



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
ESCOLA SUPERIOR DA MAGISTRATURA TOCANTINENSE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL  
INTERDISCIPLINAR EM PRESTAÇÃO JURISDICIONAL E DIREITOS  
HUMANOS

**VÂNIA MÁRCIA ROCHA PINHEIRO LIMA**

**A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE AO PACIENTE FORA DE  
DOMICÍLIO: UMA PROPOSTA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À  
SAÚDE A PARTIR DA ANÁLISE DOS PROCESSOS DO ESTADO DO  
TOCANTINS EM 2018 E 2019**

Palmas/TO  
2021

VÂNIA MÁRCIA ROCHA PINHEIRO LIMA

**A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE AO PACIENTE FORA DE  
DOMICÍLIO: UMA PROPOSTA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À  
SAÚDE A PARTIR DA ANÁLISE DOS PROCESSOS DO ESTADO DO  
TOCANTINS EM 2018 E 2019**

Dissertação submetida ao Exame de Qualificação como atividade de avaliação parcial dos resultados parciais da pesquisa em desenvolvimento, apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos – Linha de Pesquisa – Efetividade da Jurisdição – subárea: Direitos Humanos e Efetividade das Decisões Judiciais.

Orientador: Professor Doutor Tarsis Barreto Oliveira.

Palmas/TO  
2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

L732g LIMA, VÂNIA MÁRCIA ROCHA PINHEIRO .  
A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE AO PACIENTE FORA DE  
DOMICÍLIO: : UMA PROPOSTA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À  
SAÚDE A PARTIR DA ANÁLISE DOS PROCESSOS DO ESTADO  
DO TOCANTINS EM 2018 E 2019 . / VÂNIA MÁRCIA ROCHA  
PINHEIRO LIMA. – Palmas, TO, 2021.  
116 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do  
Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-  
Graduação (Mestrado) em Prestação Jurisdicional em Direitos  
Humanos, 2021.

Orientador: TARSIS BARRETO OLIVEIRA

1. Efetividade das decisões judiciais. 2. Direito à saúde. 3. Estado  
do Tocantins . 4. Tratamento fora de domicílio. I. Título

**CDD 342**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de  
qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde  
que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime  
estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica  
da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
EM PRESTAÇÃO JURISDICIONAL E DIREITOS HUMANOS

VÂNIA MÁRCIA ROCHA PINHEIRO LIMA

**“A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE AO PACIENTE FORA DE DOMICÍLIO: UMA PROPOSTA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE A PARTIR DA ANÁLISE DOS PROCESSOS DO ESTADO DO TOCANTINS EM 2018 E 2019”**

Dissertação propositiva apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional e Interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos, promovido pela Universidade Federal do Tocantins em parceria com a Escola Superior da Magistratura Tocantinense, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre.

Data da aprovação: 30 de março de 2021.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. TARSIS BARRETO OLIVEIRA  
Orientador e Presidente da Banca  
Universidade Federal do Tocantins

---

Prof. Dr. VÍNICIUS PINHEIRO MARQUES  
Membro Avaliador Interno  
Universidade Federal do Tocantins

---

Prof. Dr. RICARDO MAURÍCIO FREIRE SOARES  
Membro Avaliador Externo  
Universidade Federal da Bahia

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois é Dele toda a força que me acompanhou durante essa jornada. Foi Nele que depusitei toda a minha fé!

Aos meus pais, que sempre estiveram junto de mim, mesmo à distância, em suas orações a Deus para que eu sempre estivesse sob Sua proteção.

Aos meus queridos irmãos Daniel e Bia, e minha tia Daniela, por todo carinho a mim dedicado!

Ao meu estimado chefe Manuel, pelo incentivo, cooperação e generosidade dispensados a mim durante essa jornada.

Ao meu orientador, pelos sentimentos de empatia e paciência durante seu auxílio na persecução das ideias e durante todo o processo de desenvolvimento deste presente projeto.

Aos meus queridos amigos Lorena, Déborah, Lara e Mário Sérgio pela generosidade, companheirismo, incentivo, paciência, hospitalidade e carinho durante minhas idas à Palmas. Vocês são minha família também!

À querida Juliana, que se desdobrou no trabalho quando precisei me ausentar. Muito obrigada!

Aos colegas e companheiros de jornada da VII Turma de Mestrado em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos da ESMAT/UFT, em especial Thais, Vick, Ricardo, Sérgio, Victor e Arthur.

## RESUMO

O objetivo desta dissertação é analisar a efetividade das decisões judiciais proferidas na Estado do Tocantins, que buscam garantir o acesso ao tratamento fora de domicílio. O método quanti-qualitativo se mostrou o mais adequado aos objetivos propostos, tendo sido a coleta de dados realizada por análise dos processos judiciais em trâmite no Estado do Tocantins, cujas decisões tenham sido deferidas de forma antecipada ou com exame aprofundado, bem como tenham ocorrido entre os dias 01 de janeiro de 2018 a 20 de dezembro de 2019, sempre por meio da base de dados da Justiça Estadual tocantinense (E-proc). Além do resultado obtido com a aplicação do instrumento de coleta de dados, foi utilizado variado material bibliográfico por meio de consultas a livros, artigos científicos, legislação, julgados de Tribunais Superiores e sítios da internet.

**Palavras-chave:** Efetividade; decisões judiciais; Estado do Tocantins; tratamento; direito à saúde.

## ABSTRACT

The objective of this dissertation is to analyze the effectiveness of the judicial decisions handed down in the State of Tocantins, which seek to guarantee access to out-of-home treatment. The quanti-qualitative method proved to be the most appropriate for the proposed objectives, and data collection was performed by analyzing the judicial proceedings underway in the State of Tocantins, whose decisions have been granted in advance or with in-depth examination, as well as have occurred between January 1, 2018 to December 20, 2019, always through the database of the State Justice of Tocantins (E-proc). In addition to the results obtained with the application of the data collection instrument, a varied bibliographic material was used through consultations to books, scientific articles, legislation, judgments of Superior Courts and websites.

**Keywords:** Effectiveness; judicial decisions; State of Tocantins; treatment; right to health.

**LISTAS DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS**

CF Constituição Federal

MS Ministério da Saúde

NAT Núcleo de Apoio Técnico

SUS Sistema Único de Saúde

TFD Tratamento Fora de Domicílio

TO Tocantins

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 O DIREITO SOCIAL À SAÚDE .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS, PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA, DIREITOS HUMANOS EM PARALELO AO DIREITO À SAÚDE.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2 HISTÓRICO DO DIREITO À SAÚDE .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS E DIREITO À SAÚDE.....</b>	<b>28</b>
<b>2.4 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O ACESSO À SAÚDE .....</b>	<b>30</b>
<b>3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO TOCANTINS.....</b>	<b>43</b>
<b>4 O ACESSO À SAÚDE NO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO.....</b>	<b>46</b>
<b>4.1 AS DEMANDAS DE TRATAMENTO À SAÚDE FORA DE DOMICÍLIO.....</b>	<b>47</b>
<b>4.2 A REGULAÇÃO DO TRATAMENTO A REGULAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO TOCANTINS .....</b>	<b>49</b>
<b>5 O DIREITO FINANCEIRO NO ESTUDO DOS DIREITOS SOCIAIS .....</b>	<b>52</b>
<b>5.1 RESERVA DO POSSÍVEL, MÍNIMO EXISTENCIAL E ESCOLHAS TRÁGICAS</b>	<b>54</b>
<b>5.2 PROCESSO ORÇAMENTÁRIO E A GARANTIA FINANCEIRA DO DIREITO À SAÚDE</b>	<b>59</b>
<b>6 ANÁLISE DOS PROCESSOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DO ESTADO DO TOCANTINS ENTRE OS ANOS DE 2018 e 2019..</b>	<b>70</b>
<b>6.1 A EFETIVIDADE DAS DECISÕES JUDICIAIS RELACIONADAS AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO ESTADO DO TOCANTINS SOB O VIÉS FINANCEIRO</b>	<b>74</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO A - ANÁLISE DOS PROCESSOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DO ANO DE 2018 .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE B - ANÁLISE DOS PROCESSOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DO ANO DE 2019 .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Cooperação entre o Poder Judiciário do Estado do Tocantins através do Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins CEMAS e o Poder Executivo Estadual .....</b>	<b>110</b>

**APÊNDICE D – OFÍCIO NATJUS RELAÇÃO DE PROCESSOS DE SOICITAÇÃO  
DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DOS ANOS DE 2018 E 2019 ..... 114**

## 1 INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde vem trazendo o Poder Judiciário como protagonista, modificador e supressor de políticas públicas, ocasionando perdas nas estruturas orçamentárias destinadas à saúde.

Há discrepância entre a teoria exposta por meio de nossas leis e a prática no que diz respeito à efetividade real das decisões relacionadas às demandas de saúde.

O Brasil, através da Constituição Federal de 1988, trouxe a gratuidade do acesso à saúde, porém, vem ocorrendo omissão por parte do Estado na efetivação do mencionado direito, o que ocasionou um aumento crescente por demandas judiciais.

Dentre os procedimentos mais solicitados nas demandas judiciais relacionadas à saúde destacam-se pedidos de Tratamento Fora de Domicílio, mais conhecido como TFD.

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

Deve ser ressaltado ainda que há um conflito entre os direitos existentes e as políticas orçamentárias do Brasil.

Considerando falhas na efetivação do direito social à saúde e as inúmeras demandas judiciais relacionadas ao tema, surge o seguinte questionamento: Há uma forma de trazer efetividade das decisões judiciais das demandas relacionadas ao Tratamento Fora de Domicílio no Tocantins sem gerar ônus desnecessários ao erário?

O auxílio acima mencionado é destinado a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar os ônus financeiros desnecessários causados ao erário através de decisões judiciais e, em contrapartida, a efetividade das decisões judiciais relacionadas ao Tratamento Fora de Domicílio, propondo um estudo acerca do tema, visando apresentar propostas para uma maior efetivação do benefício, gerando uma maior organização financeira para o Poder Público.

Inicialmente será abordado o direito à saúde no Brasil apresentando-o como Direito Social, explorando seu histórico, a sua previsão nas Constituições brasileiras e o especial tratamento conferido pela Constituição Federal de 1988.

No capítulo 3 será analisado o papel do Poder Judiciário na disponibilização do tratamento médico através da judicialização da saúde, expondo-a nos âmbitos nacional e estadual.

Posteriormente, no capítulo seguinte, será abordada o acesso à saúde através do Tratamento Fora de Domicílio, explicando sua relação com o acesso à saúde e sua regulação estadual.

Posteriormente será analisado o direito financeiro como custeador dos direitos sociais, explicando o processo orçamentário do país e a garantia financeira do Direito à saúde.

Por fim, no capítulo 6 serão analisados os processos em tramitação em todo o Estado do Tocantins nos anos de 2018 e 2019, que versam sobre pedidos de Tratamento Fora de Domicílio.

A lista de processos que servirão como fonte de dados para a presente pesquisa foi adquirida através de pedido feito ao Núcleo de Apoio Técnico das ações relativas ao SUS do Estado do Tocantins, que separou todos as demandas relacionados a Tratamento Fora de Domicílio nos anos de 2018 e 2019, com Nota Técnica.

A presente pesquisa possui também caráter propositivo, apresentando no capítulo 7, como produto final, proposta de Termo de Cooperação entre o Tribunal de Justiça do Tocantins e o Poder Executivo do Estado do Tocantins, como forma de efetivação do direito à saúde no Tratamento Fora de Domicílio no Estado.

O objetivo principal da pesquisa é evidenciar a proposta de efetivação de direito à saúde conferida ao paciente fora de domicílio no Estado do Tocantins. Como objetivos específicos, figuram: a) analisar o direito à saúde no Brasil, sobretudo a partir da Constituição Federal de 1988; b) evidenciar o acesso à saúde no Estado do Tocantins por meio do Tratamento fora de domicílio; c) analisar a regulamentação do tratamento fora de domicílio, propondo uma forma de efetivação do direito à saúde.

A abordagem será quanti-qualitativa, considerando que serão utilizados recursos e técnicas para a coleta de dados, procurando traduzir em números os conhecimentos produzidos pela pesquisadora, buscando a interpretação de fenômenos e atribuição de sentidos.

A pesquisa terá enfoque empírico, considerando que serão observados fatos e fenômenos relacionados ao tratamento fora de domicílio, com dados que expõem contextos reais da convivência humana em sociedade.

Os propósitos da pesquisa serão exploratórios, visto que, primeiramente, buscou-se a delimitação do tema sobre o assunto para orientar os objetivos, métodos e formulação das hipóteses.

Os procedimentos técnicos utilizados serão documentais e bibliográficos, por meio de levantamento referencial como embasamento à presente dissertação.

A pesquisa terá caráter bibliográfico, uma vez que serão coletadas informações e registros relacionados à temática em pesquisas anteriores; e documental, porque serão analisados documentos que não tiveram uma tratativa analítica até então, os quais constituirão matéria-prima para investigação documental. Os documentos utilizados como fonte de coleta de dados serão os processos de todas as Comarcas do Estado do Tocantins e Relatórios Técnicos do Núcleo de Apoio Técnico das ações relativas ao SUS do Estado do Tocantins.

O método da abordagem será indutivo, partindo da coleta de dados particulares para se chegar a uma conclusão geral, fazendo uso de relatórios e estatísticas de pesquisas quantitativas para instruir e orientar a pesquisa. O estudo deverá ser correlato aos trabalhos literários, doutrinários e sociológicos.

A pesquisa foi desenvolvida primeiramente por meio de estudo bibliográfico durante o período de doze meses. A segunda etapa foi a de coleta e tratamento dos dados extraídos da lista de processos disponibilizada pelo Núcleo de Apoio Técnico das ações relativas ao SUS do Estado do Tocantins.

O presente trabalho apenas terá como objeto de estudo os processos em tramitação que acautelam o Tratamento Fora de Domicílio interestadual, sendo excluídos os de Tratamento Fora de Domicílio intermunicipal.

A análise de conteúdo será feita sob a perspectiva de Laurence Bardin.

Bardin apud Câmara (2013, p. 182) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

## 2 O DIREITO SOCIAL À SAÚDE

Segundo Teixeira (2015, p. 17), para se compreender a respeito da concepção dos direitos sociais, inclusive seus limites objetivos, devem ser destacados seus aspectos históricos relevantes, que possibilitam conduzir à carga valorativa da importância que hoje é conferida a essa categoria de direitos.

Conforme explicam Carvalho e Maliska (2018, p. 133) as Constituições mexicana (1917) e de Weimar (1919) afirmaram que o Estado Social seria uma tentativa de superação do modelo liberal de Estado. Diferentemente do que ocorria no Estado Liberal, no qual as intervenções praticamente se limitavam a promover medidas de polícia em determinados setores da sociedade, o Estado Social passa a realizar uma gama de tarefas, de modo que sua atuação alcançava diversas áreas da vida do cidadão.

Segundo Carvalho e Maliska (2018, p. 133-134) essa maior intervenção estatal, abriu, na mesma medida, mais espaço para a crítica antipaternalista. O antipaternalismo, sendo ideologia que domina países desenvolvidos, rechaça as intervenções que restrinjam a autonomia dos indivíduos.

Os autores afirmam que se estabeleceu uma espécie de tensão entre a crítica antipaternalista e as atividades interventivas do Estado Social. Isso é explicado porque quanto maior o grau de intervenção do Estado na sociedade, maior é a possibilidade de se adotarem medidas paternalistas.

Portanto, esclarecem os autores que, no que se refere a países em desenvolvimento, a ação estatal é de fundamental importância para a realização dos direitos sociais. Os mencionados direitos se caracterizam como verdadeiros pressupostos para o exercício da liberdade, haja vista que não se pode imaginar uma pessoa possa ser livre, não tendo direito à saúde.

De acordo com os autores, nos países do sul, a garantia dos direitos fundamentais e o nível de desenvolvimento da democracia se encontram significativamente mais baixos que nos países do norte. Assim, a não intervenção estatal em países de economia periférica pode significar a perpetuação de uma situação de violação a direitos fundamentais, bem como de fragilidades econômica e democrática.

Segundo Sarlet (2009, p. 47-48) foi no século XX que os direitos sociais acabaram se consagrando em um número mais significativo de Constituições, havendo também diversas pactuações internacionais.

Bonavides (2008, p. 564) esclarece que os direitos sociais nascem da ideologia e do pensamento liberal do século XX, tendo ligação com o princípio da igualdade, não podendo haver separação, pois esta seria equivalente ao desmembramento da razão de ser que os ampara e estimula.

O autor observa que os direitos sociais foram no início objeto de uma formulação especulativa em esferas filosóficas e políticas de acentuado cunho ideológico. Após a afirmação nas declarações solenes das Constituições marxistas e no constitucionalismo da social-democracia, acima de tudo a de Weimar, os direitos de segunda geração tiveram domínio nas constituições pós Segunda Guerra Mundial.

Teixeira (2015, p. 17) ensina que o país pioneiro no desenvolvimento dos direitos sociais foi a Alemanha. Dessa forma, coube a Otto Bismark, príncipe da Prússia, a inauguração do *Welfare State* ou o Estado Providência, fazendo-o através da previsão dos primeiros seguros sociais obrigatórios contra doenças (1883), acidentes de trabalho (1884), invalidez e velhice (1889), entre outras condições de trabalho (1888-91).

A evolução do conceito de Direitos Sociais, segundo Teixeira (2015, p. 19), se verificou desde o Movimento constitucionalista Social, na primeira metade do século XX, com a Constituição Alemã de 1919, servindo de base para algumas instituições da Lei Fundamental de Bonn, que foi promulgada em 23 de maio de 1949, a qual veio a reconhecer, por exemplo, direitos fundamentais como aqueles da saúde e da educação.

Assevera Worm (2018, p. 54) que com a implementação do Estado Social, principalmente no período pós 2ª Guerra Mundial, os Estados Constitucionais passaram a estabelecer direitos com a finalidade de garantir a efetividade e a promoção social, estabelecendo garantias básicas aos cidadãos, de forma a viabilizar a promoção pessoal e social, com ênfase na dignidade da pessoa humana e na erradicação da pobreza.

Teixeira (2015, p. 18) destaca que a evolução das tutelas dos direitos fundamentais acompanhou o modelo dos Estados vindo desde o Estado Liberal.

Para Pieroth e Schlink (2008, p. 25), o Estado Liberal de Direito, apesar de considerar a igualdade de todos perante a Lei, não conseguiu atender aos problemas sociais decorrentes dos grandes momentos históricos de crise.

Assim, conforme explica Teixeira (2015, p. 18), a evolução dos direitos fundamentais passa pelo Estado Liberal, Estado Socialista e Social das Constituições programáticas, até alcançar o modelo atual de Estado Social dos Direitos Fundamentais.

Dessa forma, no momento em que o Estado Liberal de Direito assegurava a garantia das liberdades individuais, o Estado Social de Direito, por sua vez, não apenas acolhe os valores jurídico-políticos construídos pelo liberalismo burguês, mas também abraça novo conteúdo axiológico, surgindo assim os direitos às prestações do Estado (STRECK; MORAIS, 2003, p. 91).

Conforme Miranda (2000, p. 8), não há que se falar, por exemplo, em direitos fundamentais em Estados totalitários, ou em totalitarismo integral.

Teixeira (2015, p. 18) explica que no Estado Liberal, os direitos sociais não eram tidos como verdadeiros direitos e assim não o eram porque não poderiam ser considerados direitos subjetivos, dessa forma não tinham nem previsão em texto constitucional.

Sobre o assunto, expõe Bonavides (2004, p. 61):

Leva Vierkandt seu pensamento às últimas consequências ao afirmar que seria correto o conceito de liberdade do liberalismo se os homens fossem dotados de igual capacidade. Mas com a igualdade a que se arrima o liberalismo é apenas formal e encobre, na realidade, sob seu manto de abstração, um mundo de desigualdades de fato – econômicas, sociais, políticas e pessoais – termina a apregoada liberdade do liberalismo, como Bismarck já o notara, numa real liberdade de oprimir os fracos, restando a estes, afinal de contas, tão-somente a liberdade de morrer de fome.

Em outro ponto de vista, Sarlet (2009, p. 48) assevera que os direitos sociais podem ser considerados como uma densificação do princípio da justiça social, além de corresponderem a reivindicações das classes menos favorecidas, de modo especial da classe operária, a título de compensação, em virtude da extrema desigualdade que caracterizava (e, de certa forma, ainda caracteriza) as relações com a classe empregadora, que é detentora de um maior ou menor grau de poder econômico.

No Brasil, Teixeira (2015, p. 22) relata que a Constituição Federal de 1988 demarca a ruptura com o regime de 1964, resgatando o Estado de direito, a separação dos Poderes e os direitos e garantias fundamentais, à luz do princípio da dignidade humana. Sendo assim, o primeiro texto constitucional a integrar ao capítulo dos direitos fundamentais, os direitos sociais e econômicos, tendo em vista que as demais incluíam nos capítulos da ordem social e econômica. Mais adiante, o texto constitucional de 1988 inaugura a proteção dos direitos humanos internacionais como cláusula pétrea.

Posteriormente, relata Teixeira (2015, p. 22), que o Estado seria considerado como democrático em razão do reconhecimento e da garantia dos direitos sociais (liberdade igual – os homens nascem livres e iguais em direitos). Assim, parte do entendimento de garantia dos direitos fundamentais da pessoa humana (individuais) e depois da igualdade real entre as pessoas (direitos sociais).

Canotilho (2013, p. 335) aduz que a expressão “democrático” traria em seu âmago o compromisso institucional de realização de uma democracia econômica, social e cultural.

Segundo Scaff (2011, p. 74), a Constituição de 1988 apresenta um extenso rol de direitos sociais que nos leva à constatação de que estes direitos não possuem um núcleo jurídico unitário, mas heterogêneo, sendo muito mais caracterizado pelo seu objetivo ou seu alcance do que pelo seu cerne.

O autor utiliza de exemplo o direito à saúde, que tanto pode ter alcance individual, não sendo neste caso direito social, quanto alcance social, quando implementador de uma política pública. Assim, para um direito ser caracterizado como direito social, além de não ter núcleo unitário, depende de seu objetivo e alcance, sendo que o rol desses direitos pode alcançar interesses individuais e difusos.

Scaff (2011, p. 75) expõe que, em razão dessa organização fracionada dos trabalhos constituintes, os direitos sociais foram inscritos na Constituição de 1988 em diversas partes do texto. O título II da Constituição contempla os *Direitos e Garantias Fundamentais* (art. 5º ao 17), e dele consta o Capítulo dos Direitos Sociais.

O autor cita o art. 6º que prevê como *Direitos Sociais*: “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”. Os *Direitos*

dos Trabalhadores são assegurados dentro deste capítulo dos *Direitos Sociais* (artigos 7º a 11).

Scaff (2011, p. 75) ainda cita que o último Título da Constituição contempla a *Ordem Social* possui 8 Capítulos, dentre os quais: 1) O II, que trata da *Seguridade Social* (inscrita nos arts. 194 a 204), englobando normas referentes à *Saúde* (arts. 196 a 200), à *Previdência Social* (arts. 201 a 202) e à *Seguridade Social* (arts. 203 a 204); 2) O III, sobre *Educação, Cultura e Desporto* (arts. 205 a 217); 3) O IV, referente ao *Meio Ambiente* (art. 225); e 4) O VII, que trata da *Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso* (arts. 226 a 230).

Assim, o autor relata que há vários preceitos referentes aos direitos sociais espalhados na Constituição, utilizando como exemplo o art. 170, VIII, o qual proclama a “busca do pleno emprego” como fundamento da ordem econômica.

Para Scaff (2011, p. 76), os direitos sociais inscritos na Constituição, bem como todo o ambiente político da época, geraram na sociedade uma ânsia pelo reconhecimento de seus direitos, mesmo quando as normas infralegais ainda não haviam sido formuladas. Houve, assim, uma busca incessante e legítima pela afirmação de todas as normas constitucionais, independente da edição de normas legais ou regulamentares, na tentativa de ampliar seu alcance.

O autor ainda afirma que, na vigência da atual Constituição, estamos vivendo uma época de afirmação dos direitos constitucionais, seja através do exercício cotidiano de cidadania, seja através da ampliação destes direitos pela via legislativa ou por sua execução administrativa, além da hipótese do controle jurisdicional.

Importante evidenciar que, como bem ensina Teixeira (2015, p. 23), o princípio da socialidade, fundante do Estado Social e igualmente da democracia, é particularmente importante para o entendimento da incapacidade do Estado de gerir toda e qualquer necessidade individual, principalmente quando lhe é demandado a fazer de modo desordenado, em que todos os entes são obrigados a prestarem tudo, indistintamente, afastando-se a ideia de repartição organizada de competências comuns com sistemas públicos de serviços.

