



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CARLOS FRANCISCO OLIVEIRA NUNES**

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL:**  
**CENÁRIOS E DESAFIOS**

**FORTALEZA**

**2014**

**CARLOS FRANCISCO OLIVEIRA NUNES**

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL:  
CENÁRIOS E DESAFIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr

**FORTALEZA**

**2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

N924j Nunes, Carlos Francisco Oliveira.  
Judicialização do direito à saúde no Estado do Ceará, Brasil: cenários e desafios / Carlos Francisco Oliveira Nunes. – 2014.  
222 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2014.  
Área de concentração: Epidemiologia.  
Orientação: Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr.

1. Decisões Judiciais. 2. Direito à Saúde. 3. Direito Processual. 4. Saúde Pública. I. Título.

CDD 362.1

---

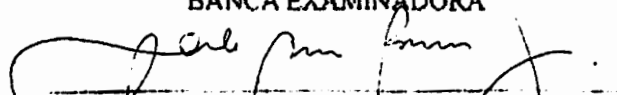
**CARLOS FRANCISCO OLIVEIRA NUNES**

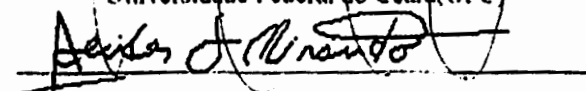
**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL:  
CENÁRIOS E DESAFIOS**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Epidemiologia.

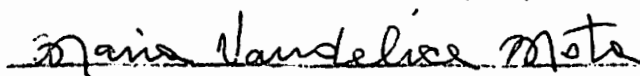
Aprovada em: 27 / 02 / 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr. (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

  
Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

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

  
Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

## AGRADECIMENTO

Ao Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr., por toda orientação, pelas longas e preciosas horas de trabalho que foram dedicadas, mesmo nas madrugadas, por toda paciência em ensinar, e por ser um exemplo de pesquisador e de orientador que teria orgulho de um dia ser, merece todo minha admiração, respeito e amizade. Obrigado pelas importantes lições que, por certo, serão companheiras não só em minha caminhada acadêmica.

Agradeço ainda aos professores Dr. Alcides Miranda, Dr. Felipe Albuquerque, Dra. Vaudelice Mota e Dra. Jaqueline Caracas, membros da banca examinadora do exame de qualificação, pelo tempo dedicado à análise e pelas importantes sugestões que engrandeceram esse trabalho.

Ao Prof. Dr. Carlos Henrique que desde o início contribuiu com sugestões e que prestou valoroso auxílio na análise da distribuição espacial dos processos no estado do Ceará.

Aos grandes amigos e serventuários do Tribunal Regional Federal da 5ª Região, Sr. Rodrigo Capelo Diógenes e Sr. Marcos Heleno, pelo importante apoio no levantamento de dados na Justiça Federal no Ceará.

Aos amigos da coordenação e aos colegas do Mestrado em Saúde Pública, a quem agradeço na pessoa de Kellyane Abreu, e Dominik Fontes. Agradeço com certeza que sem o apoio, incentivo e carinho de vocês, o trabalho não seria possível.

Ao amigo Adriano Martins, primeiro incentivador deste trabalho, muito obrigado pela ajuda de muitas horas.

A Wyrnna Lima que esteve próxima mesmo com milhares de quilômetros entre o Ceará e Rio Grande do Sul. Sem o seu apoio esse trabalho não seria concluído a tempo.

Ao amigo Vandí Jr., Victor Vasconcelos, Raphael Viana e ao casal Nice Coelho e a Kim Fernandes, amigos responsáveis por incontáveis horas de acolhida e estimada cumplicidade.

Aos colegas da 5ª Delegacia da 9ª Superintendência do Departamento de Polícia Rodoviária Federal pelo muito estimado apoio no Rio Grande do Sul, a quem agradeço na pessoa dos inspetores Bertuzzi, Secchi, Rigo e Baia, que com sua dedicação e integridade muito engrandecem o serviço público brasileiro.

Aos serventuários da Divisão de Estatística do Tribunal de Justiça do Ceará, na pessoa da Ilma. Sra. Katia Michelle Matos de Oliveira, por toda atenção dispensada no laborioso levantamento dos números dos processos em trâmite no interior do Estado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro prestado com a manutenção da bolsa de auxílio no período compreendido entre março e dezembro de 2012.

Sobretudo, a minha família, que faz-me sentir à antessala do céu.

“O Brasil não é para principiantes”

(Antônio “Tom” Carlos Brasileiro de Almeida  
Jobim)

## RESUMO

A judicialização do direito à saúde é fenômeno político-jurídico que tem preocupado magistrados e gestores públicos por todo o país pelo impacto financeiro que causa. Entretanto, sua real dimensão é desconhecida, com situação ampliada por dúvidas relativas à confiabilidade dos registros eletrônicos disponíveis, incluindo aqueles do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), cenário que tem dificultado o planejamento estratégico do Judiciário e do Executivo. O objetivo do trabalho é caracterizar a judicialização do direito à saúde no Estado Ceará de forma a: dimensionar a magnitude do fenômeno; descrever o perfil dos sujeitos envolvidos, das patologias, dos objetos demandados e da operacionalização de processos judiciais, verificar a participação das doenças tropicais negligenciadas no fenômeno da judicialização da saúde e, por fim, verificar a produção científica relacionada ao tema da judicialização da saúde tendo como parâmetros os trabalhos no Brasil. Trata-se de estudo quantitativo, transversal, com abordagem descritiva de natureza exploratória, a partir de registros dos processos judiciais no Ceará, nos próprios sistemas de informação do Judiciário que requereram o fornecimento de bens e/ou serviços em saúde à Administração Pública entre 1998 e 2012. No período pesquisado foram encontrados 1.757 processos judiciais requerendo cuidados em saúde ao Executivo. 965 processos foram alvos de uma segunda análise e revelaram que não há diferença em relação ao sexo dos autores, que a mediana das idades é 57,8 anos, são aposentados (32%) e, na maior parte, patrocinados por advogados particulares (68%), sendo que um único advogado é responsável por 25% das demandas. O Estado é o ente da federação mais requerido, respondendo por 85% dos processos. As especialidades médicas com maior número de prescrições são a hematologia (25%), endocrinologia (8%), pneumologia (7%), oncologia (7%) e cardiologia (5%), essas cinco especialidades são responsáveis por 51% das prescrições. As patologias com mais frequência são: linfomas, doença pulmonar obstrutiva crônica, mieloma e diabetes. Os bens mais requeridos são Mabthera<sup>®</sup>, Spiriva<sup>®</sup>, Lantus<sup>®</sup> e outros insumos para diabetes como agulhas e glicosímetro. A solicitação por medicamento representa 74% dos pedidos e as prescrições médicas vêm da própria rede pública em 76% dos casos. Viu-se ainda que quase 100% das demandas solicitam justiça gratuita e tutela antecipada e quase 100% desses pedidos são deferidos sem sequer ouvir o gestor público, o que, em tese, contraria o item b.3 da resolução 31 do CNJ. Assim, em matéria de judicialização da saúde, há urgência em decidir sobre o pleito, mas também há urgência e necessidade de ouvir o gestor público, responsável pela organização do sistema. Urge aperfeiçoar os diálogos entre Judiciário e Executivo para assegurar o direito individual à saúde junto com a sustentabilidade e gerenciamento do SUS, sobretudo num contexto que mesmo os canais de comunicação existentes não estão sendo usados de forma eficaz. Por fim, reconheceu-se a dificuldade de se trabalhar com as bases do Judiciário, devido aspectos de operacionalização, consistência, completude e interface entre os sistemas. Há que se potencializar a utilização das bases de dados do Judiciário para além do mero registro dos atos processuais, permitindo que o setor saúde tenha acesso aos dados do conjunto de processos com vista a análise consistente da qualidade destes registros, bem como de seus padrões e tendências. As informações geradas a partir dessa análise devem necessariamente ser publicizadas não apenas às instituições jurídicas e executivas, mas a toda a sociedade. Com isso, elementos que hoje se apresentam como entraves na relação entre os Judiciário e o Executivo, poderiam ser melhor superados.

**Palavras-chave:** Políticas, Planejamento e Administração em saúde. Poder Judiciário & Saúde. Legislação e Jurisprudência.

## ABSTRACT

The legalization of the right to health is political and legal phenomenon that has troubled judges and public officials throughout the country by the financial impact it causes. However, its actual size is unknown, with magnified doubts concerning the reliability of available electronic records, including those of the National Council of Justice (CNJ), a scenario that has hampered the strategic planning of the Judiciary and the Executive. The objective is to characterize the legalization of the right to health in Ceará State in order to: scale the magnitude of the phenomenon, describing the profile of the subjects involved, the diseases, the requested objects and operationalization of lawsuits, verify participation of diseases tropical neglected in the phenomenon of judicialization of health and finally verify scientific production related to the topic of legalization of health as parameters works in Brazil. It is quantitative, cross-sectional study with descriptive exploratory approach, from records of lawsuits in Ceará, in own information systems judiciary that requested the supply of goods or services health to Public Administration from 1998 and 2012. In the period surveyed were encontrados 1,757 lawsuits requiring health care to the Executive. 965 cases were targets of a second analysis and revealed no difference regarding gender of the authors, the median age is 57.8 years, are retired (32%) and, mostly sponsored by private attorneys (68%), and that a single lawyer is responsible for 25% of demand. The state is the entity of the federation longer required, accounting for 85% of cases. Medical specialties with the highest number of prescriptions are hematology (25%), endocrinology (8%), pulmonology (7%), oncology (7%) and cardiology (5%), these five specialties are responsible for 51% of prescriptions. The pathologies most frequently are: lymphoma, chronic obstructive pulmonary disease, myelomas and diabetes. Most goods are required Mabthera<sup>®</sup>, Spiriva<sup>®</sup>, Lantus<sup>®</sup> and other supplies for diabetes as needles and glucometer. The request for medicine is 74% of orders and prescriptions come from the public itself in 76% of cases. We saw also that almost 100% of the demands and request free legal interlocutory relief and almost 100% of these requests are granted without even hearing the public officer, which, in theory, contrary to item b.3 of resolution 31 CNJ. Thus, in terms of legalization of health, there is urgency to decide on the election, but there is also urgency and need to hear the public manager, responsible for the organization of the system. Important improve dialogue between judiciary and executive to ensure the individual right to health along with the sustainability and management of the SUS, especially in a context that even the existing channels of communication are not being used effectively. Finally, acknowledged the difficulty of working with the foundation of the judiciary, because aspects of operation, consistency, completeness and interface between systems. We must maximize the use of databases of the Judiciary beyond the mere recording of procedural acts, allowing the health sector has access to data from all the procedures with a view to consistent quality analysis of these records, as well as their patterns and trends. The information generated from this analysis must necessarily be publicized not only the legal and executive institutions, but the whole society. Thus, elements that present today as obstacles in the relationship between the judiciary and the executive, could best be overcome.

**Keywords:** Health Policy, Planning and Management. Judiciary. Legislation & jurisprudence.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo proposto para análise da questão da judicialização da saúde .....	25
Figura 2 – Análise da demanda judicial na tomada de decisão para o fornecimento de medicamentos .....	68
Figura 3 – Distribuição espacial de processos nas unidades na justiça estadual no Ceará, segundo município de origem do processo.....	92
Figura 4 – Distribuição espacial de processos nas unidades na justiça estadual no Ceará, segundo bairro de Fortaleza de origem do processo.....	102
Figura 5 – Número de processos segundo Capítulo da CID10 .....	106
Figura 6 – Número de trabalhos segundo ano de publicação .....	128

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de processos nas unidades de primeira instância federal no Estado do Ceará.....	87
Tabela 2 – Número de processos nas unidades de primeira instância federal no Estado do Ceará, segundo ano do protocolo da ação .....	88
Tabela 3 – Número de processos nas unidades de segunda instância federal no Estado do Ceará, segundo ano do protocolo da ação .....	89
Tabela 4 – Número de processos da justiça federal no Estado do Ceará segundo base de dados .....	89
Tabela 5 – Número de processos nas unidades da justiça estadual no Ceará, segundo município de origem do processo .....	91
Tabela 6 – Número de processos segundo as varas da Fazenda Pública no município de Fortaleza .....	93
Tabela 7 – Número de processos da justiça estadual no município de Fortaleza, segundo ano do protocolo da ação.....	93
Tabela 8 – Número de processos no Judiciário estadual do Ceará segundo a base de dados....	94
Tabela 9 – Número de processos segundo unidade judiciária federal no Estado do Ceará.....	94
Tabela 10 – Estado civil do autor dos processos no Estado do Ceará.....	95
Tabela 11 – Ocupação do autor presente em cinco ou mais processos no Estado do Ceará ....	96
Tabela 12 – Distribuição dos processos no Estado do Ceará segundo patrocínio (público ou privado).....	97
Tabela 13 – Distribuição dos processos (público e privado e somente privado) no Estado do Ceará segundo advogado (codificado) .....	97
Tabela 14 – Distribuição de processos segundo município de domicílio do autor.....	98
Tabela 15 – Distribuição de processos segundo município de domicílio do autor (cinco ou mais processos).....	99
Tabela 16 – Distribuição de processos segundo bairros do Município de Fortaleza.....	100
Tabela 17 – Número de processos segundo os cinco bairros principais do Município de Fortaleza, Ceará .....	101
Tabela 18 – Número de processos segundo espécie de bem requerido .....	103
Tabela 19 – Número de espécies de bem requerido segundo a natureza (análise a partir do pedido).....	104
Tabela 20 – Número de processos segundo Capítulo da CID10 .....	105
Tabela 21 – Número e percentual de diferentes tipos de neoplasias .....	107
Tabela 22 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários.....	108
Tabela 23 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do aparelho circulatório...	108
Tabela 24 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo .....	109
Tabela 25 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do sistema nervoso .....	109
Tabela 26 –Número e percentual de diferentes tipos de transtornos mentais e comportamentais .....	110
Tabela 27 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do aparelho respiratório...	110
Tabela 28 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do olho e anexos .....	110
Tabela 29 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do aparelho digestivo.....	111
Tabela 30 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do aparelho geniturinário.	111
Tabela 31 – Número e percentual de diferentes tipos de algumas doenças infecciosas e parasitárias.....	112

Tabela 32 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários.....	112
Tabela 33 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças da pele e do tecido subcutâneo .....	112
Tabela 34 – Número e percentual de diferentes tipos de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.....	113
Tabela 35 – Número e percentual de diferentes tipos de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.....	113
Tabela 36 – Número e percentual de diferentes tipos de lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.....	113
Tabela 37 – Número e percentual de diferentes tipos de eventos relacionados à gravidez parto e puerpério .....	113
Tabela 38 – Número e percentual de diferentes tipos de eventos relacionados a contatos com serviços de saúde e suas frequências .....	114
Tabela 39 – Patologias do autor com mais de cinco registros nos processos.....	115
Tabela 40 – Patologias do autor com os maiores registros nos processos.....	116
Tabela 41 – Frequência de itens requeridos segundo Nome Genérico, Nome Comercial e Indicações Principais (presentes em cinco ou mais processos).....	117
Tabela 42 – Patologias dos autores e pedidos bens requeridos mais frequentes nos processos .....	119
Tabela 43 – Réus nos processos no Estado do Ceará .....	121
Tabela 44 – Número de processos segundo a origem da prescrição médica ou similar.....	122
Tabela 45 – Número de processos segundo a especialidade do profissional de saúde.....	123
Tabela 46 – Número de processos segundo as cinco principais especialidade do profissional de saúde .....	124
Tabela 47 – Número de processos segundo profissionais de saúde prescritores presentes em dez ou mais processos .....	124
Tabela 48 – Número de trabalhos segundo ano de publicação.....	127
Tabela 49 – Número de trabalhos publicados segundo local de realização da pesquisa .....	128

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Informações gerais (Autor, Ano do trabalho, Título, Desenho, Local, Corte, Temporal) relativas às referências válidas da revisão sistemática.....	129
Quadro 2 – Dados (Principais Patologias, Principais Medicamentos Requeridos, Especialidade médica recorrente, Medicamento de Alto Custo, Aprovado pela ANVISA, Consta da Lista Pública oficial) do objeto do processo judicial relativos às referências válidas da revisão sistemática .....	131

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGU	Advocacia Geral da União
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APD	Administração Pública Direta
CF	Constituição Federal
CFOAB	Conselho Federal da OAB
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COAF	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará
CONAS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRETA	Processo Judicial Digital
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
eSAJ	Sistema de Automação da Justiça
ETC	<i>Et Cetera</i>
FDA	<i>US Food and Drug Administration</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGN	Ignorado
JFCE	Justiça Federal do Ceará
NSA	Não se Aplica
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PGM	Procuradoria Geral do Município
PIB	Produto Interno Bruto
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SPROC	Sistema Processual
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ	Tribunal de Justiça
TJCE	Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
TRF	Tribunal Regional Federal
TRF-5	Tribunal Regional Federal da 5ª Região

## LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
®	Marca Registrada

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO DO TEMA.....</b>	<b>17</b>
1.1 Modelo de contextualização.....	25
1.2 Etimologia da judicialização da saúde.....	25
1.3 A luta pelo direito social à saúde: desafios e paradigmas .....	29
1.4 Sistema político x sistema jurídico .....	38
1.5 Embate principiológico na judicialização da saúde .....	48
1.5.1 Princípio da universalidade no contexto da judicialização da saúde (Quem?) .....	50
1.5.2 Princípio da integralidade no contexto da judicialização da saúde (Quais?) .....	53
1.5.3 Princípio da reserva do possível e lei da escassez no contexto da judicialização da saúde (Como?) .....	58
1.6 A serviço de quem está a judicialização da saúde? .....	64
1.7 O problema das estatísticas atuais .....	69
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>71</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>74</b>
3.1 Geral .....	74
3.2 Específicos .....	74
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>75</b>
4.1 Desenho do estudo .....	75
4.2 Fases do estudo .....	75
4.2.1 Fase 1 .....	76
4.2.1.1 Variáveis da fase 1 .....	81
4.2.2 Fase 2 .....	81
4.2.2.1 Variáveis da fase 2 .....	81
4.2.3 Revisão da literatura .....	82
4.4 Análise dos dados.....	85
4.5 Aspectos éticos.....	85
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>86</b>
5.1 Resultados da primeira fase da coleta de dados .....	86
5.1.1 Dados da justiça federal.....	86
5.1.2 Dados da justiça estadual.....	90
5.1.3 Conclusão da primeira fase .....	94
5.2 Resultados da segunda fase da coleta de dados .....	94

<b>5.2.1 Dados pessoais.....</b>	<b>95</b>
<b>5.2.2 Dados do objeto requerido.....</b>	<b>103</b>
<b>5.2.3 Dados do processo.....</b>	<b>120</b>
<b>5.3 Resultados da revisão de literatura.....</b>	<b>125</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>139</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>152</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>160</b>
<b>Apêndice A – Instrumento de coleta de dados .....</b>	<b>160</b>
<b>Apêndice B – Referências fichadas na revisão da literatura publicada nas bases de dados eletrônicas.....</b>	<b>163</b>
<b>Apêndice C – Ofício 30 de 2013 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPE. ....</b>	<b>172</b>
<b>Apêndice D – Relação das patologias e suas frequências e capítulo .....</b>	<b>173</b>
<b>Apêndice E – Relação dos bens e serviços requeridos e suas respectivas frequências ...</b>	<b>178</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>193</b>
<b>Anexo A – Recomendação 31/10 do Conselho Nacional de Justiça.....</b>	<b>193</b>
<b>Anexo B – Artigo submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia.....</b>	<b>197</b>

## 1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

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

Em um novel contexto sociopolítico, iniciado após cinco de outubro de 1988, de vigência de uma nova carta política, de fundação de um novo Estado democrático de direito, de paulatino amadurecimento das instituições democráticas, e, ao mesmo tempo, de profundas desigualdades sociais e de conflito entre os poderes da república, é que o objeto desse estudo ganha notoriedade.

Será estudada a chamada judicialização da saúde, um processo intersistêmico no relacionamento entre Executivo e Judiciário, que tem se agravado de forma especial nos últimos anos com graves e imediatas repercussões sobre dois dos mais basilares direitos fundamentais: o direito à saúde e, conseqüentemente, por estar visceralmente ligado a esse, o próprio direito à vida de todos os cidadãos que, direta ou indiretamente, fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, todos.

A despeito dos multifacetados significados atribuídos a essa terminologia (Marques, 2011), os quais serão apresentados em momento oportuno, a expressão judicialização da saúde, nesse trabalho, é concebida enquanto fenômeno político-jurídico de sensível crescimento das demandas judiciais que requerem do poder Executivo serviços e produtos (medicamentos, leitos, tratamentos etc.) em saúde a expensas do orçamento da Administração Pública Direta (União, Estados e/ou Municípios).

Portanto, em suma, abordar-se-ão os padrões, tendências e magnitude da relação entre o sistema jurídico e o sistema político no âmbito do SUS, com escopo de entender o fenômeno da judicialização da saúde.

Melhor se explica:

Nenhum outro país, com exceção do Brasil, que tenha mais de 100 milhões de habitantes (o Brasil conta atualmente com 201.032.714 habitantes, dado oficial referente a 1º de julho de 2013), ostenta um sistema de saúde público e universal. Esse sistema único exhibe marcas singulares forjadas desde sua mais remota gênese. Marcas próprias que influenciam seu desenvolvimento e explicam a consciência social acerca de direitos tão duramente conquistados nas últimas décadas.

Essa marca consiste na participação ativa da sociedade civil que ao longo do tempo vem lutando pela construção de uma saúde pública mais correlata à realidade brasileira. A consciência dessa característica participativa será de grande valia no desenvolvimento e análise do tema e de suas raízes, pois consiste em uma das faces desse prisma chamado judicialização da saúde.

Assim, para melhor entender esse processo de judicialização que consiste, em uma primeira análise, em ativismo cívico, inicia-se esse trabalho, chamando atenção para o fato de o SUS ser fruto de um movimento de base, de luta pela reforma sanitária no país.

Com a redemocratização, na década de 1980, o movimento sanitarista foi retomado com grande força, sendo responsável por enviar, à nova constituinte que se formava, a emenda popular (a qual foi assinada por mais de meio milhão de brasileiros e em um período desprovido das facilidades inerentes à era digital) que forjaria as bases de um sistema público de saúde que inauguraria uma nova era de políticas públicas. Portanto, grandes vitórias foram obtidas com a promulgação da nova Constituição Federal(CF) e com o sistema de saúde que ela instituiu, contudo, não sem a forte participação social (BRASIL, 2007, p.11; VICTORIA *et al.*, 2011).

Ou seja, o SUS é um sistema forjado de baixo para cima, um sistema que nasceu primeiro nos ideais da sociedade civil, de acadêmicos e de trabalhadores da saúde e que partiu subindo e modificando estruturas até então consolidadas. Um sistema revolucionário que buscava romper com o neoliberalismo que se instaurava em toda a América Latina e que vinha rompendo com a lógica do *Welfare State* (VICTORIA *et al.*, 2011).

Sabendo que o SUS, desde a sua mais profunda raiz, é marcado pela participação e ingerência de terceiros (agentes externos ao poder Executivo) em sua contínua formação e reformulação, fica perceptível que uma das faces da judicialização da saúde, um dos seus aspectos, é a continuação do agir desse consciente cívico e luta pela ampliação das instituições sociais. A sociedade brasileira, mais uma vez, age em um preclaro movimento de moldar as instituições políticas de saúde, fazendo-o, agora, por meio do poder Judiciário.

Tal ação *a priori* não é contraditória, sendo, na verdade, bastante natural a um sistema com o referido histórico participativo. Contudo, esse processo tem se desenvolvido aceleradamente, com contornos ainda desconhecidos, acarretando inegável impacto nas contas públicas e tem dificultado até mesmo a consecução do princípio organizacional da transversalidade, o qual prega a coerência e apoio recíproco entre órgãos e políticas de saúde nas várias esferas de governo.

Ressalta-se que o elevado número de demandas judiciais representa um considerável gasto financeiro comparativo, além de acarretar algumas consequências técnico-administrativas e também sanitárias, tendo em vista a evidente disparidade entre os processos administrativo e judicial para a aquisição de medicamentos no setor público (Sant'Ana, 2009).

Há sobeja literatura demonstrando o cabal crescimento do número de ações judiciais requerendo bens e serviços em saúde, podendo-se destacar: Messeder et al. (2005), Borges et al. (2010) no Estado do Rio de Janeiro; Marques (2005 e 2007), Chieffi e Barata (2009) em São Paulo; Romero (2008) e Diniz (2014) no Distrito Federal; Machado et al. (2011) em Minas Gerais; Pereira (2013) em Santa Catarina; Barroso (2007), entre outros.

Exemplificam-se os moldes atuais desse impacto narrado na literatura.

[...] em 2008, o [governo do] estado do Rio Grande do Sul gastou 22% de todo o seu orçamento referente a medicamentos para cumprir 19.000 mandatos judiciais. Análises de decisões judiciais na cidade de São Paulo mostraram que a maioria das ações foi impetrada por advogados privados, que 47% das prescrições foram feitas por médicos privados e que três quartos desses pacientes viviam em bairros de alta renda (VICTORIA *et al.*, 2011, p.99).

A judicialização da saúde é um fenômeno que pode prejudicar a execução de políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o cumprimento de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, insumos e serviços de saúde acarreta gastos elevados e não programados. Em 2005, o Governo Federal gastou diretamente R\$ 2,5 milhões com aquisição de medicamentos solicitados pela via judicial e foi citado como réu em 387 processos. Em 2007, o gasto passou para R\$ 15 milhões destinados ao atendimento de aproximadamente três mil ações. Em 2008, as despesas alcançaram R\$ 52 milhões. O Estado de Minas Gerais gastou nesses anos, respectivamente, R\$ 8,5 milhões, R\$ 22,8 milhões e R\$ 42,5 milhões com o cumprimento de processos judiciais na área da saúde (MACHADO *et al.*, 2011).

No Estado do Ceará em 2011, segundo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), mais de oito mil processos de saúde tramitavam e os gastos com o cumprimento destas decisões, segundo a Secretaria Estadual de Saúde, chegaram a cerca de R\$ 30 (trinta) milhões somente naquele ano. Tal quantitativo de recursos coloca esse Estado em quarto lugar do país e líder do Nordeste no *ranking* de número de ações judiciais em saúde (PETRUCCI, 2011).

Acrescente-se a esse valor os gastos dos municípios e da União Federal e ter-se-á uma ideia do impacto do fenômeno no orçamento destinado às políticas públicas. Por óbvio, o gestor que não cumpre ordem judicial pode terminar sendo recolhido ao cárcere, o que faz brilhar ainda mais, e sob especial luz, esse conflito entre Executivo e Judiciário.

Perceba-se, a CF institui, nos artigos 6º, 194º, 196º e 200º, a base do direito à saúde e do SUS, um complexo e descentralizado sistema de saúde pública com ramificações por todas as três esferas de governo que deve reger-se pelos princípios da universalidade e integralidade (BARROSO, 2007; SANTOS *et al.* 2010).

Ocorre que, como é sobejamente sabido, a competência de decidir, ao menos em tese, “quais” serão as políticas públicas de saúde e o “como” elas serão materializadas, cabe ao poder Executivo dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, sendo, pois, estes os responsáveis por tomar decisões coletivamente vinculantes.

*Pari passu*, a competência de decidir individualmente o caso concreto, com força de coisa julgada, é unicamente do poder Judiciário que, diferente do Executivo, atua sob a perspectiva micro-justiça (BARROSO, 2007).

Assim, os poderes se relacionam na vestuta e perene engrenagem política, que mantém funcionando, em teórica harmonia, o Executivo e o Judiciário. Aquele, governando e emitindo seus atos administrativos, esse julgando, no caso concreto e com base no ordenamento normativo, as legalidades dos atos do Executivo (SANTOS *et al.*, 2010, p.77).

É bastante estreita e simbiótica a relação desses dois sistemas, sistema institucionalizado de ação política em saúde e sistema jurídico, na manutenção da coesão social. Essa relação será o pano de fundo de toda a questão da judicialização da saúde e deve ser apresentada ainda na introdução, sob pena de perder-se a razão primeira do fenômeno.

Essa relação jurídico-política vai explicar os contornos do porquê o indivíduo, nacional ou estrangeiro, ao se achar violado em seu direito constitucional à saúde, não podendo fazer justiça com as próprias mãos, procura o Judiciário na esperança de que esse, tomando o caso para si, julgue e determine coercitivamente que o Executivo satisfaça seu anseio.

E essa busca por tutela judicial tem se tornado tão repetitiva e impactante no orçamento público que se questiona, se o Judiciário não estaria criando, ele próprio, outra política de saúde paralela àquela instituída pelo Executivo.

Assim, de forma sucinta, reconhece-se para fins didáticos a existência de dois grupos dicotômicos. Há aqueles que entendem a elevação do número de ações judiciais em matéria de saúde pública, como daninha à ordem social, à separação dos poderes e à Constituição e há, paralelamente, aqueles que entendem que a judicialização do direito à saúde faz parte do processo de fortalecimento da democracia e da consciência cívica do cidadão enquanto detentor de direitos inalienáveis.

Pode-se ainda falar em um terceiro grupo intermediário uma vez que essa

dicotomia procede apenas para fins didáticos, útil apenas a ilustrar a oposição de argumentos sobre os benefícios e prejuízos trazidos pela judicialização da saúde, na prática (como será visto no tópico 1.6) os autores tendem a ser cautelosos em aceitar totalmente ou rejeitar de forma absoluta os moldes em que a judicialização vem tomando.

Entre os argumentos que defendem a judicialização da saúde, vendo-a como processo saudável:

É nesse contexto de inefetividade que surge o Poder Judiciário com o relevante mister de trazer para o centro do debate sobre os direitos sociais a principal questão atualmente relacionada com essa garantia de direitos, qual seja, a de determinar em que grau e abrangência o Judiciário tem competência de concretizar direitos sociais, como o direito à saúde e à moradia, num árduo exercício de ponderação entre o princípio da reserva do possível e o princípio do mínimo existencial (SANTOS *et al.*, 2010, p.66).

Para esses autores, há um claro subfinanciamento da saúde pública, o qual, aliado à má gestão de recursos, demonstram a existência de problemas econômicos e políticos que precisam ser contornados. O Judiciário aparece como alternativa válida para saná-los.

A situação do SUS, cada vez mais delicada, tem exigido uma urgente reestruturação, que deverá ocorrer, se não pelo bom senso dos administradores, por meio do cumprimento coercitivo das decisões do Poder Judiciário (SANTOS *et al.*, 2010, p. 70).

Assim, o processo de judicialização é visto como um importante passo para o aprimoramento do exercício da cidadania, sobretudo, em um país que tanto tempo conviveu com um regime político de exceção.

Ilustra-se ainda o posicionamento favorável à propagação do processo de judicialização com as palavras de Pôrto (2010), titular da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública no Ceará que, em entrevista ao jornal Diário do Nordeste, afirma:

Não existe demanda desenfreada, e sim omissão do Poder Público em prestar assistência em saúde a quem dela necessita. Como saída para conter esta demanda considero que uma ampliação do acesso da população aos medicamentos de alto custo seria substancial (incorporação de medicamentos nas listas oficiais), posto que são inacessíveis à grande massa, num país repleto de desigualdades sociais como o nosso.

No mesmo sentido, Santos, *et al.* (2010, p. 141) pondera sobre a importância da participação do Judiciário no processo de construção do SUS.

[...] aliás, talvez o crescimento no número de demandas produza até efeito colateral favorável, pois provoca a aproximação desses agentes políticos e

impõe a mútua compreensão de seus papéis e deveres.

A própria polêmica sobre decisões judiciais relacionadas à assistência farmacêutica é um exemplo claro desse fenômeno. Esse tema só passou a realmente ocupar a pauta dos gestores de saúde após o cidadão ter procurado o Judiciário para ver suas pretensões atendidas, o que, por si só, é uma consequência positiva.

[...] a construção do SUS é processual. O Judiciário, antes alheio a esse processo, agora é elemento essencial. Com toda certeza, um pouco mais à frente, todos colherão os frutos positivos do envolvimento de mais esse ator, na condição de vigilante dos direitos fundamentais, ao lado do Ministério Público e da sociedade civil.

Destarte, em sentido contrário, há grupo de pensadores defendendo que as multiformes decisões do Judiciário olvidam a estrutura macro da política de saúde pública e a escassez de recursos frente a gama universalista de demandas ao SUS. Veja-se Barroso (2007):

[...] vem se tornando recorrente a objeção de que as decisões judiciais em matéria de medicamentos provocam a desorganização da Administração Pública. São comuns, por exemplo, programas de atendimentos integral, no âmbito dos quais, além de medicamentos, os pacientes recebem atendimento médico, social e psicológico. Quando há alguma decisão judicial determinando a entrega imediata de medicamentos, frequentemente o Governo retira o fármaco do programa, desatendendo a um paciente que o recebia regularmente, para entregá-lo ao litigante individual que obteve a decisão favorável. Tais decisões privariam a Administração da capacidade de se planejar, comprometendo a eficiência administrativa no atendimento ao cidadão. Cada uma das decisões pode atender às necessidades imediatas do jurisdicionado, mas, globalmente, impediria a otimização das possibilidades estatais no que toca à promoção da saúde pública.

[...] As políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais. Contudo, quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, privilegia aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial. Por isso, a possibilidade de o Judiciário determinar a entrega gratuita de medicamentos mais serviria à classe média que aos pobres.

Para esses, que veem com apreensão esse movimento de corrida aos tribunais por sentenças que concedam tratamentos e medicamentos de elevado custo, por vezes experimentais, o Judiciário vem seguindo um modelo que garante o pretense direito de um indivíduo, colocando em risco a vida de muitos outros. Argumentam eles que os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas são elaborados com base nas melhores evidências científicas e que o Judiciário, ao ordenar o fornecimento de medicamentos e tratamentos de

saúde ainda não regulados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou não eleitos pela gestão pública, estaria usurpando as prerrogativas do Executivo, tomando uma decisão política e não jurídica, criando uma política de saúde injusta destinada, exclusivamente, aos mais afortunados com acesso às unidades jurisdicionais e tudo isso às expensas do limitado erário público.

Teme-se que o sistema jurídico-político esteja apresentando sintomas de que aquilo que, em 1988, parecia ser a solução (aplicabilidade direta e imediata das normas constitucionais, ativismo do Judiciário etc.), possa agora tornar-se um veneno (BARROSO, 2007).

