

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE
SAÚDE NA AMAZÔNIA – PPGVIDA
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

IZABEL CRISTINA DE SOUZA ARAÚJO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MANAUS: ANÁLISE DAS DEMANDAS
JUDICIAIS ENTRE 2013 E 2017**

MANAUS
2018



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

IZABEL CRISTINA DE SOUZA ARAÚJO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MANAUS: ANÁLISE DAS DEMANDAS
JUDICIAIS ENTRE 2013 E 2017**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Rangel de Souza Machado

MANAUS
2018

IZABEL CRISTINA DE SOUZA ARAÚJO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MANAUS: ANÁLISE DAS DEMANDAS
JUDICIAIS ENTRE 2013 E 2017**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Rosana Cristina Pereira Parente (Doutora)
Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia

Rosenir de Souza Lira (Doutor)
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Felipe Rangel de Souza Machado (Doutor) – Orientador
Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia

Manaus, de novembro de 2018.

*Dedico este Mestrado
à memória de meu pai Salvador,
à minha mãe, Orquídea,
às filhas Rayza e Lorena,
e ao meu amor, Robson:*

*Por todo o apoio,
a vitória desta conquista dedico a vocês!*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, ao meu Deus por estar ao meu lado nesta jornada.

À minha família, Orquídea, Robson, Rayza e Lorena, a quem eu amo com todas as forças e que não quero decepcionar.

Aos amigos do Mestrado e que foram verdadeiros irmãos, com quem sorri e chorei. Vocês sempre estarão no meu coração.

À Aline, Gleici, Angela, Antônia e William Terra, sem o apoio diário de vocês eu não teria conseguido. Amigas que Deus me deu!

Ao Professor Felipe Machado, pela sua orientação, apoio, disponibilidade, pelas críticas e por todo o incentivo para a conclusão deste trabalho, meu agradecimento especial.

Aos docentes da FIOCRUZ Amazônia - ILMD Instituto Leônidas e Maria Deane, pela participação e colaboração indispensáveis.

À FIOCRUZ Amazônia - ILMD Instituto Leônidas e Maria Deane, Instituição que nos acolhe e nos apresenta o saber da saúde, nos faz ver o que não vemos e nos faz acreditar que podemos construir juntos o SUS que dá certo.

A todos os trabalhadores da FIOCRUZ Amazônia - ILMD Instituto Leônidas e Maria Deane, especialmente ao seu Ítalo, nosso Bibliotecário, que consegue sempre aquele “artigo impossível”.

Ao Tribunal de Justiça do Amazonas, pela cedência dos dados imprescindíveis para a pesquisa aqui apresentada.

À SEMSA, SUSAM e FHAJ, pela liberação para o estudo e apoio a mim dispensados.

Enfim, quero demonstrar o meu agradecimento a todos aqueles que, de um modo ou de outro, tornaram possível a realização desta Dissertação.

A todos o meu sincero e profundo
Muito Obrigada!

*O meu corpo e o meu coração poderão
fraquejar, mas Deus é a força do meu coração
e a minha herança para sempre.*

Salmos 73:26

RESUMO

ARAÚJO, Izabel Cristina de Souza. A Judicialização da saúde em Manaus: análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017. Dissertação Mestrado. Ministério da Saúde, Instituto Leônidas e Maria Deane e Fundação Oswaldo Cruz. 2018.

O objetivo desta dissertação foi identificar as principais causas do crescimento de demandas judiciais em saúde contra o poder público, estadual e municipal, no estado do Amazonas. Partiu-se de uma análise delimitada entre os anos de 2013 e 2017 das ações judiciais existentes na justiça amazonense de primeiro grau, com análise referencial e crítica de situações semelhantes encontradas na literatura em outros estados da federação. O presente estudo auxiliou-se de análise documental de produções científicas e de legislação afim, físicas ou eletrônicas, além do quantitativo das ações registradas no órgão amazonense de justiça, iniciadas para obtenção de serviços, produtos ou insumos para saúde. Isso resultou na identificação dos principais elementos desencadeadores da judicialização da saúde, da interferência da justiça nos fluxos e procedimentos do SUS que podem vir a ferir os princípios da igualdade e da universalidade, quando decidindo de forma personalíssima em detrimento da coletividade, e, ao mesmo tempo, da ausência de integralidade da prestação dos serviços públicos de saúde, por parte dos entes federados responsáveis, em demandas que poderiam ter sido saneadas antes da judicialização, com a simples correção de falhas administrativas. Conclui-se pela necessidade de um diálogo entre os órgãos de justiça e da saúde, forçando maior organização dos entes federados no cumprimento de suas obrigações, e redução de ações na justiça para obtenção do direito à saúde.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Judicialização. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

ARAÚJO, Izabel Cristina de Souza. The judicialization of health in Manaus: Analysis of lawsuits between 2013 and 2017. Dissertation Master. Ministry of Health, Leônidas and Maria Deane Institute and Oswaldo Cruz Foundation. 2018.

The objective of this dissertation was to identify the main causes of the growth of lawsuits in health against the public, state and municipal power in the state of Amazonas. It was based on a delimited analysis between the years of 2013 and 2017 of the existing lawsuits in the first instance of Amazonian judicial power, with a referential and critical analysis of similar situations found in the scientific literature in other states of the federation. The present study was based on documentary analysis of scientific productions and related legislation, physical or electronic, in addition to the quantitative of the actions registered in the Amazonian justice body, initiated to obtain services, products or supplies for health. This has resulted in the identification of the main triggering factors of health judicialization, of the interference of justice in the flows and procedures of SUS that may violate the principles of equality and universality, when deciding in a very personal way to the detriment of the community, and, at the same time, of the lack of integrality of the provision of the public health services, by the responsible federal entities, in claims that could have been remedied before the judicialization, with the simple correction of administrative failures. It concludes, at the end, by the need for a dialogue between the judicial power and public health system, forcing greater organization of the federated entities in the fulfillment of their obligations, and reduction of actions in the courts to obtain the right to health.

Key-Words: Right to Health. Judicialization.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Captura da tela inicial de consulta processual no site do Tribunal de Justiça do Amazonas.	43
FIGURA 2 – Captura da tela para inclusão de dados pessoais e senha no site do Tribunal de Justiça do Amazonas.	44
FIGURA 3 – Captura da tela para inclusão de dados para pesquisa de processos no site do Tribunal de Justiça do Amazonas.	45
FIGURA 4 – Volume de ações judicializadas na cidade de Manaus, no período de 2013 a 2017, impetradas no TJAM contra a SUSAM e SEMSA, por bairro.	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quantidade total de processos judiciais impetrados contra a SEMSA e SUSAM, disponibilizados pelo TJAM, correspondentes ao período de outubro de 1991 a março de 2018.	51
Gráfico 2 – Motivos alegados nas petições iniciais para justificar a procura ao judiciário na solução dos conflitos de saúde	60
Gráfico 3 – Pretensão formulada na inicial dos processos judiciais, movidos contra SEMSA e SUSAM, de 2013 a 2017, conforme classificação de grupos do SIGTAP.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos impetrantes de processos judiciais referentes à saúde na cidade de Manaus, no período de 2013 a 2017	52
Tabela 2 – Processos judiciais segundo a parte passiva, tipo de ação, vara onde tramita e situação processual, movidos contra a SEMSA e SUSAM, no período de 2013 a 2017, no TJAM.	56
Tabela 3 – Doenças alegadas quanto à classificação pelo CID 10 e procedência dos receituários, presentes nos processos judiciais movidos contra a SEMSA e SUSAM, no período de 2013 a 2017, no TJAM.....	58
Tabela 4 – Decisões intermediárias e finais prolatadas nas ações judiciais, em face da SUSAM e SEMSA, no período de 2013 a 2017.	61
Tabela 5 – Duração em dias dos prazos de andamento processual e valor das ações em reais.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS

ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGU	Controladoria Geral da União
CID	Código Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPGT	Comissão para elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do SUS
DENASUS	Departamento Nacional de Auditorias do SUS
DPE	Defensoria Pública do Estado do Amazonas
DPU	Defensoria Pública da União
E-SAJ	Sistema de Automação da Justiça Eletrônico
FHAJ	Fundação Hospital Adriano Jorge
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
GPAM	Gestão Plena da Atenção Básica
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PA	Processo Administrativo
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PGE	Procuradoria Geral do Estado do Amazonas
PJC	Procuradoria da Justiça Comum
PIB	Produto Interno Bruto
PNM	Política Nacional de Medicamentos

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RESME	Relação Estadual de Medicamentos
SAJ-PG5	Sistema de Automação do Judiciário – Primeiro Grau
SAJ-SG5	Sistema de Automação do Judiciário – Segundo Grau
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado da Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado do Amazonas
TCU	Tribunal de Contas da União
TI	Tecnologia da Informação
TJAM	Tribunal de Justiça do Amazonas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

ARAÚJO, Izabel Cristina de Souza.

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MANAUS: análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017. Manaus, 2018. 75fls.

Orientador: Professor Doutor Felipe Rangel de Souza **MACHADO**.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública). Ministério da Saúde. FIOCRUZ. Instituto Leônidas e Maria Deane. 2018.

1. Dissertação. 2. Judicialização da Saúde. 3. SUS. 4. Integralidade dos Serviços Públicos de Saúde. Direito à Saúde. **ARAÚJO**, Izabel Cristina de Souza. **MACHADO**, Felipe Rangel de Souza.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS ...	18
1.1 A JUDICIALIZAÇÃO E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE.....	26
1.2 ESTUDOS SOBRE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	28
1.3 AS AÇÕES JUDICIAIS DE MEDICAMENTOS.....	32
CAPÍTULO 2 – PERCURSO METODOLÓGICO (OU PERCALÇOS METODOLÓGICOS).....	36
2.1 CATEGORIZAÇÃO E ADEQUAÇÃO DO MATERIAL RECEBIDO	40
2.2 RECORTE 2013 A 2017 EM PROCESSOS JUDICIAIS ABERTOS EM FACE DA SEMSA E SUSAM	42
2.3 A JUDICIALIZAÇÃO EM NÚMEROS: UMA ANÁLISE TEMPORAL	47
CAPÍTULO 3 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	51
3.1 TECENDO OS FIOS DOS DADOS	63
3.2 ALTERNATIVAS À JUDICIALIZAÇÃO OU DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE ..	66
3.2.1 Decisões e sentenças: como decidem os magistrados na Justiça Estadual do Amazonas em nível de 1º grau	66
3.2.2 A desjudicialização da Saúde.....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS.....	75

INTRODUÇÃO

Dentre os direitos fundamentais previstos na Constituição Brasileira de 1988, o direito à saúde se estabelece como o de maior força quanto à sua aplicação, haja vista a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) para atender tal finalidade. Além disso, pode-se dizer que há um reconhecimento e uma apropriação por parte da população da força desse direito, tanto que, ao longo das duas últimas décadas, os problemas encontrados pelo cidadão no efetivo acesso à saúde resultaram no fenômeno da judicialização. Tal fenômeno vem tanto expressando a indignação do cidadão frente à eventual ou efetiva ausência do estado na materialização do direito à saúde bem como na essência ao pleno exercício da cidadania, assegurado na legislação pátria e a cargo do Estado.

Ocorre, no entanto, que o referido fenômeno ao mesmo tempo em que se constitui como alternativa extrema por parte dos cidadãos brasileiros, para clamar por soluções em face da eventual ausência ou deficiências do Estado no cumprimento dos serviços, revela a extrapolação de condutas por parte do judiciário, quando este ultrapassa os componentes legais e operacionais do SUS, respondendo de forma satisfatória e imediata ao demandante, personalisticamente, destituindo os princípios coletivos. Isto interfere no fluxo e gerenciamento dos serviços que cabem às Secretarias de Saúde obrigadas e orientadas para o cumprimento da vasta gama de legislações que regulam os serviços previstos no SUS, tanto na atenção básica, quanto na média e alta complexidade.

Quando o presente trabalho foi pensado, em razão da proximidade e experiência laboral no serviço público municipal de saúde, especificamente na atuação administrativa de informação e justificação prévia nas demandas pré-judicializadas e judicializadas da saúde, já se tinha observado um elevado crescimento de demandas prévias, advindas dos órgãos de defesa do cidadão, em busca da solução ou prestação de serviços não alcançados na forma administrativa e rotineira.

Diante disto, esta dissertação objetiva analisar, no contexto da integralidade, o fenômeno da *judicialização da saúde* como forma de garantia de acesso a tecnologias em saúde (medicamentos, insumos, consultas e procedimentos médicos especializados, órteses, próteses e materiais especiais) no sistema de saúde em Manaus. Além disso, tem como objetivos específicos: a) descrever as bases

históricas de implementação normativa do direito a saúde no Brasil, na perspectiva da integralidade; b) identificar e analisar o perfil do cidadão requerente e de sua representação jurídica, a natureza dos procedimentos médico-hospitalares pleiteados, bem como os motivos alegados para a busca do Poder Judiciário e a forma de resolução desses conflitos; c) explorar as decisões prolatadas visando identificar na parte dispositiva e motivação, com base em quais argumentos decide o magistrado.

Para atingir tais objetivos, no **CAPÍTULO 1**, tratou-se de estabelecer os aspectos históricos e conceituais do direito à saúde e da judicialização que ora se operacionaliza de forma ampla nos tribunais brasileiros, dialogando com a literatura científica. Neste ato, buscou-se apresentar de forma clara e sucinta, tanto os direitos à saúde historicamente constituídos pela legislação brasileira, quanto o conjunto de ações judiciais existentes na justiça amazonense de primeiro grau, com análise referencial e crítica de situações semelhantes encontradas em outros estados da federação. Além disso, buscou-se identificar os motivos alegados pelos requerentes nas demandas por tecnologias em saúde (medicamentos, insumos, consultas e procedimentos médicos especializados, órteses, próteses e materiais especiais). Esta identificação aponta para as principais causas do crescimento de demandas judiciais em face dos poderes públicos estadual e municipal no estado do Amazonas.

No **CAPÍTULO 2**, descreveu-se o percurso metodológico do trabalho e as dificuldades no acesso aos dados definidos. Em função das possibilidades concretas para realização da pesquisa, o estudo concentrou a análise no período de 2013-2017.

O **CAPÍTULO 3** inicia-se apresentando a totalidade das ações encontradas contra a SEMSA e SUSAM no período entre 1991 a 2018, para, logo após, trabalhar somente com os processos que pleiteavam algum tipo de tecnologia de saúde. Os achados obtidos depois da análise revelaram importantes aspectos do tema, resultando na identificação dos principais elementos desencadeadores da judicialização da saúde, apontando para uma interferência da justiça nos fluxos e procedimentos do SUS.

Nas **CONSIDERAÇÕES FINAIS**, procurou-se demonstrar que existe uma grande diferença entre o que a população espera da saúde, quando busca tratamento e insumos, e o que está regulamentado, o que faz crescer o número de

demandas judiciais a procura de coisas básicas. Verifica-se que a população que judicializa não está procurando criar ou ampliar direitos, mas, simplesmente obter os direitos já existentes. Os motivos informados para a judicialização são muito reveladores, pois, diferente de outros estudos aqui analisados, a judicialização não está elitizada, mas atendendo a pessoas que declaram sua hipossuficiência como motivo para recorrer ao judiciário. Há também, em que pese o grande conhecimento dos magistrados, um despreparo em relação às leis e gestão do SUS, o que torna as decisões judiciais emocionais e pouco racionais. O presente trabalho não abordou questões econômicas relacionadas ao tema, senão de forma tangencial, apenas com o intuito de ilustrar que as decisões judiciais interferem diretamente no orçamento da saúde.

O que se busca na saúde, através do SUS, é o cumprimento do regramento legal que estabelece e assegura o dever de prestar integralmente os serviços de saúde e seus produtos vinculados, como efetivação do direito e do dever do estado.

CAPÍTULO 1 – DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A saúde da população sempre incomodou aos governantes. A construção e o desenvolvimento do que se entende por saúde, de sua definição, vem acontecendo entre avanços e retrocessos ao longo da história, sendo considerada muitas vezes como dispêndio de recursos para conter avanços de surtos epidêmicos de doenças que poderiam ameaçar as residências mais ricas e reduzir a força de trabalho dos mais pobres. A medicina também caminhou, mas num modelo medicalocêntrico, em que seu produto principal era a doença e não a saúde. Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos¹ definiu saúde como um direito que todo ser humano tem, para ele e para sua família, de bem estar, segurança, e vida.

Partindo do entendimento de saúde sob a ótica da saúde coletiva, verifica-se que o direito das pessoas à saúde vem sendo visto de forma reducionista de fazer consulta, tomar remédio, exame, cirurgia, como se essas tecnologias fossem suficientes para esgotar tudo aquilo que a saúde representa. De alguma forma, este entendimento mínimo, unilateral e fragmentado está positivado na história do direito à saúde brasileiro que, desde a Constituição de 1934, preocupa-se em garantir medidas legislativas e administrativas para restrição da mortalidade e morbidade infantis, e de higiene social para conter a propagação de doenças transmissíveis (DALLARI, 2008).

Contudo, a Constituição de 1988 é diferente. Ela é fruto de um intenso movimento social nunca visto no Brasil, uma expressiva participação popular e da organização dos profissionais de saúde que conseguiram inserir na Assembleia Constituinte uma emenda popular; esta se originou na VIII Conferência Nacional de Saúde e que fez nascerem os artigos que se constituem hoje em cláusulas pétreas, ou seja, não podem ser alterados. Conforme destaca Paim (2008), a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS

¹ A Declaração Universal dos Direitos Humanos, no artigo XXV, assegura que: 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistências especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social (https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm).

nasceram dos movimentos sociais, na sociedade civil (Faleiros et al., 2006). Não foram criados pelo Estado brasileiro, por governos nem por partidos. Portanto, o SUS é uma conquista histórica do povo, podendo ser considerado a maior política pública gerada da sociedade e que chegou ao Estado por meio dos poderes Legislativo, Executivo e, progressivamente, Judiciário (PAIM, 2008, p. 96).

Após a entrada em vigor da Constituição de 1988, trazendo para a realidade brasileira a saúde como um direito de todos e dever do Estado, verifica-se mais fortemente o desencadeamento do processo de construção desse direito. Várias teses e interpretações jurídicas começaram a tratar sobre o tema, observando que o texto constitucional estabeleceu responsabilidade conjunta aos entes federativos na garantia desse direito (o que tem gerado um conflito entre o destinatário da ação judicial e as pactuações feitas pelos entes federados na gestão do SUS), mas também à família e à sociedade a obrigação de cuidar da saúde.

