

Ativismo judicial: as experiências brasileira e sul-africana contra a AIDS

16/06/2011

[Artigo publicado originalmente no site Jus Navigandi em maio de 2011.]

A discussão acerca das possibilidades de concretização do direito constitucional à saúde está longe de ter fim. Tanto o Supremo Tribunal Federal (STF), como o Superior Tribunal de Justiça (STJ), têm encontro marcado com este debate. Isso é bom para o país, pois permite a fixação das diretrizes que devem ser seguidas por todo o Judiciário quando da apreciação de casos concretos que têm abarrotado as várias instâncias Brasil à fora.

O Professor Eric C. Christiansen tem se dedicado, nos Estados Unidos, ao estudo acerca do direito à saúde, especialmente quanto à realidade da África do Sul. Ele realiza inúmeras pesquisas sobre a atuação da Corte Constitucional sul africana na determinação de fornecimento de medicamentos contra a AIDS. O Professor Eric nos diz que "a abordagem da Corte ajuda a evitar demandas fragmentadas e em série concernentes a circunstâncias similares, e também permite à Corte exigir a melhoria dos programas de governo, mesmo quando não haja remédio individual adequado" ^[01]. Daí a vantagem de o STF e o STJ estabelecerem as balizas necessárias a este debate.

O momento é propício para se debater as maneiras factíveis de concretização do direito à saúde no Brasil, uma vez que, tanto no STF, como no STJ, temos a iminência da discussão definitiva acerca de pontos cruciais relativos ao tema.

O STF reconheceu a repercussão geral da controvérsia relativa à obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamento de alto custo ^[02] e ainda não apreciou o mérito do caso. Até agora tudo o que foi feito, em regra, foi em sede precária, resultado da mera negativa de suspender decisões tomadas pelo Judiciário, Brasil à fora.

O STJ definiu como tema representativo da controvérsia na sistemática dos recursos repetitivos a questão referente ao fornecimento de medicamento necessário ao tratamento de saúde, sob pena de bloqueio ou seqüestro de verbas do Estado a serem depositadas em conta-corrente ^[03].

Outro tema escolhido cuida da obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria n. 2.577/2006 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais) ^[04].

Há ainda, também no STJ, a discussão sobre a legitimidade do Ministério Público para pleitear medicamento necessário ao tratamento de saúde de paciente, bem como acerca da admissão da União Federal como litisconsorte passiva necessária, nesta modalidade de demanda ^[05].

Diante desse cenário, trazemos relato de casos reais cujos personagens tentam, por meio do exercício da cidadania constitucional, concretizarem o direito à saúde, batendo às portas do Judiciário. Suas histórias de vida revelam dramas sentidos na pele daqueles que necessitaram

de um tratamento médico contra a AIDS no serviço público de saúde no Brasil.

Recorrendo à história, fica fácil perceber como o Judiciário exerce papel fundamental no confronto à precariedade da prestação de serviços estatais e, mais ainda, como mudanças só podem ser feitas com mobilização popular.

Se o que queremos é falar sobre direito à saúde, o ideal é irmos direto ao ponto. Vamos para a realidade, para a vida colocada diante de cada um de nós. Para falar de direito à saúde, impossível não falar da doença mais devastadora do século passado e que ainda continua a desafiar a medicina: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Vamos falar da AIDS.

Os ingredientes que fizeram o Brasil vencer a luta contra a AIDS

Estamos em 12 de dezembro de 1998. O Município de Porto Alegre sustentava, no STF, numa das primeiras vezes, que os artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal eram normas programáticas, dependendo de regulamentação, não implicando a transferência, ao município, da obrigação de fornecer os medicamentos especiais e excepcionais necessários ao tratamento da AIDS [06].

O art. 196 diz que "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".

Já o art. 197 dispõe que "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".

O art. 198 dispõe que as diretrizes, ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

Quando, falando de direito à saúde, diz-se que os artigos 196, 197 e 198 são normas programáticas, o que se quer dizer é que eles não estão na Constituição. É a tentativa de criar uma espécie de *teoria da aparência*. Eles estão lá, mas é como se não estivessem. Aparentam estar na Constituição, mas não estão.

Homens e mulheres morreram para que saíssemos de um regime de ditadura militar, ingressássemos numa democracia e, ao final, tivéssemos uma Constituição popularmente aprovada contendo dispositivos garantistas. Esta é a biografia da Constituição Federal de 1988. Não pode subsistir a ideia segundo a qual seriam mera ficção comandos constitucionais como o que assegura o direito à saúde.

No caso apreciado pelo STF sobre o qual estamos fazendo menção, o Município de Porto Alegre dizia que a Lei nº 8.913/96 atribuía ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade pela distribuição de medicamentos, razão pela qual não seria necessária a regulamentação do artigo 2º, no que toca ao financiamento das despesas. Também dizia que, em face à autonomia dos municípios, era inconstitucional o ato normativo federal ou estadual que lhes acarretasse despesa.

O Município sustentou que mesmo que o citado Diploma não dependesse de regulamentação, não se poderia impor ao ente municipal a obrigação sem que antes fossem estabelecidas as formas de repasse dos recursos. O seu último argumento invocou a Portaria nº 874, de 3 de julho de 1997, oriunda do Ministério da Saúde, que atribui ao Órgão a responsabilidade pelos remédios específicos ao tratamento da AIDS.

Se vingasse a estratégia do Município de Porto Alegre, o paciente não teria acesso ao medicamento para tratamento contra a AIDS. Ele morreria. Ainda bem que o caso, no STF, caiu nas mãos do Ministro Marco Aurélio.

Segundo o Ministro, o preceito do artigo 196 da Constituição, de eficácia imediata, revela que "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 a sua promoção, proteção e recuperação" [07]. A referência a "Estado" abrangeria, segundo o Ministro, a União Federal, os Estados propriamente ditos, o Distrito Federal e os Municípios.

Para o Ministro Marco Aurélio, havia lei obrigando o fornecimento dos medicamentos excepcionais, como os concernentes à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), às pessoas carentes. Além disso, o município de Porto Alegre surgiria com responsabilidade prevista em diplomas específicos, ou seja, os convênios celebrados no sentido da implantação do SUS, devendo receber, para tanto, verbas do Estado. O Ministro não fugiu da alegação trazida pelo Município sobre falta de regulamentação municipal para o custeio da distribuição. Para ele, essa falta de regulamentação não impediria a responsabilidade do Município.

Ao final da decisão, proferida há mais de uma década, o Ministro Marco Aurélio fez um alerta: *"É hora de atentar-se para o objetivo maior do próprio Estado, ou seja, proporcionar vida gregária segura e com o mínimo de conforto suficiente a atender ao valor maior atinente à preservação da dignidade do homem"* [08].

O alerta do Ministro lembra o desabafo que o líder do ANC, partido popular da África do Sul, Kader Asmal, fez durante a abertura do debate na Assembléia Constitucional encarregada de elaborar a Constituição de 1996, idealizada por Nelson Mandela. Asmal afirmou que o seu povo "não poderia ter dado suas vidas em troca de uma mera liberdade de andar nas ruas (...) tampouco para sofrer continuamente privações enquanto os arquitetos das antigas regras viviam no esplendor" [09].

Essa decisão do Ministro Marco Aurélio foi proferida pelo STF em 1998. Dois anos antes, em 1996, o Brasil e o mundo davam dois importantes passos no combate à AIDS. Em julho, na Conferência Internacional de Aids, em Vancouver, Canadá, se anunciou a descoberta do chamado coquetel de combate à doença. Em novembro, o Congresso Nacional brasileiro aprovou a Lei 9.313, que obrigava o Estado a fornecer medicamentos de combate a AIDS.

Essas ações – nacionais e internacionais –, somadas às decisões judiciais que começaram a surgir determinando o acesso a medicamentos para soropositivos, fizeram com que o nosso país

demonstrasse coragem no enfrentamento da questão dos preços dos medicamentos de combate a AIDS.

O Ministério da Saúde, tendo em vista o aumento de casos da AIDS, a falta de recursos terapêuticos e a alta taxa de mortalidade, estabeleceu, ainda em 1985, o Programa Nacional de DST e AIDS -PNDST /AIDS (Portaria n.236 de 02.04.1985) e criou o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, visando estimular políticas públicas de prevenção e assistência aos portadores da enfermidade, em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS.

No ano 2000, na Conferência Internacional de Aids de Durban, África do Sul, a comunidade internacional reconhecia o acerto da política brasileira na área de medicamentos, indicando "o protagonismo e a liderança do país nas discussões sobre acesso universal, propriedade intelectual e patentes de medicamentos" [10].

Na reunião da Organização Mundial do Comércio em Doha (2001), Catar, o Brasil sustentou que os países em desenvolvimento deveriam ter a prerrogativa de quebrar patentes de medicamentos em áreas de interesse da saúde pública. Tínhamos aprovado leis autorizando a fabricação de versões genéricas de medicamentos.

Logo no começo de 2001, o Brasil declarou a possibilidade de licenciamento compulsório das patentes de dois medicamentos. No mês de março, conseguiu a redução do preço de um deles [11]. Quanto ao outro, em agosto de 2001, o Ministério da Saúde anunciou o licenciamento compulsório de patente do medicamento, sustentando emergência em razão do custo e do interesse público. Contudo, após o anúncio a detentora da patente reduziu o preço significativamente.

O Decreto Presidencial 4.830, de 04 de Setembro de 2003, autorizou a importação de medicamentos genéricos, em caso de emergência ou interesse público. Tentava-se, ao tempo, reduzir os custos. O Decreto autorizava ainda a produção, em grande escala, dos referidos antirretrovirais pelo laboratório estatal Far-Manguinhos.

Nada obstante o país tenha sido pioneiro nessa postura, ainda há muito o que ser feito e o Poder Judiciário e a mobilização social são peças fundamentais nisso.

É que, na hora de concretizar as políticas públicas voltadas para o combate à AIDS, o aparelho estatal ainda peca. Ele não consegue contemplar todos aqueles que necessitam de tratamento e, com isso, arrasta-se para o Poder Judiciário essa carência e este, normalmente, lhes dá guarida. A partir daí, impactando os cofres públicos com a compra de remédios, os entes estatais passam a sentir o termômetro social da necessidade e do descontentamento, sendo forçados a reavaliarem suas posturas no ano seguinte, quando, novamente, se discute o orçamento.

Fica evidente que a postura do Judiciário é mesmo incômoda, porque força ao Poder Executivo fazer o que não estava fazendo, que é abranger novas necessidades de tratamentos médicos ocorridas no seio de uma sociedade complexa.

Daí porque podemos dizer que as decisões judiciais no âmbito do direito à saúde muitas vezes trazem o benefício de forçar o Poder Executivo a manter sempre a atualidade de seus debates acerca das políticas públicas de saúde, oxigenando suas discussões e permitindo que novos elementos lhe sejam fornecidos.

O filósofo norte-americano Ronald Dworkin nos diz que "não obstante, por maior que seja o número de informações que o órgão do governo é capaz de reunir, seu resultado deve ser provisório, aberto a revisão com base em outros indícios fornecidos pela experiência médica" [12]. Isso não só pela experiência médica levada a conhecimento do Poder Executivo, como também a experiência médica levada ao conhecimento do Judiciário por meio das ações por ele apreciadas.

Eric C. Christiansen diz que "a obrigação do Estado é dinâmica, ela mudará conforme mudam as circunstâncias e, presumidamente, ela aumentará no correr do tempo. Assim, a Corte pode revisar a razoabilidade dos programas estáticos do governo" [13].

Pensando o cenário brasileiro, o Professor Adib Jatene nos fala que "quanto aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, que consideramos essenciais para adequada assistência, propomos atualizar os já existentes e elaborar novos protocolos atualizando-os a cada dois anos" [14].

Há ainda outro ponto que merece atenção. Afirma-se que a formulação das políticas públicas brasileiras decorre de um equilibrado processo dialético que contempla os agentes do Estado e a sociedade, muitas vezes dentro de conselhos ou comissões ligadas ao Poder Executivo. Todavia, nem sempre a estruturação de órgãos voltados à implementação de políticas públicas é algo efetivo. Alexandre Ciconello, advogado, assessor de direitos humanos do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) e mestre em ciência política, em tom realista, destaca os desafios que ainda enfrentaremos para tornar efetivos tais órgãos. Para ele, as etapas a serem percorridas são:

(i) a resistência de diversos setores do poder público em efetivamente compartilhar o poder com organizações da sociedade; (ii) a grande distância que subsiste entre os resultados formais e reais da participação. Até o momento as conquistas se deram no plano da legalidade; agora é preciso efetivar os direitos, garantindo a todos o seu acesso; (iii) a fragilidade das organizações da sociedade civil tanto do ponto de vista financeiro como político; (iv) a dificuldade de estender a participação social para o campo da política econômica^[15].

Ciconello não encampa visão fantasiosa acerca da formatação das políticas públicas por parte do Estado. Nesse ponto, é bem franco, pois afirma que "(...) a capacidade do Estado brasileiro de implementar políticas públicas e efetivar os direitos previstos no ordenamento jurídico está cada vez mais reduzida" [16]. Essa fragilidade estatal tem destinatário certo: as categorias mais vulneráveis que, desprovidas de atendimento médico particular têm de se socorrer do sistema de saúde pública.

Mais adiante Ciconello nos diz que "o Brasil ainda é um país comandado por uma elite política e econômica que se estrutura em torno de privilégios. É em grande parte por isso que as leis e os direitos (mesmo garantidos na legislação) são cumpridos parcialmente, sempre excluindo os

mais pobres" [17].

Ele arremata: "a permanência de relações de poder desiguais e a fragilidade do Estado brasileiro não permitem a sua efetivação. Esse é um novo desafio da participação social: consolidar uma institucionalização de exigibilidade dos direitos"[18].

É recorrente o argumento segundo o qual o Executivo é absoluto quanto ao processo de formulação de políticas públicas, uma vez que conta com todo um aparato voltado a esta missão, fato não verificado no Judiciário, razão pela qual, este, não estaria habilitado para ingressar nessa discussão.

Não seria surpresa o argumento acima frisar a existência de conselhos dedicados à discussão, elaboração e formulação das políticas públicas de saúde. Vejamos o que acontece no mundo real.

O Tribunal de Contas da União (TCU) fez auditoria na Secretaria de Saúde do Tocantins. O Tribunal de Contas do Estado havia solicitado a cooperação do TCU para o trabalho, com "a finalidade de apurar possíveis irregularidades na aplicação de recursos públicos na área da saúde, tendo em vista a situação caótica que se instalara na Secretaria de Saúde, ocasionando até o desabastecimento de medicamentos na rede hospitalar estadual" [19].

Após identificarem um sem número de irregularidades, os técnicos do TCU fizeram questão de anotar o seguinte acerca da atuação dos conselhos internos da Secretaria de Saúde na formulação das políticas públicas:

Todos os problemas verificados foram corroborados pela pouca atuação do Conselho Estadual de Saúde de Tocantins, órgão de controle social que, no Estado, conforme se observou, goza de pouca independência, haja vista a sua presidência ser exercida, de forma nata, pelo próprio Secretário de Saúde, que, paradoxalmente, deveria ter a sua atuação fiscalizada e controlada pelo referido Conselho. Ou seja, a situação em Tocantins caracteriza-se naquela em que a figura do gestor e a do controlador da gestão se confundem, em detrimento do princípio constitucional da moralidade [20].

Eis o mundo real que nem sempre aparece. Daí a necessidade de institucionalizar a exigibilidade de direitos, que pode ser feita aliando o Judiciário à uma ampla mobilização popular.

Do julgamento do caso do medicamento para combate a AIDS ao qual se opunha o município de Porto Alegre, para os dias de hoje, já se passou mais de uma década. Doze anos se passaram. Agora estamos em abril de 2010.

Mais uma ação civil pública era ajuizada. O caso era semelhante à grande maioria que há no Brasil. Ele envolvia um brasileiro pobre.

O cidadão que precisava do medicamento era beneficiário de auxílio-doença, no valor de R\$851,70. Era o Ministério Público Federal quem ajuizava a Ação a fim de obrigar a União a

importar o medicamento Isentress (Raltegravir) para atender ao senhor de quase cinquenta anos de idade, paciente infectado por HIV e resistente aos demais medicamentos que possuíam prescrição médica na Subseção Judiciária de Blumenau, Estado de Santa Catarina ^[21].

Segundo consta nos autos no STF, o paciente, há 10 anos, submetia-se à terapia antirretroviral. Diante de um quadro de regressão relativo à sua capacidade imunológica, o infectologista receitou os medicamentos Isentress (Raltegravir) e Darunavir, ressaltando a imprescindibilidade do novo esquema de tratamento, porque o paciente apresentara falha terapêutica e clínica com os antiretrovirais utilizados.

O médico de referência em genotipagem em Santa Catarina indicou que, para situações semelhantes à do paciente, recomendava-se o uso de Enfuvirtida (Fuzeon) e Darunavir (Prezista). Todavia, asseverou que o paciente havia feito "uso de Enfuvirtida ao que parece, sem sucesso, uma vez que a carga viral encontra-se significativamente alta. O uso single de Darunavir não tem demonstrado até agora, em estudos, uma eficácia aceitável nesses casos"^[22].

Acerca da eficácia da prescrição do medicamento Intelence (etravirine), o médico ponderou que (i) havia adequação aos parâmetros médicos como "alternativa mais recente para pacientes multifalhados" e (ii) a sua associação ao medicamento raltegravir "poderia até, se utilizada de forma correta e contínua, impedir o aparecimento de outros códons tornando o tratamento duradouro e eficaz" ^[23].

Havia, no processo, comprovação de que o remédio era imprescindível para o senhor e a sua não utilização importaria em risco à sua saúde de forma direta. A perícia médica dizia, ainda, que se o paciente interrompesse o uso da medicação ou esta medicação não mais fizesse efeito benéfico para o paciente, o mesmo poderia apresentar queda acentuada de sua imunidade, fazendo com que viesse a apresentar alguma infecção oportunista que o levasse ao óbito.

O juiz atendeu ao pedido feito posteriormente e incluiu o medicamento Intelence, cujo princípio ativo é o etravirine, diante da revisão do esquema terapêutico prescrito ao paciente.

De acordo com a decisão, a União deveria adquirir, por importação ou qualquer outro meio legal possível, os medicamentos ISENSTRESS (raltegravir) e Intelence (etravirine). Além disso, a União, Estado de Santa Catarina e Município de Blumenau deveriam fornecer, gratuitamente, ao paciente na quantidade inicial de 12 (doze) frascos de cada medicamento.

A União se defendeu. Disse haver lesão à ordem, à saúde e à economia públicas. Também diz-se que a determinação de fornecimento dos medicamentos de alto custo inviabilizaria o adequado funcionamento do SUS, bem como prejudicaria o andamento dos serviços de saúde básica em relação ao restante da população.

Para a União, "no momento em que se decide disponibilizar de forma ampla e gratuita os medicamentos destinados ao tratamento de HIV, com um custo final expressivo ao Poder Público, e sem a prévia elaboração de estudos técnicos indispensáveis à averiguação da sua real utilidade/necessidade, diminui-se a capacidade financeira do Estado de fornecer outros benefícios, também considerados relevantes, aos demais integrantes da sociedade"^[24].

Segundo a União, não havia comprovação da segurança e da eficácia do medicamento, que não possuiria registro na ANVISA, além da existência de outros esquemas terapêuticos oferecidos na rede pública para tratamento da AIDS.

Disse que não haveria previsão orçamentária para a aquisição da medicação. Sustentou que as prestações de saúde devem ser executadas dentro da "reserva do possível e a possibilidade de ocorrência do efeito multiplicador da decisão" [25].

Havia, no processo, prova pericial demonstrando que o medicamento Etravirine (Intelence) era necessário e indispensável à manutenção da vida do paciente. Segundo o perito:

b) No momento a doença encontra-se estável, com relativa melhora clínica e laboratorial após o uso regular do esquema de medicações atual;

c) se o paciente interromper o uso desta medicação ou esta medicação não mais fizer efeito benéfico para o paciente, o mesmo poderá apresentar queda acentuada de sua imunidade, fazendo com que venha a apresentar alguma infecção oportunista que o leve ao óbito;

d) As medicações adequadas ao seu tratamento são as mesmas verificadas em seu exame de genotipagem, ou seja, são as medicações que ainda tem efeito inibitório na replicação do vírus. No caso, ritonavir, darunavir, raltegravir e etravirine;

f) produzirá amenização da imunodeficiência, melhorando o quadro clínico, como já vem acontecendo.

g) ambos com eficácia cientificamente comprovada e com registro na ANVISA.

Dessa vez a decisão não cabia ao Ministro Marco Aurélio. O relator do caso, no STF, era o Ministro Gilmar Mendes.

Para o Ministro, o direito à saúde é estabelecido pelo artigo 196 da Constituição Federal como (1) "direito de todos" e (2) "dever do Estado", (3) garantido mediante "políticas sociais e econômicas (4) que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos", (5) regido pelo princípio do "acesso universal e igualitário" (6) "às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

A despeito da afirmação da União de que o medicamento não possuía registro na ANVISA, em consulta ao sítio da agência reguladora, o Ministro Gilmar descobriu que o medicamento Intelence, cujo princípio ativo é a Etravirina, foi registrado sob o n.º 112363391, válido até 02/2014, o que atestaria sua segurança para o consumo.

O Ministro registrou ainda que "não constar entre os medicamentos listados pelas Portarias do SUS não é motivo, por si só, para o seu não fornecimento, uma vez que a Política de Assistência Farmacêutica visa contemplar justamente a integralidade das políticas de saúde a todos os usuários do sistema".

Percorrendo a legislação federal e a Constituição, o Ministro afirmou que "a Lei Federal n. 9.313/96 garante o acesso aos medicamentos antirretrovirais pelo SUS para todas as pessoas acometidas pela doença. A Constituição indica os valores a serem priorizados, corroborada pelo disposto nas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90. Tais determinações devem ser seriamente consideradas quando da formulação orçamentária, pois representam comandos vinculativos para o poder público" [26].

Quanto à alegação da União de lesão à economia pública pelo fato de ter que fornecer um remédio ao paciente soropositivo, o Ministro registrou que "a União, apesar de alegar lesão à economia pública, não comprova a ocorrência de dano aos cofres federais, limitando-se a requerer a aplicação do princípio da reserva do possível. Por outro lado, inexistentes os pressupostos contidos no art. 4º da Lei no 8.437/1992, verifico que a ausência do fornecimento do medicamento solicitado poderá ocasionar graves e irreparáveis danos à saúde e à dignidade de vida do paciente" [27].

Acerca do efeito multiplicador, o Ministro arrematou sua decisão dizendo: "A alegação de temor de que esta decisão sirva de precedente negativo ao Poder Público, com possibilidade de ensejar o denominado efeito multiplicador, também não procede, pois a análise de decisões dessa natureza deve ser feita caso a caso, considerando-se todos os elementos normativos e fáticos da questão jurídica debatida. Nesse sentido, ressalte-se que a Farmacêutica e Bioquímica Christiane Effting Kling Donini – funcionária do Ambulatório DST/AIDS Blumenau – informou que não havia notícia de requisições por parte de outros pacientes dos medicamentos Intelence (etravirine) e Isentress (Raltegravir)" [28].

Doze anos separam o primeiro caso, de relatoria do Ministro Marco Aurélio e esse segundo caso, apreciado pelo Ministro Gilmar Mendes.

A presença do Judiciário nesse debate é fundamental para a concretização do direito à saúde. Mas o que podemos dizer da experiência com a judicialização da saúde para o acesso a medicamentos de combate à AIDS?

Mirian Ventura, pesquisadora sobre Direitos Humanos e Saúde e estudiosa que desenvolve pesquisas sobre o tema judicialização da saúde parece ser uma fonte confiável para responder esta indagação. Para ela "O movimento de aids no Brasil conseguiu extrair do componente jurídico seu potencial transformador, impulsionando mudanças amplas e estruturais a partir do uso estratégico das leis nacionais, na perspectiva dos direitos humanos" [29]. Para a Professora "as práticas de intervenção judicial desse movimento têm auxiliado outros movimentos a refletirem e redirecionarem suas linhas de ação. Na história brasileira recente nenhum outro movimento obteve um grau tão satisfatório de efetividade da legislação genérica nacional existente como o das pessoas vivendo com HIV/AIDS" [30].

Estamos falando do nascimento de uma cultura de exigibilidade de direitos. Outro *expert* no tema da saúde pública no Brasil que merece ser ouvido quanto à pergunta que fiz é o Ministério da Saúde. O que será que o Ministério da Saúde acha da judicialização da saúde quanto aos medicamentos de combate à AIDS?

Em 2005, o Ministério divulgou o importante estudo denominado *O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais Brasil* [31]. Segundo o Ministério "as vitórias na Justiça demonstram o reconhecimento do direito à saúde e do papel do movimento organizado na luta contra a aids e na defesa da cidadania" [32].

O Ministério da Saúde conclui, no seu documento, que "ações e decisões judiciais são conseqüências do amadurecimento da organização da sociedade, de um lado, e, de outro, das deficiências da Administração Pública. São os mecanismos e o processo de incorporação de novos medicamentos na rede pública que devem ser melhor compreendidos, aperfeiçoados e agilizados" [33].

O Poder Executivo reconhece a importância do Poder Judiciário como instrumento garantidor da participação da sociedade na reformulação das políticas públicas da saúde. Em outros países, muitas vezes o Executivo se mostra completamente avesso a tal reconhecimento.

Os ingredientes que fizeram a África do Sul vencer a luta contra a AIDS

É interessante colher experiências em outros países e perceber que os argumentos trazidos pelo Poder Executivo quanto à negativa de concretização do direito constitucional à saúde, às vezes, beiram o ridículo.

Na África do Sul foi o Judiciário, provocado pela sociedade e assegurando o direito à saúde, que enfrentou o problema do acesso a medicamentos contra a AIDS.

O direito à saúde está enumerado na Constituição sul-africana de 1996 e vem sendo objeto de intensa concretização pela Corte Constitucional [34]. Segundo o Professor Eric C. Christiansen, "nenhum outro país desenvolveu suficientemente sua jurisprudência para delinear um entendimento teórico abrangente" [35].

A Constituição da África do Sul de 1996 tem uma cara. A cara dela é a cara do seu idealizador. Falo de um líder. Falo de Nelson Mandela [36].

O processo de elaboração constitucional da África do Sul propiciou "uma relativa transição não-violenta de uma 'autocracia racial para uma democracia não-racial, por meio de uma transição negociada, a progressiva implementação da democracia e o respeito pelos direitos fundamentais" [37]. Em razão disso, "a Corte Constitucional representou um papel decisivo ao assegurar o sucesso da transição sul-africana para a democracia e ao finalizar o texto constitucional" [38].

É importante conhecermos a realidade política da África do Sul nos preparativos da Constituição de 1996. De um lado havia o *Nacional Party* (NP), representando o governo de minoria branca do *apartheid*. Do outro, o *African National Congress* (ANC), o popular e recém saído da clandestinidade partido *anti-apartheid* [39].

A Constituição de 1996 foi antecedida da Carta da Liberdade (*Freedom Charter*), uma declaração de princípios políticos dos opositores sul-africanos do *apartheid*, ratificada pelo Congresso do Povo em Klipton, em 26 de junho de 1955.

No tópico sócio-econômico, a *Freedom Charter* declarou: "(e) devem ser providenciados acompanhamento médico e hospitalização gratuitos para todos, com especial cuidado com as mães e crianças pequenas". Exigiu-se o acesso aos serviços de saúde e medicamentos gratuitos para toda a população [40].

Na luta sul africana pelo fim do *apartheid*, a NP, que tentava manter o modelo de segregação, afirmava que "os assim chamados direitos de 2ª geração – direitos e benefícios sociais (...) não deveriam ser entricheirados contra o Estado. O Estado simplesmente não poderia suportar o custo deles" [41]. O Professor Eric nos diz que "as políticas constitucionais do NP, expressas em suas *Proposals for a Charter of Fundamental Rights*, avançaram na doutrina libertária tradicional, ao permitir somente a efetivação (*enforcement*) de direitos negativos contra o Estado" [42].

O Professor Eric C. Christiansen diz que os argumentos contrários à plena exeqüibilidade do direito à saúde são "variados e confusos" [43].

Na África do Sul, a Corte Constitucional interpreta o direito à saúde em sintonia com a competência que lhe fora conferida pela Constituição, uma vez que esta delegou a tarefa de interpretação dos direitos sociais ao Judiciário [44]. A Corte, nessas hipóteses, costuma solicitar informação adicional ou permitir a juntada de adendos das partes interessadas pelos *amici curiae* [45].

A Corte começou a trabalhar em fevereiro de 1995. A Constituição final não pôde ser assinada pelo Presidente ou ser promulgada antes de a Corte 'certificá-la', confirmando não haver conflitos entre os Trinta e Quatro Princípios e o projeto final da Constituição [46]. Como o esboço continha direitos sócio-econômicos, a Corte teve de decidir se eles poderiam ser apropriadamente incluídos no texto da Constituição de 1996 antes que ela considerasse seu primeiro processo importante de direitos sociais [47].

Segundo a Corte, "direitos [sociais] são, pelo menos em certa medida, justiciáveis (...) muitos dos atos civis e políticos inseridos no [texto] constitucional proposto originarão implicações orçamentárias similares, sem comprometer sua justiciabilidade. O fato de que os direitos sócio-econômicos, quase inevitavelmente, gerarão tais implicações não nos parece ser barreira à sua justiciabilidade" [48].

A concretização judicial do direito à saúde na África do Sul, pela Corte Constitucional daquele país, tem seu ápice com o caso que relatarei abaixo.

Aproximadamente 30 empresas farmacêuticas estrangeiras entraram com um processo, em 2001, para anular uma lei sul-africana que permitia a importação de medicamentos genéricos mais baratos. Essa postura foi contraposta pela campanha *Treatment Action* (TAC), uma organização de soropositivos da África do Sul, país o qual cerca de 20% de sua população se encontra infectada.

A TAC foi criada no Dia Internacional da Aids, em 1998. É formada por 15 mil membros, sendo que: "80% deles estão desempregados, 70% são mulheres, 70% são adolescentes e jovens na faixa etária dos 14 a 24 anos e 90% são negros" [49].



A TAC atuou em duas frentes. Na primeira, conseguiu uma imensa mobilização popular. Pela segunda, buscou o Judiciário. Sua atuação conseguiu baixar os preços dos medicamentos antirretrovirais. A TAC também confrontou o governo do ANC e o chefe do Executivo, Thabo Mbeki.

O TAC se voltou para a prevenção da transmissão do HIV das mães portadoras do vírus para as crianças. Uma dose da droga Nevirapina diminuía a probabilidade de que uma mãe HIV positivo transmitisse o vírus para a criança durante o nascimento.

O Professor Eric diz que o fabricante da droga concordara em fornecê-la ao governo gratuitamente por cinco anos. O governo idealizara um programa de distribuição num número limitado de lugares-piloto (dois em cada uma das onze províncias sul-africanas), "porém, médicos do Estado fora desses lugares estavam proibidos de administrar a droga, embora ela já tivesse sido testada e aprovada para o uso na África do Sul. Somente 10% dos esperados 70.000 nascimentos anuais de contaminados foram abrangidos pelo programa. O plano do governo pretendia elaborar um estudo de vários anos antes de desenvolver um programa nacional" [50].

O Professor Eric. C. Christiansen, diz que, segundo a TAC, o programa violara a obrigação constitucional do Estado de "respeitar, proteger, promover e realizar os direitos na Declaração de Direitos", especialmente no que esses deveres se aplicavam ao direito de acesso ao serviço de saúde para mulheres grávidas e crianças [51]. A TAC pediu à Corte que suspendesse a proibição da distribuição de Nevirapina fora do programa piloto e que determinasse que o governo produzisse imediatamente um programa nacional mais abrangente para a prevenção de tal transmissão. A Corte assegurou ambos os pedidos.

Quem mais se opunha à atuação dos tribunais no debate era o presidente do país, Thabo Mbeki. Ele questionava o vínculo entre o HIV e a Aids.

Duncan Green é um *expert* na formulação, implementação e fiscalização de políticas públicas ao redor do planeta. Green tem uma vida dedicada às políticas públicas, especialmente em países pobres da América Latina. Ele percorreu o mundo estudando e participando da implantação de políticas públicas voltadas ao combate à pobreza. Green fornecerá o marco teórico do qual nos utilizaremos neste capítulo. Como fica claro, o nosso marco teórico não é um teórico, é um prático.

Para ele "declarações políticas confusas e poucas medidas práticas minavam o que pareciam ser bons planos para distribuir retrovirais em ambulatórios públicos" [52].

Mbeki era, oficialmente, o responsável pela formulação e implementação das políticas públicas de saúde na África do Sul. Vale registrar, também, que segundo a crítica especializada, embora tenha reportado, em seu discurso oficial à Nação em 2006, que havia mais de 60% de acréscimo no gasto social real por pessoa entre 1983 e 2003, o legado sócio-econômico do *apartheid* por ele liderado assombrará a África do Sul ainda por várias décadas [53]. Nesse período, o padrão de vida dos brancos se aproximava do dos habitantes da Noruega ou da Suécia, enquanto os negros possuíam um padrão de vida abaixo do padrão dos habitantes de Gana ou do Quênia [54].

Governantes despreparados. Centralização excessiva de poder. Pessoas despidas de um verdadeiro espírito público integrando o processo de formulação de políticas públicas. Ausência de jurisdição constitucional e de uma Constituição efetiva. Predominância de teorias que limitam a concretização judicial dos direitos sociais. Esses são os ingredientes que temperam o caos na saúde pública em qualquer nação.

Sempre que a TAC recorria ao Judiciário invocava o acesso a tratamento com base na Constituição de 1996, que previa o direito humano à saúde ^[55].

Enquanto sociedade, Judiciário e Constituição marchavam de um lado, o Poder Executivo caminhava em direção oposta.

O então presidente, Mbeki, passara amplos poderes à sua Ministra da Saúde para que ele cuidasse do problema de acesso a tratamento pelos soropositivos sul-africanos. Para Manto Tshabalala-Msimang, Ministra da Saúde, havia uma saída para o problema da AIDS na África do Sul. A conclusão da Ministra era a de que o consumo de alho e beterraba e uma melhor nutrição eram melhores para tratar a AIDS do que os antirretrovirais. Ficou conhecida como "Dra. Beterraba" ^[56].

Vejam como, por vezes, os argumentos chocam. Recomendar beterrabas para o combate a AIDS é o mesmo que dizer que a Constituição Federal de 1988 não quer a concretização do direito à saúde.

Duncan Green nos diz ainda que a secretária executiva do Ministério da Saúde da África do Sul, Nozizwe Madlala-Routledge, crítica voraz das políticas do governo, reconheceu o papel que a TAC havia desempenhado. Para ela, só por meio desse ativismo foi possível "mudar a política e forçar o governo a alterar sua rota – em parte fortalecendo diferentes vozes dentro do governo".

Outro argumento que surge, quando se quer desqualificar a jurisdição constitucional e conferir um caráter sacrossanto às instâncias políticas que formulam políticas públicas para a saúde, é que uma Corte Constitucional não pode dispor de informações suficientes para decidir, com segurança, um caso dessa natureza.

No caso sul africano, em decisão unânime, a Corte referendou uma grande quantidade de informações "de uma variedade de perspectivas específicas, que iam de pediatria, farmacologia e epidemiologia à administração de saúde, economia e estatística" ^[57]. Vários *amici curiae* foram admitidos no processo. Informações das mais variadas foram levadas à apreciação da Corte. O Professor Eric nos fala que "a decisão entendeu que os objetivos do governo não justificavam o pesado impacto que o programa tinha sobre os 90% de mulheres grávidas pobres e para seus filhos, para os quais o programa era, na prática, proibido. Para a Corte, a inflexibilidade do programa e sua incapacidade de responder às necessidades de um grupo particularmente vulnerável, tornaram-no desarrazoado" ^[58].

Percebam como cai por terra o argumento segundo o qual as políticas públicas, mesmo num Estado Constitucional, são soberanas, ou seja, não podem se sujeitar a controle por parte da jurisdição constitucional.

Para a Corte sul africana, "direitos sócio-econômico são direitos e a Constituição obriga o Estado a efetivá-los. Essa é uma obrigação que as Cortes podem e, em uma situação apropriada, devem impor" [59].

No caso TAC, a Corte Constitucional entendeu que "a política do governo foi inflexível por negar à mãe e aos seus recém-nascidos uma droga que potencialmente lhes salvaria a vida. Ela poderia ter sido administrada dentro dos recursos disponíveis do Estado; sem nenhum malefício conhecido para as mães ou crianças" [60].

A Corte sustentou que o governo era "obrigado constitucionalmente a implementar um programa efetivo, abrangente e compreensivo da transmissão do HIV da mãe para o filho em todo o país" [61]. O governo foi instado, como parte de um programa nacional imediato, a estender o teste e o aconselhamento relacionados à transmissão do vírus da mãe para o filho através do setor de saúde pública [62].

Ao final dessa batalha que teve como centro irradiador o direito constitucional à saúde, um importante estudo foi elaborado e concluiu que "a Campanha da Aids, que se preocupou muito mais em usar os instrumentos oferecidos pela democracia constitucional do que qualquer outra tentativa de promoção de mudanças na África do Sul pós-apartheid, foi muito mais bem-sucedida do que suas contrapartes em seus objetivos" [63].

E no Brasil? Em 2005, o Ministério da Saúde brasileiro divulgou o estudo *O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais Brasil* [64].

De acordo com esse substancial trabalho, a judicialização da saúde, nesta matéria, nada mais é do que um importante "instrumento de exercício de cidadania e resultado da mobilização da sociedade, especialmente das entidades de defesa dos direitos das pessoas que vivem com HIV e AIDS" [65].

O presente texto tenta mostrar que, dentro da realidade brasileira e sul africana de combate à AIDS, caiu por terra o argumento segundo o qual as políticas públicas, mesmo num Estado Constitucional, são soberanas, ou seja, não podem se sujeitar a controle por parte da jurisdição constitucional.

Centralização excessiva de poder. Pessoas despidas de um verdadeiro espírito público integrando o processo de formulação de políticas públicas. Ausência de jurisdição constitucional e de uma Constituição efetiva. Predominância de teorias que limitam a concretização judicial dos direitos sociais. Esses são os ingredientes que temperam o caos na saúde pública em qualquer nação.

Constituição, jurisdição constitucional e mobilização popular. Esse foi o ingrediente dessa verdadeira revolução que mudou o panorama do combate à AIDS no Brasil e na África do Sul. Nada de ativismo judicial. Simplesmente, cidadania.

REFERÊNCIAS



Acórdãos do Supremo Tribunal Federal

RE 566471/RN (Rel. Min. Marco Aurélio), julgado em 15/11/2007.

AI 232469/RS, julgado em 12/12/1998, de relatoria do Ministro Marco Aurélio.

STA 260/SC, julgada em 20/04/2010, de relatoria do Ministro Gilmar Mendes.

