



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
CURSO DE DIREITO

DEMÉTRIUS DE CASTRO MARTINS SILVEIRA

**ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA: DA BUROCRATIZAÇÃO DO
FORNECIMENTO GRATUITO DE FÓRMULAS ALIMENTARES À
JUDICIALIZAÇÃO EXCESSIVA**

FORTALEZA

2016

DEMÉTRIUS DE CASTRO MARTINS SILVEIRA

ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA: DA BUROCRATIZAÇÃO DO
FORNECIMENTO GRATUITO DE FÓRMULAS ALIMENTARES À JUDICIALIZAÇÃO
EXCESSIVA

Monografia apresentada no curso de Direito,
da Universidade Federal do Ceará, como
requisito para obtenção do grau de bacharel
em Direito.

Orientador: Professor Dr. Felipe Braga Albuquerque

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Setorial da Faculdade de Direito

S587a	Silveira, Demétrius de Castro Alergia à proteína do leite alimentares a judicialização 61 f. ; 30 cm. Monografia (graduação) Direito, Fortaleza, 2016. Área de Concentração: Orientação: Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque.	Demétrius de Castro Martins Silveira	zação do fornecimento gratuito de fórmulas de Castro Martins Silveira. – 2016. do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de
-------	---	---	---

1. Direito à saúde – Brasil. 2. Políticas públicas de saúde - Brasil. 3. Poder judiciário e questões políticas - Brasil. 4. Medicamentos. 5. Alergia. I. Albuquerque, Felipe Braga (orient.). II. Universidade Federal do Ceará – Graduação em Direito. III. Título.

DEMÉTRIUS DE CASTRO MARTINS SILVEIRA

ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA: DA BUROCRATIZAÇÃO DO
FORNECIMENTO GRATUITO DE FÓRMULAS ALIMENTARES À JUDICIALIZAÇÃO
EXCESSIVA

Monografia apresentada no curso de Direito,
da Universidade Federal do Ceará, como
requisito para obtenção do grau de bacharel
em Direito.

Aprovada em: 09/05/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Raquel Cavalcanti Ramos Machado
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. William Paiva Marques Júnior
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Evandro Carneiro Martins.

AGRADECIMENTOS

A capacidade de sentir gratidão nos liberta da prisão do egocentrismo. Reconhecer a benevolência do semelhante em nosso favor é identificar a própria responsabilidade perante os trabalhos aos quais somos diariamente convidados a cooperar. A cada dever cumprido, mais cristalino se revela o concurso de tantos quantos nos privilegiam com atenção e incentivo.

Diante disso, registro sincera deferência a todos que cooperaram para a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso, em especial:

Às crianças que vivenciam, desde as primeiras semanas de vida, os desafios que as alergias alimentares impõem ao seu desenvolvimento saudável.

Ao meu filho Guilherme Martins, que em meio à alegria inenarrável do seu nascimento, proporcionou-me sentir as angústias dos pais de crianças alérgicas e, assim, fez surgir em mim a inquietação motivadora desse trabalho.

À Flávia Martins, esposa incensurável, pelo incentivo e cuidado incessantes, sobretudo perante as adversidades mais desafiadoras.

À minha mãe Neide Martins, fonte inesgotável de amor.

A todos que integram a Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará e dedicam suas vidas a servir à educação pública do nosso País.

Aos colegas do Curso de Direito, pelos valorosos momentos de discussão e debates para a construção do saber jurídico.

Ao Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque, pela orientação precisa e segura, direcionando o trabalho para a consecução de seus objetivos.

Aos integrantes da Banca Examinadora, Prof. Dr. William Marques e Profa. Raquel Machado, pelas observações pertinentes e esclarecedoras, emprestando a este trabalho a marca de seu notório saber jurídico.

“A criança que fui chora na estrada.
Deixei-a ali quando vim ser quem sou;
Mas hoje, vendo que o que sou é nada,
Quero ir buscar quem fui onde ficou.” (Fernando
Pessoa)

RESUMO

A Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) é a forma mais comum de Alergia Alimentar em crianças até os dois anos de idade. O presente trabalho objetiva analisar a eficácia do direito à saúde das crianças acometidas dessa patologia, tendo em vista a demanda pelo fornecimento gratuito pelo Poder Público das fórmulas nutricionais de alto custo necessárias para o tratamento da APLV. Inicialmente, situa-se o direito à saúde no ordenamento jurídico pátrio, a partir de sua previsão como direito fundamental constitucional, seguida do apontamento das normas infraconstitucionais disciplinadoras desse direito, bem como de sua relação com os direitos das crianças. A pesquisa apresenta os principais aspectos clínicos relacionados à APLV e expõe o atual panorama das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas à assistência à saúde das crianças alérgicas à proteína do leite de vaca. Analisa-se ainda o fenômeno da judicialização da saúde, tendo em vista que esta tem sido a via inevitável para a efetivação do direito à saúde dessas crianças, haja vista a burocratização e a insuficiência das políticas públicas de atenção aos portadores de APLV. Por fim, através de uma análise de decisões do TRF da 5ª Região acerca do tema, verificou-se que, apesar de ainda haver divergências jurisprudenciais, a maioria das decisões têm afastado os argumentos da Administração Pública e deferido os pedidos autorais de fornecimento gratuito das fórmulas alimentares. O trabalho chegou à conclusão de que é essencial a ampliação das políticas públicas voltadas às crianças com APLV, mediante a incorporação das fórmulas nutricionais especiais como tecnologia do SUS, a elaboração de um Protocolo Clínico para dispensação dessas fórmulas, em nível nacional, e a criação de Centros de Referência para monitoramento do cuidado às crianças alérgicas.

Palavras-chave: Alergia alimentar. APLV. Judicialização da saúde. Fórmulas nutricionais.

ABSTRACT

The Allergy to Cow Milk Protein (CMPA) is the most common form of Food Allergy in children under two years of age. This work aims to analyze the effectiveness of the right to health of children affected by that condition, in view of the demand for the free supply by the Government of nutritional formulas high cost required for the treatment of CMPA. Initially, lies the right to health in the Brazilian legal system, from its forecast as a constitutional fundamental right, followed by the appointment of disciplinary infraconstitutional rules implementing that law and its relation to the rights of children. The research presents the main clinical aspects related to CMPA and exposes the current situation of public policies within the Unified Health System (SUS), aimed at health care of children allergic to cow's milk protein. It also analyzes if it's legalization of health phenomenon, given that this has been the inevitable path for the realization of the right to health of these children, due to the bureaucratization and the failure of public policy attention to people with CMPA. Finally, through a TRF decisions analysis of the 5th Region on the subject, it was found that, despite a jurisprudential differences, most decisions have removed the arguments of Public Administration and granted copyright requests for free supply the food formulas. The study came to the conclusion that it is essential to the expansion of public policies for children with CMPA, by incorporating the special nutritional formulas as SUS technology, the development of a Clinical Protocol for dispensation of these formulas at the national level, and the creation Reference Centers for monitoring care to allergic children.

Keywords: Food allergy. CMPA. Judicialization of health. Nutritional formulas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APLV	Alergia à Proteína do Leite de Vaca
ASBAI	Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia
CADJ	Central de Atendimento a Demandas
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
MS	Ministério da Saúde
NAT	Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNM	Política Nacional de Medicamentos
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TRF	Tribunal Regional Federal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DIREITO À SAÚDE E AS PECULIARIDADES AO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS	13
2.1 Constituição Federal como fundamento do microssistema jurídico da Saúde	13
2.1.1 <i>Dos princípios e dispositivos constitucionais sobre saúde na Carta Magna</i>	13
2.1.2 <i>Complementação do direito à saúde na legislação federal</i>	17
2.2 Direito à Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente: uma abordagem do direito da criança	19
3 ALERGIAS ALIMENTARES: POLÍTICAS PÚBLICAS E LIMITAÇÕES NO ÂMBITO DO SUS	23
3.1 Alergias alimentares: aspectos patológicos e demográficos	23
3.2 As políticas públicas do SUS na proteção de crianças portadoras de alergias alimentares	
4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: A INEVITÁVEL VIA PARA O ACESSO GRATUITO ÀS FÓRMULAS INFANTIS PARA NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE ALERGIA	31
4.1 Aspectos da judicialização da saúde no Brasil	31
4.2. Análise de decisões judiciais, no âmbito do TRF da 5ª Região, relativas às demandas para fornecimento de fórmulas infantis pelo Poder Público	39
4.2.1 <i>Argumentos das Partes</i>	39
4.2.2 <i>Posicionamento do TRF da 5ª Região nas Decisões analisadas</i>	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	48
ANEXO A – FLUXOGRAMA DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE DA COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS	54
ANEXO B – PROTOCOLO CLÍNICO	55

1 INTRODUÇÃO

Analisa-se a eficácia do direito à saúde de crianças portadoras de alergias alimentares, especialmente a alergia ao leite de vaca, em face das políticas públicas voltadas ao fornecimento gratuito de leites com fórmulas especiais a essas crianças, bem como da excessiva judicialização de casos relacionados à demanda por esse alimento.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e de forma complementar até os dois anos é importante fator para redução das taxas de mortalidade infantil e para diminuição dos riscos de doenças crônicas decorrentes de alimentação inadequada. Contudo, há circunstâncias em que as crianças podem ficar impedidas de consumir o leite materno ou o leite de vaca, como na Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Essa doença apresenta manifestações variadas, comprometedoras do desenvolvimento infantil, podendo em casos mais graves produzir uma reação de hipersensibilidade grave e potencialmente fatal. O princípio básico do tratamento dessa patologia é a terapia nutricional, envolvendo o consumo de fórmulas lácteas especiais, de custo elevado e em regra, não fornecidas pelo Poder Público ou fornecidas mediante cadastro em programas bastante burocráticos.

O fenômeno da judicialização da saúde tem sido amplamente discutido no Brasil, tendo em vista o significativo número de demandas em que são pleiteados tratamentos, medicamentos e fornecimentos de insumos relacionados à saúde. O apelo ao Poder Judiciário é frequentemente entendido como a forma mais efetiva de buscar amparo imediato às necessidades de saúde daqueles que não foram devidamente assistidos pelas políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destarte, esta pesquisa objetiva a analisar estratégias de incentivo às políticas públicas de saúde voltadas às crianças portadoras de Alergias Alimentares, tendo em vista a efetivação do direito fundamental à saúde e a redução das demandas judiciais voltadas para o fornecimento gratuito de fórmulas infantis. Para isso, são traçados como objetivos específicos: situar o direito à saúde e o direito ao desenvolvimento sadio no sistema jurídico de proteção à criança; conceituar a APLV e expor a competência e as limitações do SUS na formulação de políticas públicas para contingenciamento dessa patologia; apresentar a problemática da judicialização das demandas de acesso gratuito às fórmulas infantis para nutrição de crianças

portadoras de alergia alimentar; formular uma síntese do teor de decisões judiciais, no âmbito do TRF da 5ª Região, relativas às demandas para fornecimento de fórmulas infantis pelo Poder Público e propor soluções a serem adotadas nos âmbitos dos Poderes Executivo e Judiciário, visando à redução da judicialização dessas demandas e otimização dos gastos públicos.

Pretende-se alcançar os referidos objetivos através de pesquisa bibliográfica sobre o tema, utilizando-se doutrina, artigos científicos, manuais, legislações e análise jurisprudencial. Aplicar-se-á, portanto, o método hipotético-dedutivo, com utilização de técnicas de pesquisa bibliográfica quantitativa e prescritiva.

A pesquisa divide-se em três capítulos. O primeiro deles situará o direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, enfatizando o protagonismo da Constituição de 1988 como fundamento inspirador do microsistema jurídico da saúde e os dispositivos legais relativos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda nesse capítulo, será abordado o direito ao desenvolvimento sadio das crianças, a partir da análise das alterações promovidas pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, principalmente pela adoção da doutrina da proteção integral da criança no Brasil.

O segundo capítulo apresentará inicialmente o conceito de alergias alimentares, com ênfase na Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), revelando seus aspectos clínicos (sintomas, diagnóstico e tratamento), etiológicos e demográficos. Ato contínuo, será exposta a problemática da busca pela construção e efetividade de políticas de saúde voltadas destinadas ao controle e tratamento dessa patologia.

Por fim, o terceiro capítulo apresentará um estudo sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, analisando-se as teorias do mínimo existencial e da reserva do possível, bem como aspectos positivos e negativos da judicialização. Ainda nesse capítulo, será analisada uma amostra de decisões do TRF da 5ª Região, proferidas entre 2011 e 2015, sobre demandas de fornecimento gratuito de fórmulas alimentares especiais para nutrição de crianças portadoras de APLV. O enfoque da referida análise será a argumentação utilizada pelas partes e o entendimento predominante deste órgão acerca da procedência ou não dos pedidos.

Por último, serão analisadas as propostas de incorporação do fornecimento gratuito de fórmulas especiais como tecnologia do SUS e a criação de Centros Regionais de Referência para assessoramento em fórmulas nutricionais especiais, visando ao aprimoramento do fluxo de atendimento às crianças portadoras de alergia alimentar e padronização das condutas.

O trabalho, portanto, buscará responder se o direito à saúde e ao desenvolvimento sadio das crianças portadoras de alergias alimentares está sendo efetivado, qual o entendimento do TRF da 5ª Região ao apreciar as demandas judiciais para fornecimento gratuito de fórmulas alimentares especiais e quais possíveis medidas poderiam ser implementadas visando à redução da judicialização dessas demandas e otimização dos gastos públicos.

2 DIREITO À SAÚDE E AS PECULIARIDADES AO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS

A Constituição Federal de 1988 positivou o direito à saúde como direito fundamental social, promovendo contundente transformação na abordagem e conteúdo desse direito, inclusive traçando princípios inspiradores de toda a legislação relativa à temática da saúde. Assim, de início, nos caberá apresentar o fundamento do microsistema jurídico da saúde, a partir da ótica constitucional, para em seguida apontar as principais normas infraconstitucionais que integram o sistema. Posteriormente, haja vista o objeto desse estudo estar afeto diretamente às crianças, será apresentado o protagonismo do sistema de proteção à criança, a partir da incorporação da doutrina da proteção integral ao ordenamento jurídico pátrio, e as necessárias implicações entre o direito à saúde e o desenvolvimento sadio desses indivíduos.

2.1 Constituição Federal como fundamento do microsistema jurídico da Saúde

A relação entre direito e saúde, no Brasil, teve seus atuais contornos delineados a partir da Constituição de 1988, sendo sua cristalização fruto de amplos debates entre os grupos de pressão, a sociedade civil e o Estado.

2.1.1 Dos princípios e dispositivos constitucionais sobre saúde na Carta Magna

A Constituição Federal de 1988 promoveu mudanças significativas na abordagem dos direitos, sobretudo no que se refere aos direitos e garantias fundamentais, aos quais se pretendeu assegurar aplicação imediata. Silva (2005) explica que o qualificativo *fundamentais*, aplicado a determinados direitos, significa a indicação de que se trata de situações jurídicas sem as quais as pessoas não se realizam, não convivem e, às vezes, nem sobrevivem. Ainda sobre a natureza dos referidos direitos, o autor os enquadra como situações jurídicas definidas no ordenamento jurídico, em prol da dignidade, igualdade e liberdade da pessoa humana.

Analisando a eficácia e aplicabilidade dos direitos fundamentais inseridos no texto constitucional, Silva (2005) esclarece que a afirmação de que as normas veiculantes desses direitos possuem aplicabilidade imediata não resolve todas as questões, uma vez que a própria

Constituição faz depender de legislação ulterior a aplicabilidade de algumas normas definidoras de direitos sociais considerados fundamentais.

O direito à saúde apenas foi elevado à condição de direito fundamental do homem a partir da Constituição Federal de 1988, que o define nos seus artigos 198 a 200, como um direito positivo que exige prestações do Estado e que impõe aos entes públicos a realização de determinadas tarefas, de cujo cumprimento depende a própria realização do direito (SILVA, 2005).

O Direito da Saúde ou Direito Sanitário é definido por Rocha (2011) como o conjunto de normas jurídicas reguladoras da atividade do Poder Público destinada a ordenar a proteção, promoção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e asseguradores deste direito. Sob a ótica do caráter sistemático do Direito, o direito sanitário é um sistema de regras e princípios de tutela à saúde, decorrendo da função daquele em oferecer instrumentos jurídicos ao Estado para ordenar a realidade no interesse da coletividade. O direito à saúde possui, assim, a natureza jurídica de direito difuso, na medida em que a Constituição Federal de 1988 trata-o como um direito de todos (art. 196, caput).

O sistema jurídico da saúde encontra fundamento nos princípios norteadores estabelecidos na Constituição Federal brasileira. Observa-se que o texto constitucional enfatiza, sob todos os aspectos, o ser humano em sua tutela. A Constituição Brasileira impõe como fundamentos do Estado Democrático de Direito, entre outros, a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. 1º, II e III), bem como categoriza entre os objetivos da República a construção de uma sociedade livre, justa e solidária e a promoção do bem de todos (art. 3º, I e IV) (ROCHA, 2011).

A Carta Constitucional assegura ainda a inviolabilidade do direito à vida e, por consequência, a garantia do direito aos meios de manutenção da vida (art. 5º, caput). O direito à saúde é expressamente reconhecido pela Constituição Federal como um direito social (art. 6º) e um direito de todos e dever do Estado, a ser garantido por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (art. 196).

O artigo 196 da Constituição Federal encerra o princípio da universalidade do acesso aos cuidados de prevenção, promoção e recuperação da saúde, através da implementação de políticas sociais, sugerindo assim um conceito de saúde ampliado, para além do estado de “não doença”. Analisando a efetividade desse princípio constitucional, Bomfim (2008) observa que esse acesso universal deveria refletir um amplo acolhimento, pela rede de serviços de saúde, aos cidadãos, mas o cotidiano demonstra, na verdade, a existência de

grande quantidade de indivíduos cujo acesso aos serviços é inviabilizado, seja por apresentarem situações de saúde não planejadas/programadas, não incluídas nos parâmetros orçamentários dos órgãos gestores, seja por demandarem alguma tecnologia ainda não incorporada ao SUS.

Acerca do conteúdo do dispositivo constitucional em comento, Sarlet (2009, p.326) oferece interpretação bastante realista:

O que a Constituição assegura é que todos tenham, em princípio, as mesmas condições de acessar o sistema público de saúde, mas não que qualquer pessoa, em qualquer circunstância, tenha um direito subjetivo definitivo a qualquer prestação oferecida pelo estado ou mesmo a qualquer prestação que envolva a proteção à saúde.

Corroborando esse entendimento, Assis (2015) entende que a Constituição Federal não criou uma relação direta entre Estado e indivíduos, razão pela qual não haveria um direito subjetivo imediato à assistência à saúde. Este direito surgiria de forma indireta, a partir do estabelecimento de políticas públicas. Vale dizer: a norma do artigo 196 asseguraria, em princípio, a efetivação de políticas públicas de saúde que alcancem a população como um todo, garantindo à coletividade acesso igualitário e universal, sem previsão específica de alcance a situações individualizadas.

Disso decorre que não existe um direito à assistência à saúde ilimitado, individual e absoluto, haja vista o Estado brasileiro não dispor de meios e recursos para garantir, de maneira ampla e ilimitada, todos os direitos garantidos no texto Constitucional.

O artigo 198 do texto constitucional dispôs que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, participação da comunidade e atendimento integral, com ênfase para atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais (BOMFIM, 2008).

O princípio da integralidade, inserido no artigo 198 da Constituição Brasileira, liga-se à concepção de saúde e doença e aponta para a necessidade de superação da dicotomia entre ações individuais/coletivas e preventivas/curativas, uma vez que a finalidade das ações deve ser a satisfação das necessidades relacionadas à promoção e recuperação da saúde.

Sobre o conteúdo do princípio da integralidade, Prado, Fujimori e Cianciarullo (2007, p.2) esclarecem:

O princípio da integralidade consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender estas necessidades de forma integral.

Verifica-se que a integralidade envolve o caráter de completude do cuidado, bem como a continuidade da assistência. Assim, cumpre ao SUS atender às necessidades oriundas de todos os níveis de complexidade do sistema, por meio de programação da oferta de serviços e da articulação entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica e entre os diferentes profissionais de saúde.

Outro dispositivo constitucional de suma importância na definição do conteúdo do conceito jurídico de saúde vem elencado no art. 200, que dispõe sobre a competência do SUS: controle e fiscalização dos procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos; execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; formação de recursos humanos na área de saúde; formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; atuação no desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalização e inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Em sede de distribuição de competência, cumpre esclarecer que todos os entes componentes da federação abrangidos na denominação "Estado" (art.196) têm competência em matéria de defesa da saúde. A Constituição de 1988 estabeleceu a responsabilidade de todas as esferas federativas quanto à prestação e defesa da saúde. Nesse sentido, o art. 23 dispõe sobre a competência material comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na proteção da saúde, senão vejamos: atribui-se às entidades federativas a competência para "cuidar da saúde e assistência pública (...)" (art. 23, II). A competência legislativa concorrente está prevista no art. 24 da Carta Federal, onde se declara competir à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar sobre "(...) proteção do meio ambiente e controle da poluição" (art. 24, VI); "previdência social, proteção e defesa da saúde" (art. 24, XII).

Mendes e Branco (2012), discorrendo sobre os contornos do direito à saúde, desenvolvidos nos mais recentes julgados do Supremo Tribunal Federal, destacam um aspecto muito relevante: a responsabilidade solidária da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos

Municípios pelas ações e serviços de saúde. O modelo institucional de perfil descentralizado justifica essa responsabilidade.

Ressalte-se, entretanto, que a responsabilidade solidária dos entes federados pela efetivação do direito à saúde (art.23, inciso II, da CF), não implica apenas na elaboração de políticas públicas e em uma consistente programação orçamentária para tal área, mas também em uma atuação integrada entre tais entes, que não se encerra com o mero repasse de verbas.

O direito à saúde insere-se entre os direitos a prestações materiais, os quais resultam de uma concepção social do Estado, caracterizada pela atuação positiva deste, na realização de uma prestação em favor do indivíduo, de modo a libertá-lo de suas necessidades. Os direitos prestacionais buscam a favorecer as condições materiais necessárias para que os indivíduos desfrutem das liberdades individuais (MENDES; BRANCO; 2012).

Entretanto, a produção de plenos efeitos dos direitos à prestação depende da interposição do legislador, tendo em vista que a natureza desses direitos exige uma situação econômica favorável à sua realização. Por essa razão, no que se refere ao direito à saúde, o constituinte não dispôs em minúcias todos os seus aspectos, entregando-os ao legislador ordinário, que teria melhor condição de aferir a possibilidade da realização desse direito em cada momento histórico.

2.1.2 Complementação do direito à saúde na legislação federal

O microsistema jurídico da saúde, fundamentado na Constituição Federal, inclui ainda as Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), 8.142/90 (Lei que regula a participação da comunidade na gestão do SUS) e 8.212 (Lei de Organização da Seguridade Social), e tem por objetivo prevenir, minimizar ou punir as consequências das ações que afetem a saúde humana.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90) regula, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, instituindo o Sistema Único de Saúde, em cumprimento ao mandamento constitucional insculpido no art. 200 da Constituição Federal. Essa lei estabelece o campo de atuação do Sistema Único de Saúde e determina a competência das entidades federativas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) (art. 15), disciplinando, ainda, a participação da iniciativa privada na área da saúde (art. 20 usque art. 26) (ROCHA, 2011).

Por conseguinte, a Lei nº 8.080/90 buscou aprofundar e disciplinar os princípios constitucionais em matéria de direito à saúde, especificamente no seu Capítulo II que trata dos

Princípios e Diretrizes do SUS. Dessa forma, analisando o artigo 7º da mencionada Lei, Bomfim (2008) conclui que essa legislação apresenta uma maior amplitude dos cuidados de saúde que devem ser assegurados, universalmente, aos cidadãos, reforçando a garantia do direito individual à saúde, sem menosprezar a necessidade de realização de ações coletivas em saúde pública.

A Lei Orgânica da Saúde, afinada com as premissas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e atendendo aos anseios sociais que culminaram na Reforma Sanitária Brasileira, adotou o conceito holístico de saúde, apontando como seus fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (art. 3º). Em síntese, a Lei nº 8.080/90 adota o conceito normativo de saúde como completo bem-estar do ser humano (ROCHA, 2011).

Estabelece ainda que a saúde é um direito fundamental do ser humano (art. 2º, *caput*), devendo o Poder Público prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Ao Estado cabe o dever de garantir a saúde mediante a formulação e execução de políticas públicas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e através do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Além disso, a análise do artigo 4º da Lei nº 8.080/90, que define o SUS como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, combinado com o referido artigo 7º, nos permite afirmar que o SUS constitui uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo. O SUS é, portanto, composto pela interação dos órgãos e entidades públicos da estrutura direta, indireta, fundacional, órgãos colegiados (conselhos) e participação complementar do setor privado.

A Lei Orgânica da Saúde dispõe ainda sobre a organização, direção e gestão do Sistema Único de Saúde (art. 8º); os recursos humanos na área de saúde (art. 27 usque art. 30) e do financiamento da saúde (art.31 e 32). A participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde, conforme previsão constitucional (art.198, III), foi regulada em legislação posterior, a Lei n. 8.142, de 28.12.1990, que também estabeleceu os requisitos necessários para a transferência de recursos aos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Destaca-se ainda a Lei Orgânica da Seguridade Social (Lei nº 8.212, de 24.7.1991), regulamentada pelo Decreto nº 2.173/97, que possui um título específico denominado “Da Saúde” (Título III) e dispõe sobre a organização e institui o Plano de Custeio da Seguridade Social. Conforme dicção do caput do artigo 194 da Constituição Federal, a saúde é componente da seguridade social, daí a importância da lei anteriormente referida. Ademais, esse diploma normativo repete o mandamento constitucional conceituando a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 2º), da mesma forma que considera como de relevância pública as atividades de saúde (art. 2º, parágrafo único).

Ressalta-se que há ainda uma série de outras leis que abordam o direito à saúde, que não serão aqui pormenorizadas por não ser o foco do presente trabalho dissecar toda a legislação. Citam-se, por exemplo, a Lei nº 12.732/2012, que aborda o tratamento inicial do paciente com neoplasia maligna e a Lei nº 13.239/2015, que obriga cirurgia plástica reparadora em caso de violência contra a mulher, entre outras.

2.2 Direito à Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente: uma abordagem do direito da criança

A construção de um Estado Democrático de Direito, com funções firmadas sobre um sustentáculo social, apoiada na igualdade material, requer um olhar especial para aqueles que irão integrar a *sociedade do amanhã*, bem como para aqueles que se encontram por qualquer motivo em situação de vulnerabilidade.

O ordenamento jurídico pátrio assegura tratamento prioritário a grupos sociais considerados vulneráveis, tais como crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. A proteção especial do Estado a crianças e adolescentes, conforme Nunes (2012), propicia os mecanismos necessários para o livre e pleno desenvolvimento desses indivíduos. O Estado brasileiro tem avançado no caminho de expandir o nível de proteção a esses sujeitos, sobretudo após o advento da Constituição Federal de 1988, a qual se coadunou com o então projeto da Convenção Internacional dos Direitos das Crianças, ao incorporar a Doutrina da Proteção Integral, através do artigo 227 do texto Constitucional:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

A modernização do Estado brasileiro, quanto ao tratamento conferido à criança e ao adolescente, ocorreu com a Carta Magna de 1988 e com a Lei nº8.069/90, através da adoção da doutrina de proteção integral da criança e do adolescente, destinando a estes a consagração de um rol de direitos mínimos, em consonância com os princípios gerais de direitos humanos.

De acordo com Ferreira (2013), o advento da Constituição Federal brasileira de 1988 trouxe uma nova abordagem na esfera de proteção aos direitos da criança e do adolescente, ao reconhecer estes indivíduos como sujeitos de direitos e trazer para o ordenamento jurídico nacional os avanços obtidos na ordem internacional. Positivou-se, na ordem constitucional, a doutrina da proteção integral, através do artigo 227 da Constituição Federal, o qual atribuiu à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar com absoluta prioridade uma série de direitos fundamentais, dentre os quais o direito à saúde. Para a autora, o texto constitucional reconheceu os direitos básicos para todas as crianças e adolescentes, bem como a sua condição especial de pessoa em desenvolvimento. A promulgação do Estatuto da criança e do adolescente, em 1990, deu continuidade aos avanços implementados na ordem constitucional, colocando os direitos da população infanto-juvenil inscritos na agenda contemporânea dos direitos humanos. Contudo, a autora alerta para a gravidade das violações de direitos das crianças e adolescentes no Brasil, no atual contexto socioeconômico, e para a necessidade de enfrentamento das violações, através de ações mais efetivas e contínuas, no âmbito das políticas públicas, sobretudo através de atendimento nos serviços de saúde e acolhimento psicossocial e juridicossocial desses sujeitos.

Assim, o fenômeno da proteção integral parte do consenso global da necessidade de priorizar o resguardo de cuidados básicos em favor da infância, em qualquer território, a partir da atuação conjugada da família, da sociedade e do Estado, em regime de absoluta prioridade. Tal conjugação de esforços deixa claro que a realização dos interesses do público infanto-juvenil, presumidamente mais frágil e incapaz de, por suas forças próprias, sorverem dos direitos positivados em seu favor, é um empreendimento de considerável complexidade (NUNES, 2012).

Nessa toada, assentam-se firmes as palavras de Nunes (2012, p. 101):

Tem-se, então, que, sob o signo da integral proteção, crianças e jovens são guindados à condição de reais cidadãos e senhores de dignidade, não mais visualizados como simples sujeitos passivos (objetos) da intervenção da família, da sociedade e do Estado. O reconhecimento, em acréscimo, de que se encontram em peculiar condição de desenvolvimento, dado o não atingimento de sua maturidade físico-psíquica, é o fator que reivindica e legitima o chamamento daquelas três

entidades constitucionalmente afetadas para essa tarefa substitutiva, de natureza transitória mas permanentemente prioritária, enquanto perdurem os fatores incapacitantes das referidas crianças e adolescentes.

Assim, as crianças e os adolescentes devem ter sua condição de pessoas em desenvolvimento especialmente respeitada e protegida, sobretudo através de políticas específicas para o atendimento, a promoção e a defesa dos seus direitos. Por isso, a Doutrina da Proteção Integral inaugurou um sistema especial de proteção, delineado no caput dos artigos 227 e 228 da Constituição de 1988, atribuindo às crianças e aos adolescentes direitos fundamentais válidos a todos os cidadãos e ainda direitos especiais relacionados a sua peculiar condição de pessoa em desenvolvimento.

Abordando o tema do direito à saúde das crianças, Prado, Fujimori e Cianciarullo (2007) lembram que, historicamente, a criança sempre foi prioridade nas políticas de saúde, mesmo nos períodos de crise, além de que a atenção à criança sempre teve um caráter mais integral.

O direito à saúde da criança é, sob essa ótica, elemento incindível da proteção especial devida à infância, sendo que o desenvolvimento sadio, necessário para o pleno estabelecimento da maturidade física e psíquica, exige a efetivação desse direito. Por isso, a previsão da saúde como direito fundamental é recorrente, a exemplo do já citado artigo 227 da Constituição de 1988 e do artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que assevera à criança o direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas aptas a propiciar o nascimento e o desenvolvimento sadio, em condições dignas de existência.

Ainda nesse sentido, o referido diploma legal, que entrou em vigor antes mesmo da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), já trazia expressa previsão de garantia de atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, através do Sistema Único de Saúde, conforme literalidade do artigo 11 daquele diploma legal. Foi mais além o legislador quando atribuiu ao Poder Público o dever de fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem, os medicamentos e outros recursos relativos ao tratamento e recuperação da saúde das crianças e dos adolescentes.

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (BRASIL, 1990).

Com efeito, necessário se faz o desenvolvimento de uma metodologia própria para o enfrentamento das diversas demandas e situações peculiares relacionadas à saúde das crianças e dos adolescentes, tendo sempre por norte o princípio da proteção integral, que se constitui na razão de ser da intervenção estatal (CURY, 2010).

Face à absoluta prioridade conferida pelo texto constitucional, bem como pela legislação infraconstitucional, ao reconhecimento e à efetivação do princípio da Proteção Integral da Criança e do Adolescente, a efetividade dos direitos fundamentais desses sujeitos, notadamente daqueles relacionados à vida, à saúde e à alimentação, não podem depender do poder discricionário do administrador ou da conveniência administrativa. Nesse sentido, ressalta-se que nem a reserva do possível nem a reserva de competência orçamentária do legislador podem ser arguidos como óbices ao cumprimento do dever constitucional do Estado de garantir existência digna àqueles que, em razão de sua imaturidade física e mental, necessitam de proteção e cuidados especiais, sob pena de se estar desconstruindo o Estado Democrático de Direito (NUNES, 2012).

3 ALERGIAS ALIMENTARES: POLÍTICAS PÚBLICAS E LIMITAÇÕES NO ÂMBITO DO SUS

As alergias alimentares constituem importante problema de saúde pública, afetando diretamente milhares de indivíduos. Nesse capítulo, será apresentado o conceito dessa patologia, com ênfase na Alergia à Proteína do Leite de Vaca, detalhando seus aspectos patológicos (etiologia, sintomatologia, complicações e tratamento) e epidemiológicos. Posteriormente, analisar-se-á o atual contexto das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, voltadas à abordagem das Alergias Alimentares.

3.1 Alergias alimentares: aspectos patológicos e demográficos

Reações adversas a alimentos incluem qualquer reação anormal ocorrida durante ou após sua ingestão, podendo ser classificadas como intolerâncias ou alergias alimentares. Enquanto aquelas ocorrem devido a componentes tóxicos ou químicos de alimentos ou devido a outras substâncias do próprio organismo do indivíduo, as alergias são reações imunológicas, contra um antígeno alimentar específico, geralmente protéico (BRASIL, 2014).

A alergia alimentar representa uma condição clínica que pode gerar repercussões extremamente desfavoráveis sobre o estado nutricional de crianças, afetando todo o desenvolvimento físico e psicológico do indivíduo, e, algumas vezes, levar a óbito. De acordo com a Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI), 30% da população possui alergias em geral, sendo 20% delas crianças. Entre 700 mil a 1 milhão de crianças no País (média de 5% a 8%) têm algum tipo de alergia alimentar. Yonamine et al. (2011) apontam um aumento de 18% dos casos de alergia alimentar em crianças, entre 1997 e 2007, nos Estados Unidos, sendo que este percentual representa também o aumento da quantidade de alérgicos no Brasil, nos últimos 10 anos, segundo a ASBAI.

A proteína do leite de vaca é considerada o componente dietético mais frequentemente associado à alergia alimentar em pediatria, haja vista seu alto potencial alergênico e por ser este alimento, habitualmente, o primeiro a ser introduzido na dieta. A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é uma resposta imunológica adversa reprodutível que ocorre à exposição ao leite de vaca, caracterizada pela reação do sistema imunológico às proteínas do leite, principalmente à caseína e às proteínas do soro (alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina). Essa patologia raramente é diagnosticada em indivíduos com mais de 24

meses de idade, visto que há tolerância oral progressiva à proteína do leite de vaca (BRASIL, 2014).

Os dados acerca da prevalência de APLV são escassos, mas há relatos de incidência de APLV em crianças nos primeiros anos de vida oscilando entre 0,3% e 7,5%. A carga genética, a etnia, a dieta materna (pela possibilidade de passagem do alérgeno por meio do leite materno) e a exposição precoce a alérgenos alimentares têm sido apontados como fatores de risco relacionados à alergia alimentar (Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, 2012; SOUZA; ROSÁRIO, 2012).

A presença precoce de leite de vaca no cardápio da criança, em um momento totalmente compatível com o aleitamento materno exclusivo, é relatada como condição de alto risco para o surgimento de APLV. O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade postergaria a exposição da criança ao alérgeno para um momento mais apropriado. Dessa forma, a principal estratégia de prevenção da APLV parece ser o incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e sua manutenção até os dois anos (AGUIAR. *et al.*, 2013).

Segundo a Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI) (2012), do ponto de vista das manifestações clínicas, a APLV é classificada, de acordo com seus mecanismos imunológicos, em: reações imediatas (tipicamente IgE mediadas) e tardias (não IgE mediada e mistas). Imediatas são as manifestações que ocorrem poucas horas após a ingestão do alérgeno, enquanto as tardias podem ocorrer dias após o consumo do alimento. O diagnóstico de APLV é de difícil confirmação, uma vez que estas manifestações clínicas são variadas, sendo as mais frequentes as relacionadas ao sistema gastrointestinal, como diarreia, fezes sanguinolentas, náuseas e vômitos. A urticária e o edema da pele são as manifestações cutâneas mais frequentes em crianças alérgicas a alimentos. Mais raramente, são observáveis manifestações respiratórias associadas àquelas cutâneas ou gastrointestinais, como obstrução nasal, coriza, espirros e falta de ar. A forma mais grave de APLV, entretanto, é a anafilaxia, definida como uma reação de hipersensibilidade grave, súbita e potencialmente fatal.

Aguiar et al.(2013), realizando estudo descritivo em uma amostra de 214 crianças até três anos de idade, acompanhadas pelo Programa de Fórmulas para Alergia ao Leite de Vaca no Rio Grande do Norte, entre 2007 e 2009, concluíram que as manifestações digestórias da alergia ao leite de vaca foram preponderantes e determinaram um maior comprometimento nutricional.

O diagnóstico de APLV baseia-se nas manifestações clínicas e na resposta positiva à dieta de exclusão da proteína do leite de vaca e reaparecimento dos sintomas ao realizar o teste de provocação oral. A dieta de exclusão consiste em manter a pessoa sob suspeita de APLV livre de contato com o alérgeno, proporcionando uma dieta de exclusão de leite e derivados, sendo esperado o desaparecimento dos sintomas entre 1 e 30 dias (ASBAI, 2012; BRASIL, 2014).

Após a confirmação do diagnóstico, Aguiar *et al.* (2013) recomendam novos testes a cada 6 a 12 meses, tendo em vista a possibilidade do desenvolvimento de tolerância ao alérgeno, principalmente nos três primeiros anos de vida. Dessa forma, evita-se a exclusão do alimento por tempo maior que o necessário.

Habitualmente a APLV é confundida com intolerância à lactose. Na APLV a proteína do leite é o alérgeno que leva à reação imunológica, enquanto que na intolerância à lactose, há falta de lactase, uma enzima responsável pela digestão do principal carboidrato do leite, a lactose (SOUZA; ROSÁRIO; 2012).

O tratamento de APLV consiste na retirada do leite de vaca e seus derivados da dieta infantil e sua substituição por fórmulas à base de proteína isolada de soja, de proteínas extensamente hidrolisadas ou de aminoácidos, a depender de critérios clínicos (AGUIAR. *et al.*, 2013). Yonamine *et al.* (2011) afirma que a escolha do substituto depende da idade da criança, do tipo de manifestação clínica, palatabilidade, características nutricionais, segurança e custo.

Imperioso destacar que o leite materno é considerado pela Organização Mundial da Saúde o alimento ideal nos primeiros meses de vida da criança. Por isso, havendo suspeita de APLV, Medeiros (2013) recomenda a continuidade do aleitamento materno, caso este ainda esteja ocorrendo, e que a própria mãe faça a dieta especial isenta de leite de vaca e seus derivados, de modo a evitar que a criança tenha contato com o alérgeno através do leite materno. Entretanto, caso a mãe não consiga aderir a essa dieta ou os sintomas não melhorarem ou a mãe não puder mais amamentar, então, há indicação de fórmulas infantis.

Dentre os possíveis substitutos do leite de vaca, as fórmulas à base de soja correspondem à indicação de menor custo e melhor palatabilidade, contudo, nos últimos anos, têm surgido questionamentos com relação aos efeitos adversos da soja em longo prazo, além de que tais fórmulas são contraindicadas para crianças menores de 6 meses de idade. Para estas, a primeira opção são as fórmulas extensamente hidrolisadas ou, em situações de sintomatologia mais grave, as fórmulas de aminoácidos. Após os seis meses de idade, quando

as manifestações são imediatas (mediadas pelo anticorpo IgE), pode-se optar pelas fórmulas de soja. Se as manifestações forem tardias (não IgE mediadas), com sinais gastrointestinais, a primeira escolha fica restrita novamente aos extensamente hidrolisados ou fórmulas de aminoácidos, já que nestes quadros a chance de reação cruzada entre a proteína do leite de vaca e da soja é muito elevada, ocorrendo em 60% a 70% dos casos (YONAMINE et al., 2011; SOUZA; ROSÁRIO; 2012; BRASIL, 2014).

Os benefícios esperados do tratamento são a melhora e a remissão dos sintomas, proporcionando crescimento e desenvolvimento adequados às crianças, melhorando sua qualidade de vida e de sua família. A suspensão/alta do tratamento se dá quando a criança apresenta melhora completa de sinais e sintomas relacionados à APLV, resultado negativo ao teste de provocação oral, ou quando completar vinte e quatro meses de idade (YONAMINE et al., 2011; BRASIL, 2014).

Entretanto, o alto custo dessas fórmulas hipoalergênicas e a excessiva burocracia da gestão pública têm sido apontados como fatores limitadores da efetivação do direito à saúde pelas crianças com restrições alimentares (GOMES; MARTINS; FURLANETTO; 2015).

3.2 As políticas públicas do SUS na proteção de crianças portadoras de alergias alimentares

Não há no Brasil, em âmbito nacional, uma política pública para tratamento e monitoramento dos casos de APLV, sendo que o próprio Ministério da Saúde (MS) afirma não haver em seus sistemas de informação dados sobre o número de crianças com APLV e sua prevalência. Em agosto de 2012, o Ministério da Saúde (MS) encaminhou questionário para 178 municípios de médio e grande porte, dos quais apenas 34 responderam, afirmando possuir serviços ou programas de atenção nutricional estruturados para acompanhamento de crianças com APLV (BRASIL, 2014).

Um avanço no campo regulatório do fornecimento público de medicamentos, produtos e insumos terapêuticos foi a publicação da Lei nº 12.401 em abril de 2011, que dispõe sobre assistência terapêutica e incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Essa lei é um marco no sistema público de saúde brasileiro, pois define os critérios e prazos para a incorporação de novas tecnologias ao sistema, bem como confere ao Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC),

atribuições de incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos e de constituição ou alteração de protocolos clínicos.

Como se nota, a Lei nº 12.401/2011 promoveu importantes alterações à Lei nº 8.080/1990, sendo das mais relevantes a previsão dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT), definidos como “documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS” (art. 19-N, inciso II da Lei nº 8.080/1990).

Ficou assim definido legalmente que as políticas públicas sanitárias devem utilizar os PCDT como instrumentos de racionalização e baliza do atendimento público, a partir de critérios clínicos e epidemiológicos. Para Pivetta (2013), esses instrumentos consubstanciam importante mecanismo de planejamento logístico e financeiro das ações estatais, pois a partir deles são estruturadas as ações e serviços de saúde a serem ofertados à população com financiamento do Poder Público.

Visando a regulamentar as competências e o funcionamento da CONITEC, foi publicado o Decreto nº 7646 de 21 de dezembro de 2011. Esse Decreto delineou a responsabilidade desse órgão no assessoramento do Ministério da Saúde na incorporação, alteração e exclusão de tecnologias, principalmente a partir da análise baseada em evidências, considerando a eficácia, efetividade e segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes. Referida comissão é composta por representantes do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Federal de Medicina (CFM).

Portanto, como salienta Pivetta (2013), cabe ao Ministério da Saúde promover a incorporação, exclusão ou alteração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), contando, para isso, com apoio técnico da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (art. 19-Q da Lei nº 8.080/1990). O posicionamento a ser encampado pela Comissão deve ser amparado, por expressa disposição legal, em dois critérios: (i) evidência científica sobre a eficácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto de análise, que já deverá contar com registro ou autorização no órgão

competente; (ii) avaliação econômica, considerada quanto aos benefícios e custos das tecnologias já incorporadas pelo SUS.

Fica claro que a instituição da CONITEC, em 2011, em um cenário marcado pela judicialização da saúde, constitui uma tentativa de proporcionar maior transparência às análises de demandas de incorporação de tecnologias no SUS, propiciando ainda a participação da sociedade através das consultas públicas. Ressalta-se também a parceria firmada entre a CONITEC e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), através da disponibilização de um canal eletrônico direto, pelo qual são respondidos questionamentos dos magistrados sobre a incorporação de medicamentos, produtos ou procedimentos no SUS.

A incorporação ao SUS das fórmulas alimentares à base de soja, bem como das fórmulas extensamente hidrolisadas e as de aminoácidos, foi, recentemente, objeto de análise da CONITEC, por provocação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Assim, na 28ª reunião da CONITEC, realizada no dia 03/09/2014, os membros da Comissão deliberaram, por unanimidade, pela recomendação da incorporação das fórmulas nutricionais para necessidades dietoterápicas específicas indicadas para crianças com alergia à proteína do leite de vaca. Dando seguimento ao fluxo de incorporação de tecnologias, a CONITEC submeteu seu parecer à consulta pública, a qual resultou em numerosa quantidade de contribuições, favoráveis à incorporação dessas fórmulas nutricionais, de profissionais de saúde, de gestores de saúde e de familiares de crianças alérgicas.

Contudo, no que pese a relevância do fornecimento gratuito das fórmulas infantis anteriormente mencionadas, para a saúde e para o desenvolvimento sadio das crianças alérgicas, o Ministério da Saúde não incorporou referida tecnologia ao sistema público de saúde, sendo que a própria Secretaria de Atenção à Saúde/MS pediu o encerramento do processo de incorporação anteriormente comentado.

Face à inércia da União Federal quanto à regulamentação de uma política pública para acompanhamento das crianças com APLV, Aguiar et al. (2013) destacam a implantação no país, nos últimos anos, por meio de iniciativas isoladas, de programas governamentais municipais e estaduais, destinados à avaliação da indicação das fórmulas nutricionais, visando a evitar seu uso desnecessário, reduzir os custos e os riscos nutricionais decorrentes da indicação inadequada. No entanto, são escassas as publicações científicas relativas à análise de casuísticas advindas desses programas, o que dificulta a mensuração da real efetividade dessas iniciativas.

De fato, é possível verificar que há Estados e Municípios de maior porte que elaboraram Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, visando à normatização da dispensação de Fórmulas Infantis Especiais para pacientes com alergia à proteína do leite de vaca, bem como ao acompanhamento e avaliação do tratamento proposto. Podem ser citados, exemplificativamente, os Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Ceará, e as cidades de Maringá (PR), Florianópolis (SC) e Belo Horizonte (MG).

No estado do Ceará, por exemplo, consta da Ata da 5ª Reunião da Comissão Intergestora Bipartite em 2014 que 2.245 crianças com APLV e 263 com alergias múltiplas estão cadastradas no programa estadual de dispensação de fórmulas infantis, o qual é totalmente financiado com recursos do Tesouro do Estado, sob coordenação da Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde. Há, inclusive, no âmbito deste Estado, um Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Secretaria de Saúde do Ceará (SESA) para dispensação de fórmulas alimentares para crianças portadoras de alergia à proteína do leite de vaca. (LUSTOSA, PENAFORT, NORÕES, 2014).

Todavia, não obstante a existência esparsa de programas governamentais estaduais e municipais de fornecimento de fórmulas infantis, numerosas reportagens publicadas em jornais e sites eletrônicos dão conta de que as crianças portadoras de alergias alimentares não são assistidas regularmente. A reclamação mais recorrente dos pais dessas crianças é a de que, frequentemente, ocorre interrupção do fornecimento das fórmulas nutricionais pelo poder público.

Verifica-se que referidas queixas tem ocorrido em diversas regiões do país, a comprovar as reportagens originadas do Ceará, de São Paulo, de Goiás, de Boa Vista (RR) e de Campos (RJ).

Além disso, como apontado por Gomes, Martins e Furlanetto (2015) e pelas referidas reportagens, o processo administrativo de inclusão das crianças alérgicas nesses programas é, geralmente, demorado e burocrático, o que resulta em grave prejuízo à saúde dessas crianças, dado o caráter de imediatividade de suas necessidades alimentares específicas. Referidos autores acreditam que esta seja uma das razões da judicialização dessas demandas, uma vez que as famílias das crianças tendem a acreditar que a via judicial proporcionará a efetivação mais célere de sua pretensão. Outras possíveis causas associadas à demanda pela solução judicial são: desarticulação da rede de assistência local, ausência de diálogo entre as instituições e a insuficiência de canais para acolhimento das demandas da população administrativamente.

No que pesem os aspectos negativos da judicialização excessiva, conforme discutido alhures, espera-se que a constante judicialização da demanda pelo fornecimento de fórmulas nutricionais infantis produza, como “efeito colateral benéfico”, pressão para a incorporação desse insumo em listas oficiais do SUS.

A burocratização do atendimento às crianças portadoras de alergia alimentar, como evidenciada, associada à dificuldade de obtenção gratuita das fórmulas nutricionais, constitui ofensa ao princípio constitucional da universalidade. É que o acesso à saúde possui uma dimensão econômica que, segundo Prado, Fujimori e Cianciarullo (2007), relaciona-se aos custos que o usuário possa ter com serviços ou insumos não disponíveis no sistema. Assim, considerando que a maioria das famílias não dispõem de recursos para arcar com os custos das fórmulas alimentares, a inserção dessas crianças no sistema é fundamental para a eficácia do direito à saúde integral desses indivíduos.

4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: A INEVITÁVEL VIA PARA O ACESSO GRATUITO ÀS FÓRMULAS INFANTIS PARA NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE ALERGIA

A demonstrada insuficiência e ineficácia das políticas públicas de saúde voltadas ao atendimento de crianças portadoras de alergias alimentares tem incrementado a quantidade de demandas judiciais para o fornecimento gratuito das fórmulas nutricionais necessárias ao tratamento e sobrevivência das crianças alérgicas. Assim, a judicialização tem se firmado como uma inevitável via de acesso ao direito à saúde. Nesse capítulo, serão analisados os principais aspectos relacionados ao que se convencionou chamar, no meio jurídico, de judicialização da saúde. Finalmente, serão apresentados precedentes de decisões do TRF da 5ª Região acerca de pedidos de fornecimento gratuito das fórmulas infantis, formulados em face do Poder Público.

4.1 Aspectos da judicialização da saúde no Brasil

O fenômeno no neoconstitucionalismo, vivenciado no Brasil, impôs a busca pela máxima efetividade dos dizeres e preceitos constitucionais, de maneira a garantir a plena aplicabilidade dos direitos nela consagrados. Sobre essa mudança vivenciada no constitucionalismo contemporâneo, Nunes (2012) observa que a efetivação das normas constitucionais, sobretudo os direitos fundamentais, ultrapassa a retórica constitucional para a percepção de que, com base nessa nova ideologia, a Constituição deve ser concretizada.

Contudo, a concretização dos direitos fundamentais previstos na Constituição, como o direito à saúde, requer outros adensamentos e complementações normativas, uma vez que, no dizer de Canotilho (2007), a simples previsão de um direito no texto constitucional não significa auto-suficiência normativa que o torne prontamente suscetível de ser concretizado. Isso, no entanto, ainda segundo o autor, não afasta o caráter normativo dos dispositivos constitucionais que preveem direitos, funcionando tais normas ora como imposições de pressupostos a serem observados pelo legislador, ora como vedações, que impedem que os atores político-legislativos delimitem política pública em sentido diverso daquele prescrito pela Lei.

A Constituição Federal de 1988 incorporou a seu texto direitos fundamentais sociais que demandam uma conduta positiva estatal, mediante a implementação de políticas públicas, objetivando, a longo prazo, a realização da igualdade material. Ocorre que, diante da retração dos Poderes Executivo e Legislativo, muitos direitos sociais não são efetivados, e o cidadão,

fundamentando-se nos princípios constitucionais do acesso à justiça e da inafastabilidade da jurisdição, busca o Poder Judiciário para lograr a efetividade dos direitos. Tal situação, no sentir de Nunes (2012), suscitou um novo papel para o Poder Judiciário: uma percepção mais ampla de “dizer” o direito, visando à concretização dos direitos fundamentais.

Sarlet e Figueiredo (2008) ao explicar a teoria do mínimo existencial, afirmam ser obrigação do Estado a realização das prestações que criem condições materiais mínimas para uma vida digna de seus cidadãos. O mínimo existencial poderia ser identificado como o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais, blindado contra toda e qualquer intervenção limitadora do Estado e da sociedade. Os autores entendem ainda que a função de dispor sobre a forma de prestação, o montante e as condições de fruição do mínimo existencial cabe ao legislador, enquanto aos tribunais caberia decidir sobre este padrão existencial mínimo diante da omissão ou desvio de finalidade dos órgãos legiferantes.

A partir da noção de *mínimo existencial*, destaca-se o direito à saúde em relação aos demais direitos sociais, haja vista sua relação direta com o direito à vida e a complexidade do que significa tratamento e prevenção.

Mendes e Branco (2012) ressaltam a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário, a fim de exercer o controle judicial dos atos e omissões administrativas, sem que isso signifique violação à separação dos Poderes, uma vez que tal princípio não pode fundamentar a inércia do Poder Executivo em cumprir seu dever constitucional de garantia do direito à saúde.

Para Barroso (2012), a intervenção do Judiciário, mediante determinações à Administração Pública para que forneça gratuitamente medicamentos em certas hipóteses, procura realizar a promessa constitucional de universalização dos serviços de saúde. Entretanto, este autor pondera o prejuízo ao Poder Público decorrente da judicialização excessiva de questões envolvendo o direito à saúde. É que há a proliferação de decisões extravagantes, pela falta de critérios, tem imposto à Administração Pública condenações irrazoáveis, consistentes em obrigações de custear tratamentos e fornecer medicamentos de eficácia duvidosa. Além disso, segundo Barroso, não há um critério firme para aferição de qual entidade estatal deve ser responsabilizada, o que tem acarretado mobilização de muitos agentes públicos, gerando gastos ao sistema e desfuncionalidade da prestação jurisdicional.

Os excessos e inconsistências da judicialização à saúde colocam em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, porque desorganizam a atividade administrativa e impedem a alocação racional dos escassos recursos públicos. Sendo assim, Barroso (2012)

propõe delimitar a zona de intervenção do Judiciário, de forma a manter a harmonia do sistema. Segundo este autor, a atividade judicial deve procurar respeitar o conjunto de opções legislativas e administrativas formuladas acerca da matéria pelos órgãos institucionais competentes. Assim, diante da omissão legislativa ou administrativa, o Judiciário deve agir. Da mesma forma, devem os tribunais intervir quando as leis ou os atos administrativos não estiverem sendo cumpridos. Contudo, a interferência judicial deve ser autocontida quando as leis e os atos administrativos, implementadores da Constituição, estiverem sendo regularmente aplicados.

Ferraz e Vieira (2009) classificam como equivocada a disseminação no meio jurídico brasileiro da visão do direito à saúde como um direito a atendimento terapêutico e farmacêutico ilimitados. Segundo estes autores, o Supremo Tribunal Federal e muitos juízes brasileiros fundamentam-se em um conceito unidimensional de saúde, reduzindo a compreensão das políticas de saúde a apenas um de seus aspectos, o do atendimento médico, desprezando o fato de que, no mundo real, jamais haverá recursos suficientes para implementar universalmente um direito à assistência à saúde ilimitado. Essa interpretação judicial dominante do direito à saúde não seria sustentável, por ser faticamente impossível garantir um acesso ilimitado ao consumo de tecnologias em saúde. Para os autores, essa interpretação afrontaria também a equidade do sistema, posto que, sendo o acesso ao Judiciário ainda restrito a parcelas da população, o uso da via judicial para alocação dos escassos recursos favorece geralmente as camadas da população mais privilegiadas, já que são estas quem tem maior facilidade de acesso à justiça.

Sobre a necessidade de promoção da equidade no sistema público, Prado, Fujimori e Cianciarullo (2007) lembram que a própria natureza dos serviços de saúde, se pública ou privada, já é por si só promotora de grandes desigualdades no acesso e utilização dos serviços. Por isso, cabe ao Estado gerir políticas públicas mais inclusivas e não reforçar, no seio do Estado, medidas que resultem na seletividade do acesso.

Vieira (2008) pondera que o Poder Judiciário tem entendido a integralidade, enquanto princípio norteador das políticas de saúde, em sentido diverso daquele postulado no âmbito do SUS. É que o deferimento de demandas judiciais de forma indiscriminada, sem averiguação da existência de políticas públicas para tratar a patologia, indica que para os tribunais a integralidade está mais associada à oferta de medicamentos e às ações curativas e paliativas, em detrimento das ações de prevenção das doenças e agravos. O autor acredita ainda que a intervenção do Judiciário no fornecimento de medicamentos, negligenciando as normas que

dizem respeito ao acesso à saúde no SUS, compromete o esforço do Poder Executivo para bem gerir o Sistema, uma vez que essas concessões não estão vinculadas à reserva orçamentária prevista quando da formulação de políticas públicas. Assim, entende que o Judiciário deveria se balizar pelo critério da existência de política pública, abstendo-se de dar procedência a pedidos de fornecimento de medicamentos não incluídos nas políticas públicas. A garantia do direito à saúde, como previsto no texto constitucional, se efetiva através da formulação das políticas públicas adequadas.

A Constituição Federal de 1988, além de ter atribuído à saúde o caráter de universalidade, assegurou a integralidade do atendimento (art.198), sendo que este argumento é o principal sustentado pelos usuários do SUS, cujas necessidades não foram satisfeitas, para judicializarem suas demandas. Contudo, Fleury (2012) ressalta a contradição entre o texto legal e a realidade institucional marcada por condições financeiras adversas, como responsável pela judicialização da política. A autora sustenta que o uso do recurso judicial como forma de exigibilidade do direito, decorre da positivação dos direitos sociais e pelo desenvolvimento de uma consciência cidadã, consequentes ao aumento da democracia e da inclusão social.

Contrapondo-se o entendimento anteriormente exposto de que a judicialização à saúde no Brasil afeta negativamente a capacidade de planejamento e de ação do Executivo, Fleury (2012) defende que a judicialização é benéfica ao SUS, sobretudo a judicialização para tutela coletiva do direito à saúde. Assim, exemplifica a autora situações nas quais a judicialização é até necessária, como nas questões envolvendo atuação de gestores públicos que se afastam dos princípios da administração e diante das investidas de interesses privados no interior do sistema público. Nesse sentido, a judicialização pode ser benéfica ao SUS, quando são manejadas demandas coletivas para inibir, por exemplo, a terceirização dos serviços e a contratação de Organizações Sociais ou de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) para prestação de serviços de saúde. O manejo de ações judiciais, nesses casos, visa à tutela dos princípios de descentralização e universalidade do sistema público.

A intervenção judicial também pode ser positiva quando há insuficiência do sistema ou vazios assistenciais. Assis (2015) elenca situações de lacuna assistencial do Poder Público, nas quais a judicialização geralmente é positiva, tais como: quando houver entraves no procedimento de aquisição ou distribuição de determinado medicamento; quando a patologia que acomete o paciente possui peculiaridades que exigem medicamentos especiais ainda sem protocolos clínicos elaborados pelo SUS.

O fenômeno que hoje é denominado *judicialização da saúde* compreende a provocação e a atuação do Poder Judiciário, visando à obtenção de assistência médico-farmacêutica, em busca de garantir efetividade do direito fundamental à saúde por meio do sistema processual vigente. A própria Constituição Federal, no artigo 5º, inciso XXXV, assegura aos cidadãos o direito de provocar o Judiciário diante de lesão ou ameaça a direitos.

Há no meio jurídico fortes argumentos contrários à essa atuação do Judiciário para constranger a Administração Pública a prestar atendimento médico e assistência farmacêutica, entre os quais Gandini, Barione e Souza (2007) citam o prejuízo aos cofres públicos, que compromete o funcionamento do Estado como um todo e não somente a estrutura do SUS.

Argumenta-se ainda que a decisão judicial de demandas de saúde geralmente não levam em conta a exiguidade de recursos públicos nem o impacto social do desvio de recursos para o indivíduo demandante em prejuízo da coletividade. Além disso, haveria uma nítida falta de informações dos envolvidos na demanda judicial a respeito das Políticas Públicas de saúde e dos aspectos médicos, técnicos e científicos do caso concreto, o que levaria a decisões equivocadas. Em decorrência disso, a insuficiência de fundamentação técnica das decisões judiciais pode levar o Judiciário a ratificar prescrições negligentes e tratamentos inócuos, com evidente risco ao paciente. (ASSIS, 2015).

Gandini, Barione e Souza (2007) apontam aspectos frequentemente invocados para limitar a atuação judicial na concretização de políticas públicas. O primeiro argumento é o da vedação da atuação do juiz como legislador positivo, cuja violação ofenderia frontalmente o princípio constitucional da separação de poderes. Pretende-se, assim, evitar que os juízes ampliem a abrangência das normas, mesmo nas situações de manifesta inconstitucionalidade por omissão. Outro argumento igualmente apontado para limitar a atuação jurisdicional nesses casos é o da necessidade de previsão orçamentária para a realização de despesas públicas. Nesse ponto, entretanto, os autores defendem que o juiz dispõe de liberdade para decidir por ordenar a realização de despesas pelo Poder Público, desde que para fazer valer um direito constitucional fundamental, cuja superioridade axiológica frente à regra orçamentária é inquestionável.

Embora a saúde seja direito fundamental, dotado de elevado grau de juridicidade e normatividade, não se pode creditá-lo impassível de limitação nem absoluto. A concretização judicial do direito à saúde encontra limites ainda no princípio da proporcionalidade. Nesse sentido, Gandini, Barione e Souza (2007) entendem que proporcional é a medida que se revela exigível, necessária e adequada ao caso concreto,

causando o menor prejuízo possível a outros direitos e proporcionando mais vantagens que desvantagens. Exemplificam os autores, como desproporcional, a medida que determina que certo tratamento seja feito no exterior, quando o mesmo tratamento possa ser feito no Brasil, a custos muito mais baixo para o Poder Público.

O princípio da proporcionalidade deve ser também o instrumento de ponderação quando suscitado o argumento da reserva do possível pelo Poder Público para justificar a negativa de prestação de um direito social. É que o acolhimento desse argumento requer a demonstração, pela Administração Pública, de que a decisão judicial condenatória do Poder Público causará mais danos do que vantagens à efetivação dos direitos fundamentais.

A cláusula da reserva do possível é frequentemente invocada pela Administração Pública para justificar as restrições à efetivação de direitos fundamentais sociais. Referida teoria teve origem no Direito Alemão, no qual o seu sentido não se limitava direta e unicamente à existência de recursos materiais suficientes para a concretização do direito social. Mânica (2007) explica que, em sua origem, a cláusula da reserva do possível se referia mais à razoabilidade da pretensão deduzida com vistas à sua efetivação, ou seja, a pretensão reclamada pelo indivíduo deveria corresponder aquilo que razoavelmente pode se exigir da sociedade, mesmo que haja uma disposição de recursos. Assim, a transposição dessa teoria para o Brasil fez dela uma *teoria da reserva do financeiramente possível*, na medida em que procurou impor como limite absoluto à efetivação dos direitos sociais a suficiência de recursos e a previsão orçamentária da despesa.

No que pese a dificuldade de delimitação do postulado da reserva do possível, sobretudo no que se refere à possibilidade financeira de cumprimento da ordem judicial, o juiz deve atentar-se para a viabilidade material de sua decisão, sob pena de se pôr em risco o equilíbrio econômico financeiro do SUS. Necessário se faz, portanto, considerar a finitude dos recursos. A atenção ao postulado da reserva do possível é cautela necessária para que o Judiciário não inviabilize a discricionariedade do Poder Executivo na elaboração de suas políticas públicas evitando assim afrontar o pacto federativo (GANDINI, BARIONE E SOUZA, 2007).

Corroborando essa argumentação, Mendes e Branco (2012) entendem que os direitos às prestações materiais, dentre os quais se insere o direito à saúde, estão submetidos à *reserva do possível*, apenas se traduzindo em medidas práticas na conformidade da disponibilidade material do Estado.

Dessa forma, a insuficiência de recursos econômicos implica a necessidade de o Estado realizar opções de alocação de verbas, conforme determinações da legislação infraconstitucional, em primeiro lugar, e complementarmente pela Administração. Mendes e Branco (2012) esclarecem que, compete ao órgão político fixar as linhas mestras da política social e financeira, uma vez que é o Parlamento que detém a legitimação popular exigida para tal mister. As deliberações acerca da realização de direitos sociais implica privilegiar um bem jurídico em detrimento de outro, buscando concretizá-lo com prioridade. Por isso, a sede de tais deliberações deve ser o Parlamento e, em segundo lugar, a Administração. É que o reconhecimento de um direito subjetivo, a princípio, pressupõe que as prestações materiais hajam sido delimitadas pelo órgão político. Sendo assim, não caberia ao Judiciário extrair direitos subjetivos das normas constitucionais que cogitam de direitos não originários a prestação.

No que se refere ao direito à saúde, o próprio texto constitucional, no artigo 196, dispõe sobre a necessidade de formulação de políticas públicas que concretizem o direito à saúde por meio de escolha alocativas. Mendes e Branco (2012) ressaltam o caráter programático desse direito, a exigir a distribuição dos recursos naturalmente escassos por meio de critérios distributivos.

Contudo, segundo Marmelstein (2008), o discurso da limitação da reserva do possível tem sido banalizado pelo Poder Público, quando este se defende em juízo, sem apresentar os elementos concretos que demonstrem a impossibilidade material de se cumprir a decisão judicial. Destarte, no que pese a reserva do possível ser uma limitação lógica à possibilidade de efetivação dos direitos sociais, tal argumento somente deve ser acolhido se o Poder Público lograr demonstrar suficientemente que a decisão causará mais danos que vantagens à efetivação dos direitos fundamentais.

Destarte, Mânica (2007), pesquisando o posicionamento jurisprudencial acerca da Teoria da Reserva do Possível, percebeu que as decisões têm exigido não a mera alegação de inexistência de recursos, mas a comprovação de ausência de recursos, também denominada exaustão orçamentária. A teleologia desse entendimento revela o interesse de evitar que o Poder Público, mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político – administrativa, crie obstáculo artificial que revele o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência.

Acerca do papel do Poder Judiciário na concretização de direitos fundamentais, Nunes (2012) ressalta que o juiz não deve entrar no mérito de concordar ou não com uma lei editada pelo Legislativo, mas sim restringir sua atividade a verificar a sua adequação frente à Constituição e aos princípios, exercendo o poder criativo do direito, no sentido de promover a adaptação das leis às novas realidades e de aplicar os princípios de direito para resolver o caso concreto. O Judiciário deveria, assim, buscar sempre fazer a justiça no caso concreto.

Os mecanismos judiciais mais usualmente utilizados para pleitear fornecimento de insumos relacionados à saúde perante o Poder Judiciário são a ação civil pública, o mandado de segurança e as ações condenatórias de obrigação de dar ou de fazer.

A ação civil pública, disciplinada pela Lei nº7347/85, destina-se à tutela de interesses difusos, coletivos e\ou individuais homogêneos, sendo que o Ministério Público é o legitimado que mais frequentemente propõe esse tipo de ação. Nesse sentido, a fim de exemplificar o manejo desse instrumento para a tutela coletiva do direito à saúde, citamos a Ação Civil Pública nº 5002715-21.2014.404.7200\SC, na qual o Ministério Público Federal requer a condenação da União e do Estado de Santa Catarina a viabilizar o acesso à terapia com fórmulas alimentares especiais, no SUS, às crianças de zero a dois anos de idade, portadoras de alergia à proteína do leite de vaca (APLV), mediante a implantação de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, com o fim de viabilizar a disponibilização da terapia nutricional adequada a essas crianças.

O mandado de segurança, segundo Mendes e Branco (2012), destina-se à proteção de direito individual ou coletivo líquido e certo contra ato ou omissão de autoridade pública não amparado por habeas corpus ou habeas data. No que pese este instrumento ser amplamente utilizado para reivindicar a atuação do Estado em demandas relativas ao direito à saúde, sobretudo em razão da celeridade do seu procedimento, Gandini, Barione e Souza (2007) e Assis (2015) ponderam que essa via não é a mais adequada, posto que as prescrições médicas utilizadas pelos impetrantes para fundamentar as solicitações de fornecimento de medicamentos e insumos terapêuticos não possuem caráter absoluto, sendo questionáveis a adequação e a lisura destas prescrições, bem como sua observância às peculiaridades do caso concreto. Por essa razão, faltaria o caráter de certeza e liquidez ao pedido formulado. Além disso, argumentam os autores que a negativa de fornecimento de medicamentos geralmente está amparada por legislação infraconstitucional, como no caso de negativa de fornecimento de medicamentos sem registro nos órgãos competentes.

Finalmente, as ações ordinárias de obrigação de fazer ou de dar constituem a alternativa mais usual para as demandas individuais relativas ao direito à saúde, nas quais há, quase sempre, pedido liminar de antecipação dos efeitos da tutela, cuja possibilidade de concessão em face da Fazenda Pública já está consolidada na jurisprudência (GANDINI, BARIONE E SOUZA, 2007).

4.2. Análise de decisões judiciais, no âmbito do TRF da 5ª Região, relativas às demandas para fornecimento de fórmulas infantis pelo Poder Público

Neste trabalho foi analisada uma amostra de 05 acórdãos proferidos no âmbito do Tribunal Regional Federal da 5ª Região, relacionados a demandas por fornecimento gratuito de fórmulas nutricionais especiais, entre 2011 e 2015. A seleção dos acórdãos se deu a partir do resultado da pesquisa no sítio eletrônico do referido Tribunal pelas palavras-chaves: Neocate; Pregomin; Fornecimento de fórmula.

Verificou-se, em todos os processos estudados, que o postulante demandou contra os três entes federativos: União, Estado e Município. Em todos os casos, a sentença de 1º grau foi julgada procedente, confirmando a decisão liminar de antecipação dos efeitos da tutela e condenando, solidariamente, os réus ao fornecimento gratuito das fórmulas nutricionais requeridas pelo tempo necessário ao tratamento da alergia alimentar dos autores.

4.2.1 Argumentos das Partes

Na amostra colhida, a União apresentou recurso de apelação em todos os processos, enquanto o Estado demandado recorreu em apenas dois deles e o Município em somente um. Em todos os recursos os réus suscitaram a preliminar de ilegitimidade passiva *ad causam*, sendo o argumento utilizado pela União a falta de competência administrativa para a execução de serviços finais e diretos, uma vez que suas atribuições são de gestão e financiamento do sistema. Os Estados, por sua vez, quando suscitaram a referida preliminar, argumentaram não ser de sua alçada a atribuição de distribuição da fórmula nutricional requisitada, mas sim do Município.

No mérito, o argumento mais recorrente dos réus é o de que o deferimento do pedido autoral fere a cláusula da reserva do possível, criando despesas imprevistas que afetam o orçamento público e comprometem o funcionamento do sistema. Além disso, alega-se que

compete ao SUS definir os tratamentos a serem oferecidos à população, de modo que a interferência do Judiciário em matéria de competência do Executivo deve se limitar a situações excepcionais, e que o atendimento casuístico individual fere o princípio da legalidade orçamentária e os princípios do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

Os entes federativos argumentam ainda que a fórmula nutricional requerida pelos autores não está contemplada nas listas oficiais do SUS, não havendo amparo legal para o pedido autoral. Por fim, há ainda a alegação de que o composto alimentar requerido não é medicamento nem foi classificado pelo SUS como alimento com propriedades funcionais para a saúde e, por isso, não sendo objeto de Protocolos específicos no SUS, não se justificaria a obrigatoriedade do fornecimento gratuito pelo Poder Público.

Por outro lado, a tese dos autores, todos menores representados pelos responsáveis legais, é a de que o fornecimento imediato da fórmula alimentar é indispensável para a saúde das crianças portadoras de alergia alimentar, e que a falta do consumo desse alimento poderá levar a criança a um quadro de desnutrição e exposição a risco de vida. Fundamentam seu pedido na força normativa da Constituição, sobretudo no artigo 196 da Carta, que assegura o direito à saúde de forma integral e universal. A argumentação autoral ampara-se ainda nos direitos da Criança previstos na Carta Constitucional e no Estatuto da Criança e do Adolescente, inspirados na Doutrina da Proteção Integral do menor. Os autores frisam ainda que a intervenção judicial é a via inevitável para a efetivação do direito das crianças nesses casos, tendo em vista a recalcitrância do Estado em fornecer gratuitamente os compostos alimentares pleiteados.

4.2.2 Posicionamento do TRF da 5ª Região nas Decisões analisadas

Nos julgados analisados, houve rejeição da preliminar de ilegitimidade passiva *ad causam*, quando suscitada pela parte ré. Segundo os acórdãos em comento, há firme jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no sentido de que a solidariedade da responsabilidade dos entes federados para o fornecimento de tratamento médico adequado às pessoas desprovidas de recursos financeiros emerge da dicção do artigo 196 da Constituição Federal, no qual o termo “Estado” possui sentido genérico, referindo-se à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Eis alguns dos julgados do STF e do STJ referidos pela jurisprudência do TRF da 5ª Região:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA. **O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente.** (STF, Pleno, RE 855178 RG, Rel. Min. LUIZ FUX, DJe-050 de 13-03-2015).

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. SUS. OBRIGAÇÃO DE FAZER. LEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO, DO ESTADO E DO MUNICÍPIO. PRECEDENTES. 1. Agravo regimental contra decisão que negou provimento a agravo de instrumento. 2. O acórdão a quo determinou à União fornecer ao recorrido o medicamento postulado, tendo em vista a sua legitimidade para figurar no pólo passivo da ação. **3. A CF/1988 erige a saúde como um direito de todos e dever do Estado (art.196). Daí, a seguinte conclusão: é obrigação do Estado, no sentido genérico (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à medicação necessária para a cura de suas mazelas, em especial, as mais graves. Sendo o SUS composto pela União, Estados e Municípios, impõe-se a solidariedade dos três entes federativos no pólo passivo da demanda.** 4. Agravo regimental não-provido. (STJ, Agravo Regimental no Agravo de Instrumento nº 858899-RS, Primeira Turma, Rel. Ministro José Delgado, DJ: 30/08/2007). (Negrito acrescido)

Entre os acórdãos relativos aos processos em análise, apenas um deu total provimento à apelação, julgando improcedente a pretensão autoral, não por acolher a tese dos réus, mas por entender que o autor não logrou comprovar, através das provas acostadas aos autos, a imprescindibilidade do fornecimento específico da fórmula NEOCATE, ao invés de outras fórmulas indicadas para crianças com alergia alimentar. Ressalte-se que o autor, no caso em tela, direcionou seu pedido ao fornecimento de um produto específico (NEOCATE) e não genericamente a qualquer fórmula de aminoácidos existente no mercado, a exemplo do AMINOMED. Assim fundamentou a 4ª Turma do TRF da 5ª Região:

Ora, o Estado não pode se prestar a fornecer composto medicamentoso específico, sem que haja uma suficiente comprovação de sua indispensabilidade, bem como da inexistência de tratamento correspondente a ser disponibilizado pelo Estado, sob perigo de gerar grave lesão à ordem administrativa e o comprometimento do SUS, de modo a prejudicar ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada. Não seria o caso dos autos, portanto, uma das exceções a ensejar a interferência do judiciário para estipular medidas excepcionais (BRASIL.TRF5. APELREEX 30185/AL – M9712. Quarta Turma. Relator Desembargador Edilson Pereira Nobre Júnior. Data de Julgamento: 05/05/2015).

Nesse sentido, a mesma Turma já havia, em 2011, dado parcial provimento ao recurso de apelação interposto pelos réus, negando o pedido autoral de fornecimento da fórmula NEOCATE por prazo indeterminado, por entender que o conjunto probatório dos autos deixava clara a existência e o cumprimento pelo Estado de uma política pública específica

para satisfação da necessidade alimentar das pessoas portadoras de Alergia Alimentar Múltipla. Entendeu a Turma que, diante da inexistência de omissão estatal e da não comprovação de deficiência da política pública existente, não caberia a concessão à parte autora de tratamento diferenciado, sob pena de ofensa ao princípio do tratamento igualitário na assistência à saúde. Ressalte-se que, nesse caso, o próprio autor confessou estar incluído no programa do Estado e que recebia uma fórmula nutricional a base de aminoácidos da marca AMINOMED (BRASIL. TRF5. APELREEX 19017/SE. Quarta Turma. Relator Desembargador Edilson Pereira Nobre Júnior. Data de Julgamento: 22/11/2011).

As demais decisões analisadas mantiveram a decisão de 1º grau, negando provimento ao recurso de apelação dos réus e condenando solidariamente os entes federados ao fornecimento da fórmula alimentar pelo tempo necessário ao tratamento. A fundamentação apresentada nesses acórdãos se alicerça no artigo 196 da Constituição Federal e na estreita relação do direito à saúde com o direito à vida e à proteção da integridade do ser humano, prerrogativas jurídicas indisponíveis asseguradas na Carta Magna. Argumenta-se que o caráter programático da regra inscrita no artigo 196 não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, posto que isso significaria que o Poder Público estaria fraquejando no cumprimento do seu impostergável dever. O direito à saúde tem caráter de direito fundamental cuja efetivação é dever do Estado e sua eventual não concretização consistiria em afronta à própria dignidade humana (BRASIL. TRF5. APELREEX 25921/PE. Primeira Turma. Relator Desembargador Francisco Cavalcanti. Data de Julgamento: 21/02/2013; APELREEX 528825/AL. Segunda Turma. Relator Desembargador Élio Siqueira. Data de Julgamento: 25/11/2011; APELREEX 25183/SE. Primeira Turma. Relator Desembargador Francisco Cavalcanti. Data de Julgamento: 06/12/2012).

Quanto à alegação de que seria indevida a interferência do Poder Judiciário em matéria de competência exclusiva do Executivo, com prejuízo ao orçamento público e ofensa à cláusula da reserva do possível, a decisão proferida em face do recurso de Apelação/ Reexame Necessário nº 25183 SE, da primeira Turma do TRF 5ª Região, de relatoria do Desembargador Francisco Cavalcanti, reporta-se a outro julgado de lavra do mesmo Tribunal:

[...] a alegação genérica de limitações orçamentárias vinculadas à reserva do possível, além de não provada concretamente quanto à eventual indisponibilidade de fundos para o atendimento da pretensão inicial, não é suficiente para obstar a concretização do direito constitucional em exame, sobretudo quando notório o fato de que o Poder Público possui verbas de grande vulto destinadas a gastos vinculados a interesses bem menos importantes do que a saúde da população (por exemplo, publicidade, eventos festivos, etc), os quais podem e devem ser, se for necessário,

redirecionados para a satisfação de direitos essenciais da população. 11. Não se está, ressalte-se, diante de intromissão indevida do Poder Judiciário em esfera de atuação reservada aos demais Poderes, mas, ao contrário, de atuação judicial de natureza prestacional positiva calcada em relevante fundamento constitucional e na omissão ilegal do Poder Público em seu atendimento, sem que se tenha, concretamente, apresentado qualquer fundamento minimamente oponível à sua concretização (TRF 5ª Região, APELREEX 8212, Relator: Desembargador Federal Emiliano Zapata Leitão, Órgão Julgador: Primeira Turma, Fonte : DJE - Data::28/01/2010).

Adotou-se o entendimento de que o direito à saúde é direito público subjetivo exigível em Juízo. Assim sendo, o Judiciário diante do confronto entre a preservação dos direitos à vida e à saúde, bens máximos cuja proteção não pode ser postergada e o princípio da legalidade orçamentária, deve utilizar-se de um juízo de ponderação, de modo a produzir um resultado socialmente desejável. Seguindo este norte, verificada a prioridade da garantia à saúde no caso concreto em detrimento de dificuldades orçamentárias, justificado está o deferimento do pedido autoral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Alergia à Proteína do Leite de Vaca é uma condição clínica cujo tratamento depende da utilização de insumos de alto custo por um período prolongado, o que torna a terapia inacessível à maioria da população. Por outro lado, é dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços relacionados à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante a execução de políticas econômicas e sociais.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1998 a Política Nacional de Medicamentos (PNM), apontando as diretrizes a serem seguidas na assistência farmacêutica, buscando a promoção do acesso dos usuários do SUS aos medicamentos e insumos terapêuticos. Fundamentado nessa política, em 2002, o MS passou a elaborar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, visando à maior racionalização na prescrição e fornecimento de medicamentos de alto custo, e a criar Centros de Referência para a prestação de serviços especializados em assistência farmacêutica.

Entretanto, no que pese a importância do fornecimento de fórmulas nutricionais especiais para a efetivação do direito à saúde de crianças com alergia alimentar, não foi criado um Protocolo Clínico em nível nacional para a APLV.

O Estado de São Paulo, em iniciativa louvável, aprovou, através da Resolução SS 336 de 21/11/2007, o Protocolo Clínico para Normatização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde daquele Estado. Esse Protocolo estabeleceu fluxogramas de diagnóstico e tratamento da APLV, visando à integração dos especialistas nas áreas fins e a sistematização do atendimento aos usuários do sistema.

Quanto à criação de Centros de Referência para assessoramento no fornecimento de fórmulas nutricionais, é possível vislumbrar que tais órgãos devem ser criados para o desempenho de funções de controle e fiscalização, inibindo inclusive a demanda de solicitações tecnicamente inadequadas.

Assim, visando a aprimorar o processo de avaliação, padronização de condutas e organização dos fluxos de atendimento, o Estado do Rio Grande do Sul criou, em 2005, criou o Centro de Referência para Assessoria em Fórmulas Nutricionais Especiais (CR/FNE), com atribuições de avaliar tecnicamente as solicitações de fórmulas nutricionais especiais à Secretaria Estadual de Saúde. Fink (2009), analisando o impacto dessa medida sobre o atendimento aos usuários do SUS e custos do Estado, verificou a redução dos gastos da

Secretaria Estadual de Saúde na ordem de 28% em um período de 3 anos. A autora concluiu ainda que a promoção de ações voltadas à utilização racional das fórmulas nutricionais especiais melhorou a abrangência do acesso dos usuários às fórmulas especiais, bem como otimiza a utilização dos recursos financeiros públicos.

Uma outra vantagem da criação de Centros de Referência seria o aumento da interface dos juízes e procuradores com os órgãos do SUS, a fim de obtenção de auxílio técnico para a tomada de decisões e interpelações nos processos judiciais.

Este trabalho analisou ainda decisões, no âmbito do TRF da 5ª Região, relativas a demandas pelo fornecimento gratuito de fórmulas nutricionais para crianças alérgicas, demonstrando que, naquelas decisões, houve uma tendência no sentido da prevalência do direito à vida e à saúde, pretendido pelos demandantes, sobre os argumentos dos entes públicos de limitação à reserva do possível e ilegitimidade passiva para a causa. Ficou evidenciado que o Judiciário não tem aceitado meras alegativas genéricas de limitação orçamentária pelo Poder Público, exigindo assim a demonstração concreta da insuficiência de recursos pelo ente público, capaz de afastar a pretensão dos demandantes. Assim, a demonstração, pelos autores, da imprescindibilidade do fornecimento das fórmulas alimentares para a preservação da saúde das crianças alérgicas tem sido suficiente para a obtenção da prestação jurisdicional pretendida.

O crescimento do protagonismo judicial em matéria de saúde tem estimulado os órgãos do Judiciário a buscarem uma atuação mais sistemática e coordenada, a partir de estratégias que estabeleçam uma *política judiciária para a saúde*. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem, sobretudo nos últimos 5 anos, fomentado estratégias como a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde, de Comitês Estaduais de Saúde e o oferecimento de recomendações com parâmetros e diretrizes para a solução de demandas judiciais em saúde.

O CNJ, além do estímulo à celebração de convênios entre tribunais e instituições de saúde, com vistas à disponibilização de apoio técnico de médicos e farmacêuticos para auxílio na apreciação de questões clínicas apresentadas pelas partes, tem recomendado aos magistrados, sempre que possível, a oitiva dos gestores, preferencialmente por meio eletrônico. Além disso, o CNJ sugere a promoção de visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS.

O estabelecimento de uma política judiciária da saúde, mediante mobilização e diálogo entre as instituições jurídicas, políticas e participativas, representa um avanço institucional do Judiciário, tendo em vista a necessidade de assegurar aos magistrados subsídios que os auxiliem na solução eficiente das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde pública.

A elaboração de ações e estratégias que privilegiem a coordenação da interface do Poder Judiciário com outras instituições é fundamental para que o ato de julgar em saúde não seja uma decisão “solitária”, fundamentada tão somente no convencimento pessoal do magistrado. É preciso o fomento de discussões mais aprofundadas sobre questões específicas de saúde, a fim de que o Poder Judiciário consiga estabelecer uma nítida padronização dos limites da decisão judicial, respeitando assim os princípios democráticos sacramentados na ordem constitucional e promovendo justiça social.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em um estudo multicêntrico realizado entre 2013 e 2014, que buscou analisar o cenário da judicialização da saúde e a política judiciária de saúde no Brasil, relatou experiências inovadoras voltadas à efetivação do direito à saúde, a partir da incorporação das instituições jurídicas no cotidiano da gestão em saúde, através de uma atuação extrajudicial e preventiva. As estratégias desenvolvidas nessas experiências partem do pressuposto de que as instituições jurídicas não devem se limitar à propositura e decisão de ações judiciais, mas sim abrirem espaço para uma atuação extrajudicial e dialógica de efetivação da saúde.

Referido estudo aponta a experiência do Município de Araguaína (TO), onde em 2011 foi firmado um termo de parceria entre o referido Município e o Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins, regulamentando-se as obrigações dos signatários, a partir da perspectiva de uma gestão compartilhada em saúde, respeitadas as funções típicas de cada Poder. A parceria visava ao incentivo à mediação dos conflitos, o alcance de soluções administrativas para as demandas em saúde e a democratização das informações e da gestão. A rotina de intenso diálogo interinstitucional em Araguaína resultou em redução da litigiosidade, sem perda de foco na efetivação do direito à saúde (BRASIL, 2015).

Na mesma toada, o Estado do Rio de Janeiro criou a Central de Atendimento a Demandas Judiciais (CADJ), com a finalidade de dar cumprimento às decisões judiciais; o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT), com função de fornecer subsídios técnicos para magistrados e defensores; e a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde, que,

em um ano de funcionamento, segundo noticiado no sítio eletrônico do Conselho Nacional de Justiça, já evitou o ajuizamento de mais de 6 mil novas ações naquele Estado.

É fundamental a construção de uma cultura de substituição da judicialização por políticas públicas que garantam o acesso qualificado e igualitário ao tratamento terapêutico, promovendo assim a efetivação do direito à saúde e otimização dos gastos públicos. Em termos de saúde, a via judicial deve ser o último recurso, limitando-se a situações em que os gestores públicos não dão alternativas para a satisfação do direito violado.

Finalmente, não podemos concluir que a eficácia do direito a saúde dependa da imposição ao Estado da responsabilidade ilimitada pela concessão de assistência em saúde. Tampouco se pode ignorar o problema da ineficiência do poder público. As soluções para a problemática abordada envolvem, necessariamente, a mobilização dos diversos atores sociais e uma nova forma de pensar a atuação do poder público e das instituições, inclusive mediante iniciativas que promovam um cotidiano colaborativo e compartilhado de efetivação do direito à saúde entre as instituições políticas e jurídicas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Ana Laissa O. et al . Avaliação clínica e evolutiva de crianças em programa de atendimento ao uso de fórmulas para alergia à proteína do leite de vaca. **Rev. paul. Pediatr.**, São Paulo , v. 31, n. 2, p. 152-158, Jun., 2013.

ASSIS, Virgínia Márcia Nepomuceno Chaves de. Considerações acerca da judicialização da saúde com medicamentos de alto custo. **Rev. Jurídica De Jure**. Belo Horizonte, v.14, n.24, p.297-310, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. Guia Prático de Diagnóstico e Tratamento da Alergia às Proteínas do Leite de Vaca Mediada pela Imunoglobulina E. **Rev. bras. Alerg. Imunopatol**. São Paulo, v. 35, n. 6, p. 203-233, 2012.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. 3. ed. rev e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARROSO, Luis Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em 11/11/2015.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 30. ed. atual. São Paulo: Malheiros, 2015.

BOMFIM, Regina Lúcia. **Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde**. 2008. Tese de Doutorado - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em :<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em 9 de novembro de 2015.

BRASIL, **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em:<<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>> . Acesso em 13 de novembro de 2015.

BRASIL, Lei 8069 de 13 de julho de 1990 (**Estatuto da Criança e do Adolescente**). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em 9 de novembro de 2015.

BRASIL, Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (**Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde**). Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>Acesso em 9 de novembro de 2015.

BRASIL, Lei 12401 de 28 de abril de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm. Acesso em 9 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. TRF5. **APELREEX 30185/AL–M9712.** Quarta Turma. Relator Desembargador Edilson Pereira Nobre Júnior. Data de Julgamento: 05/15/2015.

BRASIL. TRF5. **APELREEX 19017/SE.** Quarta Turma. Relator Desembargador Edilson Pereira Nobre Júnior. Data de Julgamento: 22/11/2011.

BRASIL. TRF5. **APELREEX 25921/PE.** Primeira Turma. Relator Desembargador Francisco Cavalcanti. Data de Julgamento: 21/02/2013.

BRASIL. TRF5. **APELREEX 528825/AL.** Segunda Turma. Relator Desembargador Élio Siqueira. Data de Julgamento: 25/11/2011.

BRASIL. TRF5. **APELREEX 25183/SE.** Primeira Turma. Relator Desembargador Francisco Cavalcanti. Data de Julgamento: 06/12/2012

CANELA JUNIOR, Osvaldo. **Controle judicial de políticas públicas.** São Paulo: Saraiva, 2011.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição.** 7. ed. Coimbra: Edições Almedina, 2003.

CARDOSO, Ary Lopes. Manejo nutricional na alergia à proteína do leite de vaca. **Pediatr. mod**, v. 48, n. 11, 2012.

CRUZ, Mariana de Almeida. **Controle Jurisdicional Das Políticas Públicas de Saúde: reflexões a partir do fornecimento de medicamentos de alto custo.** 2012. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

CURY, Munir (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado.** São Paulo: Malheiros Editores, 2010.

DA SILVA PEREIRA, Tânia. **Direito da criança e do adolescente: uma proposta interdisciplinar.** São Paulo: Renovar, 1996.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DE ASSIS, Araken (Coord.). **Aspectos polêmicos e atuais dos limites da jurisdição e do direito à saúde**. Porto Alegre: Novadez, 2007.

DIAS, Pollyana Rodrigues Pinheiro. Direito à Saúde: demanda por suplementos alimentares no Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 4, n. 3, p. 39-55, 2015.

DOCUMENTO aponta composição prejudicial à saúde das crianças alérgicas. **O Povo**, Fortaleza, 03 fev.2016. Disponível em: < <http://www.opovo.com.br/app/fortaleza/2016/02/03/noticiafortaleza,3570973/documento-aponta-composicao-prejudicial-a-saude-das-criancas-alergicas.shtml> >. Acesso em: 03 mar. 2016.

ESPECIALISTAS defendem aprofundamento em decisões judiciais sobre saúde. **Conselho Nacional de Justiça**, Fortaleza, 16 out. 2015. Disponível em: < <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/80700-especialistas-defendem-aprofundamento-em-decisoes-judiciais-sobre-saude> >. Acesso em: 03 mar. 2016.

FALTA de leite especial para crianças alérgicas preocupa mães. **O Povo**, Fortaleza, 14 out. 2015. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/app/fortaleza/2015/10/14/noticiafortaleza,3518971/falta-de-leite-especial-para-criancas-alergicas-preocupa-maes.shtml>. Acesso em: 03 mar. 2016.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FERREIRA, A. C. O Sistema de Garantia de Direitos e os desafios na efetivação da proteção integral. In: VI JORNADA INTERNACIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS - JOINPP, 2013, São Luís. **Anais do VI Jornada Internacional em Políticas Públicas - JOINPP**, 2013.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FINK, Jaqueline da Silva. **Criação e implantação de um centro de referência em fórmulas nutricionais especiais no Rio Grande do Sul** : avaliação do impacto sobre o atendimento aos usuários e custos do Estado. 2009. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FLEURY, Sônia. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, v.36, n.93, p. 159-162, 2012.

GADELHA, Maria Inez Pordeus. Escolhas públicas e protocolos clínicos – o orçamento, as renúncias necessárias e os novos Projetos de Lei. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (coords.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. 1ª reimp. Belo Horizonte: Fórum, 2011, p. 349.

GANDINI, João Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; SOUZA, AE de. **A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências.** Biblioteca Digital do Supremo Tribunal de Justiça (BDJur), Brasília, DF, v. 24, 2008.

GOMES, Jorge de Oliveira; MARTINS, Sued Mara Barrozo; FURLANETTO, Egídio Luis. **Políticas Públicas para Crianças com Alergia Alimentar em Fortaleza/CE:** Saúde, Educação. Disponível em: <<http://www.seminario.ccsa.ufrn.br/assets/upload/papers/20fd1ecd7d9c092edfd4eaf1ed4e4365.pdf>>. Acesso em 10/11/2015.

GOUVÊA, Marcos Maselli. O direito ao fornecimento estatal de medicamentos. In: GARCIA, Emerson (Coord.) **A efetividade dos direitos sociais.** Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004. p.199-251.

LEITE especial para alérgicos está em falta nos AMEs. **Diário do Litoral**, Santos, 13 dez. 2015. Disponível em: <<http://www.diariodolitoral.com.br/cotidiano/leite-especial-para-alegicos-esta-em-falta-nos-ames/77080/>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

LEITE especial para crianças alérgicas está em falta nas farmácias do estado. **G1.GLOBO.COM**, São Paulo, 19 out. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2015/10/leite-especial-para-criancas-alegicas-esta-em-falta-nas-farmacias-do-estado.html>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. O direito fundamental à saúde segundo o Supremo Tribunal Federal. In: SARLET, Ingo Wolfgang; SARMENTO, Daniel (Coord.). **Direitos fundamentais no Supremo Tribunal Federal: balanço e crítica.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

LUSTOSA, Amália Maria Porto; PENAFORT, Andreza de Matos; NORÕES, Ângela Raquel Reis de Norões. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Secretaria de Saúde do Ceará (SESA) para dispensação de fórmulas alimentares para crianças portadoras de alergia à proteína do leite de vaca (APLV).** Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2014.

MÃES afirmam que volta a faltar leite especial para crianças alérgicas. **O Povo**, Fortaleza, 07 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/fortaleza/2016/01/07/noticiafortaleza,3557784/falta-leite-especial-para-criancas-alegicas-no-ceara.shtml>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

MÃES denunciam falta de leite para crianças alérgicas. **Folha Web**, Boa Vista, 19 out. 2015. Disponível em: <<http://www.folhabv.com.br/noticia/Maes-denunciam-falta-de-leite-para-criancas-alegicas-/10812>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

MÃES preocupadas com o fornecimento de leite especial são atendidas no Núcleo de Defesa da Saúde. **Defensoria Pública do Estado do Ceará**, Fortaleza, 05 fev. 2016. Disponível em: <<http://www.defensoria.ce.def.br/noticia/maes-de-criancas-alegicas-sao-atendidas-pelo-nucleo-de-saude-da-defensoria-publica/>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

MÂNICA, Fernando. Teoria da reserva do possível: direitos fundamentais a prestações e a intervenção do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Direito Público – RBDP**, nº 18, p. 169-186, 2007.

MARMELSTEIN, George. Curso de Direitos Fundamentais. São Paulo: Atlas, 2008

MEDEIROS, Luana Búrigo. **O fornecimento gratuito de leite com fórmula especial e o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2013.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

NUNES, Joamar Gomes Vieira. **Ativismo Judicial e a Efetivação do Direito Fundamental à Proteção Integral no Estatuto da Criança e do Adolescente**. 2012. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.

PAIS denunciam falta de leite especial para crianças com alergia em Goiás. **G1.GLOBO.COM**, Goiânia, 29 jul. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/goias/noticia/2014/07/pais-denunciam-falta-de-leite-especial-para-criancas-com-alergia-em-goias.html>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial**. 2013. 269 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

PEREIRA, Ana Lucia Pretto. **A reserva do possível na jurisdição constitucional brasileira: entre constitucionalismo e democracia**. 2009. 287 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

PRADO, Sônia Regina Leite de Almeida; FUJIMORI, Elizabeth; CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 399-407, 2007.

ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito da saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SS nº 336 de 27 de novembro 2011. Aprova Protocolo Clínico para Normatização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo. **Diário da Justiça**, São Paulo, 28/11/2007. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/acoes/assistencia-farmaceutica/protocolo_leites.pdf>.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública**, p. 179,

2008. Disponível em: <http://www.dfj.inf.br/Arquivos/PDF_Livre/DOCTRINA_9.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2016.

SEM Neocate, mães de crianças alérgicas pedem ajuda. **Uruaru**, Campos, 19 out. 2015. Disponível em: <http://novosite.ururau.com.br/cidades/66ec2a192d779ff15b541003263d33f5d4dbb4af_sem_neocate__maes_de_crianças_alérgicas_pedem_ajuda__>. Acesso em: 03 mar. 2016.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 25ª ed. São Paulo. Malheiros, 2005.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à saúde: Efetivação em uma Perspectiva Sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SGARBOSSA, Luís Fernando. **Crítica à teoria dos custos dos direitos: reserva do possível**. Vol. I. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2010.

SOUZA, Cinthya C. Thom de; ROSÁRIO, Néelson A. Alergia às proteínas do leite de vaca - diagnóstico e tratamento. **Revista Pediatria Moderna**, nº 48, p.35-41, 2012.

VALLE, Vanice Regina Lírio do. **Políticas públicas, direitos fundamentais e controle judicial**. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 2, p. 365-9, 2008.

YONAMINE, Glauce Hiromi *et al.* Uso de fórmulas à base de soja na alergia à proteína do leite de vaca. **Rev. bras. Alerg. Imunopatol.** São Paulo, v. 34, n. 5, p. 187-192, 2011.

ANEXO A – FLUXOGRAMA DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE DA COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS



Fonte: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/fluxo_incorporacao_gde.png>.

**ANEXO B - PROTOCOLO CLÍNICO PARA NORMATIZAÇÃO DA DISPENSAÇÃO
DE FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS A PACIENTES COM ALERGIA À
PROTEÍNA DO LEITE DE VACA, ATENDIDOS PELO SUS, NO ESTADO DE SÃO
PAULO**

Diário Oficial

Poder Executivo

Estado de São Paulo

Seção I

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 223 – DOE de 28/11/07

Saúde

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 336, de 27-11-2007

Aprova Protocolo Clínico para Normatização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo

O Secretário de Estado da Saúde,

considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que tratam das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;

considerando a necessidade de sistematizar o atendimento às solicitações de Fórmulas Infantis Especiais para pacientes com alergia à proteína do leite de vaca, no âmbito do Estado de São Paulo;

considerando as recomendações de condutas clínicas reconhecidas internacionalmente e, frente às opções de produtos devidamente registrados e aprovados no País pelos órgãos competentes, resolve:

Artigo 1º - Aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, parte integrante desta Resolução, que normatiza a dispensação de Fórmulas Infantis Especiais para pacientes com alergia à proteína do leite de vaca, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação do tratamento proposto.

Artigo 2º - Promover a integração entre avaliadores e especialistas nas áreas afins.

Artigo 3º - Divulgar, sob forma de Anexo, o formulário de solicitação dos produtos.

Artigo 4º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

**PROTOCOLO CLÍNICO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES PARA
PORTADORES DE ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV)**

1. INTRODUÇÃO

A alergia alimentar é definida como um conjunto de reações adversas a alimentos, imunologicamente mediadas, sendo uma das mais freqüentes a alergia à proteína do leite de vaca (ALPV).

A única forma de tratamento da APLV é a exclusão da proteína alergênica da alimentação da criança por um determinado período de tempo, sabendo-se que a maioria dos portadores (80 a 90%) adquire tolerância ao alimento a partir do segundo ou terceiro ano de vida.

As manifestações podem ser mediadas por IgE, não-mediadas por IgE (imunidade celular) ou uma associação destas. Em crianças com APLV existe uma forte associação com história familiar de atopia, introdução precoce de leite de vaca, infecções de trato gastrointestinal em crianças de baixa idade (doença diarreica aguda e persistente) e fatores ambientais.

Nas manifestações imediatas (mediadas por IgE), as manifestações clínicas são: anafilaxia, síndrome da alergia oral, urticária, angioedema, náuseas, vômitos, diarreia, dores abdominais e bronco espasmo, que ocorrem em até duas horas após a ingestão do leite.

Nas manifestações tardias (não mediadas por IgE ou mistas), que ocorrem após mais de duas horas à ingestão do leite, predominam os sintomas relativos ao trato digestivo, havendo eventuais associações com sintomas extra-digestivos (rinoconjuntivite, tosse crônica, estridor laríngeo, asma) e/ou cutâneas (urticária, dermatite atópica). Os sintomas relativos ao trato digestivo são decorrentes de doença do refluxo gastroesofágico, proctocolite alérgica, enteropatia alérgica, enterocolite, constipação intestinal crônica e cólicas exacerbadas do lactente associada à recusa alimentar e a desaceleração ponderal, não responsiva às medidas de apoio ou medicamentosas.

2. DIAGNÓSTICO

Manifestações clínicas (cutâneas, gastrintestinais e/ou respiratórias) desencadeadas pela ingestão de leite e derivados, ou anafilaxia associada à ingestão de leite.

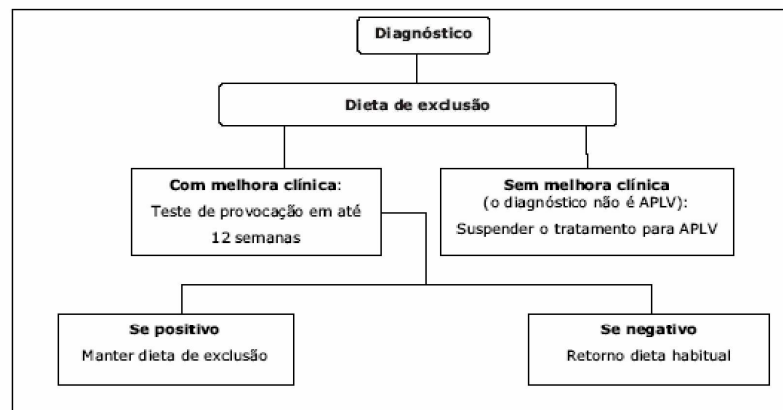
I. Nas reações mediadas por IgE, a associação dos sintomas com ingestão de leite ou derivados ocorre em até 2 horas após a ingestão do leite.

II. Nas reações não mediadas por IgE, ocorrem associações de manifestações digestivas com sinais e sintomas extra-digestivos (rinoconjuntivite, tosse crônica, estridor laríngeo, broncoespasmo) ou cutâneas (urticária, dermatite atópica, angioedema). As reações são, em geral, tardias (mais de 2 horas após exposição ao leite).

III. Quando houver acometimento do trato digestivo, considera-se fundamental descartar malformações do mesmo, distúrbios metabólicos, causas infecciosas ou parasitárias.

IV. Teste de provocação: o teste de provocação não deverá ser realizado em casos de anafilaxia, podendo ocorrer em até 4 horas nos casos de reação mediada por IgE ou ocorrer horas ou dias após a provocação em casos de reação não mediada por IgE.

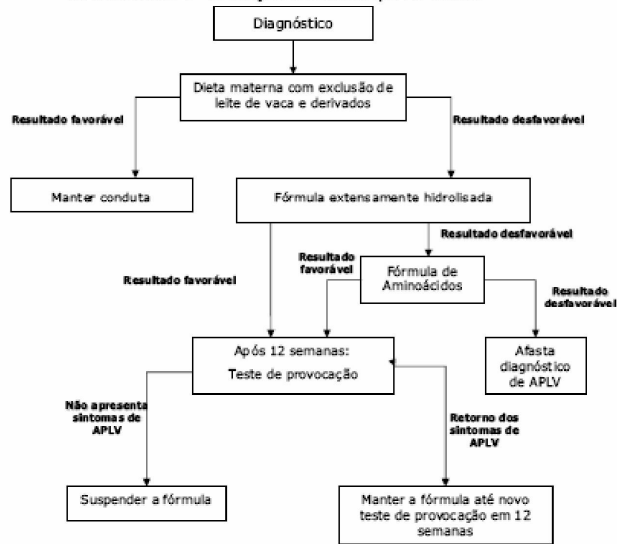
3. TRATAMENTO



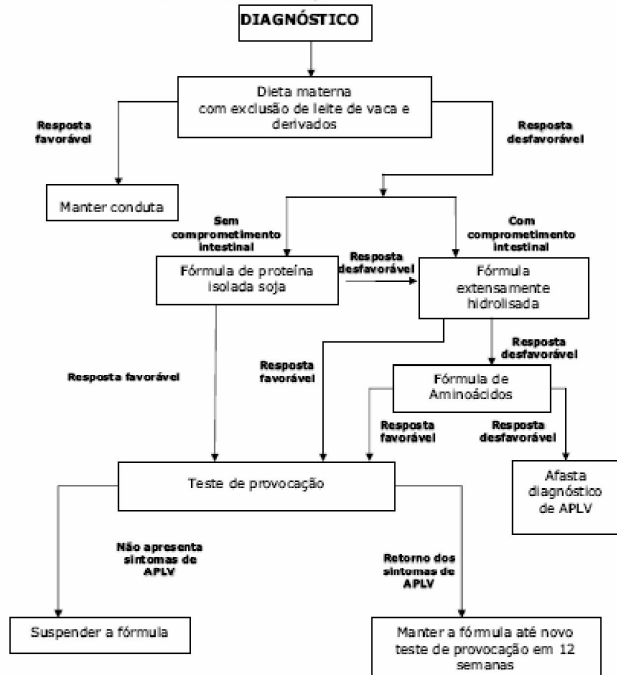
Conduta preconizada de acordo com a faixa etária:

- I. Crianças em aleitamento materno: estimular a manutenção do aleitamento materno e orientar a dieta materna com restrição total de leite de vaca e derivados.
- II. Crianças alimentadas com fórmula à base de leite de vaca ou alimentadas com leite de vaca integral:
 - a. Crianças de 0 - 6 meses: fórmula extensamente hidrolisada (Algoritmo 1)
 - b. Crianças de 6 - 12 meses: (Algoritmo 2)
 - sem comprometimento intestinal: fórmulas de proteína isolada de soja.
 - com comprometimento intestinal: fórmula extensamente hidrolisada.
 - c. Crianças com mais de 12 meses e menos de 24 meses
 - sem comprometimento intestinal e eutróficas: bebida à base de soja associada à refeição de sal.
 - em situações de risco nutricional (definida como crianças abaixo do percentil 10 de peso para idade ou com descendente do traçado da curva de peso para idade após três pesagens sucessivas) utilizar fórmula de proteína isolada de soja em crianças sem comprometimento do trato digestivo, ou fórmula extensamente hidrolisada em crianças com envolvimento intestinal (Algoritmo 3)
 - d. Crianças maiores de 24 meses: orientar refeição de sal, não receberão fórmula específica para APLV
- III. Após 12 semanas de tratamento com qualquer fórmula específica para o tratamento de APLV a criança que responder clinicamente deverá ser submetida a um Teste de Provocação. Caso não desenvolva os sintomas de APLV, deverá ser orientada à dieta com a qual se obteve sucesso terapêutico.
- IV. A criança que, mesmo na vigência de fórmulas específicas para o tratamento de APLV, não responder favoravelmente em 12 semanas, será diagnosticada como não portadora de alergia ao leite de vaca e o tratamento será suspenso.

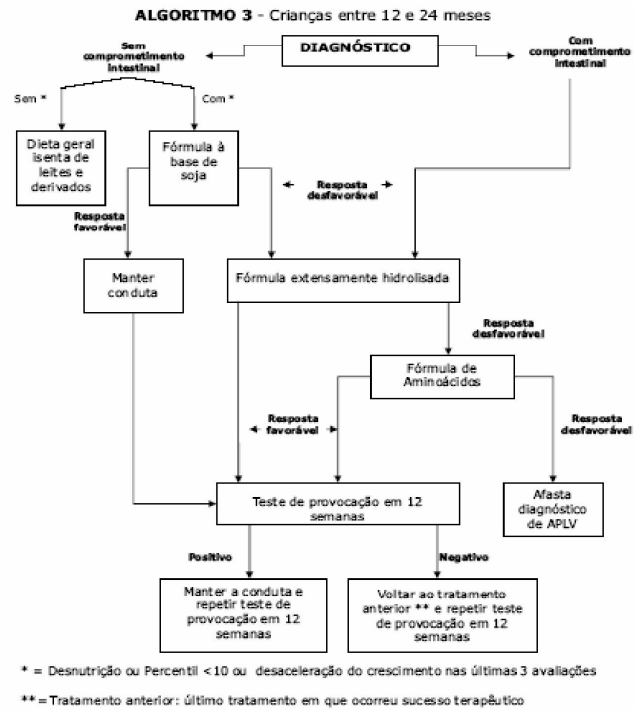
Algoritmos – Protocolo de tratamento da APLV de acordo com a faixa etária
ALGORITMO 1 - Crianças menores que 6 meses



Algoritmos – Protocolo de tratamento da APLV de acordo com a faixa etária
ALGORITMO 2 – Crianças entre 6 e 12 meses



Algoritmos – Protocolo de tratamento da APLV de acordo com a faixa etária



FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS FICHA DE AVALIAÇÃO PARA FORNECIMENTO (Deve ser preenchida pelo médico que acompanha a criança até o item E)						
Data da primeira consulta: ____/____/____						
A) Identificação:						
a. Nome: _____			Data de nascimento: ____/____/____			
b. Nome do profissional: _____						
c. Nome da instituição: _____						
d. Solicitação: _____			Quantidade/mês: _____			
B) Sinais e sintomas clínicos presentes:						
	Idade inicial	Tempo latência	Duração	Frequência	Último episódio	Tratamento recebido
Sintomas cutâneos						
<input type="checkbox"/>	urticária					
<input type="checkbox"/>	prurido					
<input type="checkbox"/>	rush					
<input type="checkbox"/>	angioedema					
<input type="checkbox"/>	dermatite					
Sintomas gastrintestinais						
<input type="checkbox"/>	dor abdominal cólica					
<input type="checkbox"/>	diarréia					
<input type="checkbox"/>	constipação intestinal					
<input type="checkbox"/>	vômitos / náusea					
<input type="checkbox"/>	distensão abdominal					
<input type="checkbox"/>	flatulência					
<input type="checkbox"/>	sanque nas fezes					
<input type="checkbox"/>	refluxo					
Sintomas respiratórios						
<input type="checkbox"/>	Broncoespasmo					
<input type="checkbox"/>	Tosse					
<input type="checkbox"/>	Prurido orofarínge					
<input type="checkbox"/>	Rinite e Coriza nasal					
<input type="checkbox"/>	Edema de laringe					
Outros						
<input type="checkbox"/>	Anafilaxia					
<input type="checkbox"/>	Cefaléia					
<input type="checkbox"/>	Edema labial					
<input type="checkbox"/>	Otite					
<input type="checkbox"/>	Edema ocular					
* Tempo necessário entre a ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas						
Especifique os sintomas mais exacerbados:						

C) Exames subsidiários realizados (mais recentes):						
	Tipo		Data	Resultado		
Hipersensibilidade						
<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	Prick-test leite de vaca		

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prick-test soja		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST leite de vaca		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST alfa-lactoalbumina		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST beta-lactoglobulina		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST caseína		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST soja		
Avaliação gastrointestinal			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sangue oculto		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alfa-1 antitripsina fecal		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relação albumina/globulina		
Anatomopatológico			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estômago		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Esôfago		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Duodeno		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Retos		
Outros:	Provocação		
D) Avaliação da condição nutricional:			
a. Peso: _____ kg			
b. Estatura: _____ cm			
c. Criança no percentil de peso/idade inferior a 10: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
d. Desaceleração da curva de peso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Há quanto tempo? _____			
Caso SIM anote os últimos pesos e datas:			
1. Data: ___/___/___ Peso: _____ kg			
2. Data: ___/___/___ Peso: _____ kg			
3. Data: ___/___/___ Peso: _____ kg			
Data: / /	CNS/médico responsável		
Carimbo:	CPF/médico responsável		
Assinatura			
F) Conduta: (uso restrito a SES-SP)			
a. <input type="checkbox"/> No momento, não preenche os critérios			
b. <input type="checkbox"/> Liberado o fornecimento de fórmula especial de _____ latas, por _____ (meses): (quantidade)			
<input type="checkbox"/> Proteína isolada de soja			
<input type="checkbox"/> Fórmula extensamente hidrolisada			
<input type="checkbox"/> Fórmula de aminoácidos			
c. Data do retorno: ___/___/___ Previsão do teste de provocação: ___/___/___			
Avaliador : _____ Assinatura e Carimbo			