A inserção da saúde como direito fundamental não foi suficiente para que houvesse sua efetivação no mundo físico, necessitando da ação positiva do Estado para existir. Estando positivada na lei máxima de nosso país, nasceu uma discussão doutrinária sobre a possibilidade de este direito ser oponível imediatamente e junto com outras garantias constitucionais. Teve início o movimento através do qual qualquer cidadão poderia recorrer ao judiciário para exigir do Estado o que estava no texto Constitucional. Interessante notar que, embora outros direitos constitucionais de bem-estar, tais como o trabalho, lazer, educação, moradia etc., estejam também positivados na Constituição, somente a militância do setor saúde buscou na judicialização uma estratégia de garantia desse direito. Não temos visto na literatura êxito dos outros setores igualmente presentes no texto constitucional. Não é possível, neste momento, afirmar que esta tentativa de judicialização não vem sendo feita, ou se, ao contrário, tem esbarrado, assim como a saúde esbarrou durante a década de 1990, em recusas do Judiciário.

A Constituição cidadã criou o Sistema Único de Saúde – SUS, que foi regulamentado através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, por abordar as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, dispondo ainda sobre a organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde. Ao analisarmos o artigo 2º da referida Lei, vemos que ela define a saúde como um direito fundamental do ser humano e afirma que o Estado é quem deve promover as condições indispensáveis para o seu pleno exercício. Para

tanto, o artigo 4º institui o Sistema Único de Saúde – SUS como um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas, da administração direta e indireta, todos mantidos pelo Poder Público.

Vinte e um anos mais tarde, o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, tenta regulamentar a lei 8080/90 também em função das disputas judiciais, inclusive por meio de Ações Diretas de Inconstitucionalidade – Adins, conforme analisado por Machado (2010), detalhando as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e obedecendo aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação, descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, dentre outros.

Machado (2010) argumenta em sua tese que muitas Ações Diretas de Inconstitucionalidade visavam disputar o sentido do que era saúde a fim de destinar recursos para determinadas ações. Alguns governadores no Brasil utilizaram recursos do Fundo Estadual de Saúde para pagamento de plano de saúde privado de servidores públicos. O decreto 7.508 de 2011 reafirma a necessidade da universalidade nos gastos do setor saúde, o que exclui, evidentemente, gastos com planos para uma pequena parcela da população com os recursos do fundo.

É possível afirmar que, hoje, há um entendimento generalizado de que, para se conseguir usufruir de tratamentos de saúde, é necessário recorrer aos tribunais para obrigar o Estado Brasileiro a fazer o que prometia através da letra da Constituição. Esse entendimento é partilhado por usuários, que trocam experiências exitosas entre si, e por profissionais (mesmo públicos) que induzem pacientes a buscar a justiça. O “efeito colateral” disso é que há um importante deslocamento da questão da esfera da política para o âmbito jurídico, causando um grande descompasso ao dar ao judiciário o poder de decidir, muitas vezes, contra informações e saberes técnicos, como, por exemplo, quando o juiz prolata sentença concedendo tratamento experimental ou medicamento não aprovado pelos órgãos oficiais.

A forma como o legislador constituinte tratou da saúde no texto constitucional incluindo políticas sociais e econômicas, acesso universal e promoção e

recuperação da saúde, nos levam a entender que a Constituição reconhece que a oferta de serviços e produtos médicos não é suficiente para proteger a saúde da população. A formulação e implementação de políticas públicas de saúde, estão além do acesso a serviços e produtos médicos e são um reconhecimento de que a saúde e seus múltiplos e complexos determinantes estão relacionados ao modo de viver das pessoas, dos seus locais de trabalho e de convivência e que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

No mesmo passo, a Lei nº 8.080/90 também trabalha com o conceito ampliado de saúde. A universalidade proposta pela lei trouxe para o SUS a noção de cidadania como elemento norteador da política de saúde, quebrando a lógica do seguro-saúde outrora vigente, permitindo livre acesso a todos os cidadãos que estavam à margem do sistema de saúde e transformando o SUS numa das maiores políticas de inclusão do país, ou seja, a saúde numa perspectiva de integralidade (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Importante observar que, em paralelo às mudanças positivas sobre saúde, um fenômeno do mundo jurídico começa a permear o cotidiano das instituições e das pessoas: a judicialização da saúde. Embora não seja algo novo, a judicialização ou o ato de recorrer ao judiciário para buscar, por exemplo, uma cirurgia ou um medicamento trouxe a saúde para os tribunais. O termo judicialização foi apropriado pelo direito e é usado para significar que um conflito foi levado ao judiciário objetivando sua resolução, “envolve, essencialmente, tomar algo, no caso, as políticas públicas, sob a forma do processo jurídico” (MACHADO; DAIN, 2012, p. 1018).

Assim, quando se fala em judicialização da saúde, se faz referência à submissão ao judiciário dos litígios envolvendo demandas ajuizadas para obter o fornecimento de alguma prestação dos mais diversos tipos. Após a edição da Portaria/GM nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005, que instituiu a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde – CPGT, passou-se a usar o termo **tecnologia em saúde** para designar medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (Ministério da Saúde, 2005).

Embora se possa falar em judicialização relacionada à saúde privada (planos de saúde e relações de consumo entre particulares), o presente enfoque é a saúde pública e coletiva (saúde assistida e gerida pelos entes públicos), com demandas dirigidas contra os gestores locais do Sistema Único de Saúde – SUS, e que interessa à Saúde Coletiva. O termo **judicialização da saúde** ou simplesmente **judicialização**, indistintamente, serão utilizados em referência à saúde pública.

Não é possível afirmar que haja uma única causa da procura ao Poder Judiciário para resolver conflitos de saúde. No entanto, os principais pontos a serem destacados são (1) a abertura democrática, pois o cidadão comum no regime anterior não possuía direitos de saúde a serem exercidos em relação ao Estado e a (2) existência da Carta de 1988, que elevou a saúde ao patamar de direito constitucional. Tais pontos encontram acolhida na discussão internacional realizada por Tate e Vallinder (*apud* MACHADO, 2008), para quem só é possível falar em judicialização a partir da existência de determinadas condições, dentre as quais: “1) existência de um regime democrático; 2) separação dos poderes (coexistência e independência entre eles); e 3) política de direitos” (MACHADO, 2008, p. 81).

Nesse sentido, só foi possível falar do fenômeno da judicialização no Brasil mais recentemente, a partir da promulgação da Constituição de 1988, a Constituição Cidadã, assim chamada tanto em decorrência do momento histórico de sua promulgação em um país recém-saído de uma ditadura militar, quanto por ser a que mais avançou no âmbito das garantias individuais. Nela, pela primeira vez na história constitucional brasileira, a saúde foi elevada à categoria de direito.

O peso desta afirmação trouxe grandes expectativas à sociedade, pois significou que o direito à saúde poderia ser oponível e pleiteado contra o Estado, que sempre terá o dever de sua garantia. Tal fator histórico, aliado ao avanço tecnológico a serviço da medicina, ao custo elevado e à indisponibilidade da tecnologia para os cidadãos e à ineficiência do sistema de saúde (quando se estabelece um comparativo entre o que é oferecido e a necessidade sempre crescente dos cidadãos) podem ter proporcionado as condições para o aumento das demandas judicializadas. Temos que levar em conta, ainda, as importantes alterações na jurisprudência brasileira sobre o direito à saúde, justamente na década de 1990 e que são consequência também da abertura democrática.

Até meados de 1990, a jurisprudência pátria entendia que o direito à saúde era uma norma constitucional de cunho programático, o que significa que, em

algumas normas constitucionais, o legislador constituinte insere princípios indicativos do que pretende o Estado, impondo aos órgãos uma finalidade a ser cumprida sem, contudo, apontar os meios a serem adotados para sua consecução, ou seja, a norma não criava obrigação específica ao Estado e nem direitos que pudessem ser exigidos na justiça (NOVELINO, 2010).

Em outras palavras, normas programáticas são normas de eficácia limitada e sua aplicabilidade plena depende da criação de lei ou outras normas infraconstitucionais. Por esta razão, nesse período, a jurisprudência majoritária declarava a impossibilidade do Judiciário interferir nas políticas públicas de saúde, não conferindo aos cidadãos requerentes os pleitos relacionados à saúde.

As mudanças começaram com as ideias e ensinamentos de autores e juristas e as várias formas de interpretação dos dispositivos constitucionais. Também com a criação de inúmeras teorias que justificavam a aplicabilidade imediata do direito à saúde e com as decisões, em forma de sentenças, de tribunais dos estados. Em 1996, a normatização da distribuição gratuita e universal de antirretrovirais, ocorrida pela sanção da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, provocou a desnecessidade de recorrer ao judiciário para conseguir aquele específico medicamento (MACHADO, 2008). As ações que já se encontravam no judiciário foram julgadas conforme a determinação da nova lei. Em 1997, uma decisão do Supremo Tribunal Federal – STF, num caso envolvendo um requerente com Distrofia Muscular de Duchene que pedia em juízo o transplante das células mioblásticas como tratamento, muda o entendimento do Tribunal. O trecho do Ministro Celso de Mello ficou conhecido e é repetido em inúmeras ações, se tornou a jurisprudência dominante:

Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, *caput* e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humanas. (STF, 2006, p. 1).

Essa jurisprudência ao alterar o entendimento dos Tribunais, também alterou o curso da luta pela a saúde no Brasil, pois reforça que se pode materializar o direito

à saúde através do judiciário, tendo por alegação o direito à vida ou que o direito à vida será atingido ou está em risco.

O Estado Brasileiro tem sofrido sérias críticas com relação a sua capacidade de efetivar a contento o direito à saúde a todas as pessoas conforme a previsão Constitucional, e, nesse contexto, o Judiciário aparece como última alternativa para obtenção de tratamento, o que o faz figurar como a regra para conseguir acesso aos tratamentos e não a exceção para atingir o direito (SILVA, 2013).

A procura ao judiciário para ter acesso ao exame, tratamento ou insumo indicado pelo profissional médico ou serviço de saúde tem provocado questionamentos entre os profissionais de saúde e no meio jurídico, pois temos uma controvérsia instaurada: em que pese o alto grau de domínio e conhecimento dos magistrados, eles não possuem, em regra, conhecimentos sobre saúde ou sobre o Sistema Único de Saúde; no entanto, são os responsáveis por decidir sobre os tratamentos pleiteados, com base nas informações presentes nos autos. Por um lado, temos avanços inegáveis, como no caso histórico dos pacientes com HIV que ganharam na justiça o direito de terem seus medicamentos custeados pelo Estado (BRASIL, 2005; GOUVÊA, 2003); por outro, temos municípios brasileiros com grande parcela de seu orçamento comprometido por poucos tratamentos médicos concedidos pela justiça. É importante destacar que as demandas judiciais em saúde colocam em contato dois atores centrais do poder simbólico, utilizando a terminologia de Bourdieu (2000), tradicionais no Brasil: o Médico e o Juiz. É possível considerar que o reconhecimento da existência desse poder simbólico do Médico pelo Juiz tende a aumentar a taxa de julgamento positivo independente do laudo médico apresentado.

Essa mudança da jurisprudência brasileira, ocorrida com grande peso na década de 90 é outro fator a se considerar na busca do entendimento das possíveis causas do aumento da judicialização no país. Movidos pelas importantes conquistas positivadas na Constituição Cidadã, movimentos sociais, instituições da sociedade civil, partidos políticos, entre outros, começaram a pressionar o judiciário através de inúmeras ações ajuizadas, a se posicionar sobre princípios insculpidos na nova Constituição para que declarasse a responsabilidade do Estado em proporcionar a todo cidadão os direitos lá garantidos, mas, que segundo eles, só existiam em tese posto distanciados da realidade do cidadão comum que vivia e ainda vive, as

consequências da pobreza, da desigualdade, da má distribuição de renda, preconceito e falta de oportunidades.

É necessário se fazer uma defesa ao SUS. Ele próprio é o sistema de saúde mais inclusivo da história de nosso país, um verdadeiro avanço em conquistas, baseado nos princípios da universalidade e integralidade e sob as diretrizes da regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação social e complementariedade do setor privado. Muito tem sido feito pelo Sistema Único de Saúde, público e universalista, para melhorar a qualidade da saúde oferecida à população, mas a efetivação dos direitos constitucionais depende quase totalmente de atividades estatais através da criação de políticas públicas. Sem essa atuação positiva do Estado, os cidadãos não teriam acesso a programas de saúde e permaneceriam afastados de uma condição mínima de sobrevivência (SILVA, 2013). De fato, o Título II, da Constituição Federal de 1988, intitulado “Dos direitos e garantias fundamentais”, funciona como uma garantia de igualdade, e a sociedade sedenta por usufruir das garantias lá positivadas precisava do poder exercido pelo Judiciário para compelir o Estado a realizá-las. A história do nosso país demonstra as privações sofridas pelo povo, que não tinha acesso a bens e serviços de saúde, direito apenas daqueles que contribuía através de vínculos empregatícios formais (MACHADO, 2008).

Dentre os inúmeros direitos elencados, trataremos aqui apenas da saúde, elevada ao patamar de direito fundamental. Ser um direito fundamental significa que é autoaplicável e exigível, não figurando como mera liberalidade estatal. É o que demonstram os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, que se constituem em uma verdadeira declaração de cidadania. No artigo 196 está assegurado que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Para os juristas, a judicialização da saúde é definida como a possibilidade de buscar a concretização e o respeito de um direito por meio do poder judiciário (SALAZER *ET AL.*, 2009), ou seja, a possibilidade de utilização de mecanismos jurídicos para conferir-lhe efetividade. Também pode significar a análise e a decisão,

em sede judicial, das questões envolvendo uma variada gama de prestações de saúde (LOPES *et al.*, 2017) ou, ainda, a busca da efetivação de prerrogativas presentes na constituição de cada Estado de Direito (SILVA, 2013). Neste entendimento a judicialização se refere à procura do Judiciário numa tentativa de forçar o poder executivo a realizar ações em saúde julgadas deficitárias pelo autor da demanda.

A judicialização da saúde tem aspectos positivos e negativos. Temos grandes conquistas coletivas trazidas através da judicialização, como é o caso dos medicamentos para HIV. Mas também temos pontos negativos tais como as decisões individuais com impacto orçamentário imediato. Elas interferem diretamente no planejamento das ações e serviços de saúde, quer por desconsiderar o conhecimento técnico envolvido nos estudos epidemiológicos que determinam a inserção, ou não, de determinados medicamentos nas listas oficiais (RENAME, RESME e REMUME), quer por privilegiar pessoas com maior conhecimento, condições financeiras ou condições de acesso à justiça. Seja qual for o nível de interferência, o resultado é o comprometimento orçamentário das Secretarias de Saúde, principalmente as municipais, que precisam realizar despesas não programadas para atender a ordem impositiva do judiciário. A lógica do sistema é planejar a cobertura a partir de critérios epidemiológicos e a interferência do judiciário quebra a regionalização e hierarquização dos serviços pensados em níveis de complexidade crescente, dispostos numa área determinada e com certa população a ser atendida, tanto pelo desvio dos recursos de um programa planejado para o atendimento não planejado da decisão judicial. De todo modo, é importante destacar que “a judicialização é um efeito da própria democracia e somente possível num contexto de políticas universalistas” (MACHADO, 2010, p.152). Além disso, deve-se reconhecer que a “judicialização da saúde não é um problema [em si], e sim um efeito de diversos problemas construídos ao longo das últimas décadas” (p.151), especialmente em função da omissão do poder público em atuar nessa área tão fundamental para a vida das pessoas.

1.1. A JUDICIALIZAÇÃO E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

Analisar a judicialização no contexto da integralidade é uma tarefa complexa, é necessário entender seus múltiplos significados e dimensões. Um dos autores que

melhor trabalha a integralidade nas práticas do SUS é Rubem Araújo Mattos. Ao falar da integralidade como princípio do SUS e, mais que isso, como bandeira de luta do Movimento Sanitário, expressa que a integralidade tem funcionado “como uma forma de indicar (ainda que de modo sintético), características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes ou predominantes” (MATTOS, 2004, p. 1411).

A integralidade tem vários sentidos, e o autor aponta três deles: o primeiro, relacionado às políticas de saúde ou às respostas governamentais a problemas de saúde; o segundo, referente a aspectos da organização dos serviços de saúde; e o terceiro, relativo aos atributos das práticas de saúde. O autor comenta, ainda, que o princípio da integralidade talvez seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas, pois as mudanças rumo a um atendimento com integralidade não são evidentes. Analisando suas falas, o autor passa a discorrer sobre os vários aspectos da integralidade encontrados na literatura científica, concluindo que, talvez, seria útil não considerar integralidade como sinônimo de acesso a todos os níveis do sistema, o que seria reducionismo. Talvez este seja o entendimento do judiciário.

No que se refere à articulação entre assistência e prevenção, o SUS ainda não consegue articulá-las, prevalecendo a lógica assistencial que oferece uma ideologia de alento ao sofrimento no serviço de saúde. Assim, uma primeira dimensão da integralidade seria justamente a capacidade dos profissionais do SUS em responder ao sofrimento manifesto, ou melhor, “há que se adotar uma postura que identifica a partir de conhecimentos técnicos as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro” (MATTOS, 2004), ou seja, a integralidade seria a capacidade dos serviços de saúde realizarem uma análise conjuntural e assistir o usuário de forma curativa e preventiva, a compreensão ampliadas das necessidades da população.

Numa outra dimensão da integralidade, o autor utiliza-se do termo apreensão ampliada e prudente das necessidades de ações e serviços de saúde, para significar que os encontros das práticas sejam sempre dialógicos, uma prática de conversação onde o outro é reconhecido como sujeito e não como objeto, para que possamos oferecer uma gama de opções que lhe confirmem o poder de escolher. A escolha como resposta às necessidades que apreendemos do outro.

Numa perspectiva de comparação entre o entendimento do SUS sobre o princípio da integralidade e o entendimento dos tribunais, para estes a integralidade

está mais relacionada à ideia de consumo, de acesso a todos os níveis do sistema, de receber a totalidade daquilo que é indicado pelo médico assistente, pois pedidos são deferidos sem levar em conta a existência de políticas públicas, ou a promoção da saúde, ou a prevenção de doenças ou agravos. Para o SUS, a integralidade está relacionada ao emprego de meios necessários para a efetivação do cuidado, dispondo de tipos diferentes de tratamento de acordo com o grau de complexidade da atenção à saúde (VIEIRA, 2008).

Quando pensamos em saúde numa perspectiva de integralidade não podemos reduzir a pessoa à doença que lhe causa sofrimento, e nem a um único sujeito. O pensamento tem que ser para além do indivíduo, para a coletividade, inserido num contexto de produção e reprodução de saúde. A ótica dos tribunais está voltada para um sentido mais literal da palavra integralidade, como se este princípio estivesse ligado a dar tudo a todos. Este entendimento, logicamente, esbarra na escassez de recursos. O SUS não é um armazém, onde o judiciário vai para intermediar aquilo que os cidadãos pedem, também não é o responsável em garantir todas as últimas tecnologias em saúde para o cidadão. Por estes entendimentos tão diferentes, parece não haver contexto possível no qual a judicialização da saúde produza práticas de integralidade. Especialmente porque a própria ideia de integralidade pressupõe muito mais do que ações curativas, objetos específicos da judicialização. É razoável pensar que, além de não produzir integralidade, os tribunais têm reforçado uma lógica medicalizante que reduz a ideia de saúde ao consumo de tecnologias de saúde. O judiciário proporciona, dessa forma, acesso a grupos que não encontraram acolhimento na saúde. Este acesso, entretanto, é através da imposição do atendimento, que não leva em conta os estudos e saberes sobre saúde e nem os planejamentos realizados para a organização do atendimento.

1.2. ESTUDOS SOBRE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

As investigações prévias sobre o tema judicialização, realizadas através da análise de artigos científicos, demonstraram que a judicialização da saúde tem sido objeto de estudo em dois grandes eixos, ambos decorrentes da pretensão almejada pelos cidadãos requerentes: a) discussão sobre acesso a medicamentos, e, b) o acesso a insumos, consultas e procedimentos médicos especializados, além de

órteses, próteses e materiais especiais. A pesquisa de artigos realizada na plataforma Scielo, num primeiro momento, usando as palavras “Judicialização” e “saúde” retornou 54 artigos; desses, foram selecionados 19 artigos. Utilizando-se os descritores “decisões judiciais” e “saúde” aparecem 26 artigos, dos quais foram selecionados apenas 10. Ao acrescentar no elemento de busca a palavra “Amazonas”, a pesquisa retorna com apenas 1 artigo, este, entretanto, já havia sido selecionado. Encontramos, entre os 29 artigos selecionados, três repetidos. Assim a amostra contempla 26 artigos.

Há pouquíssima produção científica sobre o tema quando buscamos o estado do Amazonas ou o município de Manaus. A única produção encontrada se refere a medicamentos, ou melhor, ao percurso terapêutico para a aquisição de medicamentos via judicial, através de um estudo qualitativo, prospectivo, com utilização de entrevistas semiestruturadas, e concluíram mostrando a judicialização como fator agregador de reconhecimento dos direitos de cidadania. Esta pesquisa tem especial importância por ser a única encontrada que utiliza dados do estado do Amazonas (CARVALHO; LEITE, 2014).

O mesmo tema na região nordeste foi retratado por diversos autores. No estado do Ceará, é abordado sob a perspectiva das dimensões e desafios, tecendo importante análise de caracterização do perfil dos sujeitos, das patologias e dos objetos demandados, e conclui suscitando a via judicial como uma nova porta de acesso que amplifica as desigualdades em saúde (NUNES; RAMOS, 2016). No estado da Paraíba, são descritos aspectos médicos, científicos e sanitários para fornecimento de medicamentos, analisando através de processos judiciais que requereram medicamentos, julgados em segunda instância e com decisões definitivas. Seus resultados apontam par um elevado número de ações judiciais que pleitearam medicamentos padronizados pelo SUS, destacando-se os antineoplásicos (LEITÃO *et al.*, 2016).

Em Pernambuco, um importante estudo analisou as decisões judiciais sobre o acesso da população a medicamentos, segundo os critérios de decisão e as pressões políticas e econômicas. Os resultados indicaram que oito empresas farmacêuticas eram as fabricantes de 80% dos medicamentos pleiteados e 90% dos recursos da Secretaria de Saúde para a aquisição dos medicamentos pleiteados estavam relacionados a sete laboratórios farmacêuticos, o que permitiu aos autores

concluir que há a concentração de grande parte do faturamento nas mãos de poucos (STAMFORD; CAVALCANTI, 2012).

Na Bahia, outro importante estudo de caso, baseado em fonte documental, foi realizado em 2014, com o objetivo de identificar e analisar os motivos que levaram os cidadãos a recorrerem ao judiciário para adquirir insulina. O estudo estabelece um corte temporal, analisando o antes e depois da incorporação das insulinas análogas pela Secretaria de Saúde estadual. Os resultados convergem para a hipossuficiência do autor em primeiro lugar, seguido pela necessidade do uso da medicação. Em terceiro lugar, apareceu o dever e a obrigação do Estado em fornecê-las, e, por último, as dificuldades de acesso aos medicamentos causadas por questões administrativas e burocráticas (LISBOA; SOUZA, 2017).

Em Minas Gerais, também foram encontrados resultados relacionados em que prevaleceram os pedidos de medicamentos como principal pretensão ajuizada. O estudo analisou o perfil dos requerentes e constatou que a maioria dos autores foram atendidos através do sistema privado de saúde e ingressou em juízo através de advogados particulares. A maioria dos medicamentos pleiteados não pertencia às listas oficiais do SUS, o que levou à conclusão de que a judicialização é um fenômeno que pode prejudicar a execução das políticas públicas planejadas, dada a evasão de recursos para o atendimento das decisões judiciais (MACHADO *et al.*, 2011). Também em Minas Gerais, um estudo objetivou descrever as relações entre o médico prescritor, o advogado e a indústria farmacêutica, sendo predominante o atendimento dos autores por advogados e médicos particulares, o que levou a conclusões de claro prejuízo à equidade e de que havia indícios de que a judicialização estava a serviço da indústria farmacêutica (CAMPOS NETO *et al.*, 2012).

Em Mato Grosso do Sul, um estudo foi conduzido analisando a judicialização na perspectiva dos pequenos municípios e da assistência farmacêutica. Este estudo apontou graves deficiências nas atividades relacionadas à assistência farmacêutica e que poderiam estar contribuindo para o incremento das ações judiciais naquele estado (PINTO; OSÓRIO DE CASTRO, 2015).

Há importantes estudos sobre o tema no estado e no município de São Paulo. Sobre os impactos da judicialização da saúde, há discussão sobre os impactos das decisões desfavoráveis para a gestão orçamentária da política de saúde, por meio de uma estimativa de gastos com a Judicialização para o ano de 2011 (WANG *et al.*,

2014). Este estudo tem grande contribuição em decorrência da análise da perspectiva econômica, pois oferece uma estimativa de gastos para aquele município e argumentos para pensar sobre este foco.

Outro estudo referente ao estado de São Paulo analisa os efeitos da judicialização numa perspectiva daquilo que é requerido na Justiça. Sob a ótica da concentração dos processos judiciais, medicamento (fabricante), médico prescritor e advogado impetrante da ação, e ainda se houve ou não incorporação de novas drogas ao programa de medicamentos excepcionais após o crescimento da judicialização (CHIEFFI; BARATA, 2010). O estudo traz importantes conclusões sobre os gastos públicos, levantando que o volume de recursos dispensado com a aquisição de medicamentos por via judicial em comparação aos gastos públicos no mesmo período indica sua importância e composição do lucro das indústrias farmacêuticas, concluindo que, embora não tenha explorado toda a complexidade das ações judiciais e sua estratégia na introdução de novos medicamentos e abertura de mercado para novas drogas, permitiu verificar a grande concentração de ações em relação a medicamentos específicos, médicos prescritores e advogados. Também em outros municípios paulistas, encontramos estudos voltados para o acompanhamento de ações judiciais de pacientes diagnosticados com diabetes mellitus, que buscam medicamentos, insumos ou materiais para o tratamento da enfermidade (SANTOS *et al.*, 2018).

Ainda em São Paulo, Vieira e Zucchi (2007) promoveram estudo sobre distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos. As autoras concluíram que a maior parte dos itens solicitados fazia parte das listas de medicamentos de programas do SUS, o que levou a crer que pode ter ocorrido falhas na Secretaria Municipal de Saúde e do Governo Estadual na garantia de acesso aos medicamentos. O resultado da análise sobre as distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos, com dados de janeiro a dezembro de 2005, revelou que a maioria das representações jurídicas na busca de medicamentos foi realizada por advogados particulares (VIEIRA; ZUCCI, 2007). Outro ponto importante levantado pelas autoras é o levantamento de fatores contrários às diretrizes do SUS e da Política Nacional de Medicamentos, tais como a descon sideração da divisão de responsabilidades entre estado e município – baixa, média e alta complexidade, fazendo com que o ente municipal adquira medicamentos que são de responsabilidade do estado, ou a aquisição de

medicamentos que não fazem parte das listas oficiais, ou não registrados pela Anvisa, ou ainda, prescritos por profissionais da iniciativa privada.

No Distrito Federal, a análise dos processos judiciais para obtenção de acesso à assistência à saúde obteve resultado diverso das teses mais difundidas na literatura brasileira tal como a elitização dos processos judiciais e medicamentos de alto custo, não sendo confirmada a obtenção de serviços ou produtos para a elite através do poder judiciário (DINIZ *et al.*, 2014). Este estudo traz importante aspecto para a compreensão do fenômeno da judicialização, pois demonstra a prevalência das representações, tanto das ações judiciais quanto médicas, de serviços públicos. Para os autores, um forte indício de que a afirmação de elitização não pode ser generalizada. O objeto requerido, majoritariamente, foi a internação em UTI, também um dado que diverge da maioria das pesquisas que aponta os medicamentos como principal pretensão judicial.

De fato, a literatura científica tem apontado para o aumento significativo da judicialização, principalmente a partir da década de 90. O embate entre os saberes técnicos da área da saúde e do direito afloraram em milhares de ações judiciais em todo o país (FERRAZ; VIEIRA, 2009) como veremos adiante, na análise do documento Justiça em Números 2017, do CNJ.

Mas, por que as pessoas recorrem ao poder judiciário para obter acesso a medicamentos? Lisboa e Souza (2017) buscam responder essa questão analisando o caso das insulinas análogas na Bahia a partir das petições iniciais ou sentenças proferidas. O estudo revelou que as quatro motivações mais frequentemente alegadas foram: 1) hipossuficiência do autor; 2) necessidade do uso; 3) dever e a obrigação do estado em fornecê-las; e, 4) dificuldades de acesso por questões administrativas. Outros estudos não enveredaram para a motivação da judicialização, o que torna esse estudo importante por fornecer importantes elementos de análise.

No Rio de Janeiro, a pesquisa de Pepe *et al.* (2010) foi realizada com as decisões proferidas na segunda instância do Tribunal de Justiça. A doença mais alegada nos processos foi a hipertensiva, seguida pela diabetes mellitus. Também houve predomínio de ações patrocinadas pela Defensoria Pública. Este é um dado revelador, pois a Defensoria Pública requer, para atendimento, a declaração de hipossuficiência de recursos.

1.3. AS AÇÕES JUDICIAIS DE MEDICAMENTOS

Muitos estudos apontam os medicamentos como principal item requerido na justiça (LISBOA; SOUZA, 2017; LEITÃO *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2013). A principal justificativa para o alto índice de demandas está relacionada às dificuldades de acesso aos medicamentos prescritos, nas quantidades e qualidades solicitadas.

A Política Nacional de Medicamentos – PNM, instituída pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), em sua justificativa, aponta a desarticulação da assistência farmacêutica e a falta de prioridade por médicos prescritores na adoção de produtos padronizados, constantes nas listas oficiais e a irregularidade no abastecimento de medicamentos. Tais fatores são diretamente influenciados pelos indicadores demográficos, os quais demonstram aumento da expectativa de vida ao nascer e pelo aumento da expectativa de vida da população brasileira e pelas doenças crônicas e degenerativas, o que acarreta maior consumo e maior custo social².

Importante destacar algumas informações quanto à disponibilização de medicamentos através dos serviços públicos de saúde: a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), define em seu artigo que o financiamento da Assistência Farmacêutica é tripartite, cabendo a cada ente a oferta dentro do nível de atenção pactuado. Já o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e a Resolução/CIT nº 1, de 17 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012) definem importantes critérios para a utilização do sistema público:

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

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

Os medicamentos fornecidos pelo SUS, nas suas condições de uso e os critérios para que os pacientes os recebam estão previstos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, conforme previsto no inciso III do artigo

² A justificativa que introduz a Política de Medicamentos também cita outros pontos interessantes para análise, como é o caso da automedicação e ao uso irracional de medicamentos como fatores que contribuem para o aumento da demanda por estes produtos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf, Acesso em 05 ago. 2018.

supracitado. Os PCDT têm o objetivo de estabelecer critérios de diagnóstico, uso e o algoritmo de tratamento de cada doença, dosagem e mecanismos de monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e reações adversas, além de objetivarem a criação de mecanismos para a promoção do uso racional dos medicamentos.

É oportuno destacar que nos vários trabalhos analisados, há dados referentes ao fornecimento de medicamentos que não obedecem aos ditames das normas acima citadas, mas que são deferidos pelo Poder Judiciário em desacordo com a legislação do SUS. Conforme já comentado anteriormente, existe uma relação de respeito simbólica entre o poder do Juiz e o saber Médico, o que justificaria colocar a clínica individual acima dos protocolos do Ministério da Saúde.

No que se refere aos serviços de saúde locais, o Município de Manaus foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica – GPAB através da Portaria GM/MS nº 1.875, de 30 de setembro de 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA, para desenvolver ações preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde primária. Os procedimentos de média e alta complexidade seguem as diretrizes da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde-SUS à qual o estado do Amazonas aderiu ao criar a Macrorregional de Regulação Manaus. Essas pactuações desenham a tomada de decisão pelos gestores locais na divisão das competências e gastos, mas conflita com o entendimento jurisprudencial da solidariedade entre os entes.

A Política Nacional de Regulação preconiza o ajuste da organização e da oferta assistencial de saúde segundo as necessidades da população usuária, garantindo a equidade do acesso ao serviço e a organização do fluxo dos pacientes para os níveis mais complexos do sistema de saúde. O Ministério da Saúde editou, em 2009, o manual *SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), no qual encontramos a definição de Média e Alta complexidade como sendo um dos três níveis de atenção à saúde. Eles são considerados no âmbito do SUS, compostos por ações e serviços que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003 (BRASIL, 2003), que aprovou a estrutura regimental do

Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. A Alta Complexidade é definida, no mesmo documento, como sendo o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente elevado.

A Atenção Especializada também pode ser definida como "conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde." (PORTAL MS, ATENÇÃO ESPECIALIZADA, 2018). Como exemplos das principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes, temos: assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular, procedimentos de neurocirurgia, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, distrofia muscular progressiva, dentre outros.

Ressalva-se aqui que a organização da prestação de serviços no SUS, se baseia em dois princípios: regionalização e hierarquização. Os princípios vêm acompanhados de ações e procedimentos dispostos em dois blocos, sendo o primeiro o da atenção básica e o segundo da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, onde foram definidos sistemas de informação, pagamento, controle, avaliação e regulação.

Portanto, as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar são estabelecidas para os gestores, em suas esferas da federação, por um elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos para a garantia da integralidade das ações de saúde. Com base na identificação e pactuação dessas responsabilidades, o presente trabalho acessou informações no Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas, na Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA e na Secretaria de Saúde do Estado – SUSAM. Na SEMSA, a experiência no manuseio e o tratamento direto de demandas permitiram a constituição de percepções acerca da proposta que encerra a presente dissertação.

CAPÍTULO 2 – PERCURSO METODOLÓGICO

Inicialmente, cabe observar houve a necessidade de uma modificação na intenção inicial da pesquisa em função do contato com Tribunal de Justiça. Isto porque a aproximação com o objeto de estudo mostrou que um dos objetivos específicos presentes no projeto de pesquisa não poderia ser atingido, pela demora na coleta do material. Tal dificuldade é expressão da burocracia do judiciário. Para melhor entendimento, compreendo ser necessário resgatar a história da construção desta pesquisa.

Inicialmente, verificou-se que, por não envolver seres humanos ou trabalho direto com o material humano, nem acessar documentos relacionados a pessoas identificadas, a pesquisa apresentada seria uma exceção à regra constante nas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 (CNS).

A Resolução nº 466/12 define pesquisa como

classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência (CNS, 2012).

Assim, esta pesquisa não necessitaria de análise do comitê de ética, da mesma forma que uma pesquisa realizada, por exemplo, pelo poder público para melhoria de um serviço não necessita de análise do Conselho de Ética em Pesquisa – CEP e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (CEP/CONEP). Entretanto, atendendo a uma tendência das revistas científicas de que o pesquisador deve apresentar um parecer de dispensa, nos dirigimos ao CEP da Fundação Hospital Adriano Jorge – FHAJ com o intuito de adquirir tal documento.

Ao apresentar a proposta, logo após a qualificação (outubro de 2017), o Projeto de Pesquisa intitulado **A Judicialização da Saúde como forma de acesso aos procedimentos médicos de média e alta complexidade na cidade de Manaus-AM** ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Fundação Hospital Adriano Jorge, em Manaus, fomos informados de que careceríamos de uma carta de anuência emitida pelo Tribunal de Justiça do Amazonas para submeter o projeto àquele CEP. A carta de anuência é um dos documentos primordiais e informa à instituição da autorização para a coleta dos dados necessários para a pesquisa. A

solicitação ao CEP para emissão de **parecer de dispensa** não foi concretizada por ausência da carta de anuência do TJ/AM.

No mês seguinte (novembro de 2017), em consulta ao TJAM, obtivemos a informação sobre a possibilidade de autorização para a pesquisa por meio de Processo Administrativo – PA, em que haveria a necessidade de especificar os dados a serem coletados, para que o próprio Tribunal de Justiça do Amazonas os disponibilizasse através do setor de Tecnologia da Informação – TI, responsável pelos dois sistemas de armazenamento de dados e de interface com o público externo: SAJ-PG5 e SAJ-SG5. Após o peticionamento e mediante autorização da Presidência do Tribunal, os dados brutos (número do processo, parte passiva, data de recebimento, data de distribuição e andamento atual) seriam enviados.

O pedido foi então protocolado em forma de processo administrativo, documento TJAM nº 2017/028935, informando que a fonte de dados da pesquisa seriam os processos judiciais em qualquer grau de jurisdição, ativos ou arquivados, movidos em desfavor da Secretaria de Saúde do Amazonas – SUSAM, Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, Governo do Estado do Amazonas e Prefeitura Municipal de Manaus, que versassem sobre saúde da população, abrangendo o período compreendido ente 2007 e 2017, requerendo:

- a) Autorização para a pesquisa nos processos judiciais e acesso às estatísticas dos referidos processos, movidos contra a Processos, e,
- b) Emissão da carta de anuência para submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FHAJ.

O processo administrativo protocolado no TJAM foi instruído com os seguintes documentos:

- a) Carta de aceite para o Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA, Fiocruz Amazônia;
- b) Declaração de matrícula do ano de 2017;
- c) Resumo do Projeto de Pesquisa e informações do orientador;
- d) *Curriculum Lattes* da mestrandia.

Depois de recebido e distribuído, o referido processo administrativo tramitou por vários setores e, em janeiro de 2018 (após o retorno do recesso forense), foi encaminhado ao setor de TI, com o objetivo de “avaliar se havia uma forma de viabilizar o acesso às informações de forma segura no âmbito do e-SAJ”.

Em fevereiro de 2018, o processo é devolvido ao setor de Juízes Auxiliares da Presidência, informando que

(...) considerando a necessidade de aplicar filtros como período de distribuição, classe e assunto processual, é impossível viabilizar que a pesquisa seja feita pela requerente, pois não temos esses critérios de busca no portal de serviços e-SAJ (<http://consultasaj.tjam.jus.br/esaj/portal.do?servico=740000>). Todavia, caso o pedido seja melhor especificado e autorizado pela Presidência do TJ/AM, é possível extrair os dados dos sistemas SAJ-PG5³ e SAJ-SG5⁴. Para isso há necessidade de se detalhar alguns dos filtros citados, como: quais as classes e assuntos dos processos, bem como quais campos a consulta precisará relacionar.

Após várias idas ao TJAM e várias tentativas de dialogar com o responsável, somente em março de 2018, por contato eletrônico, com o intuito de realizar os esclarecimentos necessários para impetrar os dados, obteve-se a orientação para adequar o requerimento ao formato constante no Conselho Nacional de Justiça – CNJ, através do link do sistema de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas (http://www.cnj.jus.br/sgt/consulta_publica_assuntos.php).

O Conselho nacional de Justiça – CNJ editou duas Resoluções CNJ, de nº 12, de 14 de fevereiro de 2006 e, de nº 46, de 18 de dezembro de 2007 (BRASIL, CNJ, 2006 E 2007), ambas com o objetivo de melhorar a administração da justiça e a prestação jurisdicional, estabelecendo procedimentos utilizados por todo o judiciário, entre eles a uniformização das tabelas básicas de classificação processual, movimentação e fases processuais. As modificações foram implementadas pela Resolução CNJ, de nº 46, visaram à uniformização taxonômica e terminológica de classes, assunto e movimentação processual, em todo o Judiciário (CNJ – Tabelas processuais unificadas).

Através do acesso pelo link informado, e, após análise das categorias processuais, foi protocolada nova petição nos autos do processo administrativo, especificando que a pesquisa deveria abranger processos que versassem sobre saúde e, dentro das especificações do CNJ:

- a) Convênios médicos com o SUS;
- b) Doação e transplante de órgãos, tecidos e partes;

³ SISTEMA SAJ-PG5 é uma ferramenta tecnológica, responsável pela automação de todos os documentos necessários para instruir os processos no primeiro grau.

⁴ SISTEMA SAJ-SG5 é o sistema de natureza e função semelhante ao SAJ-PG5, voltado para os processos de segundo grau.

- c) Fornecimento de medicamento;
- d) Hospitais e outras unidades de saúde, e,
- e) Tratamento médico hospitalar.

Recebido pelas Câmaras Reunidas do TJAM e verificada a possibilidade do atendimento ao pleito, retornam os autos ao setor de Tecnologia da Informação – TI para proceder o levantamento dos dados conforme especificado, através do sistema e-SAJ, do Tribunal. O Setor de TI do TJAM, em 11 de abril, nos informa de que a busca processual nos parâmetros especificados retornou vazia, ou seja, não existiam processos no Tribunal de Justiça do Amazonas, cadastrados com a classificação fornecida pelo CNJ. Nova busca foi solicitada, desta feita, com os parâmetros originalmente propostos, ou seja, utilizando-se na categoria ‘requerido’ o nome da Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM, Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, Governo do Estado do Amazonas e Prefeitura Municipal de Manaus. No dia 15 de maio de 2018, a pesquisa foi concluída com a entrega de dois arquivos (SEMSA.XLS e SUSAM.XLS), contendo em cada arquivo, uma planilha no formato excel, com:

- a) Número de identificação do processo;
- b) Parte passiva;
- c) Data de recebimento;
- d) Data de distribuição;
- e) Classe;
- f) Assunto;
- g) Foro;
- h) Vara;
- i) Situação;
- j) Data da última movimentação;
- k) Última movimentação (espécie).

O arquivo intitulado semsa.xls continha um total de 611 (seiscentos e onze) números de processos e o arquivo intitulado susam.xls continha um total de 1.133 (um mil, cento e trinta e três) números de processos, perfazendo um total de 1744 ações.

Antes de iniciar a análise dos dados obtidos através do Tribunal de Justiça, retornou-se ao CEP da FHAJ, e após breve análise do projeto de pesquisa, obteve-se a informação de que o projeto não seria analisado naquele CEP por estar

enquadrado na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 (CNS, 2016), e, portanto, não seria registrado e nem avaliado por aquele sistema, portanto, não seria emitido parecer de dispensa.

A análise dos dados, após um considerável atraso ocasionado pelos percalços acima descritos, teve início efetivamente em maio de 2018 sendo realizada através do site do Tribunal de Justiça, mediante cadastro e senha, no e-SAJ – Portal de Serviços⁵.

2.1. CATEGORIZAÇÃO E ADEQUAÇÃO DO MATERIAL RECEBIDO

Recebidos os arquivos do Tribunal de Justiça, verificou-se a necessidade de analisar cada processo individualmente para selecionar aqueles que estivessem dentro dos parâmetros da pesquisa proposta, quais foram:

- a) 10 anos de abrangência, ou seja, de 2008 a 2017;
- b) Que tivessem como pedido principal procedimentos médicos de média e alta complexidade;
- c) Que tivessem sido impetrados contra a SUSAM, SEMSA, Governo do Estado do Amazonas e Prefeitura Municipal de Manaus;
- d) Processos que tivessem em primeiro grau de jurisdição, ou seja, até o momento da sentença;
- e) Processos ativos e inativos (arquivados).

A análise inicial do total de 1.744 processos judiciais, demonstrou que, em decorrência do atraso no início da pesquisa, havia a necessidade de reduzir o período pesquisado de 10 para 5 anos. Importante destacar que para obter o máximo de informações dos processos tornou-se necessário estabelecer categorias que pudessem torná-los comparáveis entre si. O banco de dados foi formado com a extração das informações abaixo listadas, das pastas digitais de cada processo, a saber:

- a) Número de identificação do processo – importante para que sejam feitas as exclusões de números repetidos na planilha;
- b) Parte passiva – para oferecer certeza de que os processos coletados se referem aos entes pesquisados;

⁵ Disponível em: <http://consultasaj.tjam.jus.br/cpopg/open.do>. Acesso em 10 out. 2018.

- c) Data de recebimento – para manter correto o período pesquisado;
- d) Assunto – para verificar se o processo analisado é relacionado à saúde;
- e) Vara – para analisar critérios de competência e facilitar comparações entre aspectos das decisões;
- f) Situação atual – verificação de como o processo se encontra atualmente. Há a possibilidade de saber se ocorreu recurso da decisão;
- g) Data da última movimentação – possibilita saber quando foi a última movimentação ocorrida nos autos;
- h) Última movimentação – possibilita saber qual foi a última movimentação nos autos;
- i) Valor da causa – importante para determinar os valores declarados pelos requerentes dos insumos ou procedimentos médicos pleiteados;
- j) Sexo declarado pelo requerente – verificar a incidência de ações por sexo declarado;
- k) Idade – verificar a incidência de ações por idade;
- l) Bairro de residência do requerente – para relacionar o peticionamento as concentrações de renda;
- m) Tipo de representação – para relacionar a situação financeira do requerente;
- n) CID 10 – verificar a incidência de doenças por tipo;
- o) Doença alegada – para melhor especificação do CID 10;
- p) Motivo alegado para a judicialização – investigar qual a causa principal alegada pelos requerentes para recorrer ao judiciário;
- q) Pedido de tutela antecipada – verificar se foi requerida a tutela;
- r) Concessão da tutela – se o magistrado, ao analisar o pedido inicial, verifica os requisitos para concessão da tutela de urgência;
- s) Prazo para execução da medida de urgência – qual prazo o magistrado assinalou para o requerido cumprir sua ordem;
- t) Situação – verificar se o processo foi sentenciado ou encerrado;
- u) Sentença – se sentenciado, se foi procedente, improcedente ou se foi extinto com ou sem julgamento do mérito;
- v) Pedido – verificar o que o requerente pediu do poder público através do judiciário;
- w) Duração do processo até sentença – verificar o tempo médio de duração de um processo que verse sobre saúde;

- x) Observações – eventos importantes ocorridos no decorrer do processo que possam mudar seu rumo.

2.2. RECORTE 2013 A 2017 EM PROCESSOS JUDICIAIS ABERTOS EM FACE DA SEMSA E SUSAM

Todos os 1.744 processos recebidos foram pré-analisados, destes, 611 foram impetrados contra a SEMSA e 1.133 contra a SUSAM. Dos 611 processos referentes à SEMSA, foram excluídos 548 processos por estarem fora do lapso temporal de 5 anos, sendo sua data de ajuizamento anterior a 2013 (de 1991 a 2012). De 2013 a 2017, foram impetrados e distribuídos 63 processos, destes, 57 processos foram excluídos por não satisfazerem os critérios da pesquisa, a saber:

- a) 3 processos judiciais se referiam a indenizações;
- b) 34 processos judiciais se referiam a direito do trabalho e previdenciário;
- c) 8 processos judiciais se referiam a concurso público;
- d) 6 processos judiciais se referiam a procedimentos licitatórios;
- e) 2 processos judiciais se referiam a medidas protetivas de crianças e adolescentes;
- f) 2 processos judiciais se referiam a assuntos do Direito Penal;
- g) 1 processo judicial se referia a descumprimento de sentença, e;
- h) 1 processo judicial se referia a fiscalização sanitária.

Com relação à SUSAM, dos 1.133 processos, foram excluídos 797 processos por estarem fora do lapso temporal de 5 anos, sendo sua data de ajuizamento anterior a 2013 (de 1991 a 2012). De 2013 a 2017, foram impetrados e distribuídos 336 processos, destes, 233 processos foram excluídos por não satisfazerem os critérios da pesquisa, a saber:

- a) 13 processos judiciais se referiam a indenizações;
- b) 120 processos judiciais se referiam a direito do trabalho e previdenciário;
- c) 42 processos judiciais se referiam a concurso público;
- d) 1 processo judicial se referia a procedimento licitatório;
- e) 1 processo judicial se referia a medida protetiva de criança e adolescente;
- f) 2 processos judiciais se referiam a assuntos do Direito Penal;
- g) 14 processos judiciais se referiam a fornecedores;
- h) 5 processos judiciais se referiam a direito cível;

- i) 14 processos judiciais se referiam a outros estados ou municípios;
- j) 17 processos judiciais estavam em duplicidade; e,
- k) 4 processos judiciais se referiam a direitos difusos e coletivos.

Não existem mais processos físicos em circulação no TJAM. Para obter acesso que permita a leitura do conteúdo dos autos é necessária autorização mediante o cadastro pessoal e senha de acesso no sistema. Dentro do sistema, qualquer cidadão poderá fazer pesquisa de um processo judicial através de seu nome ou do número de identificação do processo, mas, caso não seja cadastrado e não obtenha senha de acesso, não poderá visualizar as peças processuais que compõem o processo eletrônico.

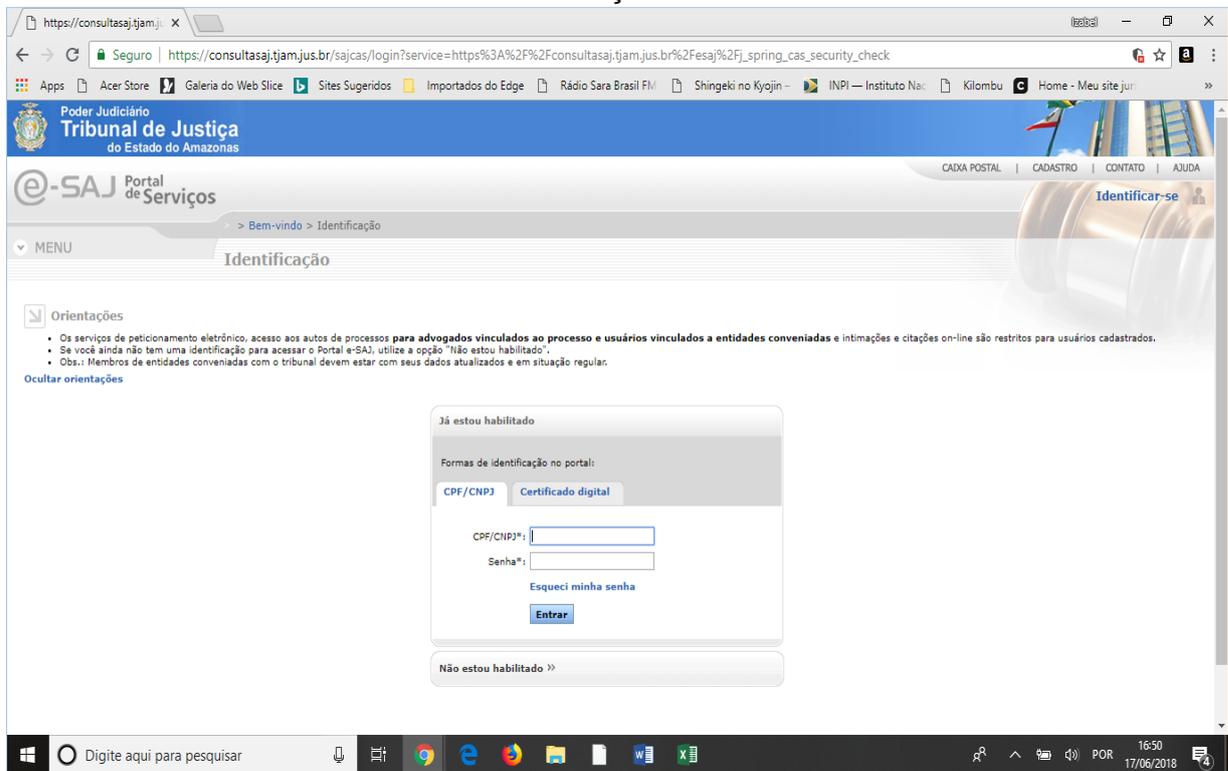
Figura 1 – Captura da Tela Inicial de Consulta Processual no site do Tribunal de Justiça do Amazonas

A imagem mostra a interface web do Portal de Serviços e-SAJ do Tribunal de Justiça do Amazonas. O navegador indica o endereço consultasaj.tjam.jus.br/cpopg/open.do. O cabeçalho contém o logo do Poder Judiciário e o nome do Tribunal. O menu principal indica 'Bem-vindo > Consultas Processuais > Consulta de Processos do 1º Grau'. A seção 'Orientações' fornece dicas sobre como pesquisar. O formulário 'Dados para pesquisa' inclui campos para 'Foro' (setado em 'Todos os foros da lista abaixo'), 'Pesquisar por' (setado em 'Número do Processo'), e 'Número do Processo' (contendo '8,04'). Há também um código de verificação 'J p a i d K N w' e um campo para digitar o código 'ROSA:'. O botão 'Pesquisar' está visível. O rodapé menciona o desenvolvimento pela Softplan em parceria com o Tribunal.

Após acessar o site do Tribunal de Justiça do Amazonas, no endereço eletrônico www.tjam.jus.br, seleciona-se a aba consulta processual, processos primeiro grau – capital. O sistema irá direcionar a pesquisa para a página do e-SAJ. O portal do e-SAJ exibe uma página de pesquisa contendo orientações gerais de acesso aos dados que se pretende pesquisar, identificação, campos para preenchimento identificados como dados para pesquisa e código de letras e cores para validação da pesquisa. A identificação de quem está pesquisando é feita

mediante inserção do número do Cadastro de Pessoa Física - CPF e senha pessoal, criada no próprio sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Amazonas.

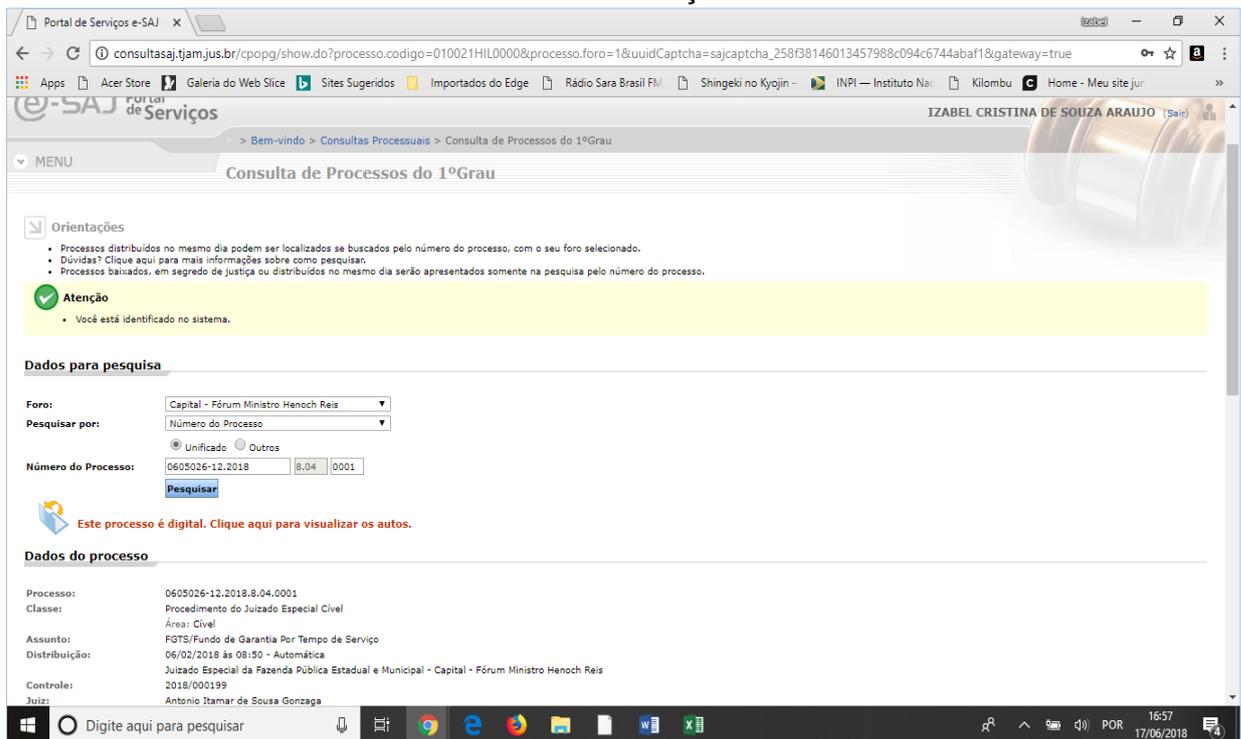
Figura 2 – Captura da Tela para inclusão de dados pessoais e senha no site do Tribunal de Justiça do Amazonas



Após autorizado, o sistema permite a inserção de dados para efetivação da consulta aos autos, indicando a possibilidade de abrir a pasta digital do processo.

Os dados coletados foram retirados da análise das pastas digitais, acessadas individualmente. As categorias utilizadas para análise correspondem a informações que individualizam cada processo e foram retiradas da leitura da petição inicial, documento de identidade do requerente acostado aos autos e decisões dos magistrados (interlocutória e final) prolatadas nos processos. Os demais documentos presentes nos autos foram desprezados. Importante ressaltar que, para saber se um processo está ou não dentro dos critérios de pesquisa, é necessário percorrer todo este percurso.

Figura 3 – Captura da Tela para inclusão de dados para a pesquisa de processos no site do Tribunal de Justiça do Amazonas



Dos arquivos recebidos do Tribunal de Justiça individualmente para selecionar aqueles que estivessem dentro dos parâmetros da pesquisa proposta, quais foram: processos individuais relacionados à saúde, que pleiteassem qualquer tipo de tecnologia (medicamento, procedimento, insumo para a saúde), impetrado na justiça estadual contra as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e o Governo do Estado do Amazonas e o do Município de Manaus, excluíram-se os processos impetrados contra outros municípios do estado do Amazonas. Processos contra a União também não aparecem no presente estudo por não serem de competência da Justiça Estadual.

Registra-se que a SUSAM tem competência para gerir a saúde de todo o estado do Amazonas, mas a escolha do Município de Manaus se fez por questões de acesso aos dados. Sabendo-se que grande parte dos municípios tem seus próprios órgãos judiciários, os quais seriam os responsáveis para receber e julgar as questões afeitas à saúde local, e que esses dados não estariam acessíveis por questões de logística (acesso precário a internet de longa distância e grande parte de processos ainda manuais), optou-se por acessar apenas os dados do município de Manaus.

A idealização do presente trabalho abrangeu várias etapas. Inicialmente a ideia de analisar a judicialização, um tema atual e relacionado com a saúde e direito, aparentava produzir bons frutos. Entretanto, foi necessário compreender se o assunto poderia ser viável do ponto de vista metodológico, e também interessante para a saúde coletiva. Esta análise se revestiu de grande importância pois se buscou a compreensão e o entendimento do que seria pesquisado, de forma a verificar se seria compreensível ou mesmo aceitável, do ponto de vista da saúde coletiva, tal pesquisa.

Alguns passos no caminho da pesquisa se assemelham à análise de conteúdo proposta por Bardin (SILVA, 2015); entretanto, não se trata de desenvolver essa teoria, apenas de buscar a organização de pensamento que ela traz no intuito de facilitar análise dos dados. A exemplo de tal teoria, também foi realizada uma pré-análise dos dados com a qual se buscou verificar se seria possível desenvolver as ideias iniciais do trabalho a partir do material disponibilizado pelo Tribunal de Justiça. Para tanto, foi realizado o acesso aos processos judiciais utilizando-se a plataforma *online* do TJAM, e nela se verificou a possibilidade (dificuldades e facilidades) da leitura dos processos disponibilizados e se as categorias de análise pensadas eram facilmente localizadas. Também foi necessário revisar os critérios de inclusão e exclusão eleitos de forma a organizar o material a ser analisado, definir quais documentos do corpo do processo seriam utilizados e definir os objetivos.

Numa primeira análise, submetendo o nome SEMSA e SUSAM, na plataforma de busca do Tribunal de Justiça, foi localizado um número superior a mil processos. Foram acessados os 50 (cinquenta) processos disponibilizados pela plataforma, de forma aleatória, que depois de lidos de forma virtual, revelaram dispor de conteúdo documental homogêneo, ou seja, todos dispunham dos mesmos documentos apensados, o que seria importante para responder as categorias eleitas e sua pertinência, dentro do período de tempo estabelecido.

Numa segunda fase o material solicitado e recebido começou a ser explorado através do acesso individual dos processos elencados. Nesta fase, os processos foram todos acessados e lidos, análise necessária para verificar e anotar os critérios de exclusão e inclusão. Também foram anotados os conteúdos dentro das tipificações eleitas, para formar o banco de dados propriamente dito. Assim, os processos acessados individualmente produziram um banco de dados com as seguintes espécies categorizadas: 1) órgão demandado; 2) número do processo, 3)

data do recebimento, 4) data da distribuição, 5) quantidade de dias para distribuição, 6) classe processual, 7) assunto, 8) vara, 9) situação processual, 10) data da última movimentação, 11) tempo entre a distribuição e a última movimentação, 12) última movimentação/tipo, 13) valor da causa, 14) sexo do demandante, 15) idade do demandante, 16) bairro declarado de moradia, 17) representante processual, 18) doença declarada, 19) identificação da doença, 20) local de tratamento, 21) motivo declarado para a judicialização, 22) pedido formulado em juízo, 23) registro do requerimento positivo ou negativo da tutela antecipada, 24) decisão sobre a concessão ou negativa da tutela antecipada, 25) prazo assinalado pelo juiz para o cumprimento da tutela antecipada, 26) situação processual, 27) sentença prolatada, 28) data da sentença, e 29) tempo transcorrido da distribuição até a sentença.

Tínhamos também uma trigésima categoria, as doenças alegadas pelos autores dos processos judiciais, a princípio identificadas pelo Código Internacional de Doenças – CID⁶10. Após identificar todas as doenças que foram informadas nos processos, sentiu-se a necessidade de estabelecer grupos menores de patologias. O termo doença é empregado aqui tão somente por guardar similaridade com os termos usados pelos autores nos processos judiciais. Também a nomenclatura de cada patologia ou doença é advinda da classificação por CID. Para se realizar a análise estatística da variável doença alegada, que apresentou número considerável de categorias, se fez necessário criar uma classificação através do agrupamento das doenças e/ou condições análogas ou semelhantes, baseado na informação declarada na inicial do processo, de forma a expressar o resultado mais abrangente e não individualizado.

A terceira fase da pesquisa dedicou-se a dar o tratamento aos dados coletados dentro deste recorte de 5 anos, ou seja, de 2013 a 2017, o que possibilitou desvendar os motivos pelos quais os requerentes, para conseguir suas necessidades em saúde recorrem ao judiciário.

⁶ CID: *A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD*) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. Disponível em <https://www.cid10.com.br/code>. Acesso em 08 out. 2018.

2.3. A JUDICIALIZAÇÃO EM NÚMEROS

O Conselho Nacional de Justiça – CNJ publicou em 2017 o informativo intitulado **A Justiça em Números 2017, ano-base 2016** (CNJ, 2017), o relatório estatístico mais atualizado da justiça brasileira. Nele, encontram-se informações referentes a todos os órgãos do Poder Judiciário, excluídos o próprio CNJ e o Supremo Tribunal Federal, esse com publicação própria, Supremo em Ação (STF, 2017), que teve sua primeira publicação em 2017, correspondente ao período de 2009 a 2016.

Baseado nesse documento, faz-se necessário destacar algumas informações que se referem ao total de litígios:

1 – dentro da classificação de tribunais por porte, encontramos o Tribunal de Justiça do Amazonas figurando entre os tribunais de pequeno porte. A classificação baseou-se na população por região e no Produto Interno Bruto - PIB, por região;

2 – o índice de atendimento à demanda se refere à capacidade do Tribunal de Justiça do Amazonas em dar vazão ao volume de casos que nele ingressam. Nosso índice foi de 95,5% e significa que houve aumento dos números de casos pendentes;

3 – no Amazonas, verificou-se um aumento de casos novos, por Magistrado, da ordem de 1.270 processos;

4 – o tempo médio apurado pelo CNJ para prolação da sentença é de 2 anos e 7 meses no Tribunal de Justiça do Amazonas.

Na edição eletrônica do informativo **A Justiça em Números** (CNJ, 2017), que dá acesso a dados de 2014, 2015 e 2016, encontramos as seguintes informações: 775.715 demandas sobre serviços de saúde foram instauradas (253.144 em 2014, 252.867 em 2015 e 269.704 em 2016). Desse total, 312.147 (40%) foram dirigidas ao fornecimento de medicamentos e 116.047 (15%) foram impetradas para receber tratamentos hospitalares. As outras 214.947 (28%) não foram corretamente classificadas, dando a entender que foram pleiteadas as duas categorias anteriores. O CNJ aponta como limitações a precisão dos dados a ausência de dados para alguns estados e a possível duplicação de dados por classificação simultânea. Da totalidade das demandas, 83% são direcionadas contra os estados e municípios. Quando passamos à análise por estado, encontramos alta concentração de demandas nos estados do sul e sudeste (São Paulo, com 187.288 demandas,

representa 28% das ações; em seguida Minas Gerais e Rio Grande do Sul, com 117.768 – 18,1% e 109.076 – 16,8%, respectivamente). A menor ocorrência de judicialização está no norte do país (Roraima é o menor índice com 148 casos). Não há dados disponíveis do estado do Amazonas.

Do movimento de criação de núcleos de apoio do judiciário em todo o Brasil iniciado pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ, o processo de criação do Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus)⁷, do estado do Amazonas, cujo objetivo é o tratamento de demandas de saúde visando melhor subsidiar magistrados em decisões judiciais, a procuradoria Geral do Estado emitiu o Parecer nº 17/2017 – PJC/PGE – AM, que trata da judicialização da saúde e dá outras medidas necessárias. Encontrou-se as seguintes informações sobre o estado do Amazonas acerca desta temática: o impacto financeiro causado pelas decisões judiciais, até maio de 2017, alcançava a soma de R\$ 1.534.060,32 (um milhão, quinhentos e trinta e quatro mil, e sessenta reais e trinta e dois centavos). Com demandas administrativas, ou seja, aquelas resolvidas antes da judicialização, o montante para o mesmo período era de R\$ 3.382.340,26 (três milhões, trezentos e oitenta e dois mil, trezentos e quarenta reais e vinte e seis centavos).

Esses números conduzem o pensamento a uma breve análise sobre iniquidades na saúde (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2006). Do estudo das iniquidades na saúde, os autores verificam que as condições de saúde e de acesso da população aos serviços desta natureza constituem desafios para superação das dificuldades, haja vista que os determinantes sociais são elementares para o reconhecimento e superação das dificuldades relacionadas a saúde, em especial por grupos mais vulneráveis, pois que o crescimento do acesso pela via judicial tem se dado de forma exponencial.

A temática sobre as iniquidades e desigualdades na saúde apresentam vasta produção científica, para comprovar que, não obstante as políticas públicas de saúde sejam universais, o acesso não tem se demonstrado igualitário, pois que o

⁷ NOTA: Um sistema de pareceres técnicos elaborados por especialistas da área da Saúde vai ajudar os juízes que precisarem decidir sobre um pedido de medicamento encaminhado à Justiça. No banco de pareceres médicos e notas técnicas, magistrados terão análises técnicas de que precisam para poder determinar, por exemplo, a um estado, que arque com os custos de um remédio, órteses e próteses prescritos para o tratamento ou cirurgia de um doente de baixa renda que acionar a Justiça em busca de cura. A criação do banco, que será gerido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Disponível em <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/83421-sistema-dara-respaldo-tecnico-a-juizes-em-decisoes-sobre-demandas-de-saude>. Acesso em 09 out. 2010.

princípio da igualdade precisa estar vinculado aos da universalidade, equidade e integralidade.

No estudo de Paim e Silva (2010), “Desigualdades em Saúde”, do Boletim de Instituto de Saúde, viu-se que:

No caso da diferença, pode ilustrar a diversidade no domínio da vida biológica, como a mortalidade entre jovens e idosos. Quanto à iniquidade, corresponde à injustiça, seja como negação da igualdade no âmbito da superestrutura político-ideológica, seja como um produto inerente à própria estrutura social. Assim, os termos diferença, desigualdade e iniquidade tendem a dialogar com as noções revisitadas ao longo deste texto, uma vez que a sua superação pode ser objeto de políticas públicas para o desenvolvimento do SUS (BIS, 2010, p. 113).

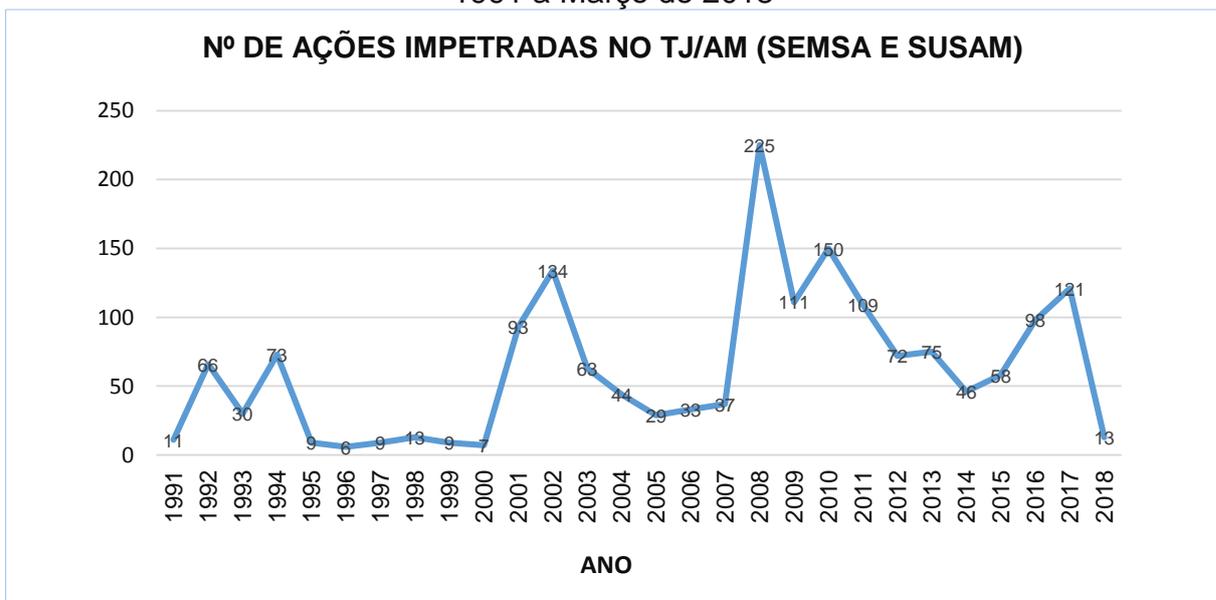
Note-se que as desigualdades sociais e sua relação com o acesso à saúde são factíveis, pois quando um sistema que é responsável pela prestação de um serviço se ausenta de suas responsabilidades e somente atende aos que dispõem de instrumentos próprios de defesa junto à justiça, aqui se estabelece friamente a iniquidade na saúde.

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O **Gráfico 1** apresenta a distribuição das 1744 ações judiciais impetradas contra a SUSAM e a SEMSA entre 1991 e 2018. A quantidade de processos presente no gráfico inclui todos os achados com os descritores mencionados anteriormente, ou seja, sem nenhuma exclusão realizada em nossa análise. A importância do gráfico está em apresentar a quantificação das ações por ano, mas, como estes números estão relacionados à totalidade dos processos e não somente à saúde, não podemos atribuir à judicialização qualquer alteração desses números. Não é possível neste momento apontar os motivos de tal tendência, mas é provável que o decréscimo no número de processos tenha ocorrido em função da estratégia de atuação do TJAM e do CNJ.

Especificamente em relação ao recorte temporal estabelecido nesta dissertação (2013 a 2017) e, após a exclusão das ações que não demandavam tecnologias em saúde, obtivemos 106 ações, das quais 104 (98,11%) foram ações individuais.

Gráfico 1 – Quantidade total de processos judiciais impetrados contra a SEMSA e SUSAM, disponibilizados pelo TJAM, correspondentes ao período de Outubro de 1991 a Março de 2018



Ao analisar o perfil sociodemográfico dos requerentes, verificou-se que a maioria dos impetrantes (50,96%) é do sexo feminino, o que demonstra uma diferença importante em termos de utilização de serviços assistenciais em que as

mulheres têm predomínio (conforme análise de Pinheiro *et al.*, 2002). Talvez o fato de 53,40% das ações serem para atendimento de menores de idade justifique uma quase divisão igualitária entre a utilização de homens e mulheres. No caso dos menores de idade, são os pais que buscam os serviços de saúde e, portanto, a judicialização. Outro dado relevante é que 47,12% dos requerentes residem nas zonas Norte e Leste de Manaus, conforme **Tabela 1**.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos impetrantes de processos judiciais referentes à saúde na cidade de Manaus, no período de 2013 a 2017

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	53	50,96%
Masculino	51	49,04%
Idade		
Menos de 2 anos	13	12,62%
2 a 12 anos	35	33,98%
13 a 17 anos	7	6,80%
18 a 35 anos	11	10,68%
36 a 59 anos	16	15,53%
60 anos ou mais	21	20,39%
Zona de Procedência		
Centro-Oeste	10	9,62%
Centro-Sul	8	7,69%
Leste	25	24,04%
Norte	24	23,08%
Oeste	17	16,35%
Sul	20	19,23%

O resultado encontrado referente a variável sexo extraído dos autos, demonstra similaridade com o estudo de Vieira e Zucchi (2007), Nunes e Ramos Junior (2016), e Machado *et al.* (2011), que encontraram maioria das ações movida por requerentes do sexo feminino. Diverge do resultado encontrado por Diniz *et al.* (2014), que obteve maioria das ações com requerentes do sexo masculino.

No que se refere às idades coletadas, Vieira e Zucchi (2007) também analisam os requerentes por idade, entretanto, os cortes foram realizados por faixas etárias diferentes, expressando que mais da metade das ações tiveram por requerentes pessoas entre zero a 19 anos. Diverge do estudo de Nunes e Ramos Junior (2016), que obteve uma média de idade entre os requerentes de 53,4 anos, de Machado *et al.* (2011), em que 35% dos autores apresentavam idade maior ou

igual a 60 anos e de Diniz *et al.* (2014), em que a maioria estava na faixa de 70 a 79 anos.

Com relação aos locais de moradia declarados pelos autores, são as mais carentes e mais populosas da cidade de Manaus, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, possui em sua totalidade uma população estimada de 2.145.444, e “apresenta 62,4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 23,9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 26,3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio)” (IBGE, 2010).

