou abusivas, contribuindo para uma maior transparência e controle social sobre as práticas em saúde mental, alinhando-as com os princípios dos direitos humanos e da reabilitação psicossocial.

As jurisprudências a seguir apresentadas demonstram que os tribunais estão, de fato, seguindo os princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica).

Os julgados enfatizam que a internação psiquiátrica, especialmente a compulsória, deve ser vista como medida excepcional, utilizada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, de modo que alguns tribunais têm reafirmado que o tratamento deve priorizar a reinserção social do paciente, respeitando seus direitos e dignidade.

APELAÇÃO – MANDADO DE SEGURANÇA – MUNICÍPIO DE ITAPUÍ – INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA PARA TRATAMENTO DE BIPOLARIDADE AGRESSIVA COM IDEAÇÃO SUICIDA – Pretensão inicial de que o Município conceda ajuda de custo para manter a internação psiquiátrica do impetrante em clínica particular escolhida pela família (Clínica de Recuperação Despertar) – Sentença de procedência – Pretensão de reforma – Admissibilidade – Ausência de prova pré-constituída suficiente para concluir que somente a clínica particular em que o impetrante está internado é que seria apta para tratá-lo – Necessidade de realização de perícia, nos termos do art. 29, § 5º, do Decreto nº 891/38 e art. 6º da Lei nº 10.216/2001 – Inexistência de direito líquido e certo a ser amparado – Dilação probatória incabível na espécie – Inadequação da via eleita – Segurança denegada – Sentença reformada – Reexame

necessário e recurso de apelação providos. (TJ-SP - Apelação: 10074 00-83.2021.8.26.0302 Jaú, Relator: Maurício Fiorito, Data de Julgamento: 02/03/2023, 6ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 02/03/2023).

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA - LEI 12.016/01 - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - MEDIDA EXCEPCIONAL - USO DE MEDIDAS EXTRA-HOSPITALARES COMO REGRA - REQUISITOS NÃO COMPROVADOS - DECISÃO MANTIDA. A Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 12.016/01, visa garantir tratamento humanizado aos portadores de transtornos mentais. Por se tratar de uma reação legislativa ao movimento antimanicomial, define a internação psiquiátrica, de qualquer natureza, como medida excepcional e transitória. O tratamento do indivíduo com transtorno mental deve ser feito, preferencialmente, por métodos extra-hospitalares. Ausentes os pressupostos do art. 300 do CPC, impõe-se a manutenção da decisão que indeferiu o pedido de tutela provisória de urgência. Recurso conhecido e não provido. (TJ-MG - AI: 12016351220228130000, Relator: Des.(a) Fábio Torres de Sousa, Data de Julgamento: 02/03/2023, 5ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 02/03/2023)

Além disso, as decisões ressaltam a necessidade de laudo médico circunstanciado que justifique a internação, bem como a importância de se buscar alternativas menos invasivas sempre que possível.

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO DE INTERDIÇÃO COMPULSÓRIA COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO - AUSÊNCIA DE LASTRO PROBATÓRIO SUFICIENTE SOBRE A IMPRESCINDIBILIDADE DA INTERNAÇÃO - SUSPENSÃO DA INTERNAÇÃO - RECURSO PROVIDO. 1. A Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, admite a internação psiquiátrica compulsória quando existente laudo médico circunstanciado, que caracterize os seus motivos. 2. Ausente lastro probatório suficiente à comprovação da imprescindibilidade da internação, a suspensão da internação é a melhor medida. 3. Por bem, a reforma da decisão agravada. (TJ-MG - AI: 21667046320228130000, Relator: Des.(a) Alberto Diniz Junior, Data de Julgamento: 15/12/2022, 3ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 16/01/2023)

Essa postura dos tribunais reflete o espírito da Lei 10.216/2001, que visa a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial para uma abordagem mais humanizada e focada na reabilitação psicossocial.

3 Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Resolução nº 487/2023, do Conselho Nacional de Justiça.

A Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)² representa um marco significativo na consolidação da política antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário brasileiro. Essa normativa emerge como resposta à necessidade premente de alinhar as práticas judiciais aos princípios da Reforma Psiquiátrica, estabelecidos pela Lei nº 10.216/2001, e aos preceitos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Os princípios e diretrizes da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecidos pela Resolução CNJ nº 487/2023, fundamentam-se no respeito à dignidade humana, singularidade e autonomia de cada indivíduo. A política prioriza o combate a todas as formas de discriminação e estigmatização, com atenção especial aos aspectos interseccionais que afetam populações vulneráveis, garantindo-se o devido processo legal, a ampla defesa e o contraditório, assegurando o acesso à justiça em igualdade de condições.

A resolução foca ainda no direito à saúde integral, privilegiando o cuidado em ambientes terapêuticos não asilares e pelos meios menos invasivos possíveis. Além disso, veda-se o uso desproporcional de contenções físicas, mecânicas ou farmacológicas, bem como a excessiva medicalização e o isolamento compulsório.

Outrossim, a política também ressalta a importância da laicidade do Estado e da liberdade religiosa, proibindo encaminhamentos compulsórios a estabelecimentos não pertencentes à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou que condicionem o tratamento a práticas religiosas.

2 Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2024.

Estes princípios e diretrizes visam assegurar uma abordagem humanizada e baseada em direitos no tratamento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, alinhando-se aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e aos padrões internacionais de direitos humanos.

Ao instituir diretrizes para o tratamento de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, a resolução buscou superar o paradigma manicomial ainda persistente no sistema de justiça, especialmente no que tange às medidas de segurança e à atuação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs).

A política delineada pelo CNJ enfatiza a importância da articulação entre o sistema judiciário e a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao estabelecer diretrizes para o correto encaminhamento dos casos de saúde mental às equipes especializadas, a resolução promove uma abordagem interdisciplinar e integrada.

Desse modo, as alternativas previstas incluem atendimento ambulatorial, encaminhamento para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), reintegração familiar e internação breve em hospital referenciado, demonstrando um compromisso com o cuidado em liberdade e a excepcionalidade da internação, abordagem que não apenas alinha o Poder Judiciário aos princípios da Reforma Psiquiátrica e aos normativos internacionais de direitos humanos, mas também representa um avanço significativo na garantia dos direitos e da dignidade das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

4 Estudo de Caso do Maranhão. Ação Civil Pública nº 0802594-05.2017.8.10.0001. Vara de Interesses Difusos e Coletivos de São Luís.

Em 26 de janeiro de 2017, a Defensoria Pública do Estado do Maranhão, propôs Ação Civil Pública em face do Estado do Maranhão, relatando graves violações de direitos humanos sofridas por pacientes judiciários com transtornos mentais internados no Hospital Estadual “Nina Rodrigues”.

A petição inicial detalhava condições alarmantes de superlotação, insalubridade e falta de estrutura adequada. À época, 91 pacientes ocupavam um espaço destinado a apenas 24 leitos.

A ação retratava o descumprimento de normas básicas de assistência à saúde mental, incluindo a Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e a Resolução RDC 50/2002 da ANVISA, além de violar tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil.

Um ponto que chamou a atenção e que foi destaque na citada Ação Civil Pública, foi que a mesma citou o precedente do **caso Damião Ximenes Lopes**³, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos.

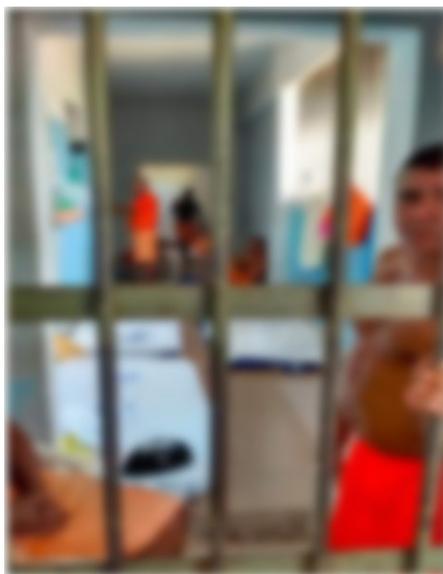
De fato, a ação requereu medidas urgentes e estruturais. Entre os principais pedidos, destacam-se: a interdição parcial imediata das alas destinadas aos pacientes judiciários até que sejam reformadas e ampliadas; a elaboração de protocolos de assistência médica e psicológica em 30 dias; a reforma completa dos espaços em 90 dias para adequá-los às normas da ANVISA; e a ampliação do número de leitos e enfermarias em 180 dias.

A Defensoria Pública buscava, através desta ação estrutural, compelir o Estado do Maranhão a adotar medidas concretas para sanar as violações constatadas e garantir condições dignas de internação e tratamento aos pacientes judiciários com transtornos mentais, alinhando-se assim aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e aos padrões internacionais de direitos humanos.

Abaixo seguem alguns registros do antigo local onde esses pacientes eram alojados.



3 Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-10/corte-interamericana-conclui-e-arquiva-caso-damiao-ximenes-lobes>. Acesso em: 01 ago. 2024.



Abrigamento dos pacientes em cela



Banheiros

Registro da reforma para atendimento da demanda judicial.





Inspeção judicial em setembro de 2022

Registro da pós reforma. Atendimento da demanda judicial.



Área externa



Leitos

4.1 O caso envolveu Damião Ximenes Lopes. Julgamento pela Corte Internacional de Direitos Humanos.

Como já afirmado, a Defensoria Pública do Estado, de maneira inovadora citou entre seus fundamentos, o caso envolvendo o Senhor **Damião Ximenes Lopes**. Pessoa com deficiência que faleceu em 4 de outubro de 1999, após três dias de internação para tratamento psiquiátrico em uma clínica privada conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Sobral, Ceará.

O citado precedente foi julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em 2006, tornando-se um marco crucial no avanço da reforma psiquiátrica no Brasil e na evolução das políticas públicas de cuidado em saúde mental em liberdade. Este caso expôs de forma contundente as graves violações de direitos humanos que ocorriam em instituições psiquiátricas baseadas no modelo asilar, demonstrando a incompatibilidade desses espaços de privação de liberdade com os princípios fundamentais dos direitos humanos.

A Corte Interamericana de Direitos Humanos considerou o Estado brasileiro responsável pela violação dos direitos à vida, à integridade pessoal, às garantias judiciais e à proteção judicial, conforme previstos na Convenção Americana de Direitos Humanos. A sentença não apenas

determinou medidas reparatórias aos familiares de Damião, mas também impôs ao Brasil a adoção de medidas de não repetição, visando prevenir futuras violações semelhantes. Esta decisão de 2006 teve um impacto profundo na política de saúde mental do Brasil, impulsionando reformas no sistema de atenção psiquiátrica e reforçando a necessidade de garantir os direitos humanos das pessoas com deficiência mental.

Por fim, em 25 de setembro de 2023, a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) declarou o cumprimento integral da sentença por parte do Estado brasileiro⁴, levando ao arquivamento do processo e seu encerramento definitivo, sendo atendido o último ponto pendente da sentença, a qual exigia do Brasil o estabelecimento de programas de capacitação em saúde mental como garantia de não repetição.

4.2 Relevante papel da Procuradoria do Estado do Maranhão na sua atuação e desenvolvimento da política pública em saúde na ACP nº 0802594-05.2017.8.10.0001.

As procuradorias estaduais desempenham importante e relevante papel na implementação e desenvolvimento de políticas públicas no Brasil. Como função essencial à justiça, nos termos estabelecidos na Constituição Federal, este Órgão jurídico do Estado não apenas atua na defesa dos interesses públicos em âmbito administrativo e judicial, mas também exerce uma função contenciosa vital na formulação e execução de políticas públicas, atuando na garantia da legalidade e constitucionalidade das ações governamentais.

A PGE-MA participou ativamente de diversas audiências judiciais, reuniões interinstitucionais e inspeções *in loco* durante a reforma no Hospital Estadual “Nina Rodrigues”. Essa participação direta permitiu aos procuradores do estado uma compreensão aprofundada da realidade enfrentada pelos pacientes judiciários, facilitando a construção de soluções viáveis e efetivas. Através de sua atuação, a PGE-MA desempenhou um papel essencial na mediação entre a demanda judicial e as possibilidades de ação do poder executivo estadual.

4 Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/brasil-conclui-cumprimento-de-sentenca-da-corte-idh-sobre-o-caso-damiao-ximenes-lobes>. Acesso em: 01 ago. 2024.

O engajamento da Advocacia Pública Estadual foi além da mera representação legal do estado. Assumiu um papel de articulador na implementação da política pública de saúde mental. A Procuradoria do Estado trabalhou em estreita colaboração com as Secretarias Estaduais de Saúde, da Infraestrutura e da Administração Penitenciária, bem como com a Defensoria Pública do Estado, para desenvolver um plano de ação abrangente que atendesse às determinações judiciais e, mais importante, às necessidades dos pacientes.

A atuação da PGE-MA neste caso exemplifica como a advocacia pública pode ser um agente de transformação na implementação de políticas públicas, especialmente em áreas complexas como a saúde mental.

5 Conclusão

A implementação efetiva de políticas públicas de saúde mental no Brasil representa um desafio complexo que exige a coordenação de diversos atores institucionais. O estudo de caso da ação civil pública movida pela Defensoria Pública do Estado do Maranhão em face do Estado do Maranhão, visando melhorias nas condições dos pacientes judiciários do Hospital Estadual “Nina Rodrigues”, ilustra de forma contundente a importância da atuação conjunta dos órgãos do sistema de justiça e da administração pública na efetivação dessas políticas.

A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001) e a recente Resolução do CNJ n° 487/2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecem um novo marco normativo sobre o assunto, alinhado com os princípios dos direitos humanos e da dignidade da pessoa com transtorno mental. Essas normas refletiram uma mudança de paradigma no tratamento da saúde mental, priorizando o cuidado em liberdade e a desinstitucionalização.

Sobre o presente estudo de caso, no entanto, como evidenciado pelo caso do Hospital Estadual “Nina Rodrigues”, a transição do modelo asilar para um modelo de cuidado comunitário enfrentou diversos obstáculos significativos na prática.

Neste contexto, a atuação da Advocacia Pública, representada pela Procuradoria Geral do Estado do Maranhão (PGE-MA), emergiu como um elemento crucial na construção e na implementação efetiva dessas políticas públicas. A PGE-MA, ao invés de adotar uma postura meramente defensiva, engajou-se ativamente na busca por soluções, participando de audiências, reuniões e inspeções *in loco*. Esta abordagem proativa demonstra como a Advocacia Pública pode ir além de seu papel tradicional de representação judicial, atuando como um verdadeiro agente de transformação social.

O papel da Advocacia Pública na formulação e implementação de políticas públicas é fundamental para garantir não apenas a legalidade, mas também a efetividade das ações estatais. Como destacado, a atuação da Advocacia Pública demonstrou como essa função pode ser exercida de forma proativa, colaborando na elaboração de soluções que atendam tanto às exigências legais quanto às necessidades reais dos pacientes, se firmando como um instrumento essencial para a concretização dos direitos fundamentais e para a construção de uma administração pública mais eficiente e alinhada com os princípios constitucionais.

6 Referências

ANAGUCHI, M. A.; SIMIONI, R. L. A função consultiva da advocacia pública na formulação das políticas públicas. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 23, n. 129, p. 27-49, 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 16 fev. 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 01 ago. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 1 ago.2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 1 ago. 2024.

SANTOS, Marcus Gouveia dos. **A Advocacia Pública como instituição essencial ao Estado de Direito Democrático e Social**. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2021/1/2021_01_0775_0804.pdf. Acesso em: 08 ago. 2024.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C, nº 149. Disponível em https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 8 ago. 2024.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO. **Ação Civil Pública nº 0802594-05.2017.8.10.0001**. Vara de Interesses Difusos e Coletivos de São Luís. São Luís, 2017. Disponível em: <https://www.tjma.jus.br>. Acesso em: 05 ago. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. **Agravo de Instrumento nº 1.2016351-22.2022.8.13.0000**. Relator: Desembargador Fábio Torres de Sousa. Belo Horizonte, 2 de março de 2023. Diário da Justiça Eletrônico, Belo Horizonte, 2 mar. 2023. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br>. Acesso em: 08 ago. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. **Agravo de Instrumento nº 2166704-63.2022.8.13.0000**. Relator: Desembargador Alberto Diniz Junior. Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2022. Diário da Justiça Eletrônico, Belo Horizonte, 16 jan. 2023. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br>. Acesso em: 08 ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 03 ago. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. **Apelação Cível nº 1007400-83.2021.8.26.0302**. Relator: Desembargador Maurício Fiorito. São Paulo, 2 de março de 2023. Diário da Justiça Eletrônico, São Paulo, 2 mar. 2023. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br>. Acesso em: 08 ago. 2024.

O SRQ-20 e sua Eficácia em Diagnósticos Coletivos de Saúde dos Procuradores dos Estados e DF: Uma Visão de Futuro

Cristiane Santana Guimarães¹

1 Resumo

Os transtornos mentais aumentam o risco de doenças transmissíveis e não transmissíveis e contribuem para lesões intencionais e não intencionais. Desenvolver e avaliar intervenções psicossociais que possam ser integradas ao gerenciamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis são metas importantes para uma boa gestão de saúde dos entes federados. O foco deste trabalho é demonstrar a eficiência da ferramenta SRQ-20, adequadamente utilizada no Diagnóstico realizado pela ANAPE dos “Níveis de Saúde e Qualidade de Vida dos Procuradores de Estado e DF”, bem como a utilização deste instrumento em outras carreiras jurídicas, além de pretender também apresentar, através da pesquisa bibliográfica, o início da governança em saúde nas instituições de carreiras jurídicas.

Palavras-chave: SRQ-20; advocacia pública; saúde; transtorno.

1 Procuradora do Estado da Bahia, lotada na Procuradoria Fiscal. Ex-Presidente da Associação de Procuradores do Estado da Bahia-APEB e atual Diretora de Direitos Humanos da Associação Nacional de Procuradores de Estado e DF - ANAPE. Mestre em Direito, Governança e Políticas Públicas; Com formação também em História e Administração Pública. Especialista em Direito Público pela ESNAP/USP; em Direito Constitucional(ESDC), Administrativo (UFBA) e Políticas Públicas (UNIFACS). Capacitada pela Columbia University no Mediation Skills Training (NY). Recebeu o Prêmio Diogo de Figueiredo com a tese “O conflito na Administração Pública pode ser mediado? Uma proposta de Giro: da cultura da sentença à cultura da pacificação” e o Prêmio Joselita Leão com o artigo “Virada Tecnológica: o Visual Law nas Procuradorias”. Autora dos Livros: de vários livros e artigos. Projeto Institucional da ANAPE. Descrição: Saúde dos Procuradores. Um trabalho de pesquisa focado em mapear, no âmbito psicossocial e profissional, “Os níveis de Saúde e Qualidade de Vida dos Procuradores e Procuradoras dos Estados e do DF ativos e inativos.” (Coord.)
crisiane.guimaraes@pge.ba.gov.br e @dracristianeguimaraes

2 Introdução

A saúde mental afeta o progresso em direção à realização de vários Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, como a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, a redução da mortalidade infantil, a melhoria da saúde materna e a reversão da disseminação do HIV/AIDS. A conscientização sobre saúde mental precisa ser integrada a todos os aspectos da política social e de saúde, planejamento do sistema de saúde e prestação de cuidados gerais de saúde primários e secundários.

Os transtornos mentais aumentam o risco de doenças transmissíveis e não transmissíveis e contribuem para lesões intencionais e não intencionais. Por outro lado, muitas condições de saúde aumentam o risco de transtorno mental, e a comorbidade complica a busca de ajuda, o diagnóstico e o tratamento, além de influenciar o prognóstico. Os serviços de saúde não são fornecidos de forma equitativa a pessoas com transtornos mentais, e a qualidade do atendimento para condições de saúde mental e física para essas pessoas poderia ser melhorada. Não há saúde sem saúde mental.

Desenvolver e avaliar intervenções psicossociais que possam ser integradas ao gerenciamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis são metas importantes para uma boa gestão de saúde dos entes federados.

Nesse sentir, os instrumentos de rastreio de transtornos mentais se tornaram ferramentas essenciais para a identificação precoce, de modo a detectar e prevenir comportamentos prejudiciais à população adulta, garantindo-lhe qualidade de vida. Nestes cenários surgem os instrumentos SRQ (SRQ-20 e SRQ-F) e WHOQOL-Breve consistentes, coerentes e precisos em relação à confiabilidade, com resultados excelentes.