Segundo Lopes (2010), teme-se que as políticas públicas tornem-se reféns dos interesses mercadológicos das grandes companhias e indústrias de medicamentos que, por vezes, financiam profissionais médicos e bancas de advogados especializadas nessa modalidade de litígio.

No limite, o casuísmo da jurisprudência brasileira pode impedir que políticas coletivas, dirigidas à promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas. Trata-se de hipótese típica em que o excesso de judicialização das decisões políticas pode levar à não realização prática da Constituição Federal (BARROSO, 2007).

Essa última corrente de pensamento vê como daninha a judicialização excessiva da saúde e defende que além de ser uma invasão da competência própria do sistema político, coloca em risco a execução das políticas pública de saúde.

Em síntese: para parte da doutrina, a judicialização é um fenômeno saudável às instituições de saúde porque reflete o amadurecimento da democracia e porque combate a inércia e imperícia do Executivo. Por outro lado, há também outros pensadores e parte dos gestores públicos que veem com apreensão esse movimento de corrida aos tribunais e a prolação de várias e multifacetadas decisões que criam obrigações ao erário público. Discursos que ficaram claros na audiência pública realizada pelo STF para tratar do tema da judicialização e que foi devidamente estudada por Machado *et al.* (2012).

Ambas as teses, são fundamentadas, porém, extremistas. Para solucionar o embate é imprescindível uma análise mais minuciosa sobre os fatores de influência, sobre os direitos sociais e sobre vários princípios constitucionais e administrativos que permeiam o tema, tais como: os princípios da integralidade, da universalidade e da reserva do possível, que serão abordados no item 1.5 (Embate principiológico na judicialização da saúde) do presente trabalho.

Nas acertadas palavras de Fernandes Neto (2007): “A judicialização em si não é boa nem ruim. Pode ser vista como problema, envolve manipulação e disputa entre poderes, mas apresenta também muitos benefícios, grandes e pequenos”.

Certo, contudo, é que a judicialização da saúde tem verdadeiramente preocupado o gestor público, que vê o orçamento para efetivar as políticas públicas de saúde cada vez mais pressionado por decisões judiciais que exigem grandes somas do erário.

Inegável também que as políticas públicas de saúde são instituídas tendo por base leis orçamentárias que têm limites muito bem definidos e recursos limitados, porque limitado é o erário público, com responsabilidades fiscais vinculadas. Já as decisões individuais do Judiciário são ilimitadas, porque ilimitadas são as necessidades humanas (TEIXEIRA, 2011).

Reconhecendo a gravidade da situação, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), além de instituir um fórum permanente para tratar da matéria, publicou, em 30 de março de 2010, a recomendação número 31, tentando dar a mínima uniformidade às demandas em Saúde no país, orientando os Estados da Federação a criarem comitês próprios para tratar e discutir dessas questões<sup>1</sup>. De fato, o próprio CNJ instituiu, em seu corpo, um fórum permanente para tratar a matéria.

Essa tensão, que traduz o confronto entre a limitação orçamentária (concreta) e a natureza deontológica do direito (ilimitada e abstrata), refletindo ainda a aparente antinomia entre o princípio da universalidade e o da integralidade será discutida nessa dissertação na análise da magnitude, do perfil e da tendência histórica que serão integrados a partir do universo de ações judiciais com trâmite no Estado do Ceará com esse objeto.

Nesse trabalho, não se questiona o inegável direito do cidadão de invocar o Judiciário ou a competência deste para julgar a matéria de saúde pública, os quais são patentes. O exercício da jurisdição é inafastável à luz do artigo 5º, XXXV da CF, todavia, perscrutar-se-á os moldes de como isso vem sendo feito. Também não se defende, em absoluto, que o fenômeno da judicialização fira de morte o princípio da separação dos poderes, pelo contrário, já se antecipa, é manifestação deste encerrada no sistema de freios e contrapesos, contudo, (e esse é o ponto alto da questão) cabe ao Judiciário, unicamente, “implementar” as políticas públicas e não “criá-las”, esse é mister do poder Executivo. É exatamente o contorno entre o “implementar” e o “criar” que precisa ser melhor estabelecido (SANTOS *et al.*, 2010, p. 77).

Em um sistema complexo como o sistema público de saúde, não há soluções

---

<sup>1</sup> O art. 1º, XVIII, da portaria 49 de 06 de junho de 2011 do CNJ cria o comitê executivo do Estado do Ceará.

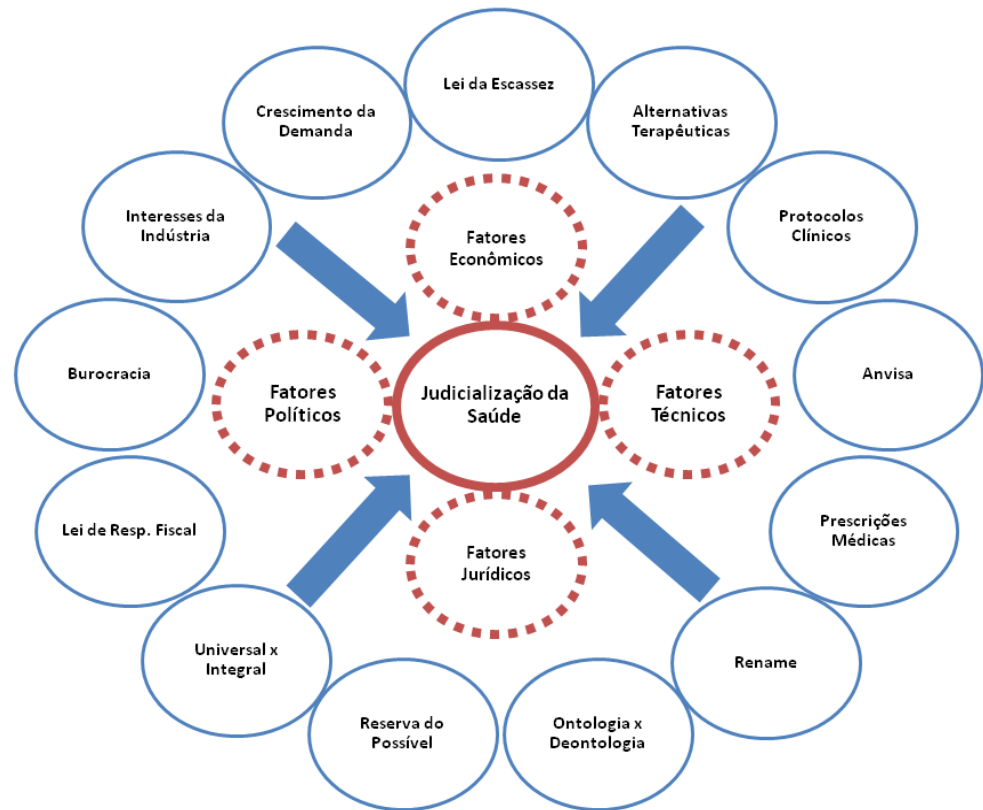
fáceis, pois um cuidado de saúde negado pode transformar-se em verdadeira pena de morte.

De fato, antes de formular qualquer conclusão sobre o tema, repisa-se, *é conditio sine qua non* caracterizar as vicissitudes e peculiaridades do fenômeno, lançando luz sobre o processo que pode, em tese, comprometer a operacionalidade do SUS.

### 1.1 Modelo de contextualização

Com base nas reflexões iniciais deste trabalho, propõem-se o modelo apresentado na Figura 1 abaixo para análise de fatores potencialmente associados, em graus diferenciados, à questão da judicialização da saúde no contexto brasileiro.

Figura 1 – Modelo proposto para análise da questão da judicialização da saúde



### 1.2 Etimologia da judicialização da saúde

Dada a relevância e atualidade da celeuma, percebe-se, sobretudo após 2006 (BRITO, 2011, p.22), o crescimento do número de trabalhos temáticos nos principais repositórios de referências. Com esse incremento, a expressão “judicialização da saúde” ganha novos sentidos e aplicações, sendo possível encontrá-la em situações bem diversas.

Marques (2011) é quem bem afirma que o termo judicialização é polissêmico.

De fato, a literatura afirma ter sido os americanos Neal Tate e Torbjorn Vallinder, em 1995, em “*The Global Expansion of Judicial Power*”, os primeiros a se debruçarem sobre a análise da chamada judicialização das políticas públicas. Trata-se de trabalho originado de um grupo de trabalho sobre poder judicial realizado em 1992 na Universidade de Bolonha. Vejam-se as observações de Maciel e Koerner (2002) sobre a obra de Tate e Vallinder.

A expressão [judicialização] passou a compor o repertório da ciência social e do direito a partir do projeto de C. N. Tate e T. Vallinder (1996), em que foram formuladas de linhas de análise comuns para a pesquisa empírica comparada do Poder Judiciário em diferentes países. “Judicialização da política” e “politização da justiça” seriam expressões correlatas, que indicariam os efeitos da expansão do Poder Judiciário no processo decisório das democracias contemporâneas (Maciel & Koerner, 2002).

Antes de qualquer análise mais profunda sobre a realidade da saúde pública no Estado do Ceará, *mister* definir o que vem a ser judicialização do direito à saúde para esse trabalho.

Nessa toada, Delgado (2006) registra importante lição sobre a arte de definir, afirmando que consiste no fenômeno intelectual de desvelar os elementos componentes do termo e o nexos lógico que mantém esses elementos integrados. Definir é “declarar a estrutura essencial de determinado fenômeno, com seus integrantes e o vínculo que os preserva unidos” (DELGADO, 2006, p. 49).

Então, o que é judicialização da saúde? Qual a estrutura essencial desse processo, o que o caracteriza? Analisemos a expressão, primeiro, por partes isoladas: judicialização e saúde.

É de conhecimento comum que o termo saúde também é polissêmico e vem do latim *sallus* que traduz a ideia de integridade do próprio bem-estar (ALMEIDA FILHO, 2000). Uma vez que isso não é suficiente para definir o que vem a ser saúde, buscaram-se outras fontes.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), seria um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se restringindo apenas à ausência de doenças (SANTOS *et al.*, 2010, p.28-29). Conceito esse bastante impreciso cujo caráter intangível e ideológico não o torna adequado a ser utilizado nesse trabalho versado em casos concretos que adentram as portas dos tribunais.

Dadas às críticas que são feitas à definição de saúde da OMS (SEGRE, 1997), buscou-se também a definição de saúde do direito positivo brasileiro, cuja inteligência denota

a saúde como um direito fundamental, integral e universal, voltado à assistência e à prevenção de doenças e agravos, podendo ser exigível por qualquer pessoa que adentre o território brasileiro. Nesse sentido são os artigos 6º, 194º e 196º da CF, bem como os artigos 2º e 7º da lei 8.080 de 1990.

Essa última definição, mais afeita ao objeto sob estudo, será de grande importância, pois norteará a abordagem das questões a seguir desenvolvidas. Assim, uma vez definido o sentido de saúde, cabe definir o que significa judicializar.

Uma interpretação direta, afastada dos matizes políticos e sociais, traduzirá judicializar como o simples ato de levar algo ao Judiciário, como a ação de tornar judicial. Embora essa definição não esteja incorreta, não é suficiente para resolver o sentido pleno da expressão judicialização da saúde, uma vez que deixa de lado a pluralidade semântica do contexto que a cerca.

Marques (2011) é quem traz uma bela exposição sobre a polissemia da expressão judicialização da saúde, citando obras como Tate e Vallinder (1996), Vianna *et. al.* (1999), Campilongo (2002) entre outros.

Tate e Vallinder (1996), em obra expoente sobre o tema, consideram que “judicialização da política” é uma expressão equivalente à “politização da justiça”, e traduz a expansão do Poder Judiciário no processo decisório das democracias contemporâneas.

[...]Vianna *et. al.* (1999) utilizam o termo para descrever o alargamento das relações sociais como também, judiciais.

[...]Campilongo (2002), ao trabalhar este tema na realidade brasileira, traz uma abordagem baseada na teoria dos sistemas elaborada pelo filósofo alemão Niklas Luhmann. (MARQUES, 2011, p. 02-03)

Para Tate e Vallinder (1995), a definição do termo “judicialização da política” ou “*judicial power*” parte de duas perspectivas processuais distintas: judicialização “de fora” e judicialização “de dentro”. A primeira perspectiva remete-se à potencial interferência de juízes nos trâmites de alteração das políticas públicas já estabelecidas ou de criação de novas políticas públicas que seriam prerrogativas do legislador ou órgão específico do poder executivo. Já a segunda perspectiva tem como escopo espaços não judiciais de negociações e tomada de decisões por procedimentos legalistas ou “quasi-jurídicos”, para além do âmbito do poder Judiciário.

A expressão pode assumir sentidos bastante variados, indo desde uma concepção mais restrita, com contornos mais jurídicos até concepções mais amplas envolvendo abordagem mais política e social.

O vocábulo pode tomar uma acepção bastante restrita, menos política e mais jurídica, uma acepção que identifica a expressão com o chamamento do Judiciário para julgar uma causa, individualmente considerada, ligada à saúde. Nesse sentido, a judicialização da saúde é tomada enquanto ato singular e envolve administração pública direta, indireta e entes privados indistintamente, bastando que se instaure um processo judicial para tratar de saúde.

Pela proposta do trabalho, essa primeira percepção é rejeitada, seja porque não compreende o contexto político-econômico envolvido, seja porque coloca à mesa tanto o sistema público de saúde quanto o sistema privado de saúde.

Outro sentido que pode ser atribuído à judicialização da saúde é o de processo contemporâneo de elevação no número de demandas, coletivamente consideradas, que requerem bens e serviços em saúde à União, Estados e/ou Municípios.

Essa acepção foca a operacionalização do SUS e tem como vantagem analisar o processo da judicialização como um coletivo integrado e não a demanda judicial individualmente considerada, além de perceber as óbvias diferenças entre demandas em que o poder público figura como réu, daquelas em que as empresas privadas prestadoras de serviços de saúde são demandadas, tendo por fundamento, em sua maior parte, o direito consumerista. Todavia, ainda não considera as particularidades da relação sistêmica entre poder Executivo e Judiciário.

Uma terceira definição que foi identificada é a judicialização da saúde como um conflito formado pela interferência de um sistema autopoietico em outro, ou seja, identifica a expressão com o movimento pelo qual o sistema jurídico, detentor de um código binário próprio, tenta responder as questões afetas à saúde de outro sistema, o sistema político, usuário de uma linguagem totalmente diferente.

Essa percepção, mais completa e sensível à complexidade do tema, tem como base os ensinamentos do sociólogo do século XX, Niklas Luhmann, que explica os sistemas sociais, denominando-os como autopoieticos: uma expressão adaptada da biologia para definir sistemas que, embora autônomos, específicos, fechados e independentes, comunicam-se por meio de estímulos provenientes do ambiente em que estão inseridos. A questão será melhor apresentada no tópico 1.3 (Sistema Político x Sistema Jurídico).

Pelas razões expostas e seguindo a metodologia já utilizada por Marques (2005), a judicialização, doravante será expressão desse conflito entre o sistema institucionalizado de

ação política em saúde e o sistema jurídico.

### 1.3 A luta pelo direito social à saúde: desafios e paradigmas

O direito à saúde ganhou notoriedade internacional com a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948. Contudo demoraria ainda várias décadas até que a saúde ganhasse no Brasil o *status* de verdadeiro direito fundamental.

É sempre bom lembrar que a saúde não era reconhecida como direito antes da Constituição de 1988 e, por tal razão, o Estado não tinha os deveres hoje previstos no texto constitucional e na legislação complementar (SANTOS *et al.*, 2010, p. 184).

No Brasil, um sistema público e organizado de saúde começou como um privilégio destinado apenas aos trabalhadores com carteira de trabalho assinada, fato que o distanciava das características de um direito fundamental e o aproximava muito mais da lógica previdenciária. Assim, era uma prerrogativa que beneficiava poucos e privava uma imensa massa ao acesso aos cuidados de saúde, restado aos menos afortunados recorrer à misericórdia de entidades filantrópicas ou aos poucos e estabelecimentos públicos que detinham papel residual.

Antes do advento do SUS a saúde era garantida, de fato, somente para: a) aqueles que tinham capacidade de pagar, com suas próprias fontes de renda; b) aqueles que se inseriam no setor formal do mercado de trabalho e suas famílias, aos quais era garantido o acesso à assistência médica por meio da seguridade social; e c) aqueles que tinham algum tipo de proteção institucional (plano ou seguro-saúde), financiado por ele mesmo, pela empresa onde trabalhava ou por terceiros.

Uma grande parcela da população brasileira – aquela que não se inseria no mercado formal de trabalho ou não tinha nenhuma empresa ou instituição que velasse por ela – poderia acessar os serviços prestados pelos estabelecimentos públicos da administração direta (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde) ou contar com a caridade dos hospitais filantrópicos, como as santas casas. Nem os recursos públicos nem a filantropia eram suficientes para atender a volumosa população pobre que vivia nas periferias metropolitanas nas pequenas cidades e vilas e nas regiões rurais (SANTOS *et al.*, 2010, p.244-245).

Dada a total e profunda reformulação do direito à saúde bem como suas ininterruptas vicissitudes que ensejam esse trabalho, faz-se necessária a análise dos

fenômenos históricos que permeiam a evolução do tema, buscando o que é “elemento essencial” e o que é “elemento periférico” desse direito que foi consagrado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e finalmente elevado à categoria de direito fundamental por nossa Constituição em 1988.

Essencial, por definição, é aquilo que faz com que algo seja aquilo que realmente é, ou seja, aquele atributo sem o qual se deixa de ser, sem o qual se desnatura. Assim, perscrutar os elementos essenciais é o único caminho possível para conclusões fidedignas que reflitam o poder soberano em uma democracia. Não há dúvidas que é a partir da compreensão dos elementos essenciais que se domina a verdadeira natureza do objeto de estudo.

Em busca desses elementos essenciais do direito à saúde e analisando os moldes da sua evolução conceitual, constata-se que sua história está umbilicalmente ligada à história do “constitucionalismo formal”, um processo jurídico-político que se desenvolveu há cerca de um século, fruto da ideologia liberal e dos princípios políticos do Estado moderno, e sobre o qual se alicerçou as bases do chamado Estado de Direito (*rule of law, rechtsstaat*) – um Estado que já não se submete ao arbítrio de um chefe de Estado, mas a uma carta política fundamental (constituição) e, a partir dessa, a todo um conjunto vinculante de leis previamente estabelecidas (BONAVIDES, 2006).

O constitucionalismo formal teve o mérito de consagrar a limitação do poder e a supremacia da lei, foi ainda o tutor e bastião de instituições que hoje são caríssimas e imprescindíveis, tais como a igualdade, o direito à vida, o direito de ir e vir, o direito à saúde, direito à ampla defesa<sup>2</sup> etc. Instituições a que o homem moderno está tão acostumado que impressiona saber que em passado recente eram facilmente repudiadas pelo Estado. Prerrogativas que, dada sua importância, foram universalmente reconhecidas como “direitos fundamentais do homem”, como “direitos naturais do homem”.

Se os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, há valores que antecedem o próprio ordenamento jurídico e o próprio direito, por ser ínsitos à natureza humana (SANTOS *et al.*, 2010, p.20).

Assim, a essência do direito à saúde é a essência dos direitos fundamentais, que, por sua vez, é a essência do constitucionalismo. Essência essa paulatinamente construída por pensadores da estirpe de Santo Agostinho, que, no final da idade média, já falava dos direitos naturais do homem, dos pensadores da Revolução Francesa, do italiano Pelegrino Rossi,

---

<sup>2</sup> Até pouco tempo, por exemplo, com o sistema inquisitivo, o réu podia ser julgado sem direito à ampla defesa, dizia-se que se o acusado fosse inocente não precisaria de defesa, se fosse culpado seria indigno de recebê-la.

primeiro professor a lecionar o direito constitucional em uma universidade, do ilustre mestre português José Gomes Canotilho, do cearense Paulo Bonavides, entre tanto outros

O constitucionalismo teve como marca a quebra de velhos paradigmas, a evolução de pensamentos e a reconstrução de essências. Nesse movimento de mudanças, nada marcou tanto quanto à Revolução Francesa do século XVIII. Em verdade, entender a atual conjuntura jurídico-político, o direito à saúde, os direitos sociais e a própria constituição é, em síntese, entender a história desse movimento que rompe definitivamente com um sistema de mais de mil anos de concentração de poder, colocando no centro o povo e um diploma legal com direitos e garantias.

A revolução foi um marco na evolução das relações entre os homens e entre esses e o Estado. Ela forjou uma nova ordem jurídica e ensinou ao mundo sobre a universalidade que os direitos do homem deviam gozar, apregoando que todos os homens são iguais e merecem respeito. De fato, a genialidade francesa, ao esculpir o lema revolucionário, foi tamanha que resumiram, em apenas três princípios básicos, todo o conteúdo dos direitos fundamentais – liberdade, igualdade e fraternidade.

A ideia do Estado como grande responsável pela concretização dos direitos fundamentais - especialmente sociais - foi uma conquista que se deu dentro da chamada geração de direitos fundamentais, após o esgotamento do modelo de Estado liberal, que apenas se abstinha de praticar qualquer ato que ofendesse determinado rol de direitos tidos por fundamentais, previstos pelas constituições liberais dos séculos XVIII e XIX (SANTOS *et al.*, 2010, p.71).

Esse tripartite lema revolucionário foi tão impressionante que profetizava até a ordem histórica e gradativa com a qual os direitos seriam institucionalizados (BONAVIDES, 2006, p. 562). De tal modo, cada um desses princípios da revolução francesa, traduz uma geração (ou dimensão) de direitos, assim, o princípio da Liberdade resume os direitos de primeira geração, o princípio da Igualdade, os de segunda geração e o princípio da Fraternidade, por último, expressa os direitos de terceira geração.

Os direitos de primeira geração ou simplesmente direitos da liberdade, foram cronologicamente os primeiros a serem institucionalizados, positivados nas declarações universais do direito do homem e também os que estiveram mais próximos da ideologia liberal. Naquele primeiro momento, por razões históricas, a ideia fundamental era limitar o poder do governante. Por isso, os direitos de primeira geração, também chamados “direitos do homem” (ou direitos humanos ou ainda direitos de defesa) visam proteger o indivíduo dos

abusos do Estado, exigindo deste que renuncie ao arbítrio do governante e se submeta aos limites da lei. A ideologia dessa primeira fase, ainda com temerosos olhos no absolutismo, pregava a intervenção mínima do Estado e refletiu no mundo jurídico no que se convencionou chamar constitucionalismo liberal. São exemplos de direitos de primeira geração, o direito à vida, à liberdade, à propriedade privada, a ir e vir, a um processo judicial com presunção de inocência, contraditório e ampla defesa etc. (DIÓGENES JÚNIOR, 2012).

Os direitos humanos de primeira geração, ou direitos individuais, surgiram no século XVII, com o direito de livre iniciativa econômica, da liberdade de pensamento, da liberdade política, da liberdade de locomoção e os direitos religiosos, num Estado Liberal (SANTOS *et al.*, 2010, p.71).

Em um segundo momento, já mais protegidas do arbítrio do governante e sofrendo com graves crises econômicas, as nações foram abandonando o liberalismo puro e sua ideologia, entendendo a necessidade de chamar o Estado para assumir responsabilidades comissivas ainda mais abrangentes, estendendo proteção para o coletivo e não mais apenas para o indivíduo. Nasceram, assim, os direitos de segunda geração ou “Direitos da Igualdade”, dentre os quais, ilustra-se: o direito à saúde, à educação, à moradia, à segurança ao trabalho, ao lazer, proteção à maternidade, previdência etc.

Já os direitos humanos de segunda geração referem-se aos direitos metaindividuais e resultam de oposições entre forças sociais. Abrangem os direitos relativos à saúde, à educação, à assistência social, ao trabalho, à segurança e ao transporte, no âmbito de um Estado social democrático (SANTOS *et al.*, 2010, p.71-72).

Esse novo período é reflexo da ideologia antiliberal e dominou o século XX, da mesma forma como os direitos de primeira geração dominaram o século XIX.

Perceba-se que se passou de um momento passivo, omissivo com foco no singular para um momento positivo, comissivo e ativo em defesa de uma coletividade. É o surgimento do constitucionalismo social sobre o qual surgem os moldes atuais do direito à saúde.

Em suma, no Estado liberal do séc. XIX a Constituição disciplinava somente o poder estatal e os direitos individuais (direitos civis e direitos políticos) ao passo que hoje o Estado social do séc. XX regula uma esfera muito mais ampla: o poder estatal, a Sociedade e o indivíduo (BONAVIDES, 2006, p. 229).

Mudou-se o paradigma. A segunda geração chega exigindo, por exemplo, que o Estado não apenas não atente contra minha vida (primeira geração), mas que me garanta saúde. Os direitos da “igualdade” demandam ações concretas de fornecimento de bens e serviços, tais como tratamentos diversos, atendimentos médicos-odontológicos etc. Com os direitos sociais, o Estado passa a ter uma série de obrigações até então olvidadas de prover condições mais salubres, prósperas e seguras.

[...] os direitos fundamentais sociais, devido ao caráter prestacional, têm sua eficiência diretamente ligada e dependente da implementação de políticas públicas pela administração pública (SANTOS *et al.*, 2010, p.75).

Os direitos de segunda geração vinculam de forma ainda mais forte o sistema jurídico e o sistema político, sendo sobre essa geração que recai o maior interesse desse trabalho e sobre a qual carece minuciosa análise, pois ela é a base da discussão sobre a judicialização do direito à saúde e seus elementos essenciais.

Por último, o princípio da Fraternidade, equivalente aos direitos de terceira geração<sup>3</sup>, são os direitos que se destinam a proteger todo o gênero humano. São ainda mais abrangentes que os seus dois antecessores e estão ligados à tutela de ideais como meio-ambiente, comunicação, direito de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade etc. (DIÓGENES JÚNIOR, 2012).

Entendida essa evolução que parte de uma proteção jurídica com foco no indivíduo (momento omissivo) para uma proteção com foco no coletivo (momento comissivo), entende-se também que essa mudança de paradigma acarretou o crescimento das despesas do Estado; afinal, passou-se a exigir em larga escala o fornecimento de bens e serviços.

Ressalva-se que não se deseja incorrer no famigerado equívoco de acreditar o cumprimento e efetivação dos direitos de primeira geração prescinde o dispêndio de quaisquer valores por parte do Estado, mas se reconhece que os gastos públicos são bem mais incisivos quando se trata dos direitos sociais. Como bem salienta Marques (2008) os direitos de segunda geração, no qual a saúde está englobada, exigem ainda mais do Estado, do que os de primeira geração, afinal, por tratar da consecução da justiça social e distributiva, sua concretude exige políticas públicas a ser instituídas pelo Estado-Administrador.

---

<sup>3</sup> Embora ainda sem consenso, há doutrinadores que defendem a existências de mais duas gerações de direitos fundamentais ainda mais amplas. Nesse sentido as lições do Prof. Paulo Bonavides sobre os direitos de 4ª geração (Direitos de solidariedade) e de 5ª geração (Direito à Paz).

É importante saber também que o legislador constituinte dotou os direitos fundamentais e, conseqüentemente, ao direito à saúde de características especialíssimas, reconhecendo sua primazia em relação aos demais. Essas características refletem a essência dos direitos fundamentais enquanto direito público imprescindível à realização da condição humana e à vida em sociedade. Daí ele ser: irrenunciável, imprescritível e impenhorável.

Além dessas, há ainda três outras características peculiares aos direitos fundamentais que merecem comentário porque norteiam sua aplicação no caso concreto e que serão relevantes ao desenvolvimento do tema. São elas:

Primeira, as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais, pela aplicação do § 1º do artigo 5º da Constituição Federal, têm aplicação imediata, ou seja, são exigíveis de imediato, desde a sua promulgação em cinco de outubro de 1988, não carecendo de qualquer regulamentação adicional para ser exigido pelo cidadão.

Segunda, o intérprete da constituição, quando no caso concreto, deve recusar interpretações que restrinjam o grau de proteção conferido aos direitos fundamentais. Caso haja dúvidas na aplicação de um direito fundamental, deve-se privilegiar as interpretações de caráter extensivo do sentido da norma.

Terceira, os direitos fundamentais foram elevados, pelo inciso IV, § 4º do artigo 60 da Constituição Federal, à estatura de cláusula pétrea, ou seja, nem mesmo o legislador constituinte derivado pode tentar aboli-los ou mitigá-los. São pétreos, são basilares, são rígidos e receberam o maior grau de proteção existente em nosso ordenamento. Veja-se, nem todo o congresso nacional em uníssono, nem a Presidenta da República e o STF têm legitimidade para reduzir o grau de proteção conferido a uma cláusula pétrea.

Necessário ressaltar, no tocante a essa terceira peculiaridade dos direitos fundamentais, que parte da doutrina não considera que os direitos sociais estejam cobertos pelo manto das cláusulas pétreas, defendendo que tal manto estende-se tão somente sobre os direitos individuais, direitos de primeira geração.

Melhor se explica:

Pela leitura do referido IV, § 4º do artigo 60 da Constituição, vemos que são considerados como cláusulas pétreas “os direitos e garantias individuais”.

Art. 60, CF/88

Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir:  
IV - os **direitos e garantias individuais**. (**grifo nosso**)

O problema é que essa expressão não é suficientemente clara para auferir o tamanho do manto pétreo, uma vez que não existe um capítulo na CF com esse título. A questão reside em saber o que o legislador constituinte quis dizer com a expressão “direitos e garantias fundamentais”. Precisa-se saber se ele estava se referindo ao Título II da CF intitulado “Dos Deveres e **Garantias** Fundamentais” ou apenas ao capítulo I, do referido título, denominado “**Dos direitos** e deveres **Individuais** e Coletivos” (grifos nossos).

Obviamente que “direitos” são diferentes de “garantias”, portanto, se o legislador estiver se referindo a todo o Título II (único que usa o termo garantias) estarão albergados pelo impenetrável manto das cláusulas pétreas todos os direitos e garantias encontradas desde o artigo 5º até o artigo 17 da CF, o que inclui os direitos sociais e consequentemente o direito à saúde. Em caso contrário, se o constituinte estiver referenciando apenas o capítulo I do Título II (único que usa a expressão dos direitos individuais) somente o artigo 5º (direitos de liberdade) será considerado cláusula pétreo, deixando desprotegido não só os direitos sociais, mas também os direitos à nacionalidade e os direitos políticos, o que não nos parece correto.

IngoWolfgang Sarlet, assevera:

[...] A) a constituição brasileira, diversamente da portuguesa, não traça qualquer diferença entre os direitos de liberdade e os direitos sociais inclusive no que se relaciona a uma eventual primazia dos primeiros sobre os segundos. B) os partidários de uma exegese conservadora e restritiva em regra partem da premissa de que todos os direitos sociais podem ser conceituados como direitos de prestações materiais estatais, quando, em verdade, já se demonstrou que boa parte dos direitos sociais são equiparáveis, no que diz com sua função precípua e estrutura jurídica, aos direitos de defesa (liberdade) C) para além disso, lembramos que uma interpretação que limita o alcance das cláusulas pétreas aos direitos fundamentais elencados o art. 5º da CF acabaria por excluir também os direitos de nacionalidade e os direitos políticos que igualmente não foram expressamente previstos no art. 60 § 4º, de nossa lei fundamental (SARLET, 2005 *apud* FERRAZ, 2006, p.35).

Questiona-se, se o legislador não estava se referindo às garantias do título II, a que garantias estava se referindo? Uma possível resposta pode vir das lições de uma velha, e hoje superada, discussão sobre a abrangência do § 1º do artigo 5º (já supracitado), podendo servir como espécie de parâmetro. Veja-se.

Quando foi promulgada a carta de 1988, a doutrina se dividiu sobre a abrangência do § 1º do artigo 5º que reza: “*as normas definidoras de direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata*”. Houve quem afirmasse que por estar topograficamente localizado no artigo 5º, essa premissa só se aplicaria àquele artigo, outros, contudo, afirmavam que havia

ocorrido uma atecnia do legislador constituinte em colocar aquele parágrafo dentro do corpo do artigo 5. Para eles, o § 1º deveria estar em um artigo autônomo, já que a previsão se dirigia a todo o Título II. No final do embate, prevaleceu a segunda posição, mais abrangente e em melhor acordo com o Estado Social e Democrático.

Saber se os direitos de segunda geração, e assim o direito à saúde, são cláusulas pétreas, mostra-se fundamental, pois repercute no grau de proteção dado ao direito à saúde. Dentre os pensadores que entendem em sentido positivo, destaca-se Ferraz (2006, p.40):

Convém salientar que, tanto os direitos individuais quanto os direitos sociais estão incluídos no Título II da Constituição Federal de 1988, que trata dos direitos e garantias fundamentais. Ressalte-se que tais garantias estão presentes na expressão “os direitos e garantias individuais” do referido art.60, § 4º, IV, da CF\88. Do contrário, que outras garantias estariam sendo dadas aos direitos sociais? Afinal, os Direitos e Garantias Fundamentais (art. 5º ao 17º) não incluem os direitos individuais, coletivos e sociais?

É possível se pensar, em sentido contrário, que caso o legislador quisesse gravar os direitos sociais com a cláusula da intangibilidade, o teria feito nominalmente ou, no mínimo, teria se referido de forma genérica a todos os direitos e garantias fundamentais, todavia esse raciocínio mostra-se frágil diante dos argumentos já apresentados. Veja-se também, o ex-ministro do Supremo Tribunal Federal, Carlos Ayres Britto (BRITTO, 2005, p.15):

[...] as normas constitucionais autorizativas da produção das emendas é que devem ser interpretadas restritivamente, porque emenda é sempre exceção ao princípio lógico tácito da estabilidade da Constituição. As cláusulas pétreas, ao contrário, caracterizando-se como afirmadoras daquele princípio ínsito a cada Estatuto Supremo, elas é que devem ser interpretadas extensivamente.

De fato, mesmo não considerando que o artigo 60 § 4 da CF engloba o direito à saúde, é forçoso concluir que qualquer tentativa de suprimi-lo seria abruptamente estancada pelo princípio da dignidade da pessoa humana registrado logo no art. 1º da Carta Magna e pedra angular de todo o ordenamento.

A função das cláusulas pétreas é preservar os elementos essenciais da constituição evitando a sua degeneração. Os direitos fundamentais (saúde, nacionalidade etc.) integram a essência basilar da Constituição, estando, portanto, guarnecidos contra qualquer afronta. O desrespeito a esses direitos representa desrespeito ao próprio Estado Social e Democrático, direitos sem os quais, esse Estado perde sua natureza. Novamente, frisa-se: se os direitos

sociais não são cláusulas pétreas, os direitos da nacionalidade e dos direitos políticos também não são. Tal afirmativa, ao que parece, não é verdadeira.

