



KEYLA KETLYN PASSOS PIMENTA

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: O QUE NOS
MOSTRA O CASO DE CAMPINAS**

**JUDICIALIZATION OF PUBLIC HEALTH CARE IN BRAZIL: WHAT
THE CAMPINAS CASE SHOWS US**

Limeira

2016

KEYLA KETLYN PASSOS PIMENTA

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: O QUE NOS
MOSTRA O CASO DE CAMPINAS**

Thesis presented to the School of Applied Sciences of the University of Campinas in partial fulfillment of the requirements for degree of Master in the area of Human and Social Applied Sciences.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, área de concentração Modernidade e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. OSWALDO GONÇALVES JUNIOR

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA KEYLA KETLYN PASSOS PIMENTA, E ORIENTADA PELO PROF. DR. OSWALDO GONÇALVES JUNIOR

Assinatura do Orientador

Limeira

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Aplicadas
Renata Eleuterio da Silva - CRB 8/9281

P649j Pimenta, Keyla Ketlyn Passos, 1989-
Judicialização da saúde pública no Brasil : o que nos mostra o caso de
Campinas / Keyla Ketlyn Passos Pimenta. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Oswaldo Gonçalves Junior.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Ciências Aplicadas.

1. Ação judicial. 2. Políticas públicas. 3. Saúde. I. Gonçalves, O. J., 1968-.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. III.
Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Judicialization of public health care : what the Campinas case
shows us

Palavras-chave em inglês:

Lawsuit

Public policies

Health

Área de concentração: Modernidade e Políticas Públicas

Titulação: Mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Banca examinadora:

Angélica Lucía Carlini

Julicristie Machado de Oliveira

Oswaldo Gonçalves Junior

Data de defesa: 25-02-2016

Programa de Pós-Graduação: Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais
Aplicadas

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: O QUE NOS
MOSTRA O CASO DE CAMPINAS**

Autora: Keyla Ketlyn Passos Pimenta

Orientador: Oswaldo Gonçalves Junior

A Banca Examinadora composta pelos membros abaixo aprovou esta dissertação:

Professora Doutora Angélica Luciá Carlini
Universidade Paulista

Professora Doutora Julicristie Machado de Oliveira
Universidade Estadual de Campinas

Prof. Doutor Oswaldo Gonçalves Junior
Universidade Estadual de Campinas

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Limeira, 25 de fevereiro de 2016.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Oswaldo Gonçalves Junior, pelo incentivo e pela orientação que foram fundamentais para a qualidade deste trabalho.

Ao professor Dr. Hudson Pacífico da Silva, pelo apoio e orientação no surgimento deste trabalho e no desenvolvimento das ideias iniciais.

Aos meus irmãos, Luís e Luísa, pessoas com as quais criei meus mais profundos laços.

Aos meus amigos e familiares, que tanto contribuem na busca pela minha felicidade e oportunidades no campo da pesquisa.

Aos professores do programa de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual de Campinas.

Aos professores do curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas e aos professores que contribuíram para minha formação acadêmica e profissional na área do Direito, em especial o professor Luís Renato Vedovato e a Professora Tânia de Alencar Caldas.

As professoras Angélica Carlini e Julicristie Oliveira, que aceitaram o convite de compor a banca de qualificação e defesa, pela contribuição essencial.

À Universidade Estadual de Campinas, em todos os seus órgãos e funcionários, por possibilitar a execução dessa pesquisa e contribuir de várias formas na busca pela minha realização pessoal e profissional. Em especial ao Fundo de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e Extensão (FAEPEX) pelo auxílio prestado para o desenvolvimento deste estudo.

“Todos nós buscamos a saúde como seres humanos e aqueles que socialmente desempenham a função de ajudar os outros a terem saúde, os provedores de saúde, públicos e privados, individual ou institucionalmente, não podemos perder de vista o objetivo maior: ser e fazer gente feliz.

Quando nos colocarmos todos, provedores e consumidores dos serviços de saúde, como artífices de nosso bem-estar, de nossa saúde, tenho a certeza que os serviços de saúde jamais serão os mesmos. Jamais se questionará que a relação entre provedores e consumidores está esgarçada, nem que falta humanismo, atributo básico da espécie humana à qual pertencemos. Carinho. Ternura na relação. Todos reconheceremos que temos uma conquista a fazer. Nosso objetivo maior coletivo será a busca contínua da saúde-felicidade. A qualidade de vida.”

(Gilson de Carvalho)

RESUMO

O presente trabalho analisa o fenômeno da judicialização da saúde na comarca de Campinas partindo do estudo de um conjunto de processos judiciais em um período recente. O trabalho descreve como a justiça comum civil de primeiro e segundo grau do Estado de São Paulo, nas ações oriundas da comarca de Campinas, tem se manifestado em suas decisões sobre o acesso às ações e aos serviços públicos de saúde, bem como quais os principais elementos do contexto dessas demandas judiciais. Após, faz a análise da dinâmica dos elementos descritos, revelando o que o caso de Campinas nos mostra sobre o tema da judicialização da saúde pública no Brasil.

Palavras chaves: Judicialização; Políticas Públicas; Saúde.

ABSTRACT

This paper analyzes the phenomenon of the judicialization of public health care in Campinas starting from the analysis of a lawsuit set in the recent past. The paper describes how the civil courts of justice of first and second instance of São Paulo, with regard to lawsuits from Campinas, has manifested itself in their decisions about the access to actions and public health care services, as well the paper describes the main elements of the context of these lawsuits. After, the paper makes the analysis of the dynamics of the elements described, revealing what the case of Campinas shows about the topic of the judicialization of public health care in Brazil.

Keywords: Judicialization; Public Policy; Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição das ações pelo resultado da decisão recorrida analisada (Elaboração própria)	59
Figura 2: Distribuição dos modelos pelo número de ações (Elaboração própria)	63
Figura 3: Distribuição dos modelos por resultado da decisão (Elaboração própria)	64
Figura 4: Distribuição dos modelos por número de processos (Elaboração própria)	69
Figura 5: Evolução das ações da regional da Defensoria Pública de 2008 a 2014 (Elaboração própria)	71
Figura 6: Distribuição dos processos da amostra patrocinados pela Defensoria Pública por ano de início da ação (Elaboração própria)	71
Figura 7: Ações totais da amostra divididas pelo ano de início e tipo de patrocínio (Elaboração própria)	72
Figura 8: Comparação entre os gráficos 5,6 e 7 (SÃO PAULO, 2010)	73
Figura 9: Mapa de vulnerabilidade do município de Campinas de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade (IPVS) correspondente ao ano de 2010 (SÃO PAULO, 2010) ...	85
Figura 10: Mapa dos demandantes (Elaboração própria)	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características dos processos analisados (Elaboração própria)	50
Quadro 2: Distribuição dos processos por enfermidade principal, segundo o bem ou serviço demandado (Elaboração própria)	52
Quadro 3: Distribuição dos processos por valor mensal do bem demandado, segundo o valor da causa (Elaboração própria)	54
Quadro 4: Valor mensal do medicamento/serviço demandado pelo valor dado à causa e tipo do patrocínio do autor (Elaboração própria)	54
Quadro 5: Distribuição dos processos por data da decisão do tribunal e resultado da decisão recorrida (Elaboração própria)	55
Quadro 6: Distribuição dos processos por data da liminar e ano de início da ação. (Elaboração própria)	56
Quadro 7: Distribuição dos processos por decisão liminar (Elaboração própria)	56
Quadro 8: Distribuição dos processos por resultado liminar, resultado do agravo de instrumento e data da decisão que julgou o Agravo de Instrumento (Elaboração própria)	57
Quadro 9: Distribuição dos modelos por resultado da decisão (Elaboração própria)	64
Quadro 10: Distribuição dos modelos por doença (Elaboração própria)	65
Quadro 11: Distribuição dos das doenças por resultado da Liminar e Juiz responsável (Elaboração própria)	65
Quadro 12: Distribuição dos modelos por resultado (Elaboração própria).	68
Quadro 13: Comparativo de valores gastos para atendimentos de demandas judiciais (SÃO PAULO, 2015)	80
Quadro 14: Diretoras Regionais de Saúde e o índice de judicialização para cada 10 mil habitantes. Quatriênio 2011-2014 (SÃO PAULO, 2015)	89
Quadro 15: 20 primeiras patologias com maior número de ações (SÃO PAULO, 2015)	90
Quadro 16: Quantidade de ações judiciais ativas por medicamento e tratamento SUS. Top 20 medicamentos (SÃO PAULO, 2015)	90
Quadro 17: Maior valor de consumo por mês (SÃO PAULO, 2015)	92
Quadro 18: Distribuição de ações por tipo de patrono e valor do gasto. Demandas ativas (SÃO PAULO, 2015)	94

LISTAS DE SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CACON - Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CNJ - Conselho Nacional de Justiça
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DPESP - Defensoria Pública do Estado de São Paulo
DRS - Diretoria Regional de Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS - Imposto sobre circulação de mercadorias e serviços
IOF - Imposto sobre operações financeiras
IPI - Imposto sobre produtos industrializados
IPVA - Imposto sobre a propriedade de veículos automotores
IR - Imposto de renda
MP - Ministério Público
ONG - Organização não governamental
PIS/PASEP - Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
S-CODES - Sistema de gerenciamento e controle de demandas judiciais
SEADE (Fundação) - Sistema Estadual de Análise de Dados.
STF - Supremo Tribunal Federal
STJ – Superior Tribunal de Justiça
SUS - Sistema Único de Saúde
TJSP – Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO	13
1.1 A judicialização da política	13
1.2 A judicialização da saúde no Brasil	16
1.3 A problemática.....	21
1.3.1 História e Legislação	21
1.3.2 Atuação dos poderes e seus limites	29
1.3.3 O conceito de saúde, o poder médico e a judicialização	32
1.3.4 O direito à saúde, o dilema econômico da escassez e a boa gestão do recurso público	37
1.3.5 Judicialização e a reivindicação de direitos sociais pela população	40
1.3.6 Interferência do judiciário em critérios de utilização de medicamentos.....	42
2. O DESENHO DA PESQUISA, MÉTODOS E ESTRATÉGIAS.....	45
3. PARTE EMPÍRICA, DADOS E ANÁLISES	49
3.1 Descrição das demandas, análise geral	49
3.2 Descrição das decisões, análise geral	59
3.2.1 Decisões de primeiro grau analisadas	59
3.2.2 Decisões do Tribunal.....	43
3.3 A atuação da Defensoria Pública.....	65
3.4 A atuação dos advogados e outras instituições.....	73
3.5 Mapeamento dos demandantes em contraste aos dados sobre o município.....	83
3.6 Exposição dos dados da Secretaria Estadual de Saúde em comparação com os dados obtidos nesse estudo.....	87
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
5. REFERÊNCIAS	100
6. ANEXOS	106

1. INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA

O trabalho que cunhou o termo judicialização da política, descrevendo pela primeira vez o fenômeno ao qual se refere, foi organizado por Tate e Vallinder (1995) na coletânea *The Global Expansion of Judicial Power: The Judicialization of Politics*. Publicada em 1995 pelo New York University Press, a coletânea constitui-se como uma análise comparada da expansão da área da atuação das instituições judiciárias em diferentes países e se debruçou com maior ênfase sobre os Estados americanos e europeus. O trabalho descreve a judicialização da política como o fenômeno de revisão das decisões de um poder político pelo poder judiciário tomando como base a Constituição.

Em uma descrição mais contemporânea do fenômeno, Engelmann (2013) define o termo judicialização da política como a busca pela resolução de conflitos por meio do judiciário em áreas cuja atuação é majoritariamente política e tomando por base a constituição.

Carvalho sintetizou de forma bastante interessante e objetiva alguns importantes aspectos trazidos na obra organizada por Tate e Vallinder (1995) quanto à origem do fenômeno. Pela análise da autora, a expansão do poder judiciário está relacionada à queda do comunismo no Leste europeu e ao fim da União Soviética, sendo que o colapso do socialismo real promoveu o capitalismo e suas instituições de mercado. Os Estados Unidos tornaram-se, então, a única superpotência do mundo e o desenvolvimento da revisão judicial e de outros mecanismos institucionais desse país ficaram em evidência. A autora também destaca que outro fator chave para o desenvolvimento da revisão judicial no mundo foi a influência da Ciência Política e da própria jurisprudência dos tribunais nos Estados Unidos. Na Europa, o término da Segunda Guerra Mundial acelerou o surgimento dos tribunais constitucionais, sendo que os direitos humanos tiveram um papel fundamental (CARVALHO, 2004).

O colapso do último ciclo das ditaduras na América Latina também resultou no surgimento de tribunais constitucionais. No caso brasileiro, cujo fim da ditadura ocorreu na década de 1980, a Constituição de 1988 foi inspirada nas cartas magnas dos países do pós Segunda Guerra Mundial, em especial Alemanha, Portugal e Itália, que, como o Brasil, superavam ditaduras. Entretanto, um fator que pode ter feito do Brasil um caso peculiar no desenvolvimento do fenômeno foi justamente a cópia dos ordenamentos de países cujo

sistema político era, e ainda é, parlamentarista. Mais adiante este tópico será retomado a fim de discorrer melhor sobre este aspecto.

Passada a conceituação e as origens do fenômeno, pode-se frisar que a judicialização ocorre de diferentes formas pelo mundo, em especial no eixo ocidental, e também em diferentes contextos sociais e históricos (TATE e VALLINDER, 1995; BARBOSA, 2012). Para uma breve visualização da dimensão e variedade do fenômeno da judicialização da política em escala mundial, veja-se alguns exemplos mais famosos: i) Estados Unidos e a Revolução dos Direitos: o termo Revolução dos Direitos é usado para se referir ao período entre os anos 1960 e início dos anos 1970, em que casos da Suprema Corte dos EUA começaram a ser julgados no sentido a garantir os direitos civis, liberdades individuais e direitos fundamentais, previstos constitucionalmente. A partir desse período, o Tribunal de Justiça dos Estados Unidos passou a entender os direitos de uma maneira mais extensiva. Alguns dos julgados mais conhecidos são o caso *Loving v. Virginia*, em que o Tribunal anunciou que a proibição de casamentos inter-raciais eram ilegais, e o caso *Griswold*, em que o direito à privacidade amparado pela Constituição foi usado para derrubar uma lei de Connecticut que proibia a contracepção; ii) França e Itália, década de 1990: combate à corrupção pela via judicial sob argumentos constitucionais relativos à moralidade política; iii) Colômbia, a partir da década de 90: de acordo com Yepes (2007), nas últimas décadas a justiça colombiana passou por profundas transformações e entrou com muita força na dinâmica política. Os casos mais emblemáticos de judicialização têm ocorrido no campo da saúde em razão do sistema de saúde colombiano ter sofrido reforma no início da década de 1990, quando foi universalizado pela Lei 100/1993 e viabilizado a partir da combinação de um regime contributivo com outro subsidiado pelo Estado. O autor ainda aponta outras formas de judicialização recorrentes no país nas últimas décadas, entre elas a luta contra a corrupção política e pela transformação das práticas políticas; o controle dos excessos governamentais, em especial nos estados de exceção; a gestão da política econômica, devido à proteção judicial dos direitos sociais, entre muitas outras formas.

Em muitos outros países a judicialização é largamente observada, como no Brasil, México, Índia, África do Sul e Alemanha. Até entre os países membros da União Europeia, políticas já foram alteradas amplamente em razão da atuação da Corte Europeia.

Assim, o fenômeno, de forma geral, é visto por boa parte dos autores como associado ao desenvolvimento do sistema democrático. Citando novamente o autor colombiano Yepes (2007), parece haver a modificação das fronteiras tradicionais entre o sistema judiciário e o sistema político nas sociedades democráticas, na medida em que o

trâmite e a decisão de certos assuntos são transferidos da esfera política para o âmbito judicial. Assim, para ele, a dimensão jurídica na ação social e na política pública parece ter adquirido maior peso.

Em sentido parecido, Engelmann (2013) afirma que a capacidade do poder judiciário de intervir em questões políticas está ligada a própria estrutura do poder judiciário e sua inserção em uma sociedade dotada do mínimo de associações civis organizadas e ideologicamente definidas. Também para Carvalho (2004), o fenômeno surge do contato entre direito e políticas públicas em ordenamentos considerados democráticos.

Entretanto, a relação entre judicialização e democracia não é tema pacífico. Convém ressaltar que o fenômeno da judicialização não é permanente ou uniforme nos países em que foi identificado e também não se esgota no ativismo de minorias políticas. Muitos atores e interesses então envolvidos no fenômeno, em escala local e global, e cada seara/tema de judicialização em particular demanda reflexão específica. Carlini (2012) afirma que o uso do recurso judicial como é feito no Brasil, em especial no caso da saúde, não corresponde à participação político democrática. Para a autora, a busca de soluções no judiciário de forma individualizada inviabiliza o debate e diálogo característicos de um legítimo processo democrático de participação. Assim, se o campo da política é o campo do diálogo social, o campo do judiciário seria apenas o espaço do cidadão individualizado.

Características como o clientelismo nas relações entre cidadão e o Estado, as influências do modelo neoliberal de sociedade, as tentativas de concretização do estado providência e os legados históricos deixados pelas ditaduras são questões postas em causa para discussão do fenômeno da judicialização no caso brasileiro. No decorrer deste trabalho será retomado esse tópico com mais detalhes.

Finalizando esta introdução sobre o tema da judicialização da política é também relevante comentar que o fenômeno vem revestido por outros nomes na literatura nacional. Ramos (2010), discorrendo sobre Ativismo Judicial, descreve o fenômeno como a substituição¹, por parte do poder judiciário, em especial o Supremo Tribunal Federal, de ações específicas do poder legislativo ou executivo, assumindo a função de ser legislador positivo ou tomador de decisões políticas e administrativas. Dallari (2010) fala em controle judicial, que pode ser visto como mecanismo de judicialização para determinação de constitucionalidade ou inconstitucionalidade de certos atos. Outros autores, ainda, empenham-

¹ Entenda-se “substituição” como a literal colocação de algo em lugar de outra coisa. No caso, a colocação da atuação do judiciário em lugar da atuação do poder executivo e legislativo.

se na tentativa de diferenciação entre essas denominações, quais sejam, controle judicial, ativismo judicial e judicialização.

Cabe esclarecer que a denominação escolhida para tratar o fenômeno é a da judicialização porque cada nomenclatura exposta tem o viés próprio conferido pela comunidade acadêmica que a veicula. Dado o objetivo deste trabalho de ser lido pela comunidade jurídica e não jurídica, acredita-se que o termo judicialização, que nasce de um estudo bastante multifacetado em ciência política, seja mais adequado e adaptável aos códigos jurídicos e não jurídicos do que as demais denominações, além de ser o conceito mais difundido mundialmente.

Por fim, enfatiza-se que o tema da judicialização da política é de grande relevância mundial no debate das políticas públicas em razão do impacto das decisões das cortes no *policy making* (YEPES, 2007; ENGELMANN, 2013).

1.2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

No campo da saúde pública no Brasil a judicialização ocorre como a procura pela garantia de acesso às ações e serviços públicos de saúde por intermédio de ações judiciais. A judicialização da saúde, inserida no fenômeno maior da judicialização da política, tem manifestado impacto na seara da administração pública, principalmente quanto às questões orçamentárias e equitativas (CHIEFFI, 2009).

Pandolfo (2012) relata que há discordantes posições na literatura sobre o tema da judicialização da saúde. Observa que o olhar e o entendimento dos operadores do direito, profissionais da saúde e gestores sobre as demandas judiciais divergem e que a judicialização da saúde envolve vários aspectos (políticos, sociais, éticos, jurídicos e sanitários). Por isto, sua compreensão envolve, necessariamente, um olhar multidisciplinar. Neste sentido, como já explicitado anteriormente, a denominação do fenômeno é muito importante posto estar envolvida na forma de lidar com o tema e na sua disposição de diálogo para com outras áreas.

No Brasil, a tentativa de resolução de conflitos políticos em saúde por meio do poder judiciário apenas se tornou relevante após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que possibilitou a atuação do poder judiciário em matérias que eram, a priori, de competência apenas dos poderes legislativo e executivo. A Constituição Federal de 1988, afastando-se do sistema constitucional anterior (que permitia, por meio da legislação infraconstitucional, limitar a assistência terapêutica aos segurados da Previdência Social, art.

165, inciso XV, da Carta Magna de 1967) consagrou a saúde pública como direito social de todos os brasileiros (art. 6º), - e a definiu como:

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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196, C.F.).

Por considerar que, prestados diretamente pelos órgãos públicos ou por particulares que se sujeitam a um controle do Poder Público, as ações e serviços de saúde são, em quaisquer circunstâncias, “de relevância pública” (art. 197, C.F.).

Além disto, o direito à saúde também veio instituído na Constituição como elemento da seguridade social. O artigo 194 da Constituição federal define que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. A partir disso já se iniciam as discussões jurídicas sobre a boa gestão do recurso públicos em saúde em contraste com o tema da judicialização. Isto porque o título da ordem social (título VIII onde se inserem disposições sobre a seguridade no capítulo II) prevê no parágrafo 2º do artigo 195 que:

A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

Também o parágrafo 5º do mesmo artigo dispõe que “nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total”. Assim, daqui se lançam as primeiras discussões sobre a dispensação de recursos públicos em saúde sem a criação de mecanismos capazes de sustentar o projeto constitucional de saúde pública universal.

A Carta Magna de 1988, em seu artigo 198, também versou sobre a organização dos serviços públicos em saúde e suas diretrizes, destacando-se as seguintes passagens:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

Em 1990 foi sancionada a lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde, a fim de melhor regular as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelecer, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde.

A iniciativa privada também não ficou incólume ao fenômeno da judicialização. O artigo 199 da Constituição Federal instituiu que a assistência à saúde também é livre à iniciativa privada e debates tem sido feitos a partir daí em direito contratual e defesa do consumidor, principalmente no que tange à cobertura dos convênios médicos. Como este trabalho se refere apenas a judicialização da saúde pública, esse aspecto da judicialização não será desenvolvido.

Mais à frente se retomará os aspectos legais aqui citados a fim de melhor desenvolver a problemática pesquisada.

No que se refere à produção acadêmica sobre o tema da judicialização da saúde pública no Brasil, obras tem sido publicadas de forma significativa, porém ainda insuficientes dada a complexidade e a abrangência do tema, bem como as dimensões do território brasileiro. O levantamento de trabalhos selecionados em portais de pesquisa, em especial Scielo, Scopus, portal de periódico da Capes e revistas especializadas identificou cerca de 42 publicações de relevância envolvendo diretamente o tema da judicialização da saúde pública no Brasil nos últimos 7 anos. Apesar da variedade de obras encontradas, a área ainda é carente de estudos que se debruçam sobre as peculiaridades da realidade local e regional das populações, bem como que considerem elementos para além da área disciplinar em que se inserem.

De acordo com revisão bibliográfica feita por Brito (2011), a publicação de artigos acadêmicos sobre o tema teve crescimento relevante apenas a partir de 2006. O estudo da autora envolveu publicações no período entre os anos de 2001 e 2011 e identificou 39 artigos publicados nas bases buscadas. Tais publicações sobre o tema iniciaram-se apenas no ano de 2003, não sendo identificadas publicações relativas aos anos de 2001, 2002 e 2004. Uma das justificativas apresentadas pela autora é que as publicações em periódicos científicos referentes a esses anos acompanham o crescimento e disseminação do próprio fenômeno estudado no Brasil.

De forma bastante pontual a revisão feita por Brito (2011) identificou as principais ideias dispostas nas publicações, que foram as seguintes: direito à saúde é prioritário em relação à reserva do possível; o aumento da judicialização está atrelado à absorção de direitos sociais pela sociedade; o aumento da judicialização não está atrelado a absorção de direitos sociais pela sociedade; não é razoável a condenação do Estado ao custeio de medicamentos sem registros ou tratamentos experimentais; a judicialização pode ser fonte de interesses privados; a judicialização pode ser risco a continuação de políticas públicas; a judicialização pode ser indutora da construção e melhoramento de políticas públicas; a judicialização vai contra o ideal de justiça distributiva e; a judicialização deveria ter uma análise mais criteriosa do judiciário.

Além das principais ideias dispostas nas publicações, outras discussões também podem ser citadas como importantes, quais sejam: interferência do judiciário em critérios de utilização de medicamentos, mais especificamente como ferramenta da indústria de farmacêutica (PEPE, 2010; MARQUES, 2007); demandas judiciais que culminam na alocação de recursos de forma incompatível aos princípios do SUS - possível geração de iniquidades - (VIEIRA, 2008) e atuação dos poderes e seus limites (PINHEIRO, 2011;

BAPTISTA, 2009). Mais à frente, a fim de ilustrar melhor as discussões no tema, são abordados os aspectos apontados.

Como quantidade pouco expressiva dos trabalhos procurou descrever densamente o processo de judicialização que ocorre nos tribunais por meio da leitura dos próprios processos em uma escala local ou regional, em especial considerando decisões de primeira e segunda instância, espera-se que esse estudo ajude a melhor compor o quadro do fenômeno no Brasil a partir desta perspectiva.

O presente trabalho pretende investigar o fenômeno da judicialização das políticas públicas de saúde no Brasil com foco em um conjunto de ações judiciais, analisando o fenômeno a partir de pesquisa empírica sobre um grupo de ações judiciais em conjunção ao estudo teórico do tema. As ações estudadas tiveram como critério de seleção as seguintes características: serem oriundas da Comarca de Campinas; julgadas pelo Tribunal Estadual no período correspondente ao ano de 2012; propostas em face do poder público; terem caráter individual e reivindicarem o direito fundamental à saúde. A amostra foi então constituída por 200 processos. Outras fontes de informações também foram utilizadas, quais sejam, o contato com advogados dos processos da amostra e com instituições envolvidas.

O objetivo geral da pesquisa é analisar a judicialização da saúde em Campinas partindo da análise desses 200 processos judiciais na comarca em um período recente. Constituem objetivos específicos: (i) descrever como a justiça comum civil de primeiro e segundo grau do Estado de São Paulo, nas ações oriundas da comarca de Campinas, tem se manifestado em suas decisões sobre o acesso às ações e aos serviços públicos de saúde; (ii) descrever os elementos do contexto dessas demandas judiciais e (iii) analisar a dinâmica desses elementos. Entenda-se como elementos do contexto das demandas todas as informações constantes dos processos que tenham sido consideradas pertinentes para a análise do fenômeno e que não necessariamente estejam apenas contidas na própria decisão judicial (exemplos: idade do autor, doença, pedido, tempo da decisão, etc.), bem como os elementos que não estejam explicitados nos processos, mas que se pôde tomar conhecimento por meio dos advogados ou outras instituições envolvidas nos processos (exemplos: Atuação de organizações, condição econômica do autor, etc.). Entenda-se como análise da dinâmica desses elementos a comparação e descrição de correlações identificáveis entre as informações coletadas.

Como este trabalho nasce no seio de um programa de estudo interdisciplinar, o enfrentamento da problemática tenta proporcionar uma análise integrada entre elementos do direito e da gestão pública. Espera-se que o trabalho possa contribuir para o melhor

entendimento do tema e proporcionar uma visão com referencial e direção diferentes dos tradicionais estritamente disciplinares. Este trabalho tem também duas grandes aspirações: a primeira é ajudar a alimentar as informações do Estado sobre o tema a fim de contribuir para a melhor gestão das políticas públicas, principalmente no âmbito local e regional. A segunda é ser lido pela comunidade local à qual o estudo se refere, de forma que a comunidade jurídica, os membros do judiciário, as instituições governamentais e não governamentais, e ainda os cidadãos envolvidos possam melhor discutir conjuntamente sua realidade, seus problemas e caminhar de forma mais esclarecida e consciente na busca por soluções para os problemas sociais.

Expostos os objetivos e a justificativa da pesquisa, a seguir faz-se algumas principais explanações sobre os aspectos anteriormente citados da problemática, com síntese da bibliografia fundamental, iniciando-se com o aspecto legal e histórico sobre o tema.

1.3 A PROBLEMÁTICA

1.3.1 HISTÓRIA E LEGILAÇÃO

Com as transformações ocorridas no final do século XX- fim da Guerra Fria e das ditaduras latino americanas- o fenômeno, do ponto de vista histórico, apresenta-se relacionado aos ideais e medidas implantadas para superação das ditaduras, em especial os Direitos Humanos. No aspecto econômico a ideologia capitalista também parece ter especial influências no desenvolvimento dos mecanismos do fenômeno. Veja-se:

O reconhecimento da saúde como direito humano fundamental é decorrente de pactos internacionais cujo Brasil é signatário², em especial a Declaração Universal dos

² Declaração Universal dos Direitos Humanos – adotada e proclamada pela Resolução n. 217A, da III Assembleia Geral das Nações Unidas de 10.12.1948 e assinada pelo Brasil na mesma data;

- Convenção Internacional para a Prevenção e Repressão ao Crime de Genocídio – aprovada e aberta a assinatura e ratificação ou adesão, pela Resolução n. 260-A, da III Assembleia Geral das Nações Unidas, em 09.12.1948;

- Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial - adotada pela Resolução n. 2.106-A, na XX Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16.12.1965, ratificado pelo Brasil em 27.03.1968;

- Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos – aprovado pela Resolução n. 2.200-A, na XXI Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16.12.1966, ratificado pelo Brasil somente em 24.01.1992;

- Protocolo Facultativo relativo ao Pacto Internacional dos Direitos Políticos e Civis – adotado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela Resolução n. 2.200-A, da XXI Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16.12.1966. Disciplina o funcionamento do Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas, encarregado de receber e processar denúncias de violência contra os direitos humanos;

- Pacto internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – adotado pela Resolução n. 2.200-A, da XXI Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16.12.1966 e ratificado pelo Brasil somente em 24.01.1992;

Direitos Humanos (adotada pela Resolução número 217A, da III Assembleia Geral das Nações Unidas de 10 de dezembro 1948 e assinada pelo Brasil na mesma data) que declara em seu artigo 25:

Artigo 25:

§1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

§2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.

E o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos Sociais e Culturais (adotada pela Resolução número 2200A da XXI Assembleia Geral das Nações Unidas de 16 de dezembro de 1966 e ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992) que reconhece em seu artigo 12 o direito das pessoas de gozarem o melhor estado de saúde física e mental possível³.

Ventura *et al* (2010) explica que o direito à saúde é reconhecido como um direito humano fundamental à preservação da vida e dignidade humana e que, neste aspecto, há concordância entre as leis internacionais e nacionais e a moralidade comum. Por isto, afirmam os autores, crê-se que o respeito e a proteção ao direito à vida e à saúde sejam obrigações morais e legais simples de serem cumpridas. Apesar disto, a questão da efetivação do direito a saúde é complexa de ser cumprida pois o consenso geral quanto aos direitos humanos induz a crer que exista um valor absoluto que não existe (BOBBIO, 1992). A expressão tão genérica, abrangente e heterogênea desses direitos traz dificuldades teóricas e práticas de diversas ordens: filosóficas, políticas, jurídicas, sociais, econômicas, culturais e técnico-científicas. As

- Convenção Americana de Direitos Humanos – adotada e aberta à assinatura na Conferência Especializada Interamericana Sobre Direitos Humanos em San José da Costa Rica, em 22.11.1969 e ratificada pelo Brasil em 25.09.1992;

- Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - adotada pela Resolução n. 34/180, da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 18.12.1979, ratificado pelo Brasil em 1º.02.1984;

- Convenção Internacional contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes – adotada pela Resolução n. 39/46, da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10.12.1984 e ratificada pelo Brasil em 28.09.1989;

- Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança - adotada e aberta a assinatura, ratificação e adesão pela Resolução n. L.44, da XLIV Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20.11.1989.

³ Artigo 12: §1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental. §2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: 1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças. 2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente. 3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças. 4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

dificuldades em se articular esses elementos e estabelecer acordos necessários sobre o conteúdo e o modo de garanti-los têm constituído o distanciamento entre o direito e a sua implementação no mundo real (VENTURA *et al*, 2010).

O aumento expressivo do número de reivindicações judiciais do direito aos cuidados de saúde, principalmente ao acesso a medicamentos e tratamentos médicos, é devido sobretudo à expansão da linguagem dos Direitos Humanos (VENTURA *et al*, 2010). Assim, a Declaração Universal dos Direitos Humanos passa a redefinir o próprio Direito por meio de uma mudança de paradigma, fazendo nascer o Neoconstitucionalismo (DALLARI, 2010).

O Neoconstitucionalismo, ou Novo Direito Constitucional, é a interpretação do Direito a partir da valorização dos Direitos Humanos. O marco histórico do Novo Direito Constitucional na Europa Ocidental foram as constituições do pós Segunda Guerra Mundial, período em que ficou evidenciado o fracasso no positivismo, este que permitiu o surgimento de concepções jurídicas que ofenderam os Direitos Humanos. No Brasil o marco histórico foi a Constituição de 1988 (CANOTILHO, 1993).

Antes do surgimento dessa nova interpretação constitucional vigorava a teoria positivista. A teoria positivista foi dominante no período entre as revoluções liberais burguesas e o fim da Segunda Guerra Mundial, já que afirmava o estabelecimento da segurança jurídica pelo estrito cumprimento da lei, o que se confundia com a noção de Direito. A teoria teve importância fundamental na expressão filosófica do Estado de Direito e encerrou o período absolutista que vigorou na Europa até a Revolução Francesa. Porém, o sistema positivista acabou por possibilitar a barbárie promovida pelo nazismo alemão que, amparado pela lei, exterminou milhões de pessoas. Com o fim da Segunda Guerra Mundial o fracasso do positivismo foi reconhecido. Assim, o pensamento jurídico passou a se preocupar com a limitação do poder estatal e com a efetivação dos Direitos Humanos.

Cabe ressaltar que as Constituições anteriores à Segunda Guerra Mundial já prescreviam direitos fundamentais e normas de cunho econômico e social. Porém, dada a marca do positivismo, que tinha como padrão absoluto o cumprimento dos aspectos formais da lei, tais direitos eram considerados meros programas enquanto não houvesse leis que os instrumentalizassem (BONAVIDES, 2006). Neste contexto é que surge o Neoconstitucionalismo, hermenêutica que analisa as normas segundo seu conteúdo axiológico e gera discussões sobre o caráter programático das normas constitucionais e sua eficácia⁴.

⁴ A doutrina clássica classifica em normas autoaplicáveis (auto executáveis) e normas não autoaplicáveis (não auto executáveis). De acordo com a doutrina tradicional, são normas constitucionais de eficácia plena as que produzem a plenitude dos seus efeitos, independentemente de complementação por norma infraconstitucional.

As características do Novo Direito Constitucional são a supremacia do texto constitucional; a garantia, promoção e preservação dos direitos humanos; a força normativa dos princípios constitucionais; a constitucionalização do Direito e a ampliação da jurisdição constitucional.

Com relação ao aspecto econômico e suas influências na forma de desenvolvimento dos mecanismos no fenômeno da judicialização da saúde cabe lembrar que a obra de Tate e Vallinder (1995) expôs que a expansão do poder judiciário está relacionada à queda do comunismo no Leste europeu e ao fim da União Soviética, sendo promovido o capitalismo e suas instituições de mercado. Os Estados Unidos tornaram-se a única superpotência do mundo e o desenvolvimento da revisão judicial e de outros mecanismos institucionais desse país também ficaram em evidência. Assim, a judicialização surge em um contexto de ordem capitalista. Apesar dos autores afirmarem que este sistema econômico foi o contexto de surgimento do fenômeno, ela não declara que o capitalismo é uma condicionante ou circunstância *sine qua non* para o desenvolvimento do fenômeno.

Oliveira (2013) afirma existir estreita vinculação entre a centralidade do Poder Judiciário e os governos neoliberais. Para o autor, o fenômeno da judicialização da saúde é percebido em quase todos os países capitalistas, sendo que o processo de judicialização subtrai claramente a luta por demandas sociais da arena de conflitos políticos ao trazer para um campo de maior “segurança” estas disputas (o campo judicial). No campo judicial é possível obter um maior controle ao mesmo tempo em que se esvazia outros espaços de participação coletiva. Ainda de acordo com o autor:

...a funcionalidade deste processo, principalmente por recortar as expressões da “questão social”, despolitizando-as e levando-as ao Poder Judiciário, é justamente a de fazer com que não sejam percebidos em sua totalidade, como parte integrante e umbilicalmente ligada ao movimento contraditório do capitalismo; como uma manifestação de uma situação somente: aquela relação entre os detentores dos meios de produção e os que apenas detém a sua força de trabalho. (OLIVEIRA, 2013, p.55)

Já Ribeiro (2014) afirma que o Poder Judiciário optou por expandir sua atuação diante da nova realidade trazida pelo *Welfare State* na garantia de direitos e diante da ineficácia da política social do Estado neoliberal. Para a autora a efetividade plena dos direitos sociais encontra-se condicionada à superação da lógica capitalista e não condicionada a ela.

São normas constitucionais de eficácia contida (relativa restringível) as que produzem a plenitude dos seus efeitos, mas que podem ter o seu alcance restringido. São normas constitucionais de eficácia limitada (relativa complementável) as que não produzem a plenitude de seus efeitos, dependendo da existência de lei infraconstitucional que as complemente.

Retomando o trabalho de Tate e Vallinder (1995), ainda é relevante comentar que os autores descrevem dois tipos de judicialização identificáveis pelo mundo, a tipo *From without*, que se constitui como uma revisão judicial dos atos do executivo e legislativo por meio do mecanismo *Check and balances*, e o tipo *From within*, que é definido como a própria expansão dos atos considerados próprios do poder judiciário.

Embora o enquadramento de cada caso concreto nas modalidades de judicialização descritas pelos autores seja uma questão nebulosa, é possível observar, no caso brasileiro, que o mecanismo da forma *From without* pode ser equivalente ao nacional Sistema de Freios e Contrapesos, assegurado em nível de cláusula pétrea pela Constituição Federal no artigo 2^o, enquanto que o tipo *From within* é a modalidade sobre a qual repousa a real discussão sobre o tema, principalmente no que tange a legitimidade de atuação do poder judiciário em matérias que não são originalmente de sua competência.

De acordo com Silva (2007) o reconhecimento da saúde como direito foi um processo histórico longo no Brasil, sendo que a implantação dos direitos sociais apenas ocorreu a partir de 1930, período marcado pela supressão dos direitos políticos e pela redução dos direitos civis, mas também pelas primeiras medidas no sentido de implantar os direitos sociais. Apesar disto, no período da chamada democracia populista (1945-1964), a expansão do modelo de seguro social fez parte do jogo político de troca de benefícios por legitimação dos governantes, beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha. Este fenômeno, que ficou conhecido como “massificação de privilégios”, implicou o aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário (FLEURY, 2009).

Desde a década de 1930 passamos por um modelo de saúde pública inicialmente assistencialista, pautado em ações emergenciais dirigidas aos pobres; pelo modelo de seguro social durante a democracia populista, marcada pela noção contratual de que usufrui do benefício apenas quem contribui para tal; e pelo modelo de proteção social a partir da instauração do regime burocrático-autoritário em 1964. Com a CF de 1988 houve uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando as pressões por um modelo que visasse a universalização e a cidadania. Neste modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam, então, a ser concedidos levando em conta as necessidades e a ser

⁵ Art 2º, CF/88: “São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário”.

fundamentados na justiça social, o que obrigou um entendimento universal e integrativo das estruturas governamentais (FLEURY, 2009).

Para Carvalho (2002) pode-se resumir o aspecto histórico do direito à saúde no Brasil da seguinte maneira: até antes de 1930 o direito à saúde no Brasil era quase inexistente, havia apenas o apoio em saúde oferecido pelas irmandades religiosas, pelas sociedades de auxílio mútuo e pelas Santas Casas de Misericórdia, estas últimas instituições privadas de caridade (CARVALHO, 2002). Em 1923 houve a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para os empregados de empresas ferroviárias. As Caixas eram organizadas por empresas e não por categoria profissional, seu financiamento era realizado conjuntamente por empregados e empregadores e ofereciam uma ampla cesta de benefícios, incluindo serviços de assistência médica (inclusive aos familiares dos trabalhadores), medicamentos com desconto, aposentadorias e pensões (SILVA, 2007).

Apenas em 1930 houve a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), organizados por categoria profissional (e não por empresas, como antes), com financiamento tripartite: empresas, trabalhadores e governo. Apesar de ampliar a cobertura do sistema de proteção social, os Institutos ainda deixavam de fora muitas categorias profissionais, como os empregados domésticos, os trabalhadores rurais e os autônomos (SILVA, 2007).

Já em 1966 houve a unificação de todos os institutos existentes, mediante a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este movimento significou grande centralização administrativa e financeira no governo federal. O novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais. Entretanto, os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos sem registro em carteira (informais) não estavam cobertos pelo sistema. Em 1970 novas categorias profissionais foram incorporadas ao sistema, aumentando gradativamente a cobertura e o acesso à assistência à saúde: trabalhadores rurais (1971); empregados domésticos e autônomos (1972); idosos e portadores de deficiências de famílias carentes (1974); e estudantes, garimpeiros e empregadores rurais (1975). Em 1977 foi criado o SINPAS - Sistema Integrado de Previdência e Assistência Social e a assistência médica passou a ser responsabilidade de um órgão específico, o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (SILVA, 2007).

Em 1988 houve a introdução do conceito de Seguridade Social e da saúde como direito de cidadania na Constituição da República Federativa do Brasil. A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações e iniciativas dos Poderes Públicos e da

sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art. 194). A saúde foi reconhecida como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196). Em 1990 houve a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080/1990. A extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1993, sendo suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS. Regulamentação de diversos aspectos de funcionamento do SUS mediante publicação de normas operacionais (NOB 91/92, NOB 93, NOB 96) do Ministério da Saúde. Criação da Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 1999 (Lei nº 9.782/1999).

Por fim, em 2000, a criação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – por meio da Lei nº 9.961/2000. Aprovação dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde (Emenda Constitucional 29, regulamentada pela Lei Complementar 141/2012). Estabelecimento do Pacto pela Saúde em 2006, conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Aprovação da Lei 12.401/2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Apenas em caráter ilustrativo do panorama nacional é interessante comentar sobre a lei 9656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Os contratos de planos de saúde firmados antes dessa lei são chamados de não regulamentados ou antigos, e os firmados depois dela são denominados regulamentados ou novos. De acordo com Gregori (2010), antes da lei 9656/98 as operadoras atuavam de forma livre, pois não havia nenhuma regulamentação do setor da saúde suplementar. Entretanto, na tentativa de minimizar o impacto que representa a retirada do plano de saúde no momento da aposentadoria, a citada lei assegurou os direitos especiais previstos nos artigos 30 e 31. Os dois artigos determinam a extensão dos planos de saúde, desde que contributivos, para demitidos e aposentados, sob determinadas condições. Os artigos 30 e 31 da lei 9.656/98 foram uma tentativa do legislador de responder à demanda da sociedade pelo acesso aos planos de saúde no momento da saída da empresa. No entanto, estes artigos estabeleceram um direito sem explicitar como viabilizá-lo (proporcionar a extensão do benefício, suas bases, vínculos e forma de custeio).

Diante desse cenário no campo privado, 12 anos depois, a ANS publicou a Resolução nº 279 de 24 de novembro de 2011 que define algumas regras para ajudar o mercado a melhor viabilizar o benefício. O papel incompleto exercido pela lei 9.656/98 no setor privado foi acusado de gerar vários problemas nessa seara, inclusive a judicialização no setor da saúde suplementar. Isso porque, de forma resumida, os beneficiários dos planos de saúde antigos podem optar por permanecer nos mesmos ou terem contratos novos atrelados às disposições da lei e atos regulamentares da Agência Nacional da Saúde Suplementar. Se o beneficiário optar por permanecer em um plano antigo, não regulamentado, pode ingressar no judiciário pedindo procedimentos em saúde não previstos no contrato. Os contratos antigos têm apenas a proteção do Código de Defesa do Consumidor, que regula as relações jurídicas de consumo. O judiciário, no caso dos contratos antigos, acaba por decidir em favor dos consumidores, sem analisar muitas vezes a irretroatividade da lei 9.656/98⁶.

De acordo com CECHIN (2008), essa judicialização da saúde suplementar gerou maior onerosidade para as operadoras, culminando no maior custo do plano de saúde e reduzindo, por conseguinte, o público com capacidade financeira para contratá-lo. Uma hipótese lançada aqui é que isso talvez tenha causado maior peso sobre o sistema de saúde público.

Retomando o tema da judicialização da saúde pública, pode-se dizer, com relação a interpretação majoritária da legislação vigente e alguns outros aspectos da legislação, que é bastante uníssono o entendimento de que o Poder Público, nas suas três esferas, tem o dever de resguardar o direito à vida, que constitui um dos fundamentos da república e um dos princípios fundamentais da Constituição Federal, bem como que esse direito deve ser priorizado diante de quaisquer outros interesses, porquanto sem ele não há sentido – filosófico, lógico, social, político e jurídico – de assegurar os demais direitos sociais. O direito à saúde é interpretado em associação à dignidade da pessoa humana e ao valor-fonte vida, começo e fim do fenômeno social do Direito. Conforme destacado por Sarlet (2001):

Assim sendo, temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 2001)

⁶ O Supremo Tribunal Federal, na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1931-8/DF, decidiu liminarmente pela irretroatividade da lei 9.656/98.

É bastante ressaltado pelos juristas que o direito à saúde também está garantido pelo Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Culturais e Sociais⁷ e pela Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal n° 8.080/90. Ao regulamentar as ações de saúde no Brasil, a Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabeleceu ademais que a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde. (art. 6º, inciso I, alínea “d”), afirmando que dentre os princípios da rede pública de saúde está a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (art. 7º, inciso II, L.O.S.).

Complementando a garantia do atendimento integral, a Constituição do Estado de São Paulo estabelece que:

Artigo 219. A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Parágrafo único: O Poder Público estadual e municipal garantirão o direito à saúde mediante: 1 - políticas sociais, econômicas e ambientais que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e à redução do risco de doenças e outros agravos; 2 - acesso universal e igualitário às ações e ao serviço de saúde, em todos os níveis; 3 - direito à obtenção de informações e esclarecimentos de interesse da saúde individual e coletiva, assim como as atividades desenvolvidas pelo sistema; 4 - atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação de sua saúde.

Assim, aponta-se para a obrigação legal do Estado em garantir o atendimento integral aos usuários do SUS. Observe-se também os precedentes do Supremo Tribunal Federal, a exemplo o RE-AgR n° 393175, julgado em 12/12/2006, de relatoria do Ministro Celso de Mello:

O direito público subjetivo à saúde representa a prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público a quem cabe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao

⁷Artigo 12. 1. Os Estados- partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.

problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.

Visto isso, aborda-se a seguir algumas outras considerações relevantes sobre o tema:

1.3.2 ATUAÇÃO DOS PODERES E SEUS LIMITES

A ideia de divisão dos poderes nasce na antiga Grécia por meio de Aristóteles em sua obra “A política”. Caracterizada por reflexões críticas sobre teoria do Estado, prática política e a política ideal, tal obra reflete em especial sobre a repartição do poder do Estado em três funções, a legislativa (confeção de normas), a executiva (execução das normas) e a de julgar (dissolver conflitos por meio da aplicação de normas). A teoria do filósofo afirma que estes três poderes poderiam atuar de forma separada, independente e harmônica. O objetivo da separação seria impedir que o poder se concentrasse nas mãos de um único sujeito e, portanto, evitar abusos.

Mais tarde “A Teoria dos Três Poderes” foi consagrada por Montesquieu, em sua obra “O espírito das Leis”. Baseando-se na obra do filósofo Aristóteles e na obra “Segundo Tratado do Governo Civil”, escrita por John Locke, Montesquieu dissertou sobre parâmetros fundamentais da organização política liberal. Montesquieu foi responsável por sistematizar e ampliar a teoria sobre divisão dos poderes. Acreditava que, para afastar governos absolutistas e evitar a produção de normas tirânicas, seria fundamental estabelecer a autonomia e os limites de cada poder. O autor estabeleceu que os poderes deveriam ser independentes, mas também harmônicos entre si. Nasceu, assim, o sistema de freios e contrapesos, o qual consiste na contenção de um poder pelo outro.

A passagem do Estado Absolutista para o Estado Liberal caracterizou-se justamente pela separação de Poderes, denominada como Tripartição dos Poderes Políticos. Alguns dos primeiros países a adotar a separação de poderes foram Inglaterra, Estados Unidos e França. Na Inglaterra, século XVII, houve a instituição de direitos que limitavam o poder real por meio da revolução constitucional conhecida por *Bill of Rights*. Os Estados Unidos instituíram a separação em sua independência, em 1776. Já a Assembleia Constituinte, durante a Revolução Francesa, baseando-se na revolução americana, instituiu a separação dos poderes por meio da Declaração dos Direitos do Homem em 1789. Entretanto, no caso Francês, apenas foram mencionados no preâmbulo da citada declaração os poderes Legislativo e Executivo e, por isso, alguns defendem que a real declaração da separação

ocorreu na Constituição francesa de 1791. Outros países na Europa logo também seguiram a instituição da separação de poderes em suas Constituições.

No Brasil, a tripartição de poderes só não vigorou na Constituição de 1924 porque Dom Pedro I implantou o poder moderador. Vigorou nas demais, mas apenas a Constituição da República de 1988 estabeleceu, em nível de cláusula pétrea fundamental (art. 60, § 4º, III), a tripartição de poderes em Legislativo, Executivo e Judiciário. Cada órgão tem competências determinadas pela própria Constituição e a estrutura geral de funcionamento é prevista com o fim de proporcionar um sistema de freios e contrapesos, de forma a evitar despotismos por parte de um dos poderes. O problema nacional se apresenta quando fica nebulosa a linha que separa o sistema de freios de contrapesos, operado muitas vezes por meio de funções atípicas dos órgãos, no limite máximo de atuação de cada órgão na seara do outro.

Pinheiro (2011) bem explica o problema. Ele afirma que as atividades necessárias à gestão do Estado em um ambiente de *res publica*, difundida como divisão de poderes, com atribuições precípuas, porém não exclusivas a cada um, é lição antiga deixada por Montesquieu para evitar a tirania do soberano estatal. Para ele, no caso brasileiro, apesar de a Constituição Federal de 1988 ser considerada a Constituição Cidadã, ela apresenta vícios de origem, sendo o de maior repercussão o fato de ter adotado o sistema presidencialista de governo, mas atribuindo ao Congresso competências próprias aos sistemas parlamentaristas. Tal desenho, ainda de acordo como autor, faz com que haja um excesso de competências a cargo da União e, diante desses vícios, a interdependência entre os três poderes acaba se tornando um processo descontrolado de usurpação das atribuições e competências uns dos outros.

Afirma Pinheiro que o modelo tripartite deveria propagar o equilíbrio dos poderes, sem concentração nem separação absoluta entre eles, o que atualmente não vem ocorrendo no Brasil (PINHEIRO, 2011). Este problema descrito por Pinheiro provavelmente ocorreu porque a Constituição brasileira foi inspirada pelas constituições dos países do pós Segunda Guerra Mundial, em especial Alemanha, Portugal e Itália, que, como o Brasil, superaram ditaduras, mas eram Estados parlamentaristas.

Já de acordo com Baptista (2009) a atuação do Poder Judiciário traz à tona contradições e dilemas na garantia do direito à saúde no Brasil, colocando em xeque não apenas o Executivo, mas o contrabalanço exercido pelo Legislativo. Para Baptista, ao atuar como árbitro e defensor dos direitos e exercer sua autonomia e insulamento, o próprio Judiciário passa a ser questionado, pois encaminha decisões que às vezes colidem com a própria garantia do direito à saúde.

A desarticulação entre os Poderes revela a importância do aprimoramento dos mecanismos de “pesos e contrapesos” na saúde e dos canais de diálogo entre as instituições públicas que operam na garantia dos princípios do SUS (BAPTISTA, 2009).

Entretanto, apesar dos posicionamentos apresentados por Pinheiro e Baptista, as afirmações dos Tribunais Estaduais e do Supremo quase que desconsideram as discussões neste sentido. Afirma a jurisprudência dominante que não se trata de indevida ingerência do Poder Judiciário ou de desrespeito à regra de repartição dos poderes republicanos (art. 2º da CF), mas apenas que é o caso de se assegurar a tutela devida ao cidadão em face da injusta e ilegal resistência do Estado em prestá-la, não obstante obrigado a tanto, conforme determinação do art. 196 da Constituição.

1.3.3 O CONCEITO DE SAÚDE, O PODER MÉDICO E A JUDICIALIZAÇÃO

De acordo com Herzlich (2004), os conceitos de saúde e doença são, ao mesmo tempo, os mais individuais e os mais sociais das coisas e a eles pertencem discussões ao nível privado e público. Ao mesmo tempo em que os conceitos de doença e saúde se referem às sensações individuais do corpo, da mente e outros assuntos da intimidade, também se referem ao domínio público. Isso porque a história da saúde é também a história dos países e das cidades, do trabalho, das guerras e das viagens. À medida que o Estado de Bem-estar Social foi tomando forma, a saúde se tornou cada vez mais um tema político, de poder, e a análise científica da saúde e da doença foi consolidada (HERZLICH, 2004).

Atualmente, de acordo com Meira (2012), prevalece na medicina contemporânea o modelo biomédico de saúde e que prioriza a medicalização. O Modelo biomédico de medicina vigora desde o século XIX e consiste, predominantemente, no poder-saber do médico no diagnóstico de doenças. De acordo com o esse modelo, a saúde constitui a ausência de doença e da dor, definindo a condição humana saudável com a ausência desses elementos. O foco do modelo está sobre os processos físicos (usando da patologia, da bioquímica e da fisiologia), ignorando o papel dos fatores sociais ou da subjetividade individual. As principais críticas feitas ao modelo são o fato de negar que o diagnóstico é o resultado de negociação entre médico e paciente e de impor determinadas abordagens e tratamentos (ANNANDALE, 1998).

Associada ao modelo biomédico, a medicalização consiste na excessiva interferência médica na vida cotidiana, capaz de transformar sensações físicas ou psicológicas normais em sintomas de doenças. A medicalização é acusada de provocar uma verdadeira

“epidemia” de diagnósticos e causar o consumo excessivo de medicamentos para atender interesses mercantis. Os progressos tecnológicos - que permitem a produção de equipamentos e testes, capazes de fazer diagnósticos em indivíduos que ainda não apresentam sintomas de doenças - aliados às alterações contínuas dos valores de referência utilizados para se diagnosticar doenças, tem como consequência principal a transformação de grandes contingentes de pessoas em pacientes e consumidores potenciais (MEIRA, 2012).

A crítica feita à excessiva medicalização não trata de depreciar a medicação de pessoas doentes, nem de negar as bases biológicas do comportamento humano. Trata de questionar a transformação de problemas cotidianos do viver em sintomas de doenças ou de explicar a subjetividade humana pela via estrita dos aspectos orgânicos (MEIRA, 2012).

A questão do poder médico se liga diretamente ao estabelecimento do modelo biomédico vigente e à predominância da medicalização. Foucault, na obra “O nascimento da clínica: uma arqueologia do saber médico” (1963), busca compreender a racionalidade anatômica e clínica que permeou a consolidação do saber médico no fim do século XVIII e início do XIX. Com foco no conceito de doença e no “corpo do ser que adocece” o autor explica que a medicina tem seu poder legitimado pelo saber científico sobre a natureza humana e que impõem um estado ideal, saudável - tido como normal. Tal estado saudável é o oposto do mal, do não natural, da doença e da morte - o anormal. Se há um desvio do padrão normal no qual se deve estar, a pessoa deve se sujeitar ao olhar clínico biomédico e da medicalização, único capaz de conduzir ou reconduzir o sujeito ao estado saudável (FOUCAULT, 1963).

O poder-saber médico, com base na legitimação científica, centraliza na figura do médico a prerrogativa absoluta de dizer se o paciente está em estado normal ou de doença e ditar qual o melhor tratamento para se (re)estabelecer a saúde, trazendo para si e monopolizando poderes que outrora também pertenciam a outras figuras sociais e áreas do conhecimento. Tal movimento de centralização do poder-saber médico é característica estrutural da sociedade atual.

Alguns autores afirmam, inclusive, que esse poder médico também tem interface com outras estruturas de dominação. A professora Amélia Maria Cavaca Augusto expôs algumas considerações sobre esse aspecto no seminário *(Re)Pensar o Género: Diálogos femininos sobre política, corpo e violência*, realizado no dia 7 de janeiro de 2016 na Universidade da Beira Interior, em Portugal⁸. Para ela, por exemplo, há a excessiva

⁸ <https://www.ubi.pt/Evento/6217>, acesso em 08 de janeiro de 2016.

medicalização e imposição do modelo biomédico às mulheres. Assim, enquanto que a menopausa é extremamente medicalizada, muito pouco se fala da andropausa. Há também grande medicalização e imposição do modelo biomédico às mulheres durante o parto, tema que tem gerado crescentes discussões na atualidade. A professora relata que a questão do poder médico se relaciona à distribuição de poderes na sociedade atual, seja do ponto de vista social, seja do político, seja do econômico. Dessa forma, certos grupos tem menos autonomia sobre seus próprios corpos e acabam sofrendo uma pressão maior para se submeterem a um modelo de medicina majoritariamente formulado por homens, de caráter biomédico e que prioriza a medicalização.

As crianças também tem sido alvo frequente da medicalização. Um dos medicamentos prescritos às crianças nos últimos anos, e também judicializado, é a Ritalina⁹. As críticas sobre a administração desse medicamento explicam que a medicação tenta sanar uma suposta dificuldade no aprendizado, identificada como um problema orgânico nas crianças, quando na realidade os aspectos relacionados à suposta dificuldade podem ser a própria prática pedagógica, a escola, problemas familiares e sociais¹⁰.

Os conceitos de saúde e doença, bem como os profissionais legítimos para determinar as formas de intervenção (os médicos), afetam o modo de produção da saúde estatal, mesclando-se, muitas vezes, com as fronteiras em relação ao modo de produção de saúde capitalista (SANTOS, 1987).

Essa problemática também se reflete nos conceitos de saúde e doença abraçados pelo judiciário, que acaba por reforçar o poder-saber médico e a estrutura do poder em saúde nos processos judiciais. A Constituição brasileira, trazendo a obrigação do Estado de promover a saúde a todos - mas não esclarecendo o conceito de saúde - acabou por dar margem para que os tribunais abracem o modelo biomédico e de medicalização vigentes e utilizassem esses modelos como referenciais incriticáveis e únicos para o respaldo de suas decisões. O judiciário acaba, na maioria das vezes, por deixar de observar outras disposições constantes na legislação infraconstitucional, nas recomendações dos órgãos internacionais e dos órgãos nacionais especializados.

⁹ A ritalina é judicializada no Brasil todo, em especial no Estado do Rio Grande do sul. Veja-se alguns julgados do Tribunal: Agravo de Instrumento 70066926635 RS (TJ-RS) – decisão publicada no diário oficial em 30/10/2015; Reexame Necessário 70059953505 RS (TJ-RS) - decisão publicada no diário oficial em 28/05/2014; Apelação e Reexame Necessário 70064849060 RS (TJ-RS) - decisão publicada no diário oficial em 22/05/2015; Apelação Cível 70059801639 RS (TJ-RS) - decisão publicada no diário oficial em 20/05/2014.

¹⁰ <http://www.redebrasilatual.com.br/educacao/2013/07/medicalizacao-da-sociedade-e-da-educacao-e-tema-de-seminario-internacional-em-sao-paulo-7474.html>, acesso em 08 de janeiro de 2016.

Estudo publicado pelo Banco Mundial em junho de 2012 alertou para alguns riscos derivados da falta de conhecimento dos magistrados em gestão de saúde. O estudo relata que as cortes têm favorecido sistematicamente o conceito de tratamento médico sobre a opinião de especialistas da medicina e que este posicionamento coloca três riscos principais: ele pode forçar o sistema a entregar drogas ou serviços para os quais não existe evidência de eficácia clínica; pode fazer uso de um parecer médico tendencioso em razão do conflito de interesses por parte do médico (interesses econômicos); e a capacidade técnica limitada dos tribunais pode diminuir a qualidade das decisões para a sociedade como um todo, dando oportunidade para um elevado custo e para não entrega de outros serviços (LUNES, CUBILLOS-TURRIAGO e ESCOBAR, 2012).

O conceito de saúde é um conceito variado e complexo. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, define que a “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Já a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (lei do SUS), estabelece em seu artigo 2º e 3º:

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

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

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

O CNJ, ciente do problema no fenômeno da judicialização, aprovou a Recomendação n. 31, de 30 de março de 2010, traçando diretrizes aos magistrados quanto às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde. A recomendação constitui-se nos seguintes pontos:

a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais;

b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:

b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;

b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;

b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;

b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;

b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas;

c) incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria individualizada no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, de acordo com a relação mínima de disciplinas estabelecida pela Resolução 75/2009 do Conselho Nacional de Justiça;

d) promovam, para fins de conhecimento prático de funcionamento, visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON;

II. Recomendar à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados - ENFAM, à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho - ENAMAT e às Escolas de Magistratura Federais e Estaduais que:

a) incorporem o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados;

b) promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do ministério público e gestores, no sentido de propiciar maior entrosamento sobre a matéria.

Até mesmo a CONITEC elaborou, em 2014, fichas técnicas com informações simples e claras sobre medicamentos e produtos para a saúde, que são caracterizados, entre outros atributos, quanto à disponibilidade no SUS; à avaliação pela CONITEC; ao custo de tratamento; à existência de alternativas no sistema público de saúde e à disponibilidade de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas¹¹. O intuito do órgão foi criar um mecanismo para facilitar o entendimento dos juízes sobre a necessidade da avaliação das tecnologias a serem ofertadas no SUS, contribuindo para que a população tenha acesso a tecnologias

¹¹ <http://conitec.gov.br/index.php/direito-e-saude#parceria>, acesso em 8 de janeiro de 2016.

eficazes, seguras e custo-efetivas. O órgão também disponibilizou um canal direto¹² para responder a questionamentos dos magistrados sobre a incorporação de medicamentos, produtos ou procedimentos no SUS.

Apesar das medidas, a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo declara, com relação à judicialização da saúde pública no Estado, que o elenco de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) não é de conhecimento de grande parte dos médicos, bem como que os médicos que conhecem o elenco consideram os medicamentos da RENAME insuficientes para o atual perfil nosológico da população ou simplesmente o desconsidera; que os usuários, médicos e operadores do direito veem como obrigação do SUS o fornecimento de todo e qualquer medicamento; que os médicos e pacientes desconhecem ou simplesmente ignoram os processos de incorporação de tecnologia SUS-CONITEC; e que os magistrados não observam as recomendações do CNJ (SÃO PAULO, 2015).

Assim, o que se aponta, de forma geral, é que o judiciário tem uma visão reducionista da problemática exposta, declarando-se sempre dotado de elementos jurídicos suficientes para analisar as demandas em saúde e pautando-se tão somente nos atestados médicos para concluir ou não pela necessidade e adequação do pedido. Isso gera o endosso do Estado ao modelo biomédico e de medicalização na saúde pública. Tal ato reforça os mecanismos de poder na área da saúde e pretere os interesses sociais mais amplos, principalmente quando considerados todos os elementos envolvidos no complexo problema da gestão da saúde no Brasil.

1.3.4 O DIREITO À SAÚDE, O DILEMA ECONÔMICO DA ESCASSEZ E A BOA GESTÃO DO RECURSO PÚBLICO

De acordo com Bucci (2006) as políticas públicas constituem temática oriunda da ciência política e da administração pública, sendo que o campo de interesse das políticas públicas é a relação entre a política e a ação do poder público. No campo do Direito, a política pública é tratada no âmbito da teoria do Estado, do direito constitucional, do direito administrativo, do internacional e do financeiro. O fenômeno do direito, especialmente o direito público, está inteiramente permeado pelos valores e pela dinâmica da política.

¹² conitec@saude.gov.br

Ainda de acordo com a autora, a política pública é um movimento que faz parte da abertura do direito para a interdisciplinaridade. Há uma busca do direito pelo restabelecimento do contato com outras áreas do conhecimento, das quais vinha se apartando desde a caminhada positivista que se iniciou no século XIX. O problema da judicialização da saúde, ou seja, da concretização dos direitos sociais fundamentais, é um dos temas palco para essa mudança de paradigma e maior conexão com outras áreas do conhecimento. Lembrando que o direito opera na conformação dos meios que impulsionam, desenham e realizam as políticas públicas, pois as expressões da ação governamental correspondem, via de regra, às formas disciplinadas e definidas pelo direito, não obstante a política pública carregue também elementos econômicos, históricos e sociais de determinada realidade e que fogem ao domínio jurídico (BUCCI, 2006).

Silva (2008) diz que o papel do direito é constantemente colocado à prova na tentativa de concretização dos direitos sociais fundamentais, visto que, na tradição liberal, a implementação de políticas públicas nunca foi matéria afeita aos profissionais do direito. A consequência disso pode ser percebida quando se analisam decisões judiciais e trabalhos jurídico-doutrinários, sendo que o que geralmente ocorre é a simples transposição de uma racionalidade da tradição liberal, baseada quase que exclusivamente em relações bilaterais (normalmente entre um credor e um devedor) para a área dos direitos sociais (SILVA, 2008).

Silva ainda afirma que:

A conclusão a que se pode chegar após essa breve exposição desse estudo de caso, que, ainda que pontual, reflete bem o enfoque que os juristas dão em geral à justiciabilidade dos direitos sociais, é que, em primeiro lugar, os juízes, ao tratarem os problemas dos direitos sociais como se fossem problemas iguais ou semelhantes àqueles relacionados a direitos individuais, ignoram o caráter coletivo dos primeiros. Esse caráter coletivo exige, como não poderia deixar de ser, políticas que são pensadas coletivamente, algo que os juízes não fazem.

(...)

Isso significa que, embora o ativismo judicial seja uma possibilidade, ele depende de diversas mudanças estruturais na educação jurídica, na organização dos tribunais e, sobretudo, nos procedimentos judiciais, para que passe a ser possível tratar os direitos sociais e sobre eles decidir de forma coletiva.

(...)

Isso porque, em um cenário de recursos escassos, o dinheiro tem que ser necessariamente retirado de outros programas para atender as decisões judiciais (SILVA, 2008).

O dilema econômico da escassez tem grande vulto no fenômeno da judicialização. Tal dilema também é denominado no direito como reserva do possível no orçamento público.

A teoria da reserva do possível surgiu na Corte Constitucional alemã na década de 1970, por meio das decisões sobre o direito constitucional à educação que afirmavam que os direitos sociais de natureza prestacional, ou seja, que envolvessem custos efetivos do Estado, deveriam ficar sujeitos à reserva da lei e à disponibilidade de recursos (TORRES, 2003). Os casos ficaram conhecidos com *numerus clausus*. Por exemplo, alguns estudantes que não foram aceitos nas universidades de Hamburgo e Munique, em razão da limitação das vagas, recorreram ao Poder Judiciário requerendo o acesso ao referido curso sob o argumento de que o artigo 12 da Lei Fundamental Alemã dispunha que “todos os alemães têm direito a escolher livremente sua profissão, local de trabalho e seu centro de formação”. O Tribunal, entretanto, negou o pedido dos estudantes sob o fundamento de que só se poderia exigir do Estado aquilo que se pode esperar dele, nos limites da possibilidade e da razoabilidade, não sendo razoável esperar do Estado o oferecimento de vagas ilimitadas para o curso de medicina (SARLET, 2010).

A vertente econômica do direito conhecida como *Law and Economics* (Análise Econômica do Direito) também trabalha o problema econômico da escassez por meio da aplicação instrumental da análise microeconômica. A Análise Econômica do Direito ficou conhecida em razão dos trabalhos do Professor Richard Posner, da Universidade de Chicago (EUA), por meio de seu livro “*Economic Analysis of Law*” e, por vezes, a Análise Econômica do Direito também é chamada simplesmente de Escola de Chicago. Apesar disso, a Análise Econômica do Direito não se resume à essa escola jurídica, posto a escola ser a continuação de estudos que datam do século XVIII, mas que começam a ter maior influência apenas a partir de 1970 (MONTEIRO, 2009). A vertente econômica do direito considera que as instituições legais não são exógenas ao sistema econômico, analisando essas instituições legais quanto aos efeitos das mudanças em uma ou mais das variáveis econômicas sobre os elementos do sistema (PORTO, 2013).

A realização do direito à saúde depende de medidas positivas prestacionais do Estado para que se efetive e o tema não é exógeno ao sistema econômico. Assim, em que pese o mandamento constitucional sobre o direito à saúde, a questão esbarra na escassez de recursos e na escolha de prioridades pelo administrador público.

De acordo com Vieira (2008) as ações estatais na saúde devem ser norteadas pela preservação do interesse público e por balizar as decisões pelos princípios de universalidade e equidade, consideradas as restrições orçamentárias. Assim, declara a autora, é necessária a observância da limitação gerada pela escassez de recursos por meio do estabelecimento de prioridades, tudo de acordo com a capacidade financeira e as necessidades da população.

Nesse sentido, é importante o uso de critérios técnicos para garantir maior efetividade à política de saúde e maior eficiência do gasto, com as devidas observações aos princípios do SUS.

Um dos principais problemas levantados pela comunidade acadêmica quanto à intersetorialidade do judiciário com relação às políticas públicas de saúde é o desafio imposto aos gestores públicos ante a ação do judiciário no sentido de ordenar a disponibilização de bens e serviços sem o comprometimento técnico de efetividade e eficiência do gasto e, ainda, com a observância dos princípios do SUS. Além disso, questiona-se se um juiz seria capaz de ter subsídios suficientes que proporcionassem consciência ante a complexidade do tema e consequências de decisão.

Além disso, as decisões que envolvem alocação de recursos deveriam ser reservadas para os poderes políticos, pois estes foram democraticamente eleitos e estão sujeitos à *accountability*¹³. Assim, no que concerne ao fenômeno da judicialização, pode haver um problema de legitimidade democrática. Essa legitimidade democrática na alocação de recursos, relativa à proteção dos direitos em saúde, deveria apenas ser determinada politicamente, por meio do debate democrático sobre o bem comum e sobre quais seriam as necessidades prioritárias (SUNSTEIN, 1997).

1.3.5 A JUDICIALIZAÇÃO E A REIVINDICAÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS PELA POPULAÇÃO

Cabe lembrar aqui os estudos de Marshall (1967), cuja teoria é usada como fonte de reflexão sobre o fenômeno da judicialização da saúde relacionado ao exercício da cidadania¹⁴ e à absorção dos direitos sociais pela população. Pode-se dizer, de forma resumida, que Marshall analisou o fenômeno da cidadania por meio do desenvolvimento dos direitos civis na Inglaterra, seguidos dos direitos políticos e dos direitos sociais. O autor introduziu o conceito de direitos sociais e analisou que a cidadania só é plena quando dotada de todos os três tipos de direito, cuja sequência é associada ao regime democrático, bem como que essas condições estão ligadas às classes sociais e, conseqüentemente, às desigualdades sociais. Um dos aspectos teóricos importantes considerados por Marshall evidenciava a

¹³ *Accountability* é a responsabilidade pública que remete à obrigação de membros de um órgão administrativo ou representativo de prestar contas à população e às instâncias controladoras (MATIAS-PEREIRA, 2009).

¹⁴ Interessante frisar que no conceito moderno saúde é um direito fundamental do cidadão e que gera também para ele e para a coletividade obrigações e deveres de participação (DIAS, 2013).

existência de tensão entre os princípios de direitos igualitários e a desigualdade contida na ordem capitalista, sendo, portanto, necessária a intervenção do Estado nessas relações.

Como acentua Souki (2006), trata-se, em um aspecto, do fenômeno do direito visto como meio do exercício da cidadania, bastante associada à democracia no sentido em que promove o *empowerment*, o que incluiria, de certa forma, além da noção de participação, a exigência de provisão. Fala-se da percepção do cidadão como titular de direitos, pertencente a uma comunidade cívica, podendo-se falar também em um fenômeno de inclusão social. Marshall dá a esses direitos um *status* universal e natural. O problema então se dá na compatibilidade entre cidadania e desigualdade, a discussão da ideia da pobreza, da integração entre classes, ou seja, da atribuição de um mesmo *status* a todos em um contexto de ordem econômica desigual. As ideias de Marshall servem de base para inúmeros trabalhos e reflexões acerca de problemas sobre o desenvolvimento econômico, participação política, democracia e inclusão social.

Pois bem, deparando-se com essas ideias, seja por razões sanitárias, econômicas ou políticas, é que se fala em direitos universais, desigualdades intoleráveis ou, talvez, toleráveis em alguma medida. Pode-se até dizer que a busca pela compreensão do fenômeno da cidadania, com todos os aspectos relevantes para seu entendimento, como apontava Marshall, contribui diretamente para a análise do atual do plano de política de estado disposto em nossa Constituição.

Como a saúde figura como um direito universal e um dever do Estado, diz-se que a judicialização desse direito se relacionada à cidadania no sentido em que é instrumento de reivindicação. Trata-se do uso do recurso judicial como forma de exigibilidade de direitos. Porém, em aspecto conflitante, a judicialização da saúde é vista na literatura também como geradora de iniquidades e como uma má interferência na administração pública, o que estaria na contramão dos objetivos do estado e não refletiria a inclusão social (VIEIRA, 2008).

Carvalho (2002), por exemplo, reflete sobre a análise feita por Marshall na Inglaterra sobre o desenvolvimento dos direitos e afirma que esse desenvolvimento se dá de forma invertida no Brasil, o que leva a um desfecho diferente. Isso porque a trajetória da cidadania no Brasil não seguiu a mesma ordem que na Inglaterra, já que no Brasil os direitos sociais foram implantados antes dos demais direitos. Os direitos sociais ganham peso a partir de 1930, período marcado pela supressão dos direitos políticos e pela redução dos direitos civis. Assim, a lógica descrita por Marshall teria se dado de forma invertida no Brasil, ou seja, a pirâmide dos direitos estaria de cabeça para baixo. Carvalho destaca que o resultado desse processo diferenciado é que os direitos sociais foram cooptados pelo poder vigente (que logo

após passou a ser autoritário) e não resultado da conquista popular, como no caso da Inglaterra (CARVALHO, 2002). A implantação dos direitos sociais no Brasil foi então percebida como um favor pela população, criando uma relação de dependência dos indivíduos com relação aos seus líderes (SILVA, 2007).

Carlini (2012) afirma que o uso do recurso judicial como é feito no Brasil, em especial no caso da saúde, não corresponde à participação política democrática. Para a autora, a busca de soluções no judiciário de forma individualizada inviabiliza o debate e diálogo característicos de um legítimo processo democrático de participação. Assim, se o campo da política é o campo do diálogo social, o campo do judiciário seria apenas o espaço do cidadão individualizado e que busca solução na figura da autoridade.

Características relacionadas ao governo populista no Brasil (1945-1964) e os legados da ditadura - como o clientelismo nas relações entre cidadão e o Estado e as influências do modelo neoliberal - permearam historicamente a construção do Estado Providência no campo da saúde.

A aplicação dos direitos sociais pelo próprio judiciário também não ficou alheia a esses aspectos. SILVA (2008), fazendo menção há um breve estudo empírico realizado em conjunto com seus alunos na Universidade de São Paulo (USP), relata que os juízes ignoram o caráter coletivo dos direitos sociais, tratando-os como se fossem iguais ou semelhantes aos direitos individuais. O estudo ocorreu no ano de 2004 e teve como objeto as ações do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que versavam sobre pedido de medicamentos nos casos de HIV/AIDS entre janeiro de 1997 e junho de 2004.

Frente ao exposto é possível notar que a problemática é caracterizada pelos que defendem a judicialização como reflexo do exercício da cidadania (relacionando-se aos conceitos de democracia participativa e empoderamento) e os que defendem se tratar da simples busca individualizada por uma prestação estatal.

1.3.6 INTERFERÊNCIA DO JUDICIÁRIO NOS CRITÉRIOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Esse tópico se refere a questão da condenação do estado ao custeio de medicamentos sem o devido registro, tratamentos experimentais ou medicamentos/bens fora dos protocolos e resoluções estabelecidas. A questão é um desdobramento das consequências da falta de conhecimento dos magistrados para decidir sobre questões em saúde e abarca inúmeras possibilidades de casos com relação ao objeto que é pedido nas ações judiciais.

A fim de explicar melhor, veja-se algumas possibilidades:

- Fornecimento de medicamento sem registro na ANVISA;
- Fornecimento de medicamento/tratamento experimental, portanto, também sem registro no órgão competente;
- Fornecimento de medicamento para uso *off label*¹⁵;
- Fornecimento de medicamento/tratamento fora da padronização do SUS;
- Fornecimento de medicamento/produto para uso na rede privada,

Embora as questões desse tópico e seus argumentos se entrelacem com os já expostos anteriormente, existem alguns pontos relevantes para se esclarecer.

Para parte dos autores, permitir que medicamentos sem o devido registro ou que tratamentos experimentais sejam custeados pelo Estado, indo contra resoluções e protocolos, é ignorar a árdua consulta e deliberação da comunidade científica, profissionais de saúde e gestores do SUS, que tomam suas decisões a fim de melhor aproveitar o recurso público para a coletividade. O mesmo raciocínio se aplica para o fornecimento de medicamento fora da padronização do SUS e para uso *off label*. Essa vertente, de forma bastante resumida, acredita que a interferência sem critérios do judiciário na saúde, por meio da judicialização, pode pôr abaixo a construção das políticas em saúde ou comprometer sua execução, de forma a privilegiar interesses privados.

Esse argumento encontra contraponto nas prerrogativas do profissional da medicina, sendo que, havendo prescrição médica idônea, não caberia à autoridade questionar sua eficácia para o tratamento da doença tendo em vista que as normas do Conselho Federal de Medicina (Art. 8 e 16) atribuem responsabilidade civil, criminal e administrativa ao

¹⁵ O termo *off label* é usado para as situações em que um medicamento é prescrito fora do âmbito das indicações terapêuticas aprovadas na respectiva autorização de introdução no mercado (AIM). Assim, constitui a utilização de um medicamento para uma situação que não foi objeto de avaliação, ou pelo menos de validação, por parte do órgão competente (ANVISA). Nesses casos não há evidências científicas sobre as características do medicamento para determinado tratamento ou, simplesmente, não houve a avaliação por questões de mercado - ressaltando que a solicitação da autorização de registro é prerrogativa da empresa produtora (PINHO, 2016). Outros apenas definem o uso *off label* como uso diferente do aprovado em bula ou o uso de produto não registrado no órgão regulatório de vigilância sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Parte dos juristas defende que o uso *off label* de um medicamento é feito por conta e risco do médico que o prescreve e pode até vir a caracterizar erro médico. Também para alguns, o médico tem a obrigação de revelar ao doente de forma transparente que a prescrição é *off-label*, explicar os motivos que justificam essa solução terapêutica e de respeitar a vontade do paciente. O consentimento informado do paciente é previsto para esses casos na norma de orientação clínica nº 015/2013 de 03/10/2013, emanada pela Direção Geral da Saúde. Apesar disso, a prescrição de medicamento *off label* não contraria qualquer norma jurídica, vigorando o princípio da liberdade terapêutica (PINHO, 2016). O uso de medicamentos dessa forma é comum, principalmente para doenças raras e populações específicas, para as quais a indústria dirige pouco orçamento. Em pediatria, é estimado que o uso *off label* seja maior que 90% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

profissional. Diz-se que qualquer ato no sentido de restringir a liberdade do médico em prescrever o que julga ser o melhor tratamento para seu paciente seria ignorar as prerrogativas profissionais e a necessidade particular de cada paciente. Assim, medidas para o coletivo existiriam apenas para nortear a administração pública e não restringiriam o direito individual do sujeito de procurar pelo tratamento mais adequado. Por conseguinte, qualquer padronização, regulamento ou registro não poderia ser limitador da garantia do direito Constitucional à saúde.

O contraponto é bastante aceito pelos tribunais e também muito utilizado na interpretação do novo Direito Constitucional. Barcellos (2005) destaca que a incorporação do direito à saúde na Constituição Federal explicita valores e opções políticas, principalmente no que diz respeito à promoção da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais, não sendo possível opor qualquer obstáculo à sua total efetivação. Outros autores, como Canotilho (1993), tem interpretação no mesmo sentido, dizendo que o constitucionalismo é uma teoria (ou ideologia) que ergue o princípio do governo limitado indispensável à garantia dos direitos em uma dimensão estruturante da organização político-social de uma comunidade. Assim, para ele, o Constitucionalismo representa uma limitação do poder com fins garantísticos e a existência de uma teoria normativa da política.

Para Barroso (2006), o Neoconstitucionalismo identifica um conjunto amplo de transformações ocorridas no Estado e no direito constitucional, em meio as quais podem ser analisados, (i) como marco histórico, a formação do estado constitucional de direito, cuja consolidação se deu das décadas finais do século XX, (ii) como marco filosófico, o pós positivismo, com a centralidade dos direitos fundamentais e a reaproximação entre Direito e Ética; e (iii) como marco teórico, o conjunto de mudanças que incluem a força normativa da Constituição, a expansão da jurisdição constitucional e o desenvolvimento de uma nova dogmática da interpretação constitucional. A Constituição é vista como centro do sistema; com imperatividade e superioridade máximas; com carga valorativa (axiológica) quanto à dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais; e com eficácia irradiante em relação aos poderes e particulares (BARROSO, 2006).

Desse conjunto de teorias jurídicas do Novo Direito Constitucional resultou um processo extenso e profundo de constitucionalização do Direito. Tudo, em suma, no caso da judicialização da saúde, direcionando para aplicação absoluta da norma constitucional, considerando impertinentes, ou de menor vulto, as discussões trazidas ao longo da problemática.

2. O DESENHO DA PESQUISA, MÉTODOS E ESTRATÉGIAS.

Unidades de Análise: as unidades que servem de fonte de informação e ponto de partida do estudo são os processos judiciais que tiveram decisão proferida pela Justiça Civil Comum do Estado de São Paulo em duas instâncias e que tratem de reivindicação do direito à saúde propostas por pessoa natural (física) em face do poder público.

Como fonte de informação do contexto das demandas também foram consideradas informações obtidas por meio dos advogados e instituições atuantes nos processos da amostra.

Recorte Temporal: são considerados ações com decisões no tribunal com data de julgamento entre 01/01/2012 até 31/12/2012. Para efeito de análise de decisões, considera-se a decisão do tribunal proferida nesse interregno temporal e a decisão recorrida.

Abrangência territorial de origem da demanda: foram considerados processos originários da Comarca de Campinas.

Fonte de obtenção dos dados e critérios da pesquisa: as decisões estudadas foram extraídas do sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (www.tjst.jus.br) por meio da pesquisa de Jurisprudência proveniente de processo originário da Comarca de Campinas, junto a quaisquer das Câmaras de Direito Público e em que conste a palavra-chave “saúde”. As decisões originárias recorridas foram obtidas no mesmo sítio. Destaca-se que em sede da justiça de segundo grau são analisados Acórdãos, Acórdãos do Colégio Recursal, Homologações de Acordo e Decisões Monocráticas, não importando a natureza do recurso interposto. Também foram extraídas informações por meio da vista dos autos em cartório e de contato com os advogados e instituição envolvidos nos processos da amostra.

Volume da amostra: 200 processos.

Assim sendo, por meio de uma pesquisa empírica, com análise documental, de instituições e pessoas, observando os critérios expostos, previu-se serem usados métodos quantitativos e qualitativos nas seguintes etapas:

Primeira etapa: revisão da literatura. Compreensão do tema estudado.

Segunda etapa: coleta de dados processuais. Para cada item de resultado de pesquisa jurisprudencial foram coletados os seguintes dados: número do processo; autor do processo; sexo do autor; réu do processo; data da distribuição; nome do advogado; nome da comarca, foro e vara; nome do juiz; descrição da patologia; serviço/medicamento demandado; se criança ou idoso; endereço do autor; valor do medicamento/serviço demandado; valor da

causa; natureza da ação inicial; se houve deferimento de justiça gratuita; conteúdo da decisão liminar; data da decisão liminar; conteúdo da decisão do agravo de instrumento da liminar; data da decisão do agravo da liminar; recurso - câmara – relator; natureza da decisão recorrida; resultado da decisão recorrida; data da decisão recorrida; razões da decisão recorrida; decisão do tribunal; resultado da decisão do tribunal; razões da decisão do tribunal; data da decisão do tribunal; decisão da sentença; data da decisão da sentença; decisão da apelação e data da decisão da apelação.

Também foi feita coleta de dados por meio de contato com os advogados buscando saber (i) se o profissional fez a ação por fins filantrópicos ou se cobrou por ela normalmente; (ii) relação mantida entre profissional e cliente (se amigos, parente ou desconhecido); (iii) se cliente ou advogado tiveram contato com instituição específica sobre o tema (ONGs, Associações, etc) e se isso foi a causa do contato entre ambos a fim de mover ação; (iv) quantas ações dessa natureza, em média, cada um dos advogados inicia por ano.

Com relação ao contato com as instituições e órgãos públicos não houve padronização de perguntas ou dos meios de busca, sendo coletados os dados considerados pertinentes à atuação específica de cada uma delas por meio de *sites*, notícias, legislação e até por meio de conversas com membros.

Terceira etapa: Sistematização dos dados. Análise da dinâmica dos elementos por meio da comparação e descrição das relações identificáveis entre as informações coletadas.

Quarta etapa: Análise final. Elaboração da Dissertação. Utilizou-se o referencial metodológico da análise de conteúdo.

A metodologia adotada foi a do estudo de caso que, segundo Yin, é a estratégia “preferida quando se colocam questões do tipo como e por que, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (Yin, 2003). A metodologia parece ser a mais indicada quando se procura entender um conjunto de fenômenos ou experiências na implantação de políticas e programas na área da saúde, que é o caso.

A primeira etapa foi executada por meio de levantamento e leitura de trabalhos selecionados em portais de pesquisa, em especial Scielo, Scopus, portal de periódico da Capes e revistas especializadas, sendo mais tarde complementado por obras indicadas no exame de

qualificação. Os resultados dessa etapa estão difusos na redação desse trabalho, em especial na sessão relativa ao referencial bibliográfico.

A execução da segunda etapa se deu com a coleta de dados e posterior organização e análise, mesclando-se com a terceira etapa de sistematização dos dados. A coleta dos dados ocorreu por meio de consulta aos processos no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo considerando critérios já expostos. A partir desta seleção foram coletadas várias informações referentes a cada processo. Estas informações foram então divididas em 4 grupos distintos, cada qual referente a um conglomerado de informações processuais.

O primeiro grupo de informações se refere à identificação da demanda e contemplou os seguintes elementos: número de identificação do processo (em primeira e segunda instâncias); nome do autor da ação; identificação do réu da ação (estado, município ou ambos); data de início da ação; nome do advogado do autor; se o autor do processo é representado por advogado, defensor público ou Ministério Público; a qual foro da comarca se refere o processo; a vara; o juiz prolator da decisão recorrida; a patologia do autor da ação; o serviço ou bem demandado; se o autor da ação é idoso, criança, adolescente ou interditado; o custo mensal do bem/serviço demandado; o valor da causa; a petição inicial (espécie jurídica da ação inicial); e se houve deferimento de justiça gratuita.

O segundo grupo de informações se referiu às liminares e incluiu informações sobre o resultado da decisão liminar. Já o terceiro grupo reuniu informações sobre a decisão do tribunal e a decisão de primeira instância analisadas em cada processo (decisões chave analisadas). Os elementos desse terceiro grupo são os seguintes: recurso analisado (espécie jurídica); câmara (umas das câmaras de direito público); o relator da decisão; decisão recorrida (espécie jurídica); resultado da decisão recorrida; data da decisão recorrida; razões da decisão recorrida; decisão do tribunal (espécie jurídica); resultado da decisão do tribunal; razões da decisão do tribunal; e data da decisão do tribunal. Também houve a elaboração de um quarto grupo que se referiu às sentenças e recursos de sentença.

Houve a interseção entre os dados do segundo e do terceiro grupo e entre os dados do quarto e do terceiro grupo, o que foi levado em consideração na análise dos dados. As nomenclaturas usadas durante a pesquisa visam facilitar a interpretação dos dados e entendimento do estudo pela comunidade não jurídica. Os grupos foram divididos a fim de facilitar a visão cronológica do processo. O terceiro grupo foi constituído para facilitar a comparação das decisões entre todos os processos, o que também não impediu comparações cruzadas entre os grupos. Todos os dados foram organizados em planilha Excel, depois analisados por meio de Quadros de estatística descritivas geradas a partir do software SPSS

23 e também pelo recurso da Quadro dinâmica do próprio Excel. As principais Quadros descritivas encontram-se anexas (Anexo 1).

Foram coletados os endereços dos demandantes por meio de vista aos autos em cartório a fim de visualizar a localização geográfica das pessoas na comarca. Foi possível efetuar a consulta física de cerca de 70 processos e com os endereços foi gerado um mapa que permite a visualização das localidades. Os demais processos não puderam ser consultados fisicamente em razão de arquivamento ou remessa ao tribunal. Também houve a coleta de dados sobre a atuação de advogados e instituições, nos moldes descritos anteriormente.

Ressalta-se que, embora o estudo tenha partido dos processos judiciais, pretende-se obter uma visão multicêntrica e interdisciplinar do tema, proporcionada pelo próprio enraizamento da problemática em várias áreas no conhecimento e em conjunção com as fontes de informações usadas. A essas características soma-se o fato que esse trabalho pretende servir tanto à comunidade jurídica quanto a não jurídica, razão pela qual segue também anexo fluxograma feito a fim de permitir o melhor entendimento do funcionamento dos processos aqui estudados (Anexo 2, página 123).

3. PARTE EMPÍRICA, DADOS E ANÁLISES

3.1 DESCRIÇÃO DAS DEMANDAS, ANÁLISE GERAL

Dos 200 processos analisados, a esfera estadual (por meio da Secretaria de Estado da Saúde e outros órgãos) aparece como ré da ação em 70,5% dos casos, ao passo que os municípios (por meio das respectivas prefeituras ou secretarias municipais de saúde) aparecem em 20,5%. Em 9,0% dos processos, Estado e município aparecem simultaneamente como réus.

As decisões judiciais proferidas em 2012 pelo Tribunal de Justiça do Estado de SP (TJSP), órgão de 2ª instância do Poder Judiciário, se referem a processos que tiveram seu início em diferentes momentos: 15% das ações foram iniciadas no mesmo ano do julgamento (2012), 17,5% foram iniciadas no ano anterior (2011), 26% em 2010 e 36,5% em anos anteriores a 2010. Além disso, 12% dos processos analisados haviam sido iniciados antes de 2007. Esses dados mostram que não é raro um processo demorar vários anos até que venha a ser julgado pelos desembargadores do TJSP.

Outra informação relevante diz respeito à faixa etária dos autores das ações (demandantes). A maioria (80,5%) encontra-se na faixa etária de 18 a 65 anos (adultos), 15,5% na faixa etária de mais de 65 anos (idosos) e somente 3,0% possuem menos de 18 anos. Porém, essa informação pode não ser absolutamente representativa posto a possibilidade de ser conferido segredo de justiça às ações envolvendo menores.

Considerando o tipo de petição inicial, observa-se predominância do mandado de segurança em 67,5% dos processos. Esse tipo de ação judicial é utilizado para proteger direito líquido e certo¹⁶, sempre que, ilegalmente ou com abuso de poder, qualquer pessoa física ou jurídica sofrer violação ou houver justo receio de sofrê-la por parte de autoridade, seja de que categoria for e sejam quais forem as funções que exerça. Ações ordinárias representaram 21,5% dos processos, obrigação de fazer 9,0% e ação civil pública 2,0%.

Em virtude da possibilidade de ocorrer dano grave ou irreparável em decorrência da demora da decisão judicial, grande quantidade de ações judiciais na saúde são acompanhadas de liminares, que são ordens judiciais provisórias. No caso da amostra analisada, houve pedido de liminar em 74,5% das ações, sendo a liminar deferida em 53%

¹⁶ Direito líquido é aquele sobre cujo conteúdo não há dúvida e cuja existência é clara. Direito certo é aquele que não está condicionado a nenhuma circunstância, podendo ser plenamente exercido no momento da impetração do mandado.

delas. Além disso, o prazo para apreciação da liminar foi de até um mês a contar da data da propositura da ação na grande maioria dos casos (66,4%).

Por fim, é interessante verificar que em 86,5% das ações o advogado do autor é de natureza particular. Apesar disso, a justiça gratuita, que isenta o autor de custas e emolumentos judiciais, foi utilizada na quase totalidade dos casos (99,5%)¹⁷.

Quadro 1 – Caracterização dos processos analisados

Variável	Alternativa	Resultado (%)
Réu da ação	Estado	70,5
	Município	20,5
	Estado e município	9,0
Ano de início da ação	2012	15,0
	2011	17,5
	2010	26,0
	Antes de 2010	36,5
Faixa etária do autor da ação	Menos de 18 anos	3,0
	De 18 a 65 anos	80,5
	Mais de 65 anos	15,5
Tipo de petição inicial	Mandado de segurança	67,5
	Ação ordinária	21,5
	Obrigação de fazer	9,0
	Ação civil pública	2,0
Pedido e resultado de liminar	Pedido liminar deferido	53,0
	Pedido liminar indeferido	18,5
	Pedido liminar parcialmente deferido	2,5

¹⁷ O benefício da assistência judiciária gratuita é concedido aos que preencham os requisitos legais, com base no art. 5º, inciso LXXIV da CF/88 e na Lei nº 1.060/1950, artigo 4º e seu parágrafo primeiro, respectivamente: Art. 5º (...)

LXXIV- o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos. Art. 4º A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família.

§ 1º Presume-se pobre, até prova em contrário, quem afirmar essa condição nos termos da lei, sob pena de pagamento até o décuplo das custas judiciais.

Portanto, a obtenção de justiça gratuita fica vinculada apenas a simples declaração do autor, na própria petição inicial, de que não pode arcar com as custas e emolumentos judiciais sem prejuízo próprio ou se sua família, declaração essa que não exige comprovação de situação financeira e tem presunção relativa de veracidade. Esse pedido quase nunca é impugnado.

	Não houve liminar ou informação não localizada	25,5
Prazo de apreciação da liminar	Até um mês a contar da data da propositura da ação	66,4
	Mais de um mês a contar da data da propositura ação	33,6
Advogado do autor	Particular	86,5
	Defensor público	13,5
Justiça gratuita	Sim	99,5
	Não	0,5

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Como mostram os dados da Quadro 2, foi possível identificar, a partir dos elementos processuais, as principais enfermidades dos autores das ações judiciais, assim como os principais bens e serviços demandados. Dentre as enfermidades, os casos mais frequentes são de pacientes portadores de diabetes (28,5%) e câncer (20,0%), além de degeneração miópica (7,0%), hepatite (5,5%) e psoríase (3,0%). Verifica-se, assim, que as doenças crônicas representam uma quantidade expressiva nas demandas judiciais. Há ainda uma grande quantidade de enfermidades dispersas de pequena frequência, que juntas somam 36% dos casos. Os principais bens ou serviços demandados estão diretamente relacionados ao tratamento das enfermidades declaradas:

- No caso de pacientes com diabetes, os bens demandados são as insulinas e insumos básicos para aplicação (16%), assim como o conjunto integrado de sistema de infusão contínua ou similar e todos os insumos regulares do aparelho (7,5%);
- Já os pacientes com câncer demandam tratamento radioterápico (6,0%) e medicamentos para tratamentos de tumores específicos, como anastrozol, utilizado no tratamento da neoplasia da mama em mulheres na pós-menopausa;
- No caso dos pacientes com degeneração macular, a principal demanda é para acesso ao medicamento ranibizumabe, uma solução injetável que não possui equivalente genérico e ainda não está disponível no SUS;
- Pacientes com hepatite demandaram os medicamentos boceprevir e/ou ribavirina e/ou peginterferon. No caso do boceprevir, um inibidor de protease utilizado no tratamento da hepatite crônica C, o Ministério da Saúde decidiu incorporar o medicamento no SUS em julho de 2012, após parecer favorável emitido pela Conitec. A incorporação, contudo, foi aprovada com os seguintes condicionantes: com os seguintes: redução de preço; organização da rede assistencial; desenvolvimento de estudo observacional para avaliar

resultados de segurança e efetividade do medicamento no Brasil, cujos resultados deverão ser apresentados à Conitec para reavaliação da matéria, e atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

Quadro 2 – Distribuição dos processos por enfermidade principal, segundo o bem ou serviço demandado.

Bem ou serviço demandado	Enfermidade principal						Total
	Câncer	Diabetes	Degeneração macular	Hepatite	Psoríase	Outras	
Tratamento radioterápico (Braquiterapia)	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0
Insulinas + insumos básicos para aplicação	0,0	16,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0
Insulina + conjunto integrado de sistema de infusão contínua ou similar e todos os insumos regulares do aparelho	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5
Infliximabe	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	2,0
Boceprevir e/ou Ribavirina e/ou Peginterferon	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0
Lucentis (Ranibizumabe) (sozinho ou com outros)	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	0,5	7,5
Fraldas e/ou dieta enteral (suplemento alimentar) + outros medicamentos ou não	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	4,0	5,5
Anastrozol	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
Próteses e produtos ortopédicos (perna, auditiva, quadril e outras)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	4,5
Serviços (cirurgias, procedimentos diversos, exames e atendimentos com médicos especialistas)	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	3,0
Outras demandas	11,5	3,5	0,0	0,5	1,0	24,5	41,0
Total	20,0	28,5	7,0	5,5	3,0	36,0	100,0

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Outra informação importante diz respeito ao valor da causa e ao custo mensal dos bens e serviços demandados. De acordo com os dados extraídos de 150 processos em que foi possível identificar o valor da causa e, posteriormente, o valor mensal do medicamento, observa-se que o valor da causa é até R\$ 1 mil na maioria das ações (62,7%). Percentual menor (19,3%) possuem valores situados na faixa de R\$ 1.001,00 até R\$ 5.000,00, enquanto 8,7% situam-se na faixa de R\$ 5.001,00 até R\$ 10.000,00 e 9,3% acima de R\$ 10.000,00.

No que se refere ao valor mensal do bem demandado, os dados indicam uma distribuição mais uniforme, com 37,3% com valor até R\$ 1 mil mensais, 30,7% situado na faixa de R\$ 1001 a R\$ 5000 mensais, 24,7% na faixa de R\$ 5001 a R\$ 20 mil mensais e 7,3% acima de R\$ 20 mil mensais.

O cruzamento destas duas informações revela, entretanto, inconsistências, dado que o valor anual do bem demandado não coincide necessariamente com o valor da causa e nem há alguma proporcionalidade ou tentativa de aproximação, embora facilmente calculável o valor do pedido. Por exemplo, há muitos casos em que o valor da causa é de até R\$ 1 mil, mas o valor anual do bem demandado encontra-se muito acima desse patamar. Com relação a esse aspecto, convém destacar que o valor da causa é o valor dado pelo advogado à ação, que deveria refletir, em geral e quando possível, o valor aproximado do pedido considerado o período de um ano. Entretanto, o que se nota é que somente os defensores públicos dão um valor da causa mais aproximado ao valor do pedido, sendo que os demais advogados apenas dão um valor simbólico à causa.

Acredita-se que isso aconteça por precaução dos advogados particulares sobre não ter deferida a justiça gratuita ou a mesma ser impugnada. As custas e emolumentos judiciais são calculados sobre o valor dado a causa. Já os Defensores Públicos tem como prerrogativa para seu assistido a justiça gratuita e não tem motivos para precaução com relação ao valor da causa. Além disso, as regras de direito processual dão outras possibilidades para fixação do valor da causa e isso pode também ser motivo das incongruências encontradas. Nas Quadros abaixo é possível observar a não compatibilidade entre os valores dados à causa e os valores reais dos medicamentos/serviços demandados. Nessas mesmas Quadros também se pode perceber o vulto dos valores dos bens pedidos. A interpretação das Quadros também sugere uma falta de percepção dos participantes do processo quanto ao real valor dos pedidos. Para mais detalhes vide Quadros constantes do anexo 1, página 116 a 122.

Quadro 3 – Distribuição dos processos (%) por valor mensal do bem demandado, segundo o valor da causa.

Valor da causa (R\$)	Valor mensal do bem demandado em R\$				Total
	Até 1000	1001 a 5000	5001 a 20000	> 20000	
Até 1000	26,0	16,7	14,7	5,3	62,7
De 1001 até 5000	5,3	4,0	8,7	1,3	19,3
De 5001 até 10000	3,3	4,7	0,0	0,7	8,7
Mais de 10000	2,7	5,3	1,3	0,0	9,3
TOTAL	37,3	30,7	24,7	7,3	100,0

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Quadro 4 – Valor mensal do bem demandado e tipo do patrocínio do autor (defensor público ou advogado particular).

VALOR MENSAL DO BEM DEMANDADO	DPESP	PARTICULAR	TOTAL
Informação não disponível	2	33	35
Até 1 mil reais	14	47	61
De 5 mil até 20 mil reais	2	38	40
De 1 mil até 5 mil reais	7	45	52
Mais de 20 mil reais	2	10	12
TOTAL	27	173	200

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP e pesquisa livre feita em farmácias e na internet quanto ao valor dos bens demandados. Elaboração própria

Em segunda instância (decisões do tribunal), nota-se a preocupação do judiciário no julgamento mais rápido dos pedidos cujo resultado tenha sido negativo para autor em primeira instância. Isso não reflete exatamente um andamento acelerado da ação como um todo, mas uma rapidez maior em julgar recursos interpostos em face de uma decisão de indeferimento.

De acordo com a Quadro 5 as decisões do tribunal são obtidas, em sua maioria, em mais de um ano a contar da data da decisão recorrida se esta atendeu ao pedido do autor.

Assim, de 116 processos cuja decisão recorrida foi de deferimento do pedido do autor, 67 (58%) tiveram julgamento do recurso em mais de ano. Já dos 73 processos cuja decisão recorrida foi de indeferimento do pedido do autor, 27 (37%) tiveram julgamento em até 6 meses e 25 (34%) em até um ano.

Quadro 5 – Distribuição dos processos por data da decisão do tribunal e resultado da decisão recorrida com relação ao pedido do autor.

Resultado da decisão recorrida	Data da decisão do tribunal				
	Informação não disponível	Até 1 ano	Até 6 meses	Mais de 1 ano	Total
Deferido	14	27	8	67	116
Indeferido	3	25	27	18	73
Parcialmente deferido	0	2	1	8	11
Total	17	54	36	93	200

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Já em primeira instância não há grande diferença entre o lapso temporal de demora do início da ação até a análise do pedido. Conforme Quadro 4, dos 143 processos e que foi possível identificar a data da apreciação do pedido liminar, 95 (66%) tiveram decisão em até 1 mês a contar da distribuição e 48 (34%) em pouco mais de 1 mês. A pouca diferença entre o tempo de julgamento desse tipo de pedido provavelmente se relaciona com a natureza das liminares, caracterizadas por serem pedidos de extrema urgência e de caráter acautelador.

Pode-se dizer que a duração do processo como um todo pode variar muito, a depender dos inúmeros percalços e pedidos que são feitos durante seu andamento. Porém, como demonstrado, os prazos para julgamento de alguns pedidos estão estritamente relacionados às urgências relatadas no pedido, à própria natureza do pedido e, no caso do tribunal, também ao resultado da decisão recorrida.

Quadro 6 – Distribuição dos processos por data da liminar e ano de início da ação.

		Ano de início da ação						Antes 2007	Total
		2012	2011	2010	2009	2008	2007		
Data da liminar	Liminar apreciada em até um mês a contar da data da propositura da ação	3	18	32	22	6	9	5	95
	Liminar apreciada em mais de 1 mês a contar da data da propositura da ação	0	8	19	6	2	2	11	48
Total		3	26	51	28	8	11	16	143

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

O acesso do autor ao pedido demandado, mesmo que de forma não definitiva, advém da primeira decisão no processo que o defere. A primeira decisão que pode determinar o acesso do autor ao medicamento/serviço demandado é a liminar. Como se depreende dos Quadros 6 e 7, é possível localizar 148 processos com pedidos liminares e, dentre eles, 143 em que foi possível identificar a data da decisão liminar. Dentre os 148 processos citados, 106 pedidos foram deferidos (72%), 37 foram indeferidos (25%) e 5 foram parcialmente deferidos (3%). Houve, então, 52 processos em que não foi possível identificar a existência de pedido liminar do total geral de 200.

Posto isso, considerando as informações antes explanadas, aproximadamente 106 processos (com margem de erro de 5 processos) de um total de 200, ou seja, cerca de 53% do total, tiveram seus pedidos deferidos integralmente pelo juiz de primeira instância em cerca de 2 meses a contar do início da ação.

Quadro 7 – Distribuição dos processos por decisão liminar.

Deferido	Indeferido	Parcialmente deferido	Informação não disponível	Total geral
106	37	5	52	200

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Como se vê na Quadro 8, dentre os 42 processos com decisões de indeferimento ou deferimento parcial do pedido do autor em sede de pedido liminar - aqueles dentre os 148

processos onde foi possível identificar a existência de pedidos liminares – 21 foram reformados pelo tribunal em sede de recurso de agravo de instrumento, deferindo o pedido do autor.

Quadro 8 – Distribuição dos processos por resultado liminar, resultado do agravo de instrumento e data da decisão que julgou o Agravo de Instrumento.

		Resultado do Agravo de Instrumento			
		Não houve recurso	Pedido do autor deferido	Pedido não conhecido	Total
Pedido liminar deferido	AI julgada em até dois meses a contar da data da liminar	1			1
	Não houve recurso	105			105
Pedido liminar indeferido	AI julgada em até dois meses a contar da data da liminar		13	1	14
	AI julgada em mais de dois meses a contar da data da liminar		6		6
	Não houve recurso/liminar	17			17
Não houve Liminar ou informação não localizada	Não houve recurso/liminar	52			52
Pedido liminar parcialmente deferido	AI julgada em até dois meses a contar da data da liminar		2		2
	Não houve recurso/liminar	3			3
Total		178	21	1	200

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Disso resultada que, até o momento da decisão do tribunal sobre o agravo de instrumento (recurso em face da liminar), 127 processos (63%) já tem seus pedidos deferidos. Considerando ainda que, genericamente, as liminares são deferidas em até, no máximo, cerca de 2 meses a contar do início da ação e os agravos de instrumento em até cerca de 4 meses, pode-se dizer que 63% dos processos tem seus pedidos deferidos no interregno de 6 meses a contar do início da ação. Assim, após o decurso de cerca de 6 meses a contar do início da

ação, apenas 73 processos do total de 200 não possuíam decisão que deferisse o pedido do autor.

Assim, pode-se dizer que os principais aspectos desse tópico são os seguintes:

- A esfera estadual é a mais demandada nas ações;
- Quanto à faixa etária, crianças, adolescentes e idosos tem pouca incidência;
- Há predominância de mandados de segurança;
- A maioria dos autores tem advogado particular e se declaram hipossuficientes¹⁸;
- As doenças crônicas representam uma quantidade expressiva das demandas judiciais, com ênfase para câncer e diabetes;
- O valor da causa não corresponde ao valor anual dos pedidos, mesmo quando plenamente liquidáveis;
- Os valores mensais dos bens demandados são expressivos - até mil reais mensais (37,3%), de mil a cinco mil (30,7%), de cinco mil a vinte mil (24,7%) e acima de vinte mil (7,3%);
- Há maior prioridade de julgamento dos recursos cujo resultado tenha sido negativo para autor;
- A primeira decisão sobre o pedido de urgência não costuma demorar mais que seis meses e em geral defere o pedido do autor (63% dos processos tem o pedido do autor deferido em até seis meses, seja em primeira ou em segunda instância)¹⁹.

¹⁸ Pobre ou necessitado, na acepção jurídica do termo. A Lei nº 1.060/1950 estabelece o conceito:

Art. 2º - Gozarão dos benefícios desta lei os nacionais ou estrangeiros residentes no País que necessitarem recorrer à justiça penal, civil, militar, ou do trabalho.

Parágrafo único. Considera-se necessitado, para os fins legais, todo aquele cuja situação econômica não lhe permita pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Art. 4º (...)

§ 1º Presume-se pobre, até prova em contrário, quem afirmar essa condição nos termos da lei, sob pena de pagamento até o décuplo das custas judiciais.

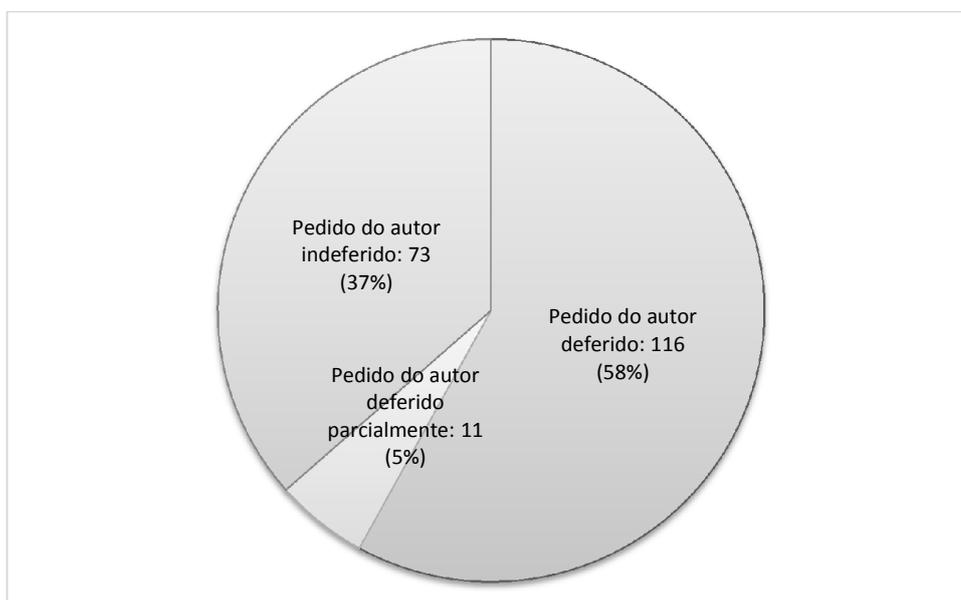
¹⁹ Isso significa que essa quantidade, nesse prazo, já tem acesso ao pedido na ação, mesmo que de forma não definitiva.

3.2 DESCRIÇÃO DAS DECISÕES, ANÁLISE GERAL

3.2.1 DECISÕES DE PRIMEIRO GRAU ANALISADAS

Inicialmente, pode-se ver a distribuição dos processos quanto ao resultado das decisões de primeira instância analisadas. Como se observa na figura abaixo, 58% das decisões deferiram o pedido do autor, 37% indeferiram o pedido do autor e 5% deferiram parcialmente o pedido do autor.

Figura 1 – Distribuição das ações pelo resultado da decisão recorrida analisada.



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Após isto, foram identificados 4 modelos de decisões dos juízes de 1º instância da comarca, cada qual com seus argumentos chave. Durante o processo de redação dos modelos foi possível notar que quase todas as decisões dos juízes de primeira instância começam suas redações com afirmações gerais sobre o direito à saúde, fazendo menção à jurisprudência dominante, às interpretações mais aceitas do texto legal e da Constituição Federal, mesmo que depois venham a falar contra essas interpretações. Assim, percebeu-se que a diferenciação das decisões aparece apenas nos argumentos finais. Em razão disto os modelos foram feitos de forma a selecionar os argumentos que os diferenciavam mais fortemente e que de fato influenciaram no resultado da ação. Também foram eliminados dos modelos argumentos excepcionais e os de caráter processual.

Os modelos, como se demonstrará mais a frente, apontam serem produto de um padrão de indeferimento ou deferimento e que se relacionam a outros elementos do contexto do processo. A fim de demonstrar esta afirmação segue a descrição dos modelos selecionados em primeira instância e a descrição das ligações identificadas.

A descrição dos modelos:

MODELO 1:

- Solidariedade entre os entes da federação;
- Norma programática não pode ser transformada em promessa constitucional inconsequente;
- Dever do Estado de prestar todo tipo de assistência necessária, seja serviço, bem ou medicamento, existe ou não no Brasil, aos que necessitam de medicamentos e tratamentos imprescindíveis à sua saúde;
- Cabe ao médico avaliar a situação de cada paciente e prescrever o melhor tratamento não cabendo à autoridade questionar a eficácia do tratamento;
- Negação da necessidade da existência do medicamento no rol de medicamentos padronizados;
- Afirmação sobre a hipossuficiência do autor e sobre a emergência da necessidade;
- Negação de danos às políticas públicas em curso;
- Negação de afronta à ao poder discricionário do ente público;
- Negação de afronta ao princípio da separação dos poderes;
- Afirmação de legitimidade do Poder judiciário de agir;
- Os Protocolos e Portarias do Ministério da Saúde e as exigências prévias de condições clínicas específicas para tratamento não podem sobrepujar a dignidade humana;

MODELO 2:

- Se padronizados determinados tipos de medicamentos, não tem o gestor do SUS o dever jurídico de fornecer outros fora da padronização para a mesma função;
- As resoluções consubstanciam o estado atual da dispensação de fármacos no tratamento da doença, reflexo de consulta à comunidade científica, profissionais de saúde e gestores do SUS;
- Ainda que os medicamentos indicados no protocolo clínico não tenham surtido efeito no autor, não se analisa a conveniência da dispensação;

- Atestado médico não é suficiente;
- O Juiz não pode ficar alheio à realidade que o cerca (menção às Influências da indústria farmacêutica);
- O Poder Judiciário invade a seara da Administração;
- Nos atos discricionários, o agente público, dentro das limitações autorizadas pela lei, tem liberdade para escolher de acordo com a conveniência e a oportunidade;
- Pode o Administrador buscar a solução dentro dos limites do razoável para atender ao fim postulado na norma;
- O Poder Judiciário poderá examinar a legalidade do ato, ou seja, se foi ele praticado por agente competente e dentro dos parâmetros razoáveis de escolha;
- Os medicamentos fornecidos pela rede pública sem entraves devem ser requeridos administrativamente;
- Apenas os medicamentos que visam tratamento de moléstia que não possuem tratamento disponível SUS devem ser deferidos, podendo ser substituídos por similar;
- Os critérios de avaliação para a segurança nestes casos são: hipossuficiência e necessidade da medicação para garantir a saúde e a vida do paciente;
- Não é cabido receber bem com recursos do SUS para serem utilizados na rede privada. Necessidade de acompanhamento do demandante em centro de referência indicado pelo SUS;
- Não é possível fornecer medicamento não reconhecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou que, por outro motivo, não possa ser comercializado em drogarias e farmácias nacionais.

MODELO 3

- Necessidade de padronização do medicamento;
- Aplica-se ao caso o Princípio da Proporcionalidade para determinar a atuação do Ente Estatal dentro dos parâmetros de seu orçamento para garantir a maior parte da população o acesso ao direito à saúde;
- Seja a pessoa hipossuficiente ou não, não pode o órgão da saúde pública comprar medicamentos de alto custo e fora dos padrões estabelecidos para toda a população, sob risco de privilegiar um em detrimento de todos aqueles que são beneficiados pelos medicamentos padronizados, fornecidos gratuitamente;
- Existem outros medicamentos já dispensados para o tratamento das enfermidades;

- Assegura-se apenas o fornecimento dos medicamentos constantes na lista de remédios padronizados do programa do SUS e similares;
- Seria rigor demasiado exigir que o Estado tenha em mãos todo e qualquer tipo de tratamento contra as doenças, notadamente porque a cada dia inúmeros medicamentos e tratamentos novos aparecem no mercado;
- Do ponto de vista técnico, a não inclusão no protocolo indica, em tese, a inexistência de consenso sobre a eficácia do medicamento. E, do ponto de vista jurídico, indica a inexistência de dever jurídico do Estado em disponibilizá-lo na rede pública;
- Medicamentos são adquiridos pelo princípio ativo e não pela marca comercial.

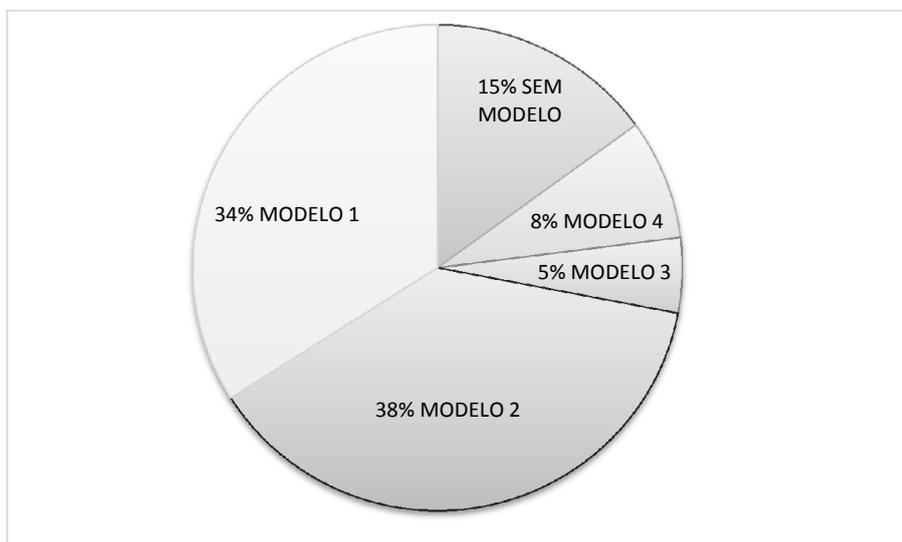
MODELO 4

- A alegação de que os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas vinculadas ao SUS com o fim de oferecer assistência integral aos pacientes de câncer, não afasta a obrigação do estado em atender ao pedido apresentado, na medida em que a preservação da vida do autor deve prevalecer sobre outros interesses;
- Negação ao argumento da falta de previsão orçamentária;
- A diretriz do SUS para o Tratamento do câncer se apóia no princípio da integralidade;
- No Programa de Medicamentos Excepcionais (“farmácias do SUS”) não constam medicamentos contra câncer. A dispensação de tais medicamentos se faz somente pelos centros de alta complexidade, no bojo do tratamento integral oferecido;
- Princípio da universalidade;
- Para receber medicamentos deve sujeitar-se o demandante a ser acompanhado pelo SUS, sem prejuízo de seu médico particular;
- Como o fornecimento de medicamentos contra o câncer não está formalmente classificado, nem no âmbito da alta complexidade, nem no da atenção básica, justifica-se, no caso, a responsabilidade solidária de ambas as esferas de governo;
- Não se trata de adentrar a discricionariedade administrativa,
- Como regra a responsabilidade do Estado é a gestão de sistemas de alta complexidade (artigo 17, IX, da Lei 8.080/1990) e a do Município, a atenção básica à saúde (artigo 18, IV, da Lei 8.080/1990), concluiu-se que o tratamento contra o câncer não se encontra formalmente incluído, nem em um conceito, nem no outro, a responsabilidade é, pois, solidária, até mesmo porque dentre os CACON’s há instituições estaduais e municipais;

- O Município de Campinas se encontra em Gestão Plena do Sistema Municipal;
- Não há necessidade de um pedido administrativo anterior para demandar o medicamento, podendo a via judicial ser acessada diretamente.

Como dito, cada modelo de decisão se liga a alguns aspectos chave do contexto dos processos. Com relação aos modelos e o número de processos aos quais é correspondente pode-se observar a seguinte distribuição por meio da figura abaixo: 38% dos processos se refere ao modelo 2, 34% ao modelo 1, 5% ao modelo 3, 8% ao modelo 4 e 15% são ações cujo conteúdo da decisão não pode ser encontrado. Assim, observa-se a predominância dos modelos 1 e 2, com 72%.

Figura 2 – Distribuição dos modelos pelo número de ações



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

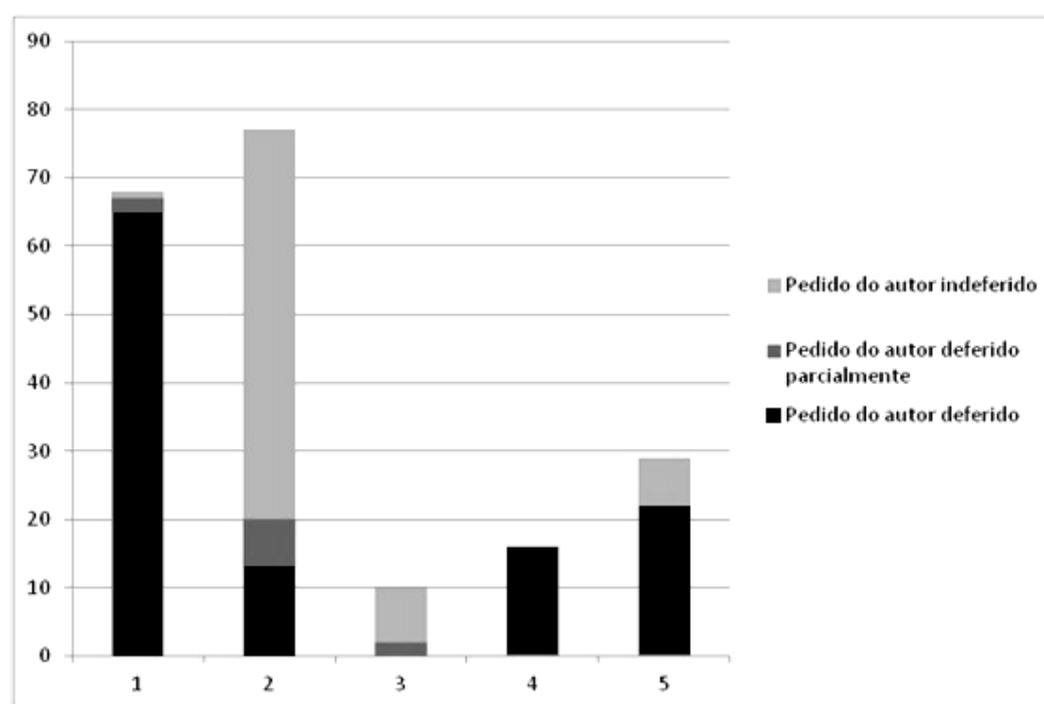
Quanto aos resultados das decisões sobre o fornecimento do pedido, de acordo com a Quadro abaixo, pode-se notar que no modelo 1 há a predominância de deferimentos, com 95%; no modelo 2 há predominância de indeferimentos, com 77%; no modelo 3 de indeferimentos, com 80%; e no modelo 4 100% de deferimentos.

Assim, como melhor se visualiza na figura abaixo, o modelo 2 aglomera esmagadora parte dos indeferimentos entre modelos de decisão e também entre os números gerais, tomando para si 78% dos indeferimentos.

Quadro 9 – Distribuição dos modelos por resultado da decisão.

MODELOS	Pedido do autor deferido	Pedido do autor deferido parcialmente	Pedido do autor indeferido	TOTAL
1	65	2	1	68
2	13	7	57	77
3		2	8	10
4	16			16
Sem modelo	22		7	29
TOTAL	116	11	73	200

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Figura 3 - Distribuição dos modelos por resultado da decisão.

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

O modelo 2, além de aglomerar os indeferimentos, também apresenta ligação com outros elementos, como a doença do demandante, no caso, diabetes. Isso mostrou uma ligação entre os fundamentos de indeferimento ou deferimento em primeira instância às doenças. Pode-se ver ligações entre diabetes aos fundamentos de indeferimento do modelo 2; e o câncer aos fundamentos de deferimento dos modelos 1 e 4.

Quadro 10 – Distribuição dos modelos por doença.

Patologia	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Sem fundamentos	Total
Câncer	14		2	16	8	40
Degeneração	5	8	1			14
Diabetes	17	36			4	57
Hepatite		6	4		1	11
Psoríase		2			4	6
Outras	32	25	3		12	72
Total	68	77	10	16	29	200

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

A partir daí começaram a se evidenciar as principais correlações entre os modelos, os resultados das ações e os outros elementos processuais expostos nas características gerais das demandas.

Concluiu-se destes dados que os modelos 1 e 4 aglomeram resultados de deferimento e os modelos 2 e 3 os resultados de indeferimento, de acordo com a fundamentação exposta em cada um deles anteriormente. Os modelos 1 e 4 estão associados aos casos de câncer e os modelos 2 e 3 aos casos de diabetes e outras doenças dispersas. Há, portanto, uma relação entre câncer e deferimentos e entre diabetes e outras doenças aos indeferimentos.

Quanto a relação entre doenças, resultados das liminares e juízes, tem-se a seguinte distribuição:

Quadro 11 – Distribuição dos das doenças por resultado da Liminar e Juiz responsável.

Patologia	Resultado da liminar	JUIZ (A)						TOTAL
		A	B	C	D	E	F	
Câncer	Deferido	8	1	16	4	3		32
	Sem informação		1	2	4		1	8
Degeneração Miópica	Deferido	3		3	2			8
	Indeferido	1		5				6
Diabetes	Deferido	8	1	3	10	3		25
	Indeferido	1		10	2	1		14
	Parcialmente deferido			1				1
	Sem informação			5	11		1	17
Hepatite	Indeferido			2		1		3
	Sem informação			7	1			8
Psoríase	Deferido			1		1		2
	Sem informação						4	4
Outras	Deferido	9	11	7	6	6		39
	Indeferido	2		6	5	1		14
	Parcialmente deferido			2		2		4

	Sem informação			7	6	1	1	15
TOTAL		32	14	77	51	19	7	200

Legenda:

A= juíza substituta Eliane da Camara Leite Ferreira

B= juízes de Paulínia e seus substitutos

C= juiz titular Mauro Iuji Fukumoto

D= juiz titular Wagner Roby Gidaro

E= outros juízes substitutos

F= sem informação.

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Da análise da Quadro individualizando o resultado de cada liminar, a doença e o juiz a que se refere, pode-se notar que além do resultado estar relacionado à doença do autor, também há uma tendência pessoal de alguns juízes ao deferimento ou indeferimento.

Assim, por exemplo, no caso das liminares sobre Diabetes, dos 13 casos sob julgamento do juiz titular Mauro Iuji Fukumoto, houve o deferimento de 3, o indeferimento de 10 e o deferimento parcial de 1. Já dos 12 casos sob julgamento do juiz titular Wagner Roby Gidaro, 10 foram deferidos e 2 indeferidos. Isto porque cada juiz tem a liberdade de formar sua convicção sobre o caso, a depender de sua própria percepção sobre o caso concreto diante dos elementos a ele trazidos. Além disto, convém notar que não foram identificados indeferimentos de liminares em casos de câncer.

O desembargador do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Cherubin Helcias Schwartz Junior, explicou no II Seminário Internacional de Regulação da Saúde Suplementar da ANS²⁰, realizado em 3 de junho de 2008, na cidade do Rio de Janeiro, que o judiciário deveria intervir no tema da saúde apenas em situações excepcionais. Para ele, os magistrados não possuem os conhecimentos específicos para avaliar questões muitas vezes complexas e podem interferir negativamente nas políticas públicas de saúde. Ainda na visão do desembargador, os julgadores, sensibilizados pelo pedido do doente, deferem os pedidos liminares para não ficarem com a “consciência pesada” pelo indeferimento do pedido de realização de tratamento ou obtenção de medicamento para uma pessoa que, por exemplo, sofre de câncer e encontra-se em uma situação dolorosa e desesperada. Trata-se, portanto, também de uma questão sentimental, que envolve a empatia de um ser humano para com o outro.

²⁰ <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/804-ii-seminario-internacional-de-regulacao-da-saude-suplementar>, acesso em 8 de janeiro de 2016.

Decisões do Tribunal

As decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo tem um padrão bastante homogêneo já conhecido em sua maciça jurisprudência com relação aos casos estudados, que segue as orientações dos tribunais superiores. A análise das decisões de segundo grau apenas reforçou a posição já explicitada na jurisprudência no sentido de deferir os pedidos de medicamentos/serviços em processos desta natureza. Porém, apesar da maioria dos resultados de deferimento dos pedidos do autor, é interessante observar que há algumas poucas decisões com argumentos fora do padrão tradicional.

Assim como no recorte dos modelos das decisões de primeira instância, os modelos das decisões do tribunal foram feitos de forma a enfatizar os argumentos que os diferenciavam mais fortemente. Procurou-se vincular os modelos a um padrão de indeferimento, deferimento ou deferimento parcial do pedido inicial do autor. Apesar disso, cabe ressaltar que cada modelo não é correspondente absoluto do resultado de deferimento ou indeferimento do pedido do autor.

Observe-se os modelos:

Modelo 1: Afirmação de hipossuficiência dos autores; Não há invasão indevida do Poder Judiciário em matéria sujeita ao poder discricionário da Administração; A lista ou protocolo de medicamentos é importante para orientar a ação da Administração, mas não se presta a servir de único pressuposto para obtenção de medicamento de que necessita o cidadão; Já é ultrapassado que não se pode opor as limitações de receitas como justificativa para o não cumprimento do direito fundamental; o Poder Judiciário não figura como co-gestor dos recursos destinados à saúde; A decisão não significa violação ao princípio de independência e harmonia dos Poderes; O paciente não pode se sujeitar nem esperar por questões burocráticas; Agência burocrática não pode substituir prescrição médica; Necessário atender às normas do código de ética médica; Texto Constitucional é carta política; não há que se falar em quebra do princípio da isonomia; O direito à saúde é o mesmo para todas as pessoas, o que não implica que deva ser efetivado sempre da mesma maneira- não é necessário respeitar lista padronizada; Competência administrativa comum a todos os entes políticos; não há necessidade de item específico no orçamento para providências de extrema urgência no caso em que a pessoa necessita do medicamento para preservação de sua saúde, tampouco demonstrou o Estado ausência de recursos financeiros para o cumprimento da obrigação; a parte não tem necessidade de exaurir a via administrativa; a atividade médica não constitui

monopólio estatal, estando aberta à iniciativa privada e não necessitando o autor se submeter apenas à assistência médica pública para uso do recurso; o fornecimento de medicamentos pelo Estado é determinado de forma iterativa pelos tribunais; havendo direito subjetivo fundamental violado, não há ofensa aos princípios da tripartição de funções estatais e da discricionariedade da administração, e, no quadro da tutela do mínimo existencial, não se justifica inibição à efetividade do direito ofendido sob os escudos de limitações orçamentárias; o fornecimento do medicamento prescrito não trará consequências ao Administrador, quanto a sua responsabilidade fiscal, visto que a aquisição enquadra-se nas hipóteses de dispensa ou inexigibilidade de licitação (artigo 24, inciso IV, da Lei nº 8.666/93) além de estar respaldada em determinação judicial e também poder ser lançada mão de reserva de contingência; o direito independe do custo do medicamento; o médico é ciente dos riscos do medicamento e cabe a ele a decisão; essas decisões tem o objetivo de sanar falha de atendimento do próprio Estado; inafastabilidade de controle jurisdicional - função público-constitucional; não há necessidade de vinculação do produto à marca.

Modelo 2: Medicamento sem registro na ANVISA deve ser indeferido; não é cabido receber bens com recursos do SUS para serem utilizados na rede privada (vinculação do deferimento ao acompanhamento na rede pública); necessidade de considerar a capacidade dos hospitais públicos para os procedimentos - a decisão não pode “furar fila”; não há necessidade de vinculação do produto à marca.

Modelo 3: Outros

O modelo 1 é o modelo mais frequente (93%), como se observa na figura 5. Já com relação aos resultados das decisões temos abaixo a seguinte Quadro:

Quadro 12 – Distribuição dos modelos por resultado.

	A	B	C	D	E	F	Total
MODELO 1	69	105	4	5	2	1	186
MODELO 2	1	2		5			8
Outros	2					4	6
Total	72	107	4	10	2	5	200

Legenda:

A= Recurso provido (decisão de deferimento do pedido do autor, reformando decisão anterior);

B= Recurso improvido (mantida decisão de deferimento do pedido do autor);

C= Recurso improvido (mantida decisão de deferimento parcial do pedido do autor);

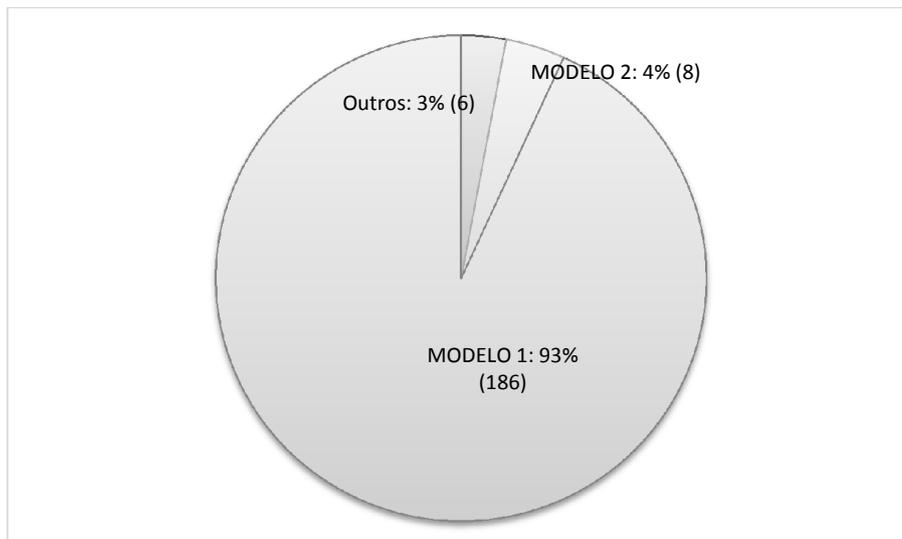
D= Recurso parcialmente provido;

E= Recurso improvido (mantida decisão de indeferimento do pedido do autor) e

F= Outros.

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Figura 4 - Distribuição dos modelos por número de processos.



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Assim, há predominância absoluta do modelo 1 (com 93%), sendo que 89,5% das decisões do tribunal são totalmente favoráveis aos autores, concedendo seus pedidos na integralidade. Apenas 7% dos interesses dos autores são parcialmente providos e 1% indeferidos.

3.3 A ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA

De acordo com o sítio eletrônico do órgão²¹, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo é uma instituição permanente cuja função, como expressão e instrumento do regime democrático, é oferecer aos cidadãos necessitados a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita. A instituição atua em qualquer espécie de caso que seja de competência da Justiça Estadual e declara sempre atuar em defesa de um cidadão ou de um grupo de cidadãos carentes²².

No Estado de São Paulo a Defensoria Pública foi criada pela Lei Complementar Estadual nº 988 de 9 de janeiro de 2006, sendo que a Constituição Federal a prevê como órgão de função essencial à Justiça. Apesar de ser instituição estadual, não é vinculada ao

²¹ <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/>, acesso em 4 de janeiro de 2016.

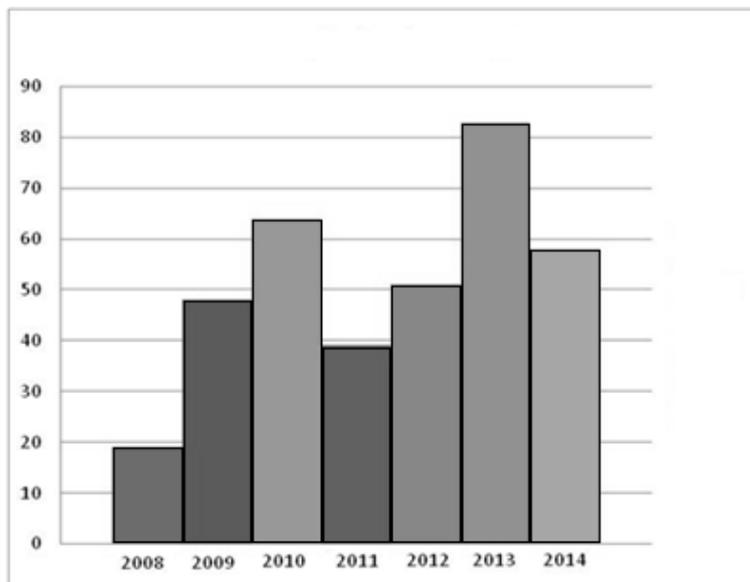
²² A Defensoria faz triagem para atendimento, sendo necessária prova documental da condição de pobreza, na acepção jurídica do termo (hipossuficiência).

governo. Sua autonomia é prevista pela Constituição Federal e é uma garantia para que os Defensores Públicos possam representar os direitos da população sem qualquer tipo de constrangimento. Internamente cada Defensor possui independência funcional para seguir livremente sua convicção em cada caso que atua. Atualmente há 719 Defensores Públicos no Estado de São Paulo, que trabalham em 65 unidades (Regionais) espalhadas por 43 cidades. Processos de parte dos municípios que integram as mesmas comarcas também são atendidos pelas Regionais, ou seja, as Regionais apenas assistem as pessoas domiciliadas no território da Comarca em que atuam e cujos processos possam ser propostos junto à justiça comum do Estado.

Em consulta direta à regional de Campinas da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, por meio de seu coordenador e defensores públicos atuantes nas ações estudadas, obteve-se uma série de informações pertinentes à análise do fenômeno. Pode-se traçar o número médio anual de processos patrocinados pela regional de Campinas cujas características são idênticas aos critérios de seleção da amostra e visualizar a evolução do número dessas ações de 2008 a 2014. Tal informação foi interessante no sentido de proporcionar uma visão da atuação no órgão no assunto e corroborar a representatividade da amostra estudada, cuja proporção de processos nos anos comparáveis é similar (vide figura 8).

A evolução da atuação da defensoria nas ações do tipo estudadas, como se vê na figura abaixo, teve crescimento contínuo de 2008 até 2010, caiu consideravelmente no ano de 2011, voltando a crescer em 2012 e registrando maior ápice em 2013. Em 2014 houve queda de atuação no número de ações. De acordo com a interpretação dos profissionais da gestão do órgão e dos defensores a maior parte dos processos com atuação da Defensoria são pedidos de medicamentos. Ainda de acordo com eles, os movimentos descritos de aumento e queda podem estar relacionados à incorporação dos pedidos pelo SUS, à maior informação da população sobre o recurso judicial e sobre os serviços da regional ou ainda, ao surgimento de novos tratamentos e tecnologias em saúde. Sob a perspectiva dos defensores públicos há uma tendência à queda desses números nos próximos anos especificamente em razão da incorporação de medicamentos pelo SUS.

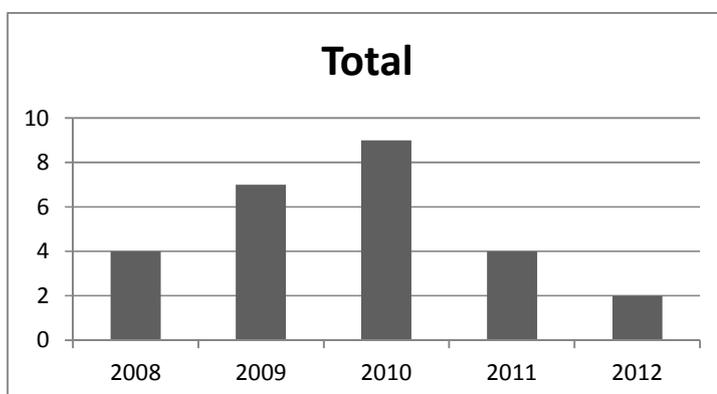
Figura 5 – Evolução das ações da regional da Defensoria Pública de 2008 a 2014, sendo o eixo y o número de ações.



Fonte: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Regional de Campinas. Elaboração própria

A correlação entre as proporções dos processos da amostra patrocinados pela defensoria e os da regional pode ser demonstrada pelo gráfico abaixo em comparação ao gráfico acima. Apenas o ano de 2012 não segue a mesma proporção, pois os critérios de seleção da amostra foram ações com decisão em segunda instância no ano de 2012, não sendo possível, portanto, que a amostra abarcasse a maior parte dos processos iniciados no ano de 2012 (por serem processos jovens e a maioria ainda sem recurso ou decisão recursal).

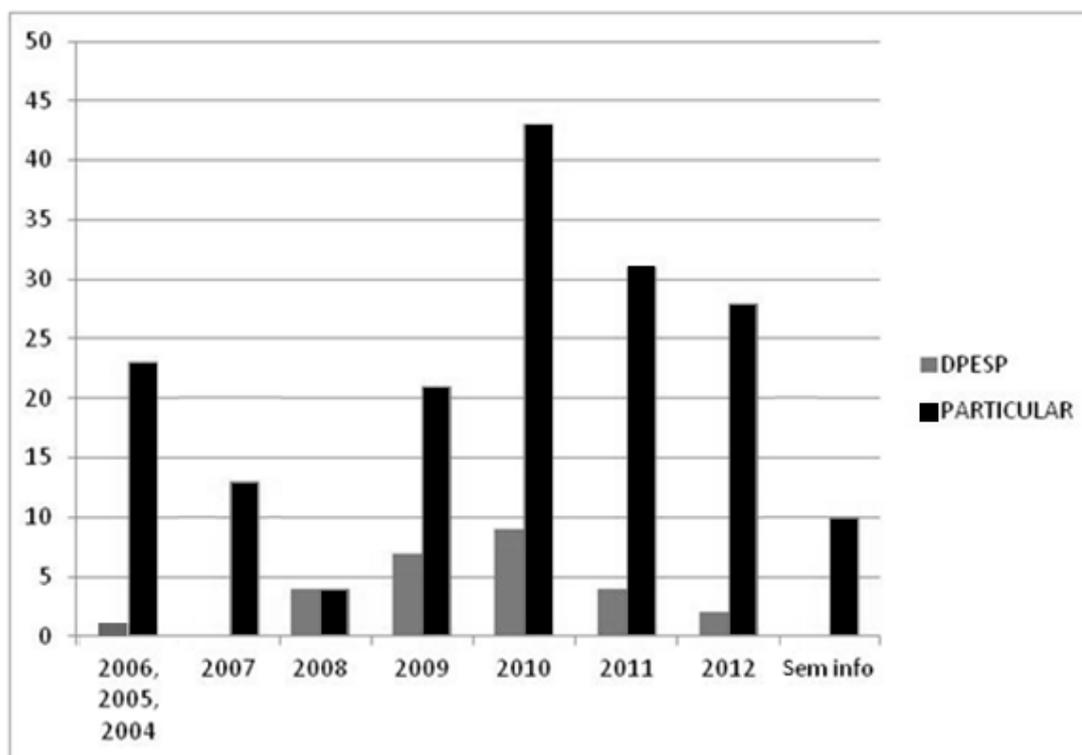
Figura 6 – Distribuição dos processos da amostra patrocinados pela Defensoria Pública por ano de início da ação (2008-2012).



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

As proporções anuais demonstradas dos processos da defensoria, tanto as brutas como as contidas na amostra, também se assemelham às proporções por ano das ações da amostra promovidas por advogados particulares. Veja-se o gráfico abaixo onde se comparam as ações da amostra movidas pela regional e as movidas por advogados particulares, observando, em especial, os mesmos períodos de alta e baixa das ações:

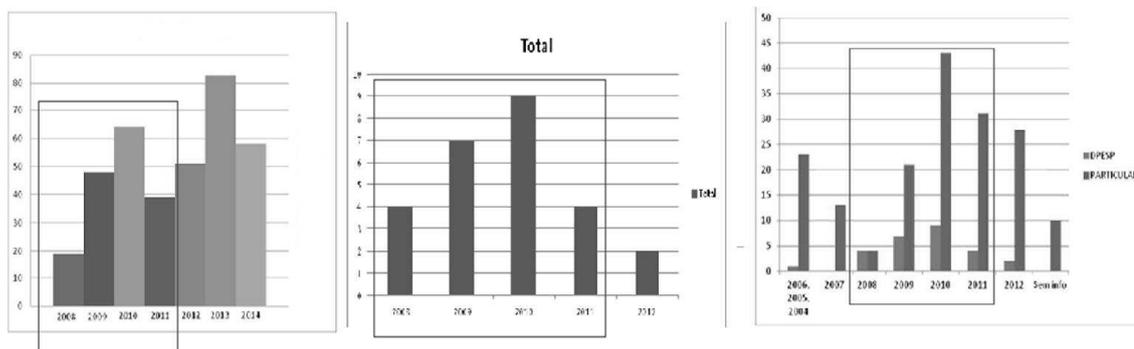
Figura 7 – Ações totais da amostra divididas pelo ano de início e tipo de patrocínio.



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Muito embora não se tenha o número bruto de todas as ações movidas na comarca durante os últimos anos, tais proporções expostas apontam a representatividade da amostra para demonstrar os movimentos gerais de depressão e alta das ações na comarca. Observe-se abaixo os movimentos gerais dos períodos comparáveis (2008, 2009, 2010 e 2011) dos gráficos 5, 6 e 7:

Figura 8 – Comparação entre os gráficos 5,6 e 7.



Obs: Períodos comparáveis dentro dos retângulos.

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Outra questão interessante, derivada da análise do local de domicílio dos autores das ações, é que, aparentemente, parece não haver diferença significativa entre onde vivem as pessoas patrocinadas pelos defensores públicos e os patrocinados por advogados. No anexo 3 (página 124) consta a distribuição das pessoas na comarca, contando com cerca de 70 domicílios declarados na época do início da ação. Esperava-se encontrar os autores das ações em áreas que, de alguma forma, se ligariam com sua declarada situação financeira, o que não ocorreu, principalmente quanto aos patrocinados pela regional da defensoria pública. Falando em outros termos, não parece haver o envolvimento da periferia da cidade nos pedidos estudados.

Cabe ressaltar, para análise do mapa, que a Defensoria Pública apenas atende pessoas que residam na comarca de Campinas, enquanto os advogados não tem essa restrição e optam por entrar com a ação na comarca em razão da sede da Sétima Diretoria Regional de Saúde se situar na cidade. Também, que a defensoria faz triagem para atendimento, sendo necessário prova documental da condição de hipossuficiência. Logo a frente capítulo específico foi dedicado à análise do citado mapa.

3.4 A ATUAÇÃO DOS ADVOGADOS E OUTRAS INSTITUIÇÕES

Este capítulo pretende expor as informações obtidas por meio de consulta aos advogados atuantes nos processos estudados. Foram realizadas conversas com 27 advogados, responsáveis por 78 processos da amostra. Esclarece-se que os dados para contato foram

obtidos por meio de vista aos próprios autos e pelo sítio da Ordem dos Advogados do Brasil. As conversas se deram por telefone, encontros presenciais e troca de e-mails. Convém também relembrar que o número total de advogados atuantes na amostra foi de 103, responsáveis por 173 processos. Infelizmente, não foi possível contatar todos eles por várias razões, entre elas, porque alguns não tinham seus dados atualizados, outros porque simplesmente afirmaram não estar disponíveis ou não quiseram falar e, ainda, aqueles que faleceram.

Dos advogados com os quais foi possível contato (27), foram coletadas informações sobre se o profissional fez a ação por motivações filantrópicas ou se cobrou por ela normalmente; sobre a relação mantida entre profissional e cliente (se amigos, parentes ou desconhecidos); sobre se o cliente ou advogado tiveram contato com instituição específica sobre o tema (ONGs, Associações, etc) e se isso foi a causa do contato entre ambos a fim de mover ação, bem como sobre quantas ações dessa natureza, em média, cada um dos advogados inicia por ano.

Com relação à primeira questão os advogados responderam de forma geral que cobraram normalmente pelas ações. Houve exceções em quatro processos: dois advogados disseram que um de seus casos se tratava de uma atuação remunerada pelo Estado por meio de participação do Convênio com a Defensoria Pública; outro disse que um de seus casos se tratava de ação movida em nome de sua esposa e outro que moveu a ação em nome de um tio.

Com relação à segunda questão, ou seja, sobre a relação mantida entre profissional e cliente, responderam de forma geral que o cliente era um como outro qualquer, não havendo nada de especial nas relações entre eles que não houvesse com relação aos clientes de outros tipos de ações. Houve duas exceções, já contidas também na questão anterior: um advogado que moveu ação em nome de sua esposa e outro que moveu em nome de seu tio. Também cabe ressaltar que boa parte dos advogados disseram que alguns clientes do tipo de ação estudada já fazem parte da clientela normal, que via de regra frequentam os mesmos espaços sociais e são pessoas comumente instruídas e de meios financeiros razoáveis. Todos os advogados foram uníssomos em dizer que não possuíam clientes em situação de pobreza²³ no que se refere às ações estudadas. Curiosamente, um dos profissionais relatou que, de seus clientes em cerca de 7 processos da amostra, todos “moravam no Alfa Ville”,

²³ O termo pobreza não foi abordado na acepção jurídica do termo, mas sim na acepção sociológica, ou seja, no que se relaciona às noções de escassez de recursos, desigualdade, vulnerabilidade e exclusão social. Os advogados declaram ter consciência do significado de pobreza nessa acepção.

condomínio de luxo bastante conhecido em Campinas – mais curiosamente ainda, verifica-se que alguns destes casos declaram outra localidade de domicílio nos autos.

No que tange a relação de cliente e advogado com instituição específica sobre o tema (ONGs, Associações, empresas, etc.) e se isso foi a causa do contato entre ambos a fim de mover a ação, a maioria dos advogados respondeu conhecer instituições que atuam na Comarca, mas que elas não são causa do contato com clientes. Houve 3 exceções: Três advogados relataram que é muito frequente que se mantenha contato com determinadas instituições não governamentais que indicam e encaminham clientes aos escritórios e afirmaram que isto é regra entre os profissionais com grande volume de ações dessa natureza. Um deles relatou que foi contratado por instituição sem fins lucrativos para mover esse tipo de ação, sendo os custos dos processos arcados pela própria instituição; disse também que alguns dos processos que iniciou enquanto advogado da instituição fazem parte da amostra estudada.

Já sobre o número de ações dessa natureza movidas por ano dentro e fora da comarca pelos advogados, as respostas foram variadas. Dois terços dos profissionais disseram que essas causas apareciam muito raramente, sendo que o processo constante da amostra era, muitas vezes, o único movido naquele ano. De forma geral esses dois terços disseram mover de um a dois processos do tipo ao ano. Já a outra parte declarou ingressar com uma grande quantidade desses processos todos os anos, seis deles em especial disseram mover entre 15 e 40 ações dessa natureza por ano e outro profissional disse chegar a 240 ações em um único ano. Vale ressaltar que ficou bem esclarecido aos advogados que a pergunta se tratava apenas de ações movidas contra o Estado (*latu sensu*) em todo território nacional.

Sobre a posição dos advogados com relação ao tema, todos declararam acreditar que a litigância é o único meio eficaz para reivindicar o direito do cliente. Afirmam que não há possibilidade de conciliação ou mediação com os representantes do poder público e nem é possível lançar mão de instrumentos administrativos para discussão do problema em razão da ausência ou ineficácia desses meios. Também afirmam categoricamente que a administração pública é falha na gestão dos recursos (fizeram menção maciça à corrupção e procrastinação), bem como que os recursos disponíveis, se bem geridos, seriam suficientes para fazer valer a garantia constitucional à saúde. Os profissionais explicitam com orgulho a importância das suas atuações.

Pode-se fazer várias considerações acerca das informações obtidas. A primeira é que fica bastante claro que os advogados tem consciência de que os processos não são

movidos pelas classes mais baixas da sociedade. A segunda é que aparentemente há um grupo de advogados que atua mais fortemente nesse tipo de ação.

A fala pode pôr em causa os aspectos éticos da atuação dos advogados, afinal, em todos os processos da amostra há pedido dos benefícios da justiça gratuita e declaração de uma situação financeira que, na maioria das vezes, não é condizente com a real condição do cliente. Também é possível que apenas os advogados acreditem que há um distanciamento justo entre o conceito de pobreza do sentido jurídico e o conceito de pobreza do sentido sociológico.

Além disso, há também que se considerar que os advogados parecem ter uma forte formação voltada para litigância²⁴, ficando evidente a indisposição em qualquer medida alternativa ou predisposição à conciliação e mediação.

As Instituições

Foi possível a identificação das duas principais instituições que atuam no tema de forma a servir de ponte entre advogado e cliente em parte das ações da amostra. São elas a ONG Saúde em Vida (Associação de Assistência a Portadores de Hepatites e Transplantados Hepáticos do Estado de São Paulo) e a AFAG (Associação dos Familiares, Amigos e Portadores de Doenças Graves). Outras informações, colhidas nos endereços eletrônicos dessas instituições e pela internet, indicam que pode existir uma relação entre elas e as empresas farmacêuticas, sugerindo uma possível influência dessas instituições na escolha dos médicos pelos pacientes e, conseqüentemente, no tratamento adotado.

A ONG Saúde em Vida foi fundada em 2003 e idealizada para orientar e conscientizar a população sobre as particularidades das hepatites virais. O trabalho da ONG sobre a doença engloba a divulgação de informação sobre seus efeitos, a sua propagação, os meios e formas de contaminação, as manifestações, os riscos, os métodos de detecção, tratamentos disponíveis, as maneiras de prevenção, as instituições e os profissionais especializados no tratamento da patologia e as possibilidades de recuperação.

Com duas unidades na região, uma em Campinas e outra em Limeira, a ONG Saúde em Vida foi fundada por portadores de hepatites e transplantados hepáticos. A ONG declara que promove o intercâmbio de informações com outras entidades para a realização de programas e projetos de interesse social, procurando realizar parcerias com profissionais da

²⁴ Litigância é a resolução de conflitos por meio do processo judicial.

área (infetologista, hematologista ou gastroenterologista) a fim de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos pacientes.

A organização Saúde em Vida inaugurou em Campinas, em setembro de 2009, a Casa da Hepatite. A Casa da Hepatite realiza exames gratuitos, visando o diagnóstico da doença e o atendimento da população em geral. No local também é oferecido gratuitamente atendimento médico e psicológico, exames laboratoriais, biopsias hepáticas e serviços de enfermagem. Também há notícias que fazem referência ao fato de que na Casa houve a implantação do Centro de Aplicação de *Interferon*²⁵ (medicamento usado para o combate de doenças virais, como a hepatite C), além de realizadas palestras sobre hepatites e reuniões com familiares e portadores da doença para a melhoria do convívio social e familiar e para o esclarecimento da população.

De março a outubro de 2009 a ONG Saúde em Vida realizou 27 campanhas educativas e abertas à população, algumas promovidas em lugares públicos e outras em empresas privadas nas cidades da região de Campinas (Piracicaba, Paulínia, Rio Claro, Araras, Limeira, Vinhedo, etc), nas quais foram realizados 5.795 testes de detecção da doença.

A ONG também estabeleceu parcerias com o Centro de Oncologia de Campinas a fim de promover campanhas sobre as formas de câncer relacionadas à hepatite. O Centro de Oncologia de Campinas, também conhecida como COC, é uma clínica privada que atende pacientes por meio de pagamento direto e por meio de convênios médicos. A clínica declara abertamente que a parceria com laboratórios é seu ponto forte, sendo que “novos medicamentos lançados no exterior são recebidos quase que imediatamente, garantindo ao paciente medicação de ponta”²⁶.

A ONG Saúde em Vida foi apontada pelos advogados como atora no processo de judicialização no Comarca de Campinas na medida em que informa os pacientes sobre a via judicial, indica advogados e até têm sua própria assessoria jurídica para esse fim específico. Como demonstrado, outras informações também indicam que existe uma relação estreita entre a ONG e instituições privadas, sugerindo a influências direta das empresas farmacêuticas na

²⁵ De acordo com a ANVISA, o Interferon costuma ser indicado para portadores do genótipo 1 da Hepatite Viral que nunca foram tratados e para aqueles que não tiveram sucesso com o tratamento disponível até o momento. Esse novo medicamento deve ser administrado em associação com outros dois medicamentos que já são utilizados no tratamento da Hepatite C, o Boceprevir e a Ribavirina, para que alcance o resultado esperado. Note-se o elevado índice de judicialização do Boceprevir e da Ribavirina nos processos estudados (pag 50 deste trabalho), lembrando-se que o Boceprevir foi incorporado pelo Ministério da Saúde apenas em julho de 2012.

²⁶ <http://www.oncologia.com.br/clinica.php>, acesso em 11 de novembro de 2015.

sua atuação e orientação dos pacientes, bem como uma possível influencia dessas instituições na escolha dos médicos e no tratamento adotado.

Já a AFAG, Associação dos Familiares, Amigos e Portadores de Doenças Graves, é uma entidade de abrangência nacional, sediada em Campinas e que, desde 2005, declara atuar na defesa dos direitos das pessoas acometidas por doenças raras e graves. A instituição tem como fim levar informação à população sobre doenças graves e raras, promover eventos de conscientização, apoiar outras associações com fins correlatos e ajudar na estruturação de unidades públicas de atendimento, visando com isso diminuir as diferenças e promover a dignidade da pessoa humana²⁷.

A AFAG mantém relação com dezenas de outras instituições, sediadas no Brasil, em países da América Latina e na Europa. Ela foi apresentada pelos advogados como uma das instituições que informa a população sobre a o recurso judicial.

Em consulta ao sítio eletrônico da associação pode-se constatar que a última cartilha lançada teve como título “Saúde ao alcance de todos: faça valer seus direitos”²⁸. Elaborada por uma advogada e dirigida aos pacientes, a cartilha tem informações práticas sobre direitos; modelo de requerimento para acesso a dados médicos; sobre a obrigação de fornecimento de tratamentos, exames médicos e insumos pelo SUS; sobre saúde suplementar e planos de saúde; Informações sobre isenções e abatimentos no IR, IPI, ICMS, IPVA, IOF, trazendo modelos de pedido de isenção e dedução; e ainda versando sobre tarifas de transporte público, liberação de PIS/PASEP, aposentadorias por invalidez, renda mensal vitalícia (benefício de prestação continuada), previdência privada, andamento prioritário de processos judiciais, além de referência completa à legislação que toca todos os assuntos.

A cartilha foi elaborada pela advogada Maria Cecília Mazzariol Volpe que é portadora de câncer no intestino desde 2001. Ela milita em favor da divulgação dos direitos assegurados pela Constituição aos doentes de câncer e outras doenças e matem relações com várias instituições privadas. A advogada também lançou cartilhas semelhantes junto à várias outras instituições. Por exemplo, uma versão da mesma cartilha lançada pela AFAG também foi lançada junto à clínica ONCOCAMP, Clínica particular para tratamento oncológico em Campinas. A clínica tem como carro chefe de marketing o uso de recursos técnico-científicos atualizados. Outra versão da cartilha também foi lançada em parceria ao Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), como o título “Câncer: Faça valer seus direitos”²⁹, sendo

²⁷ <http://www.afagbrasil.org.br/afag/>, acesso em 11 de novembro de 2015.

²⁸ <http://www.afagbrasil.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Cartilha.pdf>, acesso em 11 de novembro de 2015.

²⁹ <http://www.ibcc.org.br/upload/cartilha/cartilha.pdf>, acesso em 11/11/2015.

declarado na própria cartilha, pelo IBCC, que o objetivo da publicação é mostrar aos clientes que, além de oferecer profissionais altamente especializados e qualificados no tratamento dos mais diversos tipos de câncer, querem também levar ao conhecimento público informações importantes, como os direitos.

Em entrevista da Advogada dada à Folha de São Paulo em 28 de fevereiro de 2002³⁰ ela afirma que “é muito importante que as pessoas briguem por aquilo a que têm direito. Não cura, mas colabora muito com o êxito do tratamento”. Ela relata que todos devem ter consciência do direito de ter seu tratamento custeado integralmente pelo Estado e que não se pode esquecer que pagamos impostos para que isso aconteça. Também declara que autoriza a cópia integral da cartilha aos interessados em distribuir o conteúdo e espera obter o apoio de laboratórios e hospitais.

Todo o exposto aponta para a estrita relação, na medida de seus interesses, entre diversas instituições. As relações englobam laboratórios, clínicas, médicos, advogados e Associações sem fins lucrativos. Porém, há que se observar que os laboratórios e clínicas podem desenvolver mecanismos para estimular a orientação dos advogados para litigância, bem como a divulgação de informações que lhes é mais favorável por meio, inclusive, das próprias associações sem fins lucrativos.

Cabe lembrar que estas relações podem estar envolvidas em um processo bastante lucrativo para o setor privado e a criação dos mencionados mecanismo para melhor vender seus produtos ao setor público pode ser um bom investimento, quanto mais quando consideradas as ideologias econômicas vigentes e a ética praticada nas relações de mercado. É fato que o mercado de medicamentos e serviços/bens de saúde em geral movimenta muitos recursos econômicos e o Estado costuma ser um cliente bastante visado pelas empresas. Pode-se visualizar na Quadro abaixo o montante de recursos financeiros que a judicialização da saúde pública movimenta apenas do Estado de São Paulo por meio de pesquisa divulgada pela Secretaria de Saúde do Estado (SÃO PAULO, 2015). Veja-se:

³⁰ <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/equilibrio/eq2802200219.htm>, acesso em 22/11/2015.

QUADRO 13: Comparativo de valores gastos (R\$) para atendimentos de demandas judiciais. Itens com vinculação de marca e sem vinculação de marca. Valor estimado mensal.

CATEGORIA	MARCA	SEM MARCA	TOTAL
Medicamentos	2.846.324,16	2.436.618,83	5.282.942,99
Materiais	17.342.938,95	17.175.311,05	34.518.250,00
Nutrição / Dietas	1.276.869,37	1.001.860,82	2.278.730,19
Outros Itens	321.058,85	321.058,85	642.117,70
TOTAL GERAL	21.787.191,33	20.934.849,54	R\$ 42.722.040, 87

Fonte: Sistema de gerenciamento e controle de demandas judiciais (S-CODES). Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2015). Elaboração própria.

Isso significa que o mercado movimenta, por mês, em razão da judicialização, R\$ 42.722.040, 87 na compra de medicamentos, materiais, nutrição/dietas e outros itens adquiridos diretamente do setor privado e sem possibilidade de negociações, dada a compra feita de forma fragmentada e pressionada pelo tempo. Do total deste gasto estadual, R\$ 21.787.191,33 se referem à produtos com vinculação de marca. Os produtos com vinculação de marca são aqueles cuja decisão judicial que ordenou sua disponibilização também determinou qual marca específica o produto deve pertencer. Isso significa que a decisão vincula a administração pública à compra do produto da marca ordenada, sob pena de descumprimento da decisão. O impacto da vinculação à marca e da pressão da compra pelo tempo pode ser visto no seguinte exemplo: no caso das fraldas a média anual de dispensação do produto é de 69 diferentes tamanhos, modelos e marcas, gerando uma despesa média anual de R\$ 12.623.303,86. Em alguns casos, não classificados como produtos com vinculação de marca, a descrição do item a ser adquirido é tão detalhada que acaba por vincular o produto à determinada marca.

Os dados indicam que a indústria farmacêutica movimenta grande quantidade de recursos financeiros no Estado em razão desse fenômeno e é necessário considerar que as relações estabelecidas entre clínicas, farmacêuticas, médicos, advogados e associações sem fins lucrativos podem ser articuladas de forma a maximizar o ganho do mercado, em supressão dos interesses públicos. Caso essa hipótese de fato ocorra, o que não se sabe ao certo, também é possível que alguns atores envolvidos possam não ter consciência dos

estímulos que recebem para divulgação de determinadas informações e não discussão/disseminação de outras não favoráveis a esse mercado.

Considerados os possíveis mecanismos articulados pela indústria junto às relações entre clínicas, médicos, advogados e as associações sem fins lucrativos, bem como considerando a orientação dos advogados para o litígio judicial, fica a questão se não se estaria diante da chama “indústria das liminares”. A “indústria das liminares” é o nome dado ao movimento pelo qual o judiciário é usado por empresas como meio para melhor vender seus produtos. Tal indústria não é movimento novo no Brasil e costuma operar por meio da parceria entre médicos, clínicas, hospitais e fornecedores.

Várias notícias têm exposto esse possível problema em todo o Brasil. Por exemplo, o Jornal Folha de São Paulo noticiou, no caderno Equilíbrio e Saúde, por Gabriel Alves, em 20 de maio de 2015³¹, declarou que com o apoio de farmacêuticas, associações pedem mais remédios da lista do SUS:

Várias associações têm se dedicado a aumentar a quantidade de remédios oferecidos gratuitamente pelo SUS, a maioria com apoio da indústria farmacêutica.

Pacientes com diabetes, câncer e artrite reumatoide, por exemplo, tem seus grupos organizados de lobby.

A estratégia inclui utilizar o dinheiro das associações para agendar encontros e promover eventos, tentando influenciar políticos, formadores de opinião, médicos e técnicos do governo (...) (FOLHA DE SÃO PAULO, 2015)

O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) publicou em 23 de outubro de 2015 o artigo do Farmacêutico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Leandro Farias. Ele afirma que o judiciário vem assumindo, por meio da judicialização da saúde, uma função para a qual não é capacitado e lança a hipótese da existência de uma máfia no setor de saúde que manipula o judiciário:

Partindo da hipótese da existência de uma máfia no setor saúde, que envolve desde profissionais médicos, empresários, propagandistas, advogados e indústrias farmacêuticas, é perceptível que, em certas situações, ocorre manipulação orquestrada por esses entes sobre o Judiciário, muito por conta da discrepância de conhecimento técnico envolvendo esses atores, de maneira a beneficiar o lucro da máfia em razão de pareceres emitidos pelos magistrados a favor de tratamentos e medicamentos onerosos, que poderiam ser substituídos por outros de baixo custo, gerando uso desnecessário de recursos financeiros.

(...)

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ-SP) criou o Núcleo de Apoio Técnico e Mediação (NAT), de maneira a encaminhar as demandas

³¹ <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/05/1631178-com-apoio-de-farmaceuticas-associacoes-pedem-mais-remedios-na-lista-do-sus.shtml>, acesso em 08 de janeiro de 2016.

para especialistas da área que, em contrapartida, fazem análise prévia e emitem parecer técnico visando a resolução do conflito. O problema é que o NAT é composto por representantes de entidades como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e ANS, e tais entidades representam os interesses das operadoras de planos, e a agência que, apesar de pertencer a administração pública, desde a criação, em 2000, pelo governo FHC, tem sua diretoria composta pelos empresários da saúde. Estamos diante de nítido conflito de interesses (...)³²

Outras notícias, como a veiculada pela Globo³³, denunciaram a existência da “máfia das próteses e órteses” no fenômeno da judicialização pública e privada, descrevendo que médicos chegam a ganhar cerca de cem mil reais por mês em esquemas que desviam dinheiro do SUS e encarecem planos de saúde. A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Câmara dos Deputados que investiga o caso da Máfia das Órteses e Próteses aprovou, no dia 15 de julho de 2015, por unanimidade, o relatório final emitido pelo deputado André Fufuca (PEN-MA). No documento, o relator propõe a tramitação de quatro projetos de lei para coibir as fraudes no mercado de implantes médicos, que foram comprovadas. Os projetos trazem sugestões para modernizar a regulamentação do setor de implantes, barrar práticas comerciais abusivas, tipificar o crime de corrupção privada e dar transparência à relação entre médicos e empresários.

Em 2014 o então prefeito de Cuiabá, Mauro Mendes, denunciou uma suposta máfia das liminares concedidas pela Justiça. O prefeito declarou que pacientes ficam na fila e nunca conseguem ser operados pelos hospitais. Quando entram na Justiça, o hospital informa aos promotores e advogados o preço superfaturado de cirurgias. Ele exemplifica caso em que o valor cobrado por uma cirurgia imposta por liminar foi de R\$ 175 mil, sendo que o valor da mesma pelo convênio médico Unimed era de R\$ 35 mil. O prefeito ainda ressaltou que há dezenas de casos semelhantes e que acontecem principalmente na judicialização da saúde pública.³⁴

³² Publicação disponível em <http://cebes.org.br/2015/10/a-judicializacao-da-saude-e-suas-aberracoes/>, acesso em 08 de janeiro de 2016.

³³ <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/01/mafia-das-protese-coloca-vidas-em-risco-com-cirurgias-desnecessarias.html>, acesso em 08 de janeiro de 2016.

³⁴ <http://www.rdnews.com.br/executivo/saude-e-movida-por-mafia-e-liminares-superfaturadas-em-mt-diz-prefeito/55361>, acesso em 8 de janeiro de 2016.

3.5 O MAPEAMENTO DOS DEMANDANTES EM CONTRASTE AOS DADOS SOBRE O MUNICÍPIO

Por meio das informações do Plano Plurianual de Assistência Social para o Município de Campinas do período de 2010-2013, da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo e outros órgãos estaduais, federais e municipais (SEADE, IBGE, etc.), pode-se colher informações pertinentes sobre a cidade.

O Município de Campinas ocupa uma área de 795,7 Km² e possui uma população de 1.083.642 habitantes, sendo que 20,56% dessa população têm menos que 15 anos e 12,17% tem idade acima de 60 anos, segundo os dados da Fundação SEADE. Segundo as últimas estatísticas disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes a 2007, o Produto Interno Bruto (PIB) de Campinas supera 27 bilhões de reais, o que a coloca em 10º lugar entre os municípios brasileiros e o que corresponde a uma renda per capita anual de R\$ 26.133,00, valor 84% maior do que a média do Brasil e 15% superior à da população paulista. Apesar disso, de acordo com o senso demográfico do IBGE do ano de 2010, dentro os municípios da Região Metropolitana de Campinas³⁵, Campinas apresenta o maior índice de Gini (0,57), ou seja, o maior índice de desigualdade.

A taxa de urbanização do Município de Campinas subiu de 89,01% em 1980 para 98,34%, em 2000, ou seja, quase todas as pessoas da cidade moram em área urbana. A Região Administrativa do Município, onde se encontra a maior concentração populacional, é a Região Sul com 26,5%, seguida da Região Leste com 20,3%. No tocante ao aspecto socioeconômico, Campinas é classificada pela Fundação SEADE como um Município do Grupo 1 do IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social), ou seja, dentre “municípios com nível elevado de riqueza e bom níveis nos indicadores sociais”. Em duas dimensões do índice, riqueza e longevidade, a cidade tem um desempenho acima da média estadual, e o seu IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano) é de 0,85, também acima da média de São Paulo que é de 0,814.

Já o IDF, Índice de Desenvolvimento Familiar que mede as famílias cadastradas e beneficiárias do Programa Bolsa Família, fica em 0,60 de acordo com as informações prestadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Os destaques

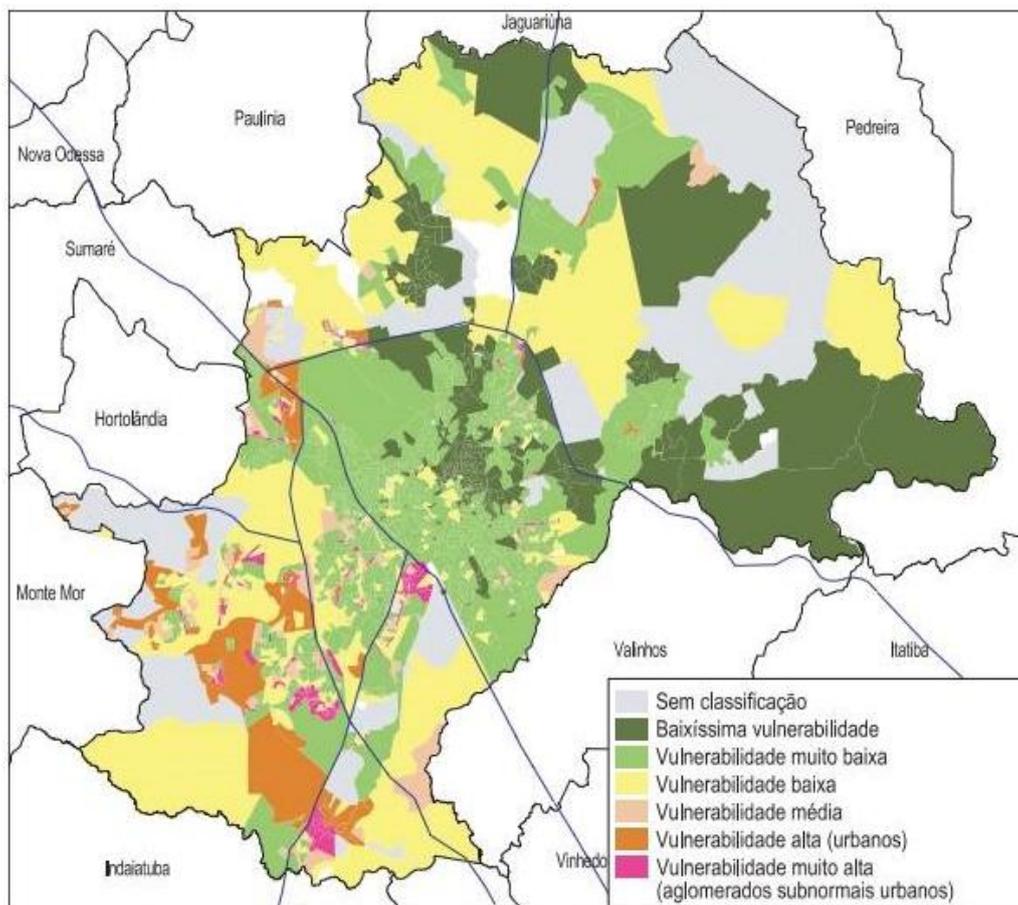
³⁵ Atualmente, o estado de São Paulo possui 4 regiões metropolitanas: Baixada Santista, Campinas, São Paulo e Vale do Paraíba e Litoral Norte. A RMC possui 19 municípios espalhados por um território de 3.645,67 km² e uma população estimada em 2.845.035 habitantes. Essa região é caracterizada por um complexo industrial moderno, com uma forte atuação de empresas e centros de pesquisas científicas e tecnológicas avançadas. A agroindústria e a produção agrícola também possuem um importante papel econômico na região. (SEADE, 2011)

positivos são o Desenvolvimento Infantil (0,94) e as Condições de Habitação (0,78). Por outro lado, os destaques negativos são o acesso ao trabalho (0,30) e o acesso ao conhecimento (0,45) dos titulares do benefício. Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do ano de 2006, estimava-se 26.998 de famílias pobres no município.

A Prefeitura Municipal declara que no Banco de Dados do Sistema Integrado de Gestão Municipal (SIGM), em abril de 2010, constavam 27.387 famílias inseridas no Programa Bolsa Família, 835 famílias no Programa Renda Cidadã do Governo Estadual e 3.008 no Programa Renda Mínima do Município.

A partir desses e de outros dados em vários níveis de gestão, em 2010, a Fundação SEADE, em parceria com a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, apresentou aos gestores públicos e aos cidadãos o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) para a cidade de Campinas. De acordo com a instituição, o índice pretende oferecer ao gestor público e à sociedade uma visão mais detalhada das condições de vida do seu município, com a identificação e a localização espacial das áreas que abrigam os segmentos populacionais mais vulneráveis à pobreza. Ainda de acordo com a instituição, esse objetivo foi alcançado por meio de uma tipologia de situações de vulnerabilidade que considera, além dos indicadores de renda, outros referentes à escolaridade e ao ciclo de vida familiar, identificando áreas geográficas segundo os graus de vulnerabilidade de sua população residente. (SÃO PAULO, 2010). Abaixo, mapa de vulnerabilidade confeccionado pela Fundação SEADE para a cidade de Campinas:

Figura 9 – Mapa de vulnerabilidade do município de Campinas de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade (IPVS) correspondente ao ano de 2010.



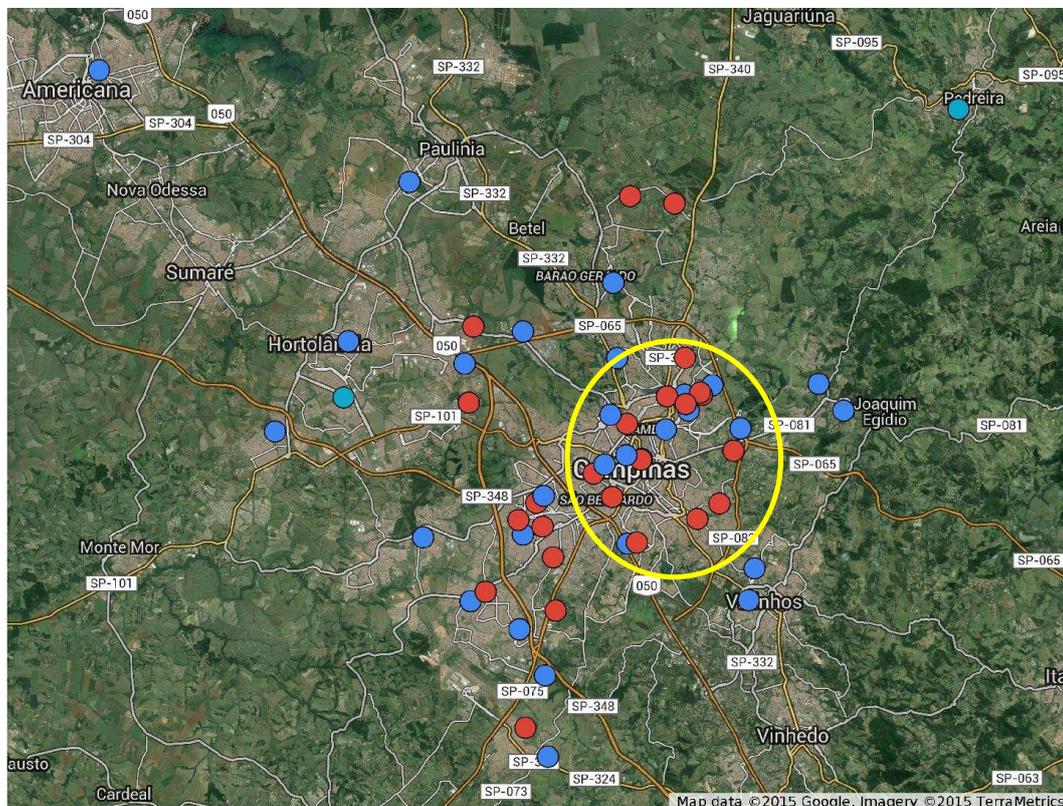
Fonte: Fundação Seade. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS.

Fonte: SÃO PAULO, 2010.

Da sobreposição entre o mapa de vulnerabilidade e o mapa elaborado neste estudo sobre a localização dos demandantes nos processos de judicialização da saúde, tem-se que poucos domicílios declarados nos processos estudados se situam nas regiões periféricas, ou seja, classificadas com o maior índice de vulnerabilidade (áreas em laranja e rosa). Além disso, embora a maior parte da população do município se situe na região sul, a maioria das demandas judiciais provêm de pessoas residentes em outras regiões. A seguir pode-se visualizar o mapa com a localização demandantes. A intersecção entre os mapas foi feita por meio de consulta de cada domicílio exato no *Google Earth* e *Google Maps* e a imagem tem apenas caráter ilustrativo já que não é capaz de determinar com exatidão em qual das regiões de vulnerabilidade o local se enquadra. Embora os dados colhidos nos processos sejam

públicos, procura-se resguardar o local exato de morada das pessoas envolvidas nos processos.

Figura 10 – Mapa dos demandantes.



Legenda:

Pontos vermelhos: pessoas patrocinadas pela DPESP

Pontos Azuis: pessoas com advogados particulares.

Obs: dentro do círculo amarelo se situam cerca de 50% das pessoas com domicílio catalogado. A visualização ficou deficiente em razão da sobreposição de pontos.

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria.

A análise do local de domicílio dos demandantes, em comparação ao mapa do Índice Paulista de Vulnerabilidade (IPVS), demonstrou, de forma geral, que as pessoas não estão situadas nas áreas geográficas de vulnerabilidade. Tal informação, somada à pouca distinção de localidade entre as pessoas patrocinadas pela Defensoria Pública e pelos advogados, bem como somada às informações dadas pelos advogados de que seus clientes não pertencem às classes mais baixas, indica fortemente que esse fenômeno não é um movimento dos extratos sociais menos favorecidos.

O fato de o fenômeno da judicialização não se referir às classes mais baixas não é assunto novo. Barroso (2007) declara que as políticas públicas de saúde deveriam reduzir as

desigualdades econômicas e sociais. Contudo, quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação das políticas de saúde, privilegia os que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial. Assim, a possibilidade de o Judiciário determinar a entrega gratuita de bens em saúde mais serviria à classe média que aos pobres. A exclusão dos pobres no fenômeno da judicialização poderia se aprofundar em razão de se transferir os recursos que dispensaria às classes mais baixas, por meio de programas institucionalizados, para o cumprimento de decisões judiciais, proferidas, em sua grande maioria, em benefício da classe média (BARROSO, 2007).

SOUZA NETO (2008), levantando outras pesquisas realizadas, expõe que há a predominância da classe média no fenômeno da judicialização da saúde, propiciando até uma concentração de renda por meio da ação do judiciário e causando a diminuição da capacidade estatal de prover serviços em saúde às pessoas mais pobres.

CHIEFFI (2009), por meio da análise dos registros eletrônicos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, afirma existir maior poder aquisitivo entre as pessoas que ingressam com o recurso judicial em saúde e que esse fato causa um impacto negativo na gestão do SUS.

3.6 EXPOSIÇÃO DOS DADOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE EM COMPARAÇÃO COM OS DADOS OBTIDOS NESTE ESTUDO

Este capítulo pretende fazer uma breve exposição dos dados já existentes referentes ao fenômeno da judicialização da saúde no Estado de São Paulo, em especial os disponibilizados pela secretaria Estadual da Saúde, e traçar algumas comparações entre eles e os dados obtidos neste estudo.

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo disponibilizou informações sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Estado por meio de uma recente apresentação feita na *II Jornada de Direito da Saúde*, evento promovido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) nos dias 18 a 19 de maio de 2015 e realizado na cidade de São Paulo junto à sede do Tribunal de Justiça Estadual³⁶. Os dados apresentados incluíram informações provenientes de todas as Diretorias Regionais de Saúde do Estado no período compreendido entre os anos de 2011 e 2014.

³⁶ Página do evento: <http://www.cnj.jus.br/eventos-campanhas/evento/133-ii-jornada-de-direito-a-saude>, acesso em 8 de janeiro de 2016.

Os resultados organizados pela Secretaria apontaram que houve no período aproximadamente 43.000 ações judiciais em atendimento³⁷ pelas regionais em todo o Estado, sendo aproximadamente 93% propostas contra a Fazenda Estadual, 6% em face do Estado e Município e menos de 1% em face da União. De todas as demandas atendidas 69% eram instruídas por prescrição de médico particular e 93% dos medicamentos eram prescritos extraordinários ao SUS. Dos itens pedidos cerca de 50% eram itens exclusivos, ou seja, correspondiam a compra de determinado item para um único paciente. 24% das demandas determinavam a compra de marca específica. 4% eram importados sem registro na ANVISA. A secretaria também avaliou que a maioria dos processos possuía precária justificativa clínica e probatória, que o pedido era sempre fornecido por meio de liminares ou em antecipações de tutela (em primeiro ou segundo grau), bem como que não havia, de forma geral, solicitação administrativa prévia.

Comparando esses primeiros dados da Secretaria com os obtidos na comarca de Campinas por meio deste estudo, pode-se dizer que neste caso também há a predominância das ações propostas em face do Estado; que a primeira decisão sobre o pedido de urgência disponibiliza o pedido de pronto e sem muitas considerações, bem como que é comum que a etapa administrativa seja ignorada, indo os demandantes diretamente para a via judicial.

Com relação aos números brutos, a Secretaria expos que no ano de 2011 houve 11.633 ações cadastradas no Estado, em 2012 houve 12.031, em 2013 14.080 e em 2014 14.383, totalizando 52.127 ações cadastradas no sistema (nem todas ativas ou atendidas naquele mesmo período³⁸). A Secretaria também distribuiu o número de ações pelas Diretorias Regionais de Saúde responsáveis pelo cumprimento da ordem (ações em atendimento), resultando na seguinte Quadro:

³⁷ Quando a secretaria usa o termo “em atendimento” significa que recebeu ordem judicial para fornecimento de determinado bem/serviço.

³⁸ Como o sistema não conseguiu diferenciar as ações por data de início ou mesmo fazer distinção entre as ações ativas e as arquivadas, não foi possível neste trabalho usar dessa informação para compor o quadro de aumento e depressão no número de ações por ano.

QUADRO 14: Diretoras Regionais de Saúde e o índice de judicialização para cada 10 mil habitantes. Quatriênio 2011-2014.

Regional de Saúde	2011	2012	2013	2014
	Índice	Índice	Índice	Índice
DRS 01 - Grande São Paulo	4,17	4,24	4,29	4,22
DRS 02 - Araçatuba	9,50	10,63	13,33	16,33
DRS 03 - Araraquara	8,52	9,00	9,65	10,41
DRS 04 - Baixada Santista	4,25	6,16	6,77	6,05
DRS 05 - Barretos	30,87	41,68	53,35	70,71
DRS 06 - Bauru	18,27	18,95	19,99	21,18
DRS 07 - Campinas	3,08	3,19	3,52	3,92
DRS 08 - Franca	21,70	23,28	23,95	27,74
DRS 09 - Marília	5,58	6,75	8,11	9,81
DRS 10 - Piracicaba	3,08	3,56	3,91	3,93
DRS 11 - Presidente Prudente	13,50	16,60	19,53	23,89
DRS 12 - Registro	0,44	0,55	0,51	0,73
DRS 13 - Ribeirão Preto	16,05	20,69	25,25	32,07
DRS 14 - São João da Boa Vista	9,10	11,01	11,83	13,03
DRS 15 - São José do Rio Preto	33,14	36,34	39,75	42,77
DRS 16 - Sorocaba	3,16	3,52	4,25	5,87
DRS 17 - Taubaté	2,75	3,18	3,58	3,72
Total Geral	6,86	7,62	8,84	9,25

* Índice por 10.000 habitantes

Fonte: População 2011 a 2013 Fundação Seade

Fonte: População 2014: Estimativa Fundação Seade Fev.2015

Fonte: Nº de Ações Judiciais S-CODES 31/12/2014

Fonte: Quadro elaborada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. (SÃO PAULO, 2015)

Interessante observar que da distribuição da judicialização a cada dez mil habitantes no território das regionais, Campinas é uma das que apresenta menor índice.

O tribunal também disponibilizou informações sobre as principais doenças envolvidas nos pleitos, bem como os principais medicamentos. Veja-se as Quadros abaixo:

QUADRO 15: 20 primeiras patologias com maior número de ações:

20 PRIMEIROS COM MAIOR NÚMERO DE AÇÕES PATOLOGIAS

Base da extração: 06.05.2015

Nº	CID'S	DESCRIÇÕES	Ações Judiciais	% Em Relação ao Total	Programas de política de Saúde
1	E10	Diabetes mellitus insulino-dependente	9.242	10,49%	AB
2	E14	Diabetes mellitus não especificado	3.414	3,88%	AB
3	G30	Doença de Alzheimer	2.688	3,05%	PCDT
4	E11	Diabetes mellitus não-insulino-dependente	2.644	3,00%	AB
5	F90	Transtornos hipercinéticos	2.390	2,71%	-
6	G47	Distúrbios do sono	2.272	2,58%	-
7	I10	Hipertensão essencial (primária)	2.075	2,36%	AB
8	B18	Hepatite viral crônica	1.909	2,17%	PCDT
9	H35	Outros transtornos da retina	1.719	1,95%	PCDT
10	G80	Paralisia cerebral infantil	1.643	1,87%	-
11	I64	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	1.501	1,70%	AB + CEAF
12	M81	Osteoporose sem fratura patológica	1.403	1,59%	PCDT
13	N18	Insuficiência renal crônica	1.316	1,49%	PCDT
14	G40	Epilepsia	1.276	1,45%	PCDT
15	R69	Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade	1.249	1,42%	-
16	C50	Neoplasia maligna da mama	1.220	1,39%	CACON
17	M17	Gonartrose [artrose do joelho]	1.199	1,36%	-
18	F20	Esquizofrenia	980	1,11%	PCDT
19	F32	Episódios depressivos	930	1,06%	DOSE CERTA
20	C61	Neoplasia maligna da próstata	834	0,95%	CACON
Total - Top 20			41.904	47,58%	
Outras Doenças			46.165	52,42%	

AB = Atenção Básica

PCDT = Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas

CACON = Centros de Alta Complexidade em Oncologia

CEAF = Componente especializado de Assistência Farmacêutica

Fonte: Quadro elaborada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. (SÃO PAULO, 2015)

QUADRO 16: Quantidade de ações judiciais ativas por medicamento e tratamento SUS. Top 20 medicamentos. Informação extraída em 06.05.2015.

Nº	Descrição dos itens	Doença	Possui tratamento SUS/ Equivalência terapêutica
1	Insulina Glargina - 100 Ui - 3 MI - Refil/ Unidade/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina; Glibenclamida; Glicazida.
2	Insulina Lispro- 100 Ui - 3 MI - Refil/Unidade/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina; Glibenclamida; Glicazida.
3	Insulina Asparte - 100 Ui/MI 3 MI - Refil/Unidade/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina; Glibenclamida; Glicazida.
4	Insulina Lispro - 100 Ui/MI 10 MI - Frasco-Ampola/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina; Glibenclamida; Glicazida.
5	Insulina Glargina - 100 Ui/MI 10 MI - Frasco-Ampola/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina;

			Glibenclamida; Glicazida.
6	Clopidogrel/ 75 Mg/ Comprimido/ Sem marca	Doença isquêmica crônica do coração	Clopidogrel 75 Mg
7	Insulina Glargina - 100 Ui/ML - Caneta descartável/ Unidade/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina; Glibenclamida; Glicazida.
8	Insulina Asparte - 100 Ui/ML - Caneta descartável/ Unidade/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina; Glibenclamida; Glicazida.
9	Insulina Asparte - 100 Ui/ML 10 ML - Frasco Ampola/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina; Glibenclamida; Glicazida.
10	Ranibizumabe/ 10 Mg/ML - 0,23 ML/ Ampola/ Sem marca	Outros transtornos de retina	-
11	Ácido Acetilsalicílico/ 100 Mg/ Comprimido/ Sem marca	Outros	Ácido Acetilsalicílico
12	Omeprazol/20 Mg/ Comprimido/ Sem marca	Hipertensão	Cimetidina
13	Insulina Detemir - 100 Ui/ML - Refil/ Unidade/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina; Glibenclamida; Glicazida.
14	Cloridrato de Cinacalcete/ 30 Mg/ Comprimido revestido/ Sem marca	Insuficiência renal crônica	Calcitriol/ Sevelamer
15	Insulina Detemir - 100 Ui/ML - Caneta descartável/ Unidade/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina; Glibenclamida; Glicazida.
16	Ácido Zoledrônico/ 5 Mg/ 100 ML/ Frasco-Ampola/ Sem marca	Osteoporose sem fratura patológica	Alendronato de sódio; Risedronato de sódio; Pamidronato dissódico; Carbonato de cálcio; Carbonato de cálcio+ Vitamina D3; Calcitonina; Raloxifeno; Estrogênios conjugados.
17	Glicosamina + Condroitina/ 1,5 G + 1,2 G/ Sache/ Sem marca	Outras artroses	Anti-inflamatórios; Fisioterapia
18	Rosuvastatina/ 10 Mg/ Comprimido/ Sem marca	Hipercolesterolemia	Sinvastatina; Atorvastatina; Fluvastatin; Lovastatina; Pravastatina.
19	Metformina/ 850 Mg/ Comprimido/ Sem marca	Diabetes	Insulina Humana Regular; Insulina Humana NPH; Clor. Metformina; Glibenclamida; Glicazida.
20	Losartana/ 50 Mg/ Comprimido/ Sem marca	Hipertensão	Propranolol 40 Mg

Observação: As insulinas análogas representam aproximadamente ¼ das Ações judiciais no Estado apesar de sua NÃO RECOMENDAÇÃO pela CONITEC.

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2015). Elaboração própria.

Com relação aos pedidos e as doenças, em comparação com a comarca de Campinas, há a liderança de pedidos de insulinas análogas para pessoas com diabetes, bem como a ocorrência comum de outros pedidos e doenças das listas, como o medicamento Ranibizumabi e as neoplasias malignas (enquadradas no estudo da comarca apenas como câncer). Porém,

algumas doenças, como mesmo o próprio câncer, parecem ser mais judicializadas na comarca de Campinas que no resto do Estado. Apesar disso, convém ressaltar que a Secretaria descreve que, no ano de 2014, os gastos com CACON (Centro de Alta Complexidade em Oncologia) em razão de ordens judiciais foi de quase 58 milhões, perdendo apenas para os gastos com cumprimentos de ordem para componentes especializados, com os quais foram despendidos quase 75 milhões naquele ano. Outros gastos com componentes básicos e componentes estratégicos foram de cerca de 1,7 milhões cada. Os pedidos de Fraldas somaram despesa de cerca de 12 milhões e os importados sem registro na ANVISA 56,4 milhões.³⁹

Na Quadro abaixo também pode-se verificar o custo mensal dos 20 medicamentos mais judicializados, o que evidencia o impacto das ações judiciais no orçamento público, chegando a aproximadamente 330 milhões ao ano apenas em medicamentos.

QUADRO 17: Maior valor de consumo por mês:

Nº	Descrição dos itens	R\$ Estimado Mês	Doença	Alternativa Terapêutica
1	Ecuzimab/ 10 Mg/ ML - Solução Injetável - 30 ML/ Frasco ampola/ Sem marca	3.568.667,87	Anemia Hemolítica Adquirida	-
2	Sofosbuvir/ 400 Mg/ Comprimido revestido/ Sem marca	3.029.226,48	Hepatite viral crônica C	Interferon; Rinabirina; Telaprevir e boceprevir
3	Rituximabe/ 500 Mg/ Frasco-Ampola/ Sem marca	2.680.344,94	Artrite reumatóide soro-positiva	Em migração
4	Infliximabe/ 10 Mg/ ML - Pó Liófilo - 10 l/ Frasco-Ampola/ Sem marca	2.350.794,08	Psoríase	Em migração
5	Galsulfase/ 1 Mg/ML - Solução injetável - 5 ML/ Frasco-Ampola/ Sem marca	1.866.913,28	Distúrbio de metabolismo do glicosaminoglicano	-
6	Rituximabe/ 10 Mg/ML - 0,23 ML/ Ampola/ Sem marca	1.690.137,80	Outros transtornos de retina	-

³⁹ O financiamento das ações de saúde é organizado em linhas, conforme Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007. A Assistência Farmacêutica constitui uma dessas linhas e se divide em três Componentes: Componente Básico, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado. No básico enquadram-se medicamentos e insumos essenciais, destinados a doenças e agravos mais prevalentes e cujo âmbito está na atenção primárias em saúde. O especializado trata de medicamentos para assistência integral à saúde, com linhas de cuidado conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Já o estratégico trata de medicamentos para o tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas, como HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, doença de chagas, etc. O financiamento da Assistência Farmacêutica não abrange os medicamentos de uso hospitalar, os quais estão contemplados pela parte da Atenção de Média e Alta Complexidade. Os medicamentos de uso oncológico são disponibilizados por estabelecimentos credenciados no SUS os quais são reembolsados com o lançamento dos procedimentos no subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

7	Ledipasvir + Sofosbuvir/ 90 Mg + 400 Mg/ Comprimido/ Sem marca	1.535.153,26	Hepatite viral crônica C	Interferon; Rinabirina; Telaprevir e boceprevir
8	Cloridrato de Fingolimode/ 0,50 Mg/ Cápsula gelatinosa/ Sem marca	1.356.253,08	Esclerose múltipla	Em migração
9	Idursulfase/ 2 Mg/ML - Solução Injetável - 3 ML/ Unidade/ Sem marca	1.333.295,08	Distúrbio de metabolismo do glicosaminoglicano	-
10	Insulina/ Glargina - 100 Ui/ ML- Refil/ Unidade Marca	1.185.860,83	Diabetes mellitus insulino-dependente	Insulina NPH
11	Abiraterone/ 250 Mg/ Comprimido/ Sem marca	994.354,56	Neoplasia maligna de próstata	-
12	Cloridrato de CinacalceteQ 40 Mg/ Comprimido revestido/ Sem marca	930.722,40	Insuficiência renal crônica	Sevelamer e Alfacalcidol
13	Betagalsidade/ 35 Mg- Pó Liófilo Injetável - 20 ML/ Frasco/ Sem mara	884.742,84	Distúrbios do metabolismo de esfingolípides e outros distúrbios de depósito de lípides	-
14	Adalimumabe/ 40 Mg- Solução injetável - 0,8 ML/ Frasco- Ampola/ Sem marca	877.540,95	Outras artrites reumatóides	Em migração
15	Simeprevir Sódico/ 150 Mg/ Cápsula/ Sem marca	870.098,77	Hepatite viral crônica C	Interferon; Rinabirina; Telaprevir e boceprevir
16	Declatasvir/ 60Mg/ Cápsula Sem marca	833.695,21	Hepatite viral crônica C	Interferon; Rinabirina; Telaprevir e boceprevir
17	Laronidase/ 2,9 Mg - Suloção injetável - 5 ML/ Frasco/ Sem marca	777.688,80	Distúrbios do metabolismo do glicosaminoglicano	-
18	Alfalglicosidade/ 50 Mg - Pó Liófilo Injetável/ Ampola/ Sem marca	708.455,44	Outros distúrbios do metabolismo de carboidratos	-
19	Omalizumabe/ 150 Mg- Pó Liófilo Injetável + solução diluente/ Ampola/ Sem marca	622.030,08	Asma	Formoterol+ budesonida
20	Etanercepte/ 50 Mg - Solução Injetável - 1,0 ML/ Frasco- Ampola/ Sem marca	598.606,88	Psoríase	Em migração
		28.694.582,64		

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2015). Elaboração própria.

Já o cálculo da Secretaria para a proporção de gastos médios entre medicamentos, material e nutrição/dietas foi de, respectivamente, 70%, 20% e 10%. Também na comarca de Campinas o maior impacto da judicialização está no pedido de medicamentos.

Com relação ao tipo de patrono, a Secretaria também conseguiu determinar as distribuições pelas Regionais e valor gasto, lembrando que a secretaria considera o valor que foi efetivamente desembolsado pelos cofres públicos. Os dados mostram que os advogados particulares atuam em número bem maior de ações que a Defensoria Pública ou Ministério Público, seja no Estado, seja na Comarca de Campinas, bem como que os valores das ordens provenientes do âmbito da Regional de Campinas são menos expressivos que os das outras regionais, em razão no menor índice de judicialização.

QUADRO 18: Distribuição de ações por tipo de patrono e valor do gasto. Demandas ativas. Informação extraída pela Secretaria em 06/05/2015.

Unidade dispensadora	Não informado		Advogado		Defensor Público		Promotor		Total	
	Ord	Valor	Ord	Valor	Ord	Valor	Ord	Valor	Ord	Valor
UD 01 - Grande São Paulo	348	1.245.999,16	6.850	25.406.411,92	994	2.063.774,93	91	448.704,21	8.283	29.164.890,22
UD 02 - Araçatuba	216	442.598,74	494	687.981,63	593	438.965,62	9	2.259,47	1.312	1.571.805,46
UD 03 - Araraquara	200	343.708,22	703	1.180.111,85	626	1.221.778,68	17	62.585,04	1.546	2.808.183,79
UD 04 - Baixada Santista	226	204.773,01	610	1.225.965,92	31	76.684,63	138	169.649,93	1.005	1.677.073,49
UD 05 - Barretos	539	340.572,95	2.136	1.601.321,36	37	49.843,34			2.712	1.991.737,65
UD 06 - Bauru	419	1.943.167,66	2.998	9.382.943,20	346	1.053.835,59	144	151.816,80	3.907	12.531.763,25
UD 07 - Campinas	137	346.638,33	1.582	4.395.707,69	108	206.147,11	18	12.097,03	1.845	4.960.590,16
UD 08 - Franca	200	219.287,88	1.965	3.079.782,88	334	357.085,64	68	100.493,17	2.567	3.756.649,57
UD 09 - Marília	118	154.317,81	641	1.186.291,74	281	375.171,22	71	62.270,09	1.111	1.778.050,86
UD 10 - Piracicaba	76	54.706,98	438	762.777,46	53	61.466,30	5	1.622,72	572	880.573,46
UD 11 - Presidente Prudente	122	288.078,23	1.581	3.822.529,76	25	133.332,29	616	847.634,47	2.344	5.091.574,75
UD 12 - Registro	8	27.062,98	15	24.751,57	4	731,46	5	8.665,27	32	61.211,28
UD 13 - Ribeirão Preto	1163	2.085.438,37	1.371	3.059.688,05	313	1.103.504,26	2.877	3.127.163,24	5.724	9.375.793,92
UD 14 - São João da Boa Vista	46	154.081,61	1.057	1.078.770,23			13	19.879,13	1.116	1.252.730,97
UD 15 - São José do Rio Preto	266	185.993,77	5.928	5.544.474,59	84	97.340,10	132	208.795,73	6.410	6.036.604,19
UD 16 - Sorocaba	229	326.610,00	1.133	1.406.884,82	93	147.926,15	45	72.954,63	1.500	1.954.375,60
UD 17 - Tubatã	58	163.136,40	397	613.854,42	388	180.497,93	39	39.741,32	882	997.230,07
Total	4371	8.526.172,10	29.899	64.460.249,09	4310	7.568.085,25	4288	5.336.332,25	42.868	85.890.838,69

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2015). Elaboração própria.

A apresentação da Secretaria frisa a existência de excentricidades nas ordens judiciais recebidas, como pedidos de absorventes, achocolatados diet, adoçantes, antisséptico bucal, amido de milho, colchão, condicionador de cabelos, hidratantes, entre outros. O estudo feito na comarca de Campinas não identificou estas excentricidades com tanta frequência, aparecendo dentre os pedidos atípicos apenas fraldas, dietas e insumos.

As considerações finais da Secretaria indicam que i) as ordens com vinculação de marca saem muito mais caro para o Estado que as ordens sem vinculação de marca; ii) que o elenco de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) não é de conhecimento de grande parte dos médicos e dos pacientes, bem como que os médicos consideram o elenco dos medicamentos da RENAME insuficientes para o atual perfil nosológico da população ou simplesmente a desconsideram; iii) que as solicitações de medicamentos não padronizados impactam, tanto financeiramente como tecnicamente, a política e gestão da saúde no Estado; iv) que os usuários, médicos e operadores do direito veem como obrigação do SUS o fornecimento de todo e qualquer medicamento; v) desconhecimento ou não reconhecimento da incorporação tecnologia SUS-CONITEC; vi) as decisões judiciais são concedidas liminarmente, independentemente da situação clínica ou produto; vii) nas decisões judiciais não são consideradas as recomendações do CNJ⁴⁰.

⁴⁰ A partir dos resultados da Audiência Pública nº 4, realizada pelo STF em maio e abril de 2009, o CNJ constituiu um grupo de trabalho (Portaria n. 650, de 20 de novembro de 2009). Os trabalhos do grupo culminaram na aprovação da Recomendação n. 31, de 30 de março de 2010, pelo Plenário do CNJ que traça diretrizes aos magistrados quanto às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde. A recomendação constitui-se basicamente nos seguintes pontos:

- a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais;
- b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:
 - b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;
 - b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;
 - b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;
 - b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;
 - b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas;
- c) incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria individualizada no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, de acordo com a relação mínima de disciplinas estabelecida pela Resolução 75/2009 do Conselho Nacional de Justiça;
- d) promovam, para fins de conhecimento prático de funcionamento, visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo geral analisar o fenômeno da judicialização da saúde na Comarca de Campinas partindo da análise de um conjunto de processos judiciais em um período recente. Foram objetivos específicos (i) descrever como a justiça comum civil de primeiro e segundo grau do Estado de São Paulo, nas ações oriundas da comarca de Campinas, tem se manifestado em suas decisões sobre o acesso às ações e aos serviços públicos de saúde; (ii) descrever os elementos do contexto dessas demandas judiciais e (iii) analisar a dinâmica desses elementos.

Com relação a descrição de como o judiciário tem lidado com o tema, pode-se concluir pela incongruência entre as posições dos juízes de primeira e de segunda instância. Os juízes de primeira instância têm maior variedade de elementos de convicção em suas decisões no que tange ao deferimento ou indeferimento do pedido dos autores das ações estudadas. Tal variedade vem relacionada à patologia dos autores, ao tratamento pedido, à urgência e às convicções de cada julgador. De forma geral, em primeira instância, 58% das decisões deferiram o pedido do autor, 37% indeferiram o pedido do autor e 5% deferiram parcialmente o pedido do autor. Já em segunda instância há a padronização das decisões para o deferimento dos pedidos dos autores, sendo que 89,5% das decisões do tribunal são totalmente favoráveis aos autores, 7% parcialmente favoráveis e 1% não favoráveis.

Esse distanciamento decisório em sede dos mesmos casos entre primeira e segunda instância está relacionado à posição adotada pelo Tribunal Estadual, que segue as orientações dos Tribunais Superiores. Já a maior variedade de decisões encontradas em primeira instância é mais complexa de ser explicada. Uma hipótese é de que a proximidade entre o juiz, patronos, autor, réu e, inclusive, administradores públicos locais, é maior e faz com que o julgador pondere mais em suas decisões levando em consideração elementos específicos de cada caso concreto, não se vinculando tão fortemente às orientações dos Tribunais Superiores.

Quanto aos elementos do contexto dos processos estudados, pode-se descrever os mais relevantes, quais sejam, os aspectos gerais das demandas, a atuação dos patronos e a

II. Recomendar à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados - ENFAM, à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho - ENAMAT e às Escolas de Magistratura Federais e Estaduais que:

- a) incorporem o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados;
- b) promovam a realização de seminários para estudo e mobilização na área da saúde, congregando magistrados, membros do ministério público e gestores, no sentido de propiciar maior entrosamento sobre a matéria.

atuação de outras instituições. De acordo com os dados coletados sobre os aspectos gerais dos processos, a esfera estadual é a mais demandada nas ações. As crianças, os adolescentes e os idosos tem pouca incidência como autores nessas ações. Há predominância de mandados de segurança. A maioria dos autores tem advogado particular e se declara hipossuficiente. As doenças crônicas representam uma quantidade expressiva das demandas judiciais, com ênfase para câncer e diabetes. O valor da causa não corresponde ao valor anual dos pedidos, mesmo quando plenamente liquidáveis. Os valores dos bens demandados são expressivos. Há maior prioridade de julgamento dos recursos cujo resultado tenha sido negativo para autor. A primeira decisão sobre o pedido de urgência não costuma demorar mais que seis meses e, em geral, defere o pedido do autor (63% dos processos tem o pedido do autor deferido em até seis meses, seja em primeira ou em segunda instância).

No que se refere à atuação da Defensoria Pública, foi possível traçar o número médio anual de processos patrocinados pela regional de Campinas e visualizar a evolução do número dessas ações de 2008 a 2014. Tal informação proporcionou uma visão da atuação do órgão no assunto e corroborou a representatividade da amostra estudada, cuja proporção de processos nos anos comparáveis é similar.

Sobre a atuação dos advogados, constatou-se que a maioria dos profissionais cobrou normalmente pelas ações e que os clientes nos processos estudados não tinham características específicas que os diferenciassem significativamente dos clientes em ações de outros tipos, bem como que esses clientes possuíam meios financeiros razoáveis. Dois terços dos advogados movem de um a dois processos do tipo ao ano e um terço ingressa com grande quantidade desses processos todos os anos. Existe a convicção dos profissionais de que a litigância é o único meio eficaz para reivindicar o direito do cliente, não havendo possibilidade de conciliação ou mediação com os representantes do poder público e não sendo possível lançar mão de instrumentos administrativos para discussão do problema em razão da ausência ou ineficácia desses instrumentos. Por fim, também foi possível constatar que instituições específicas não governamentais atuam no contexto.

Pode-se fazer várias considerações acerca da atuação dos advogados. A primeira é que os profissionais tem consciência de que os processos não são movidos pelas classes mais baixas da sociedade; a segunda é que aparentemente há um grupo de advogados que atua mais fortemente nesse tipo de ação. Tais aspectos põem em causa questões éticas da atuação dos advogados, afinal, em todos os processos da amostra há pedido de benefícios da justiça gratuita e declaração de uma situação financeira que, na maioria das vezes, não é condizente com a real condição do cliente. Por outro lado, também é possível que os advogados apenas

entendam existir um distanciamento entre a concessão da justiça gratuita e o estado de pobreza real do cliente. Além disso, há também que se considerar que os advogados parecem ter uma forte formação voltada para litigância, existindo indisposição para o uso de medidas alternativas e da conciliação e mediação.

Com relação a atuação de outras instituições, foi possível a identificação de duas instituições que atuam no tema de forma a servir de ponte entre advogado e cliente em parte das ações da amostra. São elas a ONG Saúde em Vida (Associação de Assistência a Portadores de Hepatites e Transplantados Hepáticos do Estado de São Paulo) e a AFAG (Associação dos Familiares, Amigos e Portadores de Doenças Graves). A primeira é identificada como atora no fenômeno de judicialização na Comarca de Campinas na medida em que informa os pacientes sobre a via judicial, indica advogados e têm sua própria assessoria jurídica para esse fim específico. Já a segunda é apontada como atora no fenômeno na medida em que informa a população sobre o recurso judicial e como buscá-lo.

As informações coletadas apontam para a existência de relações entre laboratórios, clínicas, médicos, advogados e as associações sem fins lucrativos. Estas relações podem estar sendo usadas pela indústria na formação e articulação de mecanismos para melhor vender seus produtos ao setor público. Os dados demonstram que a indústria farmacêutica movimenta significativa monta de recursos financeiros no Estado em razão do fenômeno da judicialização e, por isto, faz-se necessário considerar que as relações estabelecidas entre clínicas, farmacêuticas, médicos, advogados e associações sem fins lucrativos podem ser articuladas de forma a maximizar o ganho do mercado, em supressão aos interesses públicos. Caso essa hipótese se confirme, também é possível que alguns atores envolvidos possam não ter plena consciência dos estímulos que recebem para divulgação de determinadas informações e não discussão/disseminação de outras não favoráveis a esse mercado.

Considerados os possíveis mecanismos articulados pela indústria junto às relações entre clínicas, médicos, advogados e as associações sem fins lucrativos, bem como considerando a orientação dos advogados para o litígio judicial, fica a questão se não estaríamos diante da chamada “indústria das liminares”.

Outro aspecto que não se pode deixar de fazer considerações é o da localização geográfica dos demandantes. A análise do local de domicílio dos autores com patrocínio pela Defensoria Pública demonstrou que, aparentemente, não há diferença significativa sobre onde vivem as pessoas patrocinadas pelos defensores públicos e as patrocinadas por advogados. Tal análise também demonstrou que, em comparação ao mapa do Índice Paulista de

Vulnerabilidade (IPVS) para a cidade de Campinas, os demandantes, de forma geral, não estão situados nas áreas geográficas de vulnerabilidade. A constatação, somada com as afirmações dadas pelos advogados de que os clientes não pertencem às classes mais baixas, indica que esse fenômeno não é um movimento dos extratos sociais menos favorecidos.

Este estudo, por meio da diversidade da natureza dos elementos considerados e analisados, buscou mostrar o que o caso de Campinas revela sobre a judicialização da saúde pública. E o que este caso nos mostra é uma realidade geral ignorada ao nível dos “autos processuais” nos tribunais. Enquanto muitas instituições, como o CNJ, a CONITEC e a OMS, divulgam uma série de recomendações quanto à complexidade do tema no que tange à judicialização da saúde pública, o judiciário acaba por ignorar as principais discussões, que nem sempre chegam aos autos. Em uma realidade local em que o fenômeno da judicialização da saúde pública não contempla os extratos mais baixos da sociedade e é permeado pelas pouco esclarecidas relações entre seus atores, o judiciário se mantém exógeno à realidade fática, que vai muito além de aspectos eminentemente jurídicos. Esta afirmação não busca deslegitimar ou desqualificar completamente a interferência judicial no tema, mas mostrar que o judiciário carece de conhecimento sobre os elementos da realidade em que atua e que, agindo de forma não articulada como os outros membros do poder público, não é capaz de realmente mitigar o problema da saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ANNANDALE, Ellen. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Polity Press, Cambridge, 1998.
- ARISTOTES. *A Política*. Tradução de Mendo Castro Henriques. VEGA. Lisboa, 1998.
- ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria.; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun. 2009.
- BARBOZA, Estefânia Maria de Queiroz; KOZICKI, Katya. Judicialização da política e controle judicial de políticas públicas. *Rev. direito GV*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 059-085, Junho, 2012.
- BARCELLOS, Ana Paula. Neoconstitucionalismo, Direitos fundamentais e controle das Políticas Públicas. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, n. 240, p. 83-103, abr./jun. 2005.
- BARROSO, Luís Roberto, Neoconstitucionalismo: um triunfo tardio do direito constitucional no Brasil. *Revista Forense*, Rio de Janeiro, v. 102, n. 384, p.71-104, mar/abr. 2006.
- BARROSO, Luís Roberto. *Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial*. Rio de Janeiro, 2007. Trabalho desenvolvido por solicitação da Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>, acesso em 08 de janeiro de 2016.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Editora Campus, Rio de Janeiro, 1992.
- BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. 19 ed. São Paulo: Malheiros, 2006.
- BRITO, Renata Janaina de Sousa. *A judicialização do direito à saúde: uma revisão bibliográfica da produção científica nacional*. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais). Universidade de Brasília, Brasília, 2011.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. *O conceito de política pública em direito*. Editada Saraiva, São Paulo, 2006.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 6. Ed. rev. Coimbra: Almedina, 1993.

CARLINI, Angélica Lucía. *Judicialização da saúde no Brasil: causas e possibilidades de solução*. Tese de doutorado. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2012.

CARVALHO, Ernani Rodrigues. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 23, p. 127-139, Nov. 2004.

CARVALHO, José Murilo. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CECHIN, José. *Os poderes regulatórios. A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva, 2008.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, Aug. 2009.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *A Constituição na vida dos povos: da idade média ao século vinte e um*. São Paulo: Saraiva, 2010.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. *Physis*, v. 20, n. 1, p. 57-75. Rio de Janeiro, 2010.

DIAS, Hélio Pereira. Direito Sanitário. *ANVISA*. 2013. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/artigos/artigo_direito_sanitario.pdf. Acesso em 4 outubro de 2013.

ENGELMANN, Fabiano; CUNHA FILHO, Marcio Camargo. Ações judiciais, conteúdos políticos: uma proposta de análise para o caso brasileiro. *Rev. Sociol. Polit.* Curitiba, v. 21, n. 45, Mar. 2013.

FERREIRA, Jaqueline; ESPIRITO SANTO, Wanda. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Mangueiras, Rio de Janeiro. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2012.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpa; PEPE, Vera Lúcia Edais. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, supl. 1, 2013.

FLEURY, Sônia Maria. *A questão Democrática da Saúde. Estados sem cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FLEURY, Sônia Maria. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n.93, p. 159-162, abr./jun.2012.

FLEURY, Sônia Maria. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). *Rev. adm. empres.* São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, dec. 2009.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Com apoio de farmacêuticas, associações pedem mais remédios da lista do SUS*. Caderno Equilíbrio e Saúde. São Paulo, 2015. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/05/1631178-com-apoio-de-farmacenticas-associacoes-pedem-mais-remedios-na-lista-do-sus.shtml>, acesso em 8 de janeiro de 2016.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica: uma arqueologia do saber médico*. 2. ed. Rio de Janeiro. 1963.

GIOVANELLA, Ligia. *et al.* (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

GREGORI, Maria Stella. Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. 2. ed. São Paulo. *Revista dos Tribunais*, 2010.

HERZLICH, Claudine. *Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14, páginas 383-394, 2004.

LUNES, Roberto; CUBILLOS-TURRIAGO, Leonardo; ESCOBAR, Maria Luísa. Universal health coverage and litigation in Latin America. *Rev. Em Breve*. N. 178, Word Bank, July, Washington D.C., 2012.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, ago. 2012.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Suelli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, fev. 2007.

MARSHALL, Thomas Humphrey. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1967.

MATIAS-PEREIRA, José. *Manual de Gestão Pública Contemporânea*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização da educação. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, Volume 16, Número 1, p 135-142, São Paulo, janeiro/junho, 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso off label: erro ou necessidade?, *Rev. Saúde Pública*. vol.46, n.2, pp. 395-397, 2012.

MONTEIRO, Renato Leite. Análise Econômica Do Direito: uma visão didática. *Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI*. São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, Rodrigo Silva. *A Judicialização da Saúde: reflexões iniciais para pensar o enfrentamento das expressões da “questão social” pelo Estado capitalista contemporâneo*. Trabalho de conclusão de curso. UFRJ. Rio de Janeiro. 2013.

PANDOLFO, Mércia; DELDUQUE, Maria Célia; AMARAL, Rita Goreti. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Rev. salud pública*, Bogotá, v. 14, n. 2, abr. 2012.

PEPE, Vera Lúcia Edais *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

PINHEIRO, Ivan Antônio; VIEIRA, Luciano José Martins; MOTTA, Paulo César Delayti. Mandando Montesquieu às favas: o caso do não cumprimento dos preceitos constitucionais de independência dos três poderes da república. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, dez. 2011.

PINHO, Rita Roque. *Prescrição de medicamentos off-label - Liberdade e responsabilidade*. Disponível em <http://www.newsfarma.pt/artigos/2278-prescri%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos-off-label-liberdade-e-responsabilidade>, acesso em 05 de janeiro de 2016.

PORTO, Antônio José Maristrello. *Análise Econômica do Direito (AED)*. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2013.

RAMOS, Elival da Silva. *Ativismo judicial: parâmetros dogmáticos*. São Pulo: Saraiva, 2010.

RIBEIRO, Danielle Sachetto. *O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?*. Dissertação de Mestrado. UFJF. 2014.

SANTOS. Boaventura de Sousa. O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, p. 13-74, 1987.

SÃO PAULO (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. 2010. Relatório disponível em http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/ipvs/principais_resultados.pdf, acesso em 7 de dezembro de 2015.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Judicialização em Saúde no Estado de São Paulo. *II Jornada de Direito da Saúde*. CNJ, São Paulo, 2015. Apresentação disponível em “<http://www.cnj.jus.br/eventos-campanhas/evento/133-ii-jornada-de-direito-a-saude>”, acesso em 7 de dezembro de 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 10. Ed, p. 340-341, Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da Pessoa Humana e os Direitos Fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, Virgílio Afonso. *Direitos sociais: fundamentação, judicialização e direitos sociais em espécies*, Lumen Juris, p 587-598, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA. Hudson Pacífico. Dimensões da saúde no Brasil: proteção social, inovação tecnológica e acumulação de capital. (Tese). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

SOUKI, Lea Guimarães. Atualidade de T. H. Marshall no Estudo da cidadania no Brasil. *Revista Civitas*, Vol. 6, nº 1, 2006.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira. A Justiciabilidade dos Direitos Sociais: Críticas e Parâmetros. *Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. p. 515-551. Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2008.

STAKE, Robert. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Tradução de Karla Reis. Revisão técnica de Nilda Jacks. Editora Penso, Porto Alegre, 2011.

SUNSTEIN, Cass. *Health- Health trade-offs. Free Market and Social Justice*. Oxford University Press. New York. 1997.

TATE, Neal; VALLINDER, Torbjörn (Org.). *The global expansion of Judicial Power: The Judicialization of Politics*. Nova York; Londres: New York University Press, 1995.

TAVARES, André Ramos. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2012.

TORRES, Ricardo Lobo. A jusfundamentabilidade dos direitos sociais. *Revista de Direito da Associação dos Procuradores do Novo Estado do Rio de Janeiro*, v.12, Rio de Janeiro, 2003.

VENTURA, Miriam *et al*, Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, Abr. 2008.

YEPES, Rodrigo Uprimny. A judicialização da política na Colômbia: casos, potencialidades e riscos. *Sur, Rev. int. direitos humanos*, vol.4, n.6, pp. 52-69, 2007.

YIN, Robert. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2005.

7. ANEXOS

ANEXO 1

Tabulações cruzadas

Tabulação cruzada Serviço principal demandado * Enfermidade principal

Contagem

		Enfermidade principal						Total
		Câncer	Diabetes	Degeneração miópica	Hepatite	Psoríase	Outras enfermidades	
Serviço principal demandado	Tratamento radioterápico (Braquiterapia)	12	0	0	0	0	0	12
	Insulinas + insumos básicos para aplicação	0	32	0	0	0	0	32
	2 + conjunto integrado de sistema de infusão contínua ou similar e todos os insumos regulares do aparelho	0	15	0	0	0	0	15
	Infliximabe	0	0	0	0	4	0	4
	Boceprevir e/ou Ribavirina e/ou Peginterferon	0	0	0	10	0	0	10
	Lucentis (Ranibizumabe) (sozinho ou com outros)	0	0	14	0	0	1	15

Fraldas e/ou dieta enteral (suplemento alimentar) + outros medicamentos ou não	0	3	0	0	0	8	11
Anastrozol	4	0	0	0	0	0	4
Próteses e produtos ortopédicos (Perna, auditiva, quadril e outras)	0	0	0	0	0	9	9
Serviços (cirurgias, procedimentos diversos, exames e atendimentos com médicos especialistas)	1	0	0	0	0	5	6
Outras demandas	23	7	0	1	2	46	79
Sinvastatina e outros	0	0	0	0	0	3	3
Total	40	57	14	11	6	72	200

Tabulação cruzada Juíz da ação * Resultado da Decisão recorrida

Contagem

		Resultado da Decisão recorrida			Total
		Pedido do autor deferido	Pedido do autor indeferido	Pedido do autor deferido parcialmente	
Juíz da ação	Juiz Wagner Roby Gidaro	20	28	3	51
	Juiz Mauro Iuji Fukumoto	32	40	5	77

Juiza Substituta Eliane Da Camara Leite Ferreira	31	0	1	32
Outros Juizes Substitutos	13	4	2	19
Juizes de Paulínia e seus substitutos	14	0	0	14
Total	110	72	11	193

Tabulação cruzada Serviço principal demandado * Valor mensal do medicamento

Contagem

		Valor mensal do medicamento				Total
		1 a 1000	1001 a 5000	5001 a 20000	Mais de 20000	
Serviço principal demandado	Tratamento radioterápico (Braquiterapia)	0	1	10	1	12
	Insulinas + insumos básicos para aplicação	8	10	0	5	23
	2 + conjunto integrado de sistema de infusão contínua ou similar e todos os insumos regulares do aparelho	2	1	7	0	10
	Infliximabe	0	4	0	0	4
	Boceprevir e/ou Ribavirina e/ou Peginterferon	0	1	9	0	10
	Lucentis (Ranibizumabe) (sozinho ou com outros)	0	14	1	0	15

Fraldas e/ou dieta enteral (suplemento alimentar) + outros medicamentos ou não	9	1	0	0	10
Anastrozol	4	0	0	0	4
Próteses e produtos ortopédicos (Perna, auditiva, quadril e outras)	1	4	1	0	6
Serviços (cirurgias, procedimentos diversos, exames e atendimentos com médicos especialistas)	0	1	0	0	1
Outras demandas	37	14	12	6	69
Sinvastatina e outros	0	1	0	0	1
Total	61	52	40	12	165

Tabulação cruzada Advogado do autor * Justiça gratuita

Contagem

		Justiça gratuita		Total
		Sim	Não	
Advogado do autor	Particular	172	1	173
	Defensor Público	27	0	27
Total		199	1	200

Tabulação cruzada Resultado da decisão do tribunal * Resultado da Decisão recorrida

Contagem

		Resultado da Decisão recorrida			Total
		Pedido do autor deferido	Pedido do autor indeferido	Pedido do autor deferido parcialmente	
Resultado da decisão do tribunal	Recurso provido - decisão de deferimento do pedido do autor, reformando decisão anterior	0	66	6	72
	Recurso improvido - mantida decisão de deferimento do pedido do autor	107	0	0	107
	Recurso improvido - mantida decisão de deferimento parcial do pedido do autor	0	0	4	4
	Recurso parcialmente provido	6	4	0	10
	Recurso improvido - mantida decisão de indeferimento do pedido do autor	0	2	0	2
	Outros	3	1	1	5
Total	116	73	11	200	

Tabulação cruzada Valor da causa em reais * Valor mensal do medicamento

Contagem

		Valor mensal do medicamento				Total
		1 a 1000	1001 a 5000	5001 a 20000	Mais de 20000	
Valor da causa em reais	Até 1000	39	25	22	8	94
	De 1001 até 5000	8	6	13	2	29
	De 5001 até 10000	5	7	0	1	13
	Mais de 10000	4	8	2	0	14
Total		56	46	37	11	150

Tabulação cruzada Argumentos gerais das decisões recorridas * Resultado da Decisão recorrida

Contagem

		Resultado da Decisão recorrida			Total
		Pedido do autor deferido	Pedido do autor indeferido	Pedido do autor deferido parcialmente	
Argumentos gerais das decisões recorridas	Solidariedade entre os entes da federação; Direito à saúde amplamente amparado na CF	65	1	2	68
	A autoridade não tem obrigação de fornecer o medicamento pleiteado porque já padronizou outros	13	57	7	77

	Direito à saúde + comprovação da necessidade (atestado médico suficiente)	0	8	2	10
	Compete à coletividade suprir a necessidade do autor + princípio da integralidade da atenção	16	0	0	16
	Não há fundamentação nos autos eletrônicos e outros	22	7	0	29
Total		116	73	11	200

Tabulação cruzada Data da liminar * Ano de início da ação

Contagem

		Ano de início da ação						Total	
		2012	2011	2010	2009	2008	2007		Anterior a 2007
Data da liminar	Liminar apreciada em até um mês a contar da data da propositura da ação	3	18	32	22	6	9	5	95
	Liminar apreciada em mais de 1 mês a contar da data da propositura da ação	0	8	19	6	2	2	11	48

Total	3	26	51	28	8	11	16	143
-------	---	----	----	----	---	----	----	-----

Tabulação cruzada Data da decisão do tribunal que julgou o agravo de instrumento * Ano de início da ação

Contagem

		Ano de início da ação							Total
		2012	2011	2010	2009	2008	2007	Anterior a 2007	
Data da decisão do tribunal que julgou o agravo de instrumento	Apreciada em até 2 meses a contar da data da liminar	2	6	4	4	0	0	1	17
	Apreciada em mais de 2 meses a contar da data da liminar	0	1	2	3	0	0	0	6
	Não houve recurso/liminar	28	28	46	21	8	13	23	167
Total		30	35	52	28	8	13	24	190

Tabulação cruzada Data da decisão recorrida * Ano de início da ação

Contagem

		Ano de início da ação							Total
		2012	2011	2010	2009	2008	2007	Anterior a 2007	
Data da decisão recorrida	2010	0	0	10	18	2	1	4	35
	2011	0	33	34	6	1	1	3	78
	2012	29	2	8	3	0	1	0	43
	2005,2006,2007,2008,2009 e 2013	0	0	0	1	5	7	14	27
Total		29	35	52	28	8	10	21	183

Tabulação cruzada Data decisão do tribunal * Ano de início da ação

Contagem

		Ano de início da ação							Total
		2012	2011	2010	2009	2008	2007	Anterior a 2007	
Data decisão do tribunal	Decisão em até seis meses a contar da data da decisão recorrida	25	3	5	2	0	0	1	36
	Decisão em até um ano a contar da data da decisão recorrida	4	24	20	4	0	2	0	54
	Decisão em mais de um ano a contar da data da decisão recorrida	0	8	27	22	8	8	20	93
Total		29	35	52	28	8	10	21	183

Tabulação cruzada Data decisão do tribunal * Data da decisão recorrida

Contagem

		Data da decisão recorrida				Total
		2010	2011	2012	2005,2006,2007,2008,2009 e 2013	
Data decisão do tribunal	Decisão em até seis meses a contar da data da decisão recorrida	0	1	34	1	36

	Decisão em até um ano a contar da data da decisão recorrida	0	45	9	0	54
	Decisão em mais de um ano a contar da data da decisão recorrida	35	32	0	26	93
Total		35	78	43	27	183

Tabulação cruzada Ano de início da ação * Enfermidade principal

Contagem

		Enfermidade principal						Total
		Câncer	Diabetes	Degeneração miópica	Hepatite	Psoríase	Outras enfermidades	
Ano de início da ação	2012	3	7	0	10	0	10	30
	2011	9	16	5	0	0	5	35
	2010	13	17	2	0	1	19	52
	2009	3	9	7	1	0	8	28
	2008	4	2	0	0	0	2	8
	2007	3	3	0	0	1	6	13
	Anterior a 2007	4	2	0	0	0	18	24
Total		39	56	14	11	2	68	190

Tabulação cruzada Resultado do agravo de instrumento * Enfermidade principal

Contagem

		Enfermidade principal					Total	
		Câncer	Diabetes	Degeneração miópica	Hepatite	Psoríase		Outras enfermidades
Resultado do agravo de instrumento	Não houve recurso (porque não houve liminar ou por falta de interesse)	40	48	9	9	6	66	178
	Pedido do autor deferido	0	9	5	2	0	5	21
	Pedido não conhecido pelo tribunal	0	0	0	0	0	1	1
Total		40	57	14	11	6	72	200

Tabulação cruzada Resultado da Decisão recorrida * Enfermidade principal

Contagem

		Enfermidade principal					Total	
		Câncer	Diabetes	Degeneração miópica	Hepatite	Psoríase		Outras enfermidades
Resultado da Decisão recorrida	Pedido do autor deferido	37	20	9	0	6	44	116
	Pedido do autor indeferido	2	35	4	11	0	21	73
	Pedido do autor deferido parcialmente	1	2	1	0	0	7	11
Total		40	57	14	11	6	72	200

Tabulação cruzada Resultado da decisão do tribunal * Enfermidade principal

Contagem

		Enfermidade principal					Total	
		Câncer	Diabetes	Degeneração miópica	Hepatite	Psoríase		Outras enfermidades
Resultado da decisão do tribunal	Recurso provido - decisão de deferimento do pedido do autor, reformando decisão anterior	3	31	4	11	0	23	72
	Recurso improvido - mantida decisão de deferimento do pedido do autor	34	18	8	0	6	41	107
	Recurso improvido - mantida decisão de deferimento parcial do pedido do autor	0	0	1	0	0	3	4
	Recurso parcialmente provido	1	5	1	0	0	3	10

Recurso improvido - mantida decisão de indeferimento do pedido do autor	0	1	0	0	0	1	2
Outros	2	2	0	0	0	1	5
Total	40	57	14	11	6	72	200

Tabulação cruzada valor anual do bem demandado* tipo de patrono

VALOR ANUAL DO BEM DEMANDADO (R\$)	ADVOGADO PARTICULAR	DEFENSOR PÚBLICO
300	1	
360	1	
420	1	
645,24	1	
768	1	
795,96	1	
817,92		1
840	1	
898,8	1	
928,08	1	
960	1	
994,56	1	
1010,88	1	
1072,8	1	
1140		1
1150,8	1	
1200	1	
1229,04		1
1369,8	1	
1680	1	

1725,6		1
1798,8	1	
1800	1	
2038,8		1
2070		1
2114,04	1	
2160	2	
2249,52		1
2304	1	
2389,56	1	
2400	1	
2880	1	
3000		1
3422,28	1	
4022,4		1
4138,68	1	
4200		1
4320	1	1
4588,08	1	
4673,04	1	
5122,68	1	
5136	1	
5760	1	
6000	2	
6230,4		1
6504	1	
7920		1
8040		1
8238,6	1	
8323,92	1	
8400	1	
9141,48	1	

9377,4	1	
9434,28	1	
9758,64	1	
9879,48	1	
10560	1	
11253,12	1	
14141,16	1	
14400	3	1
14604	1	
17212,8		1
18000		1
18240	1	
20697,6	1	
21600	1	
24000	1	
25560	1	
30000	1	
30924	1	
31200		1
31227,6		1
32517,48	1	
34064,64	1	
38962,8	1	
39377,28	1	
39984	1	
42000	1	
43200	1	
44400	1	
46140	1	
46898,88	2	
48736,8	1	
48856,8	1	

49200	4	
51960	14	2
55398,72	1	
57345,6	1	
61646,4	1	
70800	1	
72000		1
78000	1	
81600	1	
81960	1	
83988	1	
84000	1	
86400	1	
86640	1	1
96000	1	
108000	4	
114876	1	
120000	1	
122160	2	
125124	1	
142075,92	1	
145260	1	
152760	1	
156000	1	
161463,6	1	
163539,6	1	
164112	1	
189091,92	9	
189093,12	1	
204000	1	
228000	1	
241920	2	1

243600		1
268800	1	
277764,48	1	
348000	1	
424728	1	
445200	1	
505008	1	
4153891,92	1	
4380000	1	
Não foi possível avaliar	33	2
15910309,8	173	27

Tabulação cruzada valor da causa* tipo de patrono

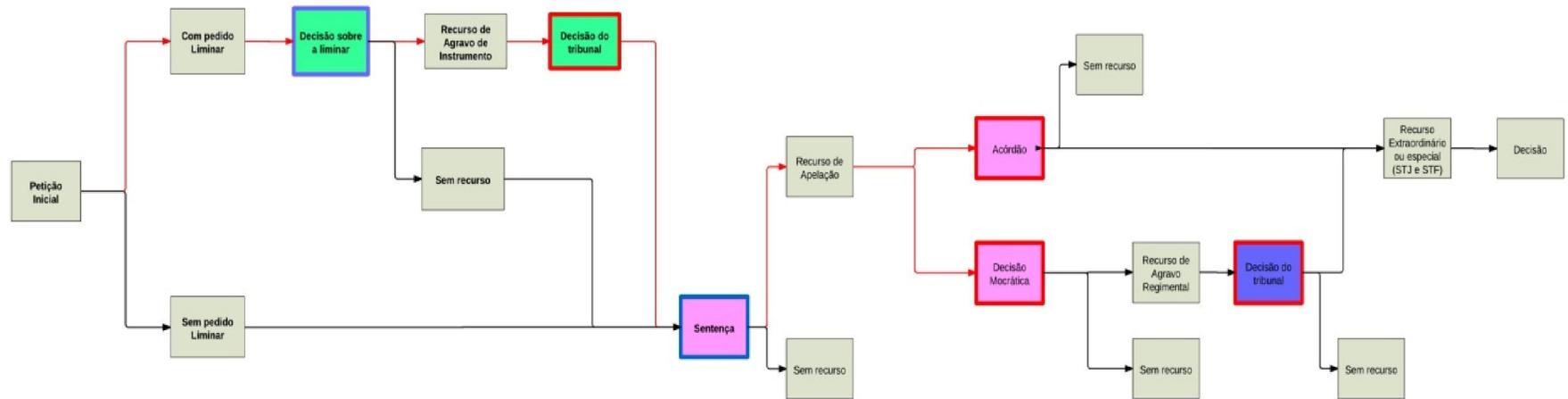
VALOR DA CUSA (R\$)	PATRONO	
	ADVOGADO PARTICULAR	DEFENSOR PÚBLICO
1	2	
10	1	
66	1	
79	1	
100	24	
200	3	
354	1	
363		1
458	1	
465	2	
500	19	
510	2	
545	1	

600	2	
800	1	
1000	53	1
1500		1
2000	15	
2100		1
2334	1	
3000	2	
3100		1
3476		1
3736	1	
3840		1
4588		1
4800	1	1
5000	2	2
5062	1	
6957		1
7000	2	
7800		1
7950	1	
7996		1
8750		1
9000	1	
9600		1
10000	5	2
10296	1	
12000	1	1
12138	1	
14000	1	
15139		1

	20000		1
	23214	1	
	28657		1
	34137		2
	48000		1
	77478		1
	90000	1	
	145000		1
	Informação não disponível	21	
TOTAL	655699	173	27

ANEXO 2

FLUXOGRAMA



- Os quadrados preenchidos em verde são a decisão do tribunal e decisão recorrida analisadas em 33 processos de 200 (16,5%)
- Os quadrados preenchidos em rosa são as decisões do tribunal e decisão recorrida analisadas em 162 processos de 200 (81%)
- Os quadrados preenchidos em azul são as decisões do tribunal examinadas em 5 processos de 200 (2,5%), a decisão recorrida analisada é a decisão monocrática.
- Os quadros contornados em azul são decisões do juiz de 1ª instância
- Os quadros contornados em vermelho são decisões do(s) desembargador(es) de 2ª grau, ou seja, do Tribunal Estadual.
- As setas vermelhas indicam o caminho percorrido pela maioria pelos processos analisados

ANEXO 3