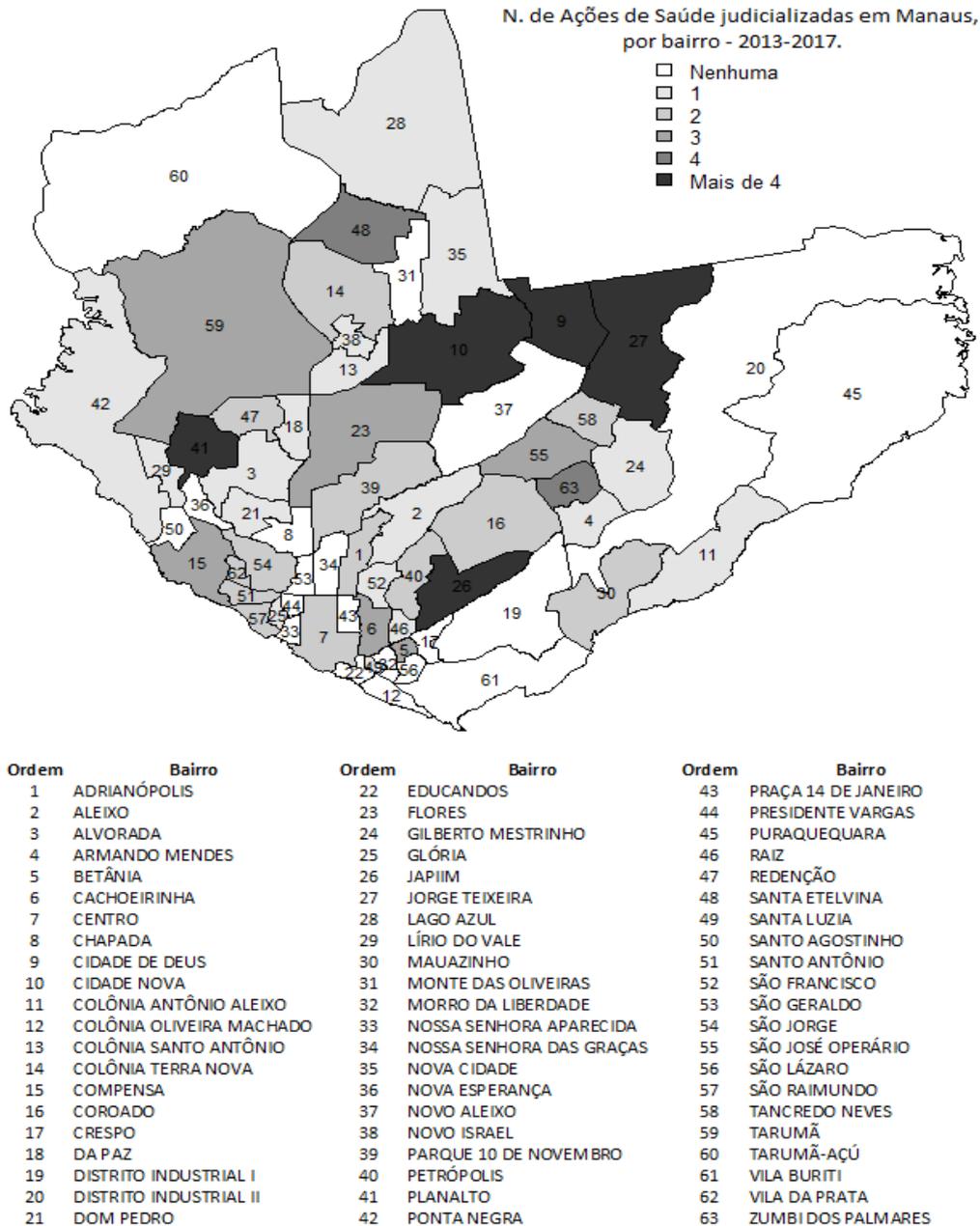
A distribuição das ações por bairro (**Figura 4**) foi realizada tomando por base o endereço domiciliar do requerente informado na petição inicial. Com relação ao número de ações por bairro de residência do requerente. Verificamos que os bairros com maior número de ações impetradas (superior a 4 ações) são os bairros de Cidade de Deus e Cidade Nova (zona norte), Jorge Teixeira (zona leste), justamente as zonas mais povoadas e periféricas da cidade de Manaus. Japiim (zona sul) e Planalto (zona centro-oeste) foram identificados também como bairros com elevado número de ações impetradas. Este achado pode nos fazer compreender a judicialização da saúde no Amazonas mais próxima de uma perspectiva que defende este fenômeno como uma forma de ampliação da cidadania. Diferente, por exemplo, dos resultados encontrados por Nunes e Ramos Júnior (2016), em que os bairros com maior registro de demandas judiciais foram os reconhecidamente habitados pelas classes sociais mais abastadas, o que indicaria que a judicialização opera na manutenção das assimetrias sociais, fortalecendo o acesso aos grupos mais abastados da população.

Segundo informações do Instituto Municipal de Planejamento Urbano (IMPLURB)⁸ Manaus possui 63 bairros oficiais, com um crescente nascimento de bairros não reconhecidos oficialmente, pela proximidade, integrantes dos bairros oficiais. Como registrado, os bairros mais populosos são encontrados nas zonas Norte e Leste, como a Cidade Nova e o Jorge Teixeira, que possuem, cada um, mais de 100 mil habitantes. A região de maior índice de pobreza é encontrada nas

⁸ IMPLURB: O Instituto Municipal de Planejamento Urbano (Implurb) entrou em vigor com a necessidade de dar continuidade às atribuições e competências da antiga Empresa Municipal de Urbanização (Urbam), extinta pelo Decreto nº. 6.744, de 14 de abril de 2003. Disponível em <http://implurb.manaus.am.gov.br/nossa-historia/>. Acesso em 10 out. 2018.

comunidades de Nova Vitória, Grande Vitória, Cidade de Deus, Jorge Teixeira e Tarumã, todos das zonas Norte e Leste.

Figura 4 – Volume de ações judicializadas na cidade de Manaus, no período de 2013 a 2017, impetradas no TJAM contra a SUSAM e SEMSA, por bairro



Tais áreas do município de Manaus apresentam os maiores índices de exclusão social. Se compararmos os resultados com outros parâmetros do referencial teórico apresentado, os resultados convergem na questão das exclusões sociais e das iniquidades na saúde disposta no Boletim do Instituto da Saúde (BIS,

2010), que vinculou tais questões às iniquidades. No referido estudo, os autores verificam que as condições de saúde e de acesso da população aos serviços desta natureza constituem desafios para superação do acesso, haja vista que os determinantes sociais são elementares para esse alcance, pois a maioria dos impetrantes das ações judiciais residem em áreas com o menor grau de exclusão social.

Embora muitos estudos não se preocupem em conceituar desigualdades, estes têm indicado assimetrias de indicadores de saúde entre classes sociais, bairros, raça-cor, estratos de renda, educação, ocupação, etc”. (...) os termos diferença, desigualdade e iniquidade tendem a dialogar (PAIM; SILVA, 2010, p.110).

Conclui dizendo que a iniquidade se equipara à injustiça, que pode ser por negação da igualdade ou por ser um produto inerente à própria estrutura social e a superação das diferenças, desigualdades e iniquidades podem ser objeto de políticas públicas para o desenvolvimento do SUS.

Com base nessas carências identificadas, registra-se que a assistência jurídica gratuita é um direito e garantia fundamental de cidadania, previsto no artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal e no âmbito do estado do Amazonas, cujos órgãos de defesa do cidadão desempenham o papel de atender todas as pessoas hipossuficientes, ou seja, que não tenham condições financeiras de arcar com despesas de um processo judicial, sem prejuízo de seu sustento e de sua família serão atendidas.

Outros dados extraídos da pesquisa material referem-se aos processos segundo a parte passiva, em que 94,34% das ações foram impetradas contra a Secretaria Estadual. A representação judicial realizada por órgãos de defesa da cidadania da esfera pública foi majoritária em 85,48%. O tipo de ação predominante foi a ação civil pública, com 42,45%. As ações tramitaram, principalmente na Vara do Juizado da Infância e Juventude Cível, com 48,11% das ações. Todos estes dados estão demonstrados na **Tabela 2**.

Tabela 2 – Processos judiciais segundo a parte passiva, tipo de ação, vara onde tramita e situação processual, movidos contra a SEMSA e SUSAM, no período de 2013 a 2017, no TJAM

VARIÁVEIS	N	%
Parte Passiva		
SEMSA	4	3,77%
SEMSA + SUSAM	2	1,89%
SUSAM	100	94,34%
Representante		
DPE	35	33,02%
DPU	2	1,89%
MPE	43	40,57%
Particular	26	24,53%
Classe		
Ação Civil Pública	45	42,45%
Cautelar Inominada	5	4,72%
Cumprimento de sentença	2	1,89%
Mandado de Segurança	7	6,60%
Procedimento Comum	18	16,98%
Procedimento do Juizado Especial Cível	26	24,53%
Procedimento ordinário	3	2,83%
Vara		
Juizado da Infância e Juventude – Cível	51	48,11%
Juizado da Fazenda Pública Estadual e Municipal	26	24,53%
3ª Vara da Fazenda Pública Estadual e de Crimes contra a Ordem Tributária	15	14,15%
1ª Vara da Fazenda Pública Estadual e de Crimes contra a Ordem Tributária	6	5,66%
2ª Vara da Fazenda Pública Estadual e de Crimes contra a Ordem Tributária	4	3,77%
4ª Vara da Fazenda Pública Estadual e de Crimes contra a Ordem Tributária	3	2,83%
Central de Plantão Cível	1	0,94%

A apresentação de 94,34% das ações face à SUSAM assim se formaliza em razão das responsabilidades estabelecidas no SUS: é que serviços e produtos de média e alta complexidade são de reponsabilidade do ente federado estadual, como já referido nesta dissertação. A lógica do sistema é planejar a cobertura a partir de critérios epidemiológicos, e essas responsabilidades estão definidas nas portarias ministeriais. Resultado semelhante foi encontrado por Nunes e Ramos Júnior (2016), onde 84,7% das ações foram impetradas contra a secretaria estadual (o estudo

contemplou a União, o que diverge deste, no qual a União não foi pesquisada), e por Leitão *et al.* (2016), onde 79,3% das ações foram impetradas contra o estado.

Nesta esteira, observou-se que a representação jurídica, em sua maioria, provém dos órgãos de assistência à pessoas que declarem não possuir condições de arcar com as despesas judiciais, tais como Defensoria Pública da União – DPU, Defensoria Pública do Estado – DPE, o Ministério Público do Estado – MPE e Ministério Público Federal – MPF, o que corresponde a 75,47% das ações.

O resultado guardou semelhança com Santos *et al.* (2018), realizado em uma região do interior paulista, no período de dezembro de 2004 a dezembro de 2013, em que 67,7% das ações foram conduzidas por Instituições Judiciais Públicas. O trabalho de Pinto e Osório de Castro (2015) também destaca que a maior parte das ações é impetrada por defensores públicos (62%). Há divergência com os estudos de Vieira e Zucchi (2007), Nunes e Ramos Júnior (2016), Leitão *et al.* (2016) e Machado *et al.* (2011), nos quais prevaleceu o maior número de representações realizadas por advogados particulares (54%, 68,4%, 55,17% e 60,3%, respectivamente). Ressalta-se, conforme já destacado, que o estudo de Nunes e Ramos Júnior (2016) encontrou maior utilização da estratégia da judicialização em classes mais altas.

Abre-se aqui um parêntese para o registro do papel das Defensorias Públicas Estadual e Federal, do Ministério Público Estadual e Federal, que são órgãos de atendimento à população e figuraram nos processos judiciais analisados como órgãos de defesa dos direitos do cidadão, oferecendo assistência gratuita aos que não podem custear as despesas dos processos judiciais, quando necessitam defender seus interesses. A Defensoria Pública do Estado do Amazonas é regida pela Lei Complementar nº 1, de 18 de agosto de 1990 (BRASIL, 1990) e suas alterações, e dispõe sobre a organização de suas atividades, o regime jurídico dos seus membros e quadro de servidores. Conforme preceitua o artigo 1º, é instituição permanente e tem a função precípua de oferecer, de forma integral e gratuita, assistência e orientação jurídica aos cidadãos que não possuem condições financeiras de custear despesas oriundas de um processo em juízo assistido por defensor particular.

A Defensoria Pública da União, que também atuou na defesa judicial dos assistidos, foi instituída pela Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994 (Brasil, 1994), e se caracteriza, conforme disposto em seu artigo 1º, como instituição

permanente, de orientação jurídica e de promoção dos direitos humanos e defesa de direitos dos necessitados (LC 80, 1994). Por fim, o Ministério Público Estadual, instituído pela Lei Complementar nº11, de 17 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993), também é instituição permanente, de defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais disponíveis. O artigo 3º, das funções institucionais do Ministério Público, determina sua competência institucional e sua atuação como fiscal da lei e dos direitos constitucionais do cidadão (Lei Complementar nº 11/ 1993).

O resultado de 42,45% de processos se refere a ações civis públicas e está intimamente relacionado à maioria das ações terem sido propostas por instituições públicas de defesa de direitos tal qual o Ministério Público Estadual e Federal e a Defensoria Pública. Outros estudos não pesquisaram esta variável.

Com relação aos 48,11% das ações que tramitaram na Vara do Juizado da Infância e da Juventude Cível, o resultado já era esperado, uma vez que, mais da metade das ações aqui pesquisadas, tem como requerente menores de idade. Há estudos que tratam especificamente de ações envolvendo crianças e adolescentes, como o de Medeiros *et al.* (2013) sobre as ações que envolvem os medicamentos para mucopolissacaridose, e Lopes *et al.* (2017), que menciona a judicialização indireta da saúde.

Dando prosseguimento à análise dos dados, ao relacionar o Código Internacional de Doenças – CID 10, das doenças alegadas nas petições iniciais dos processos, nota-se que 28,57% das ações se referem a doenças neurológicas e 11,43% são relativas a doenças ortopédicas. No que concerne à procedência destas receitas, 86,54% têm receituários provenientes do SUS e 61,54% advêm da rede hospitalar, conforme **Tabela 3**.

Tabela 3 – Doenças alegadas quanto à classificação pelo CID 10 e procedência dos receituários, presentes nos processos judiciais movidos contra a SEMSA e SUSAM, no período de 2013 a 2017, no TJAM

Variáveis	N	%
Doença		
Doenças neurológicas	30	28,57%
Doenças ortopédicas	12	11,43%
Diabetes e agravos decorrentes	10	9,52%
Doença condição genéticas e autoimunes	10	9,52%
Doenças renais	9	8,57%

Doenças cardíacas	6	5,71%
Doenças do fígado e aparelho digestivo	6	5,71%
Doenças da visão	6	5,71%
Dependência química	5	4,76%
Doenças do aparelho circulatório	3	2,86%
Câncer	3	2,86%
Doenças das vias aéreas	1	0,95%
Doenças do fígado	1	0,95%
Doenças do ouvido, nariz e garganta	1	0,95%
Fissura labiopalatal	1	0,95%
Prematuro extremo	1	0,95%
Receita do SUS		
Não	6	5,77%
Sim	90	86,54%
Sem receituário	8	7,69%
Procedência da Receita		
Rede Hospitalar	64	61,54%
Clínicas e Policlínicas	22	21,15%
Maternidades	7	6,73%
Outros	3	2,88%
Sem documentação	8	7,69%

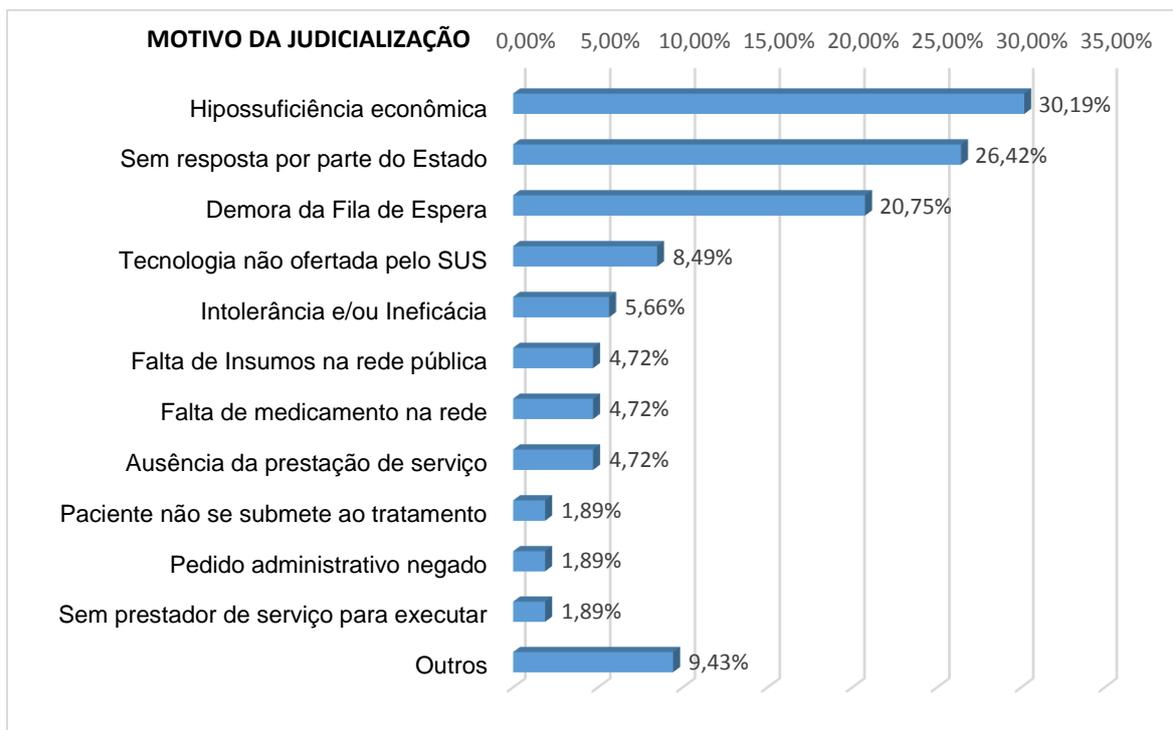
Com relação aos resultados encontrados, diferentemente de outros estudos que apontam o câncer (NUNES; RAMOS JÚNIOR, 2016), diabetes (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MACHADO *et al.*, 2011), artrite reumatoide, como maioria das patologias afirmadas nas ações judiciais, as doenças com maior número de alegações na esfera judicial são as neurológicas (28,57%).

Analisando a procedência das receitas apresentadas na petição inicial, 86,54% são provenientes do SUS. Dados semelhantes foram encontrados por Vieira e Zucchi (2007), que obtiveram 59% das prescrições oriundas de serviços do SUS e 13% de conveniados. Divergem de Machado *et al.* (2011), em que 70,5% dos autores eram oriundos de atendimento médico particular. Chama a atenção o fato que, em 08 (oito) pedidos (7,69%), não foram apresentados documentos médicos que apoiassem o bem pretendido e formulado na inicial. Diniz *et al.* (2014) também encontraram 1% das ações que não havia pedido ou documento médico.

A rede de atendimento não foi pesquisada nos trabalhos selecionados. Aqui, a maioria dos pedidos tem origem nos hospitais de grande porte e pronto-socorros (61,54%) e clínicas e policlínicas (21,15%).

Acerca dos motivos alegados para a judicialização destas ações, os de maior número se apresentam estão a hipossuficiência econômica (30,19%), seguido da ausência de respostas dos pedidos administrativos formulados ao Estado do Amazonas (26,42%) e a demora da fila de espera do SUS (20,75%). Outros motivos menos representados apareceram, sendo mais bem visualizado no **Gráfico 2**.

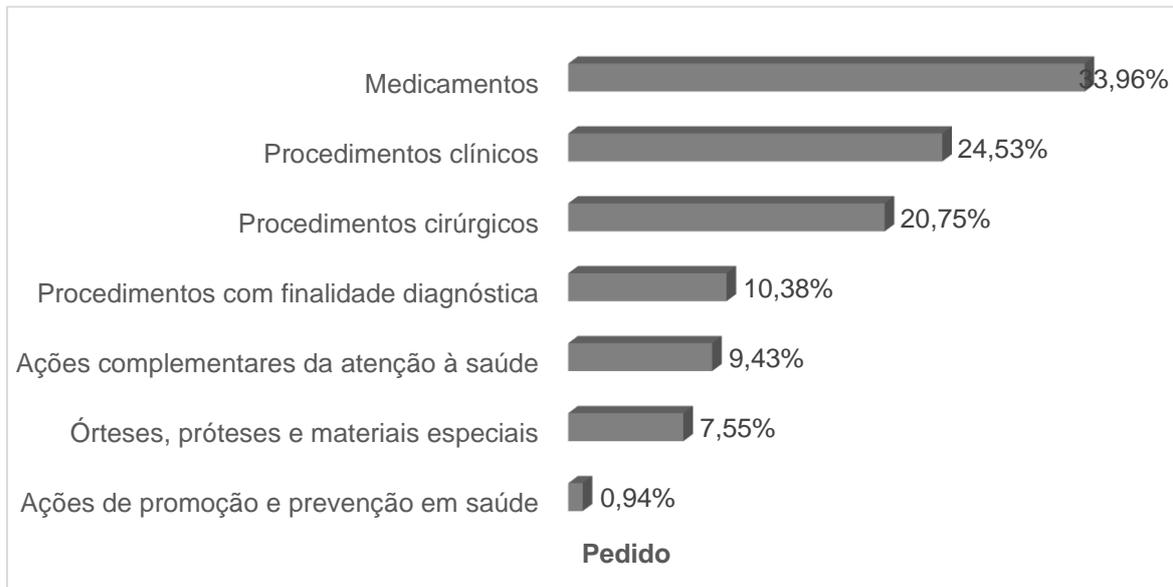
Gráfico 2 – Motivos alegados nas petições iniciais para justificar a procura ao judiciário na solução dos conflitos de saúde



A hipossuficiência econômica também foi a principal causa da judicialização da saúde encontrada por Lisboa e Souza (2017), totalizado 117 das 149 ações pesquisadas no estado da Bahia. Diniz *et al.* (2014) apontam que não há evidências de que a judicialização seja um movimento da elites. Em seu estudo realizado no Distrito Federal, em 95% das ações foi declarada a hipossuficiência de forma indireta, através da declaração da Defensoria Pública que patrocinou as causas. Nelas, entretanto, o motivo mais alegado nas ações foi o direito à saúde (95%).

Das pretensões formuladas na petição inicial, observa-se no **Gráfico 3**, que em 33,96% das ações foram solicitados medicamentos, em 24,53%, procedimentos de cunho clínico, e em 20,75%, procedimentos cirúrgicos.

Gráfico 3 – Pretensão formulada na inicial dos processos judiciais, movidos contra SEMSA e SUSAM, de 2013 a 2017, conforme classificação de grupos do SIGTAP



No que se refere aos medicamentos, inúmeros trabalhos científicos e também os dados do CNJ apontam como a queixa majoritária no que diz respeito à saúde; é o caso de Nunes e Ramos Júnior (2016), Medeiros *et al.* (2013) e Machado *et al.* (2011). Diverge do estudo de Diniz *et al.* (2014), onde o medicamento não foi o principal item solicitado.

Em todas as ações foi solicitado pedido de tutela antecipada, sendo que para 90,48% a tutela antecipada foi concedida. O prazo para cumprimento da ordem judicial, em 52,63% das ações foi de 5 ou 10 dias. Do julgamento das sentenças, 53,7% foram consideradas procedentes e 22,64% ainda não foram sentenciadas. A situação processual demonstrada indica que 50,94% das ações estão encerradas definitivamente conforme **Tabela 4**.

Com relação ao pedido de antecipação dos efeitos da tutela, resultado semelhante foi encontrado por Nunes e Ramos Júnior (2016), pois em 99,8% estava presente o pedido de tutela antecipada.

Já com relação às sentenças proferidas, o estudo guarda semelhança com Leitão *et al.* (2016), onde 77,6% das ações foram consideradas procedentes.

Tabela 4 – Decisões intermediárias e finais prolatadas nas ações judiciais, em face da SUSAM e SEMSA, no período de 2013 a 2017.

VARIÁVEIS	N	%
PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA		
Sim	106	100,00%
Não	00	0,0%
TUTELA ANTECIPADA CONCEDIDA		
Não	10	9,52%
Sim	95	90,48%
PRAZO		
Imediato	9	9,47%
24 horas	1	1,05%
48 horas	7	7,37%
72 horas	2	2,11%
03 dias	4	4,21%
05 dias	22	23,16%
10 dias	28	29,47%
15 dias	14	14,74%
30 dias	7	7,37%
60 dias	1	1,05%
SENTENÇA		
Procedente	57	53,77%
Sem resolução do mérito	21	19,81%
Concluso	1	0,94%
Improcedente	2	1,89%
Indeferimento da PI por ilegitimidade passiva	1	0,94%
Não sentenciado	24	22,64%
SITUAÇÃO PROCESSUAL		
Baixado	52	49,06%
Em andamento	22	20,75%
Em grau de recurso	11	10,38%
Julgado	12	11,32%
Julgado Transitado	1	0,94%
Remetido a outro foro	1	0,94%
Suspenso	7	6,60%

Fonte: Pesquisa da autora, 2018.

No que se refere a situação das ações, 50,94% já foram finalizadas (baixado, julgado e transitado ou remetida a outro foro), 11,32%, embora já julgadas, possivelmente podem receber recurso. Apesar de estes números refletirem a maioria, cabe observar que os processos em grau de recurso (10,38%) e suspensos (6,60%) ainda podem interferir no percentual relativo aos processos das demais categorias.

O tempo médio entre a entrada da petição inicial e a distribuição é de 3,56 dias, com um desvio padrão de 18,79 dias. O tempo médio entre a distribuição e a última movimentação foi de 530,26 dias, com um desvio padrão de 459,78 dias. Para as ações sentenciadas, o tempo médio de duração até a sentença foi de 389,91 dias com um desvio padrão de 413,64. O valor da ação, em média foi de 15 mil reais, com um desvio padrão de 34 mil reais. Neste período, o maior valor cobrado em uma ação foi de 220 mil reais e o mínimo de 100 reais, conforme **Tabela 5**.

Tabela 5 – Duração em dias dos prazos de andamento processual e valor das ações em reais

Variáveis	Mínimo	Média	Desvio P.	Máximo
Dias para a distribuição	0	3,56	18,79	179
Tempo entre a distribuição e a última movimentação (dias)	3	530,26	459,78	1.901
Valor da Ação	100,00	15.104,15	34.120,15	220.000,00
Duração até a sentença (dias)	4	389,91	413,64	1.770

No estudo de Leitão *et al.* (2016), com relação à análise do tempo despendido para a obtenção da pretensão pela via judicial, a média é de 206 dias entre a entrada do processo e a sentença. Os demais dados não foram levantados pelos estudos de parâmetro.

3.1. TECENDO OS FIOS DOS DADOS

O estudo aqui apresentado revela importante retrato da saúde na cidade de Manaus com relação aos processos judiciais opostos contra a SEMSA e a SUSAM na justiça estadual, entre 2013 e 2017. Inicialmente chama atenção a quantidade de processos relacionados à saúde em comparação com a totalidade dos processos impetrados contra esses entes referentes a outros assuntos (apenas 6%). Este resultado diverge dos dados apontados pelo CNJ e pelas projeções constantes no informativo por ele editado.

A maioria dos processos foi impetrada por mulheres, entretanto a diferença não é significativa em comparação aos homens. Não há dados para afirmar que a maioria feminina ocorra por este ou aquele fator, entretanto, levando em consideração que as campanhas de saúde voltadas ao público feminino possuem

maior adesão que as voltadas para o público masculino, podemos concluir que as mulheres têm uma maior preocupação com a saúde.

A maioria das ações teve como beneficiário crianças ou adolescentes, de zero a 18 anos incompletos o que sugere falha na cobertura básica relacionada a esta faixa etária e nos casos de média e alta complexidade, se incluirmos nessa análise que a maioria das demandas se referiu a doenças neurológicas.

Com relação aos locais de moradia dos requerentes, verifica-se que estão localizados nos bairros mais populosos e nas zonas reconhecidamente periféricas, o que reforça a alegação de hipossuficiência como fator real para recorrer à justiça em busca de sua necessidade. Chama atenção, entretanto, o alto percentual de pessoas que recorreram ao judiciário por não terem obtido resposta do estado. São requerentes que entraram com pedidos ou processos administrativos, mas não viram seu pedido caminhar ou finalizar e não quiseram mais esperar por uma satisfação do estado. 26,42% das demandas foram apresentadas administrativamente ao estado e, por não obterem resposta, foram parar no judiciário provocando gasto financeiro e aumentando o fluxo de processos judiciais por questões que poderiam ter sido resolvidas administrativamente. Isto também denota que as pessoas recorrem ao judiciário por realmente necessitarem, tanto financeiramente quanto por lhes faltar o mínimo em questão de saúde. Estes requerentes não estão visando ampliar o escopo de direitos na saúde, apenas garantir certo mínimo já previsto em lei. Estes dados são corroborados pela maioria dos receituários do SUS, tanto de grandes hospitais quanto de policlínicas.

Verificamos ainda que a totalidade das ações pleiteou a antecipação dos efeitos da tutela e que a maioria foi concedida pelos juízes. Neste caso, há uma demonstração clara de que o judiciário queda à alegação de que o paciente irá perder a vida. A alegação de dano irreparável ou de difícil reparação que poderia ser ocasionado pela demora na prestação judicial é o grande fator de convencimento do judiciário. A hipótese mais provável é de que a justiça não dispõe de profissionais com conhecimento em saúde ou SUS para auxiliar de forma técnica na tomada de decisão. A tomada de decisão favorável à antecipação dos efeitos da tutela em outras áreas do direito ocorre com parcimônia, uma vez que, depois de concedida, há a satisfação da pretensão inicial, ou seja, não irá adiantar nada chegar ao final da decisão e concluir que assistia razão à outra parte. A mesma coisa ocorre com a saúde, pois o recurso já foi gasto.

A maioria das ações pleiteia medicamentos e isto é uma tendência em todo o Brasil, segundo relatórios do CNJ. Sugere que a Política Nacional de Medicamentos e a gestão da assistência farmacêutica no Brasil precisam ser analisadas de forma crítica. O judiciário também precisa rever sua forma de decidir, de modo que a legislação e as recomendações do CNJ para esse fim sejam atendidas. Em recente decisão (REsp. 1.657.156, de abril de 2018), o STJ fixou critérios para a justiça conceder não listados no SUS (STJ, REsp. 1.657.156, de abril de 2018)⁹. Esta decisão é uma ampliação do atendimento, mas relacionado a medicamentos não cobertos pelo SUS. Os critérios fixados¹⁰ parecem funcionar com ampliação das listas oficiais realizada pelo judiciário.

O presente estudo encontrou limitações que impactam sobre o resultado alcançado, especialmente pela não inclusão da União. Os processos contra a União, de qualquer matéria, direcionam a demanda para a Justiça Federal; portanto, os processos que foram opostos contra os três entes e que, por força da legislação correm na JF, estavam excluídos da pesquisa, dessa maneira, não se teve acesso àqueles dados. Em segundo lugar, um limitador é a ausência de entrevistas com os autores das ações, o que tornaria o estudo mais preciso quanto ao motivo da judicialização. Em terceiro lugar, o atraso no fornecimento dos dados pelo TJAM, que fez reduzir o tempo da pesquisa em cinco anos, excluiu da apreciação centenas de processos que poderiam revelar mais detalhes sobre a judicialização. Por derradeiro, outro fator limitador foi trabalhar com dados apenas da cidade de Manaus. Isto se deu por força da organização judiciária do Amazonas. As ações referentes à saúde dos demais municípios correm em varas nos próprios municípios, somente vindo para o Tribunal de Justiça em duas hipóteses: se a SUSAM for litisconsorte ou em decisões de segundo grau. Isto significa dizer que, para ter acesso aos processos dos demais municípios, seria necessário ou o deslocamento da pesquisadora para as localidades ou o recebimento das cópias dos processos,

⁹ Matéria publicada na revista eletrônica Conjur. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-abr-25/stj-fixa-regras-justica-conceder-medicamento-nao-listado-sus>. Acesso em 30 abr. 2018.

¹⁰ A tese exige, cumulativamente: a) comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; b) incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; c) Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fonte: <https://www.conjur.com.br/2018-abr-25/stj-fixa-regras-justica-conceder-medicamento-nao-listado-sus>.

pois o acesso remoto, via internet, é prejudicado pelo sinal. Estes percalços tornariam o processo inviável para a duração do mestrado.

As mudanças no entendimento dos Tribunais Superiores, o movimento do CNJ para incluir a saúde baseada em evidência nas decisões judiciais e a criação dos Núcleos de Apoio ao Judiciário – NATJUS¹¹ em todos os estados da federação comprovam a preocupação com os rumos da judicialização no país e que tem abarrotado os tribunais de ações que deveriam ter sido resolvidas pelos estados em suas secretarias de saúde. Todas estas ações de melhoria são corroboradas com o movimento de desjudicialização que começou no judiciário, está se espalhando por toda a sociedade e que, provavelmente, chegará à saúde.

Portanto, o retrato aqui apresentado através dos dados obtidos na pesquisa não corroboram com o pensamento majoritário da literatura de que há elitização do processo judicial, uma vez que a maioria dos demandantes é hipossuficiente e representado por órgãos públicos gratuitos de defesa do cidadão. Também se verifica que não há a busca por novas tecnologias, mas somente garantindo o mínimo, que já deveria ser acessível à população.

3.2. ALTERNATIVAS À JUDICIALIZAÇÃO OU A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

3.2.1. Decisões e sentenças: como decidem os magistrados na Justiça Estadual do Amazonas em nível de 1º grau

Na totalidade dos processos analisados, temos o pedido de antecipação dos efeitos da tutela. Isto significa dizer, em linhas simples, que o juiz, ao analisar o caso e conceder o pedido da tutela antecipada, autoriza que se realize o que o autor pediu, já no início do processo. Para exemplificar, tomemos o caso de um pedido de cirurgia impetrado contra uma determinada Secretaria de Saúde hipotética. O juiz, ao analisar os argumentos do autor, não ouve a Secretaria de Saúde e concede logo no início do processo o resultado que o requerente só teria após a sentença e todos

¹¹ O Projeto de criação dos NATJUS ou Núcleos de Apoio ao Judiciário, no âmbito dos Tribunais de Justiça Estaduais é uma proposta do CNJ, que através da Resolução nº 238 propôs a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça, de Comitês Estaduais de Saúde (previstos inicialmente na Resolução nº 107, CNJ), os quais seriam compostos por magistrados, gestores da saúde, participantes do sistema de justiça, integrantes do Conselho Estadual de Saúde e teriam, como principal atribuição, colaborar na implantação do Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário – NATJUS, para elaborar pareceres que auxiliassem na tomada de decisão dos magistrados e que respondessem por informações sobre medicina baseada em evidências.

os recursos inerentes ao contraditório e à ampla defesa. É claro que para a concessão deste resultado extremo, há condições: o juiz analisará o caso e o atenderá somente se forem preenchidos dois requisitos: o *fumus boni iuris* e o *periculum in mora*¹². No caso hipotético, o juiz concedeu a tutela de urgência e determinou que o réu, no caso a secretaria de saúde, providenciasse a cirurgia com urgência. Sem nos determos no prazo assinalado para o cumprimento da decisão, o que analisaremos a seguir, vejamos os efeitos desse ato concessivo para a saúde.

Há poucas estatísticas relacionadas à forma de decidir do magistrado. Um estudo para a ANS realizado em 2015, no estado de São Paulo, concluiu que, em 88% dos casos, o usuário teve sua pretensão integralmente atendida e, em 4,4% dos casos, sua pretensão foi acolhida em parte. Isto significa que em 92,4% dos acórdãos (decisões colegiadas) foi dada razão ao autor. Somente 7,39% dos litígios foram desfavoráveis ao usuário (SHEFFER *et al.*, 2015). Ora, quando o juiz precisa decidir questões que estão dentro das normas do SUS, mas que não estão sendo atendidas por problemas administrativos ou burocráticos, parece ser simples a condenação. Mas a questão está nos pedidos que saem da norma, por exemplo, as novas tecnologias ou as tecnologias não abrangidas pela legislação do SUS.

Para a concessão das tutelas antecipadas, o Juiz cita, na totalidade dos casos, a Constituição Federal e seus artigos 6º e 196 a 200. Isto está correto, do ponto de vista jurídico, mas a questão é também técnica e deve ser discutida do ponto de vista da saúde coletiva, ou melhor, da saúde coletiva e das políticas públicas. A questão se que coloca para análise é relativa ao juiz estar vinculado à indicação do médico, positivado na receita, ou seja, a valoração que se deve dar ao pedido formulado pelo médico. E o juiz deve considerar o custo do tratamento judicializado que será desembolsado pelo ente público? O senso comum diz que a saúde e a vida não têm preço, mas os custos com a judicialização dizem o contrário. A atual conformação do Estado brasileiro impõe sérias limitações aos gastos em saúde (vide PEC 95), o que pode comprometer a garantia das necessidades de saúde da população. Os recursos disponíveis são sempre insuficientes em relação às necessidades das pessoas, motivo pelo qual, para que as necessidades sejam

¹² Traduz-se literalmente como 'fumaça do bom direito' e 'perigo na demora'. A *fumaça do bom direito* é a expressão usada para significar que há indícios de que o direito pleiteado de fato existe e, não precisando provar que o direito existe, basta a mera suposição da verossimilhança. Já o *perigo da demora* é o receio de que a demora até a decisão final cause um dano grave ou de difícil reparação ao bem tutelado, no caso da judicialização da saúde, a própria vida.

medianamente atendidas, é necessário que os governantes criem regras balizadoras, que equacionam os recursos de forma que não se dê sempre o melhor, mas o eficiente e eficaz ao menor custo. São necessárias escolhas, determinar prioridades (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Diferente, no entanto, do padrão de julgamento de quase automática concessão dos pleitos em saúde, uma notícia recente, publicada no portal do Tribunal de Justiça de Santa Catarina¹³, parece apontar para um novo caminho. Uma juíza negou liminar para fornecimento de medicamento não padronizado pelo SUS e de alto custo. Em sua decisão, afirma que a intervenção do Poder Judiciário na área da Saúde está criando desigualdades, haja vista que a maioria da população continua dependente das políticas públicas. Há que se considerar, ao contrário, se a sentença da juíza com base na existência de desigualdades não feriria outro princípio do SUS, a integralidade. Essa parece ser, de fato, a maior questão da judicialização na área da saúde: colocar em oposição princípios fundamentais do SUS que foram pensados como complementares e não como oponíveis.

3.2.2. A desjudicialização da Saúde

O fenômeno da judicialização da saúde habituou a sociedade a bater às portas do judiciário acreditando que ele é o único capaz de resolver os conflitos relacionados à saúde da população. Criou-se assim uma verdadeira cultura do litígio e, em consequência, produziu-se o aumento exacerbado dos litígios ajuizados. Tal crescimento fez com que o Judiciário começasse a buscar alternativas de desjudicialização que pode ser entendida como a possibilidade de resolução do conflito por composição ou acordo, antes de ajuizado ou, se já ajuizado, antes da sentença. Isto significa que, sendo um direito disponível, as partes podem firmar um acordo.