Convém ainda salientar, que para Teixeira (2015, p. 23-24), no Estado Social, os direitos possuem custos, o que faz com que só se possa levar a sério os seus fins se houver: a) provisões necessárias e suficientes; b) organização das despesas públicas, planejada para o financiamento dos serviços sociais; e c) orçamento equilibrado.

Assim, Teixeira (2015, p. 18) assevera que havia dependência da possibilidade financeira do Estado em viabilizar os Direitos Sociais, diante do fato de que eram considerados, em regra, bem privados, excepcionalmente confiados às entidades públicas.

Segundo Silva (2008) citado por Worm (2018, p. 46), a relação entre efetivação dos direitos sociais por meio dos serviços públicos está vinculada ao plano econômico/financeiro adotado no País. As políticas sociais e econômicas são indissociáveis, vez que a efetivação dos programas governamentais depende de alocação de recursos econômicos, os quais garantam investimento contínuo na rede de atendimento à saúde.

Assim, no dizer do ministro Celso de Mello, é dever do Estado, dentro de suas possibilidades financeiras e observando o cumprimento das leis, disponibilizar os meios necessários para o fornecimento de tratamento de saúde de que necessitam os cidadãos no Brasil. Como se sabe, o direito subjetivo à saúde é assegurado à universalidade das pessoas, como prevê o artigo 196 da Constituição Federal, estabelece consequência constitucional indissociável do direito à vida (re 271286 AGR/RS, segunda turma, DJ 24/11/2000, p. 101).

Para Scaff (2011, p. 78) o direito à saúde é garantido a todos, independentemente de raça, sexo, credo, origem e outras possíveis variáveis fáticas ou jurídicas. Sendo um dever do Estado, compreendido como Poder Público, apesar de seu fracionamento federativo ou organizacional.

O autor explica que, em se tratando de direito de todos, a saúde corresponde a um dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, sendo um conjunto de atos normativos que se constitua uma verdadeira *policy*, para usar a expressão norte-americana característica para este tipo de ação. Não se trata de uma norma, mas um conjunto encadeado de atos e ações do Poder Público que visam garantir a todos este direito e imponham aos órgãos competentes do Estado o dever de executá-las.

Para Scaff (2011, p. 79), essas políticas públicas (*polícies*) no âmbito do direito à saúde devem ter por objeto não apenas o tratamento da doença, mas conjuntamente a busca por reduzir o risco de doenças e outros agravos, através de ações e serviços que promovam, protejam, e recuperem o almejado estado de saúde para todos. E mais, devem ter por escopo o acesso de todos, de modo universal e igualitário, a estas ações e a estes serviços.

Portanto, a evolução do Estado Social e Democrático de Direito, para Teixeira (2015, p. 25), demanda uma interpretação sistematizada do Texto Constitucional, acima de tudo, que não o altere quanto ao alcance ampliativo ou restritivo de direitos fundamentais. Dessa forma, cumpre garantir que o Direito à Saúde possa efetivamente ser considerado como direito de todos e com igual participação, cujo equilíbrio é previamente delimitado pela Constituição Federal e regulamentada por leis infraconstitucionais, a serem respeitadas.

## **2.1 Direitos fundamentais, princípio da dignidade humana, direitos humanos em paralelo ao direito à saúde**

Para Luño (1995, p. 22) apud Ramos (2016, p. 39), há três tipos de definições sobre o que são os direitos humanos. O primeiro tipo seria a definição dita *tautológica*, ou seja, a que não aporta nenhum elemento novo que permite caracterizar tais direitos. Dessa forma, seria um exemplo desse tipo de definição a conceituação dos direitos humanos como sendo aqueles que correspondem ao homem pelo fato de ser homem. Porém, todos os direitos são titularizados pelo homem ou por suas emanações (as pessoas jurídicas), de modo que a definição acima citada encerra uma certa petição de princípio.

Para Ramos (2016, p. 39) um segundo tipo de definição seria aquela dita formal, que, por não especificar o conteúdo dos direitos humanos, limita-se a alguma indicação sobre o seu regime jurídico especial. Essas definições consistem em estabelecer que os direitos humanos são aqueles que pertencem ou devem pertencer a todos os homens e que não podem ser deles privados, em virtude de seu regime indisponível e *sui generis*.

Para Miranda (1993, p. 9) apud Ramos (2016, p. 39) denomina tal definição de conceito formal de direitos humanos, que seriam “*toda posição jurídica subjectiva das pessoas enquanto consagrada na Lei Fundamental*”.

Por fim, para Ramos (2016, p. 40) há ainda a definição finalística ou teleológica, na qual se utiliza objetivo ou fim para definir o conjunto de direitos humanos, como, por exemplo, na definição que estabelece que os direitos humanos são aqueles essenciais para o desenvolvimento digno da pessoa humana.

Para Canotilho (1993, p. 259) as expressões direitos do homem e direitos fundamentais são frequentemente utilizadas como sinônimas. Segundo a sua origem

e significado poderíamos distingui-las da seguinte maneira: direitos do homem são direitos válidos para todos os povos e em todos os tempos; direitos fundamentais são os direitos do homem, jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espaço-temporalmente. Os direitos do homem arrancariam da própria natureza humana e daí o seu caráter inviolável, intertemporal e universal; os direitos fundamentais seriam os direitos objetivamente vigentes numa ordem jurídica concreta.

Para Júnior (2012, p. 216), os direitos fundamentais constituem, na atualidade, conceito que engloba os direitos humanos universais e os direitos nacionais dos cidadãos garantidos pela Constituição, contra os abusos que possam ser cometidos pelo Estado ou pelos particulares. Ambas as classes de direitos são, ainda que com intensidade diferente, parte integrante necessária da cultura jurídica de todo Estado constitucional.

Segundo Canotilho (1993, p. 357) o Estado Democrático de Direito está destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça, como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos.

Para Araújo, Azevedo, Bianchi, Bosco, Machado, Oliveira e Rüdger (2014) vários documentos internacionais, incluindo resoluções das Nações Unidas, estabelecem que todos os direitos humanos são indivisíveis e interdependentes. Nesses termos, o art. 5.º da Declaração de Viena de 1993, declara que todos os direitos humanos são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados, e que a comunidade internacional deve tratar os direitos de forma global, justa e equitativa. Embora particularidades nacionais e regionais devam ser levadas em consideração, assim como diversos contextos históricos, culturais e religiosos, é dever dos Estados promoverem e protegerem os direitos humanos, sejam quais forem seus sistemas políticos, econômicos e culturais.

O direito à saúde, para Araújo, Azevedo, Bianchi, Bosco, Machado, Oliveira e Rüdger (2014), de forma geral, pode ser considerado um direito humano interdependente, pois depende da consecução de outros direitos para a sua efetividade; o direito em questão mantém uma indivisibilidade com relação aos demais direitos, já que o respeito às suas normas dependem da efetiva aplicação de normas de diversos ramos do Direito como, por exemplo, dos direitos à educação; os socioculturais, o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, entre

outros; além de se tratar de um direito universal, pois se apresenta como condição de vida digna para qualquer ser humano.

Para os autores, o direito à saúde é classificado como um direito humano de segunda dimensão, também chamados de socioeconômicos e culturais, que surgiram do impacto da industrialização e dos problemas sociais e econômicos do século XIX. Tais direitos surgiram efetivamente ao longo do século XX, como reivindicação dos excluídos a participarem do bem-estar social, reivindicando, por exemplo, direitos relacionados ao trabalho, à saúde, à educação etc. Nesse caso, exige-se uma postura positiva do Estado, a fim de que o mesmo promova e garanta tais direitos.

Em obediência ao princípio da dignidade da pessoa humana, ao ente público cabe assegurar que o cidadão não sofra qualquer ato que atente contra sua saúde, sendo que referida garantia abrange o direito ao procedimento cirúrgico, inclusive de forma gratuita, desde que prescrito por profissional médico à pessoa acometida de doença.

Posiciona-se o Superior Tribunal de Justiça:

ADMINISTRATIVO – CONTROLE JUDICIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS – POSSIBILIDADE EM CASOS EXCEPCIONAIS – DIREITO À SAÚDE – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS – MANIFESTA NECESSIDADE – OBRIGAÇÃO DO PODER PÚBLICO – AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DOS PODERES – NÃO Oponibilidade DA RESERVA DO POSSÍVEL AO MÍNIMO EXISTENCIAL. 1. Não podem os direitos sociais ficar condicionados à boa vontade do Administrador, sendo de fundamental importância que o Judiciário atue como órgão controlador da atividade administrativa. Seria uma distorção pensar que o princípio da separação dos poderes, originalmente concebido com o escopo de garantia dos direitos fundamentais, pudesse ser utilizado justamente como óbice à realização dos direitos sociais, igualmente fundamentais. 2. Tratando-se de direito fundamental, incluso no conceito de mínimo existencial, inexistirá empecilho jurídico para que o Judiciário estabeleça a inclusão de determinada política pública nos planos orçamentários do ente político, mormente quando não houver comprovação objetiva da incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal. 3. In casu, não há empecilho jurídico para que a ação, que visa a assegurar o fornecimento de medicamentos, seja dirigida contra o município, tendo em vista a consolidada jurisprudência desta Corte, no sentido de que "o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade solidária da União, Estados-membros e Municípios, de modo que qualquer dessas entidades têm legitimidade ad causam para figurar no pólo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso à medicação para pessoas desprovidas de recursos financeiros" (REsp 771.537/RJ, Rel. Min. Eliana Calmon, Segunda Turma, DJ 3.10.2005). Agravo regimental improvido. (AgRg no REsp 1136549/RS, Rel. Ministro HUMBERTO MARTINS, SEGUNDA TURMA, julgado em 08/06/2010, DJe 21/06/2010).

Para Sarlet, (2010, p. 35) por outro lado, já no pensamento estóico, a dignidade era tida como a qualidade que, por ser inerente ao ser humano, o distinguia das demais criaturas, no sentido de que todos os seres humanos são dotados da mesma dignidade, noção esta que se encontra, por sua vez, intimamente ligada à noção da liberdade pessoal de cada indivíduo (o Homem como ser livre e responsável por seus atos e seu destino), bem como à ideia de que todos os seres humanos, no que diz com a sua natureza, são iguais em dignidade.

Sarlet (2010, p. 29) explica que, em que pese sejam ambos os termos (*direitos humanos* e *direitos fundamentais*) comumente utilizados como sinônimos, a explicação corriqueira e, diga-se de passagem, procedente para a distinção é de que o termo “direitos fundamentais” se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão “direitos humanos” guardaria relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano com o tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional (internacional).

## **2.2 Histórico do direito à saúde**

De acordo com Scliar (2007, p. 29), o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Assim, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Conforme Ayres (2007), devemos entender que pelos termos *saúde* e *doença* estamos nos referindo a construções linguísticas oriundas de esferas diversas de racionalidade em um mesmo campo da experiência humana, o que nos permite compreender que esses termos tratam de *coisas diferentes* e, ao mesmo tempo, *indissociáveis*. Pode-se dizer que a objetividade lograda pelos discursos biomédicos modernos (domínio instrumental da doença) é o produto particular de uma certa racionalidade prática (busca prática da saúde) que conferiu validade ética, moral e política a um certo *que fazer* e *como fazer*, que se fizeram

preponderantes no Ocidente a partir de meados do segundo milênio da Era Cristã. A racionalidade instrumental biomédica está enraizada nos horizontes normativos desse contexto de sociabilidade. Sua relação com a chamada *desumanização* prende-se ao fato de que, ao longo de sua história, a aplicação dessa instrumentalidade perde de vista os processos de transformação e reconstrução prática de suas bases normativas, absolutizando as relações meios-fins sobre as quais se construiu essa instrumentalidade como o discurso sobre saúde por definição.

Assim, segundo Silva (2016, p. 5), a história da saúde e da doença é, desde tempos mais longínquos, uma história de construções de significados atribuídos à natureza, às funções e à estrutura do corpo, e, ainda, às relações corpo-espírito e pessoa-ambiente.

Para Silva (2016, p. 5), na Antiguidade o modelo *mágico-religioso* ou *xamanístico* – predominante até o advento das religiões monoteístas – pregava que a saúde era dádiva e a doença, castigo dos deuses. Nessa monta, as doenças derivavam de elementos naturais e de espíritos sobrenaturais. O adoecer era concebido como resultante de transgressões de natureza individual e coletiva, sendo requeridos, para reatar o enlace com as divindades, processos liderados por sacerdotes, feiticeiros ou xamãs.

Ainda de acordo com Silva (2016, p. 6), na Antiguidade as medicinas hindu e chinesa apresentaram uma nova forma de compreensão da doença, pautada na noção de *equilíbrio*. Surgiu, assim, o modelo holístico de saúde, que associava a ideia de proporção justa ou adequada com a de saúde e doença. Dessa maneira, a saúde era compreendida como consequência do equilíbrio entre os elementos que compõem o organismo humano. Um desequilíbrio desses elementos permitiria, portanto, o aparecimento da doença.

Segundo Silva (2016, p. 6), o modelo empírico-racional, por sua vez, tem origem no Egito em 3000 a.C. A tentativa dos primeiros filósofos era encontrar explicações não sobrenaturais para a saúde e a doença. Nesse contexto, Hipócrates (século VI a.C.) estabeleceu a relação homem/meio com o desenvolvimento de sua *teoria dos humores*, segundo a qual os elementos água, terra, fogo e ar incidiriam sobre o estado de saúde e de doença dos seres humanos.

Para Silva (2016, p. 6), o modelo de medicina científica ocidental ou biomédica tem suas raízes ligadas ao Renascimento e à revolução artístico-cultural,

ambos ocorridas a partir do século XVI. Tal modelo focou-se na explicação da doença e passou a tratar o corpo em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico.

Para Aith (2007, p. 46), as concepções de saúde também são elaboradas por meio de uma relação direta entre o indivíduo e o social. A saúde era concebida, às vezes, como uma simples *ausência de doença*; outras vezes como uma *reserva corporal*, ou, ainda, como um *fundo de saúde* inato e que permite ao organismo resistir contra todas as agressões feitas pelo corpo social. Também podemos encontrar concepções da saúde como *equilíbrio*, que permite ao indivíduo responder da forma mais eficiente possível às exigências da vida em sociedade. O equilíbrio se encarna na plenitude física e psíquica, no sentimento de autossatisfação e de harmonia com os outros. Essas diferentes concepções de saúde constituíam entidades fluidas, podendo coexistir, e aptas a corresponder às diferentes facetas da experiência das pessoas, mas o *equilíbrio* apresentou-se como uma concepção positiva da saúde, tendo sido adotada tal concepção pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Silva (2016, p. 7) relata que o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na sua promoção e proteção, estabelece que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

A amplitude do conceito da OMS, segundo Scliar (2007, p. 37-39), acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível, cuja definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde); outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde.

Para Polignano (2009, p. 2), no que se refere ao Brasil, ao analisarmos a história das políticas de saúde no país faz-se necessária a definição de algumas premissas importantes, a saber: a) a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los; b) a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo no plano internacional; c) a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do

sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde do SUS (2007), com a chegada da família real portuguesa ao Brasil em 1808, houve mudanças na administração pública colonial, inclusive na área de saúde, tendo a cidade do Rio de Janeiro como sede provisória do Império português e principal porto do País. Tal local se tornou alvo de ações sanitárias, fazendo-se necessária a formação de médicos, até então quase inexistentes em razão da proibição de ensino superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as Academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX, logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do País.

A Proclamação da República em 1889, de acordo com Bertolli Filho (2004, p. 25), foi realizada com o intuito de modernizar o Brasil, havendo a necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade, passando do modo escravista para o capitalista, modelo este que favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano. Essa ideia tinha por base o reconhecimento de que as funções produtivas são as fontes geradoras da riqueza das nações. Assim, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses seria o caminho indicado para alterar a história do País, considerado no exterior como *região bárbara*. Nesse contexto, a medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do País.

No período colonial, segundo Rezende, Santos e Trindade (2003, p. 13), a ação do Estado no setor saúde foi insignificante. As ações de saúde eram desenvolvidas pelos chamados exercentes (físicos, cirurgiões-barbeiros, boticários etc.) e pelas Santas Casas de Misericórdia, que também, inicialmente, atendiam aos enfermos com infusões de ervas, frutas cítricas, raízes e outros produtos trazidos pelos índios.

Para os mencionados autores, as Misericórdias, durante quatro séculos, ocuparam e assumiram, praticamente, com exclusividade, o papel do Estado na garantia da oferta de ações e serviços de saúde, além de outros serviços de natureza pública.

No século XIX, conforme Rezende, Santos e Trindade (2003, p. 14), a economia brasileira era agrícola e as divisas produzidas para o crescimento do País eram fruto da exportação de produtos da agricultura, especialmente a cafeeira e a açucareira.

Para os referidos autores, em 1828, foi instituída a “Inspetoria de Saúde dos Portos”. Todas as embarcações suspeitas de transportar passageiros enfermos eram submetidas a quarentena. Em 1899, foi criado o “Instituto Soroterápico de Manguinhos” para a produção de soros e vacinas.

Ainda segundo os autores, a varíola era a principal causa de morte no século XIX. As principais ações de saúde eram a vacinação e as orientações de prevenção das doenças. Existiam, também, epidemias de febre amarela, peste bubônica, febre tifoide e cólera.

Ensinam Rezende e Trindade (2003, p. 15-16) que em novembro de 1904, a vacinação contra varíola tornou-se obrigatória, o que culminou com o movimento intitulado “Revolta da vacina”. Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde no Governo Provisório do Presidente Getúlio Vargas.

Segundo Rezende e Trindade (2003, p. 16) em outubro de 1931, em ato do Governo Provisório de Getúlio Vargas, foi publicado o Decreto nº 20.465, que reformou a legislação das Caixas de Aposentadorias e Pensões. O Decreto estabelecia, entre outros, a obrigatoriedade da instituição das referidas Caixas para os empregados dos serviços públicos de transporte, de luz, força, telégrafos, telefones, portos, água, esgotos e outros, quando explorados diretamente pela União, pelos Estados, Municípios ou por empresas privadas. Estabelecia que todas as rendas arrecadadas nos termos da lei eram de exclusiva propriedade das respectivas Caixas e se destinavam aos fins específicos, e que, os associados que houvessem contribuído para as receitas das Caixas teriam direito a: aposentadoria; pensão para os membros da família, para os casos de falecimento do associado ativo ou do aposentado, que contasse com cinco ou mais anos de serviço efetivo; e serviços médicos, hospitalares e farmacêuticos, até o limite de 8% da sua receita anual total, apurada no exercício anterior.

Rezende e Trindade (2003, p. 16) ainda explicam que o Decreto nº 21.081 alterou os artigos do Decreto nº 20.465/31, considerando-se, entre outros, os diversos pedidos feitos ao Governo e ao Conselho Nacional do Trabalho sobre uma maior necessidade da quota orçamentária para os serviços médicos e hospitalares

precisam ser atendidos, a fim de se evitarem perturbações nas organizações existentes.

A Lei nº 367, de 13 de janeiro de 1937, conforme Rezende e Trindade (2003, p. 19) instituiu a Conferência Nacional de Saúde, que deveria realizar-se em intervalos de, no máximo, dois em dois anos, com a participação de autoridades administrativas representando o Ministério da Saúde e o Governo dos Estados, Territórios e Distrito Federal.

### **2.3 Constituições brasileiras e direito à saúde**

De acordo com Azevêdo (2016, p. 404), a assistência à saúde estava presente em todas as Constituições brasileiras desde o período imperial até a dos dias atuais.

Os autores Rezende e Trindade (2003, p. 13), ao analisarem as Constituições Brasileiras, verificaram que somente a partir da terceira década do século XX, na Constituição de 1934, é que começaram a surgir algumas preocupações com saúde pública enquanto objeto da Lei Maior do País. No mencionado período, as preocupações relacionadas à saúde eram focadas na mortalidade infantil, higiene mental e a propagação das doenças transmissíveis. Assim, resultaram na responsabilização da União, Estados e dos Municípios pela adoção de medidas legislativas e administrativas para restringir a dimensão de tais problemas. Antes desses eventos, nem a Constituição de 1824, nem a de 1891 definiram como responsabilidade do Estado a execução de ações, serviços e saúde.

No que se refere à Constituição Política do Império do Brasil, de 1824, Rezende, Santos e Trindade (2003, p. 44) explanam que a saúde era garantida através dos socorros públicos. Bergstein (2015, p. 246) confirma que a Constituição Política do Império, de 1824, previa a hipótese de prestação de “socorros públicos”, no inciso XXXVI do art. 179, o qual tratava dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros.

Rezende, Santos e Trindade (2003, p. 44) relatam que a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 1891 não garantia nenhum direito social e não atribuía nenhuma responsabilidade definida constitucionalmente sobre saúde. Todavia, Worm (2018, p. 42) afirma que o modelo federativo adotado pela

Constituição Republicana de 1891 repartiu a competência entre os entes políticos na gestão do Estado, incluindo a prestação de serviços públicos.

Sobre a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 1934, conforme os autores citados, a saúde estava presente no Título IV – Da Ordem Econômica e Social, em seu artigo 121, onde era determinado que a legislação sobre trabalho observaria assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante

Segundo Bergstein (2015, p. 246), a Constituição de 1937, além de atribuir à União competência legislativa exclusiva sobre as normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, também enaltecia a saúde da criança.

Rezende, Santos e Trindade (2003, p. 46) relatam que na Constituição de 1937, além da competência da estabelecida à União para legislar sobre a saúde, a lei poderia delegar aos Estados a faculdade de legislar.

Já a Constituição de 1946, para os autores mencionados, manteve a Competência para legislar sendo da União, assim como ressaltou que a competência federal para legislar não excluiria a legislação estadual supletiva ou complementar.

Para Bergstein (2015, p. 246) a Constituição de 1967 inovou ao prever a competência da União para estabelecer planos nacionais (art. 8º, XIV, CR/1967), enquanto repetiu a disposição do texto constitucional de 1946 que atribuía competência à União para legislar sobre a defesa e a proteção da saúde (art. 8º, XVII, e, CR/1967 e art. 5º, XV, b, CEUB/1946).

Rezende, Santos e Trindade (2003, p. 48) informam que na Constituição de 1967 era vedado à União, Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, ou manter com eles e seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvado quando a colaboração fosse de interesse público, nos setores educacional, assistencial e hospitalar.

Para Silva (2003, p. 307-308), houve uma elevação do direito à saúde para o rol dos direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988, constituindo um direito do homem, diferentemente do que era previsto na Carta Magna anterior.

Conforme Mendes (2011, p. 685), historicamente, a Constituição Federal de 1988 foi a primeira a consagrar expressamente o direito fundamental à saúde, pois os textos constitucionais anteriores apresentavam apenas disposições esparsas sobre o tema.

Sobre a Constituição Federal de 1988, esta será explorada de forma detalhada no próximo capítulo.

## 2.4 Constituição Federal de 1988 e o acesso à saúde

Para Worm (2018, p. 42), a proteção estabelecida na Constituição Federal de 1988 refere-se tanto à saúde sob o aspecto universal, em que todos têm direito de acesso à saúde, como impõe o dever do Estado em oferecê-la.

Segundo Scaff (2011, p. 77), em razão da metodologia aplicada na construção da nossa Constituição, podem-se encontrar no texto diversas referências ao direito à saúde, sendo certo que este se insere em um contexto maior, de Seguridade Social, que contempla, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social, na forma do que estabelece o art. 194:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Scaff (2011, p. 77) ensina que esta Seguridade Social, conceito mais amplo que o de Saúde, como pode ser intuído pela descrição contida no artigo 194, tem por objetivo, conforme a descrição do seu parágrafo único:

Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:  
I - universalidade da cobertura e do atendimento;  
II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;  
III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;  
IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;  
V - equidade na forma de participação no custeio;  
VI - diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social;  
VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

O autor afirma que, só após tratar das fontes de custeio (art. 195), que a Constituição dispõe sobre o direito à saúde, iniciando pelo art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, a Constituição Federal de 1988 tem um capítulo dedicado à saúde, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando-a, em seu artigo 196, como direito de todos e dever do estado. Garantindo, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Worm (2018, p. 43) explica que, para auxiliar na compreensão do direito à saúde, tem que ser feito o estudo detalhado do artigo 196 da Constituição Federal em partes: a) a saúde é direito de todos; e b) dever do Estado; c) garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem; d) redução de doença e de outros agravos e; e) ao acesso universal e igualitário às; f) ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Segundo a autora, o direito à saúde como manifestação de um direito de todos trata-se de um direito individual, pois cada cidadão tem direito à saúde física e mental, um direito à saúde física e mental de um direito público subjetivo, assim reconhecido anteriormente no Agravo Regimental do Recurso Extraordinário n. 271.286-8/RS, não tratando de mera norma programática, mas norma que impõe aos entes federados um dever de ação. O fundamento para que o Poder Judiciário intervenha nas ações de saúde é resultado da qualificação da norma – “relevância pública”. Trata também de um direito coletivo, o direito à saúde pública, manifestado por meio do planejamento coletivo das ações de saúde, que envolvem as diretrizes econômicas, sociais e culturais.

Para Worm (2018, p. 45), a todo direito conferido a alguém corresponde a um dever. Essa relação de obrigações é estabelecida entre cidadão e Estado. O artigo 23, II da Constituição Federal de 1988 firma ser competência material, para promover e administrar a saúde a União, Estados, Municípios e Distrito Federal, tratando de competência material comum, e a parcela devida de cada um poderá ser fixada em leis complementares.

A citada autora ainda esclarece que o Sistema único de Saúde descentralizou a administração dos recursos e da prestação de saúde, criando um

vínculo de cooperação e integração federativa entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, regulamentado pela Lei 8.080/1990, Lei n. 8.142/1990 e Lei Complementar n. 141/2012, tratados na parte específica sobre legislação.

Portanto, Worm (2018, p. 45) elucida que o atendimento ao cidadão independe de qualquer tipo de contribuição específica, ou seja, toda e qualquer pessoa tem direito a atendimento na rede pública de saúde, garantido pela Constituição Federal.

De acordo com Ibrahim (2010, p. 10) citado por Worm (2018, p. 46), a saúde é seguimento autônomo da seguridade social, com organização distinta. Tem escopo mais amplo de todos os ramos protetivos, já que não possui restrição a sua clientela protegida, não sendo necessária a comprovação de contribuição do beneficiário direto.

Quanto ao direito à saúde ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, para Worm (2018, p. 46), a Constituição de 1988 trouxe o novo princípio à saúde, o da universalidade, cujo acesso ocorre sem restrições de qualquer natureza, inclusive econômica. Antes da referida Carta Magna, a saúde pública era realizada pelo INAMPS, cujo atendimento era dado àqueles que contribuíam com a previdência social, excluindo os não contribuintes e estrangeiros.

A autora ainda relata que, o cenário atual trazido pela Constituição de 1988 é da universalidade, humanizado por conferir a todos o acesso à rede pública, sendo esta sobrecarregada, em razão da grande demanda, e funcionando precariamente em todo o país.

No que se refere ao direito à saúde visando a redução do risco de doença e de outros agravos, Worm (2018, p. 47) considera que as ações de saúde devem pautar-se no tratamento e na prevenção de doenças, por meio de adoção de políticas públicas que atuem na educação. A autora cita como exemplo às orientações de higiene, programas de alimentação saudável e atividades físicas, como também no tratamento às doenças, quando já acometido pela enfermidade.

A referida autora ainda esclarece que antes da Constituição de 1988, os serviços de saúde eram fornecidos de maneira mais precária, em razão de constituírem-se ações isoladas dos entes políticos, com maior exclusão dos pobres e desarticulação do sistema.

Atualmente, para Worm (2018, p. 47) a Lei n. 8.080/1990 descreve, no artigo 6º, as funções do SUS, com ênfase nas ações que visam à redução do risco de

doenças, de forma a atingir toda a coletividade. É citado ainda como exemplo pela autora a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e da saúde do trabalhador.

Segundo Worm (2018, p. 47) a respeito do direito à saúde com acesso universal e igualitário a todos, o princípio da universalidade na seguridade social possui viés objetivo, da cobertura universal, ampla e irrestrita, ou seja, para todo e qualquer infortúnio relacionado à saúde, sem selecionar as doenças que serão tratadas no SUS.

O princípio citado, como bem ensina a autora, também é tomado no aspecto subjetivo, voltado à pessoa humana, com assento constitucional na seção específica da seguridade social e com correspondência no artigo 5º *caput* da Constituição Federal, onde é previsto que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

Ibrahim (2008, p. 9) apud Worm (2018, p. 48) ensina que com a atual Constituição, a concepção de universalidade muda, adotando-se a política de proteção universal, independente de contribuição.

Sobre o direito à saúde com ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, Worm (2018, p. 49) elucida que os problemas no Brasil relacionados às ações de serviços de saúde encontram empecilhos à plena efetivação por diversos motivos, sendo que todos partem da falta de investimento em pesquisas nas áreas médicas e farmacológicas, má gestão dos recursos financeiros, à falta de investimento na infraestrutura e nos profissionais que atuam na área.

Branco, Coelho e Mentis (2010, p. 835) citado por Worm (2018, p. 49) reforçam que o problema das políticas públicas em saúde não é a inexistência de ações, mas a deficiência na execução, não faltando aporte legislativo que organize e preveja mínimos orçamentários.

A autora ainda tem a opinião de que há duas questões que devem ser pontuadas sobre a gestão na saúde. A primeira se refere à própria gestão, que ainda é deficiente e desarticulada entre os entes federados. A segunda refere-se aos recursos financeiros, que ainda são insuficientes para atender de maneira satisfatória a universalização proposta pela Constituição Federal.

Scaff (2011, p. 79) afirma que após estabelecer os termos dos quais deve ser compreendido o direito à saúde a que o Poder Público está obrigado, a Constituição passa a dispor sobre o *modus operandi* de sua regulamentação, fiscalização e controle, admitida sua execução de forma direta, ou seja, pelo Poder Público, ou através de terceiros, pela iniciativa privada, na forma do art. 199 da CF, consoante do art. 197:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A partir disso, segundo Scaff (2011, p. 79), surge o conceito de Sistema Único de Saúde – SUS, que se constitui em uma inovação constitucional sendo resultado de uma vitoriosa aspiração dos profissionais de saúde brasileiros, conforme artigo 198:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - (revogado). (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Segundo Scaff (2011, p. 79), as diretrizes do SUS, previstas constitucionalmente no parágrafo único deste artigo, estabelecem descentralização, como direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

O autor informa que as atribuições do SUS, que referem-se ao âmbito desta análise, constam no artigo 200 da CF, bem como da Lei 8.080/90, que regulamentou seu funcionamento.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Para Polignano (2007), em que pese o SUS tenha sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei 8.080. A mencionada legislação definiu a forma de operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Nos termos da legislação pátria, cabe ao SUS, além da atribuição do planejamento e organização da distribuição de serviços de saúde à coletividade, o atendimento individual ao necessitado, conforme dispõe a Lei Federal nº 8.080/80.

Segundo Scaff (2011, p. 80), afirmando o direito à saúde nos artigos mencionados, a Constituição estabeleceu a quem compete prestá-lo, dentro de seu sistema federativo. O art. 23 dispõe:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:  
 II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

No mesmo sentido, o autor ensina que, no art. 24 é estabelecido que a competência legislativa entre os entes federados é concorrente:

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:  
 XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

Todavia, ressalta Scaff (2011, p. 80) que, todavia, aos Municípios incumbe prestar a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento à Saúde da população.

Assim, a Constituição Federal, por sua vez, preconiza cooperação financeira entre as Entidades para a prestação de serviços de atendimento à saúde da população, nos termos do art. 30, inc. VII.

Art. 30. Compete aos Municípios:

[...]

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

### 3 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A procura pela judicialização individualizada na busca de tratamento médico contra entes públicos vem crescendo.

Segundo o dicionário Aurélio, *judicialização* significa *levar em juízo*. Sua origem etimológica vem do latim *judicialis*, que significa *juiz, justiça e direito*. Portanto, afirma-se que o ato de judicializar ocorre quando a pessoa aciona a justiça para ser assistido pela saúde pública, em situações como consultas, exames, medicamentos, cirurgias e outros.

No tocante à intervenção do poder público nas políticas de saúde, Duarte (2011, p. 287-288), em sua obra **Possibilidades e limites do controle judicial sobre as políticas públicas de saúde**, aponta que:

O Poder Judiciário, submetido ao princípio da inércia da jurisdição, carece ser provocado para que possa proceder ao controle da Administração Pública. Esta provocação pode ser dada pela propositura de uma ação ordinária por qualquer pessoa que se sentir lesada ou ameaçada de sofrer lesão por parte do Estado-Administração, ou ainda pelo ingresso em juízo com ações próprias para o controle da Administração, erigidas constitucionalmente como garantias do indivíduo perante o Estado. Comumente denominadas pela doutrina constitucionalista como “remédios constitucionais”, essas ações representam, nas palavras de Freitas (2004, p.105), “institutos de colaboração e de ingerência da cidadania nos destinos da gestão pública, porquanto são mecanismos de proteção não apenas dos direitos individuais ou transindividuais, mas de certa maneira, do ordenamento jurídico”. Acrescenta, ainda, o autor que, “no mais das vezes, não se cuida de mera proteção dos ‘direitos subjetivos públicos’, tampouco de direitos políticos, mas de direitos fundamentais indiscartáveis”, sendo, de fato, o que ocorre em relação aos atos inerentes à concreção das políticas públicas de saúde.

De acordo com Simas, Pepe, Schramm e Ventura (2010), os estudos sobre a *judicialização da saúde* enfatizam mais fortemente os efeitos negativos deste tipo de demanda na governabilidade, e gestão das políticas e ações de saúde.

Para Scaff (2011, p. 107), o papel do Judiciário não é o de substituir o Poder Legislativo, transformando o que é discricionariedade legislativa em discricionariedade judicial, mas o de dirimir conflitos da Constituição Federal e das leis no país.

Scaff (2011, p. 107) afirma que existe a nítida convicção no meio jurídico brasileiro que a concretização da Justiça só pode ocorrer através do Poder Judiciário, como se este tivesse o monopólio da realização da Justiça, sendo impossível

alcançá-la através de ações dos demais Poderes ou dos entes privados. Esta ideia faz com que muitos operadores jurídicos assumam uma função de verdadeiros paladinos da Justiça, deixando muitas vezes a legislação de lado e interpretando diretamente a Constituição de acordo com sua vontade.

Bobbio (1992, p. 24-25) afirma que o problema atual em relação a esses direitos não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Não nega que exista uma crise dos fundamentos filosóficos desses direitos, e que devemos reconhecê-la, porém indica que nossa tarefa, urgente e atual, "é muito mais modesta, embora também mais difícil", que é a "de buscar, em cada caso concreto, os vários fundamentos possíveis". Este empreendimento deve ser acompanhado "pelo estudo das condições, dos meios e das situações nas quais este ou aquele direito pode ser realizado", não se dissociando o problema dos fins do problema dos meios. Ademais, buscando identificar "qual é o modo mais seguro para garanti-los, e para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados".

Scaff (2011, p. 108) bem afirma que o Poder Judiciário não cria dinheiro, ele redistribui o dinheiro que possuía outras destinações estabelecidas pelo Legislativo e cumpridas pelo Executivo. A tônica das decisões judiciais no Brasil é a implementação dos direitos sociais, mas na verdade atribuem direitos individuais, fazendo com que verbas públicas sejam aplicadas como verdadeiros planos de saúde privados.

Maués (2010, p. 257-273) apud Scaff (2011, p. 108) esclarece que o modo como se desenvolveu a judicialização do direito à saúde no Brasil permite a determinados indivíduos, muitas vezes de classes abastadas, terem acesso a prestação que não são oferecidas para toda a população, prejudicando a equidade e eficiência do sistema público. Na raiz dessas dificuldades, encontra-se uma compreensão imperfeita dos princípios que regem as políticas públicas de saúde no Brasil, o que faz com que as demandas nessa área sejam tratadas como problema de justiça comutativa e não de justiça distributiva.

Lopes (1998, p. 140-141) apud Scaff (2011, p. 108-109) ensina que a disputa existente atualmente no Brasil traduz no seguinte: quem deve ficar mais rico e quem deve ficar mais pobre? Na perspectiva individualista e conservadora a resposta será: os de sempre. Aos pobres a sua pobreza e cada mais de sua pobreza; aos ricos sua riqueza e cada vez mais de sua riqueza. Assim, estaremos aplicando, numa terrível falácia, a justiça comutativa: o que eu tenho, não devo perder, o que sempre tive

deve continuar a ser meu, e as regras que me permitem ter cada vez mais devem ser mantidas, qualquer novo imposto é um confisco, qualquer limitação ao meu estado atual de liberdade é uma tirania. Mas existem argumentos, tão comuns e tão convincentes para os mais despreparados. A justiça comutativa, que tem por objeto a manutenção da igualdade nas trocas e do equilíbrio entre iguais, é um princípio de ação a ser aplicado dentro da moldura maior da justiça distributiva, pela qual se distribui, proporcionalmente, segundo os méritos, a capacidade, a necessidade, de maneira igual os benefícios e os malefícios da vida comum.

Para Scaff (2011, p. 109) é nítido que a Constituição determina um direito à saúde através de políticas sociais e econômicas. Todavia, esclarece que a interpretação que vem sendo dada a este preceito é a de que este é um direito individual, que pode ser gozado diretamente por cada indivíduo, e não através da implementação de uma política pública. Com isso, cria-se o aprisionamento do interesse social e é concedido realce ao direito individual.

Ferraz (2007) aponta que o acesso ao Poder Judiciário não é igualitário, pois pessoas de maior renda e educação o tem utilizado com maior facilidade, havendo uma inevitável transferência de recursos que seriam utilizados para atender a todos em condições de igualdade para garantir a integralidade a apenas alguns.

O referido autor ainda explica que, considerando que o Sistema Único de Saúde é de todos, se faz necessário que se faça valer essa opção incentivando os mais ricos a utilizar a saúde pública pela porta da frente, e não pela via judicial, sendo esse o caminho mais curto para um serviço público de saúde de qualidade.

Para Scaff (2011, p. 110), é imprescindível que haja uma cessação da captura de recursos públicos, destinados à implementação de políticas públicas, por aqueles que, utilizando-se do Poder Judiciário, tomam para si partes do orçamento público social, em proveito próprio, e não da sociedade.

O autor explica que é como se, ao invés de haver um financiamento público dos direitos sociais, passasse a haver um financiamento público da saúde do indivíduo "X", por ordem judicial. Verbas públicas são utilizadas para custeio de planos de saúde individuais estabelecidos por decisões judiciais.

Esclarece ainda que esse não é o entendimento que deve prevalecer na interpretação das normas constitucionais sobre o financiamento dos direitos sociais. O tesouro público não é um poço sem fundo, de onde jorram recursos a mancheia.

Segundo Scaff (2011, p. 111), sobre o posicionamento dos Tribunais Superiores, já decidiu a 1ª Turma do STJ que o SUS visa a integralidade da assistência à saúde, seja individual ou coletiva, devendo atender aos que dela necessitem em qualquer grau de complexidade, de modo que, restando comprovado o acometimento do indivíduo ou de um grupo por determinada moléstia, necessitando de determinado medicamento para debelá-la, este deve ser fornecido, de modo a atender ao princípio maior, que é a garantia à vida digna. Neste caso a ação visava a condenação da entidade pública ao fornecimento gratuito dos medicamentos necessários ao tratamento de doença grave de um grupo de indivíduos.

Sarlet (2018) explana que o tema da assim chamada judicialização da saúde, encontrou suas primeiras importantes (mas na ocasião ainda isoladas) expressões em meados dos anos 1990 e desde então não deixou de ocupar a agenda da academia, da governança e do meio judiciário brasileiras, alcançando cada vez maior repercussão, seja no que diz respeito ao número de demandas judiciais propostas, seja no concernente ao impacto de tais ações sobre o sistemas público e privado de saúde e as políticas e finanças públicas em geral.

Para Sarlet (2018), embora os números que envolvem a intervenção judiciária nessa seara (e, portanto, na esfera da efetividade do direito à proteção e promoção da saúde) sejam constantemente divulgados — em especial para efeitos de um olhar crítico em relação à judicialização — não é demais lembrar que de acordo com o relatório Justiça em Números do CNJ, em 2017 tramitavam 1.346.931 demandas judiciais de natureza diversa envolvendo o direito à saúde até 31.12.2016. Além disso, os gastos da União com ações judiciais envolvendo prestações de saúde cresceu na ordem de 727% entre 2010 e final de 2016, quando alcançou a cifra de R\$ 3,9 bilhões, isso segundo estudo do Observatório de Análise de Políticas em Saúde (OAPS).

Sarlet (2018) ainda evidencia que tais dados, não podem por si só já ensejar qualquer juízo qualitativamente seguro sobre a temática aqui versada, mas demonstram claramente que — para o bem ou para o mal, a depender do olhar — o tema e suas tantas facetas segue carente de atenção por parte do Estado e da Sociedade e cada vez mais sugere que as críticas assacadas contra a atuação do Poder Judiciário (do sistema judiciário, melhor dizendo) devem ser especialmente levadas a sério.

Ressalta Sarlet (2018) que por tais razões é que uma série de ações concretas têm sido criadas e executadas no âmbito do próprio Poder Judiciário (mas também na esfera das funções essenciais à Justiça, designadamente, pelo fato de serem os agentes que mais provocam a ação dos juízes, o Ministério Público e a Defensoria Pública), buscando imprimir pelo menos maior racionalidade e consistência no processo, mas também minimizar o seu impacto, como dão conta as Resoluções do CNJ orientando os magistrados para avaliarem a decidirem de modo mais criterioso nos casos concretos que lhes são submetidos, apenas para aqui ilustrar a questão.

Messias (2019) explica que resta inquestionável a relevância conferida ao Poder Judiciário no embate entre os limites orçamentários e o extenso rol de necessidades dos indivíduos para garantia do direito à saúde, tendo em vista a impossibilidade de o Sistema Único de Saúde abarcar a sua totalidade diante dos limites orçamentários e ele impostos.

Para a mencionada autora, a interdisciplinaridade do tema, o ativismo judicial tomou o cuidado de buscar informações em diferentes fontes para a formação da jurisprudência sobre o tema, tendo em vista que as decisões dos tribunais superiores refletem as discussões que as antecederam. Sendo assim, é necessário ter em mente o papel do Poder Judiciário nessa dinâmica, além de buscar a ponderação entre os interesses dos indivíduos e do Estado, a judicialização da saúde é uma maneira de conferir maior efetividade às políticas públicas, tendo em vista os déficits das decisões alocativas tomadas pelos entes.

Segundo Pepe, Schramm, Simas e Ventura (2010), a alta intensidade da demanda judicial no âmbito da saúde reflete essa busca de aproximação, ou melhor, de efetividade de um aspecto desse direito, que é o acesso aos meios materiais para seu alcance. No caso do Brasil, o Estado é o principal responsável e cumula deveres legais de proteção da saúde, no âmbito individual e coletivo, e de prover os meios para o cuidado de todos os cidadãos.

Para Pepe, Schramm, Simas e Ventura (2010), há um relativo consenso sobre a possibilidade de se exigir judicialmente do administrador a implementação das políticas públicas, ou mesmo sua adequação às diretrizes, princípios e conteúdos determinados na Constituição Federal e leis infraconstitucionais. Porém, são muitas as dúvidas e divergências sobre como as prestações genéricas devem

ser cumpridas especificamente pelo Estado, quais os limites e os meios legais e eticamente válidos de exigi-las, se não forem cumpridas.

Ainda de acordo com Pepe, Schramm, Simas e Ventura (2010), no debate jurídico atual há três posições sobre a eficácia do direito à saúde, que se desdobram em análises acerca das possibilidades de atuação do Judiciário na determinação de prestações a serem cumpridas pelo SUS:

a) Uma primeira posição entende que a eficácia desse direito deve ser restrita aos serviços e insumos disponíveis do SUS, determinados pelo gestor público.

b) Uma segunda compreende que o direito à saúde implica garantia do direito à vida e integridade física do indivíduo, devendo o Judiciário considerar a autoridade absoluta do médico, que assiste ao autor da ação judicial, obrigando o SUS a fornecer o tratamento indicado.

c) Uma terceira posição defende que a eficácia do direito à saúde necessita ser a mais ampla possível, devendo o Judiciário – na análise do caso concreto – ponderar direitos, bens e interesses em jogo, para fixar o conteúdo da prestação devida pelo Estado.

Portanto, segundo Ayres (2007), o direito à saúde possui dimensões éticas, políticas, jurídicas e técnico-científicas indissociáveis, e sua maior ou menor realização dependerá de um diálogo de interação aberta orientado por um enfoque hermenêutico, no plano individual ou coletivo, aliado ao enfrentamento de desafios teóricos e práticos na construção das novas instrumentalidades para sua efetividade.

Para Bergstein (2015, p. 247) a problemática relacionada à saúde pública, no entanto, não se soluciona apenas com as disposições constitucionais e legislações que fixam valores mínimos a serem investidos pelo Poder Público. São necessárias ações humanas, em especial a atuação estatal, mais eficazes e coerentes com outros direitos expressos na Constituição.

### **3.1 A judicialização da saúde no Tocantins**

Para Silva (2016, p. 72), em atenção à Recomendação nº 31, de 30/3/2011, do Conselho Nacional de Justiça, foi instituído no Tocantins o Núcleo de Apoio Técnico (NAT-TO) para subsidiar os magistrados, representantes do Ministério Público e da Defensoria Pública, na formação de juízo de valor quanto à apreciação

das questões clínicas apresentadas pelas partes nas ações relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, compete ao Núcleo: a) subsidiar os magistrados e demais operadores do Direito com informações relacionadas ao Sistema Único de Saúde e emissão de pareceres técnicos; b) fortalecer o diálogo entre o Poder Executivo, o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública, as Instituições de Ensino e a Sociedade Civil; c) realizar estudos, estimular debates e propor medidas de gestão que contribuam para a redução das ações judiciais no âmbito do SUS, bem como para melhoria da assistência à saúde pública no Estado do Tocantins.

Segundo Silva (2016, p. 72), em 2014 o Núcleo de Apoio Técnico disponibilizou no portal do Tribunal de Justiça o relatório anual das consultas realizadas ao NAT, no período de janeiro a dezembro. Os dados do primeiro ano de NAT-TO são:

a) foram encaminhadas ao NAT quatrocentos e oitenta e nove consultas extrajudiciais e duzentas e oitenta e seis consultas judiciais. Após as informações do NAT, do total de demandas extrajudiciais (489), observou-se um decréscimo de 74% (setenta e quatro por cento) de demandas não ajuizadas (362), o que revela resultado promissor dos trabalhos desenvolvidos pelo NAT/TO;

DESENHO 01 – Consultas judiciais e extrajudiciais ao NAT de janeiro a dezembro de 2014.		
Consultas	Quantidade	(%)
Extrajudicial	489	63
Judicial	286	37
Total	775	100

Fonte: NAT/TO.

b) a evolução mensal das consultas judiciais e extrajudiciais realizadas ao NAT, observando-se a opção pela consulta *extrajudiciais*, o que se revela positivo, pois o jurisdicionado está optando pelas informações do NAT antes de ingressar no Poder Judiciário;

DESENHO 02 – Resultados das demandas extrajudiciais após Informações Técnicas do NAT de janeiro a dezembro de 2014.		
Situação	Quantidade	(%)
Não ajuizadas	362	74
Ajuizadas	127	26
Total	489	100

Fonte: NAT/TO.

c) o NAT também destacou o elevado número de consultas que buscaram o SUS antes da via judicial. Assim, 62,45% buscaram o SUS, e 37,55% não o buscaram. Aqui se verifica que o Poder Público precisa atuar para evitar essa demanda de litígios ao Judiciário;

d) os procedimentos e eventos em saúde mais solicitados e com um percentual elevado, nos processos extrajudiciais enviados ao NAT, são, em ordem decrescente: medicamentos (26,61%), consulta médica (17,50%), exames (12,86%), cirurgia (12,68%), TFD (7,32%), dieta (3,93%), fórmula alimentar (3,75%), internação (2,50%), fralda (2,14%) e insumo (2,14%). Note-se que no Estado do Tocantins falta ao Poder Público planejar sua gestão de forma a atender as prioridades na saúde pública;

e) a quantidade de demandas por instituições autoras dos processos judiciais enviados ao NAT revela que o acentuado número de autores procura a Defensoria Pública e o Ministério Público para reclamar seus direitos, com baixo índice de demanda particular. Isso demonstra que a rede pública de Saúde requer atenção para atendimento de qualidade às pessoas com baixa renda;

f) após os pareceres técnicos do NAT, consta do relatório um percentual de 56,99% de processos julgados, 38,81% não julgados e 4,20% outros.

#### **4 O ACESSO À SAÚDE NO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO**

O Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é um dispositivo legal que tem como objetivo garantir, por meio da rede pública de saúde, assistência médica a pacientes com doenças não tratáveis em seus respectivos municípios por falta de condições profissionais ou técnicas, mediante o custeamento das passagens e diárias necessárias para a locomoção e estadia desses pacientes durante todo o tratamento. Nesse sentido, constitui-se elo entre o enfermo desfrutador do Sistema Único de Saúde (SUS) e o prestador do serviço de saúde, funcionando como instrumento de inclusão social e cidadania, e colaborando para o efetivo funcionamento de outras políticas de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988, tornando-se um marco na história da saúde brasileira, estabelecendo, em seu artigo 196, o objetivo de efetivar a determinação constitucional do direito à saúde como um direito da coletividade e obrigação do Estado, estando regulamentado pela Lei Federal nº 8.080/1990, a qual instrumentaliza o atendimento público da saúde. Com o nascimento do SUS, toda a população passou a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada pelos orçamentos da União, dos Estados, Municípios e do Distrito Federal. A preservação desses direitos se dá por meio de políticas econômicas e sociais que se destinam à diminuição dos riscos de morte, bem como o acesso igualitário e universal aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A relevância do TFD torna-se mais evidente quando se percebe que muitos usuários do SUS não têm condições financeiras para custear seu deslocamento para outros municípios. Desta forma, não é difícil entender que o TFD, na maioria dos casos, pode significar a sobrevivência de muitos cidadãos.

O Tratamento Fora de Domicílio foi implantado por meio da Ordem de Serviço do INAMPS nº 167, de 29 de julho de 1988, que criou e instituiu seus procedimentos.

De acordo com o item 1 desta Ordem de Serviço, o conceito de TFD consiste em atendimento médico a ser prestado ao beneficiário, da Previdência Social, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário a esse tratamento.

O conceito de TFD foi criado pela Ordem de Serviço INAMPS nº 167/1988, onde foi estabelecido que seus beneficiários são aqueles que contribuem para a Previdência Social, excluindo os demais cidadãos que não tinham como fazer essa contribuição.

Após a entrada em vigor da Constituição Federal de 1988, o TFD obteve caráter universal de atendimento e não somente para os que contribuía para a Previdência Social, como era definido anteriormente.

As ações do Programa de TFD foram ordenadas conforme o contido na Portaria nº 055/SAS/MS de 24/02/99, a qual: “Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS”.

A mencionada Portaria institui que é dever do Estado, “garantir acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro; considerando a importância da operacionalização de redes assistenciais de complexidade diferenciada”, quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município.

A partir das principais necessidades do processo de tratamento dos usuários inscritos no programa, tais como, consulta, tratamento ambulatorial e hospitalar, cirurgias, ajudas de custo (diárias) e passagens (aérea, terrestre ou fluvial) de ida e volta ao paciente e acompanhante, se necessário, o SUS estabeleceu, por meio de TFD, o acesso a serviços assistenciais de complexidade diferenciada em outros municípios ou estados.

Conforme a Portaria nº 2309/SAS/MS, de 19 de dezembro de 2001, foram instituídas providências a respeito do TFD, sendo ordenado aos pacientes de referência interestadual que necessitem de assistência em procedimentos de alta complexidade. Portanto, diz respeito especialmente ao fluxo de referência para fora do estado, cuja responsabilidade recai principalmente sobre os estados.

De acordo com Fernandes (2010, p. 40), o TFD se enquadra na ótica dos direitos sociais garantidos constitucionalmente, pois atende às demandas sociais, principalmente, no que se refere à precariedade dos serviços de saúde em alguns municípios e à baixa condição econômica da maioria da população, o que impossibilita a grande maioria das famílias de arcar com despesas de um tratamento de saúde oneroso.

#### **4.1 As demandas de tratamento à saúde fora de domicílio**

De acordo com o Relatório Anual do NATJUS do Estado do Tocantins (2018), dentre os procedimentos mais solicitados nas demandas pré-processuais e judiciais encaminhadas ao NatJus durante o ano de 2018, destacam-se as cirurgias (principalmente as de caráter eletivo), os exames das mais variadas especialidades, seguidos de consultas especializadas, insumos e TFD (Tratamento Fora de Domicílio). Analisando as demandas de procedimentos, nota-se que a maioria dos procedimentos judicializados é por falta ou insuficiência de oferta na rede SUS do Estado ou pela demora no atendimento.

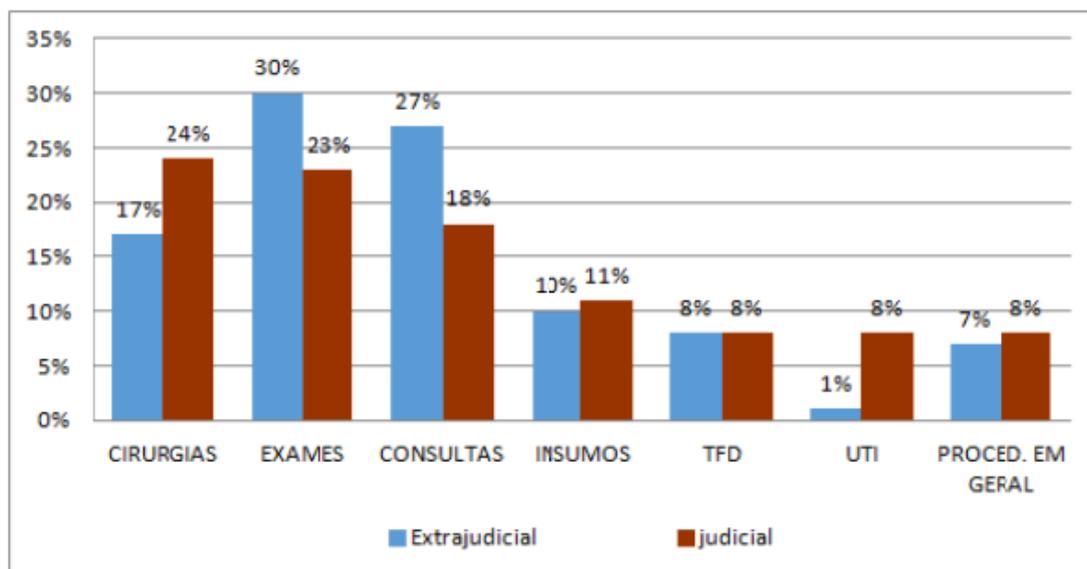


Gráfico 8: Procedimentos das ações e serviços em saúde nas esferas extrajudicial e Judicial no Período de Janeiro a Dezembro de 2018.  
Fonte: Núcleo de Apoio Técnico – NATJUS

A maior parte dos serviços ocorreu nas consultas em fase pré-processual, provenientes da Defensoria Pública e Ministério Público. Dos 4.481 serviços solicitados, destacaram-se os pedidos pré-processuais em consultas, cirurgias, exames e medicamentos.

## **4.2 A regulação do tratamento A regulação do tratamento fora de domicílio no Tocantins**

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no estado do Tocantins é regulamentado pela Portaria SAS/Ministério da Saúde no. 55/1999, que traz diretrizes e procedimentos sobre o TFD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria determina uma série de procedimentos que estão na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Como já explicado, o TFD corresponde a atividade que permite a garantia de acesso a um atendimento especializado de diagnose, terapia ou cirurgias, que serão prestados aos pacientes atendidos de forma exclusiva pelas Unidade de Assistência do SUS, no estado e/ou outros municípios do Tocantins, bem como ainda em outros estados do país. Esse procedimento prevê ainda a disponibilização de ajuda de custo no que se refere à alimentação e estadia do paciente e acompanhantes.

O Manual esclarece que o TFD será concedido quando esgotados todos os meios de tratamento existentes dentro do estado e ainda quando houver possibilidade terapêutica de recuperação do paciente.

A Portaria de Normatização Estadual de Tratamento Fora de Domicílio do Tocantins traz todas as diretrizes e procedimentos que deverão ser seguidos pelos gestores estadual e municipal de saúde, com o intuito de estabelecerem uma política única, primando pela qualidade, eficiência e humanização do atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde.

O primeiro ponto a ser abordado pelo Manual é o pedido de tratamento fora do domicílio, devendo ser feito pelo médico assistente do paciente nas unidades vinculadas ao SUS. Esse pedido deve ser acompanhado do Laudo Médico – que terá a validade de 01 (um) ano – para o TFD, que indicará qual o estado de saúde do paciente. O pedido deverá ainda conter cópias dos exames diagnósticos, confirmando o interesse em usar o serviço, bem como comprovar que todos os meios de tratamento dentro do município ou estado foram esgotados.

Ainda sobre o pedido, o Manual esclarece que o médico assistente do paciente, que realiza o pedido, deverá ser especialista em relação ao caso de tal paciente. Esclarece ainda que a concessão do pedido está sujeita à garantia de atendimento deste paciente em unidade assistencial de referência, com a

apresentação de comprovante de agendamento, demonstrando data e horário da consulta.

O Manual estabelece ainda o papel do SES/Central de Regulação/Gerência, órgão responsável pelo recebimento e todos os procedimentos necessários para o andamento do processo, como análise da documentação e requisitos para o pedido, e informações sobre o seu deferimento ou indeferimento.

Outro ponto importante destacado pela Portaria diz respeito à autorização do pedido. O Manual esclarece que o laudo médico e a documentação do paciente solicitante serão remetidos à apreciação da Comissão Médica, responsável pela análise do pedido e do caso, bem como pela autorização ou não do pedido.

Essa Comissão Médica poderá, inclusive, solicitar, caso haja necessidade, exames e/ou documentos complementares para maiores esclarecimentos acerca do caso concreto, com o intuito de melhor embasar sua decisão.

Em caso de autorização do pedido, a Gerência do TFD realizará os procedimentos necessários para a liberação de passagens para o paciente, atentando-se ao tipo de transporte e ainda a ajuda de custo para alimentação e pernoite do paciente e acompanhante, caso seja necessário.

Sendo o pedido indeferido, é de competência da Comissão Médica justificar de forma devida as razões do indeferimento e encaminhar à Gerência do TFD para que essa informe à Secretaria Municipal, bem como ao paciente solicitante.

No que se refere às despesas, o manual estabelece que serão permitidas as que se refiram ao transporte de ida e volta, ajuda de custo para alimentação e pernoite do paciente e acompanhante, e, em caso de óbito, as despesas com traslado do corpo. O manual estabelece ainda que tais despesas são de responsabilidade do gestor municipal, caso o deslocamento ocorra dentro do próprio estado do Tocantins. Caso o deslocamento seja para outro estado da Federação, a responsabilidade com as despesas passa a ser do gestor estadual.

Algumas situações poderão ser motivo de indeferimento do pedido: documentação incompleta ou ilegível; pedido de TFD para outros países; transferências intra-hospitalares que necessitem de UTI aérea; pedido de pagamento de ajuda de custo para paciente durante o período de hospitalização em unidade assistencial de referência; pedido de ajuda de custo para acompanhante, mesmo não havendo indicação médica e caso o deslocamento seja inferior a 50

(cinquenta) quilômetros de distância da cidade da residência do paciente, dentre outras.

Os valores (R\$) para o custeio da atividade de TFD (Dentro e Fora do Estado) serão norteados pela tabela de procedimentos SIA/SUS, com a entrega das passagens ao paciente/acompanhante para o transporte/deslocamento (ida e volta) e ajuda de custo para alimentação e pernoite.

Ministério da Saúde – MS/ Secretaria de Atenção a Saúde  
Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Orteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS  
Competência: 06/2009

Código	Nome	Valor SIA
0803010010	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE PACIENTE	24,75
0803010028	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO DE PACIENTE S/PERNOITE	8,40
0803010036	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE PACIENTE – (PARA TRATAMENTO CNRAC)	24,75
0803010044	AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE	24,75
0803010052	AJUDA DE CUSTO P/ALIMENTACAO DE ACOMPANHANTE S/PERNOITE	8,40
0803010060	AJUDA DE CUSTO P / ALIMENTACAO/PERNOITE DE ACOMPANHANTE -	24,75
0803010079	UNIDADE DE REMUNERACAO P/ DESLOCAMENTO DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE AEREO (CADA 200 MILHAS)	181,50
0803010087	UNIDADE DE REMUNERACAO P/ DESLOCAMENTO DE PACIENTE POR TRANSPORTE AEREO ( CADA 200 MILHAS)	181,50
0803010095	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE FLUVIAL (CADA 27 MILHAS NAUTICAS)	3,70
0803010109	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE TERRESTRE (CADA 50 KM DE DISTANCIA)	4,95
0803010117	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO DE PACIENTE POR TRANSPORTE FLUVIAL (CADA 27 MILHAS NAUTICAS)	3,70
0803010125	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO DE PACIENTE POR TRANSPORTE TERRESTRE (CADA 50 KM)	4,95
0803010133	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE ACOMPANHANTE POR TRANSPORTE AEREO (CADA 200 MILHAS) - (PARA TRATAMENTO CNRAC)	181,50
0803010141	UNIDADE DE REMUNERACAO P/DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE PACIENTE POR TRANSPORTE AEREO (CADA 200 MILHAS)	181,50

Neste sentido, há necessidade de se conhecer mais a fundo a realidade dos pacientes e de seus familiares envolvidos no processo de tratamento fora de domicílio, tendo em vista que na maioria dos casos se mostra trabalhosa a obtenção desse direito pelo paciente.

## 5 O DIREITO FINANCEIRO NO ESTUDO DOS DIREITOS SOCIAIS

Não há qualquer direito sem custos que viabilize sua efetividade, seja ele social ou não.

Kelbert (2009) esclarece que os direitos sociais, na qualidade de direitos fundamentais constitucionalmente positivados, são direitos que asseguram a exigência de prestações positivas a serem realizadas pelo Estado. Além disso, todos os entes estatais encontram-se vinculados aos direitos sociais também em um sentido negativo: devem se abster da prática de condutas que possam violar esses direitos.

Para a autora, em que pese a dimensão programática das normas de direitos sociais demandarem interposição legislativa para a definição do conteúdo e das políticas públicas que darão concretude aos direitos sociais, a sua falta não poderá servir como fundamento para nenhuma concretização.

No entanto, Kelbert (2009) assinala que a concretização dos direitos sociais esbarra em alguns limites, representados primeiramente pelo seu custo, pois conforme se mencionou ao longo desta exposição, a escassez de recursos é um problema que precisa ser enfrentado. Além da ausência de recursos e meios, observa-se que a realização dos direitos sociais pressupõe ainda a capacidade jurídica do ente estatal de dispor desses meios.

Scaff (2011, p. 80) cita que até alguns direitos como de liberdade de expressão ou de liberdade religiosa seriam direitos sem custo primeiramente, mas sob um segundo olhar, pelo menos para sua manutenção, é necessário um aparato institucional para sua defesa. Mesmo para o pregador religioso que sobe em um caixote e discursa no meio de uma praça pública requer o mínimo de custo para o Poder Público, ao necessitar de recursos para sua proteção e para a habitualidade (limpeza e manutenção mínimas) daquele logradouro.

Holmes e Sustain (2000) apud por Scaff (2011, p. 81) demonstram que mesmo os direitos básicos, de 1ª dimensão, possuem custos que devem ser sustentados por toda a sociedade. A manutenção do aparelho judiciário e do sistema de segurança pública, dentre outros necessários para a implementação dos *civil rights*, têm custo muito elevado e precisam ser financiados através de um sistema tributário forte e ágil. Portanto, não são apenas os direitos de 2ª e 3ª dimensão que necessitam de verbas públicas para sua implementação, mas também os de 1ª.

Os autores ainda explicam uma diferença dentre eles é que os direitos de 1ª dimensão usualmente são fornecidos indistintamente, para toda a sociedade (não há razoabilidade em distinguir quem precisa mais de segurança interna ou externa, ou mesmo de mais ou menos justiça), sendo que os de 2ª dimensão podem e devem ser direcionados aos grupos mais fragilizados de uma sociedade (saúde e normas de adaptabilidade aos portadores de necessidades especiais, por exemplo).

Há quem pense, segundo Scaff (2011, p. 81), que tais custos deveriam ser suportados pelas pessoas que efetivamente utilizam os serviços públicos disponibilizados, o que afastaria seu custeio dos ombros de toda sociedade. Assim, os hospitais públicos e todo o sistema de saúde seriam custeados apenas por quem usasse tais serviços, o que reduziria sobremaneira o peso tributário sobre toda a sociedade, colocando-o apenas sobre aquelas pessoas que usassem os serviços.

A resposta indignada de Estevan (2002) apud Scaff (2011, p. 82) a este tipo de argumento afasta qualquer tentativa de manter esta linha de pensamento, que deve ser rejeitada por várias razões, mas que sinteticamente, podem ser reunidas pelo princípio da solidariedade. Assim, o custo dos direitos fundamentais deve ser financiado por toda a sociedade, através de um sistema que suporte essas despesas.

Para Scaff (2011, p. 82), a discussão sobre custos dos direitos assume relevo especial quando se trata de direitos sociais, pois estes implicam fortes dispêndios e ações por parte do Estado, e, por isso, seu estudo deve necessariamente ser casado com o do Direito Financeiro, cujo primordial objeto é a análise sobre como o Estado arrecada, gasta e se endivida.

Assim, relata o autor que estes três âmbitos de análise (receitas públicas, gastos públicos e crédito público), e especialmente a fórmula utilizada para sua aplicação coordenada (o orçamento), têm direta relação com a temática dos direitos sociais. Vários institutos mais debatidos sobre direitos sociais têm forte implicação financeira, tais como o de *reserva do possível*, *escolhas trágicas*, *progressividade na implementação dos direitos*, *proibição de retrocesso*, *efeito carona (free rider)*, dentre vários outros.

Pelo prisma dos direitos sociais, segundo Scaff (2011, p. 92), pode-se dizer que o estudo do Direito Financeiro se alicerça nos seguintes tópicos principais, dentre outros:

- a) A Receita Pública analisa quem paga as contas.

- b) As Renúncias Fiscais tratam de quem deixa de pagar a conta.
- c) O Gasto Público trata de quem recebe as prestações sociais, ou, em uma perspectiva mais ampla, os dispêndios dos Estados.
- d) O Crédito Público implica saber qual geração pagará a conta.
- e) E, por fim, o Orçamento Público estuda como o Estado organiza os itens acima.

Segundo Clève (2003) os direitos sociais realizam-se através de prestações do poder público, prestações que pressupõem a existência de um orçamento e de dotações específicas.

Por conta disso, para o autor, alguns sistemas constitucionais, como o português, por exemplo, estabelecem no próprio corpo da Constituição uma distinção de regimes jurídicos. Ou seja, os direitos, liberdades e garantias (direitos clássicos ou de defesa) não ostentam o mesmo regime dos direitos sociais, econômicos e culturais (direitos prestacionais).

Portanto, se faz necessária a compreensão da estrutura do sistema orçamentário brasileiro e de seus institutos para melhor resolução do tema do presente trabalho, o qual será feito adiante.

### **5.1 Reserva do possível, mínimo existencial e escolhas trágicas**

Scaff (2011, p. 95) propõe importantes questionamentos que se tornam pertinentes na análise dos temas propostos neste capítulo: o Estado deve gastar em favor de quem? Quem estabelece quais serão os destinatários e as prioridades no gasto público dos gastos públicos com saúde no Brasil?

Respondendo aos próprios questionamentos, o economista Amartya Sen (2006) citado por Scaff esclarece que, o fato de que cada consumidor deva fazer suas escolhas não significa que não existam limites orçamentários, mas simplesmente que a escolha deve ser feita internamente ao limite orçamentário ao qual cada indivíduo deve adequar-se. Aquilo que vale para a economia elementar vale também para a decisão política e social de alta complexidade.

A expressão *reserva do possível*, segundo Scaff (2011, p. 96), surgiu de uma decisão do Tribunal Constitucional alemão, tendo como significado que todo orçamento possui um limite que deve ser utilizado de acordo com as exigências de harmonização econômica geral. Assim, ao decidir pela inconstitucionalidade da

limitação de vagas impostas pela Universidade da Baviera, o Tribunal Constitucional Alemão entendeu que existe uma limitação fática, condicionada pela reserva do possível, no sentido do que pode o indivíduo, racionalmente falando, exigir da coletividade. Isso deve ser avaliado em primeira linha, pelo legislador, em sua própria responsabilidade. Ele deve atender, na administração de seu orçamento, também a outros interesses da coletividade, considerando as exigências da harmonização econômica geral.

Scaff (2011, p. 97) ressalta que é importante observar que esta expressão vem sendo muito maltratada pela jurisprudência brasileira, que a hostiliza de maneira praticamente unânime, em virtude de sua má compreensão. Ela vem sendo entendida como se existisse um complô no seio da Administração Pública para esconder recursos públicos visando o não cumprimento de determinações judiciais e não implementação dos direitos fundamentais sociais, sendo a “Reserva do Possível” uma tentativa de refúgio das ordens judiciais.

Sarlet (2010, p. 356) faz um alerta sobre o que tem sido, de fato, falaciosa, é a forma pela qual muitas vezes a reserva do possível tem sido utilizada entre nós como argumento impeditivo da intervenção judicial e desculpa genérica para a omissão estatal no campo da efetivação dos direitos fundamentais, especialmente de cunho social.

Para Scaff (2011, p. 97) *reserva do possível* é um conceito econômico que decorre da constatação da existência da escassez dos recursos, públicos ou privados, em face da vastidão das necessidades humanas, sociais, coletivas ou individuais; e cada indivíduo, ao fazer suas escolhas e eleger suas prioridades, tem que levar em conta os limites financeiros de suas disponibilidades econômicas. O mesmo vale para as escolhas públicas, que devem ser realizadas no seio do Estado pelos órgãos competentes para fazê-lo.

Quanto ao acolhimento da reserva do possível no sistema constitucional brasileiro, Kelbert (2009), ensina que embora não se possa extrai-la diretamente do texto constitucional, é argumento válido a ser levado em conta quando em causa a concretização dos direitos sociais, especialmente por configurar um limite real, ou mesmo uma condição de realidade, conforme referido na doutrina.

Assim, a autora conclui que não se trata de regra, cláusula, teoria ou princípio, mas sim de um limite real que deve ser levado em conta na aplicação dos direitos sociais, compreendendo três dimensões: fática, jurídica e negativa.

Kelbert (2009) ressalta que fica claro que não se pode pleitear o impossível, no entanto, a reserva do possível só poderá ser aceita como argumento excepcional. Isso significa que, primordialmente, deverão ser atendidos os direitos sociais, pois são decorrência expressa da vontade constituinte, bem como deverão ser atendidas todas as vinculações orçamentárias igualmente previstas no texto constitucional, sob pena de violação destas normas. Ou seja, o Estado deverá comprovar que empregou os recursos existentes e disponíveis em consonância com as vinculações constitucionais.

Assim, a autora consigna que a dimensão fática da reserva do possível, representada pela escassez de recursos, não poderá ser o único fundamento para a não concretização dos direitos sociais, pois em face da constatação da inexistência de recursos suficientes a satisfazer todos esses direitos, as normas constitucionais que os preveem restariam despidas de vinculação jurídica.

Amaral (2001, p. 26) em seu estudo no exame de decisões judiciais buscou critérios para lidar com a escassez de recursos, considerando o direito à saúde como absoluto. O autor cita que o Tribunal de Justiça de Santa Catarina, ao julgar o Agravo de Instrumento nº 97.000511-3, Rel. Des. Sérgio Paladino, entendeu que o direito à saúde, garantido na Constituição, seria suficiente para ordenar ao Estado, liminarmente e sem mesmo sua oitiva, o custeio de tratamento nos Estados Unidos, beneficiando um menor, vítima de distrofia muscular progressiva de Duchenne, ao custo de US\$ 163.000,00, muito embora não houvesse comprovação da eficácia do tratamento para a doença, cuja origem é genética. Nesse julgamento foi asseverado que: “Ao julgador não é lícito, com efeito, negar tutela a esses direitos naturais de primeiríssima grandeza sob o argumento de proteger o Erário”, sendo afastados os argumentos de violação aos artigos 100 e 167, I, II e VI, da Constituição Federal. O Supremo Tribunal Federal, em decisão de seu presidente Min. Celso de Mello negou pedido de suspensão dos efeitos da liminar por grave lesão à ordem e à economia pública, solicitada pelo Estado de Santa Catarina.

Amaral (2001, p. 98) cita argumentos elencados por Peces-Barba Martínez, Pérez Luno e Alexy para demonstrar a insuficiência de se divisarem os direitos fundamentais em direitos positivos e negativos, onde considera que tais distinções não possuem eficácia para tornar evidente a problemática dos direitos sociais de prestação, onde propõe um novo olhar para proporcionar foco nas posições jurídicas decorrentes dos direitos fundamentais: a sua decomposição em pretensões. No

desenvolvimento dessa tese, depois tornar evidente que mesmo os direitos negativos trazem pretensões positivas, chega na conclusão de defender que os direitos humanos e fundamentais seriam direitos que não correspondem a deveres correlatos.

Em que pese esses direitos valerem para todos, Amaral (2001, p. 114) deixa claro que os recursos para o atendimento das demandas são finitos, surgindo um conflito: o conflito por pretensões positivas, onde haverá a necessidade de decidir sobre o local onde irá empregar os recursos escassos através de escolhas disjuntivas (o atendimento de uns e o não atendimento de outros). Esse conflito não é, geralmente, tratado pela doutrina e mesmo o critério de ponderação revelar-se-ia insuficiente.

Para Amaral (2001, p. 185) a escassez de recursos ou de meios para satisfazer direitos, mesmo fundamentais, não pode ser descartada. Caso surja escassez para satisfação de direitos, o Direito precisa estar preparado para dar respostas. Assim, em quase todos os países, não se conseguiu colocar todos os cidadãos dentro de um padrão aceitável para viver, o que comprova não ser a escassez, quanto ao mínimo existencial, uma exceção, uma hipótese limite e irreal que não deva ser considerada seriamente.

Assim, Amaral (2001, p. 71-80) ensina que é necessário que o Poder Judiciário, ao decidirem sobre a eficácia e efetividade das pretensões em casos específicos, fundamentem suas decisões admitindo a forma como os custos afetam a intensidade e consistência dos direitos, examinando de forma aberta a competição por recursos escassos que não são capazes de satisfazer a todas as necessidades sociais, implicando em escolhas disjuntivas de natureza financeira.

Para Amaral (2001, p. 146-147), a competição por recursos se torna uma questão não muito observada, pois apenas o caso concreto é analisado. Mesmo em decisões individuais, não há situação para a qual não haja recursos. Não há tratamento que suplante o orçamento da saúde ou, mais ainda, aos orçamentos da União, de cada um dos Estados, do Distrito Federal ou da grande maioria dos Municípios. Assim, dando foco apenas para o caso individual, vislumbrado apenas o custo de cinco mil reais por mês para um coquetel de remédios, ou de cento e três mil reais para um tratamento no exterior, não se vê a escassez de recursos, mormente se adotando o discurso de que o Estado tem recursos 'nem sempre bem empregados'.

Segundo Scaff (2011, p. 97) não se deve confundir a reserva do possível de caráter econômico, mais próxima do conceito de “escassez”, com a “impossibilidade técnica”. Haverá impossibilidade técnica quando, por exemplo, um medicamento ainda estiver sendo produzido em caráter experimental – o que poderá ocasionar que indivíduos desejem adquiri-los, mas sua escala de produção ainda não chegou à etapa industrial, pois ainda se encontra em fase de testes. Haverá escassez quando a produção atinge o nível industrial, mas ainda é insuficiente para atender a todos os consumidores.

Observa-se, conforme elucida Scaff (2011, p. 98), que a reserva do possível está, de certo modo, casada com a necessária característica de serem os direitos sociais direitos a prestações. Os recursos são escassos, mas devem sempre ser utilizados de modo a ampliar as prestações sociais que implementem os direitos sociais previstos em nossa Constituição.

Destaca Sarlet (2010, p. 327), que a dependência, da realização de direitos sociais prestacionais, da conjuntura socioeconômica é tudo menos pura retórica ou mera ideologia. Negar que apenas se pode buscar algo onde este algo existe e desconsiderar que o Direito não tem o condão de – qual toque de Midas – gerar recursos materiais para a sua realização fática, significa, de certa forma, fechar os olhos para os limites do real.

Correlato aos conceitos explorados anteriormente, Clabresi e Bobbit (1978) apud Scaff (2011, p. 99) criaram o conceito de “escolhas trágicas”, que significa demonstrar a relação entre as escolhas realizadas pela sociedade e suas consequências, sempre com olhos voltados para os valores de cada sociedade.

Os autores analisando a sociedade americana e explicam que, na verdade, todas as situações trágicas são decisões que não são vistas como trágicas. Não parece trágico nos Estados Unidos deixar de prover tratamento de diálise para uma pessoa na qual este tratamento não está funcionando. Nem é trágico em tempo de guerra escolher jovens enquanto são dispensados anciãos quando se acredita que os jovens são melhores soldados. Ambas as decisões determinam quem terá mais chance de viver. Nenhuma das duas implica um conflito entre os valores americanos. Seria diferente se um rim fosse doado a um destinatário rico ao invés de um paciente pobre sob o fundamento de que um rim funcionaria melhor em um homem rico, porque ele pode se dar ao luxo de descansar, ter enfermeiras particulares, e assim por diante.

Scaff (2011, p. 100) observa que na situação acima, existe como paradigma a questão da eficiência. Ou seja, não se trataria de uma escolha trágica em situações iguais porque o critério de eficiência levaria naturalmente às escolhas adotadas.

Para Clabresi e Bobbit (1978) apud Scaff (2011, p. 100) na sociedade americana existem dois outros paradigmas a serem considerados: a honestidade e a igualdade. Assim, quando se tornou claro que os ricos estavam sendo tratamento favorável, saudáveis ou não, isso demonstrou que as pessoas que tinham tomado esta decisão tinham sido desonestas sobre seus motivos, e mesmo que essa discriminação tenha alcançado a máxima eficiência, o critério discriminatório e, portanto, o método de distribuição, tornou-se inaceitável.

## **5.2 Processo orçamentário e a garantia financeira do direito à saúde**

A Constituição Federal, conforme Scaff (2011, p. 83), não se limitou a declarar os direitos sociais relatados. A Carta Magna também fez previsão dos recursos para custeio desses direitos, sendo reconhecido o caráter prestacional dos mesmos.

Dessa forma, além de declarar os direitos, estabelece sua fonte de custeio, o que se caracteriza como uma específica garantia financeira para sua efetiva prestação à sociedade.

Assim, o autor ensina que existem recursos mínimos assegurados pela Constituição aos entes federativos de modo a permitir que a Seguridade Social seja mantida (Assistência Social, Previdência Social e Saúde Pública).

As normas da Constituição Federal que garantem os recursos financeiros mínimos para a implementação dos direitos vinculados à Seguridade Social estão em seu artigo 195.

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo

sem vínculo empregatício; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

b) a receita ou o faturamento; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

c) o lucro; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - dos trabalhadores;

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

O custeio da Seguridade Social pode ser criado por lei complementar, sendo vedada a criação, majoração e ampliação dos benefícios sem a correspondente fonte de custeio.

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

O direito à saúde também se beneficia de fontes próprias de financiamento, conforme o artigo 198 da Constituição Federal.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

[...]

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Scaff (2011, p. 85) explica que o §1º do artigo 198 define as fontes orçamentárias para custeio dos gastos com o SUS, bem como abre a possibilidade de outras fontes de recursos virem a ser estabelecidas, ficando desde logo mencionado que a parcela do que vier a ser arrecadado na forma do art. 195, que trata do custeio da Seguridade Social, deverá ser destinado aos gastos com Saúde.

O autor ainda ressalta que a Constituição Federal prevê recursos mínimos a serem direcionados a este tipo de gasto por cada ente federativo.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Após a promulgação da Emenda Constitucional 29, que criou a vinculação anteriormente descrita, segundo Scaff (2011, p. 86), a Lei Complementar prevista no art. 198, §2º para sua regulamentação não foi editada, caracterizando prejuízo à população, pois deixa os entes federativos sem fixação do que deve ser entendido como “gasto em saúde” e sem limites mínimos permanentes de fonte de custeio para garantir financeiramente este importante direito social.

O autor questiona que no aspecto das fontes de custeio, a base de cálculo dos valores a serem vinculados por Estados e Municípios está descrita em norma (art. 198, §2º, II e III), mas, sem ter sido estipulada a alíquota (art. 198, §3º, I). Como ter uma correta delimitação dos valores a serem vinculados?

Scaff (2011, p. 86) ainda ressalta que para a União sequer a base de cálculo foi determinada, quanto mais a alíquota. Assim, a norma constitucional perde grande parte de sua eficácia em face da injustificada demora na edição de Lei Complementar de prazo certo, prevista no art. 198, §3º.

Todavia, segundo Scaff (2011, p. 86), a norma constitucional inscrita no art. 77 do ADCT criou uma espécie de regulamentação transitória das fontes de custeio no interregno da omissão legislativa na regulamentação do art. 198, §3º. Prescreve a norma transitória que, não tendo sido editada a Lei Complementar acima referida, “a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto” no art. 77 do ADCT, que, como mencionado, encontra-se plenamente vigente em face da omissão legislativa.

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Conforme Scaff (2011, p. 88), o artigo 77, §3º, ADCT, todos estes recursos (federais, estaduais, distritais e municipais) serão reunidos em um Fundo (financeiro) de Saúde, a ser fiscalizado pelo Conselho de Saúde, sem afastar os sistemas de controle interno de cada Poder, previstos no art. 74 da Constituição Federal em razão de expressa determinação constitucional e, obviamente, sem afastar a competência do controle externo, a cargo do Poder Legislativo com o auxílio do Tribunal de Contas, na forma que estabelece o art. 71 da Carta. Este Fundo de Saúde, que vincula todos os recursos acima descritos, é previsto como exceção ao Princípio da Não Afetação, constante do artigo 167, IV da Constituição Federal.

Art. 167. São vedados:

[...]

IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, 212 e 37, XXII, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

Caso não seja aplicado o mínimo de ações e serviços públicos de saúde, conforme explica Scaff (2011, p. 89), deverá ser aplicada a penalidade prevista na Constituição Federal, que é a intervenção federal, na forma do inciso VI, do artigo 34.

Portanto, assevera Scaff (2011, p. 89) que é desnecessária uma ação judicial para obrigar o Congresso Nacional a legislar em face da inegável omissão legislativa sobre a fonte de custeio do direito à saúde. A norma transitória já estabeleceu com bastante detalhe esta fonte de custeio.

Há ainda, para Scaff (2011, p. 89) o problema de identificar o que seja gasto com *ações e serviços públicos de saúde*. Para o autor, há uma zona clara e outra escura para delimitação deste parecer, remanescendo uma zona acinzentada de indeterminação, que dificulta aplicação deste conceito no âmbito dos gastos.

Assim, Scaff (2011, p. 89) ensina que o SUS, consubstanciado em um sistema que implementa a política de saúde do Brasil, é financiado por: a) Parcela orçamentária dos recursos destinados à Seguridade Social, inscritos no art. 195, CF, na forma do que estabelece o art. 198, §1º da CF; b) Parcela da União, mínima,

constituída pela percentagem do PIB utilizada no ano de 2000, acrescido de sua variação anual, sendo que 15% deste valor deverá ser necessariamente aplicado em ações e serviços de saúde nos Municípios; c) 12% e praticamente toda receita própria e de transferências obrigatórias recebidas pelos Estados e Distrito Federal; d) 15% de praticamente toda a receita própria e de transferências obrigatórias recebidas pelo Distrito Federal e Municípios.

Para Scaff (2011, p. 90), o problema do custeio do direito à saúde no Brasil é ampla e minuciosamente regulado na própria Constituição Federal, inclusive com previsão de regas transitórias em caso de omissão legislativa em sua regulamentação.

Deve ser observado, conforme assevera Scaff (2011, p. 90), esta fonte de custeio acima descrita, que se constitui em verdadeira garantia financeira para a consecução do direito à saúde, decorrente de desembolsos compulsórios de todas as pessoas que são contribuintes do sistema tributário nacional, sejam brasileiros ou estrangeiros, pessoas físicas ou jurídicas, com ou sem personalidade jurídica própria e tipificada em nosso ordenamento legal. Desde que contribua para o sistema tributário brasileiro estará contribuindo para o custeio do SUS e, conseqüentemente, para o financiamento da saúde no Brasil.

Considerando que já houve explicação sobre a origem do custeio do direito à saúde, é necessário voltar à discussão sobre escolhas trágicas. Assim, no que diz respeito ao uso dos recursos públicos, busca-se esclarecer quem tem a primeira e principal escolha sobre quais serão os destinatários dos gastos públicos no Brasil.

Chega-se, portanto, conforme elucida Scaff (2011, p. 101) ao direito orçamentário, considerando que é responsabilidade do Poder Legislativo a priorização dos gastos públicos relacionados à saúde, através de um mecanismo chamado de Sistema orçamentário, composto no Brasil por três leis: PPA – Plano Plurianual, LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias e LOA – Lei Orçamentária Anual, na forma do art. 165 da CF.

Para Scaff (2011, p. 101) caberá ao Legislativo definir quem vai receber estas prestações sociais, e quais prioridades, através do orçamento público. No Brasil, a lei orçamentária possui tramitação especial prevista na Constituição, embora tenha a mesma validade das leis ordinárias. Dessa forma, quando fixa uma despesa, estes gastos devem ser cumpridos, sob condição de outras normas que concretizem sua realização, seja uma licitação, seja a contratação de servidores

públicos através de concurso, seja pela via dos precatórios. Importante deixar esclarecido que nem todas as despesas são cumpridas em um ano, podendo ser relegadas a outros períodos, sendo essas despesas chamadas de “restos a pagar”.

Ensina Scaff (2011, p. 101) que o plano plurianual – PPA (art. 165, I, CF) – deve ser estabelecido por Lei de iniciativa do Poder Executivo e disporá, de forma regionalizada, sobre as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada (art. 165, § 1º, CF). Esta norma deverá ser encaminhada ao Congresso Nacional até 04 meses antes do encerramento do primeiro exercício financeiro do mandato presidencial, devendo encerrar-se ao final do primeiro ano do mandato subsequente (art. 35, § 2º, I, ADCT).

De acordo com Scaff (2011, p. 102) esta lei é de tamanha importância, que o próprio art.165, § 4º determina que os planos e programas nacionais, regionais e setoriais serão elaborados em consonância com o Plano Plurianual, assim como as emendas ao projeto de lei do orçamento anual ou aos projetos que o modifiquem somente podem ser aprovados, caso sejam compatíveis com o plano plurianual (art. 166, §3º, I, CF).

Em consonância com o Plano Plurianual, conforme ensina Scaff (2011, p. 102), deve ser enviado anualmente ao Congresso Nacional o projeto de outra norma, denominada de Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO (art. 165, II, CF) – , que compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente; orientará a elaboração da lei orçamentária anual; disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (art. 165, § 2º, CF). Trata-se de uma lei anual e deve ser encaminhada até meados de abril ao Congresso Nacional, o qual terá até o final de junho para sua discussão e votação.

Scaff (2011, p. 102) assevera que a função da LDO é estabelecer os primados e as diretrizes para o Projeto de Lei Orçamentária Anual, que se lhe deve seguir, e com ela deve estar alinhado.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/00), para Scaff (2011, p. 102) criou outras funções para a LDO, tais como o estabelecimento orçamentário, a possibilidade de serem realizadas limitações de empenho, o controle de custos e avaliação dos resultados dos programas financiados, e as condições e exigências

de recursos a entes públicos e privados através de subvenções. Passou a exigir ainda que a LDO veiculasse um Anexo de Metas Fiscais e um Anexo de Riscos Fiscais. Todas as funções criadas pela LRF para serem veiculadas pela LDO são *funções anômalas*, pois originalmente não estavam previstas na Constituição – embora essas exigências não se constituam em inconstitucionalidade, pois nada impede que uma Lei Complementar – tal como a LRF (LC 101/00) – venha a estabelecer este tipo de exigências.

Conforme Scaff (2011, p. 103) é estabelecida ainda a exigência da Lei Orçamentária Anual – LOA (art. 165, III, CF) –, cuja função principal é a gestão administrativa e financeira do país. Fruto do Princípio da Unidade, esta norma compreende três tipos de orçamento:

- a) O orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público.
- b) O orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;
- c) O orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público. (art. 165, § 5º, CF).

Scaff (2011, p. 103) elucida que esse parágrafo (art. 165, § 5º) contém o *Princípio da Unidade* acima referido, pois determina que todas as receitas e despesas relativas ao Estado sejam englobadas em um único orçamento, sejam de que tipo for (capital, correntes etc.). A ideia é que a universalidade do que for arrecadado, do que for gasto e das operações de crédito estejam reunidos em um único documento – daí a conjugação de *universalidade* com *unidade*.

Além disso, para Scaff (2011, p. 103) o projeto da LOA deverá acompanhar, de forma regionalizada, o efeito sobre as receitas e despesas, decorrentes de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia. (art. 165, § 6º). Assim, trata das *renúncias fiscais*. Este projeto deve ser encaminhado ao Congresso até 31 de agosto e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa do mesmo ano.

Desta maneira, para Scaff (2011 p. 104), o Sistema Orçamentário brasileiro funciona como um funil para o planejamento, na medida em que vincula as disposições de uma espécie normativa às das outras. Em primeiro lugar, devem ser

obedecidos os Fundamentos (art. 1º) e os Objetivos Constitucionais (art. 3º) que servem de lastro na construção desse Sistema Orçamentário, e que são perenes, para qualquer esfera de governo ou de coloração política, pois deve ser respeitado o pluralismo político. Na sequência, deve ser organizado o PPA, que é uma lei com prazo de validade de 4 anos, e que estabelece os planos e projetos de governo para esse período.

Após, esclarece Scaff (2011, p. 104), deve ser editada a LDO que tem por função precípua orientar a construção do projeto LOA, além de outras atribuições estabelecidas na lei de responsabilidade Fiscal. Por fim, no âmbito da proposição normativa, surge a LOA, que é igualmente uma lei de prazo determinado – e parte final do funil referente ao planejamento orçamentário –, que deve reger a realização de todas as despesas governamentais pelo período de 1 ano.

A execução orçamentária de toda essa construção, conforme explica Scaff (2011, p. 104), incumbe ao Poder Executivo, no âmbito de seus próprios órgãos internos, bem como os demais Poderes que recebem de forma dozeavada os recursos que lhes cabem (art. 168, CF). Incumbe ao Poder Executivo publicar até 30 dias após o encerramento de cada bimestre relatório resumido da execução orçamentária (art. 165, § 3º, CF). A fiscalização financeira e orçamentária deve ocorrer através do sistema de *controle interno* a cada Poder (art. 70, CF), e ao Poder Legislativo, no âmbito do *controle externo*, a ser exercido com o auxílio do Tribunal de Contas (art. 71, CF).

Scaff (2011, p. 105) elucida que é através do Orçamento que são estabelecidas as prioridades nos gastos públicos e que é possível determinar o quanto de recursos será alocado para implementação dos direitos sociais. A partir da quantificação dos recursos financeiros para a implementação dos direitos é que poderá constatar o nível de prioridade que a efetivação daquele direito possui em uma dada sociedade, em certo período. De nada adianta falarmos de direitos, em especial dos direitos sociais, se não olharmos quanto de recursos financeiros o Estado estabeleceu para sua realização. A singela proclamação de direitos *custosos* serve de muito pouco, caso não sejam atribuídos os recursos necessários para sua implementação.

No Brasil, como visto acima, esclarece Scaff (2011, p. 105) que é o Poder Legislativo quem dita tais prioridades através do sistema orçamentário, pois é nele que são realizadas as *escolhas trágicas de eleição de prioridades de gastos públicos*,

a serem implementadas em *curto* e *médio* prazo (os objetivos de *longo* prazo estão previstos na Constituição). A isto se chama “discricionariedade do legislador” – a possibilidade de escolha pelo legislador dos objetivos de curto e médio prazo que devam ser implementados visando alcançar as metas estabelecidas na Constituição.

Para Scaff (2011, p. 106) a função do Poder Executivo é a de realizar estes gastos e implementar os objetivos de curto e médio prazo, da forma e no limite estabelecido pela lei. Claro que existe uma margem de “*discricionariedade administrativa*”, mas esta é circunscrita pelas normas constitucionais e legais que regem as situações concretas sob responsabilidade a Administração.

No Brasil, de acordo com Scaff (2011, p. 106) o *constituente* não cedeu ao *legislador* tão ampla *discricionariedade* sobre *quanto* deve destinar do montante arrecadado para os gastos sociais. Isto porque a própria Constituição traz uma série de obrigatórias vinculações da receita às despesas sociais. Trata-se de um “*orçamento mínimo social*” ou de “*garantias constitucionais de financiamento dos direitos sociais*” a ser utilizado para a implementação desses. Os recursos públicos vinculados para o custeio com os gastos com a saúde foram longamente expostos acima. Isso não implica dizer que não remanesça margem para a discricionariedade do legislador, pois este ainda terá espaço para decidir e realizar as *escolhas trágicas* sobre onde alocar os recursos públicos para a saúde, se em campanhas de erradicação da malária ou em hospitais para tratamento de oncologia; ou mesmo em ambos, mas reconhecendo que nesta hipótese a repartição dos recursos implicará em dar maior importância a uma opção em face de outra.

Assim, de acordo com Scaff (2011, p. 106) é no âmbito do processo orçamentário – local de atuação privilegiada do Poder Legislativo – que se realizam as primeiras *escolhas trágicas*, mesmo com os recursos vinculados estabelecidos pelo “orçamento mínimo social”.

Deve-se ainda observar, conforme elucida Scaff (2011, p. 106), que estas escolhas orçamentárias são passíveis de *flexibilização*, cujos mecanismos são, dentre outros, os *créditos adicionais* (suplementares, especiais e extraordinários), a *limitação de empenho* (também conhecida por *contingenciamento*), a *reserva de contingência* e a *margem de remanejamento*.

Assim, para Scaff (2011, p. 107) através destes mecanismos, alguns alocando maior poder ao Executivo, como a *limitação de empenho* e os *créditos adicionais extraordinários*, outros ao Legislativo, é permitido que ao longo do

exercício financeiro, durante a execução orçamentária, a alocação inicial de recursos na LOA seja ajustada às mudanças de prioridades políticas que venham a ocorrer, sempre com respaldo do Legislativo. Portanto, as *escolhas trágicas* adotadas inicialmente na LOA podem vir a ser alteradas ao longo da execução orçamentária, consoante novas *escolhas* e na medida da *reserva do possível*.

## 6 ANÁLISE DOS PROCESSOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DO ESTADO DO TOCANTINS ENTRE OS ANOS DE 2018 e 2019

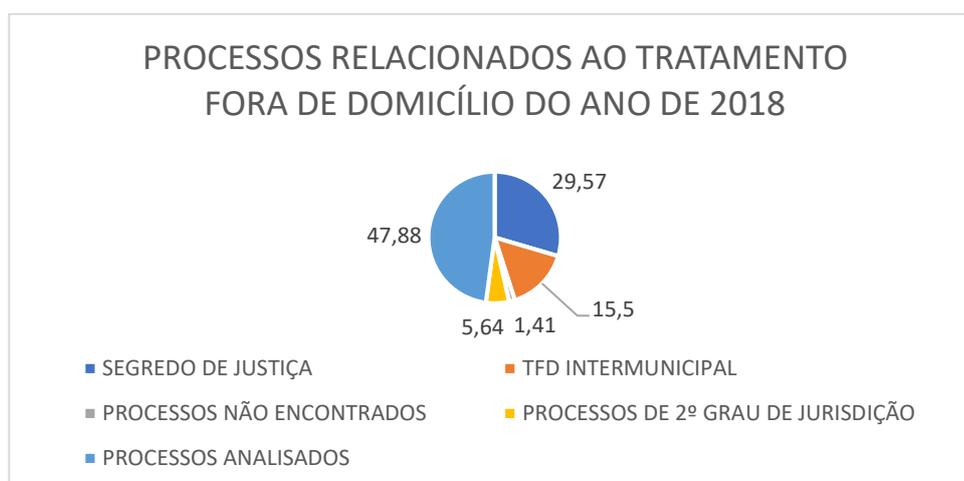
Na tentativa de se encontrar um padrão, tanto das demandas proferidas, quanto do efetivo cumprimento, foi feita uma coleta de dados, através da base de dados da Justiça Estadual tocantinense, pelo sistema E-proc.

Os processos foram encontrados através do Núcleo de Apoio Técnico das ações relativas ao SUS, relacionadas à temática deste trabalho

Foram analisados somente processos disponíveis à consulta pública, no âmbito de todas as Comarcas do Estado do Tocantins, excetuando os processos que, por algum motivo, tramitaram em segredo de justiça, processos tramitando em 2º Grau de Jurisdição, processos não encontrados e processos que se tratavam de Tratamento Fora de Domicílio intermunicipal, considerando que a maioria destes possui cumprimento de forma administrativa, isto é, sem gerar ônus financeiro ao custeador de despesas, o Estado do Tocantins.

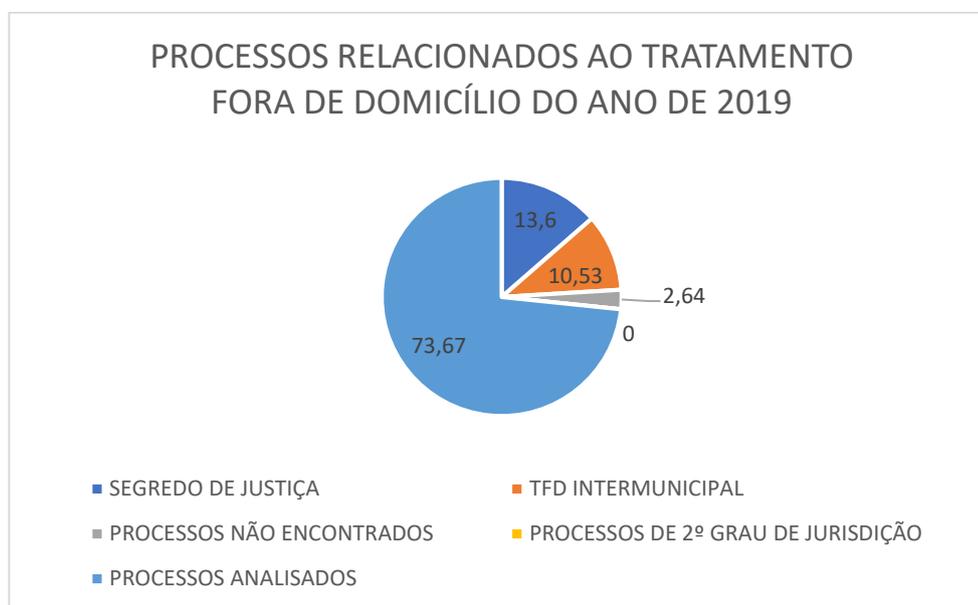
O objetivo do presente trabalho foi de analisar os ônus financeiros desnecessários causados ao erário através de decisões judiciais e em contrapartida a efetividade das decisões judiciais relacionadas ao Tratamento Fora de Domicílio.

No total, foram selecionados 71 processos relacionados ao Tratamento Fora de Domicílio do ano de 2018 e 38 processos do ano de 2019. Sobre os processos separados para análise, 47,88% dos processos listados pelo NATJUS Estadual do ano de 2018 foram analisados.



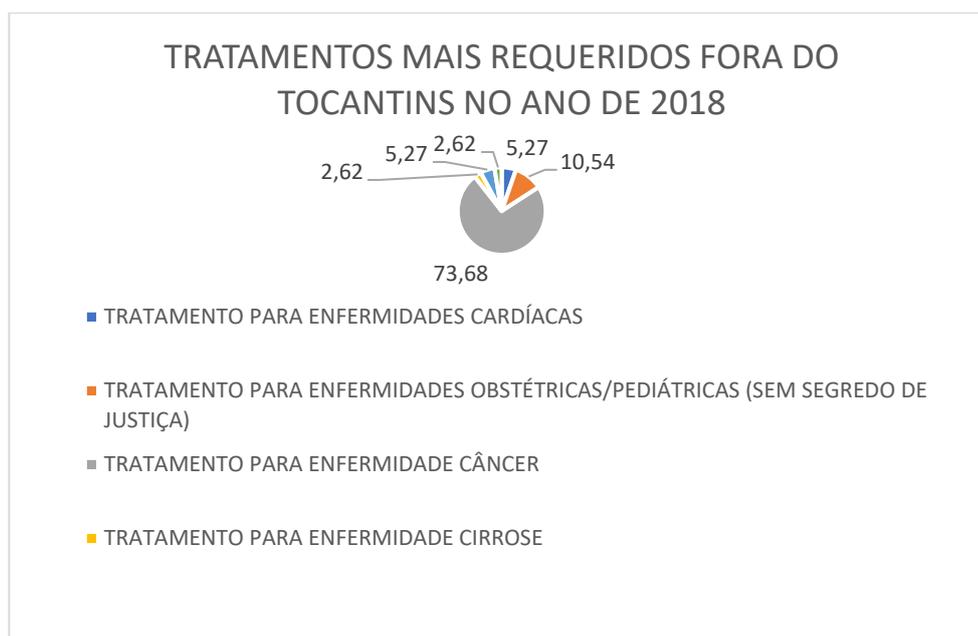
Fonte: Dados retirados do sistema e-proc, nos termos do quadro do Anexo 1.

No que se refere aos processos separados para análise referentes ao ano de 2019, 47,88% dos processos listados pelo NATJUS Estadual do ano de 2018 foram analisados.



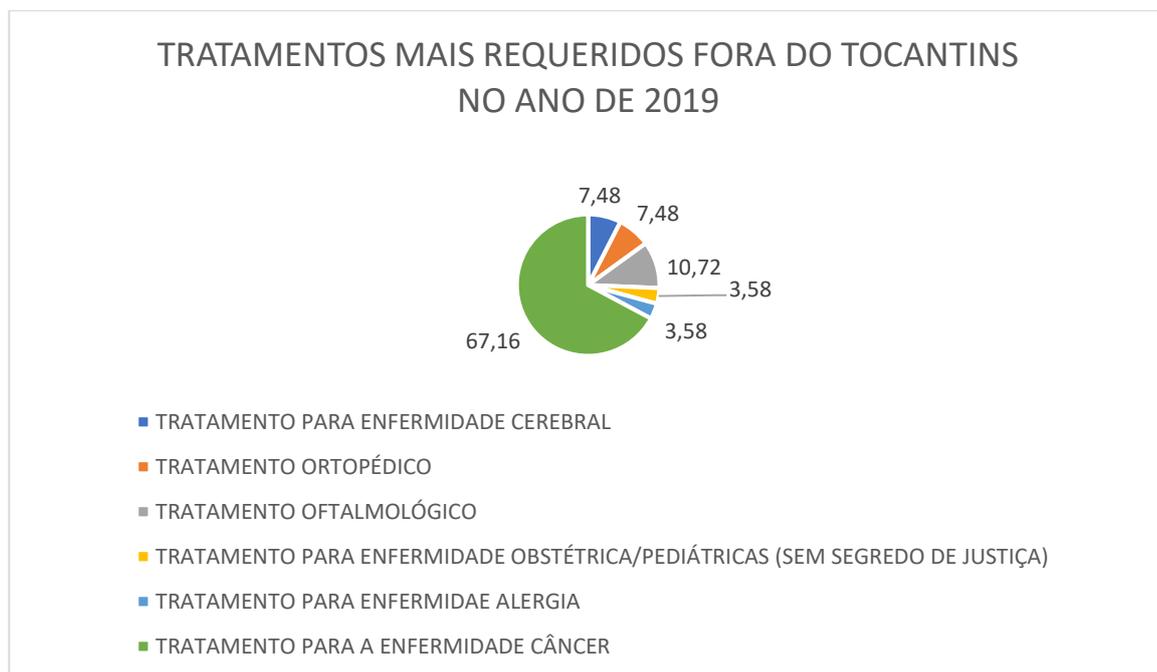
Fonte: Dados retirados do sistema e-proc, nos termos do quadro do Anexo 2.

Sobre os tipos de tratamento mais buscados fora de domicílio no ano de 2018 são das seguintes enfermidades:



Fonte: Dados retirados do sistema e-proc, nos termos do quadro do Anexo 1.

Os tipos de tratamento mais buscados fora de domicílio no ano de 2019 são:



Fonte: Dados retirados do sistema e-proc, nos termos do quadro do Anexo 2.

Percebe-se através do gráfico que 67,16% dos pacientes que buscaram tratamento fora de domicílio, no ano de 2019, estavam procurando tratar a doença câncer.

No que se refere às decisões sem observância do Manual de Tratamento Fora de Domicílio, foram proferidas, no ano de 2018, 32,36% de decisões que não seguiram o Manual de Tratamento Fora de Domicílio.



Fonte: Dados retirados do sistema e-proc, nos termos do quadro do Anexo 1.

Já no que diz respeito às decisões sem observância do Manual de Tratamento Fora de Domicílio, foram proferidas, no ano de 2019, 47,83% de decisões que não seguiram o Manual de Tratamento Fora de Domicílio.



Fonte: Dados retirados do sistema e-proc, nos termos do quadro do Anexo 1.

## 6.1 A efetividade das decisões judiciais relacionadas ao Tratamento Fora de Domicílio no Estado do Tocantins sob o viés financeiro

Para Faria (2018) os pronunciamentos feitos pelo magistrado no processo são aqueles em que ele decide uma questão ou quando ele simplesmente impulsiona o procedimento. A esse último damos o nome do despacho, enquanto o primeiro, de conteúdo decisório, de decisão *lato sensu*. Já as decisões *lato sensu* podem ser divididas em sentenças e decisões interlocutórias, quando proferidas em primeiro grau, ou em acórdão ou decisões unipessoais, nas decisões de órgãos colegiados.

Neste trabalho foram analisadas as decisões proferidas em primeiro grau de jurisdição e algumas reformas feitas pelo 2º Grau de jurisdição.

Conforme ensina Didier (2015, p. 309), o princípio da supremacia da lei, amplamente influenciado pelos valores do Estado liberal, que enxergava na atividade legislativa algo perfeito e acabado, atualmente deve ceder espaço à crítica judicial, no sentido de que o magistrado, necessariamente, deve dar à norma geral e abstrata aplicável ao caso concreto uma interpretação conforme a constituição, sobre ela exercendo o controle de constitucionalidade, se for necessário, bem como viabilizando a melhor forma de tutelar os direitos fundamentais. Enquanto norma jurídica individualizada, é obrigação do Estado e direito da parte o cumprimento do resultado necessário inserto no provimento judicial.

Para Mafra (2018), a garantia do direito de ação previsto na Constituição Federal não assegura tão somente a apreciação, pelo poder Judiciário, de lesão ou ameaça de direito. A obrigação do Estado é tutelar de forma concreta o direito conferido. A apreciação na visão instrumentalizada do processo é dimensionada na perspectiva do consumidor da justiça e do resultado necessário à pacificação social com critérios de justiça. A efetividade da tutela não está na sentença proferida pelo magistrado, mas no resultado prático que a sentença produziu na vida de alguma das partes.

De acordo com para Araújo, Azevedo, Bianchi, Bosco, Machado, Oliveira e Rüdger (2014) a efetivação judicial de direitos sociais a prestações é um dos assuntos mais fecundos e abertos ao debate na seara jurídica contemporânea. Se a questão suscita intenso debate acadêmico, não menos tormentosa se revela sua repercussão na prática jurídica. As dimensões morais e valorativas que a envolvem tornam ainda mais complexo o ativismo judicial neste campo.

Os autores esclarecem que os argumentos acima sumariados se encontram em dependência e correlação lógica. Todos apontam para os limites inegáveis que cercam a pretensão de plena realização dos direitos prestacionais. A questão da reserva do possível, bem como a separação de poderes, o princípio democrático e a estrutura normativa diferenciada das normas que consagram direitos prestacionais são elementos que não podem, em hipótese alguma, ser descurados em uma postura realista acerca da problemática da efetivação judicial dos direitos a prestações estatais. Uma tomada de posição razoável acerca da temática redundaria no conhecimento de que os direitos sociais prestacionais devem, sim, ser implementados pelo Judiciário.

Para Araújo, Azevedo, Bianchi, Bosco, Machado, Oliveira e Rüdger (2014) não se pode negar a importância destes direitos, que muitas vezes assumem o papel de assegurar condições de possibilidades para o exercício da autonomia moral por parte do indivíduo. Porém, pretender conferir pleno, total e irrestrito acesso a bens sociais a todos os que deles necessitem não tem correspondência com a realidade. O ativismo irrestrito violaria fatalmente a separação de poderes e o princípio democrático, invadindo o Judiciário, indevidamente, a seara política. Os direitos a prestações estatais encontram limites, como a insuficiência de recursos estatais. Tais aspectos, assim, devem ser necessariamente ponderados pelo juiz, caso a caso, ao efetivar um direito social prestacional.

## 7 CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou demonstrar que o juiz necessita ter critérios objetivos para concretizar o comando judicial que garante o direito à saúde no que se refere ao deferimento do benefício do tratamento fora de domicílio.

Em que pese haver tratamento para a enfermidade câncer fornecido pelo Estado do Tocantins, pode-se verificar ao longo da análise dos processos relacionados ao tratamento fora de domicílio entre os anos de 2018 e 2019, que aquela é a principal moléstia em que há procura pelo auxílio. Cerca de 73,68,16% dos pacientes que buscaram tratamento fora de domicílio, no ano de 2018, estavam procurando tratar a doença câncer. Enquanto no ano de 2019, 67,16%, procuraram o mencionado benefício pelos mesmos motivos expostos.

Analisando as Notas Técnicas do NATJUS Estadual, os pacientes buscam tratamento no Hospital do Amor localizado em Barretos-SP, na esperança de existir uma terapia diferenciada, mas geralmente é a mesma existente no seu estado.

No ano de 2018, cerca de 47% das decisões judiciais proferidas relacionadas ao tema não seguiram os critérios estabelecidos no Manual de Tratamento Fora de Domicílio. No ano seguinte, 32,36% das decisões sobre a matéria não seguiram a normatização estadual.

Chega-se a conclusão que o Estado do Tocantins paga de forma desnecessária para que grande parte de seus pacientes se tratem fora de seus domicílios.

Também se percebe a existência de decisões liminares indeferindo TFD em primeiro grau de jurisdição, que foram reformadas pelo Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins, concedendo o benefício à pacientes oncológicos para se tratarem na cidade de Barretos-SP. Deve ser ressaltado que não há uniformização das decisões judiciais proferidas no Tocantins, existindo deferimento de tratamento fora de domicílio para alguns pacientes e para outros não, ainda que convalesçam da mesma enfermidade.

Deve ser esclarecido ainda que quando há cumprimento por parte do Estado do Tocantins das decisões liminares que deferem TFD, este não ultrapassa os valores existentes no Manual de Tratamento Fora de Domicílio do Estado do Tocantins e Portaria MS/SAS nº 55/99.

Porém, nos casos de descumprimento das decisões liminares relacionadas ao tema, são aplicadas medidas coercitivas, através de bloqueio de verbas públicas, onde há um considerável aumento nos valores estabelecidos no Manual de Tratamento Fora de Domicílio do Estado do Tocantins e Portaria MS/SAS nº 55/99, realizado de forma unilateral por parte do Poder Judiciário.

Importante esclarecer que, analisando os valores existentes no Manual de Tratamento Fora de Domicílio do Estado do Tocantins e Portaria MS/SAS nº 55/99, o benefício encontra-se desatualizado, o que certamente não auxilia, de forma efetiva, os que dele necessitam.

Os auxílios para alimentação e hospedagem, no valor de R\$24,75, por dia para paciente e acompanhante (individuais), mostram-se insuficientes para auxiliar pessoas que vivem em situação de extrema vulnerabilidade financeira.

Não há como estabelecer aumento nos valores fixados de forma generalizada sem impactar os recursos públicos destinados à saúde de forma extremamente drástica.

O aumento nos valores estabelecidos em normatização de TFD deve ser considerado exceção, sendo utilizado apenas em casos específicos que haja descumprimento de decisões judiciais pelo Estado do Tocantins.

O descumprimento de comando judicial constitui ato atentatório ao exercício da jurisdição, sendo muitas vezes, necessário a realização de bloqueio das verbas públicas para que pacientes tenham acesso ao direito constitucional à saúde.

Utilizando um caso particular que faz parte dos dados analisados no presente trabalho, no processo de nº 0020538-72.2019.8.27.2729, há uma importante análise feita pela Defensoria Pública, em que é utilizada uma pesquisa de mercado para fins de hospedagem, onde foram apresentados valores superiores aos estabelecidos na normativa de TFD.

A pesquisa de mercado realizada através de orçamentos já vem sendo utilizada para aquisição de medicamentos, produtos ou serviços, conforme o Enunciado de nº 56 da III Jornada de Direito à Saúde<sup>1</sup>, sendo um bom critério a ser utilizado também no deferimento de tratamento fora de domicílio.

---

<sup>1</sup> Havendo depósito judicial ou sequestro de verbas (Bacenjud) para aquisição de medicamentos, produto ou serviço, antes da apreciação do pedido, deve-se exigir da parte a apresentação prévia de até 3 (três) orçamentos, exceto nas hipóteses de complexa definição de custos (cirurgias, internações e fornecimento de insumos de uso hospitalar), em que outros

Ademais, além da juntada de orçamentos, devem ser estabelecidos outros critérios objetivos para deferimento de TFD por parte do Poder Judiciário, que deverão ser seguidos pelos magistrados tocantinenses.

Primeiramente, deve-se levar em consideração o Manual de TFD do Estado do Tocantins antes do deferimento de decisões em que o benefício é pleiteado.

Deve-se também priorizar o cumprimento administrativo feito pelo próprio Estado do Tocantins no fornecimento do benefício de tratamento fora de domicílio.

Caso haja necessidade de deferimento de TFD através de medidas coercitivas de bloqueio de verbas públicas, deve-se determinar a juntada de três orçamentos para alimentação, hospedagem e deslocamento.

Ao proferir decisões, é importante que os magistrados não abram margem a interpretações extensivas, onde afetam diretamente o erário, prejudicando o orçamento público já limitado.

O Poder Judiciário é um garantidor da ordem democrática. Assim, deverá garantir a efetividade das determinações que estão na Constituição Federal e demais legislações. O Código de Processo Civil, através dos instrumentos de concretização das garantias constitucionais, entrega ao jurisdicionado a tutela postulada.

As decisões judiciais que pleiteiam saúde pública devem levar em consideração, que os custos afetam de forma direta e consistente os direitos sociais, considerando que o orçamento público não é infinito e há uma robusta competição pelos escassos recursos.

Essa competição de recursos, por não ser observada em decisões judiciais individuais, ocasiona uma má utilização de patrimônio público que se torna extremamente prejudicial dentro do contexto geral de saúde pública.

Como reflexão propositiva, deve ser proposto ao Presidente do Tribunal de Justiça do Estado Tocantins, a edição de Termo de Cooperação entre Poder Judiciário e Poder Executivo, com o escopo de estimular os magistrados tocantinenses a utilizarem os critérios do referido documento, quando forem decidir sobre a utilização de recursos públicos no que concerne ao TFD.

Esta pesquisa procurou encontrar a melhor decisão a ser dada pelo magistrado na efetivação do acesso à saúde. Espera-se que, a partir deste trabalho,

o tema seja amplamente discutido e a política pública seja instituída com maior efetividade, respeitando-se os direitos fundamentais e a dignidade do indivíduo que procura o Poder Judiciário para a garantia do acesso à saúde.

## REFERÊNCIAS

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

AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios Jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 3. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Uma concepção hermenêutica de saúde**. Disponível

em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em 10 de maio de 2020.

ARAÚJO, Fausto de Moraes Rocha; AZEVEDO, André Luiz de; BIANCHI Patrícia; BOSCO Maria Goretti Dal, MACHADO, Rita D’Cássia de Moraes; OLIVEIRA, Danielle Candido; RÜDIGER Dorothee. **A implementação dos direitos humanos sociais**: o caso da saúde pública no Brasil. Disponível em: <<https://bdjur.tjdft.jus.br/xmlui/handle/tjdft/18465>>. Acesso em 10 de outubro de 2020.

BERGSTEIN, Laís Gomes. O direito à saúde e o acesso às novas tecnologias em face do ideal de sustentabilidade. **Questões contemporâneas do direito**. Curitiba, 2015.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2001.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONAVIDES, Paulo. **Do estado liberal ao estado social**. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BEZERRA, Paulo Cesar Santos. **Acesso à justiça**: um problema ético-social no plano da realização do direito. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal: Centro Gráfico. Brasília, Distrito Federal, 1988.

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

CANOTILHO, Joaquim José Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2013.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. 3. ed. Coimbra: Almedina, 1998.

CÂMARA, Rosana Hoffman. **Análise de conteúdo**: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>> Acesso em: 15 de março de 2020.

CARVALHO, Fabrício; Maliska, Marcos Augusto. Direitos sociais e paternalismo no contexto do estado social. **Revista ESMAT**, Palmas, v. 10, n. 15, jan/jun. 2018.

CLÈVE, Clèmerson Merlin. **A eficácia dos direitos fundamentais sociais**. Disponível em: < <http://www.clemersoncleve.adv.br/wp-content/uploads/2016/06/A-efic%C3%83%C2%A1cia-dos-direitos-fundamentais-sociais.pdf>>. Acesso em> 5 de janeiro de 2021.

DIDIER JR, Fredie, BRAGA, Paula Sarno, OLIVEIRA, Rafael Alexandria. **Curso de direito processual civil**: teoria da prova, direito probatório, ações probatórias, decisão, 75 precedente, coisa julgada e antecipação dos efeitos da tutela. 10ª Ed. Salvador: Jus Podium, 2015.

DINIZ, Debora; GUILHEM Dirce. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DUARTE, Luciana Gaspar Melquíades. **Possibilidades e limites do controle judicial sobre as políticas públicas de saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

**Enunciados da I, II e III jornadas de direito à saúde do conselho nacional de justiça**. Disponível em: < <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>> Acesso em: 08 de janeiro de 2021.

FERNANDES, Silvio Darley Pereira. **Tratamento fora de domicílio no quarto e sétimo centros regionais de saúde do Estado do Pará**: Informações úteis para o planejamento da gestão do trabalho no SUS. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Silvio%20Darley%20Pereira%20Fernandes.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2020.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. **De quem é o SUS?** Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz2012200709.htm>>. Acesso em: 8 de fevereiro de 2021.

JÚNIOR, Nelson Nery. In: Nery Jr., Nelson; Nery, Rosa Maria de Andrade. **Constituição Federal (LGL\1988\3) comentada e legislação constitucional**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

KELBERT, Fabiana Okchstein. **Reserva do possível e a efetividade dos direitos sociais no direito brasileiro**. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/4081>>. Acesso em: 8 de fevereiro de 2021.

MAFRA, Jeferson Isiodoro. **Dever de cumprir ordem judicial**. Disponível em <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/anexos/8023-8022-1-PB.htm>. Acesso em: 09 jan. 2021.

**Normatização estadual de tratamento fora de domicílio** – TFD do Estado do Tocantins. Disponível em: < <https://central3.to.gov.br/arquivo/424034/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2020.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Ordem de serviço 167/INAMPS/MS, que dispõe sobre a rotina de tratamento fora de domicílio** – Brasília: Ministério da Saúde, 29 de julho de 1988.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº. 023, que estabelece critérios sobre a política de tratamento fora de domicílio e dá outras providências** – Brasília: Ministério da Saúde, 24 de fevereiro 1999.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria 2.309/SAS/MS, institui a central nacional de regulação de alta complexidade – CNRAC** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MENDES, Gilmar Ferreira. Direitos Sociais, In: BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MESSIAS, Letícia de Sousa. **O posicionamento dos tribunais superiores diante das controvérsias que envolvem a judicialização da saúde no âmbito do SUS**. Disponível em: < <https://core.ac.uk/reader/234551520>>. Acesso em: 8 de janeiro de 2021.

MIRANDA, Jorge. **Manuel de direito constitucional**: tomo IV, direitos fundamentais. 3. ed. Coimbra: Coimbra editora, 2000.

NETO, Manuel de Faria Reis. **Instrumentos jurisdicionais para efetivação do direito à saúde**: uma análise dos processos em tramitação na 1ª vara da fazenda pública da comarca de Palmas. Disponível em: < <https://umbu.uft.edu.br/bitstream/11612/900/1/Manuel%20de%20Faria%20Reis%20Neto%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 12 de março de 2021.

NUNES, António José Avelãs; SCAFF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.

PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Rolan; SIMAS, Luciana; e VENTURA, Miriam. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do**

**direito à saúde.** Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100006&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 de maio de 2020.

PIEROTH, Bodo; SCHLINK, Bernhard. **Direitos fundamentais: direito estadual II.** Lisboa: Universidade Lusíada, 2008.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Disponível em: < <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

RAMOS, André de Carvalho. **Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional.** 6. ed. São Paulo: Saraiva: 2016.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; TRINDADE Jorge. **Manual de atuação jurídica em saúde pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

**Relatório anual – 2019 do Núcleo de Apoio Técnico do NATJUS do Estado do Tocantins.** Disponível em: <[http://www.tjto.jus.br/saude/images/nat/relatorio\\_natjus\\_\\_2018.pdf](http://www.tjto.jus.br/saude/images/nat/relatorio_natjus__2018.pdf)>. Acesso em: 25 de março de 2020.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; SANTOS, Lenir; TRINDADE, Jorge. **Direito sanitário e saúde pública: manual de atuação jurídica em saúde pública e coletânea de leis e julgados em saúde.** v. 2. Brasília: Editora MS, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

\_\_\_\_\_. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional.** 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

\_\_\_\_\_. **STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos (parte1).** Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-abr-27/direitos-fundamentais-stj-stf-criterios-fornecimento-medicamentos-parte>>. Acesso em: 8 de fevereiro de 2021.

SCAFF, Fernando Facury. **Reserva do possível, mínimo existencial e direitos humanos.** n. 32. Porto Alegre: Interesse Público, 2005.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A coleção progestores: para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2007.

SILVA, Enio Afonso Ferreira. **Um olhar necessário da judicialização da saúde no panorama atual da jurisprudência brasileira.** Disponível em: <

<https://jus.com.br/artigos/77818/um-olhar-necessario-da-judicializacao-da-saude-no-panorama-atual-da-jurisprudencia-brasileira>>. Acesso em: 8 de fevereiro de 2021.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

SILVA, Laís Batistuta; THEODORO, Marcelo Antônio. **Custo do direito: apontamentos sobre o conflito entre reserva do possível e mínimo existencial**. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=757c26bb260eb37f>. Acesso em: 6 de janeiro de 2021.

SILVA, Maria da Vitória Costa e. **A judicialização da saúde: plataforma estratégica para o acesso a mais saúde e promoção de direitos humanos no estado do Tocantins**. Disponível em: <<http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/137>>. Acesso em: 19 de março de 2020.

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. **Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper**. Disponível em: <<file:///E:/MESTRADO/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20V%C3%82NIA/DIREITO%20%C3%80%20SA%C3%9ADE%20EVOLU%C3%87%C3%83O%20HIST%C3%93RICA,%20ATUA%C3%87%C3%83O%20ESTATAL.pdf>>. Acesso em: 19 de março de 2020.

STRECK, Lenio Luiz; MORAIS, José Luís Bolzan. **Ciência política e teoria geral do estado**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

TEIXEIRA, Iris Catarina Dias. **Direito social à saúde e ativismo judicial: gerenciamento das políticas públicas**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed, 2015.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100006&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100006&script=sci_arttext)> Acesso em: 19 de março de 2020.

WORM, Naíma. **Drogas: estratégias jurídicas para implementação de uma política nacional sobre drogas no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

## ANEXO A - ANÁLISE DOS PROCESSOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DO ANO DE 2018

N. do processo	Assunto	Medida Decisão Liminar	Seguiu Manual de TFD	Confirmado em Sentença	Total de valores bloqueados	Cumprimento de sentença ainda em aberto
1. 002331 0- 48.2017 .827.27 06	TFD - apresenta complicação cardíaca grave após IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), necessitando de Tratamento Fora de Domicílio por meio de transporte aéreo para tratamento cirúrgico.	Deferimento decisão liminar - ao ESTADO DO TOCANTINS que disponibilize TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD), por meio de transporte aéreo, em caráter de URGÊNCIA para UNIDADE HOSPITALAR, que disponibilize procedimento cirúrgico de CIV pós IAM (correção cirúrgica da comunicação interventricular pós infarto), EM LOCALIDADE ONDE HOVER VAGA IMEDIATA, bem como, caso necessário, que seja encaminhada a atendimento na rede particular, às custas do réu	Sim.	Sentença extinção pela falta de interesse de agir.	...	...
2. 002297 2- 74.2017 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
3. 000083 7- 83.2018 .827.27 22	TFD - Paralisia Obstétrica Alta a Esquerda e necessita de Fisioterapia conforme documento médico anexo e requer ajuda de custo/TFD conforme pedido da inicial do processo.	Deferimento decisão liminar - determinar ao Município de Gurupi, o fornecimento, do tratamento médico fora do domicílio e também de fisioterapia, a ser aplicado em	Não - não consta em anexo o Laudo Médico de solicitação de Tratamento Fora Domicílio-TFD bem como outro documento que informe quanto a classificação	Sentença procedente.	R\$1.292,89  Obs.: Dinheiro gasto com recarga de celular/ táxi/ combustível/ refeição.	Sim.

		ambiente hospitalar.	do risco decorrente do agravo a saúde da paciente.			
4. 000131 1- 97.2017 .827.27 19	TFD intermunicipal - queda da própria altura, seguido de trauma com paresia em membro inferior esquerdo, alteração esfinteriana vesicoretal, e com diagnóstico de Hérnia discal extensa e volumosa, no qual necessita de cirurgia.	...	...	...	...	...
5. 002218 0- 23.2017 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
6. 000314 2- 19.2018 .827.27 29	TFD - diagnóstico de Carcinoma Lobular Invasivo conforme documento médico e requer Tratamento Fora de Domicílio - TFD para tratamento no Hospital de Barretos/SP	Indeferimento decisão liminar - não foi prescrito por médico da rede pública de saúde deste Estado, mas sim por profissional do Hospital de Câncer de Barretos, localidade cuja qual não possui com o Estado do Tocantins qualquer tipo de pactuação.	Não – Há tratamento para carcinoma lobular invasivo fornecido pelo Estado do Tocantins.	Sentença improcedente.	...	...
7. 000222 3- 30.2018 .827.27 29	TFD intermunicipal - atendimento integral, disponibilizando imediatamente vaga em Unidade de Terapia Intensiva - UTI NEONATAL OU PEDIÁTRICA na rede pública de saúde, ou em Hospital Particular.	...	...	...	...	...
8. 000036 0- 63.2018 .827.27 21	TFD intermunicipal - histórico de Hipertensão Arterial, Cardiopata e Doença Renal Crônica e requer o Tratamento Fora de Domicílio - TFD/Ajuda de custo	...	...	...	...	...

		(realizar hemodiálise.					
9.	000219 2- 79.2018 .827.27 06	TFD - Tratamento Fora de Domicílio (TFD), mediante internação em estabelecimento hospitalar adequado (maternidade), em outra Unidade da Federação, destinado a realização do parto de alto risco de que necessita e suporte de equipe especializada em procedimento cirúrgico cardíaco pediátrico e UTI Neonatal.	Deferimento decisão liminar - mediante internação em estabelecimento hospitalar adequado (maternidade), destinado a realização do parto de alto risco de que necessita e suporte de equipe especializada em procedimento cirúrgico cardíaco pediátrico e UTI Neonatal.	Sim - Conforme Nota Técnica anterior, nº 176, o estado do Tocantins não possui as devidas condições para atender à demanda do neonato, fazendo uso da Política do Tratamento Fora de Domicílio - TFD.	Sentença procedente	...	...
10.	001486 0- 19.2017 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
11.	000017 6- 56.2018 .827.27 38	TFD - Neoptasia Maligna do Reto (CID 10 - C 20) conforme documento médico e requer o Tratamento Fora de Domicílio - TFD para tratamento no Hospital de Barretos/SP.	Indeferimento decisão liminar – tratamento fornecido pelo Estado do Tocantins	Sim	Sentença improcedente	...	...
12.	000170 3- 40.2017 .827.27 18	TFD - portadora de retinoblastoma em olho direito, necessita de Prótese Ocular.	Deferimento decisão liminar - efetivo e regular procedimento cirúrgico de PRÓTESE OCULAR, pelo tempo que for necessário, bem como de custeio das despesas com viagens de acompanhamento saúde ocular junto ao CEROF (Centro de Referência em Oftalmologia de Goiânia-GO).	Sim.	...	...	...

13. 000034 8- 34.2018 .827.27 26	TFD - Neoplasia Maligna do Intestino Delgado (CID 10 C 17.9) e requer o Tratamento Fora de Domicílio - TFD para continuar tratamento no Hospital de Barretos-SP.	Indeferimento decisão liminar - tratamento fornecido pelo Estado do Tocantins.	...	...	...	...
14. 000160 7- 76.2018 .827.27 22	TFD - CA de Mama, CID 10 C509, conforme documento médico e requer Tratamento Fora de Domicílio - TFD para tratamento no Hospital de Barretos/SP.	Deferimento decisão liminar - fornecimento do tratamento médico a requerente.	Não – o tratamento é fornecido pelo Estado do Tocantins.	Sentença procedente.	...	...
15. 000439 0- 20.2018 .827.27 29	TFD - CARDIOPATIA CONGENITA COMPLEXA GRAVE (CID: Q 23.4) e necessita ser transferida para um hospital de referência em cirurgia cardiopediátrica em caráter de URGÊNCIA, pois apresenta cardiopatia complexa e sopro cardíaco, necessitando transporte de UTI aérea, conforme documentos médicos e TFD.	Deferimento decisão liminar.	Sim.	Sentença perda superveniente do interesse processual.	...	...
16. 000365 8- 11.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
17. 000369 1- 98.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
18. 000037 4- 32.2018 .827.27 26	TFD – neoplasia maligna de próstata para tratamento no Hospital de Barretos/SP	Indeferimento decisão liminar.	...	Sentença improcedente.	...	...
19. 000081 0- 46.2018 .827.27 40	TFD intermunicipal - quadro de tosse produtiva, febre persistente de 38° C, dispnéia que evoluiu com crise convulsiva seguida de insuficiência	...	...	...	...	...

	respiratória, sendo que já foi realizado procedimento de entubação endotraqueal (IOT) com ventilação mecânica (VMI), sem apresentar qualquer melhora. Necessita de transferência para internação em UTI					
20. 000483 3- 40.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
21. 000407 4- 76.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
22. 000214 2- 87.2017 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
23. 000355 3- 83.2018 .827.27 22	TFD - Neoplasia maligna da mama, não especificada (CID-10 C50.9) e requer Tratamento Fora de Domicílio - TFD, para tratamento no Hospital de Barretos/SP.	Deferimento decisão liminar - o fornecimento do tratamento médico a requerente no prazo de 15(quinze) dias.	Não – há tratamento para neoplasia maligna de mama no Estado do Tocantins.	Sentença improcedente.	...	...
24. 000723 3- 27.2018 .827.27 06	TFD intermunicipal - necessita realizar transferência do Hospital Dom Orione para enfermaria no Hospital Regional de Araguaína	...	...	...	...	...
25. 000433 0- 68.2018 .827.27 22	TFD - faz tratamento para doença de Neoplasia da Mama não especificada com CID-10 C-50.9 e requer o Tratamento Fora de Domicílio - TFD, para tratamento no Hospital de Barretos/SP.	Deferimento decisão liminar - fornecimento do tratamento médico a requerente no prazo de 15(quinze) dias.	Não – há tratamento para neoplasia de mama no Estado do Tocantins.	Sentença improcedente.	R\$660,75  Obs.: não foram juntados documentos que comprovassem a utilização da verba pública.	...
26. 000792 4- 41.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...

27.	000652 2- 89.2018 .827.00 00	Processo de 2º Grau	...	...	...	...	...
28.	000779 3- 66.2018 .827.27 06	(SEGREGADO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
29.	000485 1- 13.2018 .827.27 22	TFD - portador de Cirrose (CID-10 K30.1), hipertensão Portal (varizes de esôfago GIII faz tratamento na cidade de Fortaleza-CE.	Deferimento decisão liminar - fornecimento do tratamento médico do requerente.	Não - Ao analisar os documentos, não foi observado nenhum documento que comprove que o paciente solicitou o TFD administrativamente. Encontra-se em desacordo com o Enunciado nº 3 da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça¹. Há tratamento para cirrose no Estado do Tocantins	Sentença procedente.	...	Sim.
30.	000825 4- 38.2018 .827.27 06	(SEGREGADO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
31.	001688 4- 14.2018 .827.27 29	TFD - diagnóstico de cálculo coraliforme do rim direito renal (CID N20.0) e em virtude disso necessita de CIRURGIA RENAL PERCUTÂNEA	Deferimento decisão liminar - a cirurgia da parte autora no prazo de 60 dias, neste Estado ou em outra unidade da federação, por meio de TFD.	Sim – o Estado do Tocantins não estava ofertando a cirurgia prescrita ao autor.	Sentença procedente.	...	...
32.	000972 5- 89.2018 .827.27 06	TFD intermunicipal - diagnóstico de Soltura de Prótese de Joelho – CID: T840, aguardando disponibilização de TFD (Tratamento Fora do Domicílio), via transporte rodoviário, em caráter de URGÊNCIA, para	...	...	...	...	...

	unidade hospitalar que realize Revisão de Prótese de Joelho.					
33. 001553 4- 94.2017 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
34. 001241 3- 24.2018 .827.27 06	TFD - Neoplasia Maligna de Pulmão. CID-10 C34.0 Neoplasia Maligna de Pâncreas CID-10(C25.4) e necessita de passagens aéreas de ida e volta para continuar seu tratamento de Câncer em no Hospital de Barretos/SP.	...	...	Sentença extinção superveniência falta de interesse processual	...	...
35. 000688 5- 58.2018 .827.27 22	TFD – tratamento de câncer em Barretos-SP.	Deferimento decisão liminar - o fornecimento do tratamento médico descrito	Não – tratamento ofertado pelo Estado do Tocantins.	Sentença procedente.	...	...
36. 000209 7- 44.2018 .827.27 40	TFD intermunicipal – diagnóstico de obstrução Intestinal (CID 10 - P 76,9) e necessita de Leito de UTI Aérea para realizar Cirurgia Pediátrica.	...	...	...	...	...
37. 000825 3- 53.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
38. 002325 5- 28.2017 .827.27 29	TFD - passagens e ajuda de custo para dar continuidade do tratamento na cidade de Barretos em São Paulo.	Indeferimento decisão liminar.	...	Sentença procedente.	...	...
39. 000795 3- 43.2018 .827.27 22	TFD – paralisia cerebral mista cursando triplegia espática e defasagem cognitiva sob o CID 10 G80.8/Z76.30 e necessita de tratamento em Brasília-DF.	...	...	Sentença de extinção por desistência.	...	...

40. 001265 0- 57.2016 .827.27 29	TFD - adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado intestino.	Deferimento decisão liminar - Tratamento Fora do Domicílio - TFD para o autor e acompanhante, custeando as despesas com locomoção terrestre, alimentação e hospedagem no Hospital de Barretos/SP, onde possui agendamento na data de 26/04/2016, para dar início ao tratamento de câncer.	Não – tratamento ofertado pelo Estado do Tocantins.	Sentença procedente.	...	Sim.
41. 000342 2- 14.2018 .827.27 21	TFD - portadora de câncer de mama. não especificada (CID-10 C50.9) requer Tratamento Fora de Domicílio - TFD. para tratamento no Hospital de Barretos/SP.	Deferimento decisão liminar - adote as providencias necessárias para viabilizar o Tratamento Fora do Domicílio – TFD, promovendo o fornecimento das passagens ida e volta, bem como alimentação e hospedagem para a requerente e seu acompanhante, além de todo tratamento que vier precisar no decorrer do processo.	Não – tratamento ofertado pelo Estado do Tocantins.	...	...	...
42. 002634 3- 40.2018 .827.27 29	TFD – neoplasia maligna do fígado e das vias biliares tratamento em Barretos-SP	Indeferimento decisão liminar.	...	Sentença extinção morte do autor.	...	...
43. 001742 6- 71.2018 .827.00 00	Processo 2º Grau	...	...	...	...	...
44. 002975 8- 31.2018 .827.27 29	TFD – necessitando de acessos alternativos para realização de hemodiálise, pois apresenta doença renal crônica	Deferimento decisão liminar - UTI/AÉREA solicitada, para o procedimento alternativo de HEMODIÁLISE	...	Sentença extinção morte do autor.	...	...

	dialítica e não possui acessos para se submeter ao tratamento de hemodiálise.	, conforme prescrição do médico especialista, bem como os demais insumos, medicamentos, exames e procedimentos necessários ao tratamento de sua patologia.				
45. 000126 5- 14.2018 .827.27 39	TFD – Neoplasia Maligna no reto (CID10 C20) foi submetido a amputação abdominoperineal do reto, em 27 de setembro de 2011. Atualmente faz-se necessário a manutenção do tratamento oncológico na cidade de Barretos-SP.	Indeferimento decisão liminar.	...	Sentença Improcedente.	...	...
46. 000941 3- 16.2018 .827.27 06	(SEGREGO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
47. 000250 8- 62.2018 .827.27 16	TFD intermunicipal – Carcinoma in situ do Reto CID 10 D012, fissura e fistula nas regiões anal e retal CID 10 K60 e necessita fazer coloscopia e consulta com ortopedista	...	...	...	...	...
48. 000255 3- 66.2018 .827.27 16	TFD - Câncer de Araguaína, a Requerente foi diagnosticada com carcinoma invasivo de mama esquerda (câncer de mama) e faz tratamento em Barretos-SP.	Deferimento decisão liminar - TFD à Requerente e sua acompanhante, devendo providenciar o valor suficiente para que a Requerente possa arcar com hospedagem, alimentação, medicamentos e transporte, para que possa a Requerente dar continuidade no tratamento contra o	Não – tratamento ofertado pelo Estado do Tocantins.	Sentença procedente.	...	...

		câncer, no Hospital do Amor, na cidade de Barretos-SP.				
49. 000392 9- 72.2018 .827.27 21	TFD – Câncer de ânus e requer Tratamento Fora de Domicilio para tratamento em Barretos-SP.	Deferimento decisão liminar - adote as providencias necessárias para viabilizar o Tratamento Fora do Domicílio - TFD, promovendo o fornecimento das passagens ida e volta, bem como alimentação e hospedagem para a requerente e seu acompanhante.	Não – tratamento ofertado pelo Estado do Tocantins.	Sentença Procedente.	...	...
50. 000958 6- 89.2018 .827.27 22	TFD intermunicipal – acidente de queimadura por álcool em braço direito, mão direita.	...	...	...	...	...
51. 003083 5- 75.2018 .827.27 29	TFD – diagnóstico de volumoso tumor frontal – aspecto de meningioma com edema perilesional (tumor na parte frontal do cérebro necessitando de Tratamento Fora de Domicilio em Barretos-SP.	...	...	Sentença extinção por desistência.	...	...
52. 000043 7- 12.2016 .4.01.43 02	Processo não encontrado.	...	...	...	...	...
53. 003293 3- 33.2018 .827.27 29	TFD - diagnosticada com NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA CID C50, EC I), encontra-se em acompanhamento médico a cada três meses no Hospital de Barretos-SP.	Indeferimento decisão liminar.	...	Sentença improcedente.	...	...
54. 003317 0- 67.2018 .827.27 29	TFD – Neoplasia maligna de mama, não especificada CID 10 C50.9 requer	Indeferimento decisão liminar/ decisão reformada por Agravo de Instrumento de	Não – tratamento ofertado pelo Estado do Tocantins. Valores acima	Sentença improcedente.	R\$ 1.850,00	...

	tratamento em Barretos-SP.	n. 0029857-40.2018.8.27.000.	do disposto no Manual de TFD.			
55. 000392 7- 05.2018 .827.27 21	TFD - diagnosticada com doença grave (CID 10 sob o número D12.3, com estágio clínico inicial), sendo paciente do Hospital de Barretos.	Deferimento decisão liminar.	Não – tratamento ofertado pelo Estado do Tocantins.	Sentença procedente.	...	...
56. 002077 3- 15.2018 .827.00 00	Processo 2º Grau	...	...	...	...	...
57. 000132 4- 13.2018 .827.27 03	TFD - UTI aérea para Unidade Hospitalar que possua suporte para realização de cirurgia pediátrica, em localidade onde houver vaga imediata, com direito a acompanhante	Deferimento decisão liminar - UTI aérea para Unidade Hospitalar que possua suporte para realização de cirurgia pediátrica, em localidade onde houver vaga imediata, com direito a acompanhante.	Sim – Tratamento não ofertado pelo Estado do Tocantins.	Sentença procedente.	...	...
58. 002046 9- 16.2018 .827.00 00	Processo 2º Grau	...	...	...	...	...
59. 003643 2- 25.2018 .827.27 29	TFD - carcinoma epidermoide de pulmão localmente avançado, sendo encaminhado ao Hospital de Câncer de Barretos, na cidade de Barretos/SP.	Indeferimento decisão liminar.	...	Sentença improcedente.	...	...
60. 003952 9- 33.2018 .827.27 29	TFD - assistência ao parto em local com suporte para recém-nascido- RN, em serviço de referência para cardiopatia fetal, doenças que acometem o coração.	Deferimento decisão liminar - assistência ao parto em local com suporte para recém-nascido-RN, em serviço de referência para cardiopatia fetal, através do Tratamento Fora de Domicílio - TFD,	Sim – o Estado do Tocantins não oferta o serviço devido à falta de equipe especializada em cirurgia cardíaca pediátrica.	Sentença procedente.	...	...

61.	000161 9- 05.2018 .827.27 18	TFD intermunicipal - insuficiência renal terminal crônica, quadro grave de saúde, que evoluiu para a total perda de função de seus rins.	...	...	...	...	...
62.	002106 5- 30.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
63.	004167 5- 47.2018 .827.27 29	TFD - diagnosticada com ATRESIA PULMONAR COM CIV, CID: Q220, e está aguardando transferência para um centro especializado em serviço de suporte neonatal de cardiologia, em caráter de urgência, tendo em vista que o feto foi diagnosticado com Cardiopatia Dependente do Canal Arterial necessitando o mais breve possível de vaga em unidade hospitalar por meio de UTI / AÉREA.	Deferimento decisão liminar - tutela de urgência pleiteada, o que faço para ordenar ao Estado do Tocantins a disponibilização imediata de UTI / AÉREA para unidade hospitalar que disponha de suporte neonatal de cardiologia, mediante custeio por parte do Estado.	Sim - o Estado do Tocantins não oferta o serviço.	Sentença procedente.	...	...
64.	001426 4- 98.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
65.	001656 5- 18.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
66.	002109 1- 28.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
67.	002310 2- 30.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...

68. 001293 2- 48.2018 .827.27 22	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
69. 000304 4- 61.2018 .827.27 20	TFD intermunicipal - internado em leito de UTI Neonatal do Hospital e Maternidade Dom Orione, com diagnóstico provável de onfalocele, necessitando de TFD (tratamento fora do domicílio), em caráter de EMERGÊNCIA, via UTI aérea, para unidade hospitalar que disponibilize avaliação para cirurgia pediátrica.	...	...	...	...	...
70. 002234 9- 73.2018 .827.27 06	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
71. 000127 4- 05.2014 .827.27 10	TFD - Neoplasia Maligna de Abdome (CID 10 C762) e necessita de Tratamento Fora de Domicílio – TFD para realizar Tratamento Oncopediátrico.	Deferimento decisão liminar - custeio das despesas relativas a transporte terrestre e diárias para alimentação e hospedagem no local do tratamento	Sim - o Tocantins não está ofertando tal especialidade.	...	...	...

## APÊNDICE B - ANÁLISE DOS PROCESSOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DO ANO DE 2019

N. do processo	Assunto	Medida Decisão Liminar	Seguiu Manual de TFD	Confirmado em Sentença	Total de valores bloqueados	Cumprimento de sentença ainda em aberto
1. 001267 3- 67.201 9.827.2 706	TFD - possui agendamento autorizado para realizar exame de Cateterismo Cerebral e necessita de passagens e ajuda de custo.	...	Pedido cumprido administrativamente	em face da disponibilização das passagens para tratamento fora do domicílio ao ora requerente, restou manifesta a carência da ação, sendo extinto o processo sem resolução de mérito.	...	...
2. 001334 8- 30.201 9.827.2 706	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
3. 002053 8- 72.201 9.827.2 729	TFD - tratamento completo para câncer de mama no Hospital de Amor de Barretos/SP.	Indeferimento decisão liminar – decisão reformada no Agravo de Instrumento de n. 0038023-27.2019.8.27.0000	Não – valores bloqueados acima do determinado na Portaria GM/MS nº. 2.848 DE 06 de Novembro de 2007. Tocantins fornece o tratamento para neoplasia maligna de mama.	...	R\$ 4.300,00	...
4. 000106 9- 03.201 9.827.2 709	TFD - possui diagnóstico de Tumor Neuroendócrino de baixo grau e realiza tratamento no Hospital do Amor em Barretos/SP.	Indeferimento decisão liminar – há tratamento no Estado do Tocantins.	...	Sentença improcedente.	...	...
5. 000121 1- 17.201 9.827.2 738	TFD - diagnóstico de Pé torto congênito (CID 10 – Q.66.0) e realiza Tratamento no Hospital SARAH de Brasília/DF através de Tratamento Fora de Domicílio – TFD.	Indeferimento decisão liminar – não houve comprovações de que o tratamento só pode ser realizado em Brasília-DF.	...	Sentença improcedente.	...	...
6. 000944 1- 47.201 9.827.2 706	TFD - possui Córnea Transplantada e realiza tratamento com especialista no município de Goiânia GO Obs.: processo suspenso	...	...	...	...	...

		convenção das partes.					
7.	000202 2- 28.201 9.827.2 721	TFD - suspeita de diagnóstico com Câncer de Próstata e requer de Passagens e ajuda de custo através de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, para consulta no Hospital der Barretos/SP	Deferimento decisão liminar – determinação de que ESTADO DO TOCANTINS e o MUNICÍPIO DE GUARAÍTO (solidariamente) viabilizassem Tratamento Fora do Domicílio - TFD , promovendo o fornecimento das passagens ida e volta, bem como alimentação e hospedagem para a requerente e seu acompanhante , além de todo tratamento que vier precisar no decorrer do processo.	Não - O diagnóstico e Tratamento para pacientes acometidos de Câncer, são ofertados nas UNACOn's no Hospital Geral de Palmas-HGP e no Hospital Regional de Araguaína – HRA, sendo ambos sob a competência da Gestão Estadual.	Sentença improcedente.	...	...
8.	000476 2- 53.201 9.827.2 722	TFD - neoplasia maligna do colo do útero CID. C-53 .1 buscou realizar seu tratamento em Barretos – SP	Indeferimento decisão liminar – Tratamento ofertado pelo Estado do Tocantins	...	Sentença improcedente	...	...
9.	000566 5- 88.201 9.827.2 722	TFD - possui diagnóstico de Câncer de Próstata e requer de passagens e ajuda de custo através de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, para realizar exame de Pet Scan e Tratamento em Barretos- SP.	Indeferimento decisão liminar – Tratamento ofertado pelo Estado do Tocantins – decisão reformada pelo Agravo de Instrumento de n. 0016783-79.2019.8.27.0000	Não – Estado do Tocantins fornece o tratamento para neoplasia maligna de próstata.	Sentença procedente - fornece o fornecimento ao autor Tratamento Fora de Domicílio - TFD, com custeio de passagens, hospedagem e alimentação com acompanhante, de acordo com recomendação médica	...	...
10.	002694 7- 64.201 9.827.2 729	TFD - necessita de Assistência ao parto em local com suporte para Recém-Nascido - RN, em serviço de referência para cirurgia de cardiopatia fetal, antes da trigésima sexta semana de gestação, e	Deferimento decisão liminar – Que o Estado do Tocantins viabilize conjuntamente disponibilização de assistência ao parto em local com suporte para recém-	...	Sentença de extinção perda do objeto – paciente faleceu.	...	...

	demais procedimentos necessários às correções das anomalias detectadas no nascituro (Hipoplasia de Fenda Nasal com fenda palatina, e alteração na prega nucal), através do Tratamento Fora de Domicílio – TFD, com transporte de UTI aérea, devido à indisponibilidade do serviço no Estado do Tocantins.	nascido - RN, com o devido serviço de referência para cirurgia de cardiopatia fetal, ANTES DA TRIGÉSIMA SEXTA SEMANA DE GESTAÇÃO, e demais PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS ÀS CORREÇÕES DAS ANOMALIAS DETECTADAS NO NASCITURO nas hipóteses mencionadas na inicial e outras prováveis , através de tratamento fora do domicílio - TFD, seja unidade pública ou particular, englobando todos os exames, medicamentos e procedimentos necessários durante o tratamento, inclusive sendo o caso, disponibilização de UTI aérea, bem como pré e pós-operatório, se necessário, ainda, insumos, medicamentos , exames, acompanhamento médico profissional especializado e outros procedimentos necessários ao tratamento das patologias atuais e futuras				
11. 0026853-19.2019.827.2729	TFD - realizou tratamento no Hospital de Amor de Barretos/SP, e requer de dar continuidade de	Deferimento decisão liminar – que o Estado do Tocantins custeie a	Não - não foi entregue nenhum Laudo de TFD e cópias de agendamentos	Sentença improcedente.	R\$ 1.175,00	...

		acompanhamento ambulatorial na referida unidade hospitalar.	passagem, hospedagem e alimentação do autor e seu acompanhante para tratamento de câncer na cidade de Barretos, por meio do TFD.	na Central de regulação/ Setor de TFD preenchido por especialista conforme prevê a política pública para que seja analisado e autorizado o benefício do TFD (ajuda de custo).			
12.	000341 3- 18.201 9.827.2 721	TFD - padece de Neoplasia Maligna, sem especificação de localização e dessa forma realiza tratamento no Hospital de Câncer de Barretos	Deferimento decisão liminar – ao ESTADO DO TOCANTINS e o MUNICÍPIO DE GUARÁ-TO (solidariamente) que, adotem as providências necessárias para promover o fornecimento das passagens ida e volta, bem como alimentação e hospedagem para a requerente e seu acompanhante, além de todo tratamento que vier precisar no decorrer do processo.	Não - o fornecimento de ajuda de custo, passagens aéreas ou qualquer outro tratamento fracionado, em oncologia, para paciente que OPTOU por tratamento em outro Estado, como no caso concreto, fere os princípios e Diretrizes do SUS, definidos no art. 7 da Lei 8.080/90.	Sentença de extinção perda do objeto – paciente faleceu.	...	...
13.	002865 6- 37.201 9.827.2 729	TFD - padece de Neoplasia Maligna de Pele (CID 10 –C 447) com estágio clínico atual IVe dessa forma realiza tratamento no Hospital de Câncer de Barretos.	Deferimento decisão liminar - custeio passagem, hospedagem e alimentação do autor e seu acompanhante para tratamento de câncer na cidade de Barretos.	Não - não foi entregue nenhum Laudo de TFD e cópias de agendamentos na Central de regulação/ Setor de TFD preenchido por especialista conforme prevê a política pública para que seja analisado e autorizado o benefício do TFD	Sentença improcedente – revogou decisão liminar.	...	...
14.	000368 2- 57.201 9.827.2 721	TFD - diagnóstico de Mieloma Múltiplos (CID 10 –C 90.0) e dessa forma realiza tratamento no Hospital de Barretos em São Paulo	Indeferimento decisão liminar.	...	Sentença perda do objeto pela morte do autor.	...	...

15.	000224 0- 71.201 9.827.2 716	TFD - Neoplasia Maligna da Orofaringe e dessa forma realiza acompanhamento no Hospital Araujo Jorge em Goiania/GO.	Indeferimento decisão liminar.	...	Sentença improcedente	...	...
16.	001842 1- 80.201 9.827.2 706	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
17.	000027 8- 95.201 9.827.2 721	TFD - Neoplasia maligna do colo do útero, dessa forma realiza acompanhamento no Hospital de Câncer de Barretos.	Deferimento decisão liminar - determinar ao ESTADO DO TOCANTINS e o MUNICÍPIO DE GUARAÍTO (solidariament e) que, no prazo de 05 (cinco) dias, adote as providencias necessárias para viabilizar o Tratamento Fora do Domicílio - TFD promovendo o fornecimento das passagens ida e volta, alimentação e hospedagem para a requerente e seu acompanhante , além de todo tratamento que vier precisar no decorrer do processo.	...	Sentença improcedente	...	...
18.	000246 7- 61.201 9.827.2 716	TFD – portadora de Neoplasia Maligna do colo de útero (CID-10 C53.9) estágio IV estava em acompanhamento pelo Hospital de Câncer de Barretos	Deferimento decisão liminar - ETERMINAR ao requerido ESTADO DO TOCANTINS e Município de Novo Jardim, no que couber, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, disponibilize o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para a requerente, para Barretos-SP.	...	Sentença procedente. (Posteriorment e o Autor faleceu)	...	...

19.	000556 2- 54.201 9.827.2 731	TFD - padece de Neoplasia Maligna do colo do útero (CID 10 -C53.9) realizou tratamento de QUIMIOTERAPIA e RADIOTERAPIA no Hospital de Amor de Barretos/SP.	Indeferimento decisão liminar	...	Sentença improcedente.	...	...
20.	000528 0- 22.201 9.827.2 729	TFD - realização do exame de Videoencefalograma e outros adicionais, não disponíveis no Estado.	Deferimento decisão liminar - realização de exame de VIDEOENCEFALOGRAMA, nesta localidade ou por meio de TFD. Obs.: foi transferida na data de 14/02/2019, de UTI Móvel Aérea, do Hospital Infantil de Palmas para o Instituto Goiano de Pediatria-GO para acesso ao tratamento indicado	Sim.	Sentença procedente.	...	
21.	000098 1- 71.201 9.827.2 706	TFD - portador de câncer de próstata sob o (CID-10 C61. 0), e necessita de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, para continuar seu tratamento no Hospital de Barretos/SP.	Deferimento decisão liminar - DETERMINAR ao réu, o Estado do Tocantins, que adote as providências administrativas necessárias para que o interessado, seja novamente incluído no programa de Tratamento Fora de Domicílio do Estado do Tocantins, para o fim de custear as passagens de ida e volta, e ajuda de custo, se for o caso, de modo a garantir que o mesmo esteja no Hospital de Amor, na Cidade de Barretos -SP, conforme agendamentos	Não - No Estado do Tocantins, a oferta do tratamento Oncológico é oferecida pelas UNACON'S habilitadas que funcionam junto ao Hospital Geral de Palmas e Hospital Regional de Araguaína sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, dotadas de estruturas necessárias para tratar os cânceres mais prevalentes.	Sentença procedente.	...	...

		realizados, referente ao tratamento da doença registrada pelo CID 10 - C61 (câncer de próstata), condicionado a apresentação da documentação necessária conforme dispõe o Manual Estadual de Tratamento Fora de Domicílio.				
22. 000050 0- 08.201 9.827.2 707	TFD intermunicipal-diagnóstico de Neoplasia de próstata, metastático (CID 10 N40) e Mialgia (CID 10 M79. 1), necessita de Tratamento Fora do Domicílio	...	...	...	...	...
23. 000053 2- 38.201 9.827.2 731	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
24. 000052 9- 31.201 9.827.2 716	TFD intermunicipal – apresenta síndrome do anticorpo antifosfolípideo (SAF)tendo indicação médica de acompanhamento para gestação de alto risco que ocorre em serviços de saúde Palmas/TO	...	...	...	...	...
25. 000364 4- 42.201 9.827.2 722	TFD - Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e Ajuda de custo para continuar seu tratamento oncológico na cidade de Barretos, SP	Indeferimento decisão liminar	...	Sentença improcedente.	...	...
26. 000240 1- 06.201 8.827.2 720	TFD - portador de Estenose de Junção Uretero-pélvica e por não ter conseguido tratamento no Estado do Tocantins, buscou realizar seu tratamento	...	...	...	...	...

		cirúrgico em Brasília/DF				
27. 002234 9- 73.201 8.827.2 706	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
28. 000058 6- 61.201 9.827.2 712	TFD - nasceu com catarata bilateral, relacionada à sífilis congênita, além de má formação cardíaca. Tudo isso foi confirmado nos primeiros dias iniciais de vida menor, tendo sido determinado pelo médico oftalmologista como tratamento indicado a cirurgia de FACECTOMIA, indicando transferência para a cirurgia imediatamente	Deferimento decisão liminar - promova os atos e diligências necessários à realização dos procedimentos listados em inicial e na conformidade das prescrições médicas respectivas, bem como (ii) forneça os demais insumos e medicamentos necessários e (iii) custeio das despesas com deslocamento, hospedagem e alimentação, via TFD, enquanto perdurar o tratamento, para a Requerente e acompanhante, a ser devidamente indicado.	Sim.	...	...	...
29. 000093 5- 52.201 9.827.2 716	TFD - foi diagnosticado com neoplasia maligna no reto e no fígado CID. C-20 e não conseguindo tratamento no Estado do Tocantins, buscou realizar seu tratamento em Maceió - AL	Deferimento decisão liminar - disponibilize o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para o requerente, para Maceió-AL, conforme laudo médico acostado aos autos, com direito a acompanhante	Não - neoplasia maligna no reto e no fígado CID. C-20, trata-se de uma patologia na qual os estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia, UNACON do Tocantins possuem condições de oferecer tratamento, seja: cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico. Também há divergência no endereço do Autor.	Sentença procedente.	...	Sim
30. 000737 4- 95.201	TFD - possui diagnóstico de Alergia Respiratória (CID	Deferimento decisão liminar - determinar o ESTADO DO	Obs.: o requerimento de TFD foi feito posteriormente	...	...	...

8.827.2 722	10 – J 45), apresentando dispneia aos esforços, com crises frequentes, necessitando continuar o tratamento medicamentoso e de hipossensibilizaç ão, deste modo requer de Transporte e Estadia para deslocar até o município de Goiânia/GO.	TOCANTINS, o fornecimento do tratamento médico a requerente no prazo de 05(cinco) dias, sob pena de desobediência e multa diária de R\$ 2.000,00 (DOIS MIL REAIS), a ser revertida em favor da requerente, limitado a R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais)	e até o momento não foi analisado.			
31. 001342 9- 07.201 9.827.2 729	TFD - diagnostico provável de hemovitreio, sendo paciente olho único, com baixa visão severa no olho contralateral e que precisa do tratamento cirúrgico de Vitrectomia posterior sob o risco de cegueira	Deferimento decisão liminar - que o requerido disponibilize ao requerente o procedimento de vitrectomia, nesta Capital ou por meio de Tratamento Fora de Domicílio, conforme laudo de TFD	Sim	Sentença procedente. Obs.: paciente realizou procedimento com custeio da família.	...	...
32. 000223 9- 86.201 9.827.2 716	TFD intermunicipal - apresenta problemas imunológicos e alérgicos, fazendo tratamento no município de Palmas, relata da dificuldade de chegar a Secretaria Municipal de Saúde de Dianópolis, de onde parte as 03 da manhã a Van para o transporte dos pacientes que necessitam do tratamento em Palmas, uma vez que mora demasiadamente longe da Secretaria e solicita a disponibilização de algum meio de transporte para este trajeto	...	...	...	...	...

33. 000095 4- 75.201 6.827.2 712	(SEGREDO DE JUSTIÇA)	...	...	...	...	...
34. 000051 3- 62.201 9.827.2 721	TFD - padece de Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama (CID 10 – C 50.4)	Deferimento decisão liminar - determinar ao ESTADO DO TOCANTINS e o MUNICÍPIO DE GUARAÍTO (solidariamente) que, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, adote as providencias necessárias para viabilizar o Tratamento Fora do Domicílio - TFD , promovendo o fornecimento das passagens ida e volta, alimentação e hospedagem para a requerente e seu acompanhante , além de todo tratamento que vier precisar no decorrer do processo.	Não – não há Laudo de TFD. O Estado do Tocantins possui tratamento para neoplasia maligna de mama.	Sentença parcialmente procedente Obs.: Tratamento será realizado pelo Estado do Tocantins.	Decisão cumprida administrativamente.	...
35. 001584 0- 44.201 9.827.2 722	TFD intermunicipal - está em tratamento no Centro Estadual de Reabilitação – CER e necessita de transporte em carro pequeno.	...	...	...	...	...
36. 000248 3- 97.201 9.827.2 721	TFD padece de Mieloma (CID 10 – C90) requer dos benefícios de Passagens Aéreas e Ajuda de Custo previstas pelo Tratamento Fora de Domicílio – TFD para avaliação no Hospital Oncológico de Barretos	Deferimento decisão liminar - determinar ao ESTADO DO TOCANTINS e o MUNICÍPIO DE GUARAÍTO (solidariamente) que, no prazo de 10 (dez) dias, adote as providencias necessárias para viabilizar o Tratamento Fora do Domicílio -	Não – mieloma, trata-se de uma patologia na qual os estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia, UNACON do Tocantins possuem condições de oferecer tratamento, seja: cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico.	Sentença homologando desistência.	...	...

		TFD, promovendo o fornecimento das passagens ida e volta, bem como alimentação e hospedagem para a requerente e seu acompanhante, além de todo tratamento que vier precisar no decorrer do processo.				
37. 0000005-69.2019.827.2714	Processo não encontrado.	...	...	...	...	...
38. 0006097-46.2019.827.2710	TFD - iniciou o seu tratamento em Augustinópolis, contudo, o município de não forneceu em tempo hábil o tratamento necessário. Assim, o paciente logrou êxito em conseguir o tratamento de saúde no Hospital Universitário João Barros Barreto na cidade de Belém – PA.	Deferimento decisão liminar - fornecimento por meio de TFD, os recursos necessários de em seus retornos no tratamento de saúde no Hospital Universitário João Barros Barreto em Belém/PA, vez que ausente qualquer motivação legal ou patrimonial capaz de desrespeitar o direito a vida e a saúde do mesmo, assim como por restar comprovado o <i>periculum in mora</i> (dano iminente à saúde) e a <i>cintilla boni juris</i> , pois há regulamentação da matéria no âmbito estadual pela Comissão Intergestores Bipartite da Secretaria da Saúde do Estado de Tocantins, por meio da Resolução-CIB nº 028/2004, que aprovou o	Não - para o recebimento dos benefícios previstos pelo TFD, insta informar que não foi entregue nenhum Laudo médico de TFD e cópias de agendamentos na Central de regulação preenchidos por especialista conforme prevê a política pública para que seja analisado.	Sentença procedência. Obs.: o Autor faleceu após a sentença.	...	...

		Manual de Normatização do Tratamento Fora de Domicílio.				
--	--	---	--	--	--	--

**APÊNDICVE C – Termo de Cooperação entre o Poder Judiciário do Estado do Tocantins através do Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins CEMAS e o Poder Executivo Estadual**



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS**

Palácio da Justiça Rio Tocantins, Praça dos Girassóis, sn - Bairro Centro - CEP 77015007 - Palmas

- TO - <http://www.tjto.jus.br> Tribunal de Justiça

**TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA Nº .../2021 -  
PRESIDÊNCIA/DIGER/DIADM/DCC**

**TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E  
OPERACIONAL QUE CELEBRAM ENTRE SI  
O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO  
TOCANTINS E O ESTADO DO TOCANTINS,  
POR MEIO DA PROCURADORIA GERAL DO  
ESTADO.**

O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 25.053.190/0001-36, com sede na Praça dos Girassóis, s/nº, centro, em Palmas/TO, doravante denominado TJTO, neste ato representado por seu Presidente, o Excelentíssimo Senhor Desembargador JOÃO RIGO GUIMARÃES, brasileiro, magistrado, portador do RG ..., inscrito no CPF/MF sob o nº..., residente e domiciliado nesta Capital e o ESTADO DO TOCANTINS, por intermédio O ESTADO DO TOCANTINS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da PROCURADORIA GERAL DO ESTADO, com sede na Praça dos Girassóis, em Palmas/TO, inscrita no CNPJ/MF nº. 25.053.091/0001-54, neste ato representada pelo Procurador- Geral do Estado, Dr. NIVAIR VIEIRA BORGES, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF/MF nº ..., portador do RG nº ... e, de outro lado, o, RESOLVEM celebrar o presente, sujeitando-se às normas contidas neste ato Instrumento e no que couber às Leis Estaduais do Tocantins nº. 1.818 de 23 de

agosto de 2007 e Lei Complementar Estadual nº. 20/99, resolvem celebrar o presente TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA, mediante as seguintes cláusulas e condições:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:**

1.1. Constitui objeto do presente Termo de Cooperação Técnica: viabilizar a criação de critérios objetivos, para aumento dos valores estabelecidos disponibilização de subsídios técnicos aos Magistrados Tocantinenses, nas demandas que tenham por finalidade assegurar ações e serviços de saúde do SUS por meio da Secretaria de Saúde, informando sobre o direito sanitário e a previsão de existência ou não de políticas públicas no caso consultado.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA –**

2.1 Os magistrados, ao decidirem sobre requerimentos de tratamento fora de domicílio, deverão levar em consideração a Normatização de TFD, verificando se o terapêutico é fornecido pelo Estado do Tocantins.

2.2 Deverão também priorizar o cumprimento administrativo feito pelo próprio Estado do Tocantins, no fornecimento do benefício.

2.3 Caso haja necessidade de deferimento do auxílio, através de medidas coercitivas de bloqueio de verbas públicas, deve-se determinar a juntada de três orçamentos para alimentação, hospedagem e deslocamento.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA:**

3.1. O presente Acordo vigorará pelo prazo de 60 (sessenta) meses, a contar da data de sua publicação no diário oficial, podendo ser renovado por igual período a critério dos Acordantes.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO:**

4.1. O presente Acordo será publicado no Diário Oficial do Estado do Tocantins, resumidamente. Tal providência ficará a cargo da Procuradoria Geral do Estado do Tocantins, assistindo igual direito ao Tribunal de Justiça do Tocantins, caso entenda necessário.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS:**

5.1. O presente Acordo de Cooperação não implica transferência de recursos financeiros e orçamentários entre as partes Acordantes.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA ALTERAÇÃO:**

6.1. O presente Acordo de Cooperação poderá ser alterado em qualquer de suas cláusulas e disposições, exceto quando ao seu objeto, mediante termo aditivo firmado entre as Partes, desde que tal interesse seja manifestado prévia e expressamente como prazo de antecedência de até 30 (trinta) dias.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DOS CASOS OMISSOS:**

7.1. Os casos omissos e as dúvidas porventura existentes serão dirimidos mediante entendimento entre as Instituições participes, por meio de documento expresso, sendo vedada solução tácita.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA DENÚNCIA:**

8.1. O presente Acordo poderá, a qualquer tempo, ser denunciado ou rescindido unilateralmente no caso de infração a qualquer uma de suas cláusulas ou condições, mediante notificação escrito à outra, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

#### **CLÁUSULA NONA – DO FORO:**

9.1. Para dirimir dúvidas ou controvérsias decorrentes deste Acordo, fica eleito o foro da Comarca de Palmas - TO.

Para efeito de validade do presente Acordo, firma-se seu Instrumento, que é assinado por meio de assinatura eletrônica utilizando-se do Sistema Eletrônico de Informação – SEI.

## APÊNDICE D – OFÍCIO NATJUS RELAÇÃO DE PROCESSOS DE SOICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DOS ANOS DE 2018 E 2019



### OFÍCIO NATJUS Nº 020/2020

Palmas, 20 de dezembro de 2020.

A Sua Senhoria

**Sra. Vânia Márcia Rocha Pinheiro Lima**

Assessora Jurídica de 1ª Instância

Guaraí - Tocantins

**Assunto:** Resposta ao Ofício nº 001/2020, que trata do Acesso aos processos de saúde, relacionados a Tratamento Fora de Domicilio nos anos de 2018 e 2019.

Em resposta à solicitação de informações à epígrafe, segue a relação de Processos Judiciais nos quais o NatJus-Estadual manifestou-se por meio de notas técnicas acerca de Tratamento Fora do Domicílio e Ajuda de Custo, nos anos de 2018 e 2019.

#### 1. Solicitações no ano de 2018.

ITEM	NÚMERO DO PROCESSO
1	0023310-48.2017.827.2706
2	0022972-74.2017.827.2706
3	0000837-83.2018.827.2722
4	0001311-97.2017.827.2719
5	0022180-23.2017.827.2706
6	0003142-19.2018.827.2729
7	0002223-30.2018.827.2729
8	0000360-63.2018.827.2721
9	0002192-79.2018.827.2706
10	0014860-19.2017.827.2706
11	0000176-56.2018.827.2738
12	0001703-40.2017.827.2718
13	0000348-34.2018.827.2726
14	0001607-76.2018.827.2722
15	0004390-20.2018.827.2729
16	0003658-11.2018.827.2706
17	0003691-98.2018.827.2706
18	0000374-32.2018.827.2726
19	0000810-46.2018.827.2740
20	0004833-40.2018.827.2706
21	0004074-76.2018.827.2706

67	0023102-30.2018.827.2706
68	0012932-48.2018.827.2722
69	0003044-61.2018.827.2720
70	0022349-73.2018.827.2706
71	0001274-05.2014.827.2710

2. Solicitação no Ano de 2019.

ITEM	NÚMERO DO PROCESSO
1	0012673-67.2019.827.2706
2	0013348-30.2019.827.2706
3	0020538-72.2019.827.2729
4	0001069-03.2019.827.2709
5	0001211-17.2019.827.2738
6	0009441-47.2019.827.2706
7	0002022-28.2019.827.2721
8	0004762-53.2019.827.2722
9	0005665-88.2019.827.2722
10	0020538-72.2019.827.2729
11	0012673-67.2019.827.2706
12	0026947-64.2019.827.2729
13	0026853-19.2019.827.2729
14	0003413-18.2019.827.2721
15	0028656-37.2019.827.2729
16	0003682-57.2019.827.2721
17	0001211-17.2019.827.2738
18	0002240-71.2019.827.2716
19	0018421-80.2019.827.2706
20	0000278-95.2019.827.2721
21	0002467-61.2019.827.2716
22	0005562-54.2019.827.2731
23	0005280-22.2019.827.2729
24	0000981-71.2019.827.2706
25	0000500-08.2019.827.2707
26	0000532-38.2019.827.2731
27	0000529-31.2019.827.2716
28	0003644-42.2019.827.2722
29	0002401-06.2018.827.2720
30	0022349-73.2018.827.2706
31	0000586-61.2019.827.2712
32	0000935-52.2019.827.2716
33	0007374-95.2018.827.2722
34	0013429-07.2019.827.2729
35	0002239-86.2019.827.2716

36	0000954-75.2016.827.2712
37	0000513-62.2019.827.2721
38	0015840-44.2019.827.2722
39	0002483-97.2019.827.2721
40	0000005-69.2019.827.2714
41	0006097-46.2019.827.2710

Atenciosamente,

  
Elizângela Brága Andrade  
Farmacêutica  
Coordenadora Técnica de Medicamentos