[...] a função das denominadas “cláusulas pétreas” é a de impedir a destruição dos dispositivos essenciais da Constituição (MARTA, 2010).

Sobre a petricidade dos direitos sociais, afirma Sarlet (2005 *apud* FERRAZ, 2006, p.36): “[...] sua abolição acabaria por redundar na própria destruição da identidade da nossa ordem constitucional, o que por evidente se encontra em flagrante contradição com a finalidade precípua dos limites materiais”.

Todavia, chama-se atenção para o risco implícito em considerar todo o título II da CF como intangível, por não se coadunar com o dinamismo de uma sociedade moderna, na qual as evoluções são constantes e profundas. As cláusulas pétreas podem deixar a sociedade refém da imutabilidade de determinados dispositivos, que não mais estão de acordo com os interesses sociais. Se uma sociedade deparar-se com tal problema, ele só seria superado com uma revolução constitucional, que inaugurasse uma nova ordem jurídica e um novo Estado de Direito. Para exemplificar, se poderia citar o caso da pena de morte no ordenamento brasileiro, para o qual, caso fosse realizado um plebiscito, muito provavelmente a maioria da população votaria a favor, contudo, a discussão torna-se inócua frente à intangibilidade do artigo 5º, XLVII, que proíbe a pena capital em tempos de paz.

Assim, a hermenêutica constitucional hábil para esclarecer até onde se estende a esfera de proteção das cláusulas pétreas deve ser sistemática, voltada à proteção dos elementos essenciais de uma social democracia.

No final, questões constitucionais como essa ou como a questão da judicialização da saúde são questões mais políticas e ideológicas do que propriamente jurídicas. Nesse sentido, Konrad Hesse (1991, *apud* FERRAZ 2006, p.42) confere a seguinte lição: “Questões Constitucionais não são, originariamente, questões jurídicas, mas sim questões políticas. Assim, ensinam-nos não apenas os políticos, mas também os juristas”.

Nesse mesmo sentido Georg Jellinek (1991, *apud* FERRAZ, 2006):

O desenvolvimento das constituições demonstra que as regras jurídicas não se mostram aptas a controlar efetivamente, a divisão de poderes políticos. As forças políticas movem-se consoante suas próprias leis, que atuam independentemente das formas jurídicas. (...) mas a força normativa da Constituição não reside tão somente na adaptação inteligente a uma dada realidade. A constituição jurídica logra converter-se, ela mesma, em força ativa que se assenta na natureza singular do presente (*Individuelle*

*Beschaffenheit der Gegenwart*) (...) a constituição se transforma em força ativa se existir disposição (social) de orientar a própria conduta segundo a ordem nela estabelecida.

Muito são os desafios hermenêuticos que permeiam os direitos sociais, o moderno direito à saúde e os limites entre o sistema jurídico e o sistema político. A separação dos poderes, as ideologias dominantes e a transição demográfica/epidemiológica são apenas alguns exemplos das arestas a se aparar.

Desafios que, no caso da judicialização da saúde, reverbera no conflito entre princípios econômicos e sociais que disputam entre si hegemonia. Tratar do conflito entre o Judiciário e o Executivo, no contexto de direitos fundamentais, é tarefa delicada tendo em vista que tais direitos consubstanciam um núcleo de direitos com lugar privilegiado dentro da ordenação jurídica.

#### **1.4 Sistema político x sistema jurídico**

A expressão “política” sistematizada inicialmente por Aristóteles tem origem no grego *politiká*, deriva de *polis* e está diretamente relacionada a tutela do que é público, está relacionada à “*cidade, e portanto ao cidadão, civil, público e também sociável e social*” (BOBBIO, 2000, p. 159).

Não é objetivo desse estudo aprofundar-se na discussão sobre as diversas conceituações de política, mas, uma vez que iremos discutir as relações do sistema político com outros sistemas, pertinentes são as palavras de Bobbio (2000): “*os fins da política são tantos quantas forem as metas a que um grupo organizado se propõe, segundo os tempos e as circunstâncias*”.

Sabendo, portanto que política é tomada de decisões com base em uma determinada ideologia com vistas a alcançar determinados objetivos para uma coletividade, cabe indagar qual a ideologia forjará a política de saúde. A resposta a essa questão deve partir inicialmente da própria Carta Magna, uma vez que é ela o elemento fundamental não só da ordem jurídica como também da ordem política. Veja-se:

Art. 1º [...]

Parágrafo único. **Todo o poder emana do povo**, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição (grifo nosso). (BRASIL, 1988).

Premissa topograficamente erigida no artigo inicial da Constituição Federal pelo legislador constituinte exprime a importância do conceito basilar de nossa ordem política, qual seja o de que vivemos em uma democracia. Trata-se de lição pétreia a nos lembrar continuamente de que existe um único poder – um poder uno, indivisível, congruente e que não comporta disfunções dentro de si mesmo. No Brasil, diz-se ser a força fundadora e legitimadora da existência do próprio Estado.

O poder do povo, como dito, é soberano e, a despeito de sua unicidade e indivisibilidade, precisa organizar-se, compartimentando-se de forma a evitar que os representantes do povo exorbitem de suas prerrogativas – prática useira e vezeira em passado recente – bem como para viabilizar a consecução dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil elencados no artigo 3º da CF, que são: “(i) construir uma sociedade livre, justa e solidária”; (ii) “garantir o desenvolvimento nacional”; (iii) “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”; (iv) “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

Um Estado com tais escopos é um Estado, necessariamente, comprometido em intervir ativamente na sociedade, suprindo com bens e serviços as necessidades de seus cidadãos – um “*Welfare State*”.

Para evitar que o artigo 3º da CF perpetue-se enquanto letra morta e para expurgar eventuais arbitrariedades, o Estado precisa de instrumentos precisos e eficientes que o munície. Por isso, a lei maior instituiu e organizou a trindade: Executivo, Legislativo e Judiciário que, embora denominados poderes, nada mais são que meras repartições fictícias das competências daquele poder soberano (uno) do povo. De fato, quando o cidadão está diante do juiz ou do chefe do Executivo e esses se encontram no exercício de suas funções constitucionais, está-se diante do próprio Estado, expressão real do poder do povo.

A repartição de poderes foi aprendida duramente com o paulatino fortalecimento da boa doutrina democrática, mostrando-se vital e hábil a evitar o despotismo, pois tornam independentes as decisões legislativas das decisões judiciais e vice-versa.

Ocorre que, não raramente, a relação entre essas repartições de competências torna-se conflituosa, fragilizando a base sobre a qual as relações sociais deveriam desenvolver-se de forma saudável. A ideia esboçada por Montesquieu<sup>4</sup> era de que esses três poderes se relacionariam harmonicamente dentro de um processo (*check and balances*) em

---

<sup>4</sup> MONTESQUIEU, Charles Louis de. Do Espírito das Leis – in Coleção Os Pensadores - Montesquieu. São Paulo, Abril Cultural, 1973.

que sustentariam e, ao mesmo tempo, freariam a atuação um dos outros, evitando abusos do poder que fora, tão somente, outorgado pelo povo – seu legítimo titular.

Embora as competências do Executivo, do Legislativo e do Judiciário não sejam estanques e sem interseção, em tese, compete, primordialmente, ao primeiro a função administrativa, ao segundo a função de criar as normas gerais e ao último a função de julgar o caso concreto. Trata-se de vetusta lição acerca da separação dos poderes<sup>5</sup> e da necessidade de coexistência entre o sistema político e o sistema jurídico.

Sucedem que referido mecanismo de freios e contrapesos precisa de atualizações diuturnas às peculiaridades dos casos concretos para manter-se eficaz, pois há sempre novas relações sociais se formando e com elas novos conflitos – a judicialização da saúde exemplifica essa necessidade de ajustes.

Sabendo então a lógica do sistema de repartição de competência entre os poderes da república, a tão propalada ideia de harmonia entre eles, os objetivos constitucionais do Estado e a própria essência de uma socialdemocracia, passa-se a entender por que é normal e até esperado o crescimento, após 1988, do número de pedidos de medicamentos, exames complementares, leitos, procedimentos médicos (clínicos e cirúrgicos) e odontológicos etc., ao Judiciário, sobretudo quando a ausência ou imperfeição no fornecimento de bens e serviços em saúde repercute de forma tão crua, imediata e deletéria na qualidade de vida do cidadão.

Hoje, os tribunais do país presenciam o rápido crescimento do número de ações requerendo toda sorte de tratamentos e medicamentos, contudo, além de se desconhecer com exatidão o *quantum*, não estão claros detalhes importantes dessas demandas judiciais.

Sabe-se ainda que, pela supracitada repartição de poderes, é competência do Executivo criar e definir as políticas públicas de saúde e que é competência do Judiciário julgar no caso concreto essas políticas, determinando, quando necessário sua implementação ao rigor da lei. Ocorre que os moldes com que as decisões judiciais vêm sendo exaradas têm levantando algumas indagações.

Questiona-se se o Judiciário, por meio dessas ações, estaria usurpando a função do Executivo, criando, ele mesmo, políticas próprias de saúde destinadas exclusivamente aos mais bem-aventurados com acesso às unidades jurisdicionais. Questiona-se se está havendo quebra do poder discricionário da Administração pública na definição de políticas de saúde ou se o Estado-juiz estaria, apenas, agindo no estreito cumprimento do seu dever de guardar a lei.

---

<sup>5</sup> “En todo Estado hay tres partes de cuyos intereses debe el legislador, si es entendido, ocupar-se ante todo, arreglándolos debidamente.” Aristóteles. Política. Capítulo XI, Teoría de los Tres Poderes en Cada Especie de Gobierno. P.93, Disponível em <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bk000426.pdf>

Em suma: questiona-se se no processo de judicialização da saúde as decisões têm sido mais políticas que jurídicas.

Além disso, é preciso reconhecer que a atividade implementadora do Poder Judiciário não lhe autoriza criar políticas públicas, mas apenas implementar as já existentes (SANTOS *et al.*, 2010, p.77).

O que se aparenta é que os limites entre o criar e o implementar política pública de saúde não está suficientemente claro nem ao administrador público e nem ao magistrado. Situação que se torna ainda mais complexa por fatores como o emaranhado normativo que regula o tripartite sistema de saúde, as aparentes antinomias, o interesse do mercado farmacêutico, a lógica do consumo, bem como a fragmentação dos entendimentos jurisdicionais, os quais esvanecem ainda mais os contornos entre o sistema institucionalizado de ação política em saúde e o jurídico. A literatura vem mostrando-se preocupada com esses temas, ilustra-se.

Ela [a judicialização] tende a se constituir predominantemente em um estímulo à medicalização e um obstáculo para o uso racional de medicamentos (MACHADO *et al.*, 2011).

[...] os dados apresentados mostram a grande concentração da distribuição dos processos em poucos médicos e escritórios de advocacia. Esse fato pode ser um indício de que a Justiça e a medicina têm sido utilizadas para atender aos interesses da indústria farmacêutica (CAMPOS NETO, 2012).

[...]o deferimento absoluto de pedidos judiciais pode aprofundar as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, infringindo princípio do SUS, uma vez que favorece aqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicial em detrimento dos que não possuem acesso à justiça (PEPE *et al.*, 2010).

[...] muitas das decisões judiciais infringem ou distorcem princípios do SUS, sobretudo o da equidade. [...] as ações judiciais ignoram o que a política de assistência farmacêutica normalizou (CHIEFFI e BARATA, 2009).

Rememorando os gregos, a atual questão de limites entre os poderes, no que tange o fenômeno da judicialização da saúde, poderia ser resumida pela relação entre Hígia, Panaceia e Têmis. O discurso que é encontrado nas falas dos gestores públicos é facilmente identificado pela fala de Hígia, deusa que representa as práticas preventivas, a saúde pública a quem compete distribuir coletivamente bem-estar. Discurso de quem se sente prejudicada e mesmo usurpada de suas forças por Têmis que, de olhos vendados e empunhando uma espada, decide sobre seus recursos em prol de Panacéia, deusa da medicina curativa e clínica.

Em suma, Hígia vem argumentando que, nos últimos anos, deferir os pleitos de Panacéia tem dificultado quando não inviabilizado sua missão, colocando em risco a vida de muitas pessoas. Panacéia, insatisfeita, busca a tutela de Têmis que deve decidir o que é o justo em cada caso.

Contudo, a questão está pouco sistematizada e carece, inclusive, de dados estatísticos confiáveis, fato que deixa os pratos da balança parcialmente vazios, dificultando ainda mais a tarefa da Justiça.

Sobre esse embate, veja-se Barroso (2007):

[...] constitucionalismo traduz-se em respeito aos direitos fundamentais. E democracia, em soberania popular e governo da maioria. Mas pode acontecer de a maioria política vulnerar direitos fundamentais. Quando isto ocorre, cabe ao Judiciário agir. É nesse ambiente, é nessa dualidade presente no Estado constitucional democrático que se coloca a questão essencial: podem juízes e tribunais interferir com as deliberações dos órgãos que representam as maiorias políticas – isto é, o Legislativo e o Executivo –, impondo ou invalidando ações administrativas e políticas públicas? A resposta será afirmativa sempre que o Judiciário estiver atuando, inequivocamente, para preservar um direito fundamental previsto na Constituição ou para dar cumprimento a alguma lei existente.

[...] Se o legislador tiver feito ponderações e escolhas válidas, à luz das colisões de direitos e de princípios, o Judiciário deverá ser deferente para com elas, em respeito ao princípio democrático.

Entender a questão da judicialização do direito à saúde é, em síntese, entender se a Justiça estaria exorbitando suas competências ou se estaria, simplesmente, cumprindo seu dever de, nos dizeres Ulpiano (jurisconsulto romano reconhecido como primeiro atuário da história), distribuir a cada pessoa o que é seu por direito<sup>6</sup>.

[...] para que seja legítima, a atuação judicial não pode expressar um ato de vontade própria do órgão julgador, precisando sempre reconduzir-se a uma prévia deliberação majoritária, seja do constituinte, seja do legislador (BARROSO, 2007).

A tarefa pacificadora que compete ao sistema jurídico não é fácil. O próprio conceito de justiça não é de simples apreensão. Para Ulpiano, já citado, justiça é a firme vontade de dar a cada um o que é seu. Mas ora, a dificuldade reside exatamente em saber o que é de cada um, uma vez que as partes buscam o Judiciário defendendo justamente aquilo que acreditam lhes ser de direito.

---

<sup>6</sup> “*Justitia est constans et perpetua voluntas jus suum cuique tribuere*” (*Digesto de Justiniano 1,1,10*)

Aristóteles, Platão, São Tomás de Aquino, Rousseau, Kant, John Rawls, Hobbes, Miguel Reale e muitos outros pensadores se dedicaram a investigar o real significado de justiça. Trata-se de conceito multifacetado e temporal imprescindível ao sistema jurídico e ao seu relacionamento com o sistema político.

Hans Kelsen é quem tenta simplificar a atuação do sistema jurídico, tentando desvencilhar o direito de todas essas questões e conceitos, que para ele interessam a ciências outras. Para o filósofo austríaco, o direito deveria ser puro, isolado, sem subjetividades, sem valores de justiça ou injustiça. Solucionar um problema jurídico seria unicamente olhar para o texto da lei e aplicá-lo sem juízos morais, éticos ou políticos, apenas o juízo objetivamente extraído do dispositivo normativo positivado. É a famosa “*Reine Rechtslehre*”, Teoria Pura do Direito (MARQUES, 2005).

“Há mais de duas décadas que empreendi desenvolver uma teoria jurídica pura, isto é, purificada de toda a ideologia política e de todos os elementos de ciência natural, uma teoria jurídica consciente da sua especificidade porque consciente da legalidade específica do seu objeto. [...] Importava explicar, não as suas tendências endereçadas à formação do Direito, mas as suas tendências exclusivamente dirigidas ao conhecimento do Direito, e aproximar tanto quanto possível os seus resultados do ideal de toda a ciência: objetividade e exatidão” (KELSEN, 1984).

Desta forma, a teoria do direito ergue-se sobre os fundamentos da racionalidade, típicos da ciência moderna, que pregam o purismo metodológico e a construção lógica do ordenamento jurídico, com base apenas no próprio ordenamento jurídico. A teoria pura do direito afasta, do direito e da ciência jurídica, quaisquer elementos que não os normativos, decorrentes do arcabouço de leis e normas que regem o Estado (MARQUES, 2005).

[...] a orientação geral da sua Teoria Pura do Direito e da Teoria Analítica do Direito são as mesmas. Nenhuma destas disciplinas ocupa-se da apreciação política ou moral do Direito, nem da descrição ou explicação sociológica do Direito ou do fenômeno legal. Em vez disso, ambas ocupam-se da análise ou elucidação do significado do Direito positivo (HART, 2005)

A teoria de Kelsen, amplamente difundida no século XX, não nega, como é possível se pensar, o laço existente entre o Direito e outras ciências, mas defende que a ciência jurídica é ciência autônoma que não deve se contaminar com metodologias sociológicas, políticas, psicológicas etc.

[...] as confusões porventura existentes entre o direito e a sociologia, entre o direito e a psicologia, podem ser explicadas pelo fato de estas ciências possuírem uma estreita conexão com o direito. Todavia, apesar de

reconhecer a estreita relação entre o direito e outros campos do conhecimento, a teoria pura não os reconhece como foco de atenção do direito (MARQUES, 2005).

Acredita-se que uma aplicação acrítica dos dispositivos legais que disciplinam a matéria, sem ponderar as questões sociais, políticas, econômicas e técnicas (médicas, odontológicas, farmacológicas, mercadológicas etc.) que permeiam o tema é insuficiente e, até mesmo, capaz de produzir graves desajustes no sistema de saúde. A própria Constituição em que repousam as normas que ensejam o presente debate é, ao mesmo tempo, um documento jurídico e político, mostrando a impossibilidade de adoção da teoria de Kelsen.

No entanto, essa mesma Constituição Federal, para a contradição do purismo metodológico positivista, não pode ser apartada de sua dimensão política. Conforme DALLARI, “a Constituição é um documento político que transforma em lei os objetivos da sociedade, inclusive organizando-a para alcançá-los” (MARQUES, 2005).

Para entender a essência do conflito jurídico político envolvido nas demandas em saúde pública, esse estudo acredita em afastar-se do purismo de Hans Kelsen e aproximar-se das lições do alemão Niklas Luhmann, nas quais os sistemas sociais são autônomos, porém interdependentes. Esse sociólogo, diferente do jurista austríaco supracitado, pregava que o sistema jurídico e o sistema político, apesar de operacionalmente fechados e com comunicação própria, são cognitivamente abertos ao ambiente em que estão inseridos – é a teoria dos sistemas autopoieticos (MARQUES, 2005).

Assim, os elementos individuais do objeto de estudo precisam ser compreendidos, reconhecendo que os estímulos por eles gerados transpassam a membrana do sistema jurídico e do sistema político, reverberando no meio e, por consequência, a eles retornando. São sistemas que, mesmo possuindo objetos, objetivos, códigos e comunicação próprios, são capazes de identificar-se e interagirem. Um sistema complexo e interdependente que afasta o purismo de Kelsen.

[...] direito e política são dois sistemas distintos, com funções, operações e códigos de comunicação específicos, embora interdependentes e estruturalmente acoplados (MARQUES, 2005).

E é exatamente por terem códigos distintos e comunicações distintas que é impróprio esperar que um sistema responda uma questão que cabe ao outro. As linguagens são diferentes, portanto, quando o equilíbrio entre os poderes não é respeitado o resultado

perturba ainda mais a harmonia do meio em que os sistemas sociais se encontram.

O sistema social das sociedades modernas, como já dito, é diferenciado pela estabilização de diversos sistemas parciais (como o jurídico, o político e o econômico), com funções específicas. E esses sistemas parciais, por sua vez, produzem uma comunicação específica, ao cumprirem as suas funções específicas dentro da sociedade. [...]

E um sistema só será autônomo, na medida em que não necessite de operações advindas de outros sistemas para se reproduzir, e na medida que opere sempre com base em seu código próprio de comunicação. É a clausura operativa, portanto, que possibilita a autonomia e a abertura cognitiva do sistema para os estímulos provenientes do ambiente (MARQUES, 2005).

Para Campilongo (2002, p. 106 *apud* MARQUES, 2005) “o sistema jurídico trabalha com informações e ferramentas menos imponentes e menos numerosas, se não absolutamente inadequadas, para iniciar, corrigir ou interromper políticas públicas”.

Seguindo esse raciocínio e pensando na legitimidade do regime democrático, traz-se importante observação feita por Barroso (2007). Veja-se, o autor argumenta que o sistema político é formado, em síntese, pelo Executivo e o Legislativo (em suas funções típicas), cujos representantes são eleitos pelo povo, diferentemente dos magistrados que, compondo o sistema jurídico, são selecionados mediante concurso público de provas ou provas e títulos, sem participação democrática. Ora, uma vez que os recursos disponíveis para a saúde são obtidos através da cobrança de tributos pagos pelo povo, cabe unicamente ao povo decidir como aplicar esses recursos. E ele pode fazer isso diretamente (nos termos da constituição) ou por meio de seus representantes eleitos – Executivo e Legislativo, mas não do Judiciário. Nesse sentido, é válido e legítimo que se estabeleça políticas de saúde que escolham, por exemplo, priorizar medidas preventivas de proteção da saúde, em detrimento de outras (BARROSO, 2007).

Ressalta-se, contudo, que, em certa medida, o Judiciário integra o sistema político, quer seja por ser constituído por um documento político, a Constituição Federal, quer seja pelo ativismo judicial que determina políticas públicas. Todavia, quando o faz o faz fora de suas funções típicas. Para ilustrar, citam-se duas decisões ativistas do Judiciário, quais sejam: a exigência de fidelidade partidária e a regulamentação do direito de greve dos servidores públicos. Essas decisões do STF foram frutos do clamor social não respondido pelo Poder Legislativo.

Veja-se as palavras do Ministro Celso de Melo em agravo regimental (SL 47 AgR/PE) que trata da matéria da judicialização da saúde em Pernambuco.

Impende assinalar, contudo, que a incumbência de fazer implementar políticas públicas fundadas na Constituição poderá atribuir-se, ainda que excepcionalmente, ao Judiciário, se e quando os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem em caráter mandatório, vierem a comprometer, com tal comportamento a eficácia e a integridade de direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional. (BRASIL, 2010)

Assim, embora comuniquem-se, os sistemas jurídicos e políticos, na engrenagem estatal, são interdependente, cita-se Marques (2005):

Ambos atuam de forma estritamente ligada à legislação estatal, têm seus princípios decorrentes da mesma fonte, qual seja: a Constituição Federal, e dependem de um aparato coercitivo para a concretização de suas decisões. E, nessa interação, um sistema presta ao outro importantes contribuições, para o desempenho de suas funções específicas.

Uma análise plúrima das condições sociais e econômicas que rodeiam o tema tem sugerido que o benefício auferido com a distribuição judicial de medicamentos é expressivamente menor do que seria obtido caso esses recursos fossem direcionados a outras políticas de saúde pública. Nesse sentido, Barroso(2007) exemplifica com o caso das políticas de saneamento básico e de construção de redes de água potável no Estado do Rio de Janeiro.

Em 2007, por exemplo, no Estado do Rio de Janeiro, já foram gastos com os programas de Assistência Farmacêutica R\$ 240.621.568,00 – cifra bastante superior aos R\$ 102.960.276,00 que foram investidos em saneamento básico. Tal opção não se justificaria, pois se sabe que esta política é significativamente mais efetiva que aquela no que toca à promoção da saúde. Na verdade, a jurisprudência brasileira sobre concessão de medicamentos se apoiaria numa abordagem individualista dos problemas sociais, quando uma gestão eficiente dos escassos recursos públicos deve ser concebida como política social, sempre orientada pela avaliação de custos e benefícios (BARROSO, 2007).

Assim sendo, além das ponderações supracitadas desenvolvidas pela literatura pesquisada, mais duas merecem comentário:

Primeiro, o artigo 196 da CF claramente defere a tarefa aos órgãos executores de políticas públicas, sem fazer qualquer referência ao sistema jurídico.

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

promoção, proteção e recuperação. (**grifo nosso**)

Segundo, em matéria de política pública de saúde, o Judiciário pode agir quando o Executivo não o fizer ou quando o fizer de forma contrária a lei, afinal, o papel do sistema jurídico, em um Estado de direito e democrático, é interpretar as leis, salvaguardando direitos. Doutrinadores como o Ministro do STF Luís Roberto Barroso, abaixo transcrito, acreditam não ser esse o caso.

[...] não seria correto afirmar que os Poderes Legislativo e Executivo encontram-se inertes ou omissos – ao menos do ponto de vista normativo – no que toca à entrega de medicamentos para a população. Ao contrário, as listas definidas por cada ente federativo veiculam as opções do Poder Público (BARROSO, 2007).

Ainda segundo BARROSO (2007), não se poderia afirmar que o Executivo estaria agindo de forma contrária à lei.

O tema versado no presente estudo envolve princípios e direitos fundamentais, como dignidade da pessoa humana, vida e saúde. Disso resultam duas consequências relevantes. A primeira: como cláusulas gerais que são, comportam uma multiplicidade de sentidos possíveis e podem ser realizados por meio de diferentes atos de concretização.

Vê-se que o Executivo tem atuado positivamente, que ele tem criado listas de medicamentos, protocolos e diretrizes terapêuticas etc., não sendo, na maioria dos casos, o caso de omissão. De igual forma, não se poderia defender que a atuação do Judiciário se dá pelo fato do Executivo não cumprir corretamente os ditames constitucionais ou legais, pois os princípios, como transcrito acima, são normas gerais que podem assumir muitos sentidos, e podem ser efetivados por diferentes meios, cabendo ao povo decidir, diretamente ou por meio de seus representantes eleitos (o que não inclui magistrados), qual caminho seguir.

Ressalvadas as hipóteses acima, a atividade judicial deve guardar parcimônia e, sobretudo, deve procurar respeitar o conjunto de opções legislativas e administrativas formuladas acerca da matéria pelos órgãos institucionais competentes. Em suma: onde não haja lei ou ação administrativa implementando a Constituição, deve o Judiciário agir. Havendo lei e atos administrativos, e não sendo devidamente cumpridos, devem os juízes e tribunais igualmente intervir. Porém, havendo lei e atos administrativos implementando a Constituição e sendo regularmente aplicados, eventual interferência judicial deve ter a marca da autocontenção (BARROSO, 2007).

A questão suscitada no Olimpo por Higia, Panaceia e Têmis repercute incisivamente no mundo de homens que adoecem e morrem à espera de um sistema público de saúde eficaz. E nenhum progresso relevante será alcançado se prescindir um mergulho nos ideais de justiça e nos princípios normativos mais básicos, em que se pese: o princípio da reserva do possível, o princípio do mínimo existencial, o princípio da universalidade e o princípio da integralidade.

Os princípios são normas de caráter plástico, de natureza basilar que dão fundamentos a todo o complexo normativo sobre eles alicerçado. Em casos de conflito de poderes e aparentes antinomias, são verdadeiras bússolas.

### **1.5 Embate principiológico na judicialização da saúde**

Entendendo que os sistemas políticos e jurídicos são peculiares e autônomos, que têm missão e organização própria, mas que, como gêmeos siameses, não sobrevivem sem o bem estar do outro, analisemos alguns institutos que têm o condão de harmonizar essa relação.

A CF, bem como a lei orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90), em preclaros termos, rezam a obediência aos princípios da integralidade e da universalidade, dos quais se denota o direito de todo e qualquer indivíduo que adentre ao território brasileiro (nacional ou estrangeiro) a cuidados integrais de saúde (assistência farmacêutica e demais insumos, procedimentos de alta complexidade, consultas especializadas, leitos etc.).

Esses cuidados em saúde, que estão correlacionados à segunda geração de direitos, exigem uma prestação de alto desempenho por parte do Estado e com alto custo ao erário público, fatos que chamam, a também compor a mesa de debates, alguns princípios econômicos e orçamentários, dentre os quais a “reserva do possível” e a lei da escassez.

Hoje, no Brasil, indubitavelmente, a ideologia que fomenta as instituições jurídicas em saúde é a do bem-estar social, consagrada pela carta magna logo em seu primeiro artigo, ao asseverar:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como **fundamentos:**  
**III – a dignidade da pessoa humana (grifo nosso)**

No calor dos ideais de valorização do ser humano é que essas instituições foram forjadas. Instituições como previdência social, assistência social e saúde, que juntas formam o gênero seguridade social, visam reduzir as desigualdades, melhorar os índices epidemiológicos e a qualidade de vida.

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

Note que, quando a Constituição, em seu artigo primeiro, fala em fundamentos, está, em verdade, referindo-se a princípios, e não a quaisquer princípios, mas àqueles que são os mais basilares na formação do Estado. Ela está ditando o alicerce onde toda a ordem do Estado de Direito deverá estar sedimentada – a dignidade da pessoa humana.

Barroso (2007), acrescenta uma importante reflexão sobre o princípio da dignidade humana, qual seja a de que esse princípio é o núcleo essencial e centro de irradiação dos demais direitos fundamentais, estando assentado sobre ele o pensamento filosófico contemporâneo. O mesmo autor e obra, rememorando Kant (1785) e Dworkin (2006), sintetiza, *in verbis*:

- a) toda pessoa humana é um fim em si mesma, não devendo jamais ser transformada em um meio para a realização de metas coletivas  
[...]
- b) toda vida desperdiçada, todo fracasso existencial é uma perda para a humanidade como um todo. O Estado, o Direito e a sociedade devem contribuir, na maior extensão possível, para que cada indivíduo desenvolva suas potencialidades e realize o seu projeto de vida (BARROSO, 2007).

Não é por mero acaso que o princípio da dignidade humana inaugura o texto da mais importante lei. Os princípios são proposições fundamentais de caráter plástico que informam a compreensão do fenômeno jurídico. No dizer de Delgado (2006) “são diretrizes centrais que se inferem de um sistema jurídico e que, após inferidas, a ele se reportam, informando-o”.

Os princípios são a estrutura sobre qual a ciência do direito se desenvolve. E é por essa característica generalista que se tornam vitais em nosso cenário globalizado de interesses tão acirrados em que a capacidade para se adaptar de forma rápida ao caso concreto é imprescindível ao crescimento e ao aperfeiçoamento da ordem social.

Isso posto, urge esclarecer algumas questões fundamentais, quais sejam:

- 1- Quem pode requerer bens e serviços ao SUS;
- 2- Quais bens e serviços podem ser requeridos;
- 3- Como esses bens e serviços devem ser disponibilizados.

As duas primeiras perguntas visam responder os elementos subjetivos/quantitativos, enquanto a última, volta-se aos critérios objetivos/qualitativos. Veja-se agora alguns princípios e como eles podem lançar luz à celeuma.

### ***1.5.1 Princípio da universalidade no contexto da judicialização da saúde (Quem?)***

Pelos ditames constitucionais, o SUS deve garantir atendimento integral e adequado a todo aquele que buscar acessá-lo. Pois bem, cabe definir quem é que pode acessar o sistema de saúde.

Art. 194, Constituição Federal.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento (BRASIL, 1988)

O princípio da universalidade, também conhecido como princípio cosmopolita, reza que os cuidados em saúde devem ser universais. Por óbvio que isso, per si, não diz muita coisa, afinal, o que vem, de fato, a ser cuidados universais?

De fato, todo cidadão brasileiro ou mesmo estrangeiro em território nacional, ainda que em trânsito, tem direito a receber bens e serviços do SUS, tudo em obediência ao princípio macro da isonomia e equidade.

[...] cuida-se de um sistema mantido pela sociedade, para uso de todos os cidadãos dentro de parâmetro de isonomia e equidade (SANTOS *et al.*, 2010, p. 105).

SANTOS *et al.* (2010) ressaltam ainda que, embora universal, o sistema público de saúde não é exclusivo, convivendo com sistemas suplementares de iniciativa privada. O artigo 199 da Constituição Federal afirma que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Portanto, o indivíduo pode decidir, no caso concreto, se recorre ao sistema público

ou ao privado. É impossível renunciar em definitivo ao direito abstrato a cuidados em saúde pelo Estado, contudo o SUS não é de utilização compulsória, é facultativo. Caso opte pelo sistema privado, nada impede que posteriormente o cidadão volte-se para o sistema público, todavia, enquanto estiver sob a tutela do sistema privado há uma importante característica que merece comentário.

Veja-se, essa percepção apesar de básica tem como consequência que no curso de uma eventual, concreta e voluntária relação com o sistema privado, os direitos do usuário derivarão de uma relação privada de consumo, não cabendo ao SUS utilizar recursos públicos para fornecer insumos às instituições privadas, mesmo porque, seus serviços são obrigatoriamente gratuitos enquanto os daqueles são remunerados, o que terminaria redundando em enriquecimento ilícito e invasão ao princípio da livre concorrência.

Embora não exista a possibilidade jurídica de renúncia abstrata e definitiva, pelo cidadão, do direito fundamental à prestação estatal de saúde, lhe é dada a faculdade de utilizar ou não, concretamente, o SUS (SANTOS *et al.*, 2010, p.106).

Não há, no plano constitucional, a obrigação do sistema público de saúde garantir o uso de estruturas públicas ao cidadão que envereda, tópica e concretamente, pelo atendimento privado (SANTOS *et al.*, 2010, p.107).

Assim, há de se diferenciar o usuário “concreto” da assistência pública à saúde daquele usuário “potencial” que optou por uma relação jurídica de direito privado. Aos primeiros se aplica toda a estrutura do SUS<sup>7</sup>, dentro de parâmetros de adequação, razoabilidade e predominância do interesse coletivo, aos segundos aplica-se a relação contratual dentro de parâmetros de direitos e obrigações mutuamente avençados com predominância do interesse individual.

A regra é que o sistema privado de saúde arque com seus próprios custos. A lei orgânica da Saúde, lei 8080 de 1990, em seu artigo 24, abre uma exceção:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Destaca-se que o sistema público e o sistema privado são autônomos, não havendo, em regra, complementaridade, salvo nos casos expressos de convênios ou contrato

---

<sup>7</sup> Cabe destacar que todos são, em medidas diferentes, usuários concretos do SUS, seja através de serviços de prevenção, de vigilância sanitária etc. A discussão aqui travada diz respeito aos serviços de assistência à Saúde.

público, nos termos do artigo 199, § 1º da CF.

Art. 199:

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

SANTOS *et al.* (2010) bem resume a questão:

O sistema público de saúde e a iniciativa privada formam corpos distintos de prestação de serviços, com premissas sociais, econômicas e políticas distintas. O SUS enfatiza a saúde coletiva e é mecanismo de produção de direitos humanos. [...]. O particular, porém realiza ações em saúde como atividade econômica, obtendo custeio mediante cobrança direta do paciente [...] (SANTOS *et al.*, 2010, p.107).

Por todo o exposto, o SUS está desobrigado a fornecer bens e serviços no específico caso de uma relação capitaneada por um serviço privado. Em suma, o atendimento integral e universal é dirigido apenas aos usuários efetivos do sistema público de assistência à saúde e não aos usuários potenciais.

A universalidade assegura o acesso de todos à saúde, mas a pessoa precisa querer adentrar o SUS, uma vez que a assistência integral somente é garantida àqueles que estão no SUS: quem optou pelo sistema privado não pode pleitear parcela da assistência pública porque ela pressupõe a integralidade da atenção e a integralidade da atenção, por sua vez, pressupõe que o paciente está sob terapêutica pública, escolheu o sistema público. (Lenir Santos, SUS: “contornos jurídicos de integralistas da atenção à saúde”, in Luiz Odorico Monteiro de Andrade, SUS passo a passo. São Paulo: Hucitec, 2008.)

A autora acima considera um sofisma defender que a constituição teria assegurado ao cidadão receber parte da prestação do poder público e outra do ente privado. Considera igualmente equivocado defender que se estaria mitigando o princípio da universalidade.

É um sofisma a afirmação de que a Constituição garantiu ao cidadão optar por receber algumas prestações da área pública, durante um tratamento privado, em decorrência da combinação dos preceitos constitucionais da universalidade e da integralidade. O indivíduo pode, isso sim, por opção e de acordo com sua condição, enveredar pela assistência em caráter privado ou utilizar-se dos serviços públicos de saúde (SANTOS *et al.*, 2010, p.111).

Sobre essas observações, premente ressaltar dois pontos em que fica claro que

todos são, em medidas diferentes, usuários do SUS.

Primeiro, algumas ações preventivas difusas fornecidas *ex officio*, ações que prescindem requerimento ou adesão individual, que por obviedade são distribuídas indistintamente entre todos.

Segundo, alguns insumos específicos eventualmente fornecidos pelo poder público ao cidadão sob atenção do sistema privado, quando previstos em lei específica (o que pressupõe o legislativo) ou pelos conselhos de saúde (o que pressupõe o Executivo), jamais por decisão judicial, que não integra o sistema político.

Fora disso, o conceito de universalidade remete aos usuários concretos e efetivos da assistência pública à Saúde.

### ***1.5.2 Princípio da integralidade no contexto da judicialização da saúde (Quais?)***

O artigo 5º da Lei orgânica da saúde (Lei 8.080 de 1990), bem como a própria CF, explicita que a assistência à saúde deve obediência à integralidade. Mas o que vem a ser isso na prática do SUS e, mais especificamente, no contexto de um Estado com tantas desigualdades? Quais implicações ontológicas derivam da integralidade?

O artigo 7º da Lei 8.080/90 define integralidade como um “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”.

SANTOS *et al.* (2010, p.161) explicam que:

A integralidade da assistência exige que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, *de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema.*

As constantes discussões jurídico-econômicas acerca da saúde vêm exigindo análise mais cautelosa de certos valores, de certas normas. No centro dessa querela está o princípio da integralidade, cuja leitura mais precipitada pode levar a crer na obrigação do Estado em fornecer todo e qualquer cuidado em saúde que o usuário deseje.

No SUS, “integral” diz respeito à atuação articulada das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, considerando três níveis de complexidade para essas ações e serviços. Implica em analisar e suprir as necessidades de cuidados de saúde aos indivíduos desde aquelas mais básicas até as mais complexas (VIEIRA, 2009).

Como se verá, há muitas particularidades que devem ser observadas para uma conclusão abalizada sobre o quê deve ser ofertado, sob pena de, reconhecendo que praticamente todos os direitos sociais, de forma direta ou indireta, repercutem na saúde, exige-se do Estado a satisfação de ideais oníricos e quiméricos. Se assim fosse, bastaria uma única agenda aos ministérios e secretarias, a agenda da saúde.

Se a palavra integral, como qualificação da assistência terapêutica, assumir o significado de “tudo o que há no mercado”, então é evidente o que tal interpretação pode trazer para o SUS (VIEIRA, 2009).

A verdade é que o Estado deve ofertar saúde dentro de um padrão de integralidade, ou seja, dentro de uma política de saúde, em que o poder político em conjunto com a sociedade estabelece quais serviços comporão o rol de serviços que serão disponibilizados pelo SUS, sopesando, de um lado, o crescimento da demanda e, do outro lado, a escassez de recursos.

Padrão de integralidade significa que serviços o Estado colocará à disposição da população em razão da crescente demanda e da escassez de recursos. Essa é uma decisão que a sociedade deve tomar de forma madura com o Estado, a fim de definir o que será garantido à população de maneira igualitária (SANTOS *et al.*, 2010, p.17).

A discussão e os questionamentos sobre a extensão do princípio da integralidade versa sobre os limites “máximos” dessa integralidade, sendo pacífico que os valores “mínimos” são inexpugnáveis.

São escolhas não de mínimos, mas de máximos, como a incorporação de tecnologias, que requer cada vez mais grave seriedade nas definições, em razão da escassez de recursos diante das crescentes demandas (SANTOS, 2010, p.20).

A necessidade de deixar claros os contornos entre máximos e mínimos e o papel do Judiciário nesses contornos é premente. Casos que chamam atenção frente à escassez de recursos e estão alicerçados sobre os ombros do ideal consumista peculiar à sociedade que inaugura o século XXI. Uma doutrina mercantilista que lança às mentes a lógica do clientelismo, ou seja, os usuários dos sistemas de saúde, com facilidade, sentem-se fregueses e tomam os cuidados em saúde como mercadoria – menos uma necessidade e mais um motivo

para viver. É consumir pelo consumir. É o consumir por predileção.

Jean Baudrillard foi talvez quem melhor retratou essa sociedade, definindo o consumo não como uma necessidade, mas como um motivo para viver. (...) Essa visão mercadológica e tecnológica transforma a todos, cidadãos, pacientes, profissionais de saúde e serviços de saúde. Fazer exames sofisticados, sofrer intervenções sofisticadas, ter medicamentos recém-lançados (o mais novo lançamento), internar-se em hospitais parecidos com naves espaciais, com serviço de hotelaria cinco estrelas, são fatos que oneram a saúde sem modificá-la, ofertando ao mercado os lucros desejados. As grandes modificações são as medidas gerais que impactam toda a comunidade, como tratar água e esgoto - nem sempre a principal preocupação da saúde pública (SANTOS *et al.*, 2010, p.45-46).

Ora, saúde não é mercadoria, é direito fundamental do homem e não pode torna-se refém de modismos, interesses mercadológicos, ou pleitos que exorbitam a razoabilidade.

O cidadão não deve ser estimulado a consumir saúde; ao contrário, deve ser levado a refletir sobre valores éticos e morais e compreender que saúde resulta também do estilo de vida. E que qualidade de vida é uma construção social, e não um ato isolado, que pode ser delegado a terceiros (SANTOS *et al.*, 2010, p.49).

Ocorre que juntamente com o crescimento das demandas por bens e serviços de saúde vem o crescimento das despesas públicas e as necessidades por mais recursos financeiros. Esses recursos são conseguidos, como se sabe, com o peso de uma alta carga tributária. Médice (2010) é quem traz texto publicado pelo Ministério da Saúde de 2006, afirmando que se fossem atendidas as necessidades de uso de “interferon peguilado” para todos os portadores de hepatite C, seriam gastos 64% do orçamento do Ministério da Saúde naquele único ano.

Ferraz e Vieira (2009) sobre essa questão, também ilustram:

Tomem-se apenas as seguintes doenças: hepatite viral crônica C e artrite reumatoide. Imaginemos que o SUS, em vez de oferecer, como faz hoje, uma lista de medicamentos escolhidos por seu perfil de segurança, eficácia (faz o que se propõe a fazer em condições controladas) e custo-efetividade (faz o que se propõe a fazerem condições reais e no menor custo), mediante protocolo, resolvesse oferecer a todos os cidadãos portadores dessas duas doenças, conforme prevalência estimada, os medicamentos mais recentes disponíveis no mercado: Interferon Peguilado para a hepatite viral crônica C e Infliximabe, Etanercepte e Adalimumabe para a artrite reumatoide. Vejamos quanto custaria ao SUS adotar essa política. (...) a estimativa do total de recursos financeiros, em reais (R\$), necessários para o atendimento a todos os pacientes portadores dessas duas doenças, estimados em 1,9 milhão pessoas, com base nos dados epidemiológicos disponíveis. (...) os recursos

financeiros necessários (99,5 bilhões de reais) para implementar essa política de assistência terapêutica a apenas 1% da população e em relação a apenas duas doenças seriam superiores ao gasto total de todas as esferas de governo com o conjunto de ações e serviços de saúde (85,7 bilhões de reais).

Em março de 2012, a revista *Época* trouxe manchete intitulada “o paciente de R\$ 800 mil”, assinada por Cristiane Segatto. Trata-se de matéria discorrendo a judicialização da saúde, mais especificamente o caso de um cidadão brasileiro do Estado de São Paulo, que obteve na justiça o direito de receber do SUS o tratamento clínico mais dispendioso do mundo segundo o periódico, citando classificação elaborada pela revista americana *Forbes*.

O autor da referida demanda sofre de *Hemoglobinúria Paroxística Noturna* (HPN) uma forma rara de anemia crônica que pode levar a morte. Ele recebe quinzenalmente do Estado o medicamento *Soliris* (Eculizumab), que não possibilita a cura, mas ameniza os efeitos da doença. O caso apresentado chama a atenção por dois motivos.

Primeiro, porque tanto o médico que indicou o tratamento quanto a banca de advogados que patrocinou a causa mantinham ligações econômicas com a fabricante do produto. Segundo, pelo fato do paciente sequer ter procurado um transplante de medula (única alternativa capaz de curar), que custaria cerca de R\$ 50 (cinquenta) mil ao SUS, enquanto o *Soliris*, importado em pequeninos frascos, custa, cada unidade, R\$ 35.000 (trinta e cinco mil). Como o tratamento é contínuo, o custo ao SUS é de cerca de R\$ 70.000 (setenta mil) por mês e mais de R\$ 800.000 (oitocentos mil) por ano.

Segundo o secretário de Estado, Giovanni Guido Cerri, citado na reportagem supra, em 2010 o Estado de São Paulo foi o Estado brasileiro que mais arcou com a “judicialização da saúde”, gastando cerca de R\$ 700 milhões com tratamento de 25 mil cidadãos.

Isso é quase metade do orçamento do governo estadual para a distribuição regular de medicamentos (R\$ 1,5 bilhão) a toda a população paulista. Os gastos com as ações judiciais crescem R\$ 200 milhões por ano. “Daria para construir um hospital novo por mês”, diz o secretário estadual Giovanni Guido Cerri (SEGATTO, 2012).

[...] quando são obrigados a fornecer remédios caros da noite para o dia (ao preço que o fabricante se dispõe a vender), os gestores do orçamento público da saúde tiram o dinheiro de outro lugar. Com isso, milhares (ou milhões) de cidadãos perdem. A verba destinada à compra de um frasco de *Soliris* seria suficiente para garantir milhares de doses de anti-hipertensivos e de outros medicamentos baratos que atingem a maior parte da população. Sem interrupções. É preciso reconhecer que priorizar o direito individual em detrimento do direito coletivo tem consequências sobre a saúde pública (SEGATTO, 2012).

Pesquisando a utilização do *Soliris* no Ceará, existem quatro pacientes com decisões judiciais favoráveis ao fornecimento do medicamento.

“O dinheiro necessário para atender os quatro corresponde a 67% do valor repassado pelo governo estadual para a compra de medicamentos básicos do município de Fortaleza inteiro”, afirma Einstein Nascimento, supervisor do departamento que controla os medicamentos de alto custo da Secretaria da Saúde do Ceará (SEGATTO, 2012).

Repisa-se, questionam-se as prestações máximas e não as mínimas. É dever do Estado fornecer serviços de saúde em qualquer nível de complexidade e não apenas básico. Não deve existir patologia ou agravo, por mais raro que seja que fique ao léu do sistema público de saúde. Nesses casos, nenhuma consideração de ordem econômica tem o condão de interferir no direito fundamental do homem. O que se diz, por fim, é que deve existir bom senso de gestores e magistrados, uma vez que também cabe ao Estado ser “eficiente”, fazendo o máximo, gastando o mínimo e com tratamentos eficazes.

Pode-se argumentar que os recursos da saúde não são suficientes e que é preciso aumentar o aporte financeiro para o setor. Sobre isso não há dúvidas. Entretanto, há sempre um limite. Em 2006 o produto interno bruto (PIB) aumentou, segundo o IBGE, em 3,7%; porém, as despesas com medicamentos do Ministério da Saúde elevaram-se em 26% e as com saúde em 7,5%. Aumentar os recursos para a saúde pode significar ter que gastar menos em outras áreas, como educação, habitação, políticas de geração de emprego, de redistribuição da renda, entre outras (VIEIRA, 2008).

Barroso (2007), tratando da matéria, bem define o princípio do mínimo existencial e os limites dele decorrente, reconhecendo-os como necessários para garantir a dignidade humana.

[...] corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que permitam, em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público. Os três Poderes – Legislativo, Executivo e Judiciário – têm o dever de realizar os direitos fundamentais, na maior extensão possível, tendo como limite mínimo o núcleo essencial desses direitos.

Ante a escassez, o lógico é que se busque o maior número de resultados por unidade pecuniária (eficiência). Desse modo, que serviços de saúde o Estado deverá garantir? A resposta deve conter os elementos supracitados e reconhecer os limites operacionais do

padrão de integralidade devam ser generosos, interpretados de forma ampliativa e não restritiva, coadunados com o princípio da razoabilidade e os demais que se seguem expostos nos tópicos seguintes.

Esses contornos [da integralidade] devem ser generosos, e não reprimidos como querem alguns, principalmente os donos da chave dos cofres públicos, alegando, sempre, que a saúde é a área que mais gasta (SANTOS *et al.*, 2010, p.37).

Os usuários efetivos do SUS fazem jus a receber atenção adequada e completa dos serviços públicos de saúde a todas as suas necessidades de manutenção ou recuperação da saúde, desde que compatíveis com as atribuições administrativas desses órgãos independentemente da complexidade ou do custo econômico-financeiro. [...]. É importante frisar que essas demandas incluem direitos a assistência farmacêutica e, também, a eventuais tratamentos no exterior (SANTOS *et al.*, 2010, p.117).

Sobre a possibilidade de o cidadão receber do Estado tratamento no exterior, a mesma autora ressalta três pré-requisitos aos quais sua concessão ficará sujeita: (i) da absoluta impossibilidade de tratamento no território brasileiro, (ii) comprovação científica da eficácia do tratamento e (iii) da disponibilidade do paciente ser acompanhado por profissionais do SUS antes, durante e após a realização do tratamento como uma forma de garantia conferida ao paciente e também devido o interesse coletivo na importação/adaptação dessa nova tecnologia.

Fora desses critérios SANTOS *et al.* (2010) entendem não ser razoável exigir, por mais dramático que seja o caso, o sacrifício dos escassos e limitados recursos públicos. Tais exigências são válidas uma vez que o Estado social prioriza o bem comum ao interesse individual.

[...]dada a capacidade técnica dos serviços públicos de saúde brasileiros (com diversos centros de excelência), é muito raro identificar tratamentos eficazes que sejam realizados no exterior e não estejam disponíveis no Brasil. Infelizmente muitas vezes há a exploração do sofrimento de pacientes acometidos de moléstia grave e sem possibilidade terapêutica, com a oferta de serviços *alternativos* ou *revolucionários* no estrangeiro. É difícil aceitar que a medicina tem limites (SANTOS *et al.*, 2010, p. 118, grifo do autor).

Delimitados os limites e alcances da Universalidade e da Integralidade, resta trazer à questão o princípio da reserva do possível.

### ***1.5.3 Princípio da reserva do possível e lei da escassez no contexto da judicialização da***

*saúde (Como?)*

Após a análise do princípio da universalidade (“quem?”) e da integralidade (“qual?”), uma vez que estejam presentes os pressupostos outrora expostos, a pergunta que se segue é: “como?”

Como deve ser operacionalizada a política de saúde? Como determinar quais bens e serviços deverão ser fornecidos no caso concreto? Seria por decisão do gestor que representa o poder político democraticamente eleito? Seria por decisão do magistrado enquanto poder jurídico, que preza pelo cumprimento do direito? Seria talvez por decisão do profissional de saúde que é o único a deter o conhecimento técnico necessário? Ou seria ainda pelo arbítrio do cidadão uma vez ser ele o verdadeiro titular e maior interessado no direito a ser exercido? Enfim, como?

As questões, como se vê, não poderão ser respondidas com puerilidade. O “como” envolve considerações de ordem técnica, bioéticas, políticas e jurídicas que exigem cautelosa abordagem. Veja-se.

Inicialmente, pensa-se que a decisão sobre qual tratamento é o mais adequado não pode estar vinculado, em sua totalidade, ao arbítrio do cidadão. Embora seja, de fato, o maior interessado (e obviamente deva ser escutado), ele não possui o conhecimento técnico necessário e, sobretudo, porque, nos dizeres de SANTOS *et al.* (2010, p.122): [os cidadãos] “podem estar em situação de grande desespero, buscando tratamentos que mantenham acesa esperança”. A autora continua e acrescenta: “[...] os serviços assistenciais do SUS não são o local adequado para pesquisas e testes de novos tratamentos, ainda que indicados por profissional médico e consentidos pelo doente”.

SANTOS *et al.* (2010, p.122) informa, nesse sentido, a impossibilidade de o próprio cidadão escolher, por critérios próprios, qual médico ou hospital devera atendê-lo, sob pena de ferir a ordenação e padronização do serviço de saúde.

Na mesma toada, não deve recair sobre o profissional de saúde a soberania do veredicto acerca do tratamento mais adequado no caso concreto, mesmo que vinculado ao SUS, pois, a despeito de toda autonomia funcional do profissional, um cem números de decisões automatizadas e sem padronização inviabilizaria operacionalização do sistema, previsão de despesas, eficiência nos gastos públicos etc.

[...] admitir que o médico possa, com absoluta autonomia, prescrever remédios e determinar a realização de procedimentos, obrigando a

administração a fornecer, sem a possibilidade de críticas e revisões, produtos ou serviços, implica admiti-lo como verdadeiro ordenador de despesas [...] as decisões sobre a realização de procedimentos e aplicação de insumos sejam transparentes e fundamentadas. Especial destaque, nesse caso, merece a abordagem da medicina baseada em evidências[...] (SANTOS *et al.*, 2010, p. 123).

A decisão do médico do SUS é indispensável e importantíssima, contudo, por si só, não tem o condão de determinar automaticamente a prestação prescrita. A vinculação a protocolos é inevitável e mesmo saudável ao sistema desde que não cause engessamento dos tratamentos, pois, uma vez que a medicina não é uma ciência exata como a matemática, o médico deve possuir espaço para avaliar o caso concreto e recomendar, no contexto da medicina baseada em evidências, o tratamento adequado.

O salutar seria que essa recomendação, quando exorbitar a política de saúde vigente, fosse avaliada por órgão técnico competente, ligado à administração pública, que deverá emitir parecer levando em consideração viabilidade e eficiência, não devendo estar, por outro lado, afeita a pressões administrativas ou financeiras.

[...] sempre que o profissional do SUS responsável pelo atendimento do paciente concluir pela necessidade de aplicação de um tratamento ou esquema terapêutico distinto do preconizado nos protocolos, em vez de lhe ser reconhecido o poder de ordenar à administração que o adote, ou de lhe ser proibido propor alternativa, deve o caso receber revisão (com a urgência pertinente) de uma instância técnica, cuja missão será avaliar a adequação da providência indicada.

É fundamental, porém que essas instâncias técnicas estejam livres de pressões meramente administrativas ou financeiras (SANTOS *et al.*, 2010, p. 124).

Superadas a questão da inviabilidade da decisão exarada por exclusividade do cidadão e do médico, duas outras perduram. Quem tem o poder de decidir como será o tratamento adequado, o magistrado, o gestor ou ambos?

A resposta inevitavelmente perpassa ainda pelo princípio da “reserva do possível”, também conhecido como reserva orçamentária.

A expressão “reserva do possível” foi cunhada originariamente pelo Tribunal Constitucional da Alemanha e largamente empregada no Brasil e em Portugal para exprimir o princípio que reza a concessão do pleito deve ser razoável com as possibilidades da sociedade, devendo haver suficiência de recursos públicos e a previsão orçamentária da respectiva despesa.

Os recursos públicos são escassos e embora a carga tributária seja elevada os gastos (públicos e privados) com a saúde brasileira é inferior a 9% do Produto Interno Bruto (PIB).

[...] a saúde no Brasil é subfinanciada. O país aplica em saúde cerca de 8,5% do PIB (considerando os gastos públicos e privados). É pouco. A França investe 11%. O México gasta menos que o Brasil (5,9%), mas tem taxas de mortalidade infantil e materna mais baixas, dois parâmetros importantes para avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada por um país. O Brasil gasta pouco e gasta mal (SEGATTO, 2012).

Assim, o princípio da reserva do possível serve de contrapeso para manter os princípios da universalidade e da integralidade à linha da razoabilidade. A “reserva do possível” chega para equilibrar o desafio dicotômico entre o ontológico e o deontológico, entre o real e o esperado.

Ocorre, porém que a mencionada reserva do possível não tem o condão de justificar a frustração de direitos sociais por suposta impossibilidade de alocação de recursos. A referida cláusula, em realidade, deve ser lida às avessas - a recusa na oferta de prestação estatal só pode ser aceita quando o Poder Público demonstrar absoluta impossibilidade fática de atendê-la. Sua invocação não pode ser fruto de mera alegação. O Estado necessita provar ser-lhe de todo impossível cumprir com a obrigação constitucional (SANTOS *et al.*, 2010, p. 128).

A inteligência da “reserva do possível” combinada com os supracitados princípios denota caber ao sistema político ponderar sobre a real importância das diversas pretensões da sociedade, decidindo qual deve ser incluída no limitado orçamento, resguardando o equilíbrio financeiro geral e a integralidade, podendo o sistema jurídico intervir no caso de contradição incontornável com o princípio da dignidade humana ou do mínimo existencial.

Entretanto, a referida cláusula [reserva do possível] não justifica o inadimplemento de uma obrigação pública quando se trata de uma demanda que não coloca em risco a continuidade financeira do Estado, ou que, por sua previsibilidade, poderia ter recebido – paulatinamente – os necessários recursos (financeiros, humanos ou físicos). Nesses casos, era –e é – possível cumprir a imposição constitucional de promover o direito fundamental (SANTOS *et al.*, 2010, p. 129).

De fato, a tensão formada pelos direitos fundamentais de segunda geração e os princípios orçamentários é um lógico reflexo daquilo que os economistas convencionaram chamar “lei da escassez”, pela qual os recursos disponíveis são insuficientes para suprir toda a

gama de necessidades humanas.

Sobre o princípio da reserva do possível no contexto das políticas públicas de saúde Barroso (2007) define bem a questão, trazendo à baila a mudança nos últimos anos do entendimento jurisprudencial. O autor explica que, até poucos anos, predominava nos tribunais o entendimento de que não competiria ao Judiciário gerir a política da administração pública, posicionamento que parece hoje não encontrar igual guarita.

Os recursos públicos seriam insuficientes para atender às necessidades sociais, impondo ao Estado sempre a tomada de decisões difíceis. Investir recursos em determinado setor sempre implica deixar de investi-los em outros. De fato, o orçamento apresenta-se, em regra, aquém da demanda social por efetivação de direitos, sejam individuais, sejam sociais. Em diversos julgados mais antigos, essa linha de argumentação predominava. Em 1994, por exemplo, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, ao negar a concessão de medida cautelar a paciente portador de insuficiência renal, alegou o alto custo do medicamento, a impossibilidade de privilegiar um doente em detrimento de outros, bem como a impropriedade de o Judiciário “imiscuir-se na política de administração pública.”

Ocorre que não se pode esquecer que se de um lado da balança temos princípios orçamentários, no outro temos direitos fundamentais refletidos nos princípios da integralidade e universalidade. E é por isso, nessa árdua tarefa de sopesar princípios no caso concreto, que se percebe que o Judiciário vem se mostrando cada vez mais insensível ao argumento da limitação financeira, reconhecendo que, na maioria das vezes, negar o benefício requerido equivaleria à pena de morte.

SANTOS *et al.* (2010, p.136-137) chama atenção para o fato de não se poder utilizar parâmetros acrílicos de custo para restringir um direito fundamental, que, por natureza, tem prerrogativa sobre todos os outros. Bem ilustra esse sopesar, afirmando não ser suficiente multiplicar o custo unitário de um medicamento pelo número estimado de pacientes e dizer que o total inviabilizaria o sistema público de saúde, esquivando-se de um dever constitucional. Para a autora, devem-se levar em conta os ganhos de escala pela aquisição em grande quantidade, a questão das quebras de patentes e, sobretudo, a questão das prioridades, das responsabilidades mínimas de probidade e boa governança.

Nesse esteio, cita-se Gandini *et al.* (2008):

Esse argumento de que é necessária previsão orçamentária e disponibilidade material de recursos para concretização de políticas públicas de caráter social não parece mais sensibilizar os tribunais, para quem as normas de caráter programático “não podem converter-se em promessa constitucional insequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas

nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado”.

Sobre esse aparente conflito normativo, é a professora SANTOS *et al.* (2010, p. 33) que trazem perspicaz lição:

Ainda que saibamos que o direito se assenta em ficções jurídicas e, muitas vezes, em utopias, temos que lhe garantir efetividade. Se assim não for, ele passa a ser apenas uma exortação, e não uma realidade. Isso exige que se fixem contornos mais finos, para não se criar uma inversão cruel em razão da escassez de recursos, que fatalmente garantirá mais direitos a quem tem mais chances de pleiteá-lo no Judiciário restando aos mais pobres se contentar com o que o Estado lhes oferecer concretamente.

Mesmo o STF, a despeito de não ter, até o presente momento, emitido súmula acerca do assunto, possui um entendimento, pode-se dizer, em fase de sedimentação. No azo, transcreve-se o voto do Ministro Celso de Mello por tratar-se de decisão emblemática que bem ilustra o entendimento que vem prevalecendo:

[...] entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art.5º,caput e art.196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendendo- uma vez configurado esse dilema- que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana (BRASIL, 1997).<sup>8</sup>

Duciran Van Marsen Farena (1997)<sup>9</sup>, citado pelo juiz federal George Marmelstein Lima, nos autos da ação civil pública nº 0009206-07.2003.4.05.8100, promovida pelo Ministério Público Federal em face da União, argumenta, no mesmo sentido do voto supracitado do Ministro Celso de Mello, que:

As alegações de negativa de efetivação de um direito social com base no argumento da reserva do possível devem ser sempre analisadas com desconfiança. Não basta simplesmente alegar que não há possibilidades financeiras de se cumprir a ordem judicial; é preciso demonstrá-la. O que não se pode é deixar que a evocação da reserva do possível converta-se “em verdadeira razão de Estado econômica, num AI-5 econômico que opera, na verdade, como uma anti-Constituição, contra tudo o que a Carta consagra em

<sup>8</sup> Pet 1246 MC / SC - Santa Catarina. Publicado no DJ 13/02/1997. Min. Celso de Mello.

<sup>9</sup> FARENA, Duciran Van Marsen. A Saúde na Constituição Federal, p. 14. In: Boletim do Instituto Brasileiro de Advocacia Pública, n. 4, 1997, p. 12/14).

matéria de direitos sociais”

Assim, tem prevalecido, nos Tribunais pátrios, o argumento de que os princípios orçamentários devem ser acolhidos apenas quando o Poder Público demonstrar de forma cabal que a decisão causará mais danos do que vantagens à efetivação de direitos fundamentais – supõe-se inteligência do princípio da proporcionalidade. E para isso, por óbvio, não é suficiente a mera juntada das leis orçamentárias, veja-se:

O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. Distribuição Gratuita de Medicamentos a Pessoas Carentes (BRASIL, 2000)<sup>10</sup>

Tenha-se sempre em mente que os direitos se limitam entre si. Até o sagrado direito à vida pode sofrer limitações, como no caso em que a Constituição Federal prevê a pena de morte. Certo que o direito à saúde tem *status* de direito fundamental o qual, por disposição constitucional, exige plena e imediata eficácia, contudo, impossível não refleti-lo à luz das limitações orçamentárias. Limitações essas que são debatidas em grande número de referências já transcritas.

Enfim, urge uma análise detalhada e cuidadosa dessa dicotomia entre o real e o desejado, reconhecendo, desde já, que um posicionamento equivocado, por vezes, é fruto de pura ideologia, por outras vezes, entretanto, é fruto da necessidade de disfarçar interesses econômicos e políticos escusos.

### **1.6 A serviço de quem está a judicialização da saúde?**

É sabido que o processo de judicialização da saúde encontra terreno fértil no campo da assistência farmacêutica e que o universo de drogas disponíveis no mercado mundial, no início do século XXI, já ultrapassava a marca de 35.000 produtos (Sant’Ana *et al.*, 2011). Todavia, novos medicamentos surgem sem que, contudo, representem ganhos terapêuticos reais. São vários os medicamentos que não inovam e que têm substitutos já em

<sup>10</sup> STF. Min. Celso de Melo, RE 271286/RS em 12/09/2000.

uso pelo mercado.

Em 2007, somente 17 entidades moleculares foram aprovadas nos EUA. Entre 1998 e 2002 foram aprovados os registros de 415 medicamentos pela FDA; destes, apenas 133 (32%) eram constituídos por novas moléculas. Dos 133, somente 58 eram drogas que apresentavam algum benefício superior aos medicamentos da mesma condição, cerca de 14% do total. No período mencionado, 77% da produção resultou em medicamentos de “imitação”, que são medicamentos classificados pela FDA no mesmo nível de outros já disponíveis no mercado para tratar a mesma condição. Dessa maneira, percebe-se que a indústria não está produzindo tantos medicamentos “novos” e que talvez o medicamento “novo” prescrito possa ser substituído por algum tratamento similar com uma droga já existente, sem prejuízo para o paciente e de valor mais acessível tanto para o paciente quanto para o SUS (CHIEFFI e BARATA, 2010).

Nesse contexto de produção e comercialização de novos fármacos, é importante atentar para outros interesses (de potencial caráter escuso), que podem orquestrar parcela do fenômeno da judicialização. Veja-se.

A literatura aponta possíveis alianças estabelecidas entre escritórios de advocacia e indústrias farmacêuticas com o objetivo de criar, por via judicial, mercado consumidor para seus novos produtos.

Nesses exatos termos, vejam-se as conclusões do trabalho de Campos Neto *et al.* (2012) estudando 2.412 ações judiciais, as quais englobavam um total de 2.880 medicamentos com 18 fármacos diferentes percebeu grande predominância de médicos e advogados do setor privado nas ações com trâmite em Minas Gerais e em Santa Catarina.

Pequeno número de advogados e médicos estava associado a grande número de processos, como se observa de modo mais acentuado, mas não exclusivamente, em relação ao adalimumabe, em Minas Gerais. Chieffi & Barata (2010) mostraram que 1,0% dos advogados representaram 35,0% das ações em São Paulo, um médico prescreveu erlotinibe em 66,0% dos processos desse medicamento e um advogado representou 82,0% das ações de bevacizumabe.

Impressionante é a informação do trabalho supracitado de que apenas um único médico é responsável por 66% de todos os processos de um determinado medicamento. Chama atenção também o fato de, ao que parece, o Conselho Federal de Medicina tem se limitado a fomentar palestras e congressos sobre os embates éticos envolvidos na questão da judicialização da saúde, não se tomou conhecimento de nenhuma medida mais concreta.

Assim, uma observação que deve logo ser feita é a necessidade de maior

incorporação de abordagens consistentes de Medicina Baseada em Evidências (MBE) nos processos judiciais, protegendo o sistema público de saúde dos interesses não legítimos da indústria farmacêutica. Observação essa extraída inclusive da recomendação número 31 de 2010 do CNJ e da Política Nacional de Medicamentos (PNM) de 1998, formulada com a finalidade de reorientar a assistência farmacêutica no país.

Veja-se o que Vieira e Zucchi (2007) concluem sobre o perfil das demandas por eles estudadas:

Do gasto total, 75% foram destinados à aquisição de antineoplásicos, cuja comprovação de eficácia necessita de mais ensaios clínicos. Dois desses medicamentos não estavam registrados no Brasil (VIEIRA e ZUCCHI, 2007).

Soares e Deprá (2012) lembram que:

[...] no Brasil – 9º maior consumidor mundial de medicamentos per capita – entre 15% e 20% da população não têm acesso a qualquer tipo de medicamento, e 50% dos pacientes que dele precisam, não dispõem de meios para comprá-lo nas farmácias privadas, 15% da população mais rica consomem 48% dos medicamentos e 51% da população, os mais pobres, consomem apenas 16%.

Tal dado quando associado ao fato de a maioria dos processos comentados na literatura versarem sobre patologias raras e medicamentos de alto custo, faz questionar ainda a quem de fato interessa a judicialização da saúde. Tal lógica pode aprofundar as desigualdades sociais e a perpetuação de doenças que se aproveitam de estados de vulnerabilidade social.

Ao que parece, se por um lado o movimento de judicialização decorre de novos paradigmas nas relações entre os poderes da república e do contemporâneo entendimento da saúde enquanto uma questão de cidadania, e não apenas de uma questão biológica. Por outro lado, decorre também da incorporação da lógica do consumo que gera as chamadas “necessidades de saúde” e em que o indivíduo se vê como cliente de um sistema de saúde. Nessa lógica consumerista, fomentada também por interesses comerciais da indústria farmacêutica, sai do foco da medicina o “indivíduo” e entra a “doença”, reduzindo as demandas de saúde apenas à demanda por bens de consumo que integram o processo curativo.

No mesmo sentido, Chieffi e Barata (2010) mostram que:

Estudo conduzido nos EUA e publicado em 2008 relata também a existência de conflitos de interesses entre autores de protocolos clínicos e a indústria farmacêutica. Dos 50 protocolos analisados, 83% dos pesquisadores

possuíam conflitos de interesses com a indústria, como pesquisas pagas pela indústria ou rendimentos.

Veja-se também, Lopes *et al.* (2010):

[...] várias entidades brasileiras de defesa de usuários são financiadas por laboratórios farmacêuticos, visando incluir seus medicamentos no âmbito do SUS. Uma entidade que representa pacientes com linfoma e leucemia, com sede em São Paulo, recebeu R\$ 1,5 milhão de oito multinacionais em 2007.

O aumento na demanda por esses novos fármacos pode ser reflexo da angústia e da fragilidade do sistema de saúde pública, todavia, pode também ser reflexo da atuação da indústria farmacêutica para criar mercado consumidor para suas “mercadorias”, o que culminaria com a criação de uma política de saúde específica inacessível a grande parte dos contribuintes que arcam com ônus mediante pagamento de pesados tributos.

O fato de que a maior parte dos processos judiciais determina o fornecimento de um único medicamento parece demonstrar que essa via tem sido empregada para assegurar o acesso não à assistência farmacêutica de uma forma geral, mas às novidades terapêuticas, cujo custo costuma ser tão elevado que torna o Estado seu único comprador (PEREIRA *et al.*, 2013).

Através da revisão da literatura, entende-se que a lógica da judicialização está voltando-se em sua imensa maioria para o mero fornecimento de medicamentos em um processo que pode significar uma reificação da saúde. Observa-se também que dentre as demandas de medicamentos há grande frequência de itens de alto custo voltado para doenças raras, o que é estranho em um país que tanto sofre com doenças prevalentes que se aproveitam da vulnerabilidade social e econômica como malária, esquistossomose, doença de chagas, leishmanioses, hanseníase etc.

A maioria dos processos destina-se a garantir o acesso a medicamentos caros, sofisticados, de introdução recente na prática médica e, portanto, com pouco acúmulo de experiência no uso (CHIEFFI e BARATA, 2010).

O Judiciário poderia ser um grande parceiro no combate às doenças tropicais negligenciadas. Contudo, tais patologias não aparecem nos processos, o que pode indicar que a judicialização está mais voltada para criar uma política pública de saúde diferenciada para mais abastados com acesso a advogados.

A evolução de 1985 a 1999 indica que o valor da produção de medicamentos

tem crescido quatro vezes mais rapidamente do que a renda mundial, embora não se traduza em maior acesso da população a medicamentos. Em 1999, 15% da população mundial que vivia em países de renda elevada adquiriram e consumiram cerca de 90% do valor total gasto com medicamentos no mundo. Somente os EUA, em 2000, representaram 52% desse mercado. Entretanto, nos países de baixa renda, em 1985, o consumo de medicamentos caiu de 3,9% do mercado global para 2,9% em 1999. **No Brasil estimou-se que, em 2000, 70 milhões de pessoas não tinham acesso a medicamentos, o que corresponde a, aproximadamente, 41% da população brasileira daquele ano** (VIEIRA e ZUCCHI, 2007, grifo nosso).

A ausência das doenças tropicais negligenciadas nos processos judiciais chama ainda mais atenção em um contexto em que o governo brasileiro esteve recentemente em vias de ser repreendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por interromper a produção do benzonidazol, uma vez que o laboratório brasileiro assumiu a responsabilidade de produzir o medicamento para a doença de Chagas para a Bolívia<sup>11</sup>.

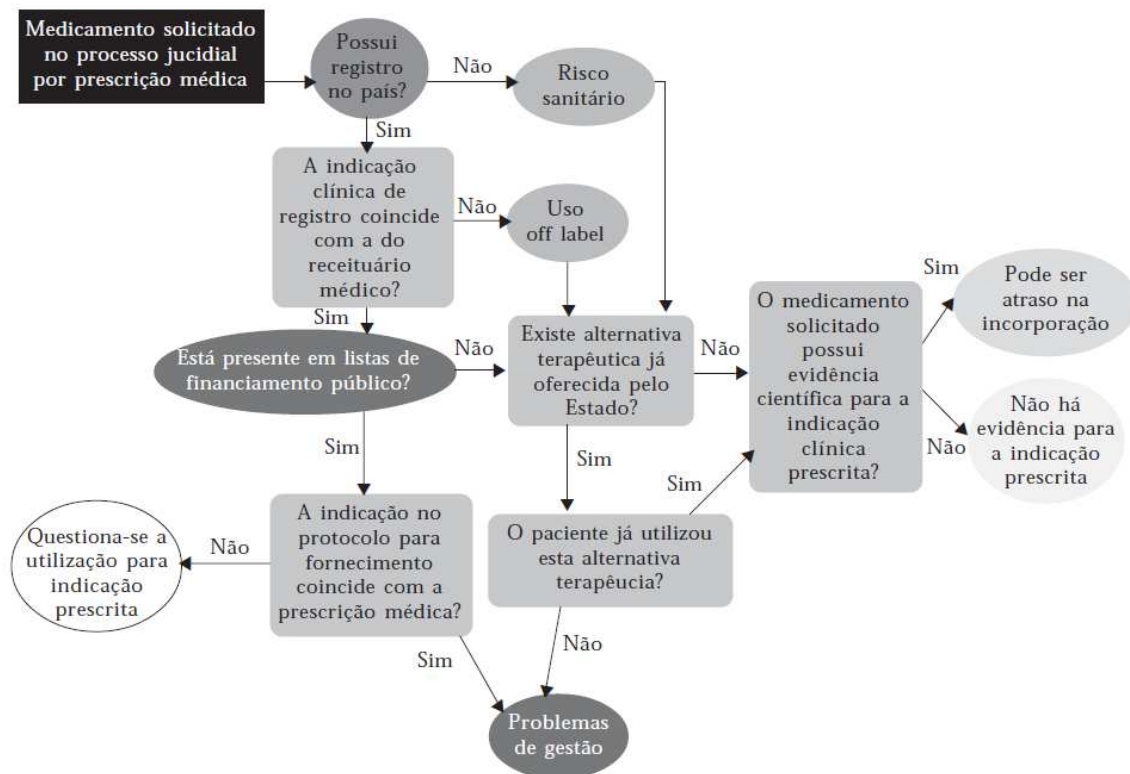
Milhares de cidadãos brasileiros e bolivianos ficaram sem medicamentos porque o Brasil não cumpriu o acordo firmado. O benzonidazol é único medicamento existente para a doença de Chagas no Brasil, com intermitência no fornecimento em alguns momentos, e nem sequer aparece nos processos de judicialização da saúde. Por quê? A resposta talvez esteja no fato de tratar-se de doença negligenciada, acometendo as populações com maior vulnerabilidade social e econômica, à margem da sociedade.

Assim, para terminar, reforça-se a observação da necessidade de trazer a MBE para o bojo do processo judicial, para o código do Judiciário. Nessa necessidade de maior objetividade, Pepe *et al.* (2010) propõe um útil fluxograma para magistrados e administradores públicos que permita uma melhor e padronizada análise das demandas judiciais.

Figura 2 – Análise da demanda judicial na tomada de decisão para o fornecimento de medicamentos

---

<sup>11</sup>Laboratório brasileiro deixa milhares sem tratamento contra doença de Chagas. Médicos sem fronteiras. Matéria de 05 de outubro de 2011. Disponível em <http://www.msf.org.br/noticias/1376/laboratorio-brasileiro-deixa-milhares-sem-tratamento-contra-doenca-de-chagas>. Acesso em 10 de julho de 2013.



Fonte: Adaptado de PEPE *et al.* (2010) e FIGUEIREDO (2010)

Não se pode esquecer que o SUS não está restrito à “atenção” em saúde, mas que também é e deve sempre ser um sistema voltado à “prevenção”. Premissa tão básica é a base para as necessárias ponderações que devem ser feitas e amadurecidas na discussão sobre a judicialização da saúde.

### 1.7 O problema das estatísticas atuais

A judicialização do direito à saúde, é um fenômeno político-jurídico que tem preocupado magistrados e gestores públicos por todo o país. Entretanto, sua real dimensão é desconhecida, com situação ampliada por dúvidas relativas à confiabilidade dos registros eletrônicos disponíveis, incluindo aqueles do CNJ. Cenário que indubitavelmente tem dificultado o planejamento estratégico do Judiciário e do Executivo.

Ciente dessas falhas estatísticas, ainda sem uma solução do CNJ realizou-se pesquisa prévia, conforme metodologia e resultados a seguir descritos, tendo como data limite agosto 2012, para verificar o grau de fidedignidade dos dados sobre a magnitude das demandas judiciais em saúde no Estado do Ceará. Assim, esse levantamento preparatório foi

conduzido diretamente nas bases de dados do Judiciário estadual (Sistema: E-SAJ) e Judiciário federal (Sistemas: TEBAS e CRETA) e os resultados foram confrontados com os dados publicados pelo CNJ.

Pesquisou-se o indexador *Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos Saúde* em cada uma das nove varas da fazenda pública do Município de Fortaleza; na justiça federal, pesquisaram-se as varas federais competentes, pela capital e interior do estado, bem como os juizados especiais a Turma Recursal Federal. Olvidaram-se, portanto, apenas os dados da segunda instância federal, a saber o TRF da 5ª região com sede em Recife-PE., e descobriu-se o que se segue:

No Brasil, foram identificados pelo estudo do CNJ, 240.980 processos judiciais na área de saúde (demandas judiciais da saúde), a maioria referente a acesso a medicamentos e a procedimentos médicos, além de vagas em hospitais públicos e diferentes ações movidas por usuários de seguros e planos privados. Para o Estado do Ceará, encontraram-se indicativos de que os dados publicados pelo CNJ (8.344 processos “esperados”) diferem substancialmente daqueles verificados diretamente pelo levantamento realizado na pesquisa, a saber: 1.757 processos: sendo 1.336 na base estadual e 421 na base federal, correspondendo a uma “superestimativa” de 474,9%. Ressalta-se que os dados publicados pelo CNJ são fornecidos diretamente pelos tribunais locais, responsáveis pela consolidação dos dados.

Tal divergência de dados mostra a urgência para se padronizarem as fontes de dados de referência para análise consistente do processo de judicialização em saúde. A divergência verificada coloca em dúvida a informação do CNJ de que o Ceará ocupa o quarto lugar (maior no Nordeste) em número de 8.344 processos. Os próprios servidores do CNJ admitem que além dos aspectos de confiabilidade das informações, as quais são encaminhadas pelos tribunais, existe a possibilidade de falhas no processo de padronização das informações.

O fato é que é urgente a tarefa de caracterizar a magnitude e o perfil da judicialização do direito à saúde, tido por alguns como um saudável meio de fortalecimento das instituições democráticas e para outros como um daninho movimento de garantir o direito de um em detrimento do direito de muitos.

## 2 JUSTIFICATIVA

“Cada cabeça uma sentença”  
(Ditado popular)

O Brasil é um país fortemente marcado por profundas desigualdades sociais, econômicas, étnicas e regionais. Desigualdades essas que chegaram a lhe garantir, na década de 1960, os primeiros lugares em uma classificação global de pobreza, concentração de renda, população rural, analfabetismo e mortalidade. Destarte, apesar do enorme progresso nos indicadores sociais, vivenciado, sobretudo, a partir de 2000, a promoção da equidade ainda permanece como nosso maior desafio (VICTORIA *et al.*, 2011, p. 91-92).

Não há como pensar em desenvolvimento e equidade sem pensar em desenvolvimento de uma política de saúde eficiente. A judicialização da saúde no Ceará é fenômeno que incide diretamente sobre os moldes e ideologia que circundam essa política de saúde, repercutindo assim na gestão do SUS e, portanto, na vida de 201.032.714 de brasileiros e mais de 8.778.576 de cearenses<sup>12</sup> que direta ou indiretamente são beneficiados.

Insígnia de notória gravidade econômica, política e jurídica, a judicialização da saúde enseja forte interesse epidemiológico e, de forma preocupante, tem suas características mais básicas desconhecidas. Brito (2011, p.10) é quem, ao desenvolver revisão sistemática da literatura, conclui, afirmando:

[...] o processo de judicialização da saúde no Brasil ainda não apresenta traços definitivos. Ao analisar o local de realização dessas pesquisas, observa-se uma lacuna que se apresenta a região Norte e Nordeste, uma vez que não foram encontradas pesquisas acerca de ações judiciais referente ao direito à saúde nestas regiões. **Tampouco foram encontradas pesquisas empíricas referentes a uma análise nacional do processo de judicialização da saúde. (grifo nosso)**

Assim, a epígrafe supra nunca foi tão real quanto na atual judicialização do direito à saúde. Característica que deixa, até o momento, a magnitude, o perfil e a tendência incógnitos do processo. Entender o fenômeno da judicialização da saúde é vital porque, em síntese:

---

<sup>12</sup> Estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o 1º de julho de 2013. Diretoria de Pesquisas (DPE) Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS).

- Repercute na gestão do SUS e nas concretas políticas públicas de saúde;
- Pode configurar conflito entre sistema político e jurídico;
- O erário público é limitado enquanto as necessidades humanas são ilimitadas, o que exige do Estado eficiência na gestão do tesouro público. Ocorre que estimativas prévias apontam que os gastos com cumprimento de ordens judiciais a expensas do orçamento da saúde têm crescido vertiginosamente a cada ano;
- Há carência de dados que possam caracterizar com precisão a magnitude e o perfil do processo de judicialização da saúde no Estado do Ceará;
- Não se sabe qual a tendência deste processo no decorrer do tempo em questão no presente estudo;
- Desconhece-se a participação das doenças tropicais negligenciadas e de outras condições aninhadas à vulnerabilidade social neste fenômeno;
- Há necessidade de aperfeiçoar as atualizações da RENAME e a jurisprudência dos tribunais;
- O gestor público e o magistrado precisam de dados e informações confiáveis sobre o referido perfil e magnitude para tomada eficiente de decisões.

Infelizmente, como dito acima, ainda não se têm evidências consistentes para conhecer as características elementares dessas demandas judiciais no Ceará. Incontestável que há uma série de respostas que precisam ser encontradas para manutenção do equilíbrio harmônico dos poderes e a eficiência do SUS.

É *mister* evidenciar a forma com que as questões técnicas e políticas que envolvem o direito social à saúde vem sendo debatidas dentro de processos judiciais, reconhecendo essa pesquisa como instrumento para aperfeiçoar a jurisprudência, as leis orçamentárias, orientando a atualização de súmulas, da RENAME e relações locais de medicamentos.

É premente a necessidade de, após caracterizar as ações judiciais, criar parâmetros para padronizar a atividade jurisdicional que garantirá maior segurança jurídica e maior adequação ao regime republicano de separação de poderes.

Os estudos encontrados têm, muitas vezes, optado por pesquisar o fenômeno em bases de dados diferentes daquelas utilizadas pelo Judiciário, o que pode representar uma limitação. A proposta da atual dissertação busca recorrer diretamente aos cartórios das varas

com competência sobre a matéria, abordando, assim, fontes mais completas e próximas à realidade do sistema Judiciário.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Geral**

Analisar o fenômeno de judicialização do direito a saúde no Estado Ceará

#### **3.2 Específicos**

1. Dimensionar a magnitude do processo de judicialização do direito à saúde no Estado Ceará.
2. Descrever o perfil dos sujeitos envolvidos, das patologias, dos objetos demandados e da operacionalização de processos judiciais no Estado do Ceará.
3. Verificar a participação das doenças tropicais negligenciadas no fenômeno da judicialização da saúde no Estado Ceará.
4. Sistematizar a produção científica relacionada ao tema da judicialização à saúde no Estado do Ceará tendo como parâmetro os trabalhos conduzidos no Brasil.
5. Subsidiar a formulação de hipóteses plausíveis acerca do fenômeno da judicialização do direito a saúde no Estado Ceará.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de estudo transversal, com abordagem descritiva de natureza exploratória, a partir de registros, que abordará os processos judiciais no território cearense, requerendo fornecimento de bens e/ou serviços em saúde à Administração Pública Direta (APD).

Para melhor alcançar os objetivos propostos, esse estudo será composto por duas fases distintas e sucessivas. A primeira fase visa responder o objetivo específico 1 e parcialmente o objetivo 2. A segunda fase visa concluir as respostas ao objetivo específico 2 bem como responder o objetivo específico 3.

O objetivo específico 4 será alcançado por meio da condução de revisão sistemática da literatura que ocorrerá durante toda o período de pesquisa, paralelamente à coleta de dados referentes às duas fases do estudo abaixo discriminadas.

### **4.2 Fases do estudo**

Cada fase tem um escopo específico. A primeira fase corresponderá a um levantamento inicial junto aos sistemas do Judiciário estadual (sistemas E-SAJ e SPROC) e aos sistemas do Judiciário federal (sistemas CRESTA e TEBAS) dos dados mais básicos dos processos que versem sobre a judicialização da saúde. Essa primeira fase alcançará todo o território cearense, viabilizando uma estimativa mais fidedigna do número real de processos, seu perfil mais geral, sua tendência no decorrer do tempo etc., alcançando, em parte o problema das estatísticas oficiais já expostos em tópico 1.7 (O problema das estatísticas atuais).

Nessa fase 1, serão considerados elegíveis todos os processos judiciais, sejam físicos ou virtuais, em que a União Federal e/ou o Estado do Ceará e/ou os municípios cearenses figurem como demandados.

Catalogados esses primeiros dados, terá início a segunda fase, pela qual o pesquisador revisará uma amostra dos processos com uma análise mais aprofundada das variáveis de interesse social, demográfico, epidemiológico e jurídico, conforme instrumento de coleta de dados elaborado e validado para esta pesquisa (Apêndice A).

A metodologia adotada será específica para cada uma das duas fases do estudo, para cada tipo de justiça (federal ou estadual) e ainda para cada banco de dados dessas justiças. Assim, para melhor entender a operacionalização da pesquisa, detalha-se a organização, o funcionamento e as limitações dos arquivos do Judiciário no Brasil e, mais especificamente, no Ceará.

#### **4.2.1 Fase 1**

Para entender como cada uma das fases será operacionalizada, deve-se primeiro entender como está organizada a base de dados do Judiciário no Ceará.

A base de dados do Judiciário está atualmente dividida entre sistemas autônomos e independentes, que se sucederam no tempo, algumas vezes de forma parcial noutras de forma total. De fato, a União, os Tribunais de Justiça dos Estados, bem como o Tribunal de Justiça do Distrito Federal mantêm sistemas próprios e não interligados entre si para o cadastro e a organização dos processos.

No Judiciário estadual cearense, esses programas foram se sucedendo no tempo até que, em 2001, o Tribunal de Justiça do Ceará (TJCE) lança, o ainda vigente, Sistema Processual (SPROC) – um programa mais moderno que seus antecessores, que inaugurou uma nova forma de tombo, permitindo uma atualização de dados mais dinâmica.

O SPROC é um sistema estadual que, a despeito de sua grande utilidade, trata apenas de processos físicos, sendo, na verdade, deveras simples. Com sua implantação, para ajuizar uma nova ação, basta que o advogado vá ao fórum da comarca com jurisdição para apreciar seu pedido e entregar a exordial<sup>13</sup> ao setor especializado, que se ocupa de protocolizar e escolher, por aleatoriedade, no caso de pluralidade de varas, o juízo competente para o caso. Do setor de distribuição, a petição vai direto para a secretaria da vara que foi escolhida, onde um servidor ou estagiário responsabiliza-se por alimentar os dados iniciais no sistema: partes, valor, matéria etc.<sup>14</sup>.

Esse é exatamente um dos pontos fracos do SPROC no tocante à fidedignidade de seus dados, pois, uma vez que há uma grande quantidade de pessoas alimentando-o e por muito tempo careceu-se de critérios claros para classificar os dados, considerando-se a falta de rigor na padronização<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Termo que dá início ao processo judicial.

<sup>14</sup> Esses procedimentos podem sofrer pequenas variações operacionais entre as diversas comarcas.

<sup>15</sup> O CNJ tem nos últimos anos feito esforços para melhorar as estatísticas oficiais, confeccionando tabelas de

O próprio CNJ reconheceu, por e-mail diretamente enviado ao pesquisador, falhas estatísticas nos dados levantados pelos tribunais em 2010. Segundo o CNJ, isso se deve à falta de padronização dos quesitos e à não utilização da tabela unificada de classes e assuntos que há época fora editada pelo conselho.

Os anos passaram, a tecnologia da informação avançou e a necessidade de reduzir custos, acelerar o trâmite dos processos e acessar dados de qualquer lugar do globo tornou-se imprescindível. Em resposta a esse novo contexto, o TJCE introduz, em 2011, o Sistema de Automação da Justiça (e-SAJ), um programa que ampliou a política de virtualização de processos e que chegou com a promessa de acabar com o uso do papel e com as prateleiras abarrotadas de tomos. O sistema é adotado naquele ano, substituindo, em parte, o SPROC. Com o e-SAJ, os processos passam a ser integralmente virtuais, acessíveis em qualquer lugar do globo.

Hoje o e-SAJ (para processos virtuais) e o SPROC (para processos físicos) convivem no Judiciário cearense, embora a tendência seja que todas as varas passem, com o tempo, a usar exclusivamente o programa mais moderno. Com o e-SAJ, o advogado acessa o sistema, anexa os arquivos virtualmente e alimenta, do seu computador pessoal, os dados do processo, escolhendo as opções dentro de uma árvore de possibilidades.

Vale nota ressaltar que, embora o e-SAJ seja alimentado por pessoal com conhecimento técnico específico, tornando-se assim mais confiável que o SPROC, o novo sistema passou por um momento inicial em que uma empresa terceirizada foi contratada pelo Tribunal de Justiça para digitalizar parte dos processos antigos e migrar os dados para a nova plataforma. Infelizmente, é reconhece-se a possibilidade de que o pessoal contratado para fazer tal tarefa não teve condições de garantir rigor ao alimentar o sistema.

Assim, quer seja pelo fato dos processos anteriores a 2011 terem sido digitalizados por empresa terceirizada, quer seja por eventual descuido dos advogados ao cadastrar a ação, o e-SAJ também não está incólume a falhas em seu banco de dados.

Por todo o exposto, é basilar reconhecer que, a despeito do cuidado no levantamento dos indexadores para filtragem dos dados, é possível que exista, em algum nível, subestimação dos processos.

Essa pluralidade de bases de dados e as dificuldades em catalogar todo o universo da população, além de representarem obstáculos a serem enfrentados pela pesquisa, pode explicar o porquê da revisão de literatura mostrar que os estudos sobre o tema em baila, além

de escassos, tendem a optar por outras bases de dados, que não a dos tribunais.

O uso de outras bases de dados, como explicitado na metodologia de Marques (2011), deriva do fato dessas bases de dados serem de mais fácil acesso. De fato, existem bases de dados paralelas à dos tribunais que são mais práticas, contudo, igualmente ou em um grau mais elevado, não imunes a problemas outros.

Em referência a essas bases de dados paralelas, algumas considerações devem ser feitas.

Toda demanda judicial elegível ao presente estudo tem como réu um ente da Administração Pública Direta, portanto, logo após o ajuizamento, o magistrado cita o órgão responsável pela defesa do ente requerido para que venha se manifestar. Em regra, são as Procuradorias Gerais dos Municípios (PGM), a Procuradoria Geral do Estado (PGE) ou a Advocacia Geral da União (AGU) que faz a representação, respectivamente, de municípios, Estado e União.

Esses órgãos recebem a petição inicial e, em geral, fazem uma distribuição interna aos seus procuradores que têm a obrigação funcional de defender o ente federativo a que está ligado. Assim, esses órgãos vão construindo uma base de dados própria.

No caso do Estado do Ceará, outro órgão acessado pelos estudos científicos dedicados ao tema em tela é a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (COAF), um centro técnico, estadual e especializado a quem compete, dentre várias atribuições, receber os processos encaminhados pela PGE, para emitir parecer técnico sobre as solicitações de medicamentos. Tal parecer visa precipuamente subsidiar as defesas do Estado.

Supõe-se que essas bases, por serem cada vez mais especializadas e por lidarem com um número de processos menor que as secretarias de varas, conseguiriam manter um cadastro mais fidedigno e que seriam mais acessíveis aos pesquisadores. Nesse mesmo raciocínio, supõe-se também que os sistemas dos tribunais, por gerenciar um número bem maior e diversificado, por vezes sendo alimentado de forma imprecisa e com maior dificuldade de acesso, seria um problema aos pesquisadores.

Embora esse trabalho não negue as vantagens das bases de dados paralelas e as dificuldades operacionais da base de dados do Judiciário, um estudo que utilize exclusivamente aquelas fontes deve ponderar sobre duas limitações: a primeira diz respeito ao fato daquelas bases serem incompletas, uma vez que não mantêm o registro de todas as peças e documentos que compõe os autos dos processos; a segunda é que são bancos mais restritos, que englobam um único ente federativo. No caso do COAF, por exemplo, trata-se apenas do Estado do Ceará e, exclusivamente, de medicamentos, olvida-se tanto a União e os

Municípios, bem como todas as demandas cujo objeto não seja um medicamento, tais como: tratamentos médicos (clínicos ou cirúrgicos), exames complementares, leitos etc.

As bases de dados do Judiciário, em sentido contrário, mantêm registro de todo o universo de processos e os autos são encontrados em sua totalidade, sendo também o banco de dados acessado pelo CNJ para publicar as estatísticas oficiais. Por isso, o estudo em baila opta por trabalhar com a base de dados dos cartórios judiciais.

Para amenizar os problemas operacionais com os bancos de dados dos tribunais, o pesquisador foi pessoalmente, entre março e setembro de 2012, a cada uma das varas estaduais competentes na capital Fortaleza, a saber, as nove varas da Fazenda Pública, e efetuou, com auxílio dos serventuários, uma primeira filtragem dos dados de interesse no sistema.

Na capital, não houve maiores dificuldades com a base de dados estadual, uma vez que todas as varas de interesse adotam, integralmente, o e-SAJ e, como dito, esse sistema é mais confiável. O e-SAJ disponibiliza uma árvore codificada de assuntos, assim, na ocasião, utilizaram-se, como indexadores da pesquisa, os códigos 10064 e 10069, que dizem respeito à matéria “*Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos Saúde*”.

Superado o levantamento dos dados da capital, restava ainda contabilizar os processos com trâmite nas unidades jurisdicionais das comarcas do interior do Estado. Sabendo que essas varas ainda utilizam o SPROC e que o TJCE reúne todas as informações nele alimentadas, dirigiu-se até o setor responsável pela estatística do referido tribunal. Lá, reconheceu-se a existência de uma grande variedade de descritores utilizados pelos servidores no momento de alimentar o banco de dados, sendo difícil determinar, com exatidão, o tamanho real do número de processos.

O pesquisador contou com o importante apoio daquele setor, na busca por um resultado estatisticamente confiável. De fato, feitas as devidas homenagens, após meses de trabalho conseguiu-se catalogar e organizar em uma planilha eletrônica os processos de judicialização da saúde de todo o território cearense.

Com isso, foi possível estabelecer uma prévia do número real de processos existentes na justiça estadual. Restou, portanto, adicionar a esse número os processos existentes na justiça federal.

Na justiça federal, da mesma forma que ocorre na base estadual de dados, os processos estão divididos em dois sistemas eletrônicos. Um para tratar dos processos físicos, chamado TEBAS, e outro para tratar dos processos virtuais, chamado Processo Judicial Digital – Sistema CRETA.

A lógica operacional e as dificuldades no levantamento de dados são similares às que já foram expostas quando se tratou da base de dados estadual, valendo, entretanto, fazer algumas considerações específicas.

No TEBAS, na comarca de Fortaleza, a alimentação dos dados não se dá por um servidor da própria vara onde o processo vai tramitar (como ocorre com SPROC), mas sim pelo próprio setor de distribuição. Reconhece-se que, mesmo com a concentração na entrada de dados para cadastro, ainda há falhas na alimentação do sistema.

Outra observação digna de nota diz respeito ao CRETA. Esse sistema é utilizado pelos Juizados Especiais Federais (JEF), cujas ações são legalmente limitadas a um teto de 60 (sessenta) salários mínimos. Portanto, ações de valor mais elevado que, na justiça federal, correm exclusivamente no sistema físico – TEBAS.

Diante da necessidade de estabelecer quais varas seriam pesquisadas, primeiro, filtraram-se as varas por competência para julgar a matéria. A justiça federal no Ceará possui um total de 28 varas, contudo, nem todas foram de interesse desse estudo, veja-se o porquê.

Sabendo que a 9ª e a 20ª vara são exclusivas para os processos de execução fiscal e que a 11ª e 12ª vara são exclusivas para tratar de matéria penal, pode-se afirmar que a população de processos a ser pesquisada repousa nas seguintes varas:

- Na capital Fortaleza: 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, 13ª, 14ª, 21ª, 26ª e 28ª vara. Total de quatorze unidades.
- No interior do Estado: 15ª, 16ª, 17ª, 18ª, 19ª, 22ª, 23ª, 24ª, 25ª e 27ª vara. Total de dez unidades.

Essas unidades compõem unicamente o primeiro grau de jurisdição. A 2ª instância, no caso das varas federais comuns, é formada pelo Tribunal Regional Federal da 5ª região sediado em Recife, já os Juizados Especiais Federais têm como 2ª instância a Turma Recursal sediada em Fortaleza.

Tal como ocorreu no levantamento dos dados estaduais, o pesquisador, com intuito de amenizar o problema das falhas na alimentação dos dados e obter os registros mais fidedignos possíveis, foi pessoalmente às varas comuns da Justiça Federal em Fortaleza solicitar e acompanhar o levantamento estatístico no sistema TEBAS.

Foram realizadas várias visitas ao fórum federal, nelas pesquisou-se o indexador de código “01.04.04.05”, cujo detalhamento do assunto é “*Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos Saúde*”.

Concluído o levantamento do número de processos constantes tanto na base estadual quanto na base federal, concluiu-se a primeira fase.

#### **4.2.1.1 Variáveis da fase 1**

- a) Número do Processo;
- b) Data do Protocolo da ação;
- c) Unidade judiciária de tramitação do processo.

#### **4.2.2 Fase 2**

Superada a primeira fase da pesquisa, o pesquisador passou para o momento seguinte em que realizou a revisão dos processos já catalogados, aplicando o instrumento de pesquisa constante no Apêndice A.

Foram considerados, unicamente na segunda fase da pesquisa, os seguintes critérios de exclusão: (i) processos estaduais físicos que tramitem em comarcas do interior do Estado, (ii) processos da justiça federal, (iii) processos que tramitem em segredo de justiça ou que por outro motivo não possam ser acessados *in locu*, (iv) ações coletivas e (v) ações civis públicas.

Ressalta-se que tais exclusões não comprometeram a representatividade do estudo seja porque a primeira fase contemplou toda a base de dados (estadual e federal) do Judiciário cearense, seja porque, dado o caráter de urgência dos pedidos dessas demandas, a prática nos mostra que são, em sua maioria, satisfeitos ainda em primeira instância.

Assim, em suma, manter-se-á, na fase 2, o foco nos processos individuais estaduais com trâmite na área de influência da capital Fortaleza, processos esses, por conseguinte, cadastrados no sistema e-SAJ.

A coleta de dados na segunda fase da pesquisa foi realizada pelo pesquisador e contou com apoio de estagiários de direito treinados e contratados às expensas do autor.

#### **4.2.2.1 Variáveis da fase 2**

##### **Dados Pessoais (grupo I)**

- 1. Natureza jurídica do autor da demanda;
- 2. No caso de pessoa jurídica, qual o nome;

3. Sexo do autor;
4. Estado civil do demandante;
5. Perfil etário dos demandantes;
6. Ocupação do demandante;
7. Ocupação do Representante (se for o caso);
8. Escolaridade do demandante ou representante;
9. Patrocínio: advocacia pública x advocacia privada;
10. Nome do Escritório de Advocacia;
11. Local de residência do autor (bairro, cidade, estado).

#### **Dados do Objeto (grupo II)**

12. Diagnóstico da Patologia;
13. CID 10;
14. Espécie de bem ou serviço requerido;
15. Nome do Bem ou Serviço Requerido;
16. Se Medicamento, Nome do Fabricante;
17. Se Medicamento, qual/quais de Alto Custo;
18. Se Medicamento, qual/quais são aprovados pela Anvisa;
19. Se Medicamento qual/quais constam em lista pública oficial;
20. Patologia enseja risco de vida, lesão grave ou sequela;
21. Em caso de medicamento, tempo de uso.

#### **Dados Processuais (grupo III)**

22. Unidade jurisdicional em 1º instância;
23. Data da distribuição;
24. Tipo de Processo (Conhecimento, Cautelar ou Execução);
25. Pedido de gratuidade da justiça;
26. Pedido de liminar ou tutela antecipada;
27. Deferimento ou indeferimento da liminar ou tutela antecipada;
28. Concessão “*inaudita altera pars*”;
29. Presença de prescrição médica na petição inicial;
30. Presença de parecer técnico não médico na inicial (farmacêutico etc.);
31. Origem da prescrição médica (rede pública x rede privada);
32. Especialidade Médica do Subscritor;
33. Nome do Médico;
34. Processo administrativo prévio;
35. Polo Passivo;
36. Presença de prescrição médica alternativa na contestação;
37. Presença de parecer técnico não médico na contestação (farmacêutico etc.);
38. Deferimento do Pedido de gratuidade da justiça;
39. Nomeação de perito judicial;
40. Julgamento em 1º Instância (pendente, procedente ou improcedente);
41. Apelação do Autor (Sim/Não);
42. Apelação do Réu (Sim/Não);
43. Valor da Inicial.

#### **4.2.3 Revisão da literatura**

Dada a importância do tema, a ausência de contornos claros sobre os padrões e tendências e ainda o pressuposto rápido avanço da literatura sobre o tema, decidiu-se elaborar uma revisão dos trabalhos científicos já publicados nas principais bases de dados.

Inicialmente, realizou-se busca na biblioteca de descritores em ciências da saúde (<http://www.decs.bvs.br>) para estabelecer quais os termos padronizados nas bases de dados que melhor serviriam de critérios de busca. A biblioteca fornece uma linguagem única na indexação de artigos científicos, mostrando-se essencial ao tipo de trabalho desenvolvido.

Catalogaram-se alguns descritores: 1 - Políticas, Planejamento e Administração em saúde (*Health Policy, Planning and Management*); 2 - Políticas Públicas de Saúde (*Health public policy*); 3 - Política de Saúde (*Health Policy*); 4 - Direito à Saúde (*Right to health*); 5 - Legislação e Jurisprudência; 6 - Legislação em Saúde (*Health Legislation*); 7 - Processo Legal. Bem como: “Direito Constitucional” & “Saúde”; “Direito Processual” & “Saúde”; “Poder Judiciário” & “Saúde”.

Em um exercício inicial, percebeu-se que não estão cadastrados na referida biblioteca os termos “judicialização” ou “*judicialization*”. Todavia, pesquisa preliminar nas bases de dados demonstrou que tais termos são de grande utilidade na identificação de trabalhos na literatura e, por isso, foram incorporados. De fato, reputaram-se os mais eficientes na identificação de estudos que discorram sobre judicialização em saúde pública. Tal fato denota a importância de se incluírem tais termos no DeCS.

Assim sendo, com base na data limite de 1 de maio de 2013, realizou-se o processo de levantamento e revisão de todas as referências que compuseram o banco de dados da revisão sistemática. Optou-se por aquela data devido ao caráter simbólico que repousa sobre o dia internacional do trabalho.

Pesquisou-se, em um primeiro momento, as bases disponibilizadas a partir da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS (<http://bvsalud.org/>). Optou-se pela BVS pela facilidade no acesso à informação de mais de 60 bases de dados e por poder encontrar textos em diversos idiomas, além do português.

Foram utilizadas duas palavras chaves, respectivamente: “Judicialização” (que não consta na biblioteca de descritores oficiais) e “Legislação e Jurisprudência” (que consta na supracitada biblioteca de descritores sob o registro nº 22041).

A pesquisa foi feita no modo integrado, utilizando todas as fontes e todos os índices disponíveis pela biblioteca. A sintaxe completa ficou, portanto: “Judicialização” ou “Legislação e Jurisprudência”.

Não foram utilizados limites de idioma ou de ano de publicação. Não foram

utilizados filtros adicionais. Todas as referências foram impressas e seus textos analisados.

Na BVS, encontraram-se 86 registros. Essa mesma pesquisa foi realizada diretamente na base de dados LILACS, em que os mesmos descritores, com a mesma sintaxe, retornaram 51 registros e ainda diretamente na base de dados PUBMED, onde se pesquisou apenas o descritor “*judicialization*”, encontrando-se 12 registros.

Percebeu-se, todavia, que os artigos encontrados traziam em seu bojo algumas referências que não foram recuperadas pelos indexadores supracitados. Isso se deu porque alguns estudos utilizavam descritores distintos não padronizados e ainda não referidos como descritores por todas as bases (DeCS ou MeSH), tais como “decisões judiciais” e “mandados judiciais”. Um novo levantamento foi realizado com esses descritores na base de dados SciELO e dezenove referências inéditas foram acrescentadas.

Nenhum artigo foi excluído com base apenas no título ou no resumo. Optou-se, entretanto, após a leitura dos textos, por separar os estudos que não traziam evidências empíricas, ou seja, os trabalhos que não haviam analisado individualmente processos já ajuizados no Judiciário. Da mesma forma, foram separados os trabalhos cujos textos completos não puderam ser encontrados em nenhum meio eletrônico ou ainda que se encontrassem apenas em forma de áudio ou apresentação de *slides*.

Toda referência encontrada foi alvo de um formulário em que foram levantadas diferentes variáveis.

Dentre as variáveis selecionadas para compor a revisão de literatura foram incluídas: (a) Nome do autor; (b) Ano do estudo; (c) Título do estudo; (d) Desenho do estudo; (e) Local dos dados; (f) Corte temporal; (g) Principais patologias/procedimentos requeridos; (h) Principais medicamentos requeridos; (i) Especialidade médica mais recorrente nas prescrições; (j) Presença de medicamentos de alto custo; (l) Evidência empírica na forma de processos ajuizados; (m) Réu; (n) Base de dados analisada pelo autor; (o) Referência ao processo de Amostragem; (p) Número total de processos identificados; (q) Número de processos efetivamente analisados; (r) Análise estatística; (s) Patrono do autor ter sido privado ou público; (t) Origem da prescrição médica; (u) Medicamento/procedimento ser aprovado pela ANVISA; (v) Medicamento constar na RENAME ou em alguma lista pública oficial; (w) Percentual de deferimentos; (x) Para o autor, a judicialização da saúde é considerada positiva ou negativa; (y) Perícia determinada pelo Juízo; (z) Periódico em que o trabalho foi publicado.

#### **4.4 Análise dos dados**

Para a construção de tabelas e gráficos, utilizou-se o *software* de planilhas Excel<sup>®</sup> (integrante do pacote Office da Microsoft) englobando as dimensões tratadas por este estudo.

Por fim, para a configuração de mapas, utilizou-se programa Tab para Windows (TabWin, Versão 3.6b) do Ministério da Saúde de Brasil, por meio do DATASUS (Departamento de Informática do SUS).

#### **4.5 Aspectos éticos**

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (COMPEPE), sendo dispensada de parecer consubstanciado por meio do ofício número 30 de 2013 (Apêndice C).

Os dados catalogados são, por força de lei, públicos, contudo, como garantia de máxima lisura, foram excluídos quaisquer dados que pudessem identificar, individualmente, o autor da ação, bem como eventuais processos que tramitem em segredo de justiça.

Além da composição da dissertação propriamente dita, os resultados obtidos a partir desta pesquisa serão divulgados de diferentes formas, considerando-se as perspectivas que englobam a temática (relatórios, apresentações, congressos e artigos técnico-científicos), salvaguardando-se dados de identificação dos processos.

## **5 RESULTADOS**

Como apresentado no item 4, o estudo foi estruturado em duas fases distintas, sucessivas, e em uma revisão de literatura, cada uma delas com métodos específicos. A seguir, com base nesta estruturação, apresentam-se os resultados obtidos neste estudo.

### **5.1 Resultados da primeira fase da coleta de dados**

A primeira fase consistiu em um levantamento inicial, nos sistemas do Judiciário estadual e nos sistemas do Judiciário federal dos dados mais básicos dos processos que versam sobre a judicialização da saúde. Assim sendo, seguem os resultados apresentados por ordem de base de dados:

#### ***5.1.1 Dados da justiça federal***

Para fins de padronização, fez-se corte temporal e catalogaram-se os dados de janeiro de 1999 (data dos dados mais antigos do sistema) até agosto de 2012 (data do ponto de corte do estudo). Totalizaram-se, no período analisado, 354 processos. A distribuição destes processos por varas da justiça federal é apresentada na Tabela 1 que se segue:

Tabela 1 – Número de processos nas unidades de primeira instância federal no Estado do Ceará

<b>Unidade Judiciária Federal</b>	<b>Nº de Processos</b>
1ª VARA	11
2ª VARA	13
3ª VARA	15
4ª VARA	03
5ª VARA	14
6ª VARA	10
7ª VARA	26
8ª VARA	13
10ª VARA	08
13ª VARA	63 <sup>16</sup>
14ª VARA	54 <sup>17</sup>
15ª VARA	01
16ª VARA	15
17ª VARA	11
18ª VARA	02
21ª VARA	58
23ª VARA	01
25ª VARA	05
26ª VARA	26
28ª VARA	05
<b>TOTAL</b>	<b>354</b>

Quanto à distribuição no tempo, o processo mais antigo encontrado foi cadastrado em julho de 1999 e o mais novo, dentro da data do ponto de corte utilizada, foi de setembro de 2012 ?????. Sensível é a tendência de crescimento dos processos ao longo do tempo.

<sup>16</sup> Dos 63 processos filtrados na 13ª vara federal, foi encontrado 01 (um) registro em duplicidade, assim, de fato, na referida vara, existem apenas 62 processos inéditos.

<sup>17</sup> Dos 54 processos filtrados na 14ª vara federal, foram encontrados dois em duplicidade, assim, de fato, na referida vara, existem apenas 52 processos inéditos.

Tabela 2 – Número de processos nas unidades de primeira instância federal no Estado do Ceará, segundo ano do protocolo da ação

<b>Ano do protocolo da ação</b>	<b>Nº de Processos JF (1ª instância)</b>
1999	01
2004	01
2005	02
2006	04
2007	26
2008	57
2009	50
2010	44
2011	100
2012*	69
<b>TOTAL</b>	<b>354</b>

Nota: \*Dados preliminares até agosto de 2012.

No tocante à 2ª instância, a pesquisa fez o levantamento dos dados da Turma Recursal Federal, órgão responsável pelo 2º grau de jurisdição dos juizados especiais federais. Ressalta-se que a segunda instância das varas comuns federais é competência do Tribunal Regional Federal da 5ª Região que tem sede em Recife/PE e, por este motivo, não foi pesquisada.

Em pesquisa ao sistema da Turma Recursal Federal (Creta), encontraram-se 182 (cento e oitenta e dois) processos. Desses 182, 22 (vinte e dois) registros estavam em duplicidade, restando 160 (cento e sessenta) registros inéditos na segunda instância. Em seguida, para que um mesmo registro não fosse contabilizado de forma repetida, confrontaram-se os processos da Turma Recursal Federal com os processos da primeira instância supracitados (vide Tabela 3).

Percebeu-se que dos 160 registros da segunda instância, 67 (sessenta e sete) processos não constavam na lista de processos da primeira instância. Isso nos chamou atenção porque esperava-se que todos os processos da Turma Recursal estivessem inclusos na lista de processos de primeira instância, afinal, todos os processos que lá tramitam vieram, em tese, da primeira instância, a saber os Juizados Especiais Federais. A explicação para a existência desta situação nos 67 processos é o fato de que alguns processos, em situações específicas, já começam a tramitar diretamente em segunda instância, como é o caso de alguns mandados de segurança.

A Tabela 3 apresenta a distribuição desses sessenta e sete processos inéditos que compunham a segunda instância no tempo.

Tabela 3 – Número de processos nas unidades de segunda instância federal no Estado do Ceará, segundo ano do protocolo da ação

<b>Ano do protocolo da ação</b>	<b>Nº de Processos JF (2ª instância)</b>
2008	11
2009	14
2010	17
2011	16
2012*	09
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>

Nota: \*Dados preliminares até agosto de 2012.

Da mesma forma que ocorre na primeira instância, como esperado, vê-se uma tendência relativa de crescimento das demandas ao decorrer do tempo nas Turmas Recursais Federais.

Assim, somando os processos encontrados em primeira instância (354) com os processos inéditos da segunda instância (67) conclui-se que existia, segundo os critérios estabelecidos neste estudo, em todo o Judiciário federal cearense, no período de janeiro de 1999 a agosto de 2012, excetuando os dados do TRF da 5ª região, 421 (quatrocentos e vinte um) processos cadastrados com o assunto “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos”. Ou seja, existem nas varas federais e nos juizados especiais federais do Ceará, 421 processos requerendo da Administração Pública bens e serviços. Nesse sentido, a Tabela 4 sintetiza este consolidado.

Tabela 4 – Número de processos da justiça federal no Estado do Ceará segundo base de dados

<b>Base de Dados</b>	<b>Nº de Processos JF</b>
Varas e Juizados Especiais Federais	354
Turma Recursal Federal	67
<b>TOTAL</b>	<b>421</b>

Relembra-se que, como fora explicitado na metodologia, é possível que esse número sofra, em algum nível com imprecisões decorrentes de possível má alimentação do sistema do Judiciário e também porque, nessa primeira fase da pesquisa, não se foi aos autos para confirmar as informações disponibilizadas pelo sistema. Tarefa essa atribuída à segunda fase da pesquisa, descrita no tópico 5.2 (Resultados da segunda fase da coleta de dados).

### *5.1.2 Dados da justiça estadual*

Para fins de padronização, fez-se corte temporal e catalogaram-se, todos os dados disponíveis nos sistemas até agosto de 2012 (data do corte). O processo mais antigo na base de dados física (Sproc) é 2008 e no sistema e-SAJ da Justiça Estadual (JE) é 1998.

No e-SAJ, utilizou-se como indexadores de base da pesquisa os códigos 10064 e 10069. No SPROC, por ser um sistema bem mais limitado, teve-se que recorrer ao TJCE para, após laborioso processo realizado pelos servidores do próprio tribunal, filtrar os descritores que melhor retornariam os processos judiciais de interesse do trabalho.

Os dados do SPROC foram obtidos junto ao TJCE em julho de 2012, contudo, somente conseguiu-se buscar processos protocolados a partir de 2008 que foi a data de implantação das tabelas processuais pelo referido tribunal. Segundo informações do setor de estatísticas do tribunal, antes dessa data, por não haver qualquer tabela de padronização, havia ainda maior liberdade de criação para o servidor registrar os processos sobre assuntos diversos, o que inviabilizaria pesquisa com dados mais antigos.

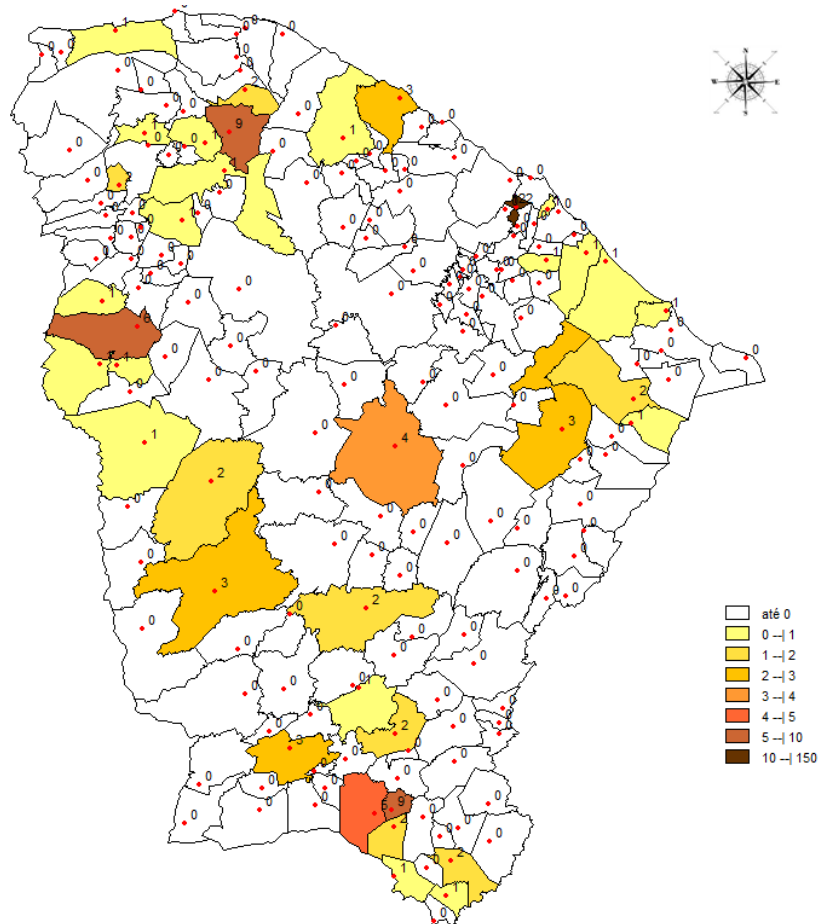
No SPROC, foram encontrados 246 processos. Desses 246, apenas 202 eram registros inéditos, 44 representavam dados repetidos. Assim, segundo tabela fornecida pelo próprio TJCE, há 202 processos em que os municípios do interior cearenses ou o Estado e município do Ceará são acionados para serem réus em demandas de saúde.

Veja-se a distribuição geográfica dos processos do Judiciário estadual no interior do Ceará. A Tabela 5 abaixo apresenta os municípios por ordem alfabética e seu respectivo número de processos.

Tabela 5 – Número de processos nas unidades da justiça estadual no Ceará, segundo município de origem do processo

<b>Município Cearense</b>	<b>Nº de Processos</b>
ACOPIARA	2
ARARENDA	1
ASSARÉ	3
BARBALHA	2
BEBERIBE	1
BREJO SANTO	2
CAMOCIM	1
CARIRÉ	1
CARIÚS	1
CASCAVEL	1
CRATEÚS	1
CRATO	5
CROATÁ	1
EUSÉBIO	1
FORTIM	1
FRECHEIRINHA	2
INDEPENDÊNCIA	2
IPUEIRAS	6
ITAPIPOCA	1
JARDIM	1
JATI	1
JUAZEIRO DO NORTE	9
MARACANAÚ	122
MASSAPÊ	1
MORADA NOVA	3
MORAUJO	1
MORRINHOS	2
PACAJUS	1
PORANGA	1
QUIXERAMOBIM	4
QUIXERÉ	1
RUSSAS	2
SANTANA DO ACARAÚ	9
SOBRAL	1
TAUÁ	3
TRAIRI	3
VARZEA ALEGRE	2
<b>TOTAL</b>	<b>202</b>

Figura 3 – Distribuição espacial de processos nas unidades na justiça estadual no Ceará, segundo município de origem do processo



Esses números dizem respeito apenas às comarcas do interior do Estado do Ceará, uma vez que os dados da capital tramitam em outra base de dados, o e-SAJ cujos dados seguem adiante.

Os dados da capital estão alocados no sistema e-SAJ do TJCE, que é o sistema utilizado por todas as varas da Fazenda Pública de Fortaleza. Pesquisando esses dados, encontrou-se a distribuição de processos por vara apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 – Número de processos segundo as varas da Fazenda Pública no município de Fortaleza

<b>Unidade Judiciária Federal</b>	<b>Nº de Processos</b>
1ª Vara da Fazenda Pública	142
2ª Vara da Fazenda Pública	95
3ª Vara da Fazenda Pública	97
4ª Vara da Fazenda Pública	127
5ª Vara da Fazenda Pública	99
6ª Vara da Fazenda Pública	144
7ª Vara da Fazenda Pública	94
8ª Vara da Fazenda Pública	143
9ª Vara da Fazenda Pública	196
<b>TOTAL</b>	<b>1.134</b>

A lista de processos obtidas com o TJCE continha 1.146 processos, contudo, logo identificou-se doze processos que, a despeito de constarem na lista, não guardavam nenhuma relação com o assunto da judicialização. Eram demandas que tramitavam em varas cíveis contra seguradoras privadas. Por isso, dos 1.146 registros informados pelo TJCE somente os 1.134 supracitados foram levados para a segunda fase.

A Tabela 7 apresenta a tendência dos processos estaduais que tramitam em Fortaleza no período de 1998 a 2012.

Tabela 7 – Número de processos da justiça estadual no município de Fortaleza, segundo ano do protocolo da ação

<b>Ano do protocolo da ação</b>	<b>Nº de Processos Justiça Estadual</b>
1998	01
1999	00
2000	01
2001	01
2002	01
2003	01
2004	06
2005	14
2006	30
2007	68
2008	184
2009	100
2010	196
2011	382
2012	149
<b>TOTAL</b>	<b>1.134</b>

Nota: \*Dados preliminares até agosto de 2012.

Somando-se o número de processos com trâmite no interior (202) com os da capital (1.134) conclui-se que há cadastrado nas bases de dados do Judiciário estadual

cearense um total de 1.336 processos.

Tabela 8 – Número de processos no Judiciário estadual do Ceará segundo a base de dados

<b>Unidade Judiciária Federal</b>	<b>Nº de Processos</b>
Processos no interior (SPROC)	202
Processos em Fortaleza (e-SAJ)	1.134
<b>TOTAL</b>	<b>1.336</b>

Destaca-se: os números obtidos nessa primeira fase foram fornecidos pelo TJCE e, segundo o remetente, a lista compreende todos os processos cadastrado com o assunto “Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos.” A lista contém, inclusive, os processos arquivados ou em fase de recurso, portanto, o número 1336 representa a totalidade da primeira e da segunda instância do Judiciário estadual.

### **5.1.3 Conclusão da primeira fase**

Compilado os dados da justiça estadual e da justiça federal, vê-se que o número total de processos requerendo bens e serviços da Administração Pública até agosto de 2012, é da ordem de 1.757 (mil setecentos e cinquenta e sete).

Tabela 9 – Número de processos segundo unidade judiciária federal no Estado do Ceará

<b>Unidade Judiciária Federal</b>	<b>Nº de Processos</b>
Processos no Judiciário federal	421
Processos no Judiciário estadual	1.336
<b>TOTAL</b>	<b>1.757</b>

Com esses resultados alcançou-se todo o território cearense, viabilizando uma estimativa mais fidedigna do número real de processos, seu perfil mais geral, sua tendência no decorrer do tempo, solucionando, em parte o problema das estatísticas oficiais já expostos no tópico 1.7 (O problema das estatísticas atuais).

## **5.2 Resultados da segunda fase da coleta de dados**

A segunda fase da coleta de dados consistiu na análise mais aprofundada dos 1.146 processos encontrados na base de dados do Judiciário estadual no e-SAJ. Nessa fase, aplicou-se questionário com 43 (quarenta e três) variáveis aos processos encontrados em Fortaleza, nas nove varas da Fazenda Pública.

Explica-se que após a aplicação do questionário (Apêndice A), constatou-se que havia 123 (cento e vinte e três) processos com registro repetido, portanto em duplicidade, que havia 47 (quarenta e sete) processos cujo teor não tratava de matéria de saúde pública<sup>18</sup>, que havia 10 (dez) ações civis públicas e, por último, que havia 1 (um) processo tramitando em segredo de justiça, portanto, com dados inacessíveis. Esses processos, embora fichados, foram excluídos da pesquisa, em conformidade com o item 4.2.2.

Assim, restaram 965 (novecentos e sessenta e seis) processos inéditos e válidos cujos dados são apresentados a seguir:

### 5.2.1 Dados pessoais

Sobre o autor, registra-se que em 964 processos o demandante era uma pessoa física. Em apenas um único processo encontrou-se uma pessoa jurídica como pólo ativo, a saber, uma organização não governamental que solicitava ao município de Fortaleza o medicamento baseado na substância Mitotano (voltado principalmente para Câncer adrenocortical inoperável ou síndrome de *Cushing*) para um de seus associados. A baixa frequência de pessoa jurídicas é explicada porque as ações coletivas e ações civis públicas não foram computadas (critérios de exclusão, vide item 4.2.2)

Dos 964 processos em que o autor era pessoa física, em 506 (quinhentos e seis) era do sexo feminino [52,5%] enquanto que em 458 (quatrocentos e cinquenta e oito) o autor era do sexo masculino [47,5%]. Foram encontrados, ainda, conforme demonstrado na Tabela 10, em relação ao estado civil principalmente, 436 casados, ressaltando-se que em 104 [10,8%] processos não se encontrou essa informação. A análise das datas de nascimento, por sua vez, informa que média de idade dos autores é de 53,4 anos, com desvio padrão de 23,1 anos.

Tabela 10 – Estado civil do autor dos processos no Estado do Ceará

<b>Estado Civil</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Casado	436	45,18
Solteiro	256	26,53
Viúvo	105	10,88
Não informado	104	10,78
Divorciado	57	5,91
União Estável	6	0,62
Não se aplica (Pessoa jurídica)	1	0,10

<sup>18</sup>Processos sobre descontos em contracheques e qualidade de segurado em planos de saúde.

<b>TOTAL</b>	<b>965</b>	<b>100</b>
--------------	------------	------------

Quanto à ocupação, aplicou-se filtro selecionando-se as profissões que apareciam em pelo menos em cinco processos. A Tabela 11 apresenta os resultados, sendo que as profissões que aparecem mais de cinco vezes estão em 698 [72,3%] processos. Os aposentados são demandantes em 32,4% dos processos.

Tabela 11 – Ocupação do autor presente em cinco ou mais processos no Estado do Ceará

<b>Ocupação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Aposentado	313	32,44
Não informado	151	15,65
Do lar	106	10,98
Estudante	44	4,56
Agricultor	41	4,25
Servidor Público	34	3,52
Desempregado	28	2,90
Autônomo	23	2,38
Professora	20	2,07
Doméstica	18	1,87
Comerciante	15	1,55
Motorista	11	1,14
Pensionista	11	1,14
Vendedor	9	0,93
Pedreiro	8	0,83
Militar	7	0,73
Agente Penitenciário	5	0,52
Costureira	5	0,52
Profissões <5 processos	115	11,92
Não se aplica (pessoa jurídica)	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>965</b>	<b>100,00</b>

Quanto ao grau de instrução, esta informação estava claramente disponível apenas em 48 autores, sendo que em 27 registros, os autores declararam-se analfabetos. A carência de dados quanto à escolaridade dificulta maiores conclusões acerca do perfil do autor no tocante a esse dado.

Todavia, uma diferença significativa foi encontrada quando se pesquisou quem eram os patronos dos autores. Dos 965 processos, 660 processos [68,4%] eram patrocinados por advogados particulares, enquanto que em apenas 305 deles o pleito era defendido por advogados públicos, a saber defensorias públicas, sindicatos e organizações não governamentais (ONGs).

Tabela 12 – Distribuição dos processos no Estado do Ceará segundo patrocínio (público ou privado)

<b>Patrocínio dos autores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Público	305	31,61
Privado	660	68,39
<b>TOTAL</b>	<b>965</b>	<b>100</b>

Analisou-se o número de processos que cada advogado mantinha, foram identificados9 (nove) causídicos com mais de cinco processos. O advogado “A” chegou a ser responsável isoladamente por 248 processos [37,5%] dos 660 processos mantido por advogados particulares. Nesse sentido, segue Tabela 13 abaixo. Ressalta-se que segundo os dados da Ordem de Advogados do Brasil, existem 16.810 cadastrados e regulares no estado do Ceará no início de 2014.

Tabela 13 – Distribuição dos processos (público e privado e somente privado) no Estado do Ceará segundo advogado (codificado)

<b>Código do Advogado</b>	<b>N</b>	<b>% (% todos os processos)</b>	<b>% (% processos patrocínio privado)</b>
A	248	25,70	37,58
B	30	3,11	4,55
C	22	2,28	3,33
D	14	1,45	2,12
E	11	1,14	1,67
F	9	0,93	1,36
G	7	0,73	1,06
H	5	0,52	0,76
I	5	0,52	0,76
<b>Adv. com &gt; 5 processos</b>	<b>351</b>	<b>36,37</b>	<b>53,18</b>
<b>Adv. com &lt; 5 processos</b>	<b>309</b>	<b>32,02</b>	<b>46,82</b>
<b>TOTAL</b>	<b>660</b>	<b>68,39</b>	<b>100,00</b>

Quanto ao local de residência dos autores por município, a Tabela 14 apresenta a distribuição geográfica dos processos nos municípios cearenses.

Tabela 14 – Distribuição de processos segundo município de domicílio do autor

<b>DOMICÍLIO</b>	<b>N</b>	<b>DOMICÍLIO</b>	<b>N</b>	<b>DOMICÍLIO</b>	<b>N</b>
Acopiara	2	Hidrolândia	1	Morrinhos	1
Aquiraz	2	Ibicuitinga	1	Mulungu	3
Aracati	2	Icó	1	Ocara	1
Aracoiaba	1	Iguatu	4	Pacajus	3
Araripe	1	Independência	2	Pacatuba	5
Banabuiú	1	Ipú	2	Parambú	1
Beberibe	1	Iracema	2	Pedra Branca	1
Boa viagem	1	Itapajé	3	Pereiro	1
Baturité	1	Itapipoca	2	Potiretama	2
Brejo santo	1	Itatinga	1	Quixadá	6
Camocim	1	Jaguaruana	1	Quixeramobim	2
Canindé	4	Jaguaribe	4	Quixeré	1
Caridade	2	Juazeiro do norte	5	Redenção	1
Cascavel	3	Jucás	1	Reriutaba	1
Caucaia	13	Lavras da mangabeira	2	Russas	6
Cedro	1	Limoeiro do norte	3	Santa Quitéria	4
Chaval	1	Maracanaú	17	São Benedito	2
Coreaú	1	Maranguape	7	São Gonçalo do Amarante	2
Crateús	4	Massapê	1	Senador Pompeu	3
Crato	1	Messejana	1	Solonópoles	1
Deputado Irapuã Pinheiro	1	Milhã	1	Fortaleza	750
Ererê	1	Missão Velha	1	Fortim	2
Euzébio	4	Morada Nova	4	Várzea Alegre	1
Guaiúba	1	Moraújo	1	Viçosa do Ceará	1
Granja	1	Tururú	1	Tabuleiro do Norte	2
Tejuçuoca	2	Mombaça	1	Tamboril	1
Tianguá	8	Ubajara	1	Não informado	26
Trairi	1	Uruburetama	1		
<b>TOTAL</b>					<b>965</b>

O município com mais autores residentes, como esperado, é a capital Fortaleza com 750 processos [77,7%], contudo todas as regiões do Estado foram contempladas.

Segue lista dos municípios que apareceram como domicílio dos autores em pelo menos cinco processos:

Tabela 15 – Distribuição de processos segundo município de domicílio do autor (cinco ou mais processos)

<b>Município</b>	<b>N</b>
Fortaleza	750
Maracanaú	17
Caucaia	13
Tianguá	8
Maranguape	7
Quixadá	6
Russas	6
Juazeiro do Norte	5
Pacatuba	5
<b>TOTAL</b>	<b>817</b>

Veja-se a distribuição dos 750 processos do Município de Fortaleza segundo bairro da capital:

Tabela 16 – Distribuição de processos segundo bairros do Município de Fortaleza

<b>BAIRRO</b>	<b>N</b>	<b>BAIRRO</b>	<b>N</b>	<b>BAIRRO</b>	<b>N</b>
AEROLÂNDIA	7	DEMÓCRITO ROCHA	2	MEIRELES	20
AEROPORTO	0	DENDE	1	MESSEJANA (SEDE)	25
ALAGADIÇO	4	DIAS MACEDO	1	MONDUBIM (2000)	15
ALDEOTA	27	DOM LUSTOSA	0	MONTE CASTELO	13
ALTO DA BALANÇA	2	EDSON QUEIROZ	20	MONTESE	22
ÁLVARO WEYNE	9	LUCIANO CAVALCANTE	4	MUCURIPE	10
AMADEO FURTADO	0	ESTÂNCIA (DIONÍSIO TORRES)	15	PADRE ANDRADE (CACHOEIRINHA)	4
ANCURI	1	FARIAS BRITO	5	PAN-AMERICANO	4
ANTÔNIO BEZERRA	7	FÁTIMA	19	PAPICU (2000)	15
ARRAIAL MOURA BRASIL	0	FLORESTA	0	PARANGABA	11
AUTRAN NUNES	2	GENIBAU	4	PARQUE ARAXÁ	5
BARRA DO CEARÁ	16	GRANJA LISBOA	0	PARQUE DOIS IRMÃOS	6
BARROSO	4	GRANJA PORTUGAL	4	PARQUE IRACEMA	3
BELA VISTA	6	GUAJERU	0	PARQUE MANIBURA	2
BENFICA	10	GUARAPES	1	PARQUE PRES. VARGAS	1
BOM FUTURO	1	HENRIQUE JORGE	8	PARQUE SANTA ROSA	2
BOM JARDIM	15	ITAÓCA	2	PARQUE SÃO JOSÉ	4
BONSUCESSO	7	ITAPERI	6	PARQUELÂNDIA	12
CAIS DO PORTO	0	JACARECANGA	7	PARREÃO	1
CAJAZEIRAS	5	JANGURUSSU (2000)	16	PASSARÉ	8
CAMBEBA	5	JARDIM AMÉRICA	5	PAUPINA	1
CANINDEZINHO	7	JARDIM CEARENSE	0	PEDRAS	0
CARLITO PAMPLONA	3	JARDIM DAS OLIVEIRAS	6	PICI (PARQUE UNIVERSITÁRIO)	6
CASTELÃO	4	JARDIM GUANABARA	6	PIRAMBÚ	1
CENTRO	28	JARDIM IRACEMA	8	PRAIA DE IRACEMA	1
CIDADE 2000	1	JOÃO XXIII	3	PRAIA DO FUTURO I e II	3
CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS	9	JOAQUIM TÁVORA	16	SIQUEIRA	1
COAÇU	0	JÓQUEI CLUB (SÃO CRISTÓVÃO)	6	VARJOTA	5
COCO	4	JOSÉ BONIFÁCIO	6	VICENTE PINZON	9
CONJUNTO CEARÁ I	17	JOSE DE ALENCAR	0	VILA ELLERY	3
CONJUNTO CEARÁ II	0	LAGOA REDONDA	9	VILA PERY	9
CONJ. ESPERANÇA	2	LAGOA SAPIRANGA	5	VILA UNIÃO	8
COUTO FERNANDES	1	MANOEL DIAS BRANCO/ DUNAS	0	VILA VELHA	5
CRISTO REDENTOR	0	MANOEL SÁTIRO	3	Não informado ou inconsistente	39
CURIÓ	0	MARAPONGA	18	<b>Total</b>	<b>750</b>

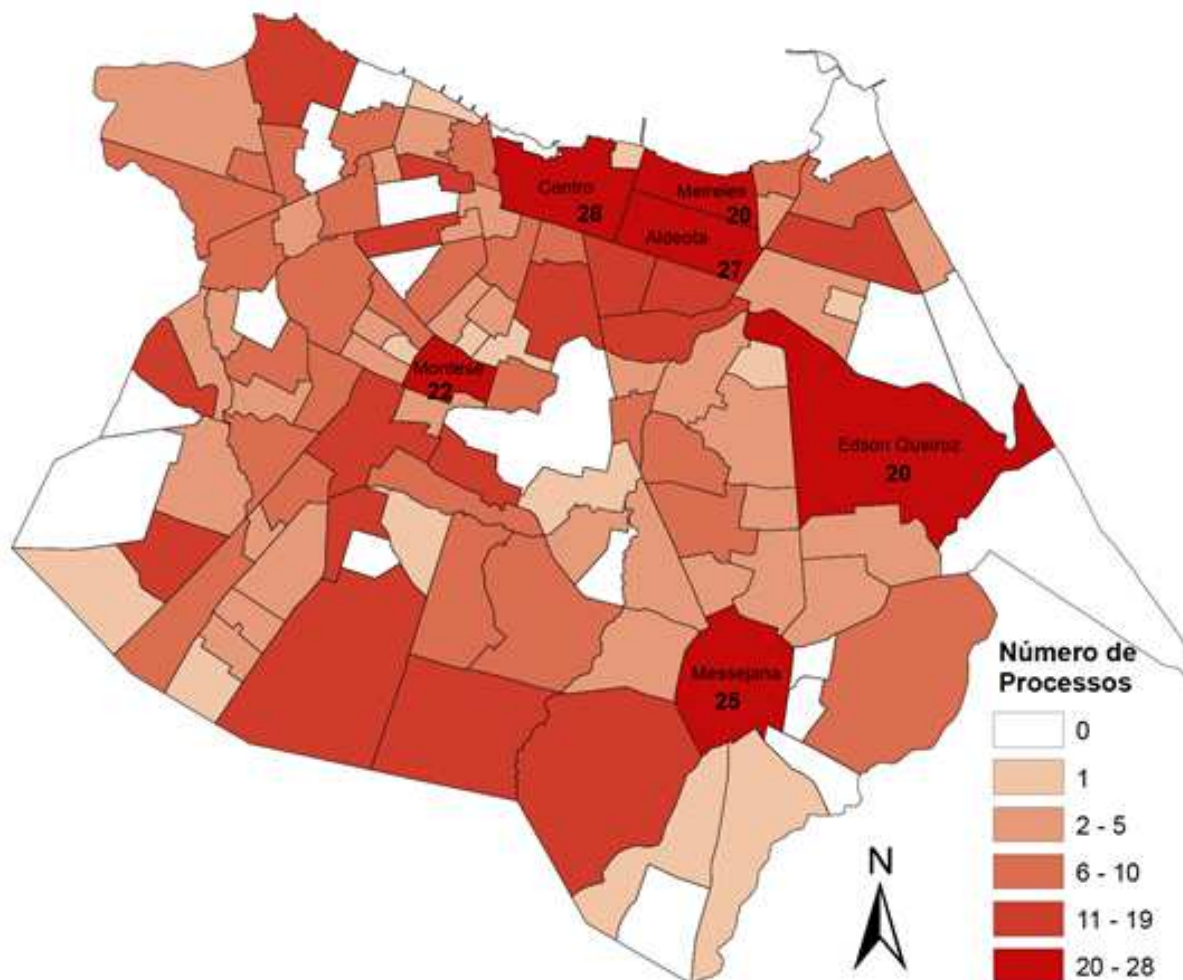
DAMAS	3	MATA GALINHA	0		
-------	---	--------------	---	--	--

Assim, os seis bairros com maior número de processos são: Centro, Aldeota, Messejana, Montese, Meireles e Edson Queiroz (vide tabela 17). Trata-se de informação relevante, uma vez que bairros como Aldeota, Montese e Meireles representam áreas valorizadas, reconhecidamente habitados pelas classes sociais mais abastadas de Fortaleza.

Tabela 17 – Número de processos segundo os cinco bairros principais do Município de Fortaleza, Ceará

<b>Bairro de Fortaleza</b>	<b>N</b>
Centro	28
Aldeota	27
Messejana	23
Montese	22
Meireles	20
Edson Queiroz	20
<b>Total</b>	<b>140</b>

Figura 4 – Distribuição espacial de processos nas unidades na justiça estadual no Ceará, segundo bairro de Fortaleza de origem do processo



Ressalte-se, para evitar o risco de incorrer em uma possível falácia ecológica, que o bairro por si só não é suficiente para atestar o poder econômico dos autores, pois mesmo nesses bairros há áreas menos valorizadas. Contudo, aliado às outras variáveis, gera-se a hipótese de que a judicialização tenha um impacto maior sobre classes econômicas mais privilegiadas.

Outrossim, bairros como Messejana e Edson Queiroz aparecem com grande número de processos, porque são bairros populosos e referenciais, exercendo influência na região. Assim, é comum que pessoas que residem nas proximidades identifiquem-se como habitantes desses bairros maiores.

### 5.2.2 Dados do objeto requerido

Em detalhada análise da matéria que ensejou o processo, importantes conclusões foram obtidas. Primeiramente, analisou-se qual espécie de bem ou serviço requerido e percebeu-se imensa predominância de processos solicitando unicamente medicamentos ao poder público, chegando a estar presente em 74% do total de demandas. Veja-se a tabela abaixo com a distribuição encontrada:

Tabela 18 – Número de processos segundo espécie de bem requerido

<b>Bem Requerido</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Medicamentos	667	69,11%
Outros	94	9,74%
Cirurgia	81	8,39%
Medicamentos e outros	46	4,76%
Leito	44	4,56%
Exames complementares	17	1,76%
Fisioterapia	5	0,52%
Procedimento odontológico	3	0,31%
Exames e outros	3	0,31%
Cirurgia e leito	2	0,21%
Medicamentos e exames	1	0,10%
Medicamentos e cirurgia	1	0,10%
Cirurgia e outros	1	0,10%
<b>TOTAL</b>	<b>965</b>	<b>100%</b>

A tabela supra está organizada em categorias previamente elaboradas pelo instrumento de coleta. Sua leitura mostra que categoria “medicamentos” encabeça a lista, seguida pela categoria “outros” e solicitações de cirurgias. A espécie denominada como “outros” contempla todos os bens e serviços não contidos nas demais categorias. Sendo, em sua maioria, solicitações por equipamentos e insumos e vai desde fitas, lancetas e agulhas usadas no tratamento da diabetes até cadeiras de rodas, *stents* farmacológicos e alimentação especial.

Em um segundo momento, partindo de uma análise mais aprofundada sobre os pedidos e sua real natureza, elaborou-se uma segunda tabela (Tabela 19) ainda mais precisa que a Tabela 18 supra, por não estar restrita ao instrumento de coleta e por ter analisado separadamente cada um dos pedidos que, por vezes, formavam um único processo. Note-se que as duas tabelas, embora com categorias diferentes, dialogam e apresentam dados coerentes entre elas e o perfil das patologias.

Tabela 19 – Número de espécies de bem requerido segundo a natureza (análise a partir do pedido)

<b>ESPÉCIE DE BEM</b>	<b>N</b>
Medicamento	312
Insumo	37
Alimentação	21
Intervenção cirúrgica	15
Exame complementar	14
Tratamento especializado	7
Custeio	5
Outros Tratamentos	5
Internação hospitalar	4
Demanda social	1
Internação domiciliar	1
Transporte hospitalar	1
<b>TOTAL</b>	<b>423</b>

A Tabela 19, mostra que foram encontradas 312 espécies de medicamentos solicitados, o que representa 73,7% do número total de bens e serviços requeridos. Informação que é ratificada pela Tabela 18 que mostra a categoria “medicamentos” como a mais prevalente.

Quanto ao fabricante do medicamento, não é comum constar nas petições iniciais a referência ao laboratório. Encontrou-se essa informação, de forma clara, em apenas 88 (oitenta e oito processos) e os três que mais apareceram foram: Roche [n=63], Sanofi-Aventis [n=7] e Novartis [n=5]. Maiores informações sobre o fabricante de cada medicamento requerido podem ser encontradas no Apêndice E.

No tocante a ser ou não ser o medicamento considerado de alto custo, percebeu-se que os advogados ignoram a classificação dos medicamentos excepcionais. De fato, a expressão “alto custo” é utilizada de forma indiscriminada nos processos, tendo por base unicamente a condição econômica do autor e não as relações de medicamentos, sendo seu uso, portanto, de grande subjetividade. Por fim, registra-se que a quase totalidade dos advogados [98,8%] afirma que autor corre risco de morte, lesão grave ou sequela se o benefício não for deferido.

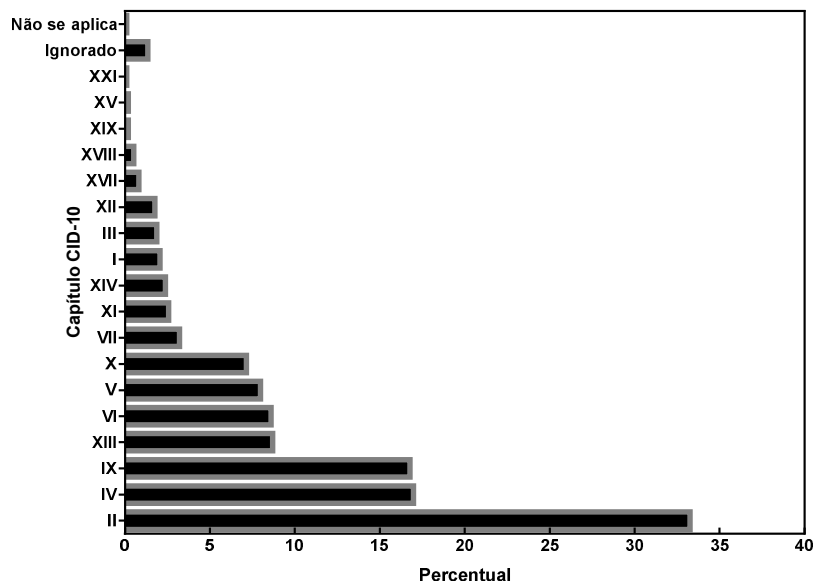
Passa-se agora à importante análise dos diagnósticos que sustentam o processo de judicialização e das intervenções requeridas. Para tanto, foi criada planilha para categorizar cada uma das patologias que acometiam os autores. Após o fichamento dos 965 processos, construiu-se uma planilha com 209 tipos de doenças divididas em Capítulos da Classificação

Internacional de Doenças na 10ª Revisão (CID 10). A distribuição é apresentada a seguir na Tabela 20 e no Gráfico 3, tradução da referida tabela.

Tabela 20 – Número de processos segundo Capítulo da CID10

<b>CAPÍTULO CID 10</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
II. Neoplasias (tumores)	321	33,26
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	164	16,99
IX. Doenças do aparelho circulatório	162	16,79
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	84	8,70
VI. Doenças do sistema nervoso	83	8,60
V. Transtornos mentais e comportamentais	77	7,98
X. Doenças do aparelho respiratório	69	7,15
VII. Doenças do olho e anexos	31	3,21
XI. Doenças do aparelho digestivo	25	2,59
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	23	2,38
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20	2,07
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	18	1,87
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	17	1,76
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	8	0,83
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	5	0,52
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	2	0,21
XV. Gravidez parto e puerpério	2	0,21
XXI. Contatos com serviços de saúde	1	0,10
Ignorado	13	1,35
Não se aplica	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>1.126</b>	<b>116,67</b>

Figura 5 – Número de processos segundo Capítulo da CID10



Legendas: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II. Neoplasias (tumores); III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; V. Transtornos mentais e comportamentais; VI. Doenças do sistema nervoso; VII. Doenças do olho e anexos; IX. Doenças do aparelho circulatório; X. Doenças do aparelho respiratório; XI. Doenças do aparelho digestivo; XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; XIV. Doenças do aparelho geniturinário; XV. Gravidez parto e puerpério; XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; XXI. Contatos com serviços de saúde.

Explica-se que alguns autores apresentaram mais de um diagnóstico, por isso o número de patologias catalogadas [1.126] é maior que o número de processos [965].

Existem 13 (treze) processos cuja patologia que acomete o autor não é informada e há 1 (um) processo em que claramente não há patologia registrada, por tratar-se, na verdade, de um pedido de saneamento básico para a rua do autor.

Assim, todos os processos analisados, podem ser distribuídos em dezoito categorias, contendo no total 209 tipos diferentes de patologias, cada uma delas será apresentada a seguir. Para maior clareza, segue abaixo uma sequência de dezoito tabelas, apresentadas conforme ordem exposta na tabela supra (por ordem decrescente de frequência), veja-se a lista individualizada das 209 doenças registradas nos processos que compõem cada um dos capítulos do CID10:

- **Capítulo II - Neoplasias (Tumores)**

Tabela 21 – Número e percentual de diferentes tipos de neoplasias

<b>CAPÍTULO II</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Linfoma	119	12,33
Mieloma múltiplo	45	4,66
Leucemia	36	3,73
Câncer de mama com ou sem mastectomia	25	2,59
Câncer de pulmão	18	1,87
Câncer de rim	7	0,73
Câncer de fígado	6	0,62
Câncer de cérebro	5	0,52
Câncer não especificado	4	0,41
Tumor neuroendócrino	4	0,41
Câncer de cólon	3	0,31
Câncer de endométrio	3	0,31
Câncer de tireoide	3	0,31
Metástase hepática	3	0,31
Tumor de hipófise	3	0,31
Câncer de adrenal	2	0,21
Câncer de bexiga	2	0,21
Câncer de reto	2	0,21
Macroglobulinemia de Waldenstrom	2	0,21
Meningioma	2	0,21
Metástase pulmonar	2	0,21
Metástase renal	2	0,21
Câncer de colo do útero	1	0,10
Câncer de esôfago	1	0,10
Câncer de estômago	1	0,10
Câncer de faringe	1	0,10
Câncer de nasofaringe	1	0,10
Câncer de pâncreas	1	0,10
Câncer de peritônio	1	0,10
Câncer de próstata	1	0,10
Câncer de tronco cerebral	1	0,10
Câncer de vias biliares	1	0,10
Craniofaringioma	1	0,10
Glioblastoma multiforme	1	0,10
Metástase cerebral	1	0,10
Metástase não especificada	1	0,10
Metástase pancreática	1	0,10
Mielofibrose idiopática	1	0,10
Mixoma atrial	1	0,10
Oligodendroglioma anaplásico	1	0,10
Tumor da base do crânio	1	0,10
Tumor de cérebro	1	0,10
Tumor de seio piriforme	1	0,10
Tumor na parede abdominal	1	0,10
Tumor no muscular	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>321</b>	<b>33,26</b>

• **Capítulo IV - Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas**

Tabela 22 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários

<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diabetes mellitus tipo II	45	4,66
Diabetes mellitus tipo I	44	4,56
Alergia/intolerância a lactose, soja, ovos e/ou outros	39	4,04
Dislipidemia	11	1,14
Acromegalia	7	0,73
Desnutrição	5	0,52
Obesidade	5	0,52
Adrenoleucodistrofia	1	0,10
Albinismo	1	0,10
Cetoacidose diabética	1	0,10
Deficiência de hormônio do crescimento	1	0,10
Hiperinsulinismo	1	0,10
Hiperprolactinemia	1	0,10
Hipotireoidismo	1	0,10
Transtorno alimentar	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>	<b>16,99</b>

• **Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório**

Tabela 23 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do aparelho circulatório

<b>CAPÍTULO IX</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cardiopatia isquêmica	40	4,15
Hipertensão arterial pulmonar	35	3,63
Hipertensão arterial sistêmica	31	3,21
Acidente vascular cerebral	23	2,38
Cardiopatia não especificada	14	1,45
Doença arterial	5	0,52
Aneurisma cerebral	4	0,41
Insuficiência cardíaca congestiva	4	0,41
Aneurisma de aorta abdominal	2	0,21
Arritmia cardíaca	1	0,10
Cardiopatia periparto	1	0,10
Hemorragia intraventricular	1	0,10
Trombose venosa profunda	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>16,79</b>

- **Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo**

Tabela 24 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo

<b>CAPÍTULO XIII</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Fratura/fissura óssea	14	1,45
Osteoporose	12	1,24
Espondilite anquilosante	5	0,52
Distúrbio muscular não especificado	4	0,41
Hérnia de disco	4	0,41
Lesão ligamentar/menisco	3	0,31
Distúrbio osteoarticular não especificado	2	0,21
Doença de Paget	2	0,21
Espondilopatia	2	0,21
Necrose óssea	2	0,21
Granulomatose de Wegener	1	0,10
Lúpus eritematoso sistêmico	1	0,10
Processo inflamatório crônico inespecífico	1	0,10
Síndrome de Reiter	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>5,60</b>

- **Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso**

Tabela 25 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do sistema nervoso

<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Síndrome mielodisplásica	41	4,25
Doença de Parkinson	6	0,62
Paralisia cerebral	5	0,52
Distúrbio neurológico não especificado	4	0,41
Síndrome algica especificada	4	0,41
Epilepsia	3	0,31
Apneia obstrutiva do sono	2	0,21
Esclerose lateral amiotrófica	2	0,21
Esclerose múltipla	2	0,21
Hidrocefalia	2	0,21
Tremor essencial	2	0,21
Doença cerebelar	1	0,10
Doença do plexo braquial	1	0,10
Doença encefálica não especificada	1	0,10
Miastenia gravis	1	0,10
Mononeuropatia múltipla	1	0,10
Paralisia bulbar progressiva ou doença de Fazio-Londe	1	0,10
Paraplegia	1	0,10
Síndrome de Huntington	1	0,10
Síndrome de West	1	0,10
Tetraparesia	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>8,60</b>

- **Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais**

Tabela 26 – Número e percentual de diferentes tipos de transtornos mentais e comportamentais

<b>CAPÍTULO V</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alzheimer	14	1,45
Esquizofrenia	11	1,14
Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	11	1,14
Transtorno afetivo bipolar	10	1,04
Psicopatologias e transtornos neuropsiquiátricos não especificados	9	0,93
Transtorno depressivo	8	0,83
Déficit cognitivo/mental	6	0,62
Síndrome álgica não especificada	4	0,41
Transtorno esquizoafetivo	2	0,21
Síndrome demencial	1	0,10
Transtorno psicótico não especificado	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>7,98</b>

- **Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório**

Tabela 27 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do aparelho respiratório

<b>CAPÍTULO X</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Doença pulmonar obstrutiva crônica	48	4,97
Asma	5	0,52
Doença pulmonar não especificada	3	0,31
Fibrose pulmonar	3	0,31
Insuficiência respiratória	3	0,31
Pneumonia	3	0,31
Derrame pleural	1	0,10
Doença não especificada de amígdalas e adenoides	1	0,10
Estenose de laringe/glote	1	0,10
Úlcera em prega vocal	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>7,15</b>

- **Capítulo VII - Doenças do olho e anexos**

Tabela 28 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do olho e anexos

<b>CAPÍTULO VII</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Doença da retina	10	1,04
Glaucoma	7	0,73
Doença ocular não especificada	5	0,52
Ametropia	3	0,31
Retinopatia diabética	3	0,31
Catarata senil	1	0,10
Ceratocone	1	0,10
Conjuntivite alérgica	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>3,21</b>

• **Capítulo VI - Doenças do aparelho digestivo**

Tabela 29 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do aparelho digestivo

<b>CAPÍTULO VI</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Gastrite aguda ou crônica	4	0,41
Cirrose hepática	3	0,31
Cirrose biliar	2	0,21
Doença de Crohn	2	0,21
Pancreatite crônica ou aguda	2	0,21
Refluxo gastresofágico	2	0,21
Anomalia anorretal	1	0,10
Colangite aguda	1	0,10
Colestase	1	0,10
Constipação crônica	1	0,10
Doença dentária não especificada	1	0,10
Duodenite	1	0,10
Esofagite eosinofílica	1	0,10
Insuficiência hepática	1	0,10
Litíase biliar	1	0,10
Úlcera péptica	1	2,49
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>4,97</b>

• **Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário**

Tabela 30 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do aparelho geniturinário

<b>CAPÍTULO XIV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Insuficiência renal crônica	5	0,52
Litíase renal	5	0,52
Cistite intersticial	2	0,21
Distúrbio do aparelho reprodutor não especificado	2	0,21
Distúrbios de bexiga	2	0,21
Hiperplasia da próstata	2	0,21
Bexiga neurogênica	1	0,10
Gigantomastia	1	0,10
Síndrome nefrótica	1	0,10
Transplante renal com doador CMV-positivo	1	0,10
Uretrite não especificada	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>2,38</b>

- **Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias**

Tabela 31 – Número e percentual de diferentes tipos de algumas doenças infecciosas e parasitárias

<b>CAPÍTULO I</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Infecção por HIV/Aids	7	0,72
Sepse	3	0,31
Hepatite B	2	0,20
Esquistossomose mansônica com hipertensão porta	1	0,10
Herpes zoster	1	0,10
Infecção grave - abscesso muscular	1	0,10
Erisipela	1	0,10
Infecção renal	1	0,10
Osteomielite crônica	1	0,10
Sequela de poliomielite	1	0,10
Sequela de tuberculose pulmonar	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>2,07</b>

- **Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários**

Tabela 32 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários

<b>CAPÍTULO III</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Púrpura trombocitopênica trombótica	5	0,52
Doença de Castleman	3	0,31
Síndrome mieloproliferativa	2	0,21
Trombofilia	2	0,21
Anemia aplásica	1	0,10
Anemia hemolítica	1	0,10
Anemia não especificada	1	0,10
Doença linfoproliferativa crônica de células B	1	0,10
Hemoglobinopatia C	1	0,10
Plaquetopenia Imune	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>1,87</b>

- **Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo**

Tabela 33 – Número e percentual de diferentes tipos de doenças da pele e do tecido subcutâneo

<b>CAPÍTULO XII</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Psoríase	15	1,55
Úlceras de pressão	1	0,10
Vitiligo	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>1,76</b>

- **Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas**

Tabela 34 – Número e percentual de diferentes tipos de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas

<b>CAPÍTULO XVII</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hiperglicemia	3	0,31
Cardiopatía congênita	2	0,21
Crise convulsiva	2	0,21
Ausência do ânus	1	0,10
Comunicação interatrial	1	0,10
Comunicação Interventricular	1	0,10
Encefalocele congênita	1	0,10
Hiperplasia adrenal congênita	1	0,10
Síndrome de MC Cume Albright	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>1,35</b>

- **Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte**

Tabela 35 – Número e percentual de diferentes tipos de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte

<b>CAPÍTULO XVIII</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Crise convulsiva	2	0,21
Hiperglicemia	3	0,31
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>0,52</b>

- **Capítulo XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas**

Tabela 36 – Número e percentual de diferentes tipos de lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas

<b>CAPÍTULO XIX</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ferimento por arma de fogo	1	0,10
Politraumatismo	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>0,21</b>

- **Capítulo XV - Gravidez parto e puerpério**

Tabela 37 – Número e percentual de diferentes tipos de eventos relacionados à gravidez parto e puerpério

<b>CAPÍTULO XV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diabetes gestacional	1	0,10
Perdas gestacionais de repetição	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>0,21</b>

- **Capítulo XXI - Contatos com serviços de saúde**

Tabela 38 – Número e percentual de diferentes tipos de eventos relacionados a contatos com serviços de saúde e suas frequências

<b>CAPÍTULO XXI</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Laqueadura tubária	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0,10</b>

Segue agora lista com todas as doenças que foram relatadas nos processos pelo menos cinco vezes, representando 75,4% dos registros:

Tabela 39 – Patologias do autor com mais de cinco registros nos processos

<b>PATOLOGIA DO AUTOR</b>	<b>N</b>	<b>CAPÍTULO</b>
Linfoma	119	II
Doença pulmonar obstrutiva crônica	48	X
Mieloma múltiplo	45	II
Diabetes mellitus tipo II	45	IV
Diabetes mellitus tipo I	44	IV
Síndrome mielodiplásica	41	VI
Cardiopatia isquêmica	40	IX
Alergia/intolerância a lactose, soja, ovos e/ou outros	39	IV
Leucemia	36	II
Hipertensão arterial pulmonar	35	IX
Hipertensão arterial sistêmica	31	IX
Câncer de mama com ou sem mastectomia	25	II
Acidente vascular cerebral	23	IX
Câncer de pulmão	18	II
Psoríase	15	XII
Cardiopatia não especificada	14	IX
Alzheimer	14	V
Artrose	14	XIII
Fratura/fissura óssea	14	XIII
Osteoporose	12	XIII
Dislipidemia	11	IV
Esquizofrenia	11	V
Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	11	V
Transtorno afetivo bipolar	10	V
Doença da retina	10	VII
Psicopatologias e transtornos neuropsiquiátricos não especificados	9	V
Transtorno depressivo	8	V
Infecção por HIV/Aids	7	I
Câncer de rim	7	II
Acromegalia	7	IV
Glaucoma	7	VII
Câncer de fígado	6	II
Déficit cognitivo/mental	6	V
Doença de Parkinson	6	VI
Artrite reumatoide	6	XIII
Câncer de cérebro	5	II
Púrpura trombocitopênica trombótica	5	III
Desnutrição	5	IV
Obesidade	5	IV
Doença arterial	5	IX
Paralisia cerebral	5	VI
Doença ocular não especificada	5	VII
Asma	5	X
Espondilite anquilosante	5	XIII
Insuficiência renal crônica	5	XIV
Litíase renal	5	XIV
<b>TOTAL</b>	<b>849</b>	<b>[75,4%]</b>

Legendas: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II. Neoplasias (tumores); III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; V. Transtornos mentais e comportamentais; VI. Doenças do sistema nervoso; VII. Doenças do olho e anexos; IX. Doenças do aparelho circulatório; X. Doenças do aparelho respiratório; XI. Doenças do aparelho digestivo; XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; XIV. Doenças do aparelho geniturinário; XV. Gravidez parto e puerpério; XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte; XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; XXI. Contatos com serviços de saúde.

Chama a atenção a grande concentração de diagnósticos em torno de determinadas doenças. Veja-se:

Tabela 40 – Patologias do autor com os maiores registros nos processos

<b>PATOLOGIA DO AUTOR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Linfoma	119	12,3
Diabetes mellitus tipo I e II	89	9,2
Doença pulmonar obstrutiva crônica	48	4,9
Mieloma múltiplo	45	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>31,1</b>

Note-se que 31,1% dos processos são frutos de apenas 04 doenças, sendo que a mais requerida (linfoma) isoladamente representa 12,3% dessas demandas. 75,4 % dos diagnósticos aparecem mais de cinco vezes.

Dando continuidade na análise dos dados obtidos, passa-se a expor quais os bens e serviços mais requeridos nos processos, afirmando que os resultados são coerentes com os dados obtidos sobre as patologias mais frequentes. Ou seja, como era esperado, os itens mais solicitados estão diretamente relacionados com as patologias supracitadas.

Foram encontradas 1.623 solicitações de bens e serviços. Veja-se a distribuição daqueles que apareceram em cinco ou mais processos:

Tabela 41 – Frequência de itens requeridos segundo Nome Genérico, Nome Comercial e Indicações Principais (presentes em cinco ou mais processos)

<b>NOME GENÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
Agulha/Lancetas/Cânulas/Canetas para insulina / glicosímetro / fitas	IGN	Monitoramento/tratamento Diabetes mellitus tipo I e II	111
Rituximab	Mabthera	Linfoma	81
Brometo de tiotrópio	Spiriva	DPOC	60
Internação em UTI	NSA	Condição clinicamente grave não especificada	49
Insulina glargina	Lantus	Diabetes mellitus tipo I e II	43
Bortezomibe	Velcade	Mieloma múltiplo	41
Cirurgia cardiovascular	NSA	Cardiopatias	37
Alfaepoetina	Eprex	Anemia na insuficiência renal crônica / Anemia associada a câncer	35
Suplemento alimentar	Neocate	Suplemento alimentar	30
Cloridrato de erlotinibe	Tarceva	Câncer de pulmão	27
Insulina aspart	Novorapid	Diabetes mellitus tipo I e II	24
Bosentana	Tracleer	Hipertensão Arterial Pulmonar	24
Seringas	IGN	Diversos	24
Transtuzumab	Herceptin	Câncer de mama metastático	21
Insulina lispro	Humalog	Diabetes mellitus tipo I e II	20
Aripiprazol	Abifily	Esquizofrenia / Transtorno bipolar	18
Glicosímetro	Vários	Avaliação glicemia	17
Quetiapina	Seroquel	Esquizofrenia / Transtorno bipolar	17
Suplemento alimentar	Pregomin Pepti	Suplemento alimentar	15
Cirurgia oftálmica	NSA	Doença ocular	15
Formoterol / Budesonida	Foraseq	Broncoconstrição / Asma / DPOC	13
Cirurgia ortopédica	NSA	Doença osteoarticular	13
Etanecept	Enbrel	Artrite reumatoide / Artrite psoriática / Artrite crônica juvenil	11
Bevacizumabe	Avastin	Carcinoma metastático do cólon ou do reto	11
Infliximabe	Remicade	Doença de Crohn / Colite ou retocolite ulcerativa / Artrite reumatoide / Espondilite anquilosante / Artrite psoriásica / Psoríase	11
Cirurgia não especificada	NSA	IGN	11
Oxigenoterapia	NSA	Hipoxemia	11
Omeprazol	Omeprazol	Dispepsia / Úlceras digestivas	10

<b>NOME GENÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
Decitabina	Dacogen	Síndrome mielodisplásica	10
Fumarato de formoterol / budesonida	Alenia	DPOC / Asma	9
Cloridrato de metilfenidato	Ritalina LA	Transtorno de déficit de atenção / Hiperatividade	9
Malato de sunitinibe	Sutent	Tumor estromal gastrintestinal / Carcinoma metastático de células renais / Tumores neuroendócrinos pancreáticos	9
Stent farmacológico	IGN	Cardiopatia	9
Não especificada	NSA	IGN	9
Risperidona	Risperdal	Esquizofrenia / Mania / Outras psicoses	8
Mesilato de Imatinibe	Glivec	Leucemia mielóide crônica / Tumores estromais gastrintestinais	8
Lenalidomida	Revlimid	Síndrome mielodisplásica / Mieloma múltiplo Síndromes mielodisplásicas / Leucemia	8
Azacitidina	Vidaza	mielomonocítica crônica / LMA	8
Bissulfato de clopidogrel	Plavix	Acidente vascular tromboembólico / infarto do miocárdio	7
Fenitoína	Hidantal	Crises convulsivas / Neurocirurgia	7
Rosuvastatina cálcica	Crestor	Dislipidemia	7
Teriparatida	Fórteo	Osteoporose	7
Não especificado	IGN	IGN	7
Bomba de insulina	Set de Infusão Accu-Check Flex Link	Diabetes mellitus tipo I e II	6
Insulina detemir	Levemir	Diabetes mellitus tipo I e II	6
Insulina não especificada	IGN	Diabetes mellitus tipo I e II	6
Rivastigmina	Excelon	Doença de Alzheimer	6
Custeio de honorários médicos	NSA	NSA	6
Equipos - vasculares	IGN	Diversos	6
Fraldas descartáveis	IGN	Diversos	6
Não especificado	IGN	IGN	6
Neurocirurgia	NSA	Doença neurológica	6
Fisioterapia	NSA	Diversos	6
Fenobarbital	Gardenal	Crises convulsivas / Epilepsia	5
Divalproato de sódio	Depakote	Crises parciais complexas / Ausência	5

NOME GENÉRICO	NOME COMERCIAL	INDICAÇÕES PRINCIPAIS	NÚMERO
Ranibizumab	Lucentis	Degeneração macular	5
Cloridrato de duloxetine	Cymbalta	Depressão	5
Sertralina	Tolrestre	Depressão / Transtorno obsessivo compulsivo / Fobia social / Tensão pré-menstrual	5
Bomba de insulina	Paradigm REAL-Time MiniLink	Diabetes mellitus tipo I e II	5
Insulina glulisina	Apidra	Diabetes mellitus tipo I e II	5
Xinafoato de salmeterol / Propionato de fluticasona	Seretide	Doenças obstrutivas reversíveis das vias respiratórias / Asma	5
Temozolomida	Temodal	Glioblastoma multiforme / Glioma maligno / Melanoma	5
Suplemento alimentar	IGN	Suplemento alimentar	5
Suplemento alimentar	Nutrison Energy	Suplemento alimentar	5
Resonância nuclear magnética	NSA	IGN	5
<b>Total</b>			<b>1042</b>

Legenda: IGN=Ignorado; NSA=Não se Aplica

Comparando a Tabela 40 e a Tabela 41, ou seja, confrontando a patologia com o item requerido para a terapia, vemos a seguinte correlação, apresentada na Tabela 42.

Tabela 42 – Patologias dos autores e pedidos bens requeridos mais frequentes nos processos

PATOLOGIA DO AUTOR	N	%	BEM REQUERIDO	N		%	
				N	%	N	%
Linfoma	119	12,3	Mabthera	81	8,39		
			Lantus	43	4,4		
Diabetes mellitus tipo I e II	89	9,2	Agulha/Lancetas/Cânulas/Canetas para Insulina/Glicosímetro/Fitas	111	11,5		
Doença pulmonar obstrutiva crônica	48	4,9	Spiriva	60	6,2		
Mieloma múltiplo	45	4,6	Velcade	41	4,2		
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>31,1</b>	<b>TOTAL</b>	<b>336</b>	<b>34,8</b>		

Destaca-se que a diferença de frequências ocorre por haver processos solicitando mais de um item. Anexo, segue a relação completa com todas as patologias e suas frequências (Apêndice D), bem como a relação de todos os pedidos e suas respectivas frequências (Apêndice E).

Vejam-se ainda dados mais específicos sobre o processo judicial, sua tramitação e

elementos que os compõem.

### 5.2.3 Dados do processo

Há um terceiro grupo de variáveis que discorre sobre dados do processo jurídico e sua tramitação. Sobre elas:

Constatou-se que 960 [99,5%] processos eram de conhecimento e apenas 5 (cinco) [0,41%] eram cautelares. Constatou-se ainda que 954 [98,9%] dos processos pleitearam os benefícios da justiça gratuita e que em 948 [98,2%] dos processos esse pleito foi deferido.

. Sobre o pedido de justiça gratuita, informa-se que foram considerados solicitantes tanto quem o fez de forma expressamente, como aqueles que traziam declaração de hipossuficiência aos autos, afirmando que não podia arcar com as custas do processo sem prejuízo de sua manutenção. Informa-se ainda que os processos julgados sem que se apreciasse o pedido de justiça gratuita foram considerados como se deferidos fossem. Em verdade, não houve nenhum caso em que o juiz negasse expressamente o pedido de gratuidade formulado. Os processos que constam como se a justiça gratuita tivesse sido indeferido são aqueles em que o autor não solicitou o benefício ou são aqueles em trâmite em que o juiz ainda não se manifestou sobre o pedido. Assim, 954 [98,9%] dos processos pleitearam os benefícios da justiça gratuita e que 948 [98,2%] dos processos esse pleito foi deferido.

Informação relevante é perceber também que 963 [99,8%] processos solicitaram tutela antecipada, sendo que desses, em 882 [91,4%] o pedido foi deferido e em 35 [3,6%] o pedido estava pendente. Portanto, em apenas 46 [4,7%] processos, do total de 965, o juiz não concedeu tutela antecipada.

Relevante é também perceber que dos 882 processos que tiveram tutela antecipada concedida, em 858 [97,3%] processos a medida antecipatória ocorreu antes de ouvir a administração pública, ou seja *inaudita altera pars*.

Informação que também merece atenção é o fato do Estado do Ceará ser o ente da APD mais presente das demandas judiciais, sendo réu em 818 processos. Ou seja, ele sozinho responde por 84,7% de todas as demandas.

Vale destacar que poucos são os casos de litisconsórcio passivo, pois os magistrados entendem que a pluralidade de réus mais complica o trâmite do que o auxilia, sendo, a multiplicidade de defesas, um entrave à celeridade processual exigida nesses casos.

Percebeu-se que quando o autor pedia a citação de mais de um ente da APD, o juízo mandava emendar inicial, para que se escolhesse apenas um. Veja a distribuição de réus na Tabela 43.

Tabela 43 –Réus nos processos no Estado do Ceará

<b>Réus</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Estado	818	84,77
Municípios	98	10,16
Estado e Municípios	46	4,77
União, Estado e Municípios	2	0,21
União e Municípios	1	0,10
União	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>965</b>	<b>100,00</b>

Note-se que a ausência da União isoladamente, deve-se ao fato de a base de dados analisada nessa segunda fase ter sido estadual. E que sua presença, ocorria em poucos casos em que o autor tinha optado por acionar mais de uma pessoa, vindo, posteriormente, a correr contra apenas um, ou o Estado ou o município.

Por último, a literatura é pródiga em defender que os pedidos de bens e serviços ao SUS devem ter sua base alicerçada em atos emanados por agentes integrantes do próprio sistema público de saúde. Sabendo disso, pesquisou-se a origem das prescrições que fundamentavam os pedidos em análise.

Em 736 processos, do total de 965, as prescrições médicas e afins vinham da própria rede pública de saúde, enquanto que em 204 provinham da rede privada de saúde. Em 25 processos não foi possível identificar a origem do documento ou porque ele não existia nos autos ou porque estava ilegível. Registra-se ainda que nos processos que continham tanto o documento público como o privado, considerou-se o de origem pública, por estar de acordo com o preceituado na literatura já referenciada (ver Tabela 44).

Tabela 44 –Número de processos segundo a origem da prescrição médica ou similar

<b>Origem da Prescrição</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Rede pública	736	76,27
Rede privada	204	21,14
Não há prescrição ou ela está ilegível	20	2,07
Não identificado a origem	5	0,52
<b>TOTAL</b>	<b>965</b>	<b>100%</b>

Importante destacar, contudo, que grande número de médicos mantém dupla vinculação com a rede pública e a rede privada, fato que pode mascarar, subestimando o real número de demandantes que partiram da rede privada. Veja-se na Tabela 45 a especialidade dos profissionais de saúde que subscrevem as prescrições:

Tabela 45 –Número de processos segundo a especialidade do profissional de saúde

<b>Especialidade do Profissional de Saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hematologista	242	25,08
Não identificado / ilegível	115	11,92
Endocrinologia	76	7,88
Pneumologia	68	7,05
Oncologia	66	6,84
Cardiologia	46	4,77
Psiquiatria	34	3,52
Gastroenterologia e gastropediatria	33	3,42
Especialidade médica não especificada	33	3,42
Clínica Médica	29	3,01
Oftalmologia	29	3,01
Neurologia	24	2,49
Cirurgião (incluindo odontológicos)	23	2,38
Não se aplica	20	2,07
Ortopedia	19	1,97
Reumatologia	15	1,55
Dermatologia	12	1,24
Pediatra	11	1,14
Traumatologia	11	1,14
Urologia	9	0,93
Neurocirurgia	7	0,73
Infectologia	6	0,62
Neuropediatria	5	0,51
Ginecologia	4	0,41
Radiologia	4	0,41
Geriatrics	3	0,31
Nutrição	3	0,31
Otorrinolaringologia	3	0,31
Angiologia	2	0,21
Farmacologia	2	0,21
Hepatologia	2	0,21
Nefrologia	2	0,21
Anestesiologia	1	0,10
Fisioterapia	1	0,10
Hemoterapia	1	0,10
Neurocardiologia	1	0,10
Neuroradiologia	1	0,10
Obstetrícia	1	0,10
Patologia	1	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>965</b>	<b>100,00</b>

As cinco especialidades mais presentes, são responsáveis por 51,6% de todos os processos, são elas:

Tabela 46 – Número de processos segundo as cinco principais especialidades do profissional de saúde

<b>Especialidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hematologista	242	25,08
Endocrinologia	76	7,88
Pneumologia	68	7,05
Oncologia	66	6,84
Cardiologia	46	4,77
<b>TOTAL</b>	<b>498</b>	<b>51,61</b>

Analisou-se adicionalmente o número de processos instaurados por profissional de saúde prescritor do bem ou serviço requerido. Encontrou-se 31 (trinta e um) médicos com mais de 5 (cinco) processos e desses apenas quinze com mais de 10 (dez) processos.

Tabela 47 – Número de processos segundo profissionais de saúde prescritores presentes em dez ou mais processos

<b>Profissional de Saúde Prescritor</b>	<b>Nº de Processos</b>
A	39
B	33
C	28
D	18
E	16
F	15
G	14
H	14
I	14
J	13
L	12
M	12
N	11
O	10
P	10
<b>TOTAL</b>	<b>259</b>

Juntos, os quinze profissionais de saúde mais frequentes nos processos respondem por apenas 26,8% do total de demandas. Percentual bem menor que o encontrado entre os advogados.

Para terminar, quanto ao valor da causa, a ação com menor valor foi R\$10,00 (dez reais), que claramente foi atribuído apenas para fins fiscais enquanto que a ação de maior valor foi R\$ 340.000,00 (trezentos e quarenta mil reais). O valor médio das 965 ações é de R\$ 36.104,57 (trinta e seis mil, cento e quatro reais e cinquenta e sete centavos) e desvio padrão de R\$ 62.168,90 (sessenta e dois mil, cento e sessenta e oito reais e noventa centavos).

### 5.3 Resultados da revisão de literatura

O levantamento sistemático da bibliografia culminou com a confecção de uma planilha do Microsoft Excel versão 2007, composta por 26 colunas, nas quais ficaram as 25 variáveis acima detalhadas e mais uma coluna destinada a identificar o número do fichamento, e por 170 linhas. Cada linha, por sua vez, referente a um trabalho encontrado nas bases de dados registradas na BVS, bem como no Lilacs, Pubmed e, posteriormente, SciELO.

Iniciou-se a leitura dos trabalhos retornados pela BVS, resultando no preenchimento dos primeiros 86 registros. Em seguida, passou-se à leitura dos 51 registros encontrados na LILACS, que ocupavam desde a linha 87 até a linha 137. Nessa biblioteca, foi encontrada apenas 1 (uma) publicação inédita, a qual foi alocada na ficha de número 111. Ou seja, dos 51 registros encontrados na biblioteca LILACS, 50 encontravam-se também na BVS.

Finalizadas as duas primeiras bibliotecas, acrescentou-se o resultado da base PUBMED. Nessa última biblioteca, encontrou-se 12 registros que ocuparam as fichas 138 a 149. Contudo, apenas metade dos estudos ainda não constava na planilha. Assim, acrescentou-se mais 6 (seis) estudos, totalizando 149 referências catalogadas.

A planilha passou a contar com 151 registros, os 149 já explicitados e mais dois artigos que, por já se encontrarem em poder do autor antes do ponto de corte de 1 de maio de 2013, foram acrescentados, ocupando, respectivamente as fichas de número 150 e 151.

Para terminar, fez-se necessário acrescentar as 19 (dezenove) referências encontradas no SCIELO por meio de dois novos indexadores (“decisões judiciais” e “mandados judiciais”) o que culminou com um total de 170 trabalhos revisados.

Dos 170 registros lidos, 62 eram referências repetidas, restando para análise apenas 108 registros inéditos. Desses 108, vinte e dois não guardavam forma escrita, estando disponibilizados na forma de áudio ou apresentação em *slides* de palestras e por isso também foram apartados. Das 86 referências restantes, foram subtraídas ainda três que não disponibilizavam o texto completo em qualquer meio eletrônico e, por fim, mais 51 (cinquenta e um) que, embora tratassem da matéria da judicialização, não trouxeram novas evidências empíricas<sup>19</sup> no tocante a processos judiciais.

Em suma, após analisar individualmente todo o corpo de 170 referências e fazer

---

<sup>19</sup>Entende-se por evidência empírica a análise de processos judiciais individualmente considerados.

as devidas classificações, foram estudados 32 registros inéditos, escritos e com evidências empíricas. Todavia, desses 32, ainda retiraram-se 6 (seis) estudos cujas evidências empíricas não envolviam diretamente o SUS, mas dedicavam-se ao sistema privado de saúde, exploração sexual de crianças etc.

Assim, embora as 170 referências tenham sido efetivamente fichadas, apenas 26 (15,2%) preencheram os critérios de inclusão supramencionados. Embora neste estudo se detenha mais profundamente na análise dessas 26 pesquisas, todas as referências podem ser encontradas no Apêndice B.

Veja-se agora mais detalhadamente algumas das informações mais importantes trazidas por cada uma dessas 26 referências.

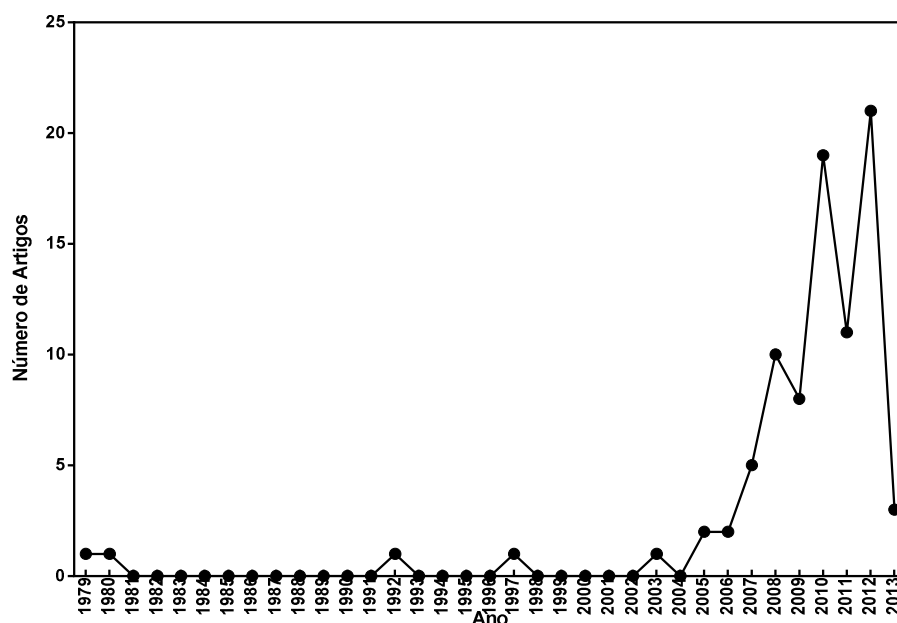
Quanto ao número de publicações no tempo, observa-se que os 86 registros em que consta a data de publicação encontram-se distribuídos de forma crescente no decorrer dos anos, denotando maior interesse sobre o tema a partir de 2007 (Tabela 48 e Figura 5).

Tabela 48 – Número de trabalhos segundo ano de publicação

<b>ANO</b>	<b>Nº DE PUBLICAÇÕES</b>
1979	1
1980	1
1981	0
1982	0
1983	0
1984	0
1985	0
1986	0
1987	0
1988	0
1989	0
1990	0
1991	0
1992	1
1993	0
1994	0
1995	0
1996	0
1997	1
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	1
2004	0
2005	2
2006	2
2007	5
2008	10
2009	8
2010	19
2011	11
2012	21
2013*	3
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>

Nota: \*Dados preliminares até maio de 2013

Figura 6 – Número de trabalhos segundo ano de publicação



Nota: \*Dados preliminares até maio de 2013

Entendida a distribuição dos artigos no tempo, resta observar a distribuição segundo local de realização da pesquisa. Percebe-se, quanto ao local em que os estudos foram realizados, imensa maioria a partir de pesquisas das regiões Sul e Sudeste do país. Veja-se a Tabela 49:

Tabela 49 – Número de trabalhos publicados segundo local de realização da pesquisa

Local de Realização dos Estudos	Nº de Publicações
Rio de Janeiro	7
São Paulo	5
Nacional	3
Minas Gerais	2
Rio Grande do Sul	2
Santa Catarina	2
Alagoas	1
Chile	1
Distrito Federal	1
Multicêntrico (Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul / Paraná, Minas Gerais, Goiás e Bahia)	1
Pernambuco	1
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>

Dos estudos válidos, 46,1% encontram-se no Rio de Janeiro e São Paulo. Não foi

encontrado nenhum artigo oriundo da região Norte e apenas 2 (dois) da região Nordeste, sendo um em Alagoas e outro em Pernambuco.

Quanto às variáveis de identificação dos estudos com evidências empíricas válidas, o local em que o estudo foi feito e o período ao qual os respectivos trabalhos se dedicaram, veja-se o Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Informações gerais (Autor, Ano do trabalho, Título, Desenho, Local, Corte, Temporal) relativas às referências válidas da revisão sistemática

F.	Autor	Ano	Título	Desenho	Local	Corte Temporal
1	Diniz, D; Medeiros, M.	2012	Consequências da Judicialização das Políticas de Saúde: Custos de Medicamentos para as mucopolissacaridoses	Observacional, transversal	Nacional	Fevereiro de 2006 a dezembro de 2010
2	Campos, N.; <i>et al.</i>	2012	Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil	Descritivo Retrospectivo	Minas Gerais	Outubro de 1999 a outubro de 2009
4	Junior, D.S.; <i>et al.</i>	2011	Judicialização do Acesso ao Tratamento de doenças genéticas raras: a doença de Fabry no Rio Grande do Sul	Observacional, transversal e retrospectivo	Rio Grande do Sul	Até 2007
5	Machado, M.A.A.	2011	Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil	Descritivo	Minas Gerais	Julho de 2005 a julho de 2006
6	Borges, D. C.L.; Uga, M.A.D.	2010	Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005	Documental exploratório, quali-quantitativo	Rio de Janeiro	Até dezembro de 2006
8	Chieffi, A.L.; Barata, R.B.	2009	Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade	Descritivo	São Paulo	1 de janeiro a 31 de dezembro de 2006
9	Taylor, M.M.; DA ROS, L.	2008	Os partidos dentro e fora do poder: a judicialização como resultado contingente da estratégia política	Não Informado	Nacional	1995 a 2008
16	Ventura M. <i>et al.</i>	2010	Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde	Não Informado	Rio de Janeiro	Julho de 2007 a junho de 2008
42	Silva, R.T.B.	2011	Conflitos bioéticos decorrentes do acesso a medicamentos órfãos no Brasil: o exemplo da laronidase para o tratamento da mucopolissacaridose tipo I	Exploratório, quali-quantitativo	Rio de Janeiro; Rio Grande do Sul; Paraná, Minas Gerais, Goiás e Bahia	Mai de 2004 a setembro de 2007

<b>F.</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Desenho</b>	<b>Local</b>	<b>Corte Temporal</b>
43	Machado, F.R.S.	2010	A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias	Estudo exploratório, qualitativo	Nacional	1988 a 2008
45	Figueiredo, T.A.	2010	Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: A aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão.	Estudo transversal descritivo retrospectivo	Rio de Janeiro	Julho de 2007 a junho de 2008
46	Sant'Ana, J.M.B.	2009	Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro	Estudo seccional exploratório, retrospectivo	Rio de Janeiro	Processos julgados em 2ª instância em 2006 e arquivados até 31 de dezembro de 2007
54	Romero, L.C.	2008	Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal	Pesquisa documental	Distrito Federal - DF	1997 a 2005
139	Biehl J., Amon J.J., Socal M.P., Petryna A.	2012	Between the court and the clinic: Lawsuits for medicines and the right to health in Brazil	Quali-quantitativo	Rio Grande do Sul	2002 a 2009
152	Pereira, J.R. <i>et al.</i>	2010	Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004	Estudo descritivo e transversal	Santa Catarina	2003 e 2004
153	Vieira, F.S.; Zucchi, P.	2009	Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde	Exploratório	São Paulo	2005
154	Vieira, F.S.	2008	Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS	Descritivo	Alagoas	2007
155	Vieira, F.S.; Zucchi, P.	2007	Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil	Documental, quali-quantitativo	São Paulo	2005
156	Chieffi, A.L.; Barata, R.C.B.	2010	Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos	Descritivo	São Paulo	2006
157	Messeder, A.M.; Osorio-de-Castro, C.G.S.; Luiza, V.L.	2005	Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil	Estudo seccional	Rio de Janeiro	1991 a 2002
158	Pepe, V.L.E.; <i>et al.</i>	2010	Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil	Descritivo retrospectivo	Rio de Janeiro	2006
164	Contesse,	2008	Acesso a tratamento médico	Não	Chile	1999 a

F.	Autor	Ano	Título	Desenho	Local	Corte Temporal
	J.; Parmo, D.L.		para pessoas vivendo com HIV/AIDS: êxitos sem vitória no Chile	Informado		2001
165	Sant'ana, J.M.B., <i>et al.</i>	2011	Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos	Descritivo retrospectivo	Rio de Janeiro	2006
166	Lopes, L.C.; <i>et al.</i>	2010	Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo	Estudo descritivo, transversal	São Paulo	2006 e 2007
167	Stamford, A.; Cavalcanti, M.	2012	Decisões judiciais sobre acesso aos medicamentos em Pernambuco	Documental descritivo e retrospectivo qualitativo	Pernambuco	Janeiro a junho de 2009
170	Leite, S.N.; Mafra, A.C.	2013	Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina	Qualitativo	Santa Catarina	Julho de 2006

Observando a variável referente ao corte temporal dos estudos, vê-se que a literatura tem pesquisado o fenômeno da judicialização com grande abrangência, debruçando-se sobre dados que remontam desde 1988, data da promulgação da Constituição Federal, até dados recentes de 2010.

No tocante às patologias, principais medicamentos, especialidade médica mais presente nos processos, bem como sobre o registro na ANVISA dos bens requeridos, suas presenças nas listas públicas de fornecimento de medicamento, vide distribuições na Quadro 2 que se segue:

Quadro 2 – Dados (Principais Patologias, Principais Medicamentos Requeridos, Especialidade médica recorrente, Medicamento de Alto Custo, Aprovado pela ANVISA, Consta da Lista Pública oficial) do objeto do processo judicial relativos às referências válidas da revisão sistemática

F.	Principais Patologias	Principais Medicamentos Requeridos	Especialidade médica recorrente	Medicamento Alto Custo	Aprovado pela ANVISA	Consta Lista Pública oficial
1	Mucopolissacaridoses (doença genética rara)	Laronidase, Idursulfase e galsulfase	Não informado	Sim	Sim	Não
2	Artrite reumatoide e espondilite anquilosante, diabetes mellitus e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	Adalimumabe, etanercepte, infliximabe, insulina glargina, brometo de tiotrópio entre outros	Reumatologia, endocrinologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia e oncologia	Não informado	Não informado	Não informado

F.	Principais Patologias	Principais Medicamentos Requeridos	Especialidade médica recorrente	Medicamento Alto Custo	Aprovado pela ANVISA	Consta Lista Pública oficial
4	Doença de Fabry (doença genéticas rara)	Alfagalsidase e Betagalsidase	Geneticista e Nefrologista	Sim	Apenas Beta-galsidase	Não
5	Artrite reumatoide (23,1%), Diabetes mellitus tipo 1 (6,5%) e hipertensão arterial sistêmica (5,5%)	Imunossupressores (Adalimumabe (8,7 %) Etanercepte (2,8%)) e Insulina Glargina	Não informado	Sim 24,3% (N=1777)	Sim 94,1% Não 4,8% (N=1777)	Sim 19,6% Não 75,5% (N=1777)
6	Não informado	Total de 334 medicamentos catalogados. Frequência não informada	Não informado	Não informado	Não informado	Sim 52,0% (N=334)
8	17,4% relacionados ao aparelho digestivo e o metabolismo; 17,4% com o sistema cardiovascular; e 15,9% com o sistema nervoso (N=954, medicamento)	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Não 77,5% (N=954)
9	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
16	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta	Não consta
42	Mucopolissacaridose tipo I	Laronidase	Geneticista clínico	Sim	Sim	Não
43	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Não se aplica	Não se aplica
45	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (21,7%); Doenças do sistema nervoso (14,2) (N=267)	Insulina humana NPH (4,1%); ácido acetilsalicílico (3,6%); insulina humana regular (2,9%); sinvastatina (2,6%); e metformina (1,9%) (N=798)	Não informado	72 (20,2%) de dispensação excepcional: sinvastatina, interferon, ribavirina, formoterol, fumarato/ budesonida e outros	Sim 99,6% (N=356) apenas o medicamento sulthiame não o possui	Sim 23,9% na Rename 2006 (N=356)
46	Doenças hipertensivas (25,9%); Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (11,0%); Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo (7,4%); Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (7,4%) (N=27)	Furosemida (5,4%); digoxina (4,5%); clonazepam (4,5%); ácido acetilsalicílico (3,6%); enalapril (3,6%) e bromazepam (3,6%) (N=112)	Não informado	Sim (percentuais não informados)	Dos 114, apenas 3 (2,6%) sem registro: Amlodipino; Motilium; Domperidona; e Foscavir (foscarnet)	Sim 57,4% Não 42,6% (N=115)
54	Cânceres (n=36), Hepatite C (n=20), Artropatias (n= 18), (N=221)	Antirretrovirais (13%), Antineoplásicos e coadjuvantes (17,2%); Atuação sobre o sistema nervoso central (16,4%) (N=116)	Não informado	Não informado	Não informado	Sim 47% (N=100)
139	Hipertensão (5,9%);	Budesonida, ácido	Não informado	Não informado	Não informado	Não 256

F.	Principais Patologias	Principais Medicamentos Requeridos	Especialidade médica recorrente	Medicamento Alto Custo	Aprovado pela ANVISA	Consta Lista Pública oficial
	Diabetes mellitus dependente de insulina (5,6%); Hepatite viral crônica (3,8%); Doença isquêmica do coração (2,9%); Doenças pulmonares obstrutivas crônicas (2,9%); Asma (2,9%); Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas (2,6%); Doença de Parkinson (2,3%); Episódios depressivos (2,2%); Transtorno depressivo recorrente (1,9%); Transtorno bipolar (1,8%); Angina de peito (1,8%) (N=1615 CIDs)	acetilsalicílico e formoterol				(56,0%) (N=455)
152	Artrite reumatoide, espondilite anquilosante e artrite psoriática; Hepatite viral C; Cardiopatia isquêmica e hipertensão arterial sistêmica; Medicamentos para oncologia	Interferon Pequilado e Infliximabe, responsáveis, respectivamente, por 8,8% e 6,3% das 1.163 solicitações analisadas e por 23,3% e 22,3% do total dos gastos;	Não informado	Sim 49 (26,4%) (N=307)	Não 11 (1,4%) (N=798)	Sim 37,8% (Med. Excep = 26,4%; Ass. Farm. Básica = 2,4%; Saúde Mental = 1,5%; Med. Estratégico = 1,4%; Mucovicidose = 1,0%; Outros 5,0%)
153	Frequência não informada, 27 doenças elencadas por ordem alfabética	Frequência não informada, medicamentos apresentados conforme prescritos pela política terapêutica federal	Não informado	Das 27 patologias catalogadas, 10 tinham medicamentos previstos pela política terapêutica federal e classificados como excepcionais	Não informado	Das 27 patologias catalogadas, 9 NÃO tinham medicamentos previstos pela política terapêutica federal aprovado pela RENAME
154	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado
155	Câncer (22%) e diabetes (37%).	Antineoplásicos	Não informado	Sim	Dois dos neoplásicos mais solicitados NÃO estão registrados: genfitinibe e erlotinibe	Sim 62,0%
156	Não informado	Insulina NPH; Insulinas especiais (insulina glargina e insulina lispro); o	Não informado	Sim	Não informado	Não informado

F.	Principais Patologias	Principais Medicamentos Requeridos	Especialidade médica recorrente	Medicamento Alto Custo	Aprovado pela ANVISA	Consta Lista Pública oficial
		infliximabe; etanercepte e o adalimumabe.				
157	Não informado	Sulfassalazina, Indinavir, Mesalazina, Zidovudina, Cloridrato de sevelamer, Estavudina	Não informado	Sim 280 (31,4%)	Não informado	Não informado
158	Doenças hipertensivas (12,8%), diabetes mellitus (11,3%), outras doenças degenerativas do sistema nervoso, doenças crônicas das vias aéreas inferiores e insuficiência	Furosemida, ácido acetilsalicílico e digoxina (2,9% cada), Enalapril (2,6%), propatilnitrato (2%), clonazepam (2%) e captopril (1,6%).	Não informado	Não informado	Não = 0,9% Sim = 99,1%	Sim = 48,1%
164	Renal (5,3% cada)	Não informado	Não informado	Não informado	Não se aplica	Não se aplica
165	HIV/AIDS	Furosemida (5,4%); digoxina (4,5%); clonazepam (4,5%); ácido acetilsalicílico (3,6%); enalapril (3,6%) e bromazepam (3,6%) (N=112)	Não informado	Sim	Não 1 (0,9%). Foscarnet não registrado	Sim 57,4%
166	Doenças hipertensivas (15,7%), Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (13,7%) e transtornos mentais e comportamentais (11,8%)	Antineoplásicos: bevacizumabe, capecitabina, cetuximabe, erlotinibe, imatinibe, rituximabe e temozolomida	Não informado	Não informado	Não (há casos de indicação <i>off label</i> )	Não informado
167	Neoplasias	Antineoplásicos e agentes moduladores do sistema imunológico (45); Aparelho digestório e metabolismo (23); produtos oftalmológicos (12) (N=134)	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado
170	Não informado	Leflunomide, bezafibrato, fumarato de formoterol + budesonida, lisinopril e sulfato de glicosamina + condroitina	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado

Pelo quadro acima, vê-se que 100% dos estudos que trouxeram informações quanto à presença do medicamento nas listas públicas oficiais de assistência farmacêutica indicaram, em algum nível, a busca por fármacos não ofertados pela administração pública.

Observa-se também que 100% dos estudos válidos que trouxeram informação sobre o caráter do medicamento, englobam pedidos por medicamentos considerados de alto custo, muitas vezes voltados para o tratamento de doenças raras. Em contra partida, é mister denunciar o absoluto silêncio quanto às demandas judiciais por fármacos voltados para o tratamento de doenças tropicais, doenças com grande prevalência entre as camadas mais pobres da sociedade.

Note-se também que, em sua maioria, os processos demandam medicamentos já aprovados pela ANVISA.

Quanto à origem das prescrições médicas que embasam as ações judiciais (Quadro 3) a revisão da literatura mostrou que em 8 (oito) dos 26 registros válidos as prescrições médicas vêm preferencialmente do sistema público de saúde, enquanto que em apenas 4 vêm com predominância do sistema privado (houve 13 estudos sem informação quanto à origem da prescrição médica e um empate, totalizando 26 artigos).

Quanto ao réu, ao universo de processos, à representação judicial dos autores, à origem da prescrição e ao resultado final dessas demandas, segue o Quadro 3 infra:

Quadro 3 – Dados gerais relativos ao processo (Réu, Base de Dados, Número Total de Procedimentos identificados, Número de Processos Analisados, Patrono do Autor, Origem da Prescrição, Percentual de Deferimento, Periódico) relativos às referências válidas da revisão

F.	Réu	Base de Dados	Nº Total de Processos Identificados	Nº de Processos Analisados	Patrono do Autor	Origem da Prescrição	% Deferimento	Periódico
1	União	Ministério da Saúde	196	196	Não informado	Não informado	100%	Cadernos de Saúde Pública
2	Estado	Secretaria de Saúde do Estado de MG	6112	2412	Privado 70,2% Def. Pub 18% Outros 11,8% (N=2797)	Privado 87,5% Público 12,5% (N= 1960)	Não informado	Revista de Saúde Pública
4	União, Estado e Município	Secretaria de Saúde do Estado do RS e do MS	13	13	Privado 100% Público 0% (N=13)	Não Informada	100%	Cadernos de Saúde Pública
5	Estado	Procuradoria Geral do Estado	Não informado	827	Privado 60,3% Def. Pub. 23,1% Min. Púb 4,2% Outros 12,5% (N=785)	Privado 70,5% Público 25,8% Misto 3,7% (N=535)	Não informado	Revista de Saúde Pública
6	Estado e Município	Secretaria de Saúde do Estado	2062	704	Não informado	Não informado	100%	Cadernos de Saúde Pública
8	Município de	Secretaria de	3007	2927	Privado 74%	Privado 47%	Não	Cadernos de

F.	Réu	Base de Dados	Nº Total de Processos Identificados	Nº de Processos Analisados	Patrono do Autor	Origem da Prescrição	% Deferimento	Periódico
	São Paulo	Saúde do Estado			Público 26% (N=2927)	Público 48% Indefinido 4%	informado	Saúde Pública
9	Não se aplica	STF	912	912	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	DADOS Revista Ciências Sociais
16	Não informado	TJRJ	1263	289	Não informado	Não informado	100%	Physis, Revista de Saúde Coletiva,
42	União, Estado e Município	Secretaria Estadual de Saúde e TJRS e TJRJ	17	16	Público 37,5% Privado 62,5% (N=16)	Público 81,2% Privado 18,8% (N=16)	Apenas 4 processos com sentença (3 procedentes e 1 sem sentença de mérito)	Tese doutorado Instituto de Informação Científica e Tecnológica em Saúde ICICT
43	Não informado	STF	130	130	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Tese de doutorado - Biblioteca Biomédica Instituto de Medicina Social UERJ
45	Estado e Município	TJRJ; Central de Mandados da SESDEC e a SAFIE/RJ	1263	295	Não informado	Público 90,5%; Privado sem fins lucrativos 9,5%; Privado com fins lucrativos 0% (N =105)	Não informado	Dissertação de Mestrado - Biblioteca de Saúde Pública do Instituto de Informação Científica e Tecnológica em Saúde ICICT
46	Estado, Município	TJRJ	27	27	Público 70,4% Privado 29,6% (N=27)	Público 55,6% Privado 44,4% (N =27)	100%	Dissertação de Mestrado - Biblioteca de Saúde Pública do Instituto de Informação Científica e Tecnológica em Saúde ICICT
54	Distrito Federal	TJDF	221	221	Part. 4,5% Def. Púb. 11,8% Mín. Púb. 4,1% Sem informação 79,6% (N=221)	Privado 79,0% Público 21,0%	100%	Textos Para Discussão N° 41. (Consultoria Legislativa do Senado Federal)
139	União, Estado e Município	Defensoria Pública RS	17025	1080	Privado 34,7% Público 65,3% (N=1080)	Público 59,8% Privado 36,8% Não informado 3,4% (n =982)	96% (N=945)	Health and Human Rights - HHR
152	Estado de Santa Catarina	Assistência Farmacêutica da Secretaria	622	622	Privado 367 (59%); Def. Púb. 218	Privada 347 (55,8%); Pública 205	Não informado	Ciência & Saúde Coletiva

F.	Réu	Base de Dados	Nº Total de Processos Identificados	Nº de Processos Analisados	Patrono do Autor	Origem da Prescrição	% Deferimento	Periódico
		de Estado da Saúde de Santa Catarina (DIAF/SES)			(35%); Esc. Modelo 37 (6%)	(33%) Ausente em 70 (11,3%)		
153	Município de São Paulo	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Revista da Associação Médica Brasileira
154	Estado de Alagoas	Supremo Tribunal Federal	1	1	Não informado	Não informado	Não informado	Revista de Saúde Pública
155	Município de São Paulo	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo	170	170	Privado 67 (54%) Pública 57 (46%)	Privado 49 (40,8%) Pública 71 (59,2%)	Não informado	Revista de Saúde Pública
156	Estado de São Paulo	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo	2927	2927	Privado 549 (97%) Pública 57 (46%)	Não informado	Não informado	Revista de Saúde Pública
157	Estado e Município de São Paulo	Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro	Não informado	389 (14%)	Privado 79 (20,3%); Def. Púb. 208 (53,5%); Esc. Modelo 28 (6,7%) Indefinido 76 (19,5%)	Privada 15,9%; Pública 82,8% Indefinido 1,3%	Não informado	Cadernos de Saúde Pública
158	Estado e Município do Rio de Janeiro	TJRJ	185	185	Def. Púb. 83% Outros 17%	Não informado	100%	Cadernos de Saúde Pública
164	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos
165	Estado e Município do Rio de Janeiro	TJRJ	3456	27	Def. Púb. 19 (70,3%) (N = 27)	Privada 13 (43,3%); Pública 15 (50%); Associação 2 (6,7%) (N=30)	100%	Revista de Saúde Pública
166	Estado de São Paulo	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo	1220	1220	Não informado	Não informado	Não informado	Revista de Saúde Pública
167	Pernambuco	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco	105	105	Não informado	Não informado	Não informado	Revista de Saúde Pública
170	Santa Catarina	Entrevistas	Não informado	Não informado	Não informado	Pública em 50%	Não informado	Ciência & Saúde Coletiva

Por último, no tocante ao pólo passivo vê-se que todos os entes que compõe a

República Federativa do Brasil, União, Estados e Municípios, estão sendo chamados a juízo para fornecer bens e serviços em saúde. O que é compatível com o princípio organizativo de descentralização que foi conferido ao SUS, todavia demonstra também que o Judiciário vem entendendo que os entes da APD têm responsabilidade solidária, não levando em consideração normas infralegais de repartição de competências firmados entre municípios, Estados e União.

Quanto à base de dados que foi compulsada pelos autores das referências em tela, vale notar que 14 autores pesquisaram arquivos mantidos pela própria administração pública, 8 pesquisaram arquivos mantidos pelo Judiciário, 2 deles compulsaram dados mantidos tanto pelo Executivo como pelo Judiciário (misto) e que em 1 a coleta de dados deu-se por meio de entrevistas com os autores das ações (estudo qualitativo) e em um último foi possível identificar a base de dados, totalizando 26.

Pouquíssimos são os estudos (entre eles aqueles referentes às fichas 04, 05, 08, 42, 164 do Apêndice B) que ousaram posicionar-se explicitamente a favor ou contra o processo de judicialização.

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo tem caráter inédito no Estado do Ceará, uma vez que abordou toda a base de dados do Judiciário cearense, integrando a análise de dimensões que permitem responder não apenas qual a magnitude estimada, mas também o perfil da judicialização da saúde. Estes elementos possibilitam a construção de contextos atuais e históricos, mas também a antecipação de cenários futuros, trazendo elementos. De fato, o estudo evidencia que o fenômeno está consolidado no Ceará, com tendência de crescimento, havendo indicativos de que os processos envolvidos estão concentrados territorialmente, mas também em poucas patologias, em poucos capítulos da CID 10, em alguns advogados e se expressa no Estado e no país, principalmente, sob a forma de demandas judiciais por medicamentos.

Em síntese, o atual perfil das demandas judiciais em Saúde, pode ser classificado entre (i) solicitações de medicamentos que já constam nas listas oficiais de assistência farmacêutica, mas não estão sendo adequadamente distribuídos, (ii) solicitações por medicamentos que não constam nas listas oficiais de assistência farmacêutica; (iii) e, em bem menor escala, ações requerendo a implementação por parte do poder público de outras ações ou políticas de saúde que não medicamentos. De forma adicional, poder-se-ia acrescentar ainda duas outras classes de demandas, (iv) as demandas originadas com foco na responsabilidade civil do médico, bem como (v) as ações em face do setor de saúde suplementar. Todavia, essas duas últimas, por não envolverem diretamente o SUS, não fizeram parte desse trabalho.

De forma mais específica, o fenômeno da judicialização acomete todo o Brasil e todas as esferas de gestão (BRITO, 2011), envolvendo diferentes interesses e motivações (CHIEFFