

EXCELENTÍSSIMO SENHOR MINISTRO BENEDITO GONÇALVES, RELATOR DO RECURSO ESPECIAL N.º 1.657.156/RJ, COLENDIA PRIMEIRA SEÇÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA:

Recurso Especial n.º 1.657.156/RJ

O ESTADO DO ACRE, o ESTADO DE ALAGOAS, o ESTADO DO AMAPÁ, o ESTADO DO AMAZONAS, o ESTADO DA BAHIA, o ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, o ESTADO DE GOIÁS, o ESTADO DO MARANHÃO, o ESTADO DE MATO GROSSO, o ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, o ESTADO DE MINAS GERAIS, o ESTADO DO PARÁ, o ESTADO DA PARAÍBA, o ESTADO DO PARANÁ, o ESTADO DE PERNAMBUCO, o ESTADO DO PIAUÍ, o ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, o ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, o ESTADO DE RONDÔNIA, o ESTADO DE RORAIMA, o ESTADO DE SANTA CATARINA, o ESTADO DE SÃO PAULO, o ESTADO DE SERGIPE, o ESTADO DE TOCANTINS e o DISTRITO FEDERAL, por seus Procuradores no final nomeados e assinados, nos autos do Recurso Especial em epígrafe, onde figura como recorrente ESTADO DO RIO DE JANEIRO e, como recorrida FÁTIMA THERESA ESTEVES DOS SANTOS DE OLIVEIRA, e em cujo bojo se discute o Tema 106 do e mentário dos temas de Recursos Repetitivos, vêm, respeitosamente, requerer a Vossa Excelência o ingresso no feito na

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

qualidade de *AMICI CURIAE*, fazendo-o na forma do artigo 138 do Código de Processo Civil/2015 e do artigo 256-J do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça, com fulcro nos fundamentos de fato e de direito abaixo aduzidos:

I – DA RELEVÂNCIA DA MATÉRIA, DA ESPECIFICIDADE DO TEMA E DA REPERCUSSÃO SOCIAL DA CONTROVÉRSIA

Consoante escreve Eloísa Machado de Almeida, ao comentar o art. 138 do Código de Processo Civil/2015, “[u]m processo poderá contar com a participação de um *amicus curiae* quando trazer matéria relevante, tiver tema muito específico ou ainda grande repercussão social. Por relevância se compreende a possibilidade de uma determinada matéria transcender o interesse das partes. A especificidade está relacionada com a complexidade de um certo tema, especialmente se trazer questões técnicas de outras áreas do conhecimento (...). Já a repercussão social diz respeito a temas polêmicos, nos quais há grande debate público, e.g., ações afirmativas. Esses elementos podem estar juntos em um mesmo processo”¹.

A presença simultânea de todos esses pressupostos é circunstância que caracteriza o presente recurso especial, afetado à colenda Primeira Seção do STJ para o julgamento sob a ritualística dos recursos

¹ Comentários ao código de processo civil/coordenadores Angélica Arruda Alvim... [et. al.] – São Paulo: Saraiva, 2016, p. 209 (destaques no original).

repetitivos, justificando a ora postulada participação dos Estados Federados e do Distrito Federal na condição de *amici curiae*.

De fato, o tema posto à apreciação – a obrigatoriedade, ou não, de o poder público fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS) – transcende, nitidamente, o interesse das partes, carregando, a um só tempo, o potencial de impactar diretamente no funcionamento das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; a aptidão de causar a desorganização estrutural do SUS e a exaustão financeira dos recursos destinados pelos entes federados aos serviços públicos de saúde; e, mais importante, prejudicar a continuidade das políticas universalizadas de atendimento à saúde e, com isso, privilegiar o atendimento de poucos cidadãos, com o emprego de vultosos recursos públicos, em detrimento da necessidade de um conjunto infinitamente maior de usuários, não satisfeita pela escassez das verbas disponíveis.

As conclusões de auditoria recentemente levada a efeito pelo Tribunal de Contas da União acerca da denominada *judicialização da saúde* apontam que, se a situação é alarmante para o Ministério da Saúde – as despesas destinadas ao cumprimento de decisões judiciais contra a União Federal em demandas de medicamentos e insumos saltaram de R\$ 70 milhões, em 2008, para R\$ 1 bilhão, em 2015, perfazendo um incremento de

1.300% no intervalo de apenas sete anos² –, o impacto é ainda mais agudo sobre as finanças estaduais e distrital.

Os dados da auditoria, divulgados pelo jornal O Estado de S. Paulo, dão conta de que *“o fenômeno tem atingido mais os cofres dos Estados que os da União. Os governos estaduais apresentam bem menos fôlego para bancar essas despesas, que não são previstas nos repasses obrigatórios do governo federal. Em 2013 e 2014, por exemplo, as Secretarias de Saúde de São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina gastaram, juntas, R\$ 1,5 bilhão, ante R\$ 1,1 bilhão do ministério”*.

No que se refere à especificidade do tema, põem-se à discussão questões técnicas que dizem, a um mesmo tempo, com a organização das estruturas administrativas dos Estados e do Distrito Federal destinadas à concretização de políticas públicas estabelecidas para o atendimento universalizado da saúde; com o acirramento da dicotomia financeira entre a infinitude das necessidades coletivas e a limitação dos recursos disponíveis para o seu atendimento; e, ainda, com a possível prevalência do atendimento individualizado de uma pequena parcela da população, cujas demandas consomem porção significativa dos recursos públicos afetados à promoção, proteção e prevenção da saúde coletiva, em prejuízo de um universo muito mais amplo de usuários que poderiam ser atendidos mediante políticas públicas verdadeiramente universalizadas.

² Disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2017/08/21/despesa-judicial-no-ministerio-da-saude-avanca-1300-em-7-anos.htm>. Divulgada em 21 de agosto de 2017. Acesso em 03 de setembro de 2017.

Ainda das mesmas conclusões divulgadas acerca da auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União, colhe-se que, de R\$ 2,7 bilhões gastos entre 2010 e 2015 pelo Ministério da Saúde para o cumprimento de ordens judiciais na matéria, o percentual de 54% foi empregado na compra de apenas três (3) medicamentos, demandados para o cuidado de pacientes com doenças raras.

Sem qualquer desconsideração ou menosprezo pela delicada situação de saúde desses usuários, parece bastante claro que não há recursos suficientes para atender a essas demandas – especialmente no âmbito dos Estados e do Distrito Federal – sem comprometer, de outro lado e na mesma medida, as políticas públicas estabelecidas visando ao atendimento de uma coletividade muito mais ampla, seja mediante o incremento das estruturas hospitalar e de pronto atendimento públicas, seja mediante a incorporação de novas tecnologias de saúde, como a inclusão de medicamentos inéditos nas relações disponibilizadas pelo SUS. De matéria também divulgada pelo jornal O Estado de S. Paulo, extrai-se a informação de que, “[e]m 2015, o Estado [de São Paulo] gastou R\$ 1,2 bilhão para atender 79,5 mil pessoas que ingressaram com ações – valor suficiente para custear mais um Hospital das Clínicas e atender 35 mil pessoas por dia”³.

³ Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/09/1810929-familia-pede-na-justica-que-sus-de-remedio-carro-para-cadela-doente.shtml>. Divulgada em 07 de setembro de 2016. Acesso em 03 de setembro de 2017.

Desse breve relato é possível depreender a multidisciplinariedade que informa o debate, o qual não pode ficar adstrito ao enfrentamento estanque e individualizado da situação peculiar de saúde da parte demandante – repita-se, que não é de forma alguma menosprezada ou ignorada –, quando se tem, essencialmente, nítida colidência entre o interesse individual e o interesse coletivo, a ser solucionada sob diferentes enfoques técnicos, financeiro, de administração pública e de saúde pública.

Por fim, quanto à repercussão social da controvérsia, revela-se autoevidente na hipótese, considerando que, para além da situação particular da demandante/recorrida, eventual solução que se confira à controvérsia no sentido da possibilidade de se demandar do poder público toda e qualquer prestação de saúde, à livre escolha do particular e de seu médico assistente, conduzirá à inviabilização prática das políticas públicas universalizadas de atendimento à saúde.

II – DA REPRESENTATIVIDADE ADEQUADA

Sobre esse pressuposto para a admissão de terceiro como *amicus curiae*, Eloísa Machado de Almeida anota que “[p]essoa natural ou jurídica pode ser amicus, desde que tenha representatividade adequada, compreendida tanto como a vinculação com pessoas potencialmente afetadas pela decisão como conhecimento específico sobre o tema (Almeida, 2012, p. 1.078)”⁴.

⁴ Ob. cit., p. 209.

Da própria enunciação do tema submetido à análise sob a sistemática dos recursos repetitivos, colhe-se que é sobre o poder público, a toda evidência, que se irradiarão os reflexos da solução a ser conferida à controvérsia. No conjunto dos entes federados, no entanto, os Estados e o Distrito Federal figuram com especial destaque, considerando que, seja pela falta de capilaridade da Justiça Federal e do distanciamento da União em relação ao cidadão; seja pela deficiência do aparelhamento de grande parte dos Municípios brasileiros, são aqueles os entes federados que arcam em maior escala com os efeitos e os reflexos da judicialização da saúde.

Em matéria divulgada no portal eletrônico do Supremo Tribunal Federal em abril de 2017, sobre a visita realizada pela eminente Ministra Presidente do STF à Suprema Corte dos Estados Unidos⁵, noticiou-se com destaque, dentre os temas tratados naquela oportunidade, as seguintes informações sobre a judicialização da saúde:

"Gastos com saúde"

Questionada sobre 'decisões trágicas', como no caso da saúde, a ministra disse que esse é um dos problemas mais graves do judiciário. A ministra lembrou que quando iniciou sua gestão na Presidência do STF, reuniu-se com os 27 governadores dos estados. Na ocasião, revelou, o principal e primeiro pedido do colegiado foi o de que o Supremo resolvesse a questão dos gastos

⁵ Disponível em <http://stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=340614>. Divulgada em 11 de abril de 2017. Acesso em 03 de setembro de 2017.

com saúde. Um dos governadores chegou a dizer que gastava, com 300 pessoas, que obtiveram decisões judiciais para receber tratamentos específicos, 18% do orçamento de saúde do estado, que tem 18 milhões de habitantes. Isto é uma escolha trágica, salientou a ministra, ressaltando que essa é uma questão que aflige o Brasil e outros países, como os EUA. O que o Judiciário faz nesses casos é garantir que aquilo que se comprove como imprescindível seja prestado. (...)”.