Acórdãos do Superior Tribunal de Justiça

Resp. 1.069.810/RS (Rel. Min. Luiz Fux).

Resp. 1.102.457/RJ (Rel. Min. Benedito Gonçalves).

Resp. 1.110.552/CE (Rel. Min. Eliana Calmon).

Acórdão do Tribunal de Contas da União

Acórdão 1266/2007 - Plenário. AC-1266-27/07-P. Proc.: 003.094/2007-8. Relatório de Auditoria de Conformidade - Fiscalis nº 1005/2006. Órgão/Entidade: Secretaria Estadual de Saúde de Tocantins (SES/TO); e Fundo Estadual de Saúde (FES/MS). Ministro Relator, Valmir Campelo. SECEX-4 - 4ª Secretaria de Controle Externo SECEX-TO - Secretaria de Controle Externo - TO. Apensos: TC 028.686/2006-0; TC 021.448/2006-7; TC 012.960/2007-8.

Bibliografia

CHRISTIANSEN, Eric C. Adjudicating Non-justiciable Rights: Sócio-Economic Rights and the South African Constitutional Court. Columbia Human Rights Law Review. Vol. 38, nº 2 (2007). Traduzido por Leonardo Carrilho Jorge, Mestrando em Direito Público pela UERJ, para "Decidindo sobre Direitos Não-Justiciáveis: Direitos Sócio-Econômicos e a corte Constitucional Sul-Africana", p. 641/642, in Direito Sociais. Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010. Coordenada por Cláudio Pereira de Souza Neto e Daniel Sarmento.

DWORKIN, Ronald. A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade. Tradução Jussara Simões. Revisão técnica e da tradução Cícero Araújo, Luiz Moreira. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GREEN, Duncan. Da pobreza ao poder: como cidadãos ativos e estados efetivos podem mudar o mundo. Tradução de Luiz Vasconcelos. São Paulo: Cortez; Oxford: Oxfam International, 2009.

JATENE, Adib. Matéria publicada no site do STF dia 29.04.2009, intitulada "Adib Jatene propõe edição de súmula vinculante para diminuir ações na Justiça". Disponível em:

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=107092&caixaBusca=N>.

Acesso mar 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

VENTURA, Mirian . As estratégias de promoção e garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS/ Divulgação em Saúde Para Debate. Rio de Janeiro, Número 27, Agosto de 2003, p 107. Proposta de um plano de trabalho para as Assessorias Jurídicas das ONGs/Aids, Relatório

Consultoria Projeto 914BRA59 – CNDST/AIDS, outubro 2000 – revisado em março 2003.

Notas

1. CHRISTIANSEN, Eric C. *Adjudicating Non-justiciable Rights: Sócio-Economic Rights and the South African Constitutional Court*. Columbia Human Rights Law Review. Vol. 38, nº 2 (2007). Traduzido por Leonardo Carrilho Jorge, Mestrando em Direito Público pela UERJ, para "Decidindo sobre Direitos Não-Justiciáveis: Direitos Sócio-Econômicos e a corte Constitucional Sul-Africana", p. 641/642, in *Direito Sociais. Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010. Coordenada por Cláudio Pereira de Souza Neto e Daniel Sarmento, p. 689.
2. RE 566471/RN (Rel. Min. Marco Aurélio), julgado em 15/11/2007.
3. Resp. 1.069.810/RS (Rel. Min. Luiz Fux).
4. Resp. 1.102.457/RJ (Rel. Min. Benedito Gonçalves).
5. Resp. 1.110.552/CE (Rel. Min. Eliana Calmon).
6. Todo o relato foi extraído dos autos da AI 232469/RS, julgado em 12/12/1998, de relatoria do Ministro Marco Aurélio.
7. Extraído dos autos da AI 232469/RS, julgado em 12/12/1998, de relatoria do Ministro Marco Aurélio
8. AI 232469/RS, julgado em 12/12/1998, de relatoria do Ministro Marco Aurélio
9. CHRISTIANSEN, Eric C. *Adjudicating Non-justiciable Rights: Sócio-Economic Rights and the South African Constitutional Court*. Columbia Human Rights Law Review. Vol. 38, nº 2 (2007). Traduzido por Leonardo Carrilho Jorge, Mestrando em Direito Público pela UERJ, para "Decidindo sobre Direitos Não-Justiciáveis: Direitos Sócio-Econômicos e a corte Constitucional Sul-Africana", p. 641/642, in *Direito Sociais. Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010. Coordenada por Cláudio Pereira de Souza Neto e Daniel Sarmento, p. 649.
10. GREEN, Duncan. Da pobreza ao poder. p. 27.
11. Todo o histórico nacional pode ser conhecido acessando o site mantido pelo próprio Ministério da Saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso mar 2011.
12. DWORKIN, ronald. A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade. Tradução Jussara Simões. Revisão técnica e da tradução Cícero Araújo, Luiz Moreira. São Paulo: Martins Fontes, 2005. P. 448 (Justice in the Distribution of Health Care, McGill Law Journal 38 (1993): 883.
13. CHRISTIANSEN, Eric C. *Adjudicating Non-justiciable Rights: Sócio-Economic Rights and the South African Constitutional Court*. Columbia Human Rights Law Review. Vol. 38, nº 2 (2007). Traduzido por Leonardo Carrilho Jorge, Mestrando em Direito Público pela UERJ, para "Decidindo sobre Direitos Não-Justiciáveis: Direitos Sócio-Econômicos e a corte Constitucional



Sul-Africana", p. 641/642, in *Direito Sociais. Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010. Coordenada por Cláudio Pereira de Souza Neto e Daniel Sarmento, p. 677.

14. Cf. matéria publicada no site do STF dia 29.04.2009, intitulada "Adib Jatene propõe edição de súmula vinculante para diminuir ações na Justiça". Disponível em:

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=107092&caixaBusca=N>. Acesso mar 2011.

15. CICONELLO, Alexandre. A participação social como processo de consolidação da democracia no Brasil, p. 604/624, in GREEN, Duncan. *Da pobreza ao poder: como cidadãos ativos e estados efetivos podem mudar o mundo*. Tradução de Luiz Vasconcelos. São Paulo: Cortez; Oxford: Oxfam International, 2009, p. 617/618.

16. *Ibidem*.

17. *Ibidem*.

18. CHRISTIANSEN, Eric C. *Adjudicating Non-justiciable Rights: Sócio-Economic Rights and the South African Constitutional Court*. Columbia Human Rights Law Review. Vol. 38, nº 2 (2007). Traduzido por Leonardo Carrilho Jorge, Mestrando em Direito Público pela UERJ, para "Decidindo sobre Direitos Não-Justiciáveis: Direitos Sócio-Econômicos e a corte Constitucional Sul-Africana", p. 641/642, in *Direito Sociais. Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010. Coordenada por Cláudio Pereira de Souza Neto e Daniel Sarmento, p. 620.

19. Acórdão 1266/2007 – Plenário. AC-1266-27/07-P. Proc.: 003.094/2007-8. Relatório de Auditoria de Conformidade – Fiscalis nº 1005/2006. Órgão/Entidade: Secretaria Estadual de Saúde de Tocantins (SES/TO); e Fundo Estadual de Saúde (FES/MS). Ministro Relator, Valmir Campelo. SECEX-4 – 4ª Secretaria de Controle Externo SECEX-TO – Secretaria de Controle Externo – TO. Apensos: TC 028.686/2006-0; TC 021.448/2006-7; TC 012.960/2007-8.

20. *Ibidem*.

21. Todo o relato fora extraído dos autos da STA 260/SC, julgada em 20/04/2010, de relatoria do Ministro Gilmar Mendes.

22. Transcrito do relato constante nos autos da STA 260/SC, julgada em 20/04/2010, de relatoria do Ministro Gilmar Mendes.

23. Transcrito do relato constante nos autos da STA 260/SC, julgada em 20/04/2010, de relatoria do Ministro Gilmar Mendes.

24. *Ibidem*.

25. A Lei Federal 6.360/76, ao dispor sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, determina, em seu artigo 12,



que "nenhum dos produtos de que trata esta Lei, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde".

26. Transcrito do relato constante nos autos da STA 260/SC, julgada em 20/04/2010, de relatoria do Ministro Gilmar Mendes.

27. *Ibidem*.

28. *Ibidem*.

29. VENTURA, Mirian . As estratégias de promoção e garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS/ Divulgação em Saúde Para Debate. Rio de Janeiro, Número 27, Agosto de 2003, p 107. Proposta de um plano de trabalho para as Assessorias Jurídicas das ONGs/Aids, Relatório Consultoria Projeto 914BRA59 – CNDST/AIDS, outubro 2000 – revisado em março 2003.

30. *Ibidem*.

31. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

32. *Ibidem*.

33. *Ibidem*, p. 129.

34. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem* p. 642.

35. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem* p. 643.

36. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*. Nota de Rodapé nº 15, p. 645.

37. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 644.

38. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 644.

39. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem* p. 645.

40. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, Nota de Rodapé nº 35. p. 650.

41. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 656.

42. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 652.

43. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 660.

44. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 664.

45. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 667.

46. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 646/647.
47. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 672.
48. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 673. In re: Certification of the South African Constitution.
49. CHRISTIANSEN, Eric C. *Ibidem*, p. 258.
50. CHRISTIANSEN, Eric C. Adjudicating Non-justiciable Rights: Sócio-Economic Rights and the South African Constitutional Court. *Columbia Human Rights Law Review*. Vol. 38, nº 2 (2007). Traduzido por Leonardo Carrilho Jorge, Mestrando em Direito Público pela UERJ, para "Decidindo sobre Direitos Não-Justiciáveis: Direitos Sócio-Econômicos e a corte Constitucional Sul-Africana", p. 641/642, in *idem*, p. 681
51. CHRISTIANSEN, Eric C. Adjudicating Non-justiciable Rights: Sócio-Economic Rights and the South African Constitutional Court. *Columbia Human Rights Law Review*. Vol. 38, nº 2 (2007). Traduzido por Leonardo Carrilho Jorge, Mestrando em Direito Público pela UERJ, para "Decidindo sobre Direitos Não-Justiciáveis: Direitos Sócio-Econômicos e a corte Constitucional Sul-Africana", p. 641/642, in *idem*, p. 681
52. GREEN, Duncan. Da pobreza ao poder: como cidadãos ativos e estados efetivos podem mudar o mundo. Tradução de Luiz Vasconcelos. São Paulo: Cortez; Oxford: Oxfam International, 2009, p. 258.
53. CHRISTIANSEN, Eric C. Adjudicating Non-justiciable Rights: Sócio-Economic Rights and the South African Constitutional Court. *Columbia Human Rights Law Review*. Vol. 38, nº 2 (2007). Traduzido por Leonardo Carrilho Jorge, Mestrando em Direito Público pela UERJ, para "Decidindo sobre Direitos Não-Justiciáveis: Direitos Sócio-Econômicos e a corte Constitucional Sul-Africana", p. 641/642, in *idem*, p. Nota 28: P. 648
54. CHRISTIANSEN, Eric C. Adjudicating Non-justiciable Rights: Sócio-Economic Rights and the South African Constitutional Court. *Columbia Human Rights Law Review*. Vol. 38, nº 2 (2007). Traduzido por Leonardo Carrilho Jorge, Mestrando em Direito Público pela UERJ, para "Decidindo sobre Direitos Não-Justiciáveis: Direitos Sócio-Econômicos e a corte Constitucional Sul-Africana", p. 641/642, in *idem*, p. 648
55. GREEN, Duncan. Da pobreza ao poder: como cidadãos ativos e estados efetivos podem mudar o mundo. Tradução de Luiz Vasconcelos. São Paulo: Cortez; Oxford: Oxfam International, 2009, p. 258.
56. GREEN, Duncan. *Op. cit.* p. 259.
57. CHRISTIANSEN, Eric C. Adjudicating Non-justiciable Rights: Sócio-Economic Rights and the South African Constitutional Court. *Columbia Human Rights Law Review*. Vol. 38, nº 2 (2007). Traduzido por Leonardo Carrilho Jorge, Mestrando em Direito Público pela UERJ, para "Decidindo sobre Direitos Não-Justiciáveis: Direitos Sócio-Econômicos e a corte Constitucional Sul-Africana", p. 641/642, in *idem*, p. 681/682.



58. *Ibidem*.

59. CHRISTIANSEN, Eric C. Op. cit. p. 686.

60. CHRISTIANSEN, Eric C. Op. cit. p. 682.

61. CHRISTIANSEN, Eric C. Op.cit. p. 682/683.

62. CHRISTIANSEN, Eric C. Op.cit. p. 682/683.

63. Steven Friedman, The extraordinary 'ordinary': the campaign for comprehensive Aids treatment in South África. Entrevista do autor com Marcar Heywood, TAC, jul. 2007. Cf. GREEN, Duncan. Da pobreza ao poder: como cidadãos ativos e estados efetivos podem mudar o mundo. Tradução de Luiz Vasconcelos. São Paulo: Cortez; Oxford: Oxfam International, 2009, p. 259.

64. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

65. *Ibidem*, p. 5.

Fonte: <https://conjur.jumps.com.br/2011-jun-16/ativismo-judicial-experiencias-brasileira-sul-africana-aids2/>