Como foco deste trabalho é a eficácia da ferramenta SRQ-20 adequadamente utilizado no Diagnóstico realizado pela ANAPE dos “Níveis de Saúde e Qualidade de Vida dos Procuradores de Estado e DF”, o SRQ-20 consiste numa escala de rastreio com vinte itens dicotômicos com respostas de “sim” ou “não” – sendo que cada item soma um ponto no escore final. Foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar indicadores de transtornos mentais comuns (TMC), em especial em contextos de atenção primária. A escala investiga sintomas não psicóticos relacionados à insônia, fadiga, apetite, pensamento, tristeza, nervosismo, fadiga, humor e problemas somáticos entre outros, os quais consistem em

manifestações dos TMC. Como ele é projetado para ser autoaplicável e de fácil administração demonstrou-se útil da análise da carreira, especialmente em configurações onde recursos e tempo são limitados.

Importante salientar que aplicar o SRQ-20 em uma amostra populacional, os pesquisadores podem obter uma visão geral dos sintomas psiquiátricos prevalentes na comunidade, identificar grupos de risco, avaliar tendências ao longo do tempo e investigar possíveis associações com outros fatores de interesse. Além disso, a utilização do SRQ-20 em investigações coletivas pode ajudar a direcionar recursos e intervenções de saúde mental de forma mais eficaz, priorizando grupos ou regiões com maior prevalência de sintomas psiquiátricos.

Em pesquisa produzida por algumas associações dentre elas a ANAPE, o diagnóstico teve como objetivo mapear os níveis de saúde e qualidade de vida dos membros da carreira, ativos e aposentados, no âmbito psicossocial e profissional sistematizando as informações sobre a higidez física e mental. O presente estudo pretende demonstrar a utilização da ferramenta, os resultados e a validade do instrumento para direcionar políticas de prevenção e saúde da carreira, bem como a utilização deste instrumento em outras carreiras jurídicas, além de pretender também apresentar através da pesquisa bibliográfica a atuação da governança em saúde das carreiras jurídicas.

3 Como o SRQ-20 foi Utilizado no Diagnóstico de Saúde da ANAPE

O *Self-Reporting Questionnaire* é, como dito, um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para rastreio de transtornos mentais comuns em serviços de atenção primária. A sua versão brasileira do instrumento conta com 20 questões indicativas de transtornos não psicóticos. As alternativas de respostas são do tipo “sim” ou “não” e cada resposta positiva equivale a um ponto, podendo o escore total variar de 0 a 20 pontos. Índices satisfatórios de consistência interna ($\alpha > 0,80$) têm sido reportados².

Para realizar as análises propostas pelo diagnóstico, optou-se por adotar a estrutura fatorial com solução de quatro fatores. O primeiro, denominado Humor Depressivo/Ansioso, é composto por itens como “Sente-se

2 GONÇALVES, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-390.

nervoso, tenso ou preocupado?” e “Sente-se triste ultimamente?”. O fator Sintomas Somáticos tem itens como “Você tem dores de cabeça frequentemente?”. A dimensão Pensamentos Depressivos pode ser ilustrada pelo item “Sente-se inútil em sua vida?”. Por fim, o fator Decréscimo de Energia é composto por questões tais como “Você se cansa com facilidade?”³

Segundo Goldberg D, & Huxley P., as categorias diagnósticas permitem observar os sintomas como insônia, fadiga, depressão, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, algumas queixas somáticas permitem considerar uma base comum presente em diferentes transtornos que são denominados *transtornos mentais comuns*⁴:

O SRQ-20 mostrou-se também um bom preditor do risco de suicídio. Além de correlações moderadas a altas entre os fatores do instrumento com a avaliação de risco, observou-se que pessoas que apresentam pensamentos depressivos têm quatro vezes mais risco, e as que têm um padrão de humor depressivo/ansioso aumentam em duas vezes a razão de chance de cometer suicídio. De fato, é reportado na literatura a forte contribuição que os aspectos depressivos apresentam em relação à ideação e aos comportamentos suicidas (Gili-Planas, Rocca-Bennasar, Ferrer-Perez, & Bernardo-Arroyo, 2001; Goldney, Dal Grande, Fisher, & Wilson, 2003). Há também um risco muito aumentado de pessoas com quaisquer transtornos mentais apresentarem risco de suicídio quando comparados à população geral (Gili-Planas et al., 2001). Nesse sentido, a aplicabilidade clínica do SRQ-20 é corroborada, considerando que ele se mostrou um preditor satisfatório do risco de suicídio e que investiga justamente a presença destes transtornos.

Ainda sobre o Risco de Suicídio, o Diagnóstico da carreira utilizou-se do módulo “Risco de Suicídio”, que de acordo com Amorim⁵:

O instrumento, que apresenta índices de confiabilidade satisfatórios é organizado por módulos diagnósticos independentes, sendo que se utilizou neste estudo apenas o módulo C “Risco de Suicídio”. Neste módulo, o sujeito responde a questões sobre pensamentos e ideação

3 LACOPONI, E, Mari, J. J. (1989). Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self Reporting Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, 35(3), 213-222. doi: <http://10.1177/002076408903500301>

4 Goldberg D, & Huxley P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock.

5 Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(3), 106-115. doi: <http://10.1590/S1516-44462000000300003>

suicida, cuja pontuação varia dentro de um contínuo de gravidade. São exemplos de itens: “Durante o último mês, pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?” e “Já fez alguma tentativa de suicídio?”

A aplicabilidade do QSR-20 é de importância fundamental para o Diagnóstico produzido para a carreira dos Procuradores de Estado e que, em agosto de 2024, completa um ano de lançamento, com a pretensão de ter colaborado com as diversas gestões das Procuradorias Gerais dos Entes.

4 Os Resultados Encontrados

No Diagnóstico dos Níveis de Saúde e Qualidade de Vida dos Procuradores dos Estados e do DF, o questionário composto das 20 questões (Sim/Não) cada resposta positiva soma o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade) e foi disposto da seguinte forma:

QUESTÕES DO SRQ-20	
1. Sente dores de cabeça com frequência?	11. Você acha que é difícil gostar do seu cotidiano? Das suas atividades diárias?
2. Vem sentindo falta de apetite?	12. Tem dificuldade para tomar decisões?
3. Você dorme mal?	13. O seu trabalho lhe traz sofrimento significativo?
4. Sente medo ou assusta-se com facilidade?	14. Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil na vida?
5. Frequentemente, suas mãos tremem?	15. Tem perdido interesse pelas coisas?
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	16. Sente-se desprezível? Uma pessoa sem valor?
7. Você tem má digestão?	17. Tem passado em sua cabeça o pensamento de acabar com a sua vida (suicídio)?
8. Sente-se confuso? Com dificuldades para pensar com clareza?	18. Sente-se cansado(a) a maior parte do tempo?
9. Ultimamente, vem se sentindo triste ou infeliz?	19. Costuma sentir desconforto estomacal?
10. Está chorando mais que o comum?	20. Você se cansa com facilidade?

Fonte: Diagnóstico Níveis de Saúde e Qualidade de Vida dos Procuradores dos Estados e do DF, Brasília, DF: ANAPE& Psych, 2023, p. 52.

Após a aplicação do SRQ-20 ao conjunto de procuradores ativos e aposentados respondentes, o diagnóstico⁶ apresenta os seguintes comentários:

No conjunto da população de Procuradores respondentes do questionário afere-se um escore de 33,53% na detecção de Transtornos Mentais Comuns (TMC). **São 8,53% pontos acima da média esperada pela OMS fixada em um máximo de 25%.** A apresentação das médias e respectivos desvios-padrão dos estratos apresentados em cada uma das tabelas obedeceu a lógica da eliminação dos falsos-negativos, ou seja, aqueles Procuradores que por um outro motivo, afirmaram não apresentar nenhum dos sintomas pontuados pelo SRQ-20. Trata-se de uma situação normal e mesmo esperada pela equipe de pesquisa, quando considerado os mecanismos de defesa psicológicos que consciente ou inconscientemente entram em cena em avaliações dessa natureza. Observa-se que os agrupamentos formados por Procuradores aposentados (12,50%), ou que atuam no Consultivo (25,00%) permaneceram abaixo ou no teto dos 25% de TMC. Ou seja, na normalidade esperada pelo SRQ-20. Na margem de erro, ou seja, bem próximo do teto dos 25% estão os Procuradores que atuam na Gestão (26,31%), e/ou do sexo masculino (27,04%), e/ou em estágio probatório (29,63%). **As Procuradoras dos Estados, sexo feminino, alcançam o pior escore entre todos (42,96%), seguidas de perto pelos membros do Contencioso (41,15%).** Sem alteração significativa a partir da variável cor autodeclarada, se branca ou não-branca.

Importante destaque se dá a este estudo quando se procede a avaliação dos 20 quesitos e seus indicadores.

QUESITOS 3, 6 e 18 são as maiores frequências afirmativas:

“Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?” (66,16%), “Você dorme mal?” (48,34%) e, imediatamente abaixo, “Sente-se cansado(a) a maior parte do tempo?” (45,32%) destacaram-se por possuírem as maiores frequências entre as afirmativas. Desde logo, portanto, Tensão constante, sono ruim e estafa ao longo do tempo servem para referências principais na elaboração do diagnóstico diferencial.

6 Níveis de Saúde e Qualidade de Vida dos Procuradores dos Estados e do DF, Brasília, DF: ANAPE& Psych, 2023, p. 56.

QUESITOS 18, 20 e 9 aprofundam o senso de cansaço:

Revelam-se altos os escores dos quesitos que investigam ou aprofundam o senso de cansaço: “Sente-se cansado(a) a maior parte do tempo?”, com 45,32%; e “Você se cansa com facilidade?”, com 35,95% de incidências. Pouco antes, aquela que investiga a experiência atual ou recente de humor depressivo, “Ultimamente, vem se sentindo triste ou infeliz?” havia atingido a quarta posição, com 36,86% das incidências e ainda bem acima da faixa de tolerância fixada em 25%.

QUESITOS 11 e 15 abalam a confiança no trabalho:

Os sentimentos depressivos se reforçam com 29,91% afirmando que acham “que é difícil gostar do seu cotidiano? Das suas atividades diárias?” e “Tem perdido interesse pelas coisas?” com 27,79%. O item é crítico porque abala diretamente o vínculo de confiança e satisfação com o trabalho.

QUESITOS 7 e 19 apontam transtornos somáticos:

Com este mesmo escore, de 27,79% chegam os transtornos somáticos ligados ao sistema digestivo, com “Costuma sentir desconforto estomacal?” e “Você tem má digestão?” com 26,59%.

QUESITOS 4, 12 e 8 apresentam sintomas fóbicos, contudo com escore decrescente, observando-se apenas que um quinto dos respondentes, portanto, estão com uma sintomatologia crítica para profissionais que dependem amplamente da intelectualidade para o bom desempenho das suas atividades:

“Sente medo ou assusta-se com facilidade?”, com 23,26%; e os quesitos ligados à função pensamento que são “Tem dificuldade para tomar decisões?” com 21,15% de ocorrência; e “Sente-se confuso? Com dificuldades para pensar com clareza?” que obteve 20,85% de incidência.

QUESITOS 10, 5 e 2 respostas que atenuam a gravidade dos processos depressivos:

“Está chorando mais que o comum?”, com apenas 13,60% de incidência. “Frequentemente, suas mãos tremem?”, com 10,57% de ocorrências e “Vem sentindo falta de apetite?”, com apenas 6,45% de incidência ciclo afasta a gravidade das hipóteses psicossomáticas.

QUESITO 14 desvinculando-se de crises mais profundas na relação com o trabalho, temos:

“Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil na vida?” com 7,85%.

Um dos mais interessantes resultados da ferramenta SRQ-20, quando aplicada ao coletivo de procuradores respondentes é o quadro abaixo que destaca quatro dimensões psicopatológicas, os sintomas psicossomáticos, o humor ansioso ou depressivo, o transtorno do pensamento e o decréscimo da energia vital, com conclusões que seguem abaixo:

Ao analisarmos os resultados pelas dimensões propostas pelo instrumento, percebe-se que as dimensões HUMOR ANSIOSO OU DEPRESSIVO mais o DECRÉSCIMO DA ENERGIA VITAL **são as mais críticas, com médias 37,64% e 32,75% em uma escala que deveria se manter abaixo dos 25%. (grifos nossos)**

5 Os Níveis de Saúde nas Carreiras Jurídicas

A Saúde Mental na esfera do serviço público e, especialmente, dentre as carreiras essenciais à Justiça tem sido uma preocupação em nível governança do setor público e estabelecimento do equilíbrio no Estado Democrático de Direito. A saúde e o trabalho, direitos fundamentais previstos na Constituição Federal, sob o prisma de conjunção mútua e em sintonia com a Convenção 155 da Organização Internacional do Trabalho, assegura a todos os trabalhadores, independentemente do regime jurídico a que estejam submetidos, o direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (Constituição Federal, art. 7o, XXII, combinado com o art. 39, § 3º).

5.1 Saúde: ANAUNI e AGU - a Cartilha de Orientações de Atenção à Saúde Mental

Em 2020, a Advocacia Geral da União, no contexto do Programa Sua Vida Tem Valor criou o protocolo orientador de procedimentos para adoção em casos de identificação de sofrimento mental e emocional de seus servidores e outras pessoas no ambiente de trabalho⁷ como resultado do Diagnóstico⁸ realizado no aspecto da saúde mental, nos moldes do SRQ-20, permitindo gerar valor confiabilidade para planejar, executar, monitorar e gerir iniciativas e medidas voltadas à atenção integral à saúde.

7 https://www.gov.br/agu/pt-br/comunicacao/noticias/cartilha_setembroamarelo_2020-2.pdf

8 Diagnóstico epidemiológico de saúde mental & qualidade de vida e trabalho dos advogados da União (ANAUNI, PSYCH, 2023).

COMO SE COMUNICAR:

- 
- > Ouvir atentamente, ficar calmo.
 - > Entender os sentimentos da pessoa (empatia).
 - > Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito (ex: balançar a cabeça afirmativamente, olhar nos olhos de quem fala).
 - > Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa.
 - > Conversar honestamente e com autenticidade.
 - > Mostrar sua preocupação, cuidado e afeição.
 - > Focalizar nos sentimentos da pessoa.

COMO NÃO SE COMUNICAR:

- > Interromper muito frequentemente.
 - > Ficar chocado ou muito emocionado.
 - > Dizer que você está ocupado.
 - > Tratar a pessoa de maneira que a coloca numa posição de inferioridade.
 - > Fazer comentários invasivos e pouco claros.
 - > Fazer perguntas indiscretas.
 - > Abordar questões religiosas tentando impor suas crenças.
- 

O QUE NÃO VERBALIZAR:

- 
- "Não chore"
 - "Isso não faz sentido nenhum"
 - "Seja forte"
 - "Eu entendo perfeitamente o que você está sentindo"
 - "Será que podemos conversar mais rápido"
 - "Levante a cabeça"

COMPORTAMENTOS SUICIDAS:

Os comportamentos suicidas são compreendidos num espectro que começa com o pensamento, até a morte em si:

Ideação suicida:

são ideias, pensamentos, desejo de estar morto. Pode ou não incluir um planejamento do ato;

Tentativa de suicídio:

ação potencialmente fatal, sem êxito;

Suicídio:

comportamento auto infringido que resultou em morte.



DIRETRIZES GERAIS PARA IDENTIFICAÇÃO DE SOFRIMENTO MENTAL

É importante entender as características da personalidade de cada pessoa que determinam o seu temperamento e comportamento. Então, aquele colega que é mais quieto e até mesmo tímido, ou o mais agressivo, não significa necessariamente que está em risco. É preciso conhecer a pessoa para perceber que ela está fora do seu normal, que seu humor está instável e que ela não está muito bem, para então aplicar o protocolo de ajuda. Por isto:

FIQUE ATENTO À:

- Você percebe que a pessoa não está em seu estado normal há dias.
- A pessoa está passando por algum problema familiar.
- Está enfrentando alguma situação complicada (Assédio Moral; Dívidas; PAD...).
- Queixa-se quase que diariamente sobre suas angústias.
- Eventos estressantes e recentes.
- A pessoa possui acesso a métodos auto lesivos.
- Traumas vivenciados na vida.
- Planejamento de pôr fim a própria vida.
- Tentativas anteriores de suicídio.



5.2 Saúde: SINPROFAZ e PFN - Programa, projetos e Ações de Saúde Mental e Qualidade de Vida da advocacia Pública.

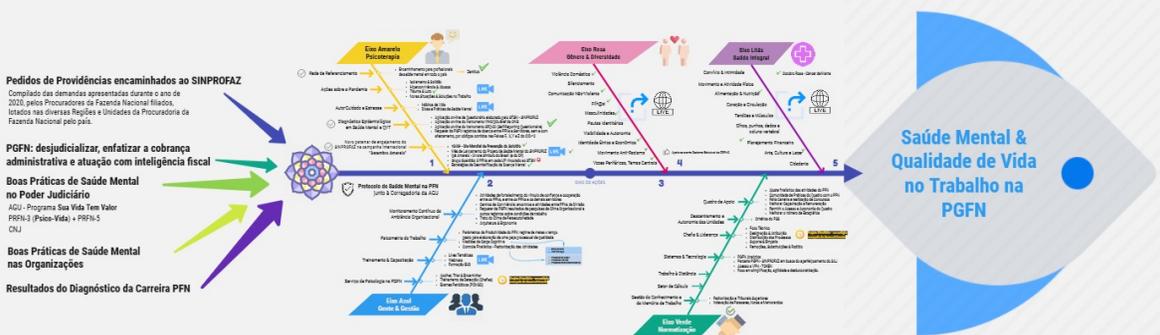
De igual modo, os legados da sociedade fluida e da revolução digital, aliados ao evento pandêmico de 2019, trouxeram a todas as lideranças institucionais a preocupação com o porvir. O estado de coisas que perduram e o comportamento gerado por tais mudanças repentinas geram no comportamento do brasileiro os seguintes sintomas, segundo a pesquisa dos Consultores da Atenção Psicossocial e Saúde Mental do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES) da Fiocruz⁹: alterações ou distúrbios de apetite (falta de

9 Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações Gerais. Consultores da Atenção Psicossocial e Saúde Mental do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES) da Fiocruz https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04_0.pdf

apetite ou apetite em excesso); alterações ou distúrbios do sono (insônia, dificuldade para dormir ou sono em excesso, pesadelos recorrentes); conflitos interpessoais (com familiares, equipes de trabalho...); violência, especialmente àquela violência direcionada aos profissionais de saúde; pensamentos recorrentes sobre a epidemia; pensamentos recorrentes sobre a saúde da nossa família; pensamentos recorrentes relacionados a morte e ao morrer.

Se por menor razão fosse, as estruturas associativas das carreiras jurídicas, a exemplo do SINPROFAZ, conjuntamente às Procuradorias buscam as melhores soluções para o diagnóstico da saúde na carreira e a implementação de iniciativas e medidas voltadas à atenção integral à saúde, conforme ilustração do Diagnóstico epidemiológico de saúde mental & qualidade de vida e de trabalho na PFN (SINPROFAZ, PSYCH, 2021). Para dar início ao projeto como se afigura abaixo, a etapa anterior de diagnóstico passou, inclusive, pelo SRQ-20, de modo a configurar melhor os sintomas psiquiátricos, a exemplo do que relatado acima nos resultados da pesquisa ANAPE.

Projeto do SINPROFAZ sobre Saúde Mental e Qualidade de Vida e de Trabalho na PFN



Fonte: SINPROFAZ-PSYCH

6 Conclusão

O presente artigo tem como propósito a apresentação do SRQ-20 que pode ser uma ferramenta valiosa para investigações coletivas em saúde mental, fornecendo dados importantes para entender a prevalência e a distribuição de sintomas psiquiátricos em uma determinada população, tomando como justificador a sua utilização nas pesquisas sobre saúde mental nas diversas categorias da advocacia pública e contribuindo para a investigação da validade do instrumento.

Nesse sentido, tendo em vista que os estudos brasileiros em relação ao SRQ-20 têm explorado sua utilização com a população geral ou com amostras específicas, o presente estudo objetiva comparar a escala entre amostras clínica e não clínica e, assim. Busca-se também investigar a capacidade do SRQ-20 em diferenciar grupos clínicos específicos, além de pesquisar a aplicabilidade da escala para detectar a presença de risco para comportamentos suicidas.

Além disso, o estudo demonstra a importância do enfrentamento do diagnóstico sobre a saúde mental em algumas carreiras jurídicas, com a percepção da necessidade de atenção para este aspecto, à medida que a sociedade ingressa ou se afasta de fenômenos de disrupção com efeitos coletivos, como o que foram apresentados durante e depois da Pandemia da COVID-19.

A partir dos achados encontrados nas respostas ao SRQ-20 alinhados com os projetos e ações já em curso por outras associações e instituições de serviços jurídicos, podemos erigir seis eixos de atuação: I – Atenção Integral à Saúde: do planejamento à execução; do monitoramento e avaliações e gestão; II – Estruturação das Procuradorias com infraestrutura básica para atendimento à saúde e de acordo com as normas técnicas; III – Previsão orçamentária à implementação da Política; IV – Participação integrativa na Governança da Política; V – Incentivar o diálogo sobre o tema entre as Procuradorias de Estado e entre estas e outras instituições parceiras; VI – Divulgar informações e fomentar estudos e pesquisas sobre promoção de saúde, prevenção de doenças e temas conexos.

Afinal, uma vez assimiladas institucionalmente tais diretrizes é possível afirmar que a instituição da advocacia pública, imbuída da obrigação de cumprimento dos direitos fundamentais (art. 196), em sua relação com

os pares e servidores assegura a todos os trabalhadores, independentemente do regime jurídico a que estejam submetidos, o direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (Constituição Federal, art. 7º, XXII, combinado com o art. 39, § 3º), de maneira que.

Que lacemos ao vento a esperança de saúde integral aos nossos pares, em visão de futuro, como bem dito por Cecília Meireles: “ ...Tudo isto para brilhar um instante, apenas, para ser lançado ao vento, — por fidelidade à obscura semente, ao que vem, na rotação da eternidade. Saudemos a primavera, dona da vida — e efêmera.”¹⁰

7 Referências

AMORIM, P. **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais.** Brazilian Journal of Psychiatry, 2000, pp. 106-115. DOI: <http://10.1590/S1516-444620000003000003>.

BRASIL. **Conselho Nacional de Justiça.** Resolução CNJ nº 207, de 15 de outubro de 2015. Institui Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado215738202010085f7f8b528e48e.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2024.

Cartilha de Orientações de Atenção à Saúde Mental. https://www.gov.br/agu/pt-br/comunicacao/noticias/cartilha_setembroamarelo_2020-2.pdf. Acesso em: 09 ago. 2024.

Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 12 ago. 2024.

Diagnóstico epidemiológico de saúde mental & qualidade de vida e trabalho dos advogados da União. (ANAUNI, PSYCH, 2023).

Diagnóstico epidemiológico de saúde mental & qualidade de vida e de trabalho na PFN. (SINPROFAZ, PSYCH, 2021).

MEIRELES, Cecília. **Obra em Prosa.** Vol. 1. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

GOLDBERG, D. & HUXLEY P. **Common mental disorders: a bio-social model.** London: Tavistock, 1992.

GONÇALVES, D. M., STEIN, A. T., & KAPCZINSKI, F. **Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR.** Cadernos de Saúde Pública, 2008.

10 Crônica de Cecília Meireles, do livro “Obra em Prosa”. Vol. 1. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

LACOPONI, E., Mari, J. J. **Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self Reporting Questionnaire.** *International Journal of Social Psychiatry*, 1989, pp. 213-222. DOI: <http://10.1177/02076408903500301>

Níveis de Saúde e Qualidade de Vida dos Procuradores dos Estados e do DF, Brasília, DF. ANAPE & Psych, 2023.

Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário. <https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/conteudo/arquivo/2017/11/b69b2e5851acc6bf76b025d36ee79236.pdf>.

Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário. https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/2020/08/WEB_RELATORIO_SAUDE_MENTAL_COVID_V2.pdf.

Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário. <https://painisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a751de10-a812-4479-b076-4de13949d7c2&sheet=be8b7511-b562-4fb9-897e-f66297d6d96a&lang=pt-BR&opt=ctxmenu,currsel>

Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID- 19: Recomendações Gerais. Consultores da Atenção Psicossocial e Saúde Mental do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES) da Fiocruz https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04_0.pdf.

A Aplicação de Soluções Estruturais nos Tribunais Superiores nas Demandas em Saúde

Felipe Azevedo Barros¹
Fernando Alcantara Castelo²

1 Introdução

Embora o estudo e a prática dos processos estruturais ainda estejam evoluindo no Brasil, os Tribunais Superiores começam a observar a importância de sua aplicação, em razão do grande poder de resolutividade de questões complexas que adentram às Cortes.

Os chamados *hard cases*, que envolvem a análise de políticas públicas e a necessidade de intervenção do Poder Judiciário, não podem mais ser solucionados com simples adequação dos fatos à norma, pois são conflitos complexos e multipolares, que envolvem uma ampla gama de matérias jurídicas e impactos sociais que precisam ser levados em consideração no momento da decisão.

-
- 1 Procurador do Estado do Paraná, com atuação na Procuradoria de Saúde. Procurador-Chefe da Procuradoria de Saúde. Mestre em direito pela Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG. Professor do Centro de Ensino Superior dos Campo Gerais . Especialista em Advocacia Pública pelo IDDP. Especialista em Direito Processual pela UEPG- UEPG . Integrante da Câmara Técnica de Direito Sanitário do CONASS Email: barros.felipeazevedo@gmail.com
 - 2 Procurador do Estado do Paraná, com atuação na Procuradoria de Saúde. Procurador-Chefe da Procuradoria de Saúde de setembro de 2015 a novembro de 2020. Membro da Comissão Especial de Direito à Saúde do Conselho Federal da OAB, desde 2023. Membro da Comissão de Direito à Saúde da OAB/PR – 2016/2018. Vice-Presidente da Comissão de Direito à Saúde da OAB/PR – 2019/2021. Membro do Comitê Executivo de Saúde do CNJ no Estado do Paraná, entre 2015 e 2022. Integrante da Câmara Técnica de Direito Sanitário do CONASS, entre 2017 e 2022. Mestre em Direito das Relações Sociais pela UFPR. Professor em cursos de especialização em Direito médico, direito à saúde e direito sanitário. Autor de diversos artigos jurídicos, especialmente envolvendo o direito à saúde. Revisor de artigos científicos de revistas e coletâneas relacionadas ao direito à saúde - Email: fernandoacastelo@hotmail.com

A importância do julgamento desses casos difíceis, sem uma solução simples pré-estabelecida, ganhou ainda mais relevância com o sistema de precedentes reforçado pelo Código de Processo Civil de 2015, na medida em que as decisões em recursos repetitivos do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça passaram a vincular os tribunais e juízes por todo o país.

Neste sentido, o presente estudo buscará demonstrar a importância da utilização de soluções estruturais, sobretudo nos Tribunais Superiores, nas demandas que envolvem a judicialização da saúde.

2 O sistema brasileiro de “precedentes”, os instrumentos de cooperação jurisdicional e a judicialização da saúde

As decisões proferidas por instrumentos de vinculação, como a repercussão geral e os recursos repetitivos, além dos instrumentos de controle concentrado de constitucionalidade, têm a capacidade de alterar ou influenciar a realidade social, tal qual uma norma formal.

O STF, ao firmar qual é a correta interpretação sobre a aplicação da Constituição, e o STJ, ao realizar o mesmo trabalho quanto à legislação federal, acabam por se equiparar à condição de legislador, estabelecendo obrigações para um número indefinido de pessoas submetidas à interpretação jurídica em questão.

O Código de Processo Civil de 2015 estabeleceu um sistema de precedentes obrigatórios, a fim de conferir um papel fundamental na construção e na aplicação do direito, promovendo estabilidade, uniformidade e previsibilidade. Nesse sentido, dois dispositivos do diploma legal são basilares desse pilar fundamental: o art. 926 do CPC/2015, que exige dos tribunais a manutenção de uma jurisprudência estável, íntegra e coerente, e o art. 927, que é enfático ao obrigá-los a submeterem-se ao entendimento das Cortes superiores.

Tal fato consiste em relativa importação do modelo decisório do *stare decisis*, de origem anglo-saxã e essencial ao sistema da *Common Law*, baseado no respeito às decisões proferidas no passado, sobretudo aquelas oriundas dos Tribunais Superiores. Sob a influência desse sistema,

é flagrante o compromisso do CPC de 2015 de garantir celeridade e segurança jurídica na prestação jurisdicional, com a respeitabilidade da jurisprudência consolidada dos Tribunais Superiores, em especial do STF e do STJ, inclusive em seus respectivos âmbitos internos³.

Segundo Vitorelli, esse sistema de formação de precedentes obrigatórios também pode servir para solucionar litígios coletivos quando a decisão de um processo definir uma questão de direito com efeitos para toda a sociedade⁴.

Além da repercussão geral, dos recursos repetitivos e dos mecanismos de controle concentrado, o sistema brasileiro de precedentes se concretiza por meio de alguns institutos, como o *incidente de resolução de demandas repetitivas* (IRDR), que tem aplicação nos tribunais locais e tribunais regionais federais, e o *incidente de assunção de competência* (IAC).

Tais instrumentos processuais têm o condão de reunir demandas e aplicar o direito a uma situação jurídica preexistente, sem se ater aos fatos específicos de cada demanda que será tratada individualmente.

Por outro lado, instituto de grande importância prática para a atuação jurisdicional mais ampla e eficiente é a cooperação judicial prevista nos arts. 67 a 69 do Código de Processo Civil de 2015. Tal instrumento de gestão judicial permite a realização de atos coordenados entre juízes, como a reunião de demandas semelhantes para uma mesma análise fática e probatória, bem como julgamento único por parte de um juiz de competência adequada, apto a prestar a melhor jurisdição com uma visão macro de um problema que se repete em inúmeras demandas.

O pedido de cooperação de atos concertados consiste em prévio ajuste entre juízes para a prática de atos que interessam vários processos. É possível, assim, produzir provas em conjunto (pareceres técnicos globais), mas com o cuidado de não generalizar todos os casos ou deixar de individualizar as particularidades de cada situação⁵.

3 LAMY, Eduardo de Avelar; REIS, Sergio Cabral. Da recepção do sistema de precedentes do CPC/2015 ao fortalecimento das ações coletivas rumo a uma tutela jurisdicional eficaz: encontros e desencontros dos sistemas de resolução de litigância de massa no Brasil. **Revista de Processo**, [S. l.], v. 292, p. 253-290, jun. 2019.

4 VITORELLI, Edilson. **Processo civil estrutural: teoria e prática**. Salvador: JusPodivm, 2023.

5 BOCHENEK, Antônio César; HORIE, Helen Yumi. **Proliferação de demandas individuais de vícios construtivos de habitação e soluções estruturais: estudo de caso dos processos da Justiça Federal de Ponta Grossa - PR**. In: **Inovação judicial: fundamentos e práticas para uma jurisdição de alto impacto**. Brasília: Enfam, 2021. v.1. p. 364-400. p. 396.

De acordo com informação extraída do sítio eletrônico do Conselho Nacional de Justiça, o instituto processual permite a formação de uma Rede Nacional de Cooperação Judiciária, com escopo de conferir maior fluidez, agilidade e eficácia ao intercâmbio de atos judiciais e de favorecer o exercício de uma jurisdição mais harmônica e colaborativa. As diretrizes e os procedimentos sobre a cooperação judiciária nacional entre os órgãos do Poder Judiciário e outras instituições e entidades estão estabelecidos na Resolução n. 350, de 27 de outubro de 2020⁶.

A Rede de Cooperação é coordenada pelo Comitê Executivo Nacional, em articulação com os Comitês Executivos Estaduais. O sistema de cooperação judiciária nos tribunais possui dois mecanismos básicos: a figura do juiz de cooperação e os núcleos de cooperação judiciária.

Configura-se uma espécie de negócio jurídico processual com alteração de competência entre os juízos cooperantes, dentro de uma releitura do princípio do juiz natural, a fim de promover uma gestão mais eficiente dos processos e uma intervenção mais racional do Poder Judiciário.

Segundo Nery Junior e Nery, trata-se de acordo atípico entre dois ou mais juízes para regulamentar uma relação permanente entre os juízos cooperantes, autorizando a alteração da competência para a prática de determinados atos, em prol da eficiência na administração judiciária⁷.

Apesar de possuírem objetivos semelhantes, a cooperação judiciária não se confunde com o IRDR nem o IAC, pois não se trata de instrumento de formação de precedentes obrigatórios como estes. Permite a reunião de demandas num mesmo juízo, mas não obriga os demais magistrados a proferir decisões no mesmo sentido, nem traz instrumentos de revisão de decisões dissonantes como a reclamação.

A cooperação jurisdicional pode ser explorada como meio estrutural de reunião de demandas em saúde que tratem do mesmo tratamento para a mesma doença, a fim de racionalizar a judicialização da saúde sob um viés globalizante, em detrimento de uma perspectiva individualizada.

Isso porque, em demandas complexas na área da saúde, os Tribunais Superiores não podem se furtar de conferir um tratamento adequado

6 <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/cooperacao-judiciaria/> Acesso em, 23.05.2024

7 NERY JUNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade. **Código de Processo Civil comentado**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016

para a construção de soluções para problemas complexos, garantindo legitimidade às decisões que envolvem importantes políticas públicas.

Diante desse cenário, o Supremo Tribunal Federal editou a Resolução nº 790/2022, que cria o Centro de Soluções Alternativas de Litígios (CESAL). A medida considera que as necessidades estruturais e disputas complexas requerem abordagens distintas, tais como a adaptabilidade dos procedimentos, a busca por consenso, negociações e a utilização de métodos de prova não convencionais, bem como medidas executivas e formas de cooperação não tradicionais.

A Resolução afirma que o CESAL funcionará no âmbito da presidência da Corte e será integrado por duas unidades. A primeira é o Centro de Mediação e Conciliação (CMC), criado em 2020, visando à solução de questões jurídicas sujeitas à competência do STF que, por sua natureza, possam ser objeto de composição. A segunda é o Centro de Cooperação Judiciária (CCJ), disciplinado pela Resolução nº 775/2022, que prevê a cooperação recíproca do STF com os demais órgãos do Poder Judiciário para a prática de atos judiciais ou administrativos.

Chama atenção o disposto no art. 3º, parágrafo único, da Resolução nº 790/2022, que identifica os processos estruturais como aqueles voltados a reestruturar determinado estado de coisas constitucionalmente desconformes e como aqueles que exigem, para a concretização dos direitos correspondentes, técnicas especiais de efetivação processual e intervenção jurisdicionais diferenciados.

A partir da edição do referido ato, é possível observar a preocupação do Supremo com a solução dos casos complexos, cujo sistema binário a que estamos acostumados não é suficiente para um deslinde capaz de trazer benefícios em termos de correção de políticas públicas em desconformidade constitucional.

Seguindo essa lógica, as demandas de saúde se inserem nesse perfil de complexidade e conseqüente necessidade de tratamento diferenciado, com abordagens distintas e adaptabilidade procedimental, construção de soluções a várias mãos, negociações e a utilização de métodos de prova não convencionais, bem como medidas executivas e formas de cooperação não tradicionais.

Com efeito, a experiência evidenciou que o fenômeno da judicialização da saúde impactou o funcionamento das instituições, o que incluiu mudanças na gestão do sistema de saúde, na administração do Poder Judiciário e na relação entre o sistema de saúde e os órgãos de Justiça. Essas mudanças resultaram tanto da necessidade da política pública de gerir e mitigar os efeitos da judicialização como da crescente percepção, sobretudo pela cúpula do Poder Judiciário, de que decisões judiciais que ignoram evidências científicas e impactos orçamentários tendem a ampliar os problemas do sistema de saúde em vez de solucioná-los⁸.

Daí porque é fundamental que se utilizem de mecanismos de cooperação e estruturação processual nas demandas em saúde, sobretudo nos Tribunais Superiores, especialmente quando se tem em mente que as decisões destas Cortes vincularão os juízes e demais tribunais.

3 O tratamento estrutural à judicialização da saúde pelo Superior Tribunal de Justiça: o caso concreto do julgamento Recurso Especial 1.733.412/SP

O Superior Tribunal de Justiça já atentou para a necessidade de conferir um tratamento processual diverso às demandas que envolvam a ingerência do Poder Judiciário em políticas públicas e o impacto em um número indeterminado de atores, litigantes contra os entes públicos ou não. De fato, o STJ já reconheceu a existência de demandas estruturais no sistema de justiça brasileiro e a possibilidade de atuação judicial, por meio de técnicas estruturais⁹.

O Recurso Especial 1.733.412/SP, de relatoria do ministro Og Fernandes, envolvia pedido do Ministério Público de São Paulo para que o município de São Paulo promovesse diversas obras e melhorias em hospital público e no serviço a ser prestado à população. No caso concreto, o juiz de primeiro grau entendeu que se devia reservar ao Judiciário apenas a apreciação de direitos específicos e em determinadas situações concretas

8 VASCONCELOS, Natália Pires de; WANG, Daniel Wei Liang. O impacto institucional da judicialização da saúde pública no Brasil.

9 BOCHENEK, Antônio César. Processo Estrutural para o processo civil de interesse público. *Revista Brasileira de Direito e Justiça*, Ponta Grossa, v. 6, p. 26-46, 2022.

nas quais a administração pública se mostra ausente, como nas hipóteses de negativa no fornecimento de medicamento ou prestação de determinado tratamento, entre outras situações concretas e determinadas de omissão estatal.

O juiz entendeu que a esfera de atuação no Poder Judiciário deveria se dar sob o aspecto individualizado, em que cada interessado deveria ingressar com ação própria buscando a reparação ou o restabelecimento de um direito subjetivo próprio, razão pela qual julgou improcedente o pedido do Ministério Público.

Apreciando o recurso interposto em face da sentença, o tribunal local manteve a decisão, limitando a atuação do Poder Judiciário a situações concretas, num viés conservador, com olhos apenas no retrovisor sobre o papel do Poder Judiciário, e com posicionamento limitante no que toca às possibilidades de um processo estrutural.

Em sede de recurso especial, o STJ entendeu que a demanda versava sobre matéria típica dos chamados processos estruturais, caracterizados por uma atuação jurisdicional que reorganiza a atuação do Poder Público ante uma situação de desconformidade constitucional.

Partindo dessa premissa, superou entendimento do tribunal *a quo* sobre o caso concreto e, embora prestigiando as escolhas políticas do administrador, entendeu que uma visão individualizada acabaria por prejudicar aqueles que não ingressaram com demandas individuais, alijando-os dos benefícios de uma prestação jurisdicional favorável e não resolvendo o problema de forma global¹⁰.

10 PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. REFORMA E MELHORIAS EM HOSPITAL PÚBLICO. CONTROLE JUDICIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. IMPOSSIBILIDADE GENÉRICA. DESCABIMENTO. PROCESSO ESTRUTURAL. PEDIDOS DIVERSOS E COMPLEXOS. POSSIBILIDADE. APRECIÇÃO DE VIOLAÇÕES LEGAIS ESPECÍFICAS. OMISSÃO. NULIDADE. 1. O controle judicial de políticas públicas é possível, em tese, ainda que em circunstâncias excepcionais. Embora deva ser observada a primazia do administrador na sua consecução, a discricionariedade cede às opções antecipadas pelo legislador, que vinculam o executor e autorizam a apreciação judicial de sua implementação. 2. A existência de pedidos diversos e complexos não significa automática pretensão de substituição do administrador. Ao contrário, pressupõe cuidado do autor diante de uma atuação estruturante, que impõe também ao Judiciário a condução diferenciada do feito. 3. Nos processos estruturais, a pretensão deve ser considerada como de alteração do estado de coisas ensejador da violação dos direitos, em vez de se buscar solucionar pontualmente as infringências legais, cuja judicialização reiterada pode resultar em intervenção até mais grave na discricionariedade administrativa que se pretenderia evitar ao prestigiar as ações individuais. 4. No caso concreto, a consideração

Dessa forma, o STJ entendeu por dar provimento ao recurso e determinou o retorno feito à origem para que o tribunal local corrigisse o erro e não se limitasse a afirmar genericamente a impossibilidade de intromissão do Poder Judiciário na discricionariedade do administrador. Partindo da premissa de que o Poder Judiciário pode, de certa forma, interferir na gestão de políticas públicas do Poder Executivo, é melhor que o faça através de medidas estruturais.

Vale destacar que a Corte Superior não afirmou quais medidas estruturais deveriam ser aplicadas, tampouco qual o caminho a ser tomado, apenas permitiu a utilização de medidas estruturais para melhores soluções globais, integrativas e prospectivas, em detrimento de reiterados remédios pontuais e individualizados.

4 O tratamento estrutural à judicialização da saúde pelo Supremo Tribunal Federal

O Supremo Tribunal Federal também tem empreendido com a aplicação de medidas estruturais como caminho para casos complexos envolvendo a intervenção judicial em políticas públicas, assim como em relação à repartição de responsabilidades no financiamento da judicialização da saúde, como se verá no tópico adiante.

De fato, em recente julgado, o Supremo Tribunal Federal pôs fim à antiga controvérsia acerca da possibilidade de intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas estatais. Ao apreciar o recurso extraordinário n. 684.612, paradigma do tema de repercussão geral n. 698, a Corte entendeu que, nos casos em que a inércia administrativa impede a realização de direitos fundamentais, não há como negar ao Poder Judiciário algum grau de interferência para a implementação de políticas públicas e que tal postura não viola a separação de poderes.

No entanto, ressaltou-se que a possibilidade de intervenção não é um cheque em branco para a interferência do juiz nas atribuições do gestor

genérica de impossibilidade de intervenção judicial nas falhas de prestação do serviço de saúde configura efetiva omissão da instância ordinária quanto às disposições legais invocadas que, acaso mantida, pode inviabilizar o acesso das partes às instâncias superiores. 5. Recurso especial provido, para determinar o retorno do feito à origem para afastamento do vício.

público e deve seguir parâmetros que o próprio STF já estabeleceu no julgado, devendo haver a necessidade de se seguirem os critérios para que a atuação judicial seja razoável e eficiente, respeitado o espaço de discricionariedade do administrador.

O acórdão deixa clara a limitação quando assevera que a intervenção casuística do Poder Judiciário, definindo a forma de contratação de pessoal e da gestão dos serviços de saúde, coloca em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, já que desorganiza a atividade administrativa e compromete a alocação racional dos escassos recursos públicos.

A Tese de Repercussão Geral fixou que: i) a intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas voltadas à realização de direitos fundamentais, em caso de ausência ou deficiência grave do serviço, não viola o princípio da separação dos poderes; ii) **a decisão judicial, como regra, em lugar de determinar medidas pontuais, deve apontar as finalidades a serem alcançadas e determinar à Administração Pública que apresente um plano e/ou os meios adequados para alcançar o resultado;** iii) no caso de serviços de saúde, o déficit de profissionais pode ser suprido por concurso público ou, por exemplo, pelo remanejamento de recursos humanos e pela contratação de organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP).

Outro julgado do Supremo Tribunal Federal que merece destaque ter provocado a aplicação de medidas estruturantes é a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709, caso em que, entre outros pedidos, havia o exposto pleito de cunho estrutural de elaboração de plano de enfrentamento da Covid-19 para os indígenas brasileiros.

O relator, ministro Barroso, deferiu pedido de tutela provisória para que a União, em 30 dias, formulasse um plano de enfrentamento da Covid-19 para os povos indígenas brasileiros, com a participação do CNDH e de representantes nas comunidades indígenas, bem como com apoio técnico da fundação Oswaldo Cruz e do grupo de trabalho de saúde indígena da associação brasileira de saúde coletiva.

A decisão, com nítido caráter estrutural, fomenta a construção de diálogo entre os vários órgãos responsáveis, os membros do grupo atingido e instituições de conhecimento técnico sobre o assunto. Observou-se nitidamente o caráter policêntrico do litígio e a obrigatoriedade de conferir

um tratamento estrutural ao caso complexo, por intermédio do desenvolvimento de um plano de reestruturação a ser implementado e acompanhado na sua concretização efetiva.

4.1 O tema de repercussão geral n. 1234 do STF

No tema de repercussão geral n. 1234, em que se discute a “Legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não padronizados no Sistema Único de Saúde – SUS”, em abril de 2023, o Ministro Gilmar Mendes, relator do recurso, reconhecendo o caráter estrutural da demanda, destacou a necessidade de uma construção dialógica da solução do problema, sob pena de incutir graves desprogramações orçamentárias e de desorganizar a complexa estrutura do SUS.

De fato, no referido processo, o ministro Gilmar Mendes proferiu decisão cautelar destacando que “há um esforço de construção dialógica e verdadeiramente federativa do conceito constitucional de solidariedade ao qual o Poder Judiciário não pode permanecer alheio”.

O tema da responsabilidade dos entes públicos pelo cumprimento de determinações judiciais é recorrente nas demandas de saúde e gera inúmeras e complexas discussões no que toca à distribuição de atribuições entre os entes públicos para fornecimento de medicamentos não incorporados à política pública.

O STF já havia tentado resolver essa questão ao julgar o tema de repercussão geral n. 793. Neste, encontrou uma solução para a questão da solidariedade entre os entes públicos, entendendo que deveriam ser fixadas premissas para equilibrar o funcionamento do SUS tanto no âmbito administrativo como no âmbito judicial.

A tese fixada tratou a judicialização da saúde de forma significativamente ampla, mantendo a solidariedade entre os entes públicos, mas fixando os parâmetros obrigatórios de participação destes no polo passivo, o que implica diretamente na definição de competência das Justiças Federais e Estaduais. Trouxe, por maioria, o entendimento de que, além de haver solidariedade dos entes federativos (União, Estados e Municípios e Distrito

Federal) em processos de saúde, há também responsabilidades específicas da União, a serem analisadas pelo julgador, fazendo necessária a inclusão desta como parte, em determinadas hipóteses.

Mantendo a solidariedade dos entes públicos na efetivação do direito à saúde posto em juízo, o voto do Ministro Fachin, redator do acórdão, estabeleceu algumas conclusões: (i) a parte autora pode incluir outro ente diverso daquele definido nas leis do SUS para o financiamento de determinado tratamento; (ii) caso o ente legalmente responsável pelo financiamento da obrigação principal não componha o polo passivo da relação jurídico-processual, a inclusão deverá ser levada a efeito pelo órgão julgador, ainda que isso signifique deslocamento de competência; e (iii) a União, obrigatoriamente, deve ser parte nas ações versando sobre tratamentos não padronizados e nas de sua responsabilidade financeira.

No entanto, tamanha foi a discussão gerada por esse julgado e a quantidade de questionamentos acerca da correta interpretação que foi necessário revisitar o assunto, o que levou a afetação do tema de repercussão geral n. 1234. Nas palavras do próprio relator, Ministro Gilmar Mendes:

[...] a operacionalização dessa tese, porém, não foi exitosa. Interpretações colidentes quanto ao alcance desses parâmetros engendraram inúmeros conflitos de competência entre as Justiças Federal e dos Estados, assim como evidenciaram as deficiências estruturais não apenas do Poder Executivo de cada instância, mas também do próprio Sistema de Justiça.

A Suprema Corte constatou que a questão não era simples e envolvia diversos obstáculos, sobretudo com a transferência em massa das ações de saúde para a Justiça Federal. A incapacidade logística da União Federal em cumprir as determinações judiciais, a inexistência de sedes da Justiça Federal em pequenas cidades — que dificultou o acesso à justiça —, impasses sobre atribuições das Defensorias Públicas estaduais e federais, bem como dos Ministérios Públicos atuantes, são alguns dos obstáculos suscitados para cumprimento das determinações do Tema 793. Além disso, é consenso que o acesso de pacientes à tutela jurisdicional para obtenção aos tratamentos deve se sobrepor à discussão acerca de responsabilidades e da competência para o cumprimento das decisões.

A questão, portanto, é complexa, multifatorial e multipolar, necessitando de um olhar prospectivo, de solução global, e definitiva. Terreno fértil, portanto, para aplicação de medidas de caráter estrutural para melhor deslinde do problema.

Atento a tal circunstância, ao apreciar pedido liminar de efeito suspensivo no recurso, o Relator, Min. Gilmar Mendes, observou que é “importante recordar que não estamos a falar aqui em simples interpretação de normas jurídicas ou distribuição de competências judiciais. Há uma política pública a ser aperfeiçoada, em processo que se mostre verdadeiramente estruturante”.

Nessa linha, o enfrentamento adequado do tema impõe abordagem que contemple todo o processo de prestação de ações e serviços de saúde pelo Estado brasileiro, desde o custeio até a compensação financeira entre os entes federativos, abrangendo os medicamentos padronizados e os não incorporados pelo Sistema Único de Saúde.

Não basta afirmar quem é responsável pela entrega do medicamento e deve compor o polo passivo em ação judicial; mostra-se imprescindível aprofundar o conceito constitucional de solidariedade, municiando a Federação dos mecanismos, protocolos e fluxogramas necessários para assegurar o acesso efetivo da população a direito fundamental, sem desequilíbrio financeiro e desprogramação orçamentária. É disso que trata esse Tema de Repercussão Geral. Antes, porém, de deflagrar as providências processuais que viabilizam o tratamento abrangente da matéria, é imperioso estancar o atual quadro de instabilidade processual, que se traduz em indesejável insegurança jurídica.

Por isso, entendeu-se ser imprescindível a determinação da suspensão nacional dos processos em tramitação sobre a mesma matéria, nos termos do disposto no art. 1.035, §5º, do CPC/2015, e o encaminhamento dos autos ao CESAL, para obtenção de soluções estruturais do problema e adequação constitucional da judicialização da saúde e do conflito acerca de atribuições dos entes públicos envolvidos. O caminho para aplicação de soluções estruturais se tornou obrigatório nesse caso.

5 Conclusão

É sabido que as decisões do Supremo Tribunal Federal, seja em sede de controle concentrado de constitucionalidade, seja em sede de recursos extraordinários com repercussão geral, e que as do Superior Tribunal de Justiça em recursos especiais repetitivos, vinculam os demais juízes e tribunais.

Tendo este parâmetro como referência, passa a ser fundamental que as Cortes Superiores se utilizem de mecanismos de cooperação jurisdicional e de processos estruturais, sobretudo quando apreciam demandas complexas, como aquelas que interferem em políticas públicas de saúde.

O Supremo tem avançado em decisões menos incisivas e mais construtivas no que toca à intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas e à imputação de obrigações aos entes públicos na seara da saúde, revelando uma postura de deferência à escolha dos gestores públicos, que, em geral, conhecem melhor as evidências científicas e as necessidades e capacidades do sistema de saúde.

Portanto, mostra-se absolutamente necessária a aplicação de soluções estruturais, sobretudo nos Tribunais Superiores, nas demandas que envolvem a saúde pública, como parece ser o caminho que começa a ser percorrido pelo STJ e pelo STF.

6 Referências

BOCHENEK, Antônio César. Processo Estrutural para o processo civil de interesse público. **Revista Brasileira de Direito e Justiça**, Ponta Grossa, v. 6, p. 26-46, 2022.

BOCHENEK, Antônio César; HORIE, Helen Yumi. **Proliferação de demandas individuais de vícios construtivos de habitação e soluções estruturais: estudo de caso dos processos da Justiça Federal de Ponta Grossa - PR. In: Inovação judicial: fundamentos e práticas para uma jurisdição de alto impacto**. Brasília: Enfam, 2021. v.1. p. 364-400.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015**. Código de Processo Civil. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13105.htm. Acesso em: 1 abr. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Resolução nº 790, de 22 de dezembro de 2022**. Dispõe sobre a criação do Centro de Soluções Alternativas de Litígios do Supremo Tribunal Federal (CESAL/STF) e

dá outras providências. Brasília: STF, 2022b. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/Resolucao790.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2024.

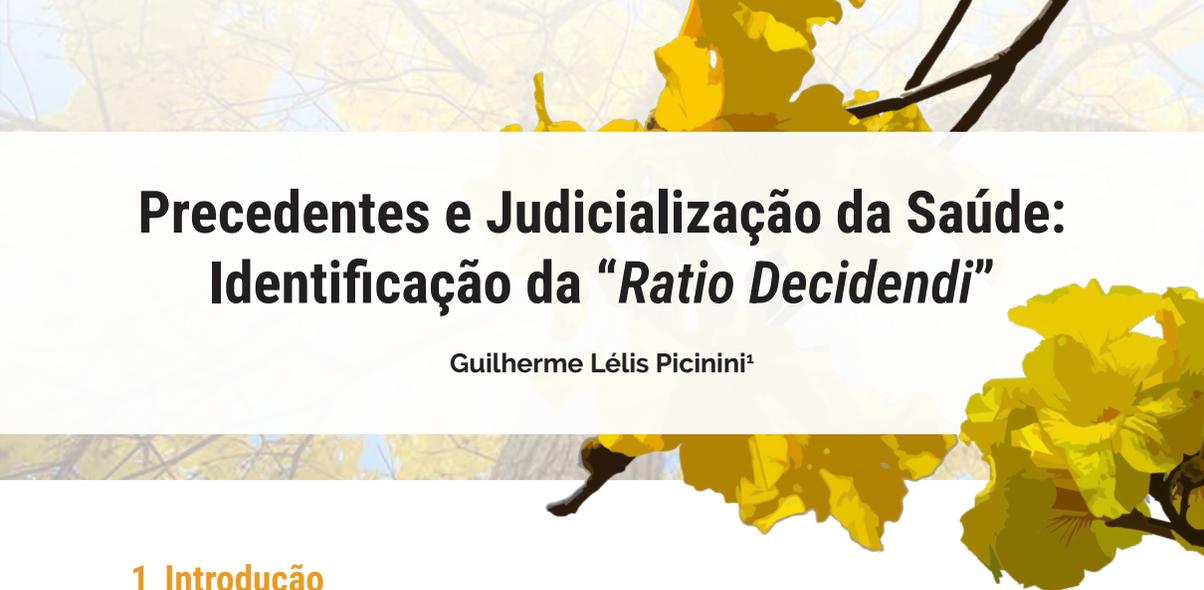
LAMY, Eduardo de Avelar; REIS, Sergio Cabral. Da recepção do sistema de precedentes do CPC/2015 ao fortalecimento das ações coletivas rumo a uma tutela jurisdicional eficaz: encontros e desencontros dos sistemas de resolução de litigância de massa no Brasil. **Revista de Processo**, [S. l.], v. 292, p. 253-290, jun. 2019.

NERY JUNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade. **Código de Processo Civil comentado**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

VASCONCELOS, NatáliaPires de; WANG, Daniel Wei Liang. **O impacto institucional da judicialização da saúde pública no Brasil**. Revista do Advogado, [S. l.], v. 46,

jun. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350193688_O_impacto_institucional_da_judicializacao_da_saude_publica_no_Brasil. Acesso em: 2 abr. 2024.

VITORELLI, Edilson. **Processo civil estrutural: teoria e prática**. Salvador: JusPodivm, 2023.



Precedentes e Judicialização da Saúde: Identificação da “*Ratio Decidendi*”

Guilherme Lélis Picinini¹

1 Introdução

O direito fundamental à saúde encontra sua principal previsão normativa no artigo 196 da Constituição Federal (CF), que incumbe o Estado de assegurá-lo “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A crise de ineficácia na sua implementação e a ineficiência das políticas públicas com ele relacionadas permite ampla judicialização do direito à saúde, fazendo do Poder Judiciário (e todo o Sistema de Justiça) protagonista nas discussões quanto ao tema. Atualmente, a judicialização da saúde atingiu níveis expressivos e quase insustentáveis, com milhões de ações em trâmite. Nesse cenário, a utilização de precedentes judiciais se apresenta como um importante instrumento para racionalização na prestação da tutela jurisdicional, tanto para uniformização de interpretações quanto para redução de litigiosidade de massa.

Por meio de método dedutivo, o presente trabalho pretendeu demonstrar que, embora os precedentes judiciais possam desempenhar um papel fundamental para a unidade do direito no que concerne à judicialização da saúde, carece-se de maior atenção na identificação dos fundamentos fáticos e jurídicos determinantes de cada precedente, bem como na delimitação da aplicação aos casos sob julgamento. A recorrente confusão entre o *precedente* (*ratio decidendi*) e a tese fixada como resposta ao tema

1 Procurador do Estado do Rio Grande do Sul. Especialista em Direito Constitucional, com ênfase em Direitos Fundamentais. Especialista em Direito do Estado, com ênfase em Direito Tributário.

julgado pode causar o efeito inverso e, multiplicando decisões conflitantes, vulnerar a isonomia e segurança jurídica almejadas.

Utilizando-se de pesquisa bibliográfica, buscou-se uma correta caracterização do sistema de precedentes estabelecido no Código de Processo Civil de 2015 (CPC), levando em consideração a função a ser exercida pelas Cortes de Vértice. Na sequência, analisou-se decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que se sucederam na discussão jurídica quanto à formação do polo passivo em demandas de saúde que exigem prestações materiais em face do Poder Público. A partir dessa análise, buscou-se, por fim, trazer critérios para identificação da *ratio decidendi*, com especial atenção à devida diferenciação em relação à tese jurídica.

2 A Judicialização do Direito à Saúde e os Precedentes Judiciais

A justiciabilidade do direito à saúde já foi controvertida no Brasil. A caracterização do direito à saúde como direito social, de estrutura principiológica e norma de caráter programático colocava em xeque as possibilidades de sua exigibilidade judicial, já que, nessa compreensão, o direito é posto como um fim ser atingido pelo Poder Público e que deveria ser concretizado paulatinamente por intermédio das políticas públicas estabelecidas, reforçando as comuns objeções da escassez de recursos e respeito à separação de poderes.

Vidal e Duarte (2020, RB-1.5) destacam que “[a] reivindicação perante o Judiciário da tutela do direito sanitário teve início na década de 1990, com a constatação de que, conquanto o direito à saúde estivesse constitucionalmente positivado, o mesmo carecia de efetividade.” Entretanto, “[d]e início, prevaleciam as teses da Fazenda Pública, que atribuíam ao direito um caráter meramente programático, conforme evidenciado no Recurso Ordinário em Mandado de Segurança nº 6.564” (VIDAL; DUARTE, 2020, RB-1.5).

A partir de uma concepção multifacetária dos direitos fundamentais, consolidou-se o entendimento jurisprudencial pela exigibilidade judicial de prestações materiais relacionadas à saúde com fundamento direto na Constituição Federal. Conforme Sarlet (2020, p. 884) “o reconhecimento

de um direito originário a prestações, [...] diretamente deduzido da Constituição, constitui exigência inarredável da própria condição do direito à saúde como direito fundamental”. E, assim. “os Tribunais Superiores [...] passaram a reconhecer a saúde como direito subjetivo (e fundamental) exigível em juízo e não mais como direito enunciado de modo eminentemente programático” (SARLET, 2020, p. 889).

A partir daí, observou-se um incremento expressivo na judicialização da saúde e uma postura mais protetiva do Poder Judiciário em razão da intrínseca relação com o direito à vida e à dignidade humana. Tal comportamento conduziu a diversas condenações desarrazoadas em face Poder Público, bem como ao deferimento de prestações materiais diversas sem a adoção de critérios sólidos nem a observância das políticas públicas estabelecidas. O panorama foi criticamente descrito por Lima (2020, p. 84):

A cada dia, os números dos processos aumentam. Os magistrados têm dificuldade de entender que as suas decisões interferem no todo e, mais, que a universalidade da saúde exige, antes de qualquer coisa, capacidade de planejamento do gestor. As liminares outorgam aos jurisdicionados tratamentos caríssimos e, em muitos casos, sem ao menos apresentar comprovação médica. O grande quinhão formado pelas decisões acaba personificando os doentes contemplados com o direito de preferência e, conseqüentemente, opera-se a exclusão de outros tantos. A decisão judicial se inclina a escolher histórias – não raro tristes e, às vezes, até mal comprovadas –, em detrimento de cidadãos que não tiveram acesso à judicialização.

A ausência de parâmetros judiciais adequados gerou grande insegurança jurídica e reclamou a atuação das cortes de vértice, a fim de orientar a atuação do Poder Judiciário. Assim, cada vez mais, o conteúdo do direito à saúde passou a ser conformado por decisões do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF).

É nesse cenário que os precedentes desempenham papel decisivo. O sistema de precedentes do Código de Processo Civil favorece a gestão de demandas repetitivas e, sobretudo, permite a construção de um Sistema de Justiça orientado à tutela dos direitos tanto na dimensão particular como na perspectiva geral, propiciando a unidade do direito.

3 O Sistema de Precedentes – A Função das Cortes Supremas e o Direito à Saúde

É corrente na doutrina a afirmação de que o CPC consolidou um sistema de precedentes no ordenamento jurídico pátrio. Nada obstante, não há uniformidade quanto ao verdadeiro significado e caracterização desse sistema. Sob uma ótica, o sistema de precedentes pode ser entendido como um método de gestão processual voltado à solução de casos repetitivos. Conforme Thamay (2021, p. 114):

existe no direito processual brasileiro, de fato, um esforço em resolver o problema da litigiosidade em massa e, paralelamente, uma busca para se evitar decisões arbitrárias [...]. Destarte, o microsistema de precedentes possui tais características que possibilita a produção de uma tese jurídica que possa atender ao que seria mais democrático, partindo da possibilidade de criação de uma tese ou de uma decisão que tenha efetivos efeitos vinculantes, [...], viabilizando, dessa forma, a produção de decisões com o entendimento homogêneo, evitando, de todo modo, os efeitos da insegurança jurídica e da já citada jurisprudência lotérica.

Entretanto, para garantir a coerência necessária à caracterização de um verdadeiro sistema, é essencial situar o tema dos precedentes no campo da teoria da norma e vincular a questão aos cânones do Estado Constitucional, reconfigurando-se as funções dos tribunais no sistema jurídico a partir do objetivo de tutela dos direitos na sua dupla dimensão.

A dogmática contemporânea incorporou a teoria da interpretação que distingue o texto da norma, de modo que a norma jurídica passou a ser concebida como o resultado da interpretação do texto. Ocorre que o direito, manifestado por linguagem, padece de uma dupla indeterminação. Para Mitidiero (2021, p. 43), “[o] direito é indeterminado basicamente por duas razões: os textos em que vazado são equívocos e as normas são vagas”. Os textos não apresentam único significado diretamente apreensível e “[a]s normas são vagas porque não é possível antever exatamente quais são os fatos que recaem nos seus respectivos âmbitos de incidência” (MITIDIERO, 2021, p. 43).

Por outro lado, o Estado Constitucional de Direito se apoia na proteção da dignidade humana e na garantia de segurança jurídica para que os

indivíduos exerçam a liberdade e tenham assegurada igualdade de consideração e tratamento (MITIDIERO, 2021, p. 46-47).

Por essas razões, a compreensão de um legítimo sistema presuppõe conceber as cortes de vértice (STJ e STF) como Cortes Supremas, cuja função não é de mero controle, mas sim, de interpretação, com o objetivo de garantir unidade ao direito mediante precedentes. A atuação das Cortes Supremas adota um viés preponderantemente prospectivo, na medida em que se vale de casos concretos para fixar a correta interpretação da lei federal e da Constituição e, assim, orientar a atuação dos demais órgãos do Poder Judiciário e da sociedade em geral. Assim, "a dupla dimensão da tutela dos direitos é a resposta do processo civil para a dupla indeterminação do direito" (MITIDIERO, 2021, p. 48).

Nessa perspectiva, o precedente é a própria norma jurídica, reconstruída pela interpretação do texto que é realizada pelos tribunais encarregados a tanto, razão pela qual é sempre vinculante. Conforme Mitidiero (2023, RB-3.5):

Essa eficácia que é atribuída ao precedente da Corte Suprema se deve, a uma, do ponto de vista de seus pressupostos teóricos, ao fato de a interpretação judicial consistir em uma reconstrução semântica de textos e de elementos não textuais da ordem jurídica, e, a duas, do ponto de vista de sua função, ao fato desse modelo de corte encontrar-se direcionado para outorga da unidade do Direito mediante sua adequada interpretação. [...] A força vinculante do precedente judicial não depende, portanto, de uma manifestação específica do direito positivo. É consequência de uma determinada concepção a respeito do que é o Direito e do valor que deve ser reconhecido à interpretação. A vinculação ao precedente, portanto, resulta da consideração do ordenamento jurídico como um todo e, especialmente, do valor que deve ser dado à igualdade e à segurança jurídica. [...] O precedente, uma vez formado, integra a ordem jurídica como fonte primária do Direito e deve ser levado em consideração no momento de identificação da norma aplicável a determinado caso concreto. [...] Sendo parte integrante do ordenamento jurídico, o precedente deve ser levado em consideração como parâmetro necessário para aferição da igualdade de todos perante a ordem jurídica e para promoção da segurança jurídica.

Portanto, conclui-se que um sistema de precedentes não é um mero sistema de gestão de casos judiciais repetitivos. A despeito disso, a promoção da unidade do direito contribui para reduzir a dispersão jurisprudencial a partir da delimitação da norma jurídica pelos

precedentes, de modo que a redução da litigiosidade de massa, a estabilidade e coerência das decisões judiciais são efeitos desejáveis de um sistema de precedentes eficiente.

Com essas características, a utilização de precedentes judiciais assume importância na área do direito à saúde, pois os contornos desse direito fundamental têm sido paulatinamente conformados por decisões do STF e do STJ com repercussão geral ou em recursos repetitivos.

Ao longo do tempo houve uma profusão de teses sobre o direito à saúde, com forte impacto na judicialização, na formulação e implementação das políticas públicas com ele relacionadas. Questões como os requisitos para se exigir prestações positivas do Poder Público, o fornecimento de medicamento de alto custo pelo Estado, a necessidade de registro na ANVISA, a possibilidade de uso *off label*, a observância das atribuições do SUS, a exigência estoque mínimo de medicamentos, a presença da União no polo passivo dos processos judiciais, todas têm sido discutidas e delimitadas por meio de precedentes do STJ e do STF².

4 Precedentes e Direito à Saúde: o Polo Passivo nas Demandas em Face do Poder Público

Caracterizado o sistema de precedentes no ordenamento jurídico brasileiro, passa-se a indagar se a operação com precedentes tem sido eficiente em relação à judicialização da saúde, o que será feito a partir da questão jurídica sobre a formação do polo passivo nas demandas que exigem prestações materiais em face do Poder Público.

Ao julgar o tema 793 de repercussão geral, o STF fixou a seguinte tese:

2 E.g.: tema 106, STJ; IAC 14, STJ; tema 500, STF; tema 793, STF; tema 1.033, STF e tema 1.234, STF.

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

Após a fixação do precedente, seguiu-se que, com fundamento no trecho da tese que reconhece a obrigação solidária dos entes federativos, milhares de demandas foram ajuizadas em face dos Estados, da União e dos Municípios, em conjunto ou individualmente, sem respeitar as regras de atribuição e os critérios de descentralização e hierarquização que regem o Sistema Único de Saúde.

Por outro lado, fundamentando-se no trecho da tese segundo o qual “compete à autoridade judicial direcionar” o cumprimento da obrigação ao ente responsável conforme as

regras de competência, Estados e Municípios passaram a sustentar a necessidade de a União Federal compor o polo passivo das demandas nas hipóteses em que o ente federal fosse o responsável pelo cumprimento da obrigação, à luz das atribuições do SUS.

A seu tempo, a União passou a sustentar que não há obrigatoriedade da sua presença no polo passivo, em qualquer hipótese, com fundamento na solidariedade da obrigação e no fato de que o direcionamento no cumprimento da obrigação poderia ser resolvido no âmbito do ressarcimento do ônus financeiro.

A divergência de argumentos jurídicos das demandas resultou em comportamentos distintos do Poder Judiciário. Naqueles casos em que, a pretexto de cumprir o precedente do tema 793, os juízos determinaram a inclusão da União no polo passivo, os processos foram deslocados à competência da Justiça Federal. A *determinação* para inclusão da União abriu margem para recursos das partes e, em muitos casos, adotou-se uma mudança sutil de conferir prazo para emenda à inicial, sob pena de extinção do feito. A celeuma quanto à competência da Justiça Federal também ocasionou diversos incidentes de conflito de competência.

Como consequência da divergência jurisprudencial, o STJ foi instado a enfrentar a questão jurídica, especificamente quanto a medicamentos

registrados na ANVISA, porém ainda não inseridos nas listas do SUS, sendo que a 1ª Seção, em 15/04/2023, julgou o IAC 14, oriundo do CC 188.002/SC, fixando os seguintes entendimentos:

- a. Nas hipóteses de ações relativas à saúde intentadas com o objetivo de compelir o Poder Público ao cumprimento de obrigação de fazer consistente na dispensação de medicamentos não inseridos na lista do SUS, mas registrado na ANVISA, deverá prevalecer a competência do juízo de acordo com os entes contra os quais a parte autora elegeu demandar.
- b. As regras de repartição de competência administrativas do SUS não devem ser invocadas pelos magistrados para fins de alteração ou ampliação do polo passivo delineado pela parte no momento da propositura da ação, mas tão somente para fins de redirecionar o cumprimento da sentença ou determinar o ressarcimento da entidade federada que suportou o ônus financeiro no lugar do ente público competente, não sendo o conflito de competência a via adequada para discutir a legitimidade ad causam, à luz da Lei nº 8.080/90, ou a nulidade das decisões proferidas pelo Juízo estadual ou federal, questões que devem ser analisadas no bojo da ação principal.
- c. A competência da Justiça Federal, nos termos do art. 109, I, da CF/88, é determinada por critério objetivo, em regra, em razão das pessoas que figuram no polo passivo da demanda (competência *ratione personae*), competindo ao Juízo federal decidir sobre o interesse da União no processo (Súmula 150/STJ), não cabendo ao Juízo estadual, ao receber os autos que lhe foram restituídos em vista da exclusão do ente federal do feito, suscitar conflito de competência (Súmula 254/STJ). STJ. 1ª Seção. CC 188.002-SC, Rel. Min. Gurgel de Faria, julgado em 12/4/2023 (IAC 14) (Info 770).

A decisão parecia contrariar o entendimento do STF quanto ao tema, conforme diversos julgados anteriores da Suprema Corte³. Em vista do

3 Por todos, exemplificativamente: "É obrigatória a inclusão da União no polo passivo de demanda na qual se pede o fornecimento gratuito de medicamento registrado na Agência de Vigilância

cenário de instabilidade jurisprudencial, já em 19/04/2023, o STF concedeu tutela provisória no bojo do RE 1366243, a fim de determinar parâmetros a serem seguidos pelo Poder Judiciário até o julgamento definitivo do coincidente tema 1.234 de repercussão geral, nos seguintes termos:

1. nas demandas judiciais envolvendo medicamentos ou tratamentos padronizados: **a composição do polo passivo deve observar a repartição de responsabilidades estruturada no Sistema Único de Saúde, ainda que isso implique deslocamento de competência, cabendo ao magistrado verificar a correta formação da relação processual;**
2. nas demandas judiciais relativas a medicamentos não incorporados: devem ser processadas e julgadas pelo Juízo, estadual ou federal, ao qual foram direcionadas pelo cidadão, sendo vedada, até o julgamento definitivo do Tema 1.234 da Repercussão Geral, a declinação da competência ou determinação de inclusão da União no polo passivo; [...] STF. Plenário. RE 1366243 TPI-Ref, Rel. Min. Gilmar Mendes, julgado em 19/04/2023.

Portanto, observa-se que, partindo de uma mesma decisão do STF, as divergências interpretativas quanto ao real conteúdo e alcance do precedente gerou multiplicidade de ações, recursos, incidentes e decisões judiciais que perpetuaram o estado de insegurança jurídica quanto à questão, falhando na missão de conferir unidade ao direito.

Uma análise mais aprofundada quanto ao mérito da questão fugiria ao escopo do presente trabalho. No entanto, parece-nos claro que o tema 793 do STF determina que ocorra a inclusão no polo passivo do feito do ente federativo com atribuição para cumprimento da obrigação, conforme estabelecido nas normas que regem a política pública correspondente, pois, a despeito da solidariedade, compete ao juízo direcionar o cumprimento da obrigação em consonância com as regras delimitadoras da competência administrativa.

Sanitária (Anvisa), mas não incorporado aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Sistema Único de Saúde. Esse entendimento está em consonância com a tese fixada pelo STF nos embargos de declaração do RE 855.178 (Tema 793)". (STF. 1ª Turma. RE 1286407 AgR-segundo/PR, Rel. Min. Alexandre de Moraes, julgado em 26/4/2022 [Info 1052]). No mesmo sentido: ARE 1301670 AgR (1ª turma), Rcl 49593 AgR (2ª turma).

Essa orientação fica mais clara no voto do relator, Min. Edson Fachin, cujo entendimento foi o prevalecente na ocasião. Posteriormente, a própria tutela antecipada proferida quanto ao tema 1.234 do STF confirmou essa percepção, já que, no que concerne a medicamentos ou tratamentos padronizados, expressamente determinou que “a composição do polo passivo deve observar a repartição de responsabilidades estruturada no Sistema Único de Saúde, **ainda que isso implique deslocamento de competência**, cabendo ao magistrado verificar a correta formação da relação processual”. Assim, o correto alcance do precedente emerge de seus fundamentos determinantes, não sendo apreendido tão só pela tese jurídica.

Nota-se que a confusão conceitual sobre o que seja precedente, decisão, tese e súmula, bem como a dificuldade na caracterização da *ratio decidendi* conduz, muitas vezes, à aplicação indevida e desvirtuamento dos entendimentos das cortes superiores. A divergência interpretativa sobre o próprio precedente leva a novas disputas judiciais, gerando demandas e decisões judiciais conflitantes. Ou seja, a indevida interpretação e aplicação de precedentes perpetua o cenário de insegurança jurídica que pretendia combater.

5 Da Necessidade da Correta Identificação da *Ratio Decidendi*: Tese Não é Precedente

Dessa breve análise de decisões, é possível constatar que demandantes, entes federativos e juízes defenderam posições jurídicas diversas sobre a mesma questão, todos, em certa medida, a pretexto de realizar a correta aplicação do precedente do tema 793 do STF. Existe, portanto, uma divergência interpretativa quanto ao próprio precedente.

Isso ocorre, principalmente, por uma confusão entre tese e precedente e pela dificuldade de correta identificação das questões fáticas e dos fundamentos jurídicos que compõem a *ratio decidendi*. Para evitar o indesejável cenário, por primeiro, faz-se necessária uma devida distinção dos conceitos ligados à operação com precedentes judiciais.

Em sentido estrito, o precedente é sinônimo de *ratio decidendi*, uma vez que consubstancia a generalização de razões necessárias e suficientes, devidamente contextualizadas por fatos, utilizadas pelas Cortes Supremas

para solucionar um caso concreto, por maioria ou unanimidade do colegiado, com a finalidade de orientar a interpretação e aplicação do direito (MITIDIERO, 2023, RB-2.5). Conforme leciona Mitidiero (2023, RB-2.2):

Precedentes não se confundem com decisões e súmulas, porque estão em níveis discursivos diferentes. A decisão é um discurso elaborado para a solução de um caso. O precedente é um discurso oriundo da reconstrução de determinadas razões empregadas para a decisão de um caso, devidamente contextualizado pelos fatos correspondentes. A súmula é um enunciado derivado do precedente com a abstração dos fatos. [...] As teses são as respostas aos temas, que constituem modo de indexação de questões que se encontram sob a apreciação das Cortes Supremas.

É evidente, portanto, que a tese não deve ser confundida com o precedente em si. “A tese é a interpretação dada pela Corte Suprema ao precedente – o que não dispensa, porém, a avaliação da sua congruência com os fatos-razões que procura retratar. O que vincula, portanto, não é a tese, mas o precedente de que deriva.” (MITIDIERO, 2023, RB-1.1). Ou seja, “[a] tese constitui um esforço empático da Corte Suprema para a identificação da *ratio decidendi* do caso” (MITIDIERO, 2021, p. 313). “É claro que é possível que a tese espelhe apropriadamente parte da *ratio*, caso se retire de seu corpo todos os fatos. Tecnicamente, porém, são coisas distintas” (MITIDIERO, 2023, RB-1.1).

Por essas razões, a aplicação irrefletida da tese pode conduzir a resultados divergentes do precedente que ela pretendeu retratar, uma vez que a tese, por si só, não permite a compreensão de todos os contornos fáticos e jurídicos que formam a *ratio decidendi*. Nesse sentido, bem adverte Marinoni (2023, RB-8.6):

A tese, apenas por si, jamais seria suficiente para retratar a *ratio decidendi* ou o fundamento determinante da solução do recurso. Pensá-la como bastante é recair no erro das Cortes de *civil law*, que um dia imaginaram que poderiam garantir a uniformidade da interpretação mediante a edição de máximas ou de súmulas, de que são exemplos conhecidos a Corte de cassação italiana (máximas) e o Supremo Tribunal Federal brasileiro (súmulas).

A tese também é um resumo que tenta descrever as razões de decidir do recurso. Tenta, mas não consegue, simplesmente porque não se vale de qualquer critério que permita a identificação racional do que realmente foi sustentado pelos julgadores.

A correta aplicação do precedente depende da identificação das razões necessárias e suficientes para a resolução questão, o que exige interpretação do julgado como um todo e a “comparação entre os elementos dos casos, capazes de levar à percepção da identidade, semelhança ou distinção entre as suas questões” (MITIDIERO, 2023, RB-2.8).

Por isso que o aspecto material do conceito de precedente impõe a análise do contexto fático-jurídico em que proferido: “os precedentes operam sobre fatos que delimitam o contexto fático-jurídico a partir do qual surgiram. Em outras palavras, os precedentes são umbilicalmente dependentes da unidade fático-jurídica do caso” (MITIDIERO, 2023, RB-2.8).

Além disso, a delimitação da *ratio* depende da identificação dos fundamentos unânimes ou majoritários compartilhados pelos julgadores, o que é complexo no Brasil, em razão do modelo de deliberação das cortes de vértice. Conforme Marinoni (2023, RB-8.6), “para se estabelecer as razões de uma decisão, é antes de tudo imprescindível identificar, em plenário, como os julgadores votaram. É indispensável, em outras palavras, não somente proclamar o resultado do recurso”. Quanto ao tema, prossegue o mesmo autor:

Não há dúvida que a grande dificuldade na identificação da *ratio decidendi*, na atualidade, deriva exatamente da circunstância de o acórdão consistir numa mera reunião de votos escritos. [...] Essa forma de conferir conteúdo ao acórdão, no entanto, não apenas é completamente incompatível com uma Corte Suprema contemporânea, como apenas traz dificuldades para a identificação da *ratio decidendi* e, assim, para a configuração do precedente. (MARINONI, 2023, RB-9.1).

Esse aspecto é ressaltado por Mitidiero (2021, p. 240), que propugna um modelo deliberação colegiada em que “[a]s decisões colegiadas apresentam um debate que envolve os mesmos fundamentos sobre as mesmas questões – é a partir dessa comunidade no debate que se pode aferir com

maior facilidade a *ratio decidendi* do julgado”. Tais fundamentos não são apreensíveis somente pela tese fixada, conforme adverte Marinoni (2023, RB-8.6):

o raciocínio para a identificação do (eventual) fundamento compartilhado pela maioria obviamente não pode ser confundido com uma tese ou com uma máxima, ou seja, com um escrito de duas ou mais linhas que tenta resumir o que foi decidido. A identificação da *ratio* é um raciocínio ou um procedimento destinado a estabelecer, com base em critérios racionais, o que se afirmou durante a deliberação e não um simples resumo do que se supõe ter sido dito à distância de qualquer critério. Quando se institui a “tese” não há preocupação em identificar os fundamentos apresentados durante o julgamento, assim como quais ou quantos Ministros os sustentaram. [...] A “tese” é indiferente não só ao caso concreto, mas também ao que se passou no julgamento em que firmada a decisão. A tese contradiz a necessária preocupação com os fatos do caso e com a realidade da deliberação [...].

Em casos idênticos, a *ratio* demanda identificar uma decisão de Corte Suprema e particularizar seus elementos essenciais, abstrair os acidentais e elaborar o precedente a partir das suas razões (MITIDIERO, 2023, RB2.2). “Sendo o caso de questão semelhante, é necessário ainda justificar a generalização realizada – justificando a categoria eleita para juntar os elementos essenciais e o nível de generalização proposto” (MITIDIERO, 2023, RB2.2). A similitude de questões se dá quando “proposições fático-jurídicas relevantes atinentes a posições e bens são congruentes em determinado nível de generalização, abstraídas, em regra, as pessoas, o lugar, o tempo e o valor envolvidos na situação da qual se originaram” (MITIDIERO, 2023, RB2.2). Destacando a distinção entre tese e precedente, discorre o autor:

Identificar uma decisão a fim de elaborar a sua *ratio* não significa apenas indicar ementas, apontar súmulas, teses ou mesmo o nome de um caso ou o número que recebeu em uma Corte Suprema. [...] É preciso contextualizar. [...] súmulas, teses e ementas só fazem sentido à luz dos fatos juridicamente relevantes – das “circunstâncias fáticas dos precedentes – que servem para delimitar os seus respectivos alcances. [...]

A precisa identificação da questão idêntica ou semelhante em que se apoia a postulação é essencial para uma rápida capitulação do *thema decidendum*. Como marcadores da *ratio*, identidade e semelhança servem para indicar o resultado que deve ser alcançado mediante a atividade de comparação entre os elementos essenciais e abstração dos acidentais que compõem os fatos juridicamente relevantes.

Ao alegar a *ratio* a parte tem o ônus de decompô-la especificando quais são os seus elementos essenciais e quais são os acidentais. Os elementos essenciais revelam o núcleo de relevância do caso, servindo para caracterizar a *ratio*. São aqueles que importam para o encaixe do precedente (MITIDIERO, 2023, RB-3.1).

Assim, a tese jurídica não é apta, por si só, a identificar todo o contexto fático-jurídico que delimita o precedente, razão pela qual a sua aplicação irrefletida na área da judicialização da saúde pode conduzir a resultados indesejados. Por isso, a operação com precedentes na área da saúde impõe a correta observância das razões de decidir.

6 Conclusão

Em conclusão, constata-se que os precedentes judiciais constituem importante instrumento para a garantia da segurança jurídica no que diz respeito à judicialização da saúde. Contudo, para o cumprimento desse objetivo, é imprescindível uma correta distinção conceitual na operação com precedentes, sobretudo no que concerne à identificação dos fundamentos fáticos e jurídicos determinantes (*ratio decidendi*).

A análise do precedente fixado pelo STF no julgamento do tema 793 de repercussão geral demonstrou que, sob o pretexto da correta aplicação do precedente, interpretações distintas conduziram a decisões conflitantes sobre o tema e contribuíram para a multiplicação de processos. Ou seja, o precedente não cumpriu com a finalidade de uniformização da interpretação judicial nem colaborou decisivamente para a redução da litigiosidade de massa.

As razões de decidir do tema 793 – e não somente a tese – determinam a inclusão no polo passivo do ente federativo cuja responsabilidade decorra das normas do SUS, ainda que isso implique deslocamento

de competência, orientação que parece ter sido confirmada pela tutela provisória proferida no tema 1.234 de repercussão geral.

Notou-se que a divergência interpretativa do precedente, em grande medida, decorre da pretensão de interpretação e aplicação isolada da tese jurídica, sem a devida contextualização dos aspectos fáticos e fundamentos jurídicos determinantes. No sistema jurídico brasileiro, essa identificação é prejudicada pelo modo de deliberação das Cortes de Vértice, que dificulta a compreensão dos fundamentos majoritários compartilhados.

A tese jurídica, embora busque retratar a *ratio decidendi*, com ela não se confunde, pois abstrai do contexto fático-jurídico do julgamento. Dessa forma, a identificação da *ratio* é dependente da unidade fático-jurídica do caso paradigma e a aplicação do precedente demanda a comparação entre os elementos dos casos, capazes de levar à percepção da identidade, semelhança ou distinção entre as suas questões.

7 Referências

LIMA, Fernando Rister de S. **Decisões do STF em direito à saúde**. (Coleção teses em doutoramento). São Paulo: Grupo Almedina, 2020. E-book. ISBN 9788584936212. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788584936212/>. Acesso em: 30 jul. 2024.

MARINONI, Luiz Guilherme. **Julgamento nas Cortes Supremas**. São Paulo: Thomson Reuters Revista dos Tribunais, 2023. E-book. Disponível em: <https://next-proview.thomsonreuters.com/launchapp/title/rt/monografias/106534325/v3/page/RB-8.6%20>. Acesso em 29/07/2024.

MITIDIERO, Daniel. **Processo civil** [livro eletrônico]. 1ª ed. São Paulo: Thomson Reuters, 2021.

MITIDIERO, Daniel. **Cortes Superiores e Cortes Supremas**. São Paulo: Thomson Reuters Revista dos Tribunais, 2023. E-book. Disponível em: <https://next-proview.thomsonreuters.com/launchapp/title/rt/monografias/101686396/v4/page/RB-3.5%20>. Acesso em 29/07/2024.

MITIDIERO, Daniel. **Precedentes**. São Paulo: Thomson Reuters Revista dos Tribunais, 2023. E-book. Disponível em: <https://next-proview.thomsonreuters.com/launchapp/title/rt/monografias/111026212/v5/page/RB-2.8%20>. Acesso em 29/07/2024.

MITIDIERO, Daniel. **Ratio Decidendi**. São Paulo: Thomson Reuters Revista dos Tribunais, 2023. E-book. Disponível em: <https://next-proview.thomsonreuters.com/launchapp/title/rt/monografias/321543516/v1/page/RB-2.2%20>. Acesso em 29/07/2024.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. Saraiva Jur. 2020, Edição do Kindle.

THAMAY, Rennan; JUNIOR, Vanderlei G.; JR., Clóvis Smith F. **Precedentes Judiciais**. São Paulo: SRV Editora LTDA, 2021. E-book. ISBN 9786555598469. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555598469/>. Acesso em: 30 jul. 2024

VIDAL, Víctor Luna; DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades (coord.). **Direito à Saúde: judicialização e pandemia do novo coronavírus**. São Paulo: Thomson Reuters Revista dos Tribunais, 2020. E-book. Disponível em: <https://next-proview.thomsonreuters.com/launchapp/title/rt/monografias/247827970/v1/page/RB-1.5%20>. Acesso em 29/07/2024.

Apontamentos acerca de Possíveis Demandas Judiciais Predatórias que Postulam Produtos à Base de Cannabis para Fins Medicinais no Estado do Paraná

Leticia Maria de Toni

1 Introdução

Vive-se hoje a efervescência da discussão acerca do uso da cannabis, seja ela de forma recreativa ou para fins medicinais. Focando em países tidos como de vanguarda, em que se destipificou condutas vinculadas ao uso da maconha, interessados lograram êxito em ampliar o debate jurídico acerca da descriminalização da utilização da substância, extrapolando as centenas de ações individuais em que se postula a autorização para plantio, guarda, manipulação ou consumo de derivados da cannabis, e chegando ao STF¹.

Em que pese a maior polêmica esteja vinculada ao consumo de cannabis em formato de cigarros feitos com a folha da planta, ainda se vê uma grande confusão entre este meio de consumo e a utilização de produtos à base de canabinoides isolados como alternativa de tratamento para doenças refratárias. O uso para fins medicinais de produtos derivados da planta ainda está inserido em um cenário bastante nebuloso.

Cabe esclarecer que, das várias espécies de cannabis, a sativa é aquela mais estudada para fins medicinais. Dela já foram isoladas uma série de fitocanabinoides, sendo o tetrahydrocannabinol (THC), que é o princípio psicoativo, e o canabidiol (CBD), aqueles que tem ganho mais holofotes. Considerando o isolamento dos fitocanabinoides e a possibilidade

1 Recentemente a Corte Suprema julgou o Tema 506, que tratava de tema afeto à descriminalização do uso da maconha. Existem outros Temas que tratam diretamente de produtos à base de cannabis para fins medicinais, como o Tema 500 e o Tema 1161.

de que sejam estudados e, sendo o caso, ingeridos em sua forma pura de acordo com seus supostos benefícios para cada tipo de doença, não há nenhuma justificativa para que, sob a razão do uso medicinal, busque-se pela liberação do consumo da maconha *in natura*.

Ao tratar do uso medicinal de produtos à base de cannabis com o mínimo de segurança aos pacientes é preciso que não se perca de foco o consumo de substância que contenha a devida certificação de conter o mais puro produto dos fitocanabinoides identificados, mensurados, isolados e vinculados ao tratamento de cada doença, evitando-se a ingestão de outros componentes da planta, que podem ser tóxicos ou alucinógenos e prejudicar a saúde do consumidor. O isolamento dos fitocanabinoides e o dimensionamento de suas proporções dentro de cada posologia demanda expertise técnica e rotinas sanitárias específicas que não são acessíveis aos cidadãos comuns.

No final de 2019 a ANVISA publicou a Resolução 327², que dispõe sobre os procedimentos para a concessão de Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de cannabis para fins medicinais, e dá outras providências. Antes desta Resolução, a Agência emitia autorizações individuais e pessoais para importação de produtos à base de cannabis, sem que fosse possível controlar de forma efetiva o conteúdo, quantidade e qualidade das substâncias que estavam sendo importadas.

Através da mencionada Resolução, a ANVISA criou uma nova classificação própria – produtos à base de cannabis – e uma modalidade específica de consentimento – Autorização Sanitária. Desde então, as empresas fabricantes ou importadoras de substâncias à base de cannabis podem, ao cumprir os requisitos impostos pela ANVISA, obter autorização para fabricar ou importar e vender seus produtos em território nacional, ao passo que a Agência teve a oportunidade de avaliar a qualidade e a quantidade de canabinoides de cada produto objeto de solicitação de acordo com a indicação de rótulo do fabricante.

Para os produtos sem Autorização Sanitária da ANVISA, estes continuam a ser importados de maneira particular, por meio de autorizações

2 Disponível em: db3ae185-6443-453d-805d-7fc174654edb (anvisa.gov.br). Acesso em: 05.08.2024

individuais e pessoais, emitidas para cada paciente e sem que haja análise sanitária quanto à qualidade e quantidade dos componentes canabinoides de cada substância.

Assinala-se que somente com o pedido de registro de medicamento é que a ANVISA debruçar-se-á a avaliar os estudos científicos apresentados pelos fabricantes acerca da eficácia e segurança dos produtos, análise esta que será direcionada para cada doença especificamente, de acordo com a solicitação e evidências científicas apresentadas.

Como na hipótese de Autorização Sanitária a avaliação limita-se ao conteúdo (quantidade, concentração e qualidade mencionadas no frasco), as substâncias não possuem bula (possuem folheto informativo) e não estão vinculadas ao tratamento de uma doença em especial. A ausência de especificação para qual doença destina-se tratar vem permitindo a prescrição indiscriminada da substância para uma variedade de patologias, muitas vezes sob o discurso de ser um produto natural e desvinculado de estudos científicos que atestem minimamente sua segurança e eficácia.

Além disso, as boas intenções da Agência Sanitária acabaram por refletir uma interpretação equivocada por parte dos juízes pátrios. Após a Resolução e as consequentes autorizações, acumulam-se decisões judiciais que vêm ignorando a ausência de registro sanitário e, por consequência, a falta de segurança e eficácia destes produtos para as mais variadas doenças objeto de demandas. Determina-se o fornecimento pelo Estado dos autorizados produtos para uma quantidade indiscriminada de doenças, sob o fundamento de que a Agência Sanitária balizou seu consumo.

Afora a grave crise sanitária que pode estar se avizinando, fruto do consumo dissociado de estudos seguros sobre as possíveis consequências e efeitos colaterais da sua utilização a longo prazo por crianças, para tratamento de transtornos mentais, dentre outros, é aflitivo constatar que a constituição deste cenário está sendo custeada com dinheiro público que deveria ser destinado ao tratamento seguro e efetivo da saúde da população. Mas, o mais desalentador é verificar que esta conjunção vem dando espaço para demandas judiciais que revelam indícios de desvio de finalidade, com um assombroso e crescente surgimento de ações com possível caráter predatório.

2 Prescrição indiscriminada dos produtos à base de cannabis

A excrecência da utilização de produtos à base de cannabis para fins medicinais, por vezes com a promessa milagrosa de um produto dito natural que anuncia amenizar sintomas e tratar das mais variadas doenças, é notória. Nesta mesma proporção, assiste-se à expansão de um mercado lucrativo que, pelas suas nuances, chama a atenção de profissionais de profusas áreas.

Não é novidade que a indústria farmacêutica é uma grande influenciadora dos rumos da medicina no mundo, eventualmente valendo-se de condutas pouco louváveis em busca de altíssimos lucros, correntemente focados em resultados que passam ao largo do que seria mais adequado e seguro para a saúde dos pacientes.

Nesta linha, já se fala em “medicina canábica” como uma nova especialidade médica, por vezes baseada na realização de cursos rápidos ou leitura de materiais disponíveis na rede mundial de computadores, levando com que alguns profissionais se anunciem como especialistas na área e prontos a, sem conhecimento capacitado em neurologia ou nas áreas afetas às doenças graves que se busca tratar, prescrever aos interessados produtos à base de cannabis.

A mobilidade gerada pelos produtos à base de cannabis revela o surpreendente, intrigante e sem precedente interesse que esta substância, como nenhuma outra para fins medicinais, tem despertado.

O que causa assombro é que, apesar do grande interesse que os produtos à base de cannabis tem ensejado, é diametralmente oposto o esforço feito por esta “comunidade canábica” para a confecção de estudos científicos seguros e a obtenção de registro de medicamento perante órgãos sanitários brasileiros ou internacionais.

Registre-se que mesmo sendo um processo simplificado e de baixíssimo custo, apenas 12 fabricantes obtiveram Autorização Sanitária para 25 produtos (em geral variam em sua concentração), desde a edição da Resolução 327-2019³. Lembrando que, para obtenção da Autorização, a

3 A lista das doze marcas e suas concentrações autorizadas até o momento pela Anvisa pode ser consultada no sítio eletrônico da ANVISA. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/cannabis/q/?substancia=25722>. Acesso em 10.08.2024.

comprovação exigida é apenas de composição (qualidade e quantidade) e a ANVISA tolera até 0,2% de TSH nos produtos à base de canabidiol⁴.

Destas empresas autorizadas, apenas uma pediu, até o momento, o registro de produto autorizado⁵, buscando atender à exigência do art. 8º da Resolução, que limita o prazo da Autorização Sanitária a improrrogáveis 5 anos a contar da data da sua publicação⁶.

Paralelamente, o próprio Conselho Federal de Medicina oscila em seus posicionamentos sobre o assunto. Em uma tentativa mais recente de trazer alguma regulamentação à questão, editou a Resolução CFM nº 2.324, de 11 de outubro de 2022⁷ em que aprovava o uso do canabidiol para o tratamento de epilepsia da criança e do adolescente refratárias às terapias convencionais na Síndrome de Dravet e Lennox-Gastaut e no Complexo de Esclerose Tuberosa. Também vedava a prescrição da cannabis *in natura* para uso medicinal, bem como quaisquer outros derivados que não o canabidiol. Vetava ainda a prescrição de canabidiol para indicação terapêutica diversa da prevista na Resolução e, mais importante, proibia o médico de ministrar palestras e cursos sobre uso do canabidiol ou produtos derivados de cannabis fora do ambiente científico, bem como fazer sua divulgação publicitária.

Ocorre que, treze dias depois, o CFM publicou a Resolução CFM Nº 2.326⁸ e suspendeu o ato normativo anterior. O acontecimento é mais

4 Art. 4º Os produtos de Cannabis contendo como ativos exclusivamente derivados vegetais ou fitofármacos da Cannabis sativa, devem possuir predominantemente, canabidiol (CBD) e não mais que 0,2% de tetrahydrocannabinol (THC). Parágrafo único. Os produtos de Cannabis poderão conter teor de THC acima de 0,2%, desde que sejam destinados a cuidados paliativos exclusivamente para pacientes sem outras alternativas terapêuticas e em situações clínicas irreversíveis ou terminais.

5 A PratiDonaduzzi, cuja Autorização Sanitária vence em 2025.

6 Art. 8º A Autorização Sanitária dos produtos de Cannabis terá prazo improrrogável de 5 (cinco) anos, contados após a data da publicação da autorização no Diário Oficial da União - DOU.

§ 1º A empresa responsável pelo produto para o qual foi concedida a Autorização Sanitária poderá, dentro do prazo de vigência da autorização, pleitear a regularização do produto pelas vias de registro de medicamento, seguindo a legislação específica vigente.

§ 2º Até o vencimento da Autorização Sanitária, a empresa que pretenda fabricar, importar e comercializar no Brasil produto de Cannabis deve solicitar a regularização pela via de registro de medicamentos.

7 Disponível em: RESOLUÇÃO CFM Nº 2.324, de 11 de outubro de 2022 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.324, de 11 de outubro de 2022 - DOU - Imprensa Nacional (in.gov.br). Acesso em: 10.08.2024.

8 Disponível em: RESOLUÇÃO CFM Nº 2.326, de 24 de outubro de 2022 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.326, de 24 de outubro de 2022 - DOU - Imprensa Nacional (in.gov.br). Acesso em: 10.08.2024.

um sinal da influência e do possível interesse deste, que virou um nicho de mercado, em manter o estado atual das coisas, no que se refere ao aprofundamento da normatização.

O que se tem, portanto, são profissionais médicos que atuam à deriva de regulamentações mais específicas, cada qual se utilizando de seus critérios próprios que nem sempre têm como foco o bem estar e a cura do paciente.

Ainda que o art. 12 da RDC 327-2019⁹ vede a publicidade de produtos à base de cannabis, é comum encontrar contas em redes sociais e páginas na *internet* voltadas à divulgação e ao estímulo do consumo da substância para fins medicinais. Uma rápida e simples busca na rede de computadores já é suficiente para se localizar uma série de páginas que servem como vias de acesso facilitado a prescrições de produtos à base de cannabis.

Em certas páginas, algumas patrocinadas e titularizadas pelos próprios fabricantes de produtos a base de cannabis, há área específica para prescritores em que se dá acesso a conteúdo dito exclusivo, estudos científicos, guia médico, modelo de prescrição, treinamentos gratuitos e materiais de apoio sobre o tratamento. Já para os pacientes, além de comuns anúncios de que a cannabis medicinal pode ajudar um sem números de nominadas doenças diferentes, viabiliza-se vias de acesso fácil aos documentos necessários para obtenção aos produtos, inclusive prescrição médica.

Paralelamente, teve-se contato com páginas na internet que se definiam como um canal de consultas voltadas à prescrição de produtos a base de cannabis. Através destes *sites*, pagando um valor bem abaixo do custo de mercado de assistência médica (chegou-se a encontrar anúncios de R\$ 49,90), o paciente era rapidamente conduzido a um atendimento pré direcionado à prescrição de “tratamento alternativo”.

O que se pode dizer é que, neste preocupante tempo presente, são variadas as ofertas virtuais de vias de acesso a profissionais médicos, denominados como prescritores de canabidiol, que estão predispostos e disponíveis para, por meio de atendimentos *online*, receitar produtos à base de cannabis aos pacientes interessados, para tratamento das mais variadas patologias, muitas graves e refratárias, todas crônicas.

9 Art.12. É proibida qualquer publicidade dos produtos de Cannabis.

Infelizmente, as páginas localizadas não são referências isoladas, mas apenas uma ilustração da facilidade com que se obtém uma prescrição de produto à base de cannabis.

Poderiam ser citados muitos exemplos de conjecturas virtuais que potencialmente têm por escopo lucrar com a intermediação entre paciente e a pronta receita médica de produtos à base de cannabis. Em comum, todos tentam encurtar os caminhos, viabilizando aos pacientes e profissionais, estes por vezes generalistas e sem formação técnica específica, o acesso a substância.

Ademais, a rotina (ou a falta dela) de consultas pode eventualmente prejudicar o rastreamento dos efeitos positivos e negativos do tratamento, que oscilam com frequência no curso do tratamento com o uso de produtos à base de cannabis. Receia-se que a prescrição ocorra de pronto, sem o acompanhamento prévio do paciente e sem que tenham sido necessariamente esgotadas as outras opções terapêuticas disponíveis no mercado brasileiro, como impõe o art. 5º da RDC 327-2009¹⁰.

Não são ignorados os aspectos positivos da telemedicina, tal qual não se pode fechar os olhos para circunstâncias que podem indicar o franqueamento de prescrições de produtos à base de cannabis, o que tem potencial para colaborar com o aumento desordenado e irresponsável do uso destas substâncias.

3 Indícios acerca do desvio de finalidade nas ações judiciais em que se postulam produtos à base de cannabis no Estado do Paraná

O perigo para a saúde dos pacientes com a crescente e indiscriminada prescrição de produtos à base de cannabis é evidente, mas não é o único fato que causa preocupação. Isto pois, tem-se constatado indícios de que se vem tentando utilizar-se de demandas judiciais para, por meio de ações individuais, obter-se o financiamento, com dinheiro público, de tratamentos levemente prescritos, o que coloca diretamente em risco a higidez do próprio sistema de saúde.

10 Art. 5º Os produtos de Cannabis podem ser prescritos quando estiverem esgotadas outras opções terapêuticas disponíveis no mercado brasileiro.

Observou-se que um número crescente de ações apresentavam circunstâncias inusuais. Enquanto o autor sempre se identificava como um cidadão residente no Estado do Paraná, o médico prescritor e o advogado eram de outros Estados, algumas vezes, inclusive Estados diferentes entre si.

Em sua maioria, observou-se que o médico não possuía especialidade médica, muito menos capacitação em neurologia. Também extraía-se dos laudos médicos apresentados que muito embora o vínculo com o médico prescritor fosse recente, este sentia-se seguro em afirmar que o paciente havia utilizado uma gama numerosa de medicamentos alopáticos, dizendo que sem efeito para o tratamento.

Não raras vezes, em uma busca rápida com o nome do médico na *internet*, era possível localizar referências deste anunciado-se como adepto e prescritor de tratamentos com produtos à base de cannabis, utilizando-se desse fato como uma verdadeira bandeira profissional.

Em muitas situações, o tratamento era voltado para doenças cujas evidências científicas são pífiyas, para não dizer inexistentes. O elemento mais curioso desta composição era que em todos os casos havia a indicação de marca específica de produtos à base de cannabis importados, sem Autorização Sanitária da ANVISA, negando-se, através de laudo idênticos apresentados nos outros processos, a possibilidade de substituição por outras marcas comerciais com fabricação ou comercialização no território nacional autorizada pela Agência.

Com o passar do tempo e o surgimento de novas demandas, atentou-se ainda para o fato de que os advogados e prescritores repetiam-se com uma certa frequência, assim como as marcas de produtos importados postulados, o que levou ao início de estudo que culminou na elaboração de um banco de informações com dados dos processos destacados.

Atualmente, a Procuradoria do Estado do Paraná responde por aproximadamente 627 ações em que se postula por fornecimento de produtos a base de canabidiol, sendo 326 em trâmite na Justiça Federal e 301 em trâmite na Justiça Estadual¹¹. Destas, até o momento, destacaram-se 51 ações com possibilidade de desvio de finalidade.

11 Informações extraídas do sistema interno SIPRO.

Ao identificar os nomes dos médicos prescritores mais frequentes, identificou-se que estas ações tomavam por base laudos expedidos, em sua maioria, por um grupo de 4 médicos, todos sem especialidade, quanto menos para as doenças dos pacientes. Os médicos prescritores davam azo a ações patrocinadas cada qual pelos mesmos advogados, que estavam todos vinculados à OAB de Estados distintos dos locais em que os profissionais de saúde mantinham vínculo com o CRM. Para o campeão de prescrições objeto de judicialização no Estado do Paraná localizou-se até o presente momento dezoito ações sob análise.

A análise de outras demandas suspeitas ainda estão em andamento, mas a Procuradoria de Saúde do Paraná já tomou algumas providências para tentar coibir o possível intento de desviar a finalidade das ações, buscando evitar que demandas com caráter predatório ganhem chancela judicial.

Internamente, investe-se no mapeamento de ações que apresentem circunstâncias atípicas, com a identificação e individualização de cada uma, para que sirva como parâmetro para atuação com reforço de atenção, especialmente naquelas em que tenha sido proferida alguma decisão favorável ao paciente.

Paralelamente, a Chefia da Procuradoria de Saúde do Paraná vem trabalhando junto ao Tribunal de Justiça local, alertando aquela Corte, através de Ofícios, sobre a conjuntura singular de algumas ações e que podem configurar indícios de prática irregular. O Tribunal de Justiça do Paraná, por sua vez, já acenou positivamente no sentido de que efetivamente há motivos para cautela, atenção e reação em face dos fatos narrados.

4 Conclusão

É sabido que os avanços na área da medicina sempre importam em períodos de insegurança até que se produzam evidências científicas tais que comprovem a segurança e a eficácia de novas tecnologias, voltadas a identificar tratamentos mais eficazes e com menos efeitos colaterais para as doenças que acometem toda a população.

Nesta mesma esteira, não se pode ignorar a necessidade de que o Sistema Único de Saúde, através de sua equipe multidisciplinar, esteja atento ao surgimento de tecnologias e tratamentos inovadores, atualizando constantemente o rol de terapias ofertadas à população brasileira. Contudo, tão contínua quanto atenta deve ser esta busca por atualizações, sem nunca perder de vista a segurança dos pacientes e a racionalidade com a qual precisam ser empregados os limitados recursos públicos, tão caros à própria manutenção do sistema.

O uso medicinal de produtos à base de cannabis, como tecnologia recente, ao mesmo tempo que apresenta embrionários estudos e poucas evidências científicas acerca de sua eficácia e segurança para o tratamento da maioria das doenças para as quais vêm sendo sugeridos, tem provocado um verdadeiro furor social, dando origem a um nicho de mercado profícuo, cuja expectativa de lucro tem impulsionado questionáveis condutas e práticas de mercado e uma onda de prescrições para uma dezena de doenças.

Como um reflexo óbvio deste relatado movimento do mercado, observa-se indícios de que, valendo-se da premissa de acesso à saúde, demandas judiciais possam ser utilizadas como meio obtuso de se obter baliza jurisdicional para a obtenção indevida de custeio deste tratamento alternativo com dinheiro público.

A crescente distribuição de ações, cujos pedidos embasam-se em prescrições de produtos importados, sem Autorização Sanitária da ANVISA, oriundas de médicos sem formação específica, por vezes de Estados diferentes do paciente, cujas causas são patrocinadas por advogados de um terceiro ente da Federação, chamou a atenção da Procuradoria de Saúde do Estado do Paraná, haja vista a possibilidade de que indiquem desvio de finalidade.

Até o momento, o mapeamento de demandas judiciais permitiu identificar apenas possível caráter predatório em certas ações, engendrando uma série de providências que ainda estão em processamento, cautelas estas imprescindíveis para prevenir ou evitar que interesses privados deturpem e beneficiem-se irregularmente de recursos públicos tão importantes para o bem da sociedade.

5 Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 327, de 09 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de Cannabis para fins medicinais, e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2019. Disponível em: db3ae185- 6443-453d-805d-7fc174654edb (anvisa.gov.br). Acessado em 05.08.2024

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resultado de consulta de produtos de cannabis e sua situação da Autorização Sanitária. Brasília: ANVISA, 2024. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/cannabis/q/?substancia=25722>. Acessado em 07.08.2024

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.324, de 11 de outubro de 2022.** Aprova o uso do canabidiol para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias às terapias convencionais na Síndrome de Dravet e Lennox-Gastaut e no Complexo de Esclerose Tuberosa. Brasília. CFM. Disponível em: RESOLUÇÃO CFM Nº 2.324, de 11 de outubro de 2022 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.324, de 11 de outubro de 2022 - DOU - Imprensa Nacional (in.gov.br). Acessado em 10.08.2024

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2326, de 24 de outubro de 2022.** Suscita temporariamente os efeitos da Resolução CFM nº 2.324, publicada no D.O.U. de 14 de outubro de 2022, Seção 1, pág. 189. Brasília. CFM. Disponível em: RESOLUÇÃO CFM Nº 2.326, de 24 de outubro de 2022 - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.326, de 24 de outubro de 2022 - DOU - Imprensa Nacional (in.gov.br). Acessado em 10.08.2024

BRASIL. Sistema interno de armazenamento, gestão e organização de dados processuais e administrativos vinculados a demanda judiciais – SIPRO – da Procuradoria Geral do Estado do Paraná

A Desjudicialização da Saúde no Estado de Minas Gerais

Maria Cecília de Almeida Castro¹

1 Introdução

No Brasil, a relação entre o direito e a saúde ganhou o atual contorno a partir da Constituição da República de 1988, fruto de amplos debates entre a sociedade civil e o Estado. Decorre disso a progressiva constitucionalização que os direitos sociais brasileiros passaram a ter a partir do final da década de 1980, o que, associado aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez com que eles fossem cada vez mais submetidos ao crivo das instituições jurídicas para sua efetivação. Especificamente sobre o direito à saúde, definido como um direito fundamental de caráter social pela CF/88, Aith (2015) ensina que os três Poderes de Estado atuam para sua efetivação, destacando que ao Judiciário compete analisar as demandas individuais e coletivas para assegurar o acesso a esse direito (como pedidos para o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças).

A judicialização da saúde iniciou-se nos anos de 1990, com as demandas judiciais em massa com pedidos para tratamento dos portadores do vírus AIDS, e deferimento em massa pelo judiciário, o que impactou em uma política de tratamento de AIDS no Brasil de referência mundial (BRAGA et al, 2021). Inicialmente dotada de caráter positivo, pois impactou na melhoria das políticas públicas de saúde para portadores da

1 Procuradora do Estado de Minas Gerais desde 2005. Chefe da Assessoria Jurídica da Secretaria de Estado de Saúde de MG desde 2019. Chefe da Assessoria Jurídica da Escola de Saúde Pública de MG (ESP-MG) desde 2021. Integrante da Câmara Técnica de Direito Sanitário do CONASS desde 2023. Mestre em Direito Público pela PUC-MG. Especialista em Direito Sanitário (ESP-MG), em Direito Público (CAD) e em Processo Constitucional (Instituto Izabela Hendrix).

AIDS, seguiu-se que a judicialização passou por uma intensa, massificada e descontrolada diversificação, tornando-se mais uma porta de entrada para o SUS. Assim, desde o final da década de 1990, a judicialização da saúde começou a apresentar problemas, pois seu crescimento tornou-se vultoso, com isolada atuação do Judiciário, sem diálogo com o Executivo para compreensão dos problemas e com imposição de medidas obrigatórias aos gestores (FIGUEIREDO et al, 2022).

Para tentar sanar os efeitos nefastos da massificada e descontrolada judicialização da saúde, o Supremo Tribunal Federal realizou, em 2009, a Audiência Pública da Saúde para discutir o fenômeno com todas as partes afetadas (MACHADO, 2014). Dela resultou a recomendação para a criação dos Núcleos de Assessoria Técnica (NATs), que foram implementados em vários Estados da federação para prover suporte técnico em saúde aos magistrados, estratégia que apresenta uma face da judicialização, caracterizada como o aprimoramento técnico do processo e das decisões judiciais. Paralelamente à implementação dos NATs, surgiram no país vários instrumentos para retirar do arbitramento judicial as ações envolvendo o direito sanitário. Foram identificadas algumas iniciativas de abertura aos diálogos interinstitucionais, criação de comitês e de instâncias de autocomposição, todos voltados à temática da saúde e sua desjudicialização, o que demonstra que os recursos extrajudiciais também são legítimos para resolver tais lides.

É na perspectiva da desjudicialização da saúde que o presente trabalho objetiva estudar o Acordo de Cooperação Técnica firmado, em 02 de dezembro de 2021, entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), a Advocacia Geral do Estado de Minas Gerais (AGE-MG) e a Defensoria Pública Estadual de Minas Gerais (DPE-MG), com vistas à incorporação ou elaboração de protocolos de fornecimento e administração provisórios, via Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), dos medicamentos oftalmológicos Ranibizumabe e Aflibercept, itens farmacológicos com altos índices de judicialização no Estado de Minas Gerais; entendido esse instrumento como reforço do diálogo interinstitucional entre entidades como a SES, a AGE e a DPE-MG e potencialmente eficaz para reduzir a litigiosidade sanitária.

2 Método

O percurso metodológico adotado compreendeu dois momentos complementares. Inicialmente, realizou-se a revisão narrativa da literatura sobre a judicialização da saúde e as soluções extrajudiciais para a desjudicialização. A partir desse referencial teórico, foi realizado um estudo de caso baseado na análise documental dos antecedentes do Acordo de Cooperação Técnica firmado, em 02 de dezembro de 2021, entre a SES-MG, a AGE-MG e a DPE-MG, com vistas à incorporação ou elaboração de protocolos de fornecimento e administração provisórios, via CFT, dos medicamentos oftalmológicos Ranibizumabe e Aflibercept.

Enquanto uma revisão narrativa, o trabalho visa a descrever o desenvolvimento ou o “estado da arte” da judicialização da saúde no Brasil sob o ponto de vista teórico, com enfoque na desjudicialização da saúde, a partir do mapeamento da produção científica mais relevante sobre o tema. Delimitado o referencial teórico da judicialização da saúde no Brasil, com enfoque na desjudicialização, o trabalho volta-se para o estudo de caso centrado na análise documental do Acordo de Cooperação Técnica supracitado.

3 Resultados

A judicialização da saúde no Brasil

Na perspectiva de ser um direito fundamental e social previsto constitucionalmente, o direito à saúde no Brasil possui aplicabilidade imediata (art. 5º, §1º, CF/1988) e se caracteriza por exigir do Estado ações progressivas e concretas para sua promoção, proteção e recuperação. Além disso, no constitucionalismo brasileiro, o direito à saúde também apresenta contornos de direito subjetivo público, na medida em que confere ao particular o poder de acionar o Estado para satisfazer seu interesse individual quando este coincidir com o interesse público. Com o surgimento de um direito, também surge a possibilidade de se demandar o Judiciário caso o direito legalmente previsto não possa ser exercido.

A progressiva constitucionalização que os direitos sociais brasileiros passaram a ter a partir da década de 1980, associada aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez com que eles fossem

cada vez mais submetidos ao crivo das instituições jurídicas para sua efetivação. No Brasil, os três Poderes de Estado atuam para sua efetivação: o Poder Legislativo, ao elaborar as leis que o regulamentam e o protegem; o Poder Executivo, ao planejar, executar e gerir as políticas e as ações públicas de saúde; o Poder Judiciário, ao analisar as demandas individuais e coletivas que lhe são submetidas para assegurar o acesso a esse direito, com destaque para o papel dos Poderes Executivo e Judiciário na construção do direito à saúde, tanto na regulamentação legislativa e implementação das políticas públicas, quanto nas decisões judiciais determinando o cumprimento do direito à saúde. A judicialização da saúde iniciou-se no Brasil nos anos de 1990, por meio das demandas em massa requerendo tratamento para os portadores do vírus HIV/AIDS e deferimentos também em massa pelo Judiciário, o que resultou na incorporação desse tratamento a uma política de saúde de referência mundial (BRAGA et al, 2021). Essa política de saúde foi tão bem-sucedida que é uma das poucas a ter uma lei específica, a Lei nº 9.313/1996, garantindo acesso gratuito aos medicamentos para tratar a AIDS.

A judicialização da saúde é um fenômeno fluido e multifacetado que apresenta diferentes faces, não necessariamente sucessivas no tempo (pois é possível identificar a coexistência de duas ou mais dessas faces em um mesmo período), mas representativas da evolução da forma de tutela desse direito. Assim, até 1998, a judicialização da saúde era praticamente apenas para fornecimento de medicamentos para tratar a AIDS; dois anos após a implantação da política de distribuição universal dos medicamentos, as demandas judiciais por saúde começaram a se diversificar, com a inclusão de pedidos de tratamento para outras doenças (SILVA, 2012).

Entre as diversas ações judiciais sobre saúde que aportaram em massa no Poder Judiciário, destacam-se as inúmeras pelo fornecimento da substância “fosfoetanolamina”, em sua maioria deferidas pela Justiça. Essa substância foi apresentada pela imprensa vinculada à cura do câncer, a partir do relato de pessoas que, ao terem-na utilizado, se diziam curadas ou com melhoras significativas em seus quadros da doença (STURZA e BEMFICA, 2021). Esse caso paradigmático ocorreu em decorrência de estudo realizado por um pesquisador da Universidade de São Paulo (USP) com a substância fosfoetanolamina, que começou a distribuí-la informalmente a pacientes voluntários portadores de câncer.

Com o fim do fornecimento da substância por uma portaria da USP, os pacientes passaram a propor ações judiciais em massa para obtê-la. Assim, as pílulas sem a licença da Anvisa começaram a ser distribuídas apenas por meio do Judiciário. Esse é um caso que representa o acesso ao Judiciário com base no direito universal à saúde, mas, também, com base em pedidos de medicamentos sem registro nos órgãos competentes. Segundo Teodoro e Caetano (2016), a liberação, pelo judiciário, do uso de substância como a fosfoetanolamina, sem evidências científicas ou ensaios clínicos, acata o interesse da indústria farmacêutica que fomenta associações de pacientes, advogados e sociedades médicas para mobilização da opinião pública, movidas pelo objetivo de incorporar seus custosos produtos no mercado. Eis, portanto, o lado negativo da judicialização da saúde.

Nesse cenário, pôde ser percebido que os juízes, geralmente, têm pouco conhecimento técnico sobre a matéria de saúde, resultando em julgamentos fundamentados no literal direito à saúde previsto na primeira parte do art. 196 da Constituição de 1988. Schulze (2014) lembra que, ao julgar uma demanda de saúde, o juiz precisa enfrentar questões relativas à essencialidade do medicamento ou tratamento, fase de desenvolvimento de um medicamento e sua eficácia, se um tratamento é alternativo e não comprovado, se há alternativa terapêutica incorporada ao SUS para um medicamento ou tratamento. Entre os pontos mais suscitados sobre as limitações deste direito, notadamente no que diz respeito à intervenção do Poder Judiciário para a concretização deste direito, Schier e Schier (2018) apontam o comprometimento de significativa parcela do orçamento público ocasionado pelas demandas judiciais, as divergências sobre o modo de gerir as políticas públicas e o orçamento da saúde, o incremento de custos, a reserva do possível, o provisionamentos para medidas judiciais e o mínimo existencial. A tendência extensiva do direito à saúde exige o constante repensar de seus limites.

Para tentar sanar os efeitos nefastos da massificada e descontrolada judicialização da saúde, a Audiência Pública da Saúde nº 4 do STF, de 2009, resultou em recomendações para a criação dos NATs, órgãos de caráter consultivo compostos por diversos profissionais de saúde (tais como enfermeiros, farmacêuticos, médicos, nutricionistas), implementados em vários Estados da federação para fornecer suporte técnico em saúde aos

magistrados e subsidiar o conhecimento necessário para melhor julgamento dos pedidos contra o Estado para fornecimento de medicamentos ou tratamentos, previstos ou não no SUS; em enunciados e cartilhas; em Varas Especializadas; na utilização da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) por operadores do direito (JUCOVSKY, 2014).

A estratégia dos NATs, que ilustra a face da judicialização da saúde relativa ao início das parcerias técnicas e institucionais para melhorar seus efeitos negativos, mostrou-se ser importante ferramenta para ampliar a relação entre Executivo e Judiciário na busca de meios para maior equilíbrio do sistema e uma alternativa de aprimoramento técnico do processo e das decisões judiciais. Apesar de ser uma iniciativa considerada de sucesso quando comparado o antes e o depois de sua atuação, o NAT é uma estratégia pós-processual, pois sua atuação pressupõe a existência de uma ação judicial e não evita o surgimento de novas demandas.

Neste contexto, Silva e Schulman (2017) sustentam que o caminho jurisdicional para requerer pretensões negadas em outras vias onera todo o sistema, torna-o complexo e aumenta as desigualdades, razão pela qual entendem ser necessário criar mecanismos inovadores não judiciais de solução de conflitos que dimensionem coerentemente o acesso à saúde e a proteção do público, mediante instrumentos de desjudicialização que harmonizem interesses individuais e coletivos, resguardem o erário e imprimam a necessária velocidade nos cuidados com a saúde. Para tanto, suscitam as seguintes medidas: ampliação das vias não judiciais, facilitando o acesso, reduzindo gastos não destinados ao tratamento e aprimorando a saúde pública; adoção de câmaras de mediação; reforço do diálogo interinstitucional entre entidades como Defensoria Pública, Ministério Público, Secretaria de Saúde e Núcleos de Apoio Técnico dos tribunais. Nesse ponto da discussão, adentra-se mais uma face da judicialização da saúde, por meio da qual pretende-se traçar os instrumentos ou mecanismos da desjudicialização da matéria em debate.

Desjudicialização da saúde no Brasil

A desjudicialização se ampara na busca por soluções extrajudiciais para os conflitos e encontra respaldo nas lições que tratam das mutações do Direito Administrativo contemporâneo, atualmente assentado

nas diretrizes do gerenciamento, da participação e da consensualidade. Nessa linha de pensamento, Moreira Neto (2007) defende que:

A participação e a consensualidade tornaram-se decisivas para as democracias contemporâneas, pois contribuem para aprimorar a governabilidade (*eficiência*); propiciam mais freios contra o abuso (*legalidade*); garantem a atenção a todos os interesses (*justiça*); proporcionam decisão mais sábia e prudente (*legitimidade*); desenvolvem a responsabilidade das pessoas (*civismo*); e tornam os comandos estatais mais aceitáveis e facilmente obedecidos (*ordem*).

Em suma, a *consensualidade*, posta como alternativa preferível à *imperatividade*, sempre que possível, ou em outros termos, sempre que não seja necessário aplicar o poder coercitivo (...).

Entende-se prevalecer atualmente, sob a ótica do constitucionalismo brasileiro contemporâneo, o que se denomina de princípio da juridicidade ou legalidade em sentido amplo, por força da qual a Administração Pública não mais opera sob os parâmetros do legicentrismo ou da estrita legalidade, visto que a vinculação do administrador à lei foi substituída pela subordinação ao ordenamento jurídico como um todo, onde desponta a Constituição e seus princípios, com absoluta centralidade dos direitos fundamentais (SARMENTO, 2007). É na esteira do atual paradigma constitucional da Administração Pública que surge a possibilidade, em abstrato, de o gestor público participar de procedimentos autocompositivos e entabular acordos.

Nessa linha da consensualidade no Direito Administrativo, a Lei nº 13.140, de 2015, traz a autocomposição como meio de solucionar conflitos em que a Administração Pública participa como parte interessada, dizendo respeito tanto aos conflitos entre órgãos ou entidades da própria Administração Pública, quanto entre pessoas jurídicas de direito público e particulares. Igualmente, a Lei nº 13.105, de 2015 (Código de Processo Civil), adotou uma perspectiva de solução consensual dos conflitos e instituiu mecanismos para esse fim, incentivando a busca de meios alternativos para uma solução amigável das demandas em tempo razoável, de maneira cooperativa e visando ao bem comum, inclusive e mais especialmente no âmbito da Administração Pública.

No Estado de Minas Gerais, essa diretriz encontra-se prevista na Lei Estadual nº 23.172, de 2018, que fomenta a prevenção da judicialização de conflitos entre particulares e o Estado pela utilização de meios

consensuais para sua resolução; bem como na Lei Complementar nº 151, de 2019, que dispõe sobre a estrutura orgânica da Advocacia-Geral do Estado de Minas Gerais (AGE-MG) e contém dispositivo para promover, por meio de conciliação, mediação e outras técnicas de autocomposição, a solução dos conflitos, judicializados ou não, de interesse da administração pública estadual. Com efeito, no Estado mineiro, a estratégia da solução extrajudicial dos conflitos tomou forma com a Lei Estadual nº 23.172, de 2018, ao prever, no âmbito do Poder Executivo, algumas medidas destinadas a diminuir o número de ações judiciais que envolvam o Estado, seja pelo não ajuizamento, não contestação ou não interposição de recurso por parte da AGE-MG, seja pela autocomposição de controvérsias públicas implementada pela Câmara de Prevenção e Resolução Administrativa de Conflitos (CPRAC), criada pela referida lei e coordenada também pela AGE-MG, nos termos do seu artigo 5º e parágrafo único.

Segundo Machado e Martini (2018), o contexto sócio-político brasileiro, norteador por uma Constituição Dirigente, remodelou o papel do Judiciário com a consequente judicialização da política; mas essa intervenção deve ser excepcional e focar na natureza coletiva dos direitos materializados em políticas públicas, não podendo o Judiciário se furtar ao diálogo e decidir unilateralmente sobre elas. O paradoxo reside no fato de que, analisando a realidade nacional, constata-se que a judicialização da saúde não conseguiu dar uma resposta efetiva à sociedade, conforme Machado e Martini (2018) constataram da leitura dos relatórios produzidos pelo Observatório de Análise Política em Saúde, os quais retratam o crescente aumento do número das ações judiciais e o descompasso com a efetivação do direito na prática. Portanto, é necessário avaliar se o fenômeno inverso - a desjudicialização -, é uma alternativa viável à concretização do direito à saúde.

O voto do Ministro Luís Roberto Barroso proferido no julgamento do Recurso Extraordinário nº 657.718/MG, no ano de 2019, entende ser necessário desjudicializar o direito à saúde no Brasil, tendo em vista que o Poder Judiciário não é a instância adequada para definir políticas públicas de saúde, só podendo intervir em situações extremas ou para efetivar políticas públicas já formuladas no SUS. Esse voto ainda merece destaque no ponto em que avalia a necessidade de o Poder Judiciário realizar o diálogo com os entes ou pessoas com expertise técnica na

área de saúde, como as câmaras e núcleos de apoio técnico, profissionais do SUS e Conitec, com vistas a evitar a desarrazoada interferência nas políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, algumas estratégias vêm sendo implementadas pelas diversas unidades federadas do país em um esforço para desjudicializar as demandas sanitárias, a maioria delas centrada na mediação de conflitos, o quê, segundo o parágrafo único do artigo 1º da Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, é *“a atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia.”*. Para Castro (2010), a mediação é a maneira de resolver conflitos pela autocomposição, em que as partes contam com um terceiro neutro, mas que pode desempenhar um papel ativo no processo de adoção de acordos para superar o litígio. Ela é um método pacífico de gestão de conflitos que pretende evitar processos judiciais contenciosos e pôr fim àqueles iniciados ou reduzir o seu alcance.

Reconhecido o direito de acesso à justiça como um direito de recorrer a todos os meios legítimos, legais e válidos para solucionar conflitos, e ante a previsão do artigo 5º, inciso XXXV, da Constituição da República de que *“a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”*, que implica o poder de acudir-se a um tribunal para a resolução de um conflito jurídico, cabe questionar se há admissibilidade aos meios extrajudiciais ou se tal orientação contraria a normativa constitucional. A questão ganha relevância frente à Resolução 127 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), conhecida como Política Judiciária Nacional, que, entre outras medidas, prevê o movimento pela conciliação. A resposta a esse questionamento está no fato de que Constituição de 1988 consagra a jurisdição como monopólio do Estado, mas não impede outras formas de solução de conflitos.

Segundo Delduque e Castro (2015), o SUS tem recebido preciosa ajuda dessa forma de resolução de conflitos, com iniciativas de juízes, membros do Ministério Público, defensores públicos, advogados da União e procuradores, os quais vêm instituindo grupos de mediação a partir da demanda individual, para solucionar o conflito entre o paciente/autor e o gestor da saúde e evitar ação judicial. Ainda segundo os citados autores, dois exemplos exitosos da mediação na área da saúde, no Brasil,

ocorrem na Defensoria Pública do Distrito Federal e no Ministério Público de Minas Gerais. Em Brasília, a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde, da Defensoria Pública do DF, tem por objetivo mediar conflitos entre os pacientes usuários do SUS-DF e os gestores da rede pública de saúde da Capital Federal. No Estado de Minas Gerais, o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde percorre regiões do Estado realizando reuniões de conciliação entre usuários e gestores, além de tratar de temas específicos, como saúde prisional, incorporação tecnológica e outros.

Ainda no Estado de Minas Gerais, a supracitada CPRAC, coordenada pela AGE-MG, é instância hábil e eficaz, para além da solução consensual dos conflitos gerais que envolvam o Poder Executivo mineiro, também para promover a desjudicialização das questões que envolvam o direito à saúde pública. A isso se soma a iniciativa do Tribunal de Justiça mineiro, o qual instalou, por meio da Portaria Conjunta nº 1.447/PR/2023, de 23 de fevereiro de 2023, unidade especializada para tratar da matéria de direito sanitário no âmbito do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC). Trata-se do CEJUSC Saúde, sediado na Comarca de Belo Horizonte, com competência em todo o Estado para a conciliação e mediação pré-processual e processual para o tratamento de questões de direito à saúde, individuais e coletivas, pela Justiça Comum de Primeira e Segunda Instâncias do TJMG.

Acordo de cooperação AGE, SES-MG e DPMG

Para compreender o contexto fático da celebração do Acordo de Cooperação Técnica, firmado em 02 de dezembro de 2021, entre a SES-MG, a AGE-MG e a DPE-MG, é preciso remontar ao Ofício 177/2020/DPMG, encaminhado à AGE pela DPMG, em 28 de junho de 2020. Nesse documento foram elencados os 12 (doze) medicamentos mais demandados por pacientes assistidos pela DPMG. Com base no levantamento, pede-se ao Estado de Minas Gerais que tome providências tendentes a reduzir a intensa judicialização dos fármacos, promovendo sua dispensação administrativa ao destinatário final. Entre os medicamentos arrolados no documento, destacam-se o Aflibercepte (Eylia®) e o Ranibizumabe (Luscentis®), cuja incorporação ao SUS foi objeto de intensa demanda pela sociedade civil.

Em face de procedimento deflagrado pela empresa Bayer S. A. e pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), a CONITEC foi instada a se manifestar sobre o possível vazio assistencial decorrente e sobre a viabilidade de incorporação dos dois fármacos. Após análise do material, a CONITEC se manifestou por meio do Registro de Deliberação nº 603/2021, recomendando a utilização de ambas as tecnologias, diante da total ausência de tecnologias anti-VEGF no SUS. Disso resultou a formalização da incorporação, condicionada, entretanto, ao desenvolvimento de PCDT próprio pelo Ministério da Saúde, conforme se lê na Portaria SCTIE/MS Nº 18, de 7 de maio de 2021:

Art. 1º Incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o aflibercepte e ranibizumabe para tratamento de Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) neovascular em pacientes acima de 60 anos conforme Protocolo do Ministério da Saúde e Assistência Oftalmológica no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Atualmente, mesmo após aprovado o PCDT, a disponibilização administrativa dos medicamentos aos pacientes de DMRI de tipo neovascular resta inviabilizado, posto que pendente de pactuação quanto ao seu financiamento pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, como se pode extrair Nota Informativa nº 15/2022-DAET/CGAE/DAET/SAES/MS (BRASIL, 2022).

Essa é a conjuntura fática e jurídica que ensejou o aumento da judicialização dos fármacos e a consequente demanda da DPE-MG pela incorporação em nível estadual. Cumpre pontuar que dos 12 (doze) medicamentos arrolados no Ofício 177/2020/DPMG, 8 (oito) já eram fornecidos por alguma política pública do SUS e 2 (dois) haviam sido avaliados tecnicamente pela CONITEC, que decidiu pela não incorporação, por ausência de evidências científicas suficientes (MINAS GERAIS, 2020). Portanto, apenas os dois medicamentos, Aflibercepte (Eylia®) e o Ranibizumabe (Lucentis®) mostraram-se, em tese, elegíveis à elaboração um protocolo clínico próprio pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do Estado de Minas Gerais.

Importa que o incremento da judicialização dos referidos medicamentos, motivada pelo advento de um vazio assistencial, bem como

a participação ativa da DPMG, ensejou uma série de movimentações internas na SES-MG em busca da desjudicialização.

Primeiramente, após discussão e aprovação na 278ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG, ocorrida em 22 de setembro de 2021, foi publicada a Deliberação CIB/SUS/MG nº 3.546, que institui um Grupo de Trabalho da Oftalmologia, com a finalidade de organizar a Rede de Atenção em Oftalmologia no Estado de Minas Gerais. Vejamos:

§ 1º – O Grupo de Trabalho é o órgão colegiado com caráter propositivo e tem a finalidade de organizar a Rede de Atenção em Oftalmologia no Estado de Minas Gerais.

§ 2º – As discussões realizadas pelo Grupo têm como objetivo organizar o cuidado integral no SUS-MG, estruturando os serviços em rede, de modo a perpassar por todos os níveis de atenção, assegurando ações de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação visual.

Posteriormente, em 02 de dezembro de 2021, foi firmado o Acordo de Cooperação Técnica entre SES-MG, AGE-MG e DPE-MG para incorporação ou elaboração de protocolos de fornecimento e administração provisórios, via Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), dos medicamentos oftalmológicos Ranibizumabe e Aflibercepte, até a decisão final sobre seu financiamento pela CIT. Além desses medicamentos, o instrumento previu a análise pela CFT sobre a incorporação de outros medicamentos com alto índice de judicialização, conforme lista periodicamente indicada pela DPMG.

Discussões e considerações finais

Percebe-se que a técnica de solução consensual de conflitos e celebração de acordos pela Administração Pública (composição amigável) possui amplo respaldo legal e se mostra como o meio mais barato e adequado para concretizar o direito ou interesse público subjacente. Com efeito, são diversos os instrumentos para solução consensual e extrajudicial dos conflitos em matéria sanitária, que vêm se mostrando ser a estratégia adequada e eficaz para esse fim, pois, na solução de questões que

envolvam política de Estado ou de Governo, é imprescindível oportunizar às partes interessadas o tratamento do conflito por meio da mediação e do diálogo.

Diante do caráter coletivo e distributivo do direito à saúde, ele deve ser afirmado por políticas públicas e não por decisões judiciais, uma vez que o domínio sobre as necessidades sociais, a melhor técnica para distribuição de recursos escassos e sobre as possibilidades orçamentárias é essencial para definir políticas públicas voltadas à sua concretização.

Conforme visto até aqui, não se pode negar a insuficiência do modelo jurisdicional atual; contudo, a habitual censura à interferência do Judiciário nas políticas públicas não se resolve com a impossibilidade de acesso à esfera judicial, mas com a oferta de alternativas reais e concretas (SILVA e SCHULMAN, 2017).

Valorizar a solução extrajudicial dos conflitos em saúde não contraria o direito constitucional à ação judicial, pois o que se busca, como alternativa à intensa e massificada judicialização desse direito, são mecanismos que facilitem a avaliação das particularidades do caso concreto, e sua solução célere e menos onerosa. E, ainda que posteriormente seja ajuizada ação judicial sobre a mesma controvérsia, essa poderá ser instruída pelo conteúdo probatório captado no procedimento administrativo.

O cenário que vem se conformando sobre a desjudicialização da saúde mostra o potencial de novas soluções, as possibilidades do uso de estratégias mais adequadas de solução de conflitos, a necessidade de um esforço conjunto para adoção de instrumentos efetivos para concretização do direito à saúde e a implementação de diálogos interinstitucionais, como é exemplo o Acordo de Cooperação Técnica firmado entre a SES-MG, a AGE-MG e a DPE-MG. O crescente fenômeno da judicialização vem ensejando a elaboração de novas fórmulas de pacificação das demandas em matéria de saúde, seja mediante os mecanismos de composição pré-judicial de conflitos, seja por meio de instrumentos de revisão e aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde vigentes, notadamente em seus pontos de maior fragilidade ou vazios assistenciais.

Projeta-se, ainda, que o instrumento possa servir de embrião a uma tendência permanente na gestão da judicialização da saúde em âmbito da SES: a preferência por soluções orgânicas de pacificação de

demandas, servindo os dados da judicialização como verdadeiro termômetro da política pública. A perspectiva é que, a partir desse marco, tais ações judiciais diminuam e o pacientes passem a ser atendidas pela via de fornecimento administrativo do SUS.

4 Referências

AITH, Fernando. **Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras**. R. Dir. sanit. [Internet]. 14 de abril de 2015 [citado em 13 fev. 2022]; 15(3):85-90 doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i3p85-90>.

BRAGA BSF; OLIVEIRA YMC; FERREIRA MAF. **Gastos com a judicialização de medicamentos: uma revisão integrativa**. R. Dir. sanit. [Internet]. 2021 [citado em 13 fev. 2022]; 21:e0003 doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.156686>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Nota Informativa nº 15/2022-DAET/CGAE/DAET/SAES/MS. Belo Horizonte: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, 2022.

CASTRO, Eduardo Vázquez de. La mediación en materia de consumo: características y elementos de debate. In: **Mediación, arbitraje y resolución extrajudicial de conflictos en el siglo XXI**. Reus SA, 2010. p. 203-226.

DELDUQUE, Maria Célia; CASTRO, Eduardo Vazquez de. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 506-513, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n105/506-513/pt/>

FIGUEIREDO, Iara Veloso Oliveira et al. O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 11, n. 4, p. 142-164, 2022. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/785>

JUCOVSKY, V. L. R. S. Judicialização do direito à saúde e interpretação dos tribunais. **Juízes Entre**, p. 113, 2014.

MACHADO, Clara; MARTINI, Sandra Regina. Desjudicialização da saúde, diálogos interinstitucionais e participação social: em busca de alternativas para o sistema. **REI-Revista Estudos Institucionais**, v. 4, n. 2, p. 774-796, 2018.

MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. **Revista Bioética**, v. 22, p. 561-568, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SCTIE/MS nº 18, de 7 de maio de 2021 Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2021/5/18.pdf>.

NETO, Diogo de Figueiredo Moreira. **Mutações do direito administrativo**. 3ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Renovar, 2007. 460p.

SARMENTO, Daniel. Interesses públicos vs interesses privados na perspectiva da teoria e da filosofia constitucional. In: SARMENTO, Daniel (org.). Interesses públicos vs interesses privados: desconstruindo o princípio da supremacia do interesse público. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 23-116.

SCHIER, Paulo Ricardo; SCHIER, Adriana Ricardo. Direitos sociais, reserva do possível e o mínimo existencial: a aporia do meio adequado de satisfação. **A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 18, n. 74, p. 67-96, 2018.

SCHULZE, Clenio Jair. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. **Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre**, n. 58, 2014.

SILVA, Alexandre Barbosa da; SCHULMAN, Gabriel. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista de Bioética**; 25 (2): 290-300, 2017. <https://www.scielo.br/ij/bioet/a/zcLjs-NSgKDsCD5rxBQNZ3LD/?lang=pt#>

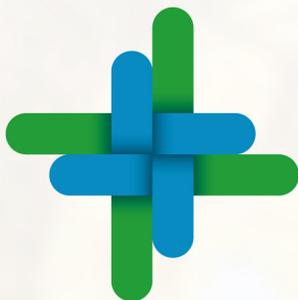
SILVA, Miriam Ventura da et al. **O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde**. 2012. Tese de Doutorado.

STURZA, Janaína Machado; BEMFICA, Melina Macedo. A saúde entre paradigmas científicos e não científicos: o caso fosfoetanolamina sintética. **Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas**, v. 37, n. 1, 2021.

TEODORO, Cristiane Roberta dos Santos; CAETANO, Rosângela. O caso da fosfoetanolamina sintética e a preocupante flexibilização das normas sanitárias no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 741-746, 2016.



REVISTA
ANAPE



CADERNO ESPECIAL

**ENCONTRO
NACIONAL DE
PROCURADORIAS
DE SAÚDE**

TOMO I

5° ENPS | Mato Grosso do Sul 2024


EDITORA MIZUNO
QUALIDADE E SERIEDADE EM LIVROS

Siga nossas
redes sociais:   /editoramizuno



www.editoramizuno.com.br