Aliás, em outra notícia, desta vez acerca da reunião mantida pela eminente Ministra Presidente, também no início de sua gestão à frente do STF, com os Presidentes de Tribunais de Justiça e do Distrito Federal⁶, consignou-se que “[o]utra matéria que, de imediato, foi apontada pelos desembargadores como prioritária é a obrigação de o estado fornecer medicamentos ou procedimentos médicos e cirúrgicos em decorrência de decisões judiciais. Este assunto também foi discutido na reunião com 26 governadores, na manhã de hoje. A judicialização da saúde é realidade em 23 dos 26 estados representados no encontro”.

No caso específico do Estado do Rio Grande do Sul, a título de ilustração, aquele ente público encontra-se atualmente obrigado a fornecer nada menos do que 5.135 apresentações farmacêuticas distintas, por força de ordens judiciais, aí incluídos medicamentos identificados por

⁶ Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=325251>. Divulgada em 13 de setembro de 2016. Acesso em 03 de setembro de 2017.

nomes comerciais, manipulados e importados, além de dietas, leites e suplementos com descritivos genéricos e marcas comerciais⁷.

Diante dessa realidade, não subsistem quaisquer dúvidas acerca da representatividade adequada exigida para a requerida intervenção dos Estados e do Distrito Federal no presente feito, os quais poderão contribuir para a justa solução da controvérsia com inegável conhecimento específico nas diversas áreas técnicas da multidisciplinariedade que subjaz à controvérsia, seja financeira, seja de saúde pública, seja, ainda, de administração pública.

III – DA SUMA DA LIDE

Na origem, a autora FÁTIMA THERESA ESTEVES DOS SANTOS DE OLIVEIRA, ora parte recorrida, ajuizou ação de obrigação de fazer contra o ESTADO DO RIO DE JANEIRO e o MUNICÍPIO DE NILÓPOLIS, visando à condenação dos entes públicos ao fornecimento da associação medicamentosa Azorga® colírio (**BRINZOLAMIDA + MALEATO DE TIMOLOL**) e dos medicamentos Glaub® colírio (**TARTARATO DE BRIMONIDINA**) e Optive® colírio (**CARBOXIMETILCELULOSA SÓDICA**), aos argumentos de que

⁷ NAUNDORF, Bruno. Impactos da judicialização da saúde na gestão pública. Procedimentos e preços praticados na aquisição de medicamentos – Curitiba: Emagis, 2017.

portadora de **Glaucoma Crônico Bilateral** (CID H 40.1) e de que inapta, financeiramente, para o custeio do tratamento medicamentoso.

Proferida sentença de procedência do pedido para condenar as Fazendas Estadual e Municipal ao fornecimento dos fármacos – inclusive daqueles não disponibilizados pelo SUS e que encontram alternativas de idêntica eficácia terapêutica na rede pública de assistência farmacêutica –, o Estado do Rio de Janeiro interpôs recurso de apelação, o qual teve seguimento negado por decisão monocrática do eminente Desembargador Relator, confirmada, em sequência, mediante o desprovimento do agravo interno fazendário, por acórdão da colenda Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro assim ementado:

"AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL. FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS. DIREITO À SAÚDE. PACIENTE PORTADORA DE GLAUCOMA. HIPOSSUFICIÊNCIA COMPROVADA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA QUE CONDENOU O ESTADO E O MUNICÍPIO DE NILÓPOLIS AO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. *Inconformismo do Estado apelante, ora agravante, contra a decisão monocrática que manteve a condenação dos réus ao fornecimento dos medicamentos pleiteados, objetivando rediscutir a matéria. A saúde é direito fundamental assegurado constitucionalmente a todo cidadão, devendo os poderes públicos fornecer assistência médica e farmacêutica aos que dela necessitarem, cumprindo fielmente o que foi imposto pela Constituição da República e pela Lei nº. 8.080/90, que implantou o Sistema Único de Saúde.*

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

Ademais, não há que se falar em violação dos artigos 19-M, I, 19-P, 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/90, visto que se cuida de orientação para dispensação de medicamento, como ação de assistência terapêutica integral, que não inviabiliza a assistência por medicamento orientado pelo médico da paciente e, por consequência, não afronta o texto constitucional e não significa contrariedade à Súmula Vinculante 10 do STF. Desprovimento do recurso”.

Nas razões do recurso especial, o Estado do Rio de Janeiro articula, preliminarmente, com a violação aos artigos 948 a 950 do Código de Processo Civil/2015 (correspondentes aos artigos 480 a 482 do CPC/1973), por afastada a incidência dos artigos 19-M, inciso I, 19-P, 19-Q e 19-R, todos da Lei nº 8.080/90 e incluídos pela Lei nº 12.401/2011, sem que, para tanto, o acórdão recorrido tenha observado a cláusula de reserva de plenário prevista naqueles dispositivos e no artigo 97 da Constituição Federal. Requer, no ponto, a nulificação do acórdão.

No mérito, aduz que ofendidos os precitados artigos 19-M, inciso I, 19-P, 19-Q e 19-R, todos da Lei nº 8.080/90 e com redação conferida pela Lei nº 12.401/2011, por imposta a condenação ao poder público do fornecimento de medicamento não elencado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para o Glaucoma, nem incorporado em qualquer apresentação ao Sistema Único de Saúde; bem como por operado desrespeito à disciplina da distribuição do ônus probatório, por não exigida da parte postulante a demonstração da inaptidão das alternativas terapêuticas existentes na rede pública de

assistência farmacêutica para o tratamento da doença. Em consequência, postula a reforma do pronunciamento recorrido.

Por cautela, na hipótese de se entender por não prequestionados tais dispositivos na exata forma do artigo 1.025 do Código de Processo Civil/2015, postula a nulificação do pronunciamento exarado pelo Tribunal *a quo* no julgamento dos embargos de declaração lá opostos, ante o maltrato ao art. 1.022 do novo Estatuto Processual Civil.

O recurso especial foi inadmitido por decisão do eminente Terceiro Vice-Presidente do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, desafiando a interposição de agravo nos próprios autos pela Fazenda Estadual.

Mantida a decisão agravada na origem, o recurso foi autuado nesse egrégio Superior Tribunal de Justiça como o Agravo em Recurso Especial n.º 1.052.276/RJ, posteriormente convertido no presente recurso especial, por decisão dessa ínclita Relatoria, para melhor exame da matéria.

IV – DA AFETAÇÃO AO RITO DOS RECURSOS REPETITIVOS E DA APRECIÇÃO DO TEMA PELA COLENDIA PRIMEIRA SEÇÃO DO STJ

Reconhecendo o caráter representativo da controvérsia discutida nos autos, e ante a multiplicidade de processos com idêntica questão de direito, tudo nos moldes do artigo 256-I do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça⁸, o eminente Ministro Relator submeteu à colenda Primeira Seção a proposta de afetação do recurso especial interposto pelo Estado do Rio de Janeiro ao rito dos recursos repetitivos, para a apreciação do **Tema 106**, assim enunciado: *“Obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria n. 2.982/2009 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais)”*.

Em sessão de julgamento do dia 26 de abril de 2017, os eminentes Ministros da Primeira Seção acordaram, por unanimidade, afetar o recurso ao rito dos artigos 1.036 e seguintes do CPC/2015, com a determinação de suspensão, em todo o território nacional, dos processos pendentes, individuais e coletivos, que versem sobre a questão afetada, nos termos do art. 1.037, II, do mesmo Estatuto Processual Civil.

Em sequência, na apreciação de questões suscitadas por terceiros quanto à extensão da suspensão do processamento dos feitos que versem sobre a controvérsia do recurso especial repetitivo; e de erro material apontado pelo Estado do Rio de Janeiro referente à Portaria do SUS indicada no enunciado do tema a ser apreciado, o mesmo Colegiado decidiu, à unanimidade, caber ao juízo de origem apreciar as medidas de

⁸ Incluído pela Emenda Regimental n.º 24, de 2016.

urgência, e, por maioria, vencido o eminente Ministro Napoleão Nunes Maia Filho, ajustar o tema do recurso repetitivo, que passou a ser assim enunciado: *“Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS”*.

V – DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Sob as alegações de precariedade do sistema de saúde brasileiro e de insuficiente fornecimento de medicamentos pelos órgãos públicos, vêm se multiplicando as tutelas judiciais de saúde para o fornecimento de medicamentos e/ou efetivação de tratamentos, em fenômeno já denominado *judicialização da saúde*.

Visando a conferir efetividade máxima ao direito individual à saúde, o fornecimento de medicamentos tem sido deferido em detrimento da estrutura traçada na política governamental, notadamente no que atine à dotação orçamentária, à organização administrativa do sistema e à competência para realização da prestação solicitada.

Ante a multiplicidade de demandas e dos pleitos endereçados, já se contabilizam no Supremo Tribunal Federal pelo menos cinco (5) processos com repercussão geral sobre a matéria, que vincularão as decisões judiciais e administrativas sobre: a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos de alto custo – RE-RG 566.471/RN; a

obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos fora da lista da ANVISA – RE-RG 657.718/MG; a legitimação ativa do Ministério Público para aforamento de ações de fornecimento de medicamentos – RE-RG 605.533/MG; os limites do Poder Judiciário para determinar obrigações de fazer, consistentes na realização de concursos públicos, contratação de servidores e execução de obras que atendam o direito social da saúde – RE-RG 684.612/RJ; e, ainda, a possibilidade de sequestro em contas públicas do montante financeiro necessário para o custeio do tratamento de saúde requerido – RE-RG 607.582/RS.

A situação não é diversa no âmbito desse egrégio Superior Tribunal de Justiça, onde se identificam diversos recursos repetitivos afetos à temática, a exemplo do REsp Repetitivo 1.203.244/SC, sobre a obrigatoriedade de chamamento ao processo da União nas demandas que envolvem a pretensão de fornecimento de medicamentos; do REsp Repetitivo 1.474.665/RS, acerca da possibilidade de ser aplicada multa diária, nos casos de descumprimento da obrigação de fornecer medicamentos imposta ao poder público; e, agora, o presente REsp Repetitivo 1.657.156/RJ, em cujo bojo se debaterá a obrigatoriedade, ou não, de o poder público fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS.

Todavia, a par do entendimento de que a saúde configura mínimo existencial e deve ser implementada a qualquer custo, multiplicam-

se as críticas à judicialização excessiva, fenômeno que causa embaraços à política pública de assistência farmacêutica engendrada e executada pelos entes federados, os principais deles elencados por Luís Roberto Barroso, hoje eminente Ministro do STF, em parecer à época elaborado por solicitação da Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro, os quais poderiam ser assim sintetizados:

1) a norma constitucional aplicável está positivada na forma de norma programática, colhendo-se da dicção do artigo 196 da Constituição Federal que a garantia do direito à saúde dar-se-á por meio de políticas sociais e econômicas, e não mediante decisões judiciais, sustentando ainda que “[a] possibilidade de o Poder Judiciário concretizar, independentemente de mediação legislativa, o direito à saúde encontra forte obstáculo no modo de positivação do artigo 196, que claramente defere a tarefa aos órgãos executores de políticas públicas”;

2) a “impropriedade de se conceber o problema como de mera interpretação de preceitos da Constituição. Atribuir-se ou não ao Judiciário a prerrogativa de aplicar de maneira direta e imediata o preceito que positiva o direito à saúde seria, antes, um problema de desenho institucional”. Objeta o parecer que são múltiplas as possibilidades de desenho institucional nesse domínio, devendo-se considerar que o Poder Executivo, cuja visão das demandas sociais é feita de forma globalizada e considerando os recursos disponíveis para suprimento das necessidades sociais, é quem melhor otimizará a

eficiência dos gastos públicos com a saúde, sendo esta, inclusive, a opção do constituinte originário, ao determinar que o direito à saúde fosse garantido através de políticas sociais e econômicas. As decisões judiciais que determinam a entrega gratuita de medicamentos pelo poder público levariam, portanto, à alteração do arranjo institucional concebido pela Constituição Federal de 1988;

3) a questão da judicialização atinge a legitimidade democrática, donde se extrai verdadeira impropriedade de se retirar dos poderes legitimados pelo voto popular a prerrogativa de decidir de que modo os recursos públicos devem ser gastos, recursos auferidos através da cobrança de tributos. O parecer atenta que é o próprio povo, que financia a atividade estatal mediante o pagamento de impostos, quem deve decidir de que modo os recursos públicos devem ser gastos. Sob este raciocínio, relembra que o povo pode, por exemplo, preferir priorizar medidas preventivas de proteção da saúde, ou concentrar a maior parte dos recursos públicos na educação das novas gerações. Essas decisões são razoáveis, e caberia ao povo tomá-las, diretamente ou por meio de seus representantes eleitos;

4) a limitação financeira, consubstanciada na teoria da “reserva do possível”. Esta crítica é a mais recorrente e sustenta que os recursos públicos seriam insuficientes para atender as necessidades sociais, impondo ao Estado *lato sensu* sempre a tomada de decisões difíceis, como as

que orientam a opção de investimentos em determinado setor em prejuízo de outro. De fato, o orçamento apresenta-se, em regra, aquém da demanda social por efetivação de direitos, sejam individuais, sejam sociais, entendimento que foi bastante invocado em julgados mais antigos para indeferir o fornecimento de medicamentos, notadamente os de alto custo, sob alegação de que o Judiciário não se poderia imiscuir nas políticas da Administração Pública; e

5) as decisões judiciais em matéria de medicamentos provocam a desorganização da Administração Pública, tais como aquelas que atribuem ao Estado o fornecimento de medicamentos básicos, de competência do Município, retirando verba necessária à aquisição de medicamentos de sua responsabilidade, bem assim as que determinam a concessão de vagas em UTI lotadas. Consoante o parecer, “[t]ais decisões privariam a Administração da capacidade de se planejar, comprometendo a eficiência administrativa no atendimento ao cidadão. Cada uma das decisões pode atender às necessidades imediatas do jurisdicionado, mas, globalmente, impediria a otimização das possibilidades estatais no que toca à promoção da saúde pública”.

Com efeito, é questão de inegável importância na matéria a consideração de que compete ao Poder Executivo gerir os recursos públicos disponíveis para o alcance da melhor eficiência das necessidades da saúde, o que não ocorre com a distribuição de medicamentos para o atendimento individualizado e imediato de casos particulares, sem repercussão na

melhoria do serviço público de saúde prestado à coletividade. E assim o é, porque a concessão judicial de medicamentos se alicerça em abordagem individual da efetivação da saúde, enquanto a aplicação dos recursos públicos deveria visar a uma política social orientada pela maximização dos resultados coletivos, com a redução de desigualdades sociais e econômicas.

Também é de se considerar a crítica alusiva à ausência de expertise do Poder Judiciário para a instituição de política pública de saúde, bem assim, para a avaliação de aspectos técnico-médicos do fornecimento de medicamentos, como relembra Ana Paula Barcellos⁹:

“Ainda que superadas as críticas anteriores, o fato é que nem o jurista, e muito menos o juiz, dispõem de elementos ou condições de avaliar, sobretudo em demandas individuais, a realidade da ação estatal como um todo. Preocupado com a solução dos casos concretos – o que se poderia denominar de micro-justiça – o juiz fatalmente ignora outras necessidades relevantes e a imposição inexorável de gerenciar recursos limitados para o atendimento de demandas ilimitadas: a macro-justiça. Ou seja: ainda que fosse legítimo o controle jurisdicional das políticas públicas, o jurista não disporia do instrumental técnico ou de informação para levá-lo a cabo sem desencadear amplas distorções no sistema de políticas públicas globalmente considerado”.

Assim, ao implementar judicialmente o direito à saúde, o Poder Judiciário não deve se afastar das diretrizes traçadas pelas políticas

⁹ BARCELLOS, Ana Paula. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. Revista de Direito do Estado 3:32, 2006.

estatais, visto que sua atuação, na substituição ou invalidação de ações administrativas de políticas públicas, só se legitima quando conduzem à preservação de um direito fundamental de cunho constitucional ou em cumprimento a alguma lei existente.

Parâmetros como indispensabilidade de medicamentos para a manutenção da vida; priorização da adoção de medicamento genérico, de menor custo; e eficácia terapêutica e segurança comprovadas e melhor relação custo-efetividade do tratamento devem permear a decisão judicial, já que a escassez dos recursos públicos é uma realidade que não pode ser ignorada, e a saúde, como direito fundamental e custeada com recursos de todos, deve ser universalizada, com ganhos para toda a sociedade.

VI – DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

Consoante historiado, a autora, ora parte recorrida, ajuizou a presente demanda visando a obter medicamentos para o enfrentamento do Glaucoma Crônico Bilateral (CID H 40.1) de que portadora, dirigindo sua pretensão, contudo, em relação a fármacos não previstos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para o tratamento daquela doença, tampouco incorporados às relações de medicamentos para disponibilização pelo Sistema Único de Saúde.

Na Constituição Federal de 1988, o direito à saúde restou consagrado em seu artigo 6.º, figurando, com a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados, como direito social.

Todavia, conforme destaca Ingo Sarlet, foi no artigo 196 da Carta Republicana que o direito à saúde obteve sua maior concretização ao nível normativo-constitucional, através de uma ampla regulamentação normativa infraconstitucional, em que se destacam as leis que dispõem sobre a organização e os benefícios do Sistema Único de Saúde.

De fato, ao inseri-la no Título “Da Ordem Social”, o constituinte dispôs que a saúde é direito de todos e dever do Estado, impondo aos poderes públicos a promoção de políticas sociais e econômicas para a redução do risco de doenças e de outros agravos, estabelecendo, ainda, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os artigos 197 e 198 do texto constitucional atribuíram ao poder público a competência para dispor, em lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, além de conceber um sistema único e organizado conforme as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

atendimento integral e participação comunitária.

A regulamentação legal veio por meio da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que reforçou a proteção do direito à saúde mediante a formulação de políticas públicas direcionadas à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário, *verbis*:

“Art. 2.º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1.º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

A assistência terapêutica e a incorporação de novas tecnologias em saúde receberam Capítulo próprio mediante atualização daquela legislação, por meio da Lei n.º 12.401, de 2011, tendo sido estabelecido o conceito de assistência terapêutica integral e consagrada a formulação de políticas públicas de saúde com fundamento na Medicina Baseada em Evidências. É o que se recolhe da leitura dos dispositivos incluídos na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde:

“CAPÍTULO VIII

PEDIDO DE INGRESSO – *AMICI CURIAE* – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

**DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA
INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE**

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6.º consiste em:

I – dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II – oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde – SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I – produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II – protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou

produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo.

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I – com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II – no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III – no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde.

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1.º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2.º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I – as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

II – a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1.º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I – apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2.º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III – realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV – realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento”.

A necessidade de Protocolos que direcionem a atuação pública na área da saúde é resultado de estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde que estimulam a criação de políticas de saúde baseadas em evidências e dirigidas especificamente ao uso racional de medicamentos. Isso, porque a literatura médica está repleta de artigos demonstrando que a variabilidade da prescrição médica tem enorme impacto tanto na qualidade da atenção prestada às comunidades, quanto

nos crescentes custos desta atenção, representando em algumas situações verdadeiro risco aos usuários.

Impõe-se frisar que a criação desses Protocolos envolveu ampla discussão na comunidade médico-científica, com a formação de uma equipe de trabalho formada por médicos, professores universitários com formação em farmacologia clínica e epidemiologia, farmacêuticos, dentre outros profissionais, bem ainda com a colaboração de diversas entidades e sociedades médicas, gestores de saúde, usuários do SUS e a própria indústria farmacêutica – sempre fundamentados nas mais atuais pesquisas e técnicas científicas, não só brasileiras, como internacionais.

Assim, da forma como disciplinados no retrotranscrito art. 19-N, inciso II, da Lei n.º 8.080/90, os Protocolos Clínicos têm o objetivo de, racionalizando a prescrição e o fornecimento dos medicamentos, estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, determinando o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis, as respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados. Têm, ainda, o intuito de criar, observando ética e tecnicamente a prescrição médica, mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz.

É sempre oportuno destacar que o objetivo dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas não é limitar ou restringir o acesso a

medicamentos, mas regular sua dispensação, sem prejuízo à saúde do paciente.

Pode-se concluir, com segurança, que a única forma de se colocar em prática um tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde, em caráter universal e igualitário, é por meio de protocolos clínicos. Somente assim preservar-se-á a racionalização e a universalização do atendimento da população.