Não será discutido o aspecto jurídico da desjudicialização. Apenas serão analisadas algumas possibilidades que podem permitir a redução da quantidade de litígios, aspecto considerado positivo por proporcionar uma redução saudável da judicialização, sua *contenção saudável* realizada pela diminuição das ações judiciais

¹³ Disponível em <https://portal.tjsc.jus.br/web/sala-de-imprensa/-/juiza-considera-efeitos-financeiros-da-judicializacao-da-saude-em-negativa-de-liminar>. Acesso em 25 set. 2018.

ou dos seus custos, mantendo a qualidade do atendimento ao cidadão que necessita do atendimento individualizado e das políticas públicas (SILVA, 2013, p. 4). Ao retirar parte do volume dos processos do judiciário, além da redução dos litígios contra as Secretarias de Saúde, também ocorre a redução das multas fixadas pelo descumprimento de decisões muitas vezes impossíveis de serem realizadas.

É certo que o usuário do SUS deve ser atendido em quaisquer situações de saúde, mas esse atendimento deve ser realizado sem prejuízo aos interesses coletivos. As propostas apresentadas a seguir fazem parte da literatura científica como alternativas à judicialização, principalmente do trabalho desenvolvido por Silva (2013), algumas delas apenas adaptadas para a área da saúde:

a) Observância da legislação do SUS e das recomendações do CNJ: pela análise dos processos que compõem o banco de dados da presente dissertação, observamos que algumas regras do SUS não são observadas nos processos judiciais. O artigo 28, do Decreto nº 7.508/11, enumera quatro requisitos que devem ser cumpridos cumulativamente. O *primeiro* deles exige que o usuário esteja assistido por ações e serviços de saúde do SUS. Isto significa que o judiciário deveria rejeitar, de plano, os pedidos oriundos de instituições particulares não conveniadas com o SUS. Talvez possa parecer inadequado quando pensamos no SUS universal, igualitário e integral, entretanto, não nos parece justo que os recursos da saúde sejam drenados com o único objetivo de adquirir medicamentos, ou qualquer outra tecnologia para quem possui recursos de atendimento na rede particular e que só se vale do SUS para efetuar o pagamento de tecnologias que não estão disponíveis para os demais usuários. É preciso submissão às normas e regras do SUS. O *segundo* deles é ter o medicamento sido prescrito por profissional da saúde no exercício de suas funções regulares no SUS. Está cada vez mais comum recorrer ao judiciário na busca de medicamentos não cobertos pelo SUS, tais como os de marca, os que não pertencem às listas oficiais e os não autorizados pelos órgãos oficiais, onerando desnecessariamente os gastos públicos. É que, para a formação das listas oficiais de medicamentos ou de qualquer tecnologia do SUS, são utilizados diversos estudos, pesquisas científicas e trabalho de vários profissionais comprometidos com a saúde da população. O *terceiro* requisito é a prescrição estar em conformidade com a RENAME e com os Protocolos Clínicos do Ministério da Saúde, que complementa a reflexão anterior. Isso também ocorre na autorização de tratamentos experimentais. O *quarto* requisito é a dispensação ter

ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS, ou seja, o SUS precisa ser a única porta do serviço de saúde para que se possa obter a prestação do serviço público. É possível constatar, pelas demandas analisadas em nível pré-judicial e judicial, que o usuário vai direto ao judiciário para requerer o medicamento sem ainda ter sido atendido no SUS, e sem saber se o medicamento está disponível ou se há alternativas terapêuticas para o caso.

b) Os juízes precisam basear suas decisões na razoabilidade: muitas vezes, o tempo assinalado pelo magistrado para o cumprimento da decisão é insuficiente para realizá-la. É conhecimento comum que os entes públicos são vinculados por lei a efetuar compras através de procedimentos licitatórios, mas que este procedimento é demorado e muitas vezes ineficiente. Também é cediço que as compras efetuadas com urgência são mais caras. Assim, os cofres públicos são onerados por decisões não razoáveis. Tal fato ocorre quando se determina a compra urgente de uma determinada tecnologia que não é urgente ou quando o que o usuário pede não vai impedir o agravo inevitável de sua doença.

c) Repensar a responsabilidade solidária: por entendimento majoritário da jurisprudência dos Tribunais Superiores, a responsabilidade entre os entes é solidária. Isto significa que qualquer usuário poderá requerer da União, Estado ou Município suas questões referentes à saúde. O orçamento dos municípios é muito menor que o da União e Estados, podendo ser seriamente agravado por uma decisão judicial. O município de Buritama (São Paulo) tem um orçamento para medicamentos de R\$ 650 mil reais por ano. Em 2012, mais da metade foi destinado ao cumprimento de decisões judiciais (SILVA, 2013, p. 4). Há duas possibilidades a serem consideradas, mas que não são possíveis de serem executadas por falta de previsão legal: ou o ente demandado exige dos outros codevedores a devolução de suas cotas, ou, se respeitam os acordos feitos com o Ministério da Saúde referentes a atenção básica, média e alta complexidade, conforme repasse de verbas e habilitação.

d) Oferecer alternativas para auxiliar os Juízes na tomada de decisão: pela análise das decisões prolatadas, verifica-se que muitos magistrados, a despeito de seu grande conhecimento jurídico, acabam tomando decisões movidos pela emoção e apenas pelos documentos que estão presentes no processo. É lógico que o representante do usuário quer influenciar positivamente o Juiz para conseguir o objetivo de seu cliente. Não estamos analisando nenhum mérito, apenas lançando a

ideia de que o magistrado se sentiria mais seguro se pudesse recorrer a profissionais que lhe tirassem dúvidas. Hoje já existem algumas ferramentas que podem os auxiliar, como o site da Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (<http://conitec.gov.br/>), o site do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (www.tjmg.jus.br), que criou o Comitê Estadual de Saúde de Minas Gerais, o site do e-Natjus – CNJ e Ministério da Saúde (<http://setorsaude.com.br/tag/e-natjus/>), um site criado em parceria entre o CNJ e o Hospital Sírio Libanês, disponibiliza ferramentas técnicas para auxiliar os magistrados em decisões da área da saúde.

e) Criação de NAT-JUS no Amazonas, Núcleo estadual e do município de Manaus: o estado do Amazonas foi o último estado da federação a implantar seu NATJUS, na estrutura do TJAM, composto por técnicos de ambas as secretarias e do judiciário. Através de Acordos de Cooperação Técnica, tanto a Secretaria Estadual quanto a Secretaria Municipal de Saúde (Acordo de Cooperação Técnica nº 009/2018-TJ e 009/2018-TJ, respectivamente), assumiram o compromisso de instituir nas suas estruturas os referidos núcleos, que objetivam disponibilizar subsídios técnicos aos magistrados amazonenses nas ações judiciais que tenham por finalidade o fornecimento de tecnologias em saúde. A proposta abrange, além das questões judicializadas, trabalhar futuramente com os órgãos de defesa do cidadão para resolver os conflitos antes de judicializá-los, ou seja, na pré-judicialização. Assim, concentrar e atender as demandas ainda não judicializadas e as judicializadas que necessitem de informação relevante para subsidiar sua decisão cautelar ou liminar. Tal estrutura oportunizará, previamente, manifestação técnica ou prestação de esclarecimentos que permitam ao órgão demandante definir a responsabilidade do ente federado nas demandas da saúde, na sua esfera de competência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Constituição Federal de 1988, a saúde é reconhecida no seu artigo 6º como um direito social, portanto, um direito humano fundamental diretamente relacionado com a proteção da dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. Sendo o direito à saúde um direito social, deve ter aplicação imediata, obrigando o Estado a adotar políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

O direito à saúde consolidado, sobretudo, nos artigos 196 a 200 da Constituição, exige uma estrutura política complexa e abrangente para o sistema de saúde brasileiro, com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). As políticas de saúde do SUS devem ser garantidas integralmente a todos, com responsabilização entre os entes federados para execução e financiamento dessas políticas.

Não obstante os anseios de integralidade da saúde a ser efetivada pelo SUS, as dificuldades para aplicação dos vários princípios, valores e fundamentos constitucionais, como dignidade da pessoa humana, isonomia, igualdade, princípio federativo e universalidade, levam à concordância com a tese do princípio da reserva do possível, para quem os recursos são sempre menores que as necessidades, o que vem ampliando ações judiciais individuais, comprometendo as necessidades coletivas, pois deixam de cumprir as filas reguladas pelo SUS, em razão de decisões que não atendem à organização do referido sistema no país.

Podemos afirmar que uma decisão judicial pode comprometer a isonomia pelo fato de não ser estendida à coletividade, como ocorre com as decisões coletivas de efeitos gerais. Nos últimos anos, várias questões têm contribuído para o aumento da judicialização da saúde, tais como o fortalecimento das instituições judiciárias, a ampliação dos direitos sociais, ambos garantidos através da Constituição de 1988, e a falha do sistema público de saúde em fornecer o tratamento, insumos e medicamentos que o paciente necessita.

Por essa razão, os próprios órgãos do judiciário e do executivo vêm buscando uma maior aproximação entre os poderes, na lógica dos programas e políticas, para, assim, estabelecer maior agilidade, transparência e efetividade nas ações em saúde pelo executivo, a fim de que ocorra uma redução da judicialização, sem

comprometer o direito constitucional e fundamental à Saúde previsto na Carta Magna.

Oportuno registrar que há um movimento de mudança, sinalizado pelas primeiras decisões que formarão a nova jurisprudência majoritária do STF e que privilegia os tratamentos fornecidos pelo SUS. Este movimento de mudança é percebido nas decisões prolatadas pelos Ministros Luís Roberto Barroso, Celso de Mello e Ministro Gilmar Mendes.

O próprio Conselho Nacional de Justiça vem ampliando a discussão sobre a judicialização da saúde, tendo constituído o grupo de trabalho que culminou na aprovação de várias recomendações, dando diretrizes aos tribunais quanto às demandas judiciais que envolvem assistência à saúde, e recomendando a celebração de convênios com os diversos órgãos para a criação de Núcleos de Apoio ao Judiciário ou NATJUS.

Embora este estudo tenha sido sobre a judicialização da saúde, necessário se faz dizer que essa mesma judicialização é reducionista no que diz respeito a saúde e aos direitos de saúde. A judicialização se preocupa, apenas, com questões relacionadas ao ato curativo, encontrando-se ações relacionadas a pedidos de componentes materiais, exames, cirurgias, enfim, as mais diversas tecnologias em saúde, não havendo nenhuma ação relacionada à prevenção de doenças ou de causas ou condições a ela relacionadas. Isso demonstra que o princípio da integralidade ainda não é uma bandeira de luta, estando subsumido nas necessidades prementes de cura. Aspecto este que vem sendo bem recepcionado pelos tribunais brasileiros.

O direito à saúde não pode se restringir àquilo que pode ser recebido no posto médico, precisa ser muito mais, pois tem relação com o modo de andar a vida dos sujeitos, e a outros direitos básicos também garantidos pela CF.

A análise dos dados demonstra claramente que os requerentes nas ações investigadas estavam à procura do mínimo para sua existência, e, importa reconhecer, quem não tem o mínimo não é capaz de enxergar os outros direitos mais amplos. Quem vai pensar em melhor qualidade de vida, quando falta remédio? Ou quem vai pensar em lazer, quando precisa de um tratamento cirúrgico para sentir-se melhor?

Ressaltamos, por fim, que esta dissertação continua lançando luz sobre a ambiguidade do fenômeno da judicialização que, ao mesmo tempo em que garante

direitos negados pelo Estado, acaba reproduzindo alguns privilégios (de acesso inclusive) presentes na sociedade. Enfrentar a questão da judicialização da saúde só é possível a partir da afirmação cada vez mais necessária tanto da existência da democracia (pressuposto apresentado pelos teóricos iniciais da judicialização) quanto do papel do Estado na garantia do direito à saúde. Estas são duas fronteiras que nunca deveriam ser postas em questão!

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P. *O poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. *Constituição*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto n. 4.726 de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 jun. 2003. Seção 1, p. 12. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm>. Acesso em: 18 jul. 2018.

_____. *O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais - Série Legislação nº 3*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: DF, 2005.

_____. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 jun. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em <[www.Planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 18 jul. 2018.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 set. 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 8 out. 2018.

_____. Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 nov. 1996. Seção 1, p. 23725. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm>. Acesso em 8 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n. 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: *Sistema de Legislação da Saúde*. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0001-17-01-2012.html>>. Acesso em 8 out. 2010.

BUSS, Paulo M.; FILHO, Alberto Pellegrini. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/26.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques. et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784-790, out. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/04.pdf>>. acesso em: 08 out. 2018.

CARVALHO, Marselle Nobre de; LEITE, Silvana Nair. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. *Interface*, [Botucatu], v. 18, n. 51, p. 737-748, 2014.

CHIEFFI, Ana Luiza e Barata; BARRADAS, Rita De Cássia. Ações Judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429, jun. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução n. 46, de 18 de dezembro de 2007. Cria as Tabelas Processuais Unificadas do Poder Judiciário e dá outras providências. In: *Atos Administrativos do CNJ*. [Brasília], 2007. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=167>>. Acesso em: 8 ago. 2018.

_____. Resolução n. 12, de 14 de fevereiro de 2006. Cria o Banco de Soluções do Poder Judiciário e dá outras providências. In: *Atos Administrativos do CNJ*. [Brasília], 2006. Disponível em <<http://cnj.jus.br/atos-normativos?documento=206>>. Acesso em: 8 ago. 2018.

_____. Justiça em Números 2016: ano-base2015. Brasília 2016. Disponível em <<http://cnj.jus.br/programas-e-acoaes/pj-justica-em-numeros>>. Os dados foram compilados e agregados por Clenio Jair Schize, in “Novos Números sobre a judicialização da saúde, <http://emporiododireito.com.br/novos-numeros-sobre-a-judicializacao-da-saude-por-clenio-jair-schulze/>>. Acesso em: 8 ago. 2018

_____. Justiça em Números (2017). Disponível em <<http://cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2017/09/e5b5789fe59c137d43506b2e4ec4ed67.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2018

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: *Sistema de Legislação da Saúde*. [Brasília], 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 8 ago. 2018.

_____. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. In: *Sistema de Legislação da Saúde*. [Brasília], 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acesso em: 8 ago. 2018.

DALLARI, S. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, [São Paulo], v. 9, n. 3, p. 9-34, 1 nov. 2008.

DINIZ, Debora. et al. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-598, fev. 2014.

FERRAZ, Otávio Luiz Mota; VIEIRA, Fabíolo Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação dominante. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 01, p.223-251, 2009.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, ago. 2006.

GOUVÊA, Marcos Maselli. O Direito ao Fornecimento Estatal de Medicamentos. *Revista Forense*, v, 370, p. 103 a134. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. *Estatísticas da cidade de Manaus*. Disponível em: <<https://goo.gl/xXUtnq>>. Acesso em: 10 out. 2010.

LEITAO, Luana Couto Assis et al. Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 800-807, set. 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00800.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2018.

LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de. Por que as pessoas recorrem ao Judiciário para obter o acesso aos medicamentos? Caso das insulinas análogas na Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1857-1864, 2010.

LOPES, Luciano Motta Nunes; ASSENSI, Felipe Dutra; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. A Judicialização Indireta da Saúde: um estudo de caso sobre a experiência de Cachoeiro de Itapemirim. *Revista Direito Praxis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, jan.-mar. 2017.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 1017-1036, ago. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/UVSiyF>>. Acesso em: 08 out. 2018.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. *A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias*. 2010. Tese (doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

_____. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73-91, 1 jul. 2008.

MACHADO, Marina Amaral De Ávila, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-8, 2011.

MATTOS, Rubem Araújo de. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.20, n. 5. p. 1411-6, set.-out. 2004.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SCHWARTZ, Ida Vanessa Doederlein. A tese da judicialização pelas elites: os medicaentos para mucopolisacaridose. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1079-1088, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017. Dispõe a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. In: *Sistema de Legislação da Saúde*. [Brasília], 28 set. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/ujFvw8>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

_____. Portaria n. 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. In: *Sistema de Legislação da Saúde*. [Brasília], 19 dez. 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/Yiqui3>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

_____. Portaria n. 1.875, de 30 de setembro de 2003. In: *Sistema de Legislação da Saúde*. [Brasília], 30 set. 2003. Disponível em: <<https://goo.gl/XVztUV>>. [Brasília], 30 set. 2003. Acesso: em 18 jul. 2018.

_____. Portaria n. 4.279, De 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: *Sistema de Legislação da Saúde*. [Brasília], 30 dez. 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/Nqfocc>>. Acesso em: 18 jul. 2018

_____. *Atenção Especializada*. Brasília, [2017?] Disponível em: <<https://goo.gl/k6DXrp>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

_____. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*, 3. ed. Brasília, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/HDGDC6>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

NOVELINO, Marcelo. *Direito Constitucional*. 4. ed. São Paulo: Método, 2010.

NUNES, Carlos Francisco Oliveira; RAMOS JUNIOR, Alberto Novaes. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 192-9, jun. 2016.

PAIM, Jairnilson. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa.; LIMA, Júlio César. *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 91-122.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde*. São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/aB2JNs>>. Acesso em: 17 out. 2018.

PEPE, Vera Lúcia Edais et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/cQAGwi>>. Acesso em: 8 out. 2018

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2018.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos; CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osório de. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 171-183, dez. 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00171.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2018.

SALAZAR, Andrea Lazzarini; GROU, Karina Bozola. *A defesa da saúde em juízo: teoria e prática*. São Paulo: Verbatim, 2009.

SANTOS, Ellen Cristina Barbosa dos, et al. Judicialização da Saúde: Acesso ao Tratamento de Usuários com Diabetes Mellitus. *Texto contexto – Enfermagem*. Florianópolis, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e0800016.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2018.

SCHEFFER, Mário Cesar; TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira. *Judicialização na saúde suplementar*, In: Conhecimento Técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/1_-_Mario.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

STAMFORD, Arthur; CAVALCANTI, Maísa, Decisões judiciais sobre acesso aos medicamentos em Pernambuco, *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 46, n. 5, p.791-9. out. 2012.

SILVA, Andressa Henning; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*. João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015.

SILVA, Liliane Coelho da. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. *Âmbito Jurídico*. Rio Grande, v. 16, n. 112, mai. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/f6sLmY>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL – STF. Informativo n. 414, de 1 a 3 de fevereiro de 2006. *Informativo STF*. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo414.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações Judiciais e Direito à Saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365-9, abr. 2008.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; ZUCCI, Paola. Distorções causadas pelas ações Judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, abr. 2007.

WANG, Daniel Wei L. et al. Os Impactos da Judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, out. 2014.