**VII – DAS RELAÇÕES DE MEDICAMENTOS
DISPONIBILIZADOS PELA POLÍTICA DE
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, NA FALTA DE
DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DEFINIDAS EM
PROTOCOLOS CLÍNICOS**

Da leitura conjugada do artigo 19-M, inciso I, com o artigo 19-P, ambos incluídos na Lei n.º 8.080/90 por força da Lei n.º 12.401/2011, extrai-se que, afora os medicamentos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, os Estados e o Distrito Federal somente podem ser obrigados a fornecer os medicamentos que, na falta daqueles documentos técnicos, encontram-se incorporados às relações de medicamentos instituídas pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

Como é intuitivo, a assistência à saúde, com previsão na Constituição Federal em seus artigos 196 e seguintes, não se dá de forma

irrestrita; ao contrário, obedece a uma série de normas legais e infralegais que regulamentam a matéria.

Nesse sentido, é imperiosa a referência, mais uma vez, à Lei n.º 8.080/90, diploma que regulamenta o Sistema Único de Saúde, com os acréscimos e as alterações operadas pela Lei n.º 12.401/2011, a qual incluiu capítulo referente à assistência terapêutica e incorporação de tecnologia à saúde, aquela com previsão na alínea *d* do inciso I do artigo 6.º da Lei Orgânica do SUS.

Posteriormente, com o fito de regulamentar a Lei n.º 8.080/1990, foi editado o Decreto Presidencial n.º 7.508, de junho de 2011, o qual tratou da assistência à saúde e, neste ponto, tornou claro que a garantia do direito à saúde, pelo SUS, não se dá de forma irrestrita, desorganizada, informal, mas, ao inverso, deve seguir parâmetros, regras, requisitos essenciais para a organização e o bom funcionamento do sistema.

Dos dispositivos do precitado Decreto Presidencial, cumpre destacar aqui, por sua pertinência com a temática em discussão, as seguintes previsões:

“Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

- I- estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;*
- II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;*
- III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e*
- IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.*

§ 1.º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2.º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA”.

Nesse contexto, salutar a superveniência da disciplina legal e regulamentar, no escopo de evitar as prescrições desenfreadas, por médicos particulares, de fármacos pelo seu nome comercial (não genéricos), não constantes das Relações de Dispensação dos entes públicos (União, Estados, Municípios), de medicamentos experimentais, sem registro na ANVISA, de alto valor comercial e, não raro, de eficácia e segurança duvidosas.

Como é cediço, na política de dispensação de medicamentos incorporados ao Sistema Único de Saúde, há, em regra, a transferência de recursos federais pelo ente federado maior, por intermédio do Ministério da Saúde, aos Estados e Municípios, aos quais incumbe administrar os recursos repassados, adquirindo e dispensando medicamentos diretamente à população, além de contribuir com recursos próprios para a aquisição dos fármacos.

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

Há outras espécies de medicamentos, no entanto, que, seja por força do elevado custo de aquisição, seja em razão de sua importância estratégica no enfrentamento de doenças epidemiológicas, tiveram centralizada na União a prerrogativa de adquiri-los e administrá-los, com repasse aos entes menores conforme a necessidade.

Revestem-se de especial importância, nessa conjuntura, os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, regulado pela Portaria nº 1.554/2013 do Ministério da Saúde, cujo acesso será disponibilizado à população *“mediante pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas nesta Portaria”* (artigo 2º, parágrafo único).

Os medicamentos desse Componente foram divididos em três (3) grupos, em atenção à complexidade do tratamento da doença, à garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado e à manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. Do artigo 3º, incisos I a III, e Anexos da Portaria/GM/MS nº 1.554/2013 extrai-se a seguinte distribuição de competências:

Grupo 1A: Componente Especializado/lista Estado, financiamento e compra centralizada pela União;

Grupo 1B: Componente Especializado/lista Estado, financiamento pela União e compra pelos Estados (ressarcimento, transferência de recursos financeiros);

Grupo 2: Componente Especializado/lista Estado, financiamento e compra pelos Estados;

Grupo 3: Componente Básico/lista Município, disciplinado em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF - Portaria/GM/MS nº 1.555/2013).

Não obstante a orientação jurisprudencial de que haveria solidariedade pura e simples entre os entes federados no que tange ao fornecimento de qualquer medicamento ou prestação de serviço em saúde, a verdade é que a observância judicial a esse sistema administrativo de repartição de competências, para além de privilegiar o interesse coletivo em sobreposição ao interesse individual e imediato do demandante, é pressuposto para a própria sobrevivência do Sistema Único de Saúde.

Conforme já dito, as transferências de recursos entre os entes federados foram reguladas como forma de compensar a divisão de atribuições previstas quanto à dispensação de medicamentos. A decisão judicial que atribui a um ente federado a obrigação de disponibilizar um medicamento ou serviço de saúde da competência de outro desequilibra o regime de compensação, onerando em duplicidade o ente público, condenado judicialmente.

VIII – DA RESPONSABILIDADE PELA INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

A problemática que se coloca especialmente em discussão no presente caso diz com aqueles medicamentos que não estão previstos em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, nem integram as Relações de Medicamentos disponibilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde.

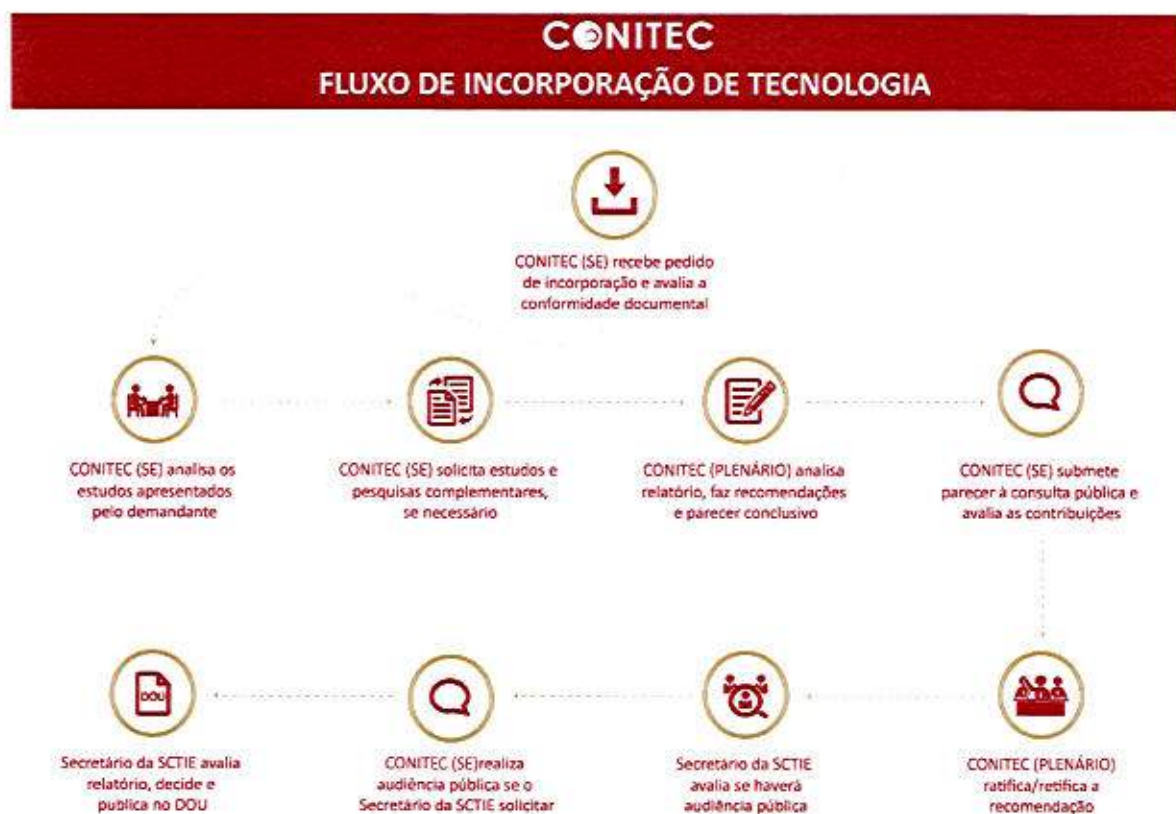
Consoante visto anteriormente, os Estados e o Distrito Federal não podem ser responsabilizados pela entrega desses fármacos, conclusão que se recolhe com absoluta clareza da leitura combinada dos artigos 19-M, inciso I, e 19-P, ambos incluídos na Lei n.º 8.080/90 pelo advento da Lei n.º 12.401/2011.

A incorporação de novas tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) segue uma série de procedimentos que visam a analisar as consequências clínicas, econômicas e sociais que a disponibilização de um fármaco para toda a população pode acarretar.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC¹⁰ ficou responsável pelo assessoramento técnico do Ministério da Saúde na tomada de decisão sobre a inclusão de qualquer

¹⁰ Criada pela Lei n.º 12.401/2011.

fármaco no elenco daqueles disponibilizados pela política pública de saúde. Para tanto, a CONITEC é composta por representantes das mais diversas entidades/especialidades, garantindo que o debate abarque todas as variantes possíveis, conforme evidencia o fluxograma abaixo¹¹:



Como se percebe, a ausência de um medicamento no SUS não representa, necessariamente, uma omissão dos entes públicos. Pelo contrário, em diversas ocasiões já houve um amplo debate técnico, culminando na decisão pela não inclusão do fármaco na política pública.

¹¹ Disponível em http://conitec.gov.br/images/fluxo_incorporacao_gde.png. Acesso em 03 de setembro de 2017.

Ressalte-se que a definição legal dos parâmetros científicos para a constituição dos protocolos (eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade¹²) obriga que a Administração exclua do rol das tecnologias de saúde a serem incorporadas: medicamentos experimentais; sem registro na ANVISA; sem comprovação científica de segurança biológica, eficácia, efetividade e custo/efetividade, dentre outros aspectos analisados em face de critérios de saúde pública.

Assim, ao não promover a incorporação de determinada medicação ao rol dos tratamentos disponibilizados pela rede pública de saúde, tem-se uma clara decisão da administração de não fornecê-la, e não uma omissão da Administração Pública, utilizando-se a diferenciação proposta pelo eminente Ministro Gilmar Mendes quando do julgamento pelo Supremo Tribunal Federal da precitada Suspensão de Tutela Antecipada 175:

"Se a prestação de saúde pleiteada não estiver entre as políticas do SUS, é imprescindível distinguir se a não prestação decorre de (1) uma omissão legislativa ou administrativa, (2) de uma decisão administrativa de não fornecê-la ou (3) de uma vedação legal a sua dispensação.

(...)

¹² Consoante contido no PARECER Nº 805/2012-AGU/CONJUR-MS/HRP:

"Medicamentos seguros são aqueles cujos efeitos terapêuticos advindos de sua utilização superam os seus efeitos colaterais, isto é, o medicamento traz mais benefícios do que malefícios. Medicamento eficaz é aquele que, em um ambiente ideal, comprova atuar sobre a enfermidade que se propõe tratar, isto é, o medicamento comprova, em ambiente de laboratório (ideal), que realmente atua sobre a doença. Efetividade é a análise dos resultados efetivamente obtidos com a utilização de um determinado insumo em ambiente real. Custo-efetividade é o estudo que busca analisar se houve ganho de saúde adicional com a utilização do insumo, ou seja, no caso da assistência farmacêutica do SUS, se o medicamento que se pretende utilizar traz maiores benefícios do que aqueles já disponíveis no sistema e, em caso afirmativo, se o benefício advindo justifica o gasto financeiro a ser realizado".

O segundo dado a ser considerado é a existência de motivação para o não fornecimento de determinada ação de saúde pelo SUS. Há casos em que se ajuíza ação com o objetivo de garantir prestação de saúde que o SUS decidiu não custear por entender que inexistem evidências científicas suficientes para autorizar sua inclusão.

Nessa hipótese, podem ocorrer, ainda, duas situações: 1.º) o SUS fornece tratamento alternativo, mas não adequado a determinado paciente; 2.º) o SUS não tem nenhum tratamento específico para determinada patologia.

(...)

Ademais, não se pode esquecer de que a gestão do Sistema Único de Saúde, obrigado a observar o princípio constitucional do acesso universal e igualitário às ações e prestações de saúde, só torna-se viável mediante a elaboração de políticas públicas que repartam os recursos (naturalmente escassos) da forma mais eficiente possível. Obrigar a rede pública a financiar toda e qualquer ação e prestação de saúde existente geraria grave lesão à ordem administrativa e levaria ao comprometimento do SUS, de modo a prejudicar ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada. Dessa forma, podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente" (original sem destaques).

Não se mostra razoável, portanto, que o Poder Judiciário, diante de todo o exposto, substitua a análise realizada por representantes de treze entidades diferentes¹³, inclusive do Conselho Federal de Medicina,

¹³ São treze titulares com 1.º e 2.º suplentes representando as seguintes entidades/órgãos:

- a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS);
- b) Secretaria-Executiva (SE/MS);
- c) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS);
- d) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);
- e) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);
- f) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS);

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

tendo, por base, unicamente, a norma programática prevista no artigo 196 da Constituição Federal.

Lado outro, na hipótese de se reconhecer judicialmente que sobre o poder público recai a obrigação de fornecer até mesmo medicamentos não previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, tampouco nas Relações de Medicamentos para disponibilização no Sistema Único de Saúde, tal ônus somente pode ser imputado à União, e não aos entes federados menores.

A responsabilidade da União pela inserção de novas tecnologias no SUS decorre do disposto expressamente no artigo 19-Q da Lei n.º 8.080/90, incluído pela Lei n.º 12.401/2011, que ostenta a seguinte redação:

“Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. § 1.º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo

- g) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS);
- h) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- i) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- j) Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- k) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- l) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e
- m) Conselho Federal de Medicina (CFM), especialista na área.

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2.º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I – as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II – a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

Diversa não é a conclusão que se recolhe do já referido Decreto Presidencial n.º 7.508/2011, editado para a regulamentação daquele diploma legal, ao dispor sobre a competência para a atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, assim como da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME:

“Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor

sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas”.

Não restam dúvidas, pois, de que compete à União, como diretora nacional do SUS, a inserção de novas tecnologias, sendo sua a competência para fornecer medicamentos ou tratamentos não arrolados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e nas Relações de Medicamentos para o fornecimento no âmbito do SUS.

IX – DA FIXAÇÃO DE TESE PARA O TEMA 106 DOS RECURSOS REPETITIVOS

Por tudo quanto exposto, e mediante a leitura adequada dos dispositivos legais e regulamentares que informam a disciplina do Sistema Único de Saúde, especialmente dos artigos de lei violados pelo acórdão recorrido, tal qual sustentado no recurso especial manejado pelo Estado do Rio de Janeiro, os Estados da Federação e o Distrito Federal requerem a fixação da seguinte Tese para o Tema 106 do ementário dos recursos repetitivos, enfrentado no bojo do presente representativo da controvérsia:

"O poder público não é obrigado ao fornecimento de medicamentos não previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e nas Relações de Medicamentos para dispensação no âmbito do Sistema Único de Saúde, competindo exclusivamente à União, em caso de excepcionalidade àquela regra, como gestora nacional e única legitimada à inserção de novas tecnologias em saúde, a responsabilidade pelo atendimento de tais demandas".

X - DOS CRITÉRIOS DE OBSERVÂNCIA OBRIGATÓRIA EM EVENTUAIS CASOS DE EXCEPCIONALIDADE À REGRA GERAL

A redação da tese sugerida para o Tema 106 do ementário dos recursos repetitivos, afora conferir a melhor e única interpretação possível aos dispositivos da Lei nº 8.080/90 violados pelo acórdão recorrido, não deixa ao desamparo o cidadão que, inapto financeiramente para o custeio do tratamento de saúde, acorre ao Poder Judiciário para ver atendido o seu pleito em matéria de saúde.

O que se propõe é, apenas, o direcionamento ao ente público legal e exclusivamente competente para a confecção dos Protocolos

Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, pela elaboração das listagens de medicamentos fornecidos gratuitamente no Sistema Único de Saúde, pela incorporação de novas tecnologias e pela definição das diretrizes para o emprego dos recursos financeiros administrados para essa finalidade, da atribuição de responder por aqueles fármacos que não se encontrem contemplados na relação oficial de medicamentos disponibilizados na rede pública de assistência farmacêutica.

Lado outro, para a inesperada hipótese de se reconhecer alguma excepcionalidade à referida regra geral, é preciso estabelecer critérios que devolvam o equilíbrio obrigacional entre os entes federados para a promoção da saúde pública; reconheçam a primazia das alternativas disponibilizadas no Sistema Único de Saúde ante aquelas postuladas em desacordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e com as Relações oficiais de medicamentos; nessa compreensão, promovam a correta distribuição do ônus probatório, impondo aos demandantes a obrigação de demonstrar a imprescindibilidade do tratamento e a impossibilidade de substituição por alternativas da rede pública de igual eficácia terapêutica, e conferindo às Fazendas Públicas em juízo a oportunidade de produzir contraprova à postulação da parte autora; e, ainda, determinem o obrigatório cumprimento da previsão legal de identificação dos medicamentos conforme sua Denominação Comum Brasileira.

X.1. Do reequilíbrio obrigacional entre os entes federados e da compensação financeira dos Estados e do Distrito Federal frente à União nos autos do próprio processo judicial

Como é cediço, firmou-se na jurisprudência do excelso Supremo Tribunal Federal, no bojo do RE-RG 855.178/SE (Tema 793) – pendente de julgamento definitivo –, e desse egrégio Superior Tribunal de Justiça, no REsp Repetitivo 1.203.244/SC (Tema 686), a orientação de que é responsabilidade solidária dos entes federados a prestação de serviços de saúde aos necessitados.

Todavia, as atribuições estabelecidas pelo arcabouço normativo para as diferentes esferas da Federação, não necessariamente solidárias, visam a evitar que as obrigações de um ente sejam transferidas a outro, em completa desconsideração à sua capacidade e vocação para suportar tal ônus. Como pontua o Juiz Federal Clenio Jairo Schulze, “[é] por isso que a Lei 8080/90 fixa ‘competências’ distintas para a União (art. 16), Estados (art. 17) e Municípios (art. 18), a fim de ajustar a atuação de cada ente público aos limites das suas possibilidade e características, observando-se os interesses nacional, regional e local, respectivamente”¹⁴.

¹⁴ Disponível em <http://emporiadireito.com.br/responsabilidade-passiva-na-judicializacao-da-saude-publica/>. Divulgado em 24 de abril de 2017. Acesso em 04 de setembro de 2017.

Com efeito, deve haver critérios para o cumprimento da obrigação solidária, considerando-se, além da distribuição de competências materiais (prestações de serviço), a distribuição dos recursos (custeio) entre as esferas de governo.

A execução das ações e serviços públicos de saúde foi atribuída pela legislação principalmente aos Estados e ao Distrito Federal, devendo haver a necessária compensação financeira, o que não ocorre quando a solidariedade é aplicada sem nenhum critério pelo Judiciário, sobrecarregando-se aqueles entes federados, que se veem obrigados a fornecer tratamentos não disponibilizados no SUS sem nenhuma fonte de custeio.

Nesse sentido, cabe referir a lição de Ricart Cesar Coelho dos Santos, *in verbis*¹⁵:

“Portanto, diversos são os mecanismos utilizados pelo Poder Público, especialmente no âmbito federal, para reduzir os gastos na área da saúde. É preciso que os estudiosos do direito que militam na área do direito financeiro e sanitário tenham pleno conhecimento deles, pois só assim poderá ser feita uma correta análise do federalismo fiscal existente no setor. Este, como se viu, está a demandar profundos aperfeiçoamentos, visando reequilibrar o binômio ‘atribuições X recursos’ ou ‘necessidade X possibilidade’ existente entre os entes federados. A federação acha-se desequilibrada no tocante à saúde: Estados e Municípios

¹⁵ SANTOS, Ricart Cesar Coelho dos. Financiamento da Saúde pública no Brasil – Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 112.

encontram-se a carregar o maior fardo, se comparado com as suas respectivas possibilidades. Urge que o peso seja mais bem distribuído entre as três esferas, para que cada uma suporte um ônus proporcional às suas forças”.

Problema que se coloca com o referido reconhecimento da solidariedade entre os entes federados diz com a compensação financeira dos gastos impostos por decisão judicial a uma esfera, quando era de atribuição e vocação de outra o atendimento daquela determinada demanda.

A questão foi enfrentada no bojo do Incidente de Uniformização JEF 5019997-38.2015.4.04.7200/SC, da Turma Regional de Uniformização (TRU) dos Juizados Especiais Federais da 4ª Região, julgado em 05/08/2016 e sintetizado na seguinte ementa:

“CONSTITUCIONAL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. CUMPRIMENTO DA OBRIGAÇÃO PELO ESTADO MEMBRO. POSSIBILIDADE. COMPENSAÇÃO FINANCEIRA.

1. Uniformização do tema no sentido de que ‘a responsabilidade solidária entre os entes federativos não obsta a imposição judicial ao Estado do cumprimento de prestações em demandas sobre direito à saúde, considerando a melhor estrutura e a maior proximidade com o cidadão, condições estas que não se concentram em quaisquer dos demais entes políticos. A compensação financeira, no entanto, deverá operar-se na esfera judicial, nos limites da lide que lhe deu causa, sob pena de frustrar o equilíbrio obrigacional dos réus.’

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

2. *Incidente conhecido e, por maioria, parcialmente provido*”.

Do voto condutor, colhem-se as seguintes pertinentes conclusões:

“(…)

Desse modo, apesar da estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde – SUS estabelecer competências e atribuições diversas à União, aos Estados e aos Municípios (arts. 16 a 19, Lei n.º 8.080/90), todos são compelidos pela solidariedade imposta pela Constituição Federal a atender a população. A descentralização, prevista na legislação infraconstitucional para as ações de promoção da saúde, não afasta a responsabilidade solidária de todos.

“(…)

Nesta seguida, a partir do momento em que a parte autora opta por litigar contra um, dois ou três dos entes federativos, fica imposto aos escolhidos responderem pela obrigação como se fossem apenas um devedor. A divisibilidade ou o fracionamento da obrigação não interessa ao credor; trata-se de questão interna a ser resolvida entre os coobrigados.

Na prática, contudo, a solução legal e doutrinária – que também encontra eco na jurisprudência pátria – não se mostra a mais eficaz, acarretando custos desnecessários aos envolvidos. A solidariedade entre pessoas físicas ou jurídicas não se equipara à solidariedade entre os entes políticos.

Justifico.

A complexa estrutura estatal, com destaque para União e Estados, seja no aspecto físico (postos de atendimento, hospitais, etc), seja no aspecto logístico e operacional (planejamento, armazenamento, distribuição, etc), altera o quadro fático em relação à solidariedade, criando obstáculos e dificuldades que exigem do Judiciário solução que atenda às necessidades de todos os envolvidos e, ao mesmo tempo, minimize custos (responsabilidade fiscal).

A jurisprudência da 3.ª Turma Recursal de Santa Catarina, por determinado período, imputou tão somente ao Estado de Santa

Catarina a obrigação de entregar o medicamento (ou realizar tratamento médico), relegando a necessária compensação financeira para a seara administrativa, o que não me soava justo e, por outro lado, também não se mostrava eficaz, pois inúmeras as reclamações em relação ao descumprimento das decisões judiciais na matéria.

Posteriormente, aquele Colegiado entendeu que a obrigação deveria ser impingida a todos os réus, indistintamente, dada a solidariedade entre os entes públicos. Tal posição é amplamente majoritária na jurisprudência dos Tribunais, não me parecendo injusta. Entretanto, na prática judiciária, não se mostrou como a melhor resposta que pode ser dada à sociedade, ressurgindo casos de descumprimento a tempo e modo das decisões judiciais.

Assim, após ouvir as partes, particularmente a União e o Estado de Santa Catarina, especialmente envolvidas no cumprimento das ordens emanadas nas ações de saúde, bem como refletir a respeito dos custos e sua equânime divisão no âmbito do SUS, a 3.ª Turma Recursal de Santa Catarina decidiu rever suas decisões e buscar outra solução para o caso, de molde a otimizar e efetivar o Direito à Saúde.

Nesta seguida, identificou-se o melhor aparelhamento do Estado de Santa Catarina, com estrutura própria para atender as demandas na área da saúde, inclusive subsidiando municípios menos estruturados. A relação entre o Estado de Santa Catarina e o cidadão mostra-se mais próxima e eficiente.

De outro lado, a União apresenta estrutura complexa, extremamente burocratizada, e que não se aproxima do cidadão. De notar a ausência de hospitais, farmácias ou outras unidades federais de saúde, ou seja, que sejam mantidas e administradas direta e exclusivamente pela União. Inegável, no entanto, ser o ente com mais recursos financeiros.

Nada obstante, o Estado de Santa Catarina relata a recalcitrância da União em realizar a respectiva compensação financeira, gerando um crédito vultoso, que deverá ser reclamado judicialmente, visto que as interpelações administrativas não surtiram qualquer resultado. Por tal motivo, hodiernamente,

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

entende-se que a compensação deve dar-se no âmbito do processo judicial que lhe deu causa.

Em outras palavras, o Estado de Santa Catarina poderá peticionar nos respectivos autos, comprovando a despesa realizada e não compensada, para reclamar a cobrança da União. A questão fica adstrita ao cumprimento da sentença transitada em julgado.

O aporte financeiro é indispensável para o cumprimento do direito à saúde, mais especialmente na esfera judicial, onde a resposta deve ser imediata. Neste contexto, há que se ter em mente que a situação específica do Estado de Santa Catarina não denota, necessariamente, a realidade dos demais Estados do sul do Brasil, tampouco de outras regiões.

Estados brasileiros que amargam déficit econômico não podem ficar desamparados, ao aguardo de uma compensação administrativa sem prazo definido para ser concretizada.

(...)

Concluindo, proponho a uniformização do tema para estabelecer que 'a responsabilidade solidária entre os entes federativos não obsta a imposição judicial ao Estado do cumprimento de prestações em demandas sobre direito à saúde, considerando a melhor estrutura e a maior proximidade com o cidadão, condições estas que não se concentram em quaisquer dos demais entes políticos. A compensação financeira, no entanto, deverá operar-se na esfera judicial, nos limites da lide que lhe deu causa, sob pena de frustrar o equilíbrio obrigacional dos réus.'

Assim, basicamente, a divergência se dá no momento da compensação entre os entes políticos, pois entendemos que ela deve ser operada na própria ação judicial, de molde a possibilitar uma equânime divisão de responsabilidades e de custos.

*Ante o exposto, divergindo em parte do ilustre Relator, voto por
DAR PARCIAL PROVIMENTO AO INCIDENTE DE
UNIFORMIZAÇÃO".*

Portanto, na hipótese de se excepcionar a tese proposta quanto à não responsabilização do poder público pelo fornecimento de medicamentos não contemplados nos atos normativos do SUS, e de forma igualmente excepcional não se observar a obrigação exclusiva da União pela incorporação de novas tecnologias em saúde, é imperioso que se autorize os Estados e o Distrito Federal a postularem o reequilíbrio obrigacional, com a compensação financeira frente ao ente maior, nos próprios autos do processo judicial originário da obrigação.

X.2. Da prevalência das alternativas terapêuticas disponibilizadas no Sistema Único de Saúde e do ônus da prova

De acordo com o que já foi demonstrado linhas atrás, os tratamentos disponibilizados pelo SUS são referendados por equipe de profissionais médicos especialistas, que discutem a racionalidade da prescrição, a segurança e a eficácia dos tratamentos, para então incluí-los nas chamadas listas públicas. Somente após essa discussão é que os tratamentos são disponibilizados pela rede pública de saúde. Tratamentos alheios ao recorte institucional da política merecem ser analisados do ponto de vista da segurança, da eficácia e da imprescindibilidade, mediante prova robusta da insuficiência dos tratamentos disponibilizados pela rede pública de saúde.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem promovido discussões em âmbito nacional, a fim de reduzir o volume de ações judiciais que versam sobre o direito à saúde. Recentemente, promoveu a I Jornada do Direito à Saúde, a fim de sistematizar Enunciados orientadores da atuação dos magistrados em ações que versem sobre pedidos de prestações de saúde. A jornada faz parte das ações do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, criado em 2010 para o monitoramento e a resolução das demandas de assistência à saúde. Sua criação decorreu do elevado número e da ampla diversidade dos litígios referentes ao direito à saúde, bem como do forte impacto dos dispêndios decorrentes sobre os orçamentos públicos.

Foram aprovados 19 enunciados que discorrem sobre a saúde pública. Da interpretação sistemática de tais enunciados percebe-se que os tratamentos disponibilizados pelo SUS devem ser privilegiados. Apenas quando cabalmente comprovada a inefetividade dos tratamentos disponibilizados pelo SUS, é que se cogita do fornecimento de tratamentos alheios ao recorte institucional.

Assim, conquanto se deva reconhecer que à União, na qualidade de responsável pela elaboração das listagens de medicamentos fornecidos gratuitamente no Sistema Único de Saúde, pela incorporação de novas tecnologias e pela definição das diretrizes para o emprego dos recursos financeiros administrados para essa finalidade, é destinada a atribuição de responder por eventuais tratamentos postulados judicialmente

ao arrepio das relações oficiais de medicamentos do SUS, em qualquer hipótese deve ser exigida da parte postulante a comprovação da inefetividade da política pública e da impossibilidade de substituição por alternativas terapêuticas disponibilizadas na rede pública.

É como vem decidindo, no ponto, o egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, a exemplo do julgado assim ementado:

"APELAÇÕES CÍVEIS. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. DEMONSTRAÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE SUBSTITUIÇÃO DA MEDICAÇÃO QUE COMPETIA À PARTE AUTORA DIANTE DA CONTRAPROVA DO ESTADO. 1. O texto constitucional é cristalino no sentido de que possui o Estado o dever de assegurar o direito à saúde para todos, igualitariamente. Logo, situações excepcionais de concessão de tratamento de saúde e fornecimento de medicação que vão além das políticas públicas universais, em que se impõe por respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana a quebra da universalidade e da isonomia, precisam ser escorreitamente comprovadas caso a caso, sob pena de transformação temerária, para o próprio direito à saúde, da excepcionalidade em regra. É preciso distinguir situações em que a própria rede pública já fornece a medicação, a fim de preservar a viabilidade de concessão aos casos efetivamente urgentes, singulares e desatendidos pelo gestor da saúde. 2. Caso em que embora haja prescrição do uso de medicamentos pela autora, os atestados médicos acostados aos autos não apontam os eventuais riscos a que a paciente estaria sujeita na hipótese da não

utilização desses específicos medicamentos e tampouco rechaçam a possibilidade de substituição por outros fármacos de igual eficácia disponíveis na rede pública. 3. Ação julgada procedente na origem. APELAÇÃO DO ESTADO PROVIDA. RECURSO DA AUTORA PREJUDICADO” (Apelação Cível Nº 70069354314, Quarta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Eduardo Uhlein, Julgado em 27/07/2016, sem destaques no original).

Sobre o tema, ainda, é oportuna a invocação da **Súmula 101** do egrégio Tribunal Regional Federal da 4ª Região, assim enunciada:

“Para o deferimento judicial de prestações de saúde não inseridas em um protocolo pré-estabelecido, não basta a prescrição do médico assistente, fazendo-se necessária a produção de provas atestando a adequação e a necessidade do pedido”.

E, com o devido acatamento, de teor diverso não é a recomendação emanada do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), consubstanciada no Enunciado nº 58 da II Jornada de Direito da Saúde, no sentido de se notificar judicialmente o médico prescritor a justificar a indicação de medicamento não constante em lista. Veja-se o inteiro teor da recomendação:

“58 – Saúde Pública – Quando houver prescrição de medicamento, produto, órteses, próteses ou procedimentos que não constem em lista (RENAME/RENASES) ou protocolo do SUS, recomenda-se a notificação judicial do médico prescritor, para que preste esclarecimentos sobre a pertinência e necessidade

da prescrição, bem como para firmar declaração de eventual conflito de interesse”.

X.3. Do direito probatório da Fazenda Pública em ações de medicamentos. Superação da Teoria Baseada na Autoridade Médica. Adoção da Teoria da Medicina Baseada em Evidências pelo sistema de saúde pública do Brasil

Esse egrégio Superior Tribunal de Justiça já teve a oportunidade de se pronunciar no sentido de que “[l]audo médico particular não é indicativo de direito líquido e certo. Se não submetido ao crivo do contraditório, é apenas mais um elemento de prova, que pode ser ratificado, ou infirmado, por outras provas a serem produzidas no processo instrutório” (REsp 1.115.417/MG, Rel. Ministro CASTRO MEIRA, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/06/2013, DJe 05/08/2013).

Daí que surge como matéria de especial relevo o direito probatório em ações que visam à condenação do poder público ao fornecimento de medicamentos, mediante a interpretação sistemática e necessária dos artigos 370, 371 e 464 do Código de Processo Civil de 2015 (equivalentes aos artigos 130, 131 e 420 do CPC/1973), combinados com os artigos 19-M a 19-U, incluídos na Lei n.º 8.080/90 por força da Lei n.º 12.401/2011.

A teor do até aqui exposto, assoma incontroverso que o sistema de saúde pública brasileiro adotou a Teoria da Medicina Baseada em Evidência Científica, positivada nos precitados artigos 19-M a 19-U da Lei n.º 8.080/90, desautorizada a aplicação da Teoria da Medicina Baseada na Autoridade Médica, constantemente invocada pelos Tribunais Estaduais, Distrital e Federais como fundamento para o julgamento de procedência de ações judiciais dessa natureza.

Exsurge que jamais se poderá considerar protelatória ou inútil a produção de contraprova judicial para fins de atestar a (in)eficácia do tratamento e a (im)possibilidade de substituição do medicamento prescrito por outros constantes das listas públicas de dispensação.

Em outra recente matéria jornalística divulgada acerca das conclusões da auditoria levada a efeito pelo Tribunal de Contas da União acerca da judicialização da saúde¹⁶, anotou-se:

“O Tribunal de Contas da União (TCU) ainda traçou um perfil dos processos movidos contra o Ministério da Saúde para compras de medicamentos e insumos médicos. As ações são predominantemente individuais e têm taxa de sucesso alta. Os juízes, em geral, concedem antecipação de tutela aos autores sem pedir informações prévias às Secretarias de Saúde. A maioria das ordens é dada sem tomar como base normativas do Conselho

¹⁶ Disponível em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2017/08/21/acao-para-compra-de-medicamentos-e-individual-e-apresenta-alta-taxa-de-sucesso.htm>. Divulgada em 21 de agosto de 2017. Acesso em 04 de setembro de 2017.

Nacional de Justiça (CNJ) ou o sistema criado pelo órgão para orientar magistrados. (...)”.

Logo, na remota hipótese de se reconhecer a responsabilidade dos Estados e do Distrito Federal pelo fornecimento de medicamentos não constantes dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e não previstos nas Relações de Medicamentos elaboradas pela gestão do SUS, necessariamente deverá ser reconhecido o direito dos entes públicos de produzir prova quanto à ausência de eficácia terapêutica da medicação postulada ou à possibilidade de sua substituição por alternativas eficazes encontradas na rede pública de saúde.

X.4. Da impossibilidade de se condenar o poder público ao fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA, experimentais e em desacordo com a bula (*off label*)

Também para a hipótese de se alcançar tese diversa daquela ora defendida pelos Estados e pelo Distrito Federal para a controvérsia submetida ao rito dos repetitivos, revela-se essencial que se fixe a impossibilidade de se impor judicialmente o fornecimento de tratamento com medicamentos não aprovados e registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), experimentais ou em desacordo com a bula (*off label*).

Importante registrar que o uso irracional dos medicamentos constitui, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o maior desafio dentro da Política de Medicamentos. Estima-se que até 75% dos antibióticos são prescritos inapropriadamente e somente 50% dos pacientes, em média, tomam seus medicamentos corretamente. Cresce constantemente a resistência da maioria dos germes causadores de enfermidades infecciosas prevalentes, causada especialmente pela prescrição inadequada.

Um bom exemplo de medicação ministrada de forma indiscriminada consiste no famoso caso do fármaco Talidomida. A indústria farmacêutica que a desenvolveu acreditou que o medicamento era tão seguro que seria propícia sua prescrição a mulheres grávidas, para combater enjoos matinais, à revelia de estudos científicos seguros. A indústria promoveu enfáticas campanhas publicitárias, sendo que a Talidomida foi rapidamente prescrita a milhares de mulheres e espalhada para todas as partes do mundo (46 países), aí incluído o Brasil.

No final da década de sessenta, foram descritos na Alemanha, Reino Unido e Austrália os primeiros casos de malformações congênitas onde crianças passaram a nascer com gravíssimas sequelas, que incluíam desde a má-formação cerebral até a ausência de membros (braços, pernas e outros). Em 1962, quando já havia mais de 10.000 casos de defeitos congênitos a ela associados em todo o mundo, e, naturalmente, muitos deles

no Brasil, a Talidomida foi removida da lista de remédios indicados. Na história, a Talidomida foi associada a um dos mais horríveis acidentes médicos, justamente por ter sido prescrita sem a comprovação científica segura.

Como reconhecido, uma vez mais, no emblemático julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada 175 pelo Supremo Tribunal Federal, deve-se obedecer à legislação da política nacional de saúde. Do pronunciamento do eminente Ministro Gilmar Mendes extrai-se:

“A Lei Federal nº 6.360/76, ao dispor sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, determina em seu artigo 12 que ‘nenhum dos produtos de que trata esta Lei, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde’. O artigo 16 da referida Lei estabelece os requisitos para a obtenção do registro, entre eles, que o produto seja reconhecido como seguro e eficaz para o uso a que se propõe. O Art. 18 ainda determina que, em se tratando de medicamento de procedência estrangeira, deverá ser comprovada a existência de registro válido no país de origem”.

Aqui, mais uma vez, por sua pertinência e adequação à temática, revela-se oportuna a invocação do entendimento solidificado no âmbito do egrégio Tribunal Regional da 4ª Região, enunciado na **Súmula 98** daquela Corte, assim editada:

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

“Ressalvadas as hipóteses excepcionais, o registro na ANVISA constitui condição necessária ao fornecimento de medicamentos por decisão judicial”.

Aliás, o excelso Supremo Tribunal Federal teve a oportunidade, recentemente, de confirmar sua orientação acerca da imprescindibilidade da análise pela ANVISA como condição prévia ao uso de novas drogas. É o que se colhe da dicção do acórdão proferido no julgamento da medida cautelar postulada na **Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.501/DF**, que determinou a suspensão da eficácia da Lei n.º 13.269/2016 até final julgamento daquela ação, restando assim ementado:

“SAÚDE – MEDICAMENTO – AUSÊNCIA DE REGISTRO. Surge relevante pedido no sentido de suspender a eficácia de lei que autoriza o fornecimento de certa substância sem o registro no órgão competente, correndo o risco, ante a preservação da saúde, os cidadãos em geral” (ADI 5501 MC, Relator Min. MARCO AURÉLIO, Tribunal Pleno, julgado em 19/05/2016, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-168 DIVULG 31-07-2017 PUBLIC 01-08-2017, original sem destaques).

X.5. Da obrigatória observância à Denominação Comum Brasileira dos medicamentos

Na inesperada hipótese de ser fixada tese que impute aos Estados e ao Distrito Federal a obrigação de fornecer medicamentos não incorporados no regramento normativo do SUS, deverá ser determinada a observância ao art. 3º da Lei 9.787/1999, a Lei do Medicamento Genérico, que reza:

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL

"As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI)".

Outra não é a conclusão que se obtém, igualmente, da leitura dos dispositivos pertinentes da Lei n.º 8.666/1993, a qual institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, dentre outras providências. Pede-se vênia para transcrever, no que aqui interessa:

*"Art. 15. As compras, sempre que possível, deverão:
(...)*

§ 7.º Nas compras deverão ser observadas, ainda:

*I - a especificação completa do bem a ser adquirido sem indicação de marca;
(...)"*.

"Art. 25. É inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição, em especial:

*I - para aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo, vedada a preferência de marca, devendo a comprovação de exclusividade ser feita através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a licitação ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes;
(...)"*.

PEDIDO DE INGRESSO - AMICI CURIAE - RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA - PGE/MS - SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD - SALA 303 - TEL. (61) 3214-4533 - BRASÍLIA - DISTRITO FEDERAL

Essa Alta Corte de Justiça, no bojo do AREsp 165.877/DF, Relator o eminente Ministro Benedito Gonçalves, deu provimento a recurso especial do Distrito Federal, ao efeito de determinar que o Tribunal de origem decida a respeito da possibilidade de aquisição dos medicamentos requeridos nos termos do art. 3.º da Lei 6.360/76 e do precitado art. 3.º da Lei 9.787/99, bem como à luz dos mencionados dispositivos da Lei das Licitações e Contratos Administrativos.

Naquela oportunidade, o eminente Ministro Relator afirmou que *“as compras a serem realizadas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios são regidas pela Lei n. 8.666/1993, que, expressamente, veda a preferência, desmotivada, por marcas (art. 7º, inciso IV, § 7º; art. 15, § 7º, inciso I; art. 25, inciso I); o que inclui a aquisição de medicamentos para o fornecimento a cidadãos que deles necessitam”*.

XI – CONCLUSÃO

Diante de tudo o quanto foi exposto, alcança-se com facilidade a conclusão de que o tema posto a debate reveste-se de complexidade, demandando seu enfrentamento sob a perspectiva *coletiva*, não se resumindo ao mero reconhecimento, mediante leitura incompleta do art. 196 da Constituição Federal e em total desconsideração à dicção dos dispositivos da Lei n.º 8.080/90 violados pelo acórdão recorrido, do suposto

direito *individual* da parte autora/recorrida ao recebimento de medicação não contemplada na política pública de saúde.

De fato, a completa e justa prestação jurisdicional, por ocasião do julgamento do presente caso-piloto, não restará satisfeita mediante simples reafirmação de jurisprudência eventualmente existente acerca do enfoque *individual* do tema, porque, como já dito, a controvérsia que se estabelece aqui diz, muito além da demanda *individualizada* apresentada pela parte recorrida, com a verdadeira colidência entre o *interesse de alguns poucos*, atendido mediante o emprego de muitos recursos públicos, e o *interesse de outros tantos mais*, prejudicado pela exaustão dos recursos disponíveis.

Por sintetizar com absoluto acerto a problemática submetida à apreciação e as inadequações por ora verificadas no trato pretoriano da matéria, invoca-se lição do Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo Reynaldo Mapelli Júnior¹⁷, *verbis*:

“Por desconhecimento da legislação sanitária, mesmo a do patamar constitucional, da essencial Lei Orgânica da Saúde, e do Direito Sanitário, disciplina que não consta da grade curricular das faculdades de direito, e com base tão somente na primeira parte do art. 196 da Constituição Federal, esquecendo-se do restante deste dispositivo legal

¹⁷ MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 201 (original sem destaques).

e de todas as normas e princípios constitucionais da saúde pública, juízes e tribunais, impulsionados por advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, condenam o SUS ao fornecimento de qualquer tecnologia em saúde, bastando para tanto a prescrição de um médico, ainda que irregular e elaborada em clínica ou hospital particular. Sequer consideram os programas de medicamentos do SUS, pervertendo a própria concepção do que sejam políticas públicas. São condenações, como comprovado na pesquisa retrospectiva, para o fornecimento de medicamentos e produtos de uma marca específica, não padronizados em protocolos clínicos e relações de medicamentos formulados de acordo com a CF e lei sanitária, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), importados e experimentais, que descumprem todas as normas jurídicas que tratam da saúde pública e do sistema público de saúde brasileiro, que remontam, ao menos, ao ano de 1976. Frequentemente são decisões liminares, proferidas no começo do processo judicial, sem a ouvida prévia do gestor do SUS e perquirição sobre a existência de política pública como sugerido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) desde 2010 (Rec. nº 31/2010), baseadas apenas na prescrição de um médico, que continua sendo vista como intransponível mesmo depois de todas as denúncias sobre as estratégias da indústria farmacêutica para vender medicamentos de imitação caros e desnecessários. São decisões para casos individuais, não coletivos [...]. Tais decisões impõem à Administração Pública, muitas vezes, o descumprimento de outras normas jurídicas, como a obrigatoriedade de licitação e de respeito à eficiência e economicidade, obrigando-a à compra rápida de medicamentos e produtos pelo preço que a indústria farmacêutica quer, violando os padrões de preço e desconto (CAP) da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)".

A conclusão do autor sobre o prejuízo ocasionado pela judicialização da saúde ao funcionamento e à própria subsistência do Sistema Único de Saúde, tal qual previsto na Constituição Federal e na legislação sanitária editada para seu cumprimento, serve, por coincidir com tudo quanto até aqui sustentado, a encerrar as considerações do Estados e do Distrito Federal sobre o tema¹⁸:

"Mas a amplificação da atividade jurisdicional por meio de interpretação jurídica subjetiva, que desconsidera por completo as opções legislativas e administrativas (leis e atos administrativos) que formatam as políticas públicas de saúde de acordo com o regime jurídico-constitucional do SUS, com um discurso argumentativo destituído de persuasão, até mesmo porque não baseado em provas, poderá levar a um perigoso questionamento da legitimidade do Poder Judiciário. No caso do SUS, caso não ocorra uma mudança de rumo da jurisprudência, o risco é o de comprometimento do projeto constitucional da CF de 1988, diante dos excessos da descontrolada judicialização da saúde".

XII – DOS REQUERIMENTOS

Ante todo o exposto, os **ESTADOS DA FEDERAÇÃO** signatários e o **DISTRITO FEDERAL** requerem, na linha de argumentação que reforça aquela apresentada no recurso especial interposto pelo Estado

¹⁸ Ob. cit. p. 203 (original sem destaques).

do Rio de Janeiro, seja autorizado o respectivo ingresso no feito na qualidade de *amici curiae*, nos exatos moldes do artigo 138 do Código de Processo Civil/2015 e do artigo 256-J do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça.

Requerem seja fixada na decisão de admissão, dentre os poderes conferidos aos *amici curiae*, a autorização de sustentarem oralmente em sessão de julgamento e distribuírem memoriais, bem como de prestarem quaisquer outros esclarecimentos para a justa solução da controvérsia.

No mais, postulam o provimento do recurso especial interposto pelo Estado do Rio de Janeiro, com a fixação da seguinte tese para o Tema 106 do ementário dos recursos repetitivos:

“O poder público não é obrigado ao fornecimento de medicamentos não previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e nas Relações de Medicamentos para dispensação no âmbito do Sistema Único de Saúde, competindo exclusivamente à União, em caso de excepcionalidade àquela regra, como gestora nacional e única legitimada à inserção de novas tecnologias em saúde, a responsabilidade pelo atendimento de tais demandas”.

Por derradeiro, na inesperada hipótese de se fixar tese de conteúdo diverso, requerem sejam reconhecidas: a) a possibilidade de compensação financeira dos Estados e do Distrito Federal frente à União nos autos do próprio processo judicial originário da obrigação; b) a prevalência das alternativas terapêuticas disponibilizadas no Sistema Único de Saúde em relação a tratamentos não fornecidos na rede pública de assistência farmacêutica; c) o direito da Fazenda Pública de produzir provas em juízo acerca da ineficácia, ausência de segurança e desobediência ao custo-efetividade de tratamentos postulados e da existência de alternativas terapêuticas fornecidas na rede pública de saúde; d) a impossibilidade de se impor ao poder público o fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA, experimentais e em desacordo com a bula (*off label*); e e) a obrigatória observância da Denominação Comum Brasileira na condenação ao fornecimento de medicamentos.

Termos em que pedem deferimento.

Brasília, DF, 21 de setembro de 2017.

ULISSES SCHWARZ VIANA

Presidente da Câmara Técnica do CNPGE/DF

Procurador do Estado do Mato Grosso do Sul

OAB/DF 30.991

PEDIDO DE INGRESSO – AMICI CURIAE – RESP 1.657.156/TEMA 106
PRESIDÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA – PGE/MS – SRTVS, QUADRA 701, BLOCO B
EDIFÍCIO RECORD – SALA 303 – TEL. (61) 3214-4533 – BRASÍLIA – DISTRITO FEDERAL



DAVID LAERTE VIEIRA

Procurador do Estado do Acre

OAB/AC 2.468



GENTIL FERREIRA DE SOUZA NETO

Procurador do Estado de Alagoas

OAB/DF 40.008



DAVI MACHADO EVANGELISTA

Procurador do Estado do Amapá

OAB/DF nº 18.081



RICARDO ANTÔNIO REZENDE DE JESUS

Procurador do Estado do Amazonas

OAB/DF 17.303



LUIZ PAULO ROMANO

Procurador do Estado da Bahia

OAB/DF 14.303



LUCIANA MARQUES VIEIRA DA SILVA OLIVEIRA

Procuradora do Distrito Federal

OAB/DF 24.980



ANDRÉ LUIS GARONI

Procurador do Estado do Espírito Santo

OAB/DF 15.786



MELISSA ANDREA LINS PELIZ

Procuradora do Estado de Goiás

OAB/GO 19.366



RICARDO DE LIMA SÉLLOS

Procurador do Estado do Maranhão

OAB/MA 8.386



LUCAS SCHWINDEN DALLAMICO

Procurador do Estado de Mato Grosso

OAB/MT 16.309-B



VANESSA SARAIVA DE ABREU

Procuradora do Estado de Minas Gerais

OAB/MG 64.559



VIVIANE RUFFEIL TEIXEIRA PEREIRA

Procuradora do Estado do Pará

OAB/DF 53.464



MIRELLA MARQUES TRIGO DE LOUREIRO

Procurador do Estado da Paraíba

OAB/DF 14.646



JORGE HAROLDO MARTINS

Procurador do Estado do Paraná

OAB/PR 56.169



SÉRGIO AUGUSTO SANTANA SILVA

Procurador do Estado de Pernambuco

OAB/PE 15.836



MÁRCIA MARIA MACEDO FRANCO

Procuradora do Estado do Piauí

OAB/PI 2.802

EMERSON BARBOSA MACIEL

Procurador do Estado do Rio de Janeiro

OAB/DF 12.318


CARLOS FREDERICO BRAGA MARTINS

Procurador do Estado do Rio Grande do Norte

OAB/DF 48750


TANUS SALIM

Procurador do Estado do Rio Grande do Sul

OAB/RS 80.325


EDER LUIZ GUARNIERI

Procurador do Estado de Rondônia

OAB/RO 398-B


VANESSA ALVES FREITAS

Procuradora do Estado de Roraima

OAB/DF 50.750


ANA CAROLINA DE CARVALHO NEVES

Procuradora do Estado de Santa Catarina

OAB/SC 32.790-B


CAMILA KÜHL PINTARELLI

Procuradora do Estado de São Paulo

OAB/SP 299.036


ANDRÉ LUÍS SANTOS MEIRA

Procurador do Estado de Sergipe

OAB/SE 423-A



FREDERICO CÉZAR ABINADER DUTRA

Procurador do Estado de Tocantins

OAB/TO 4.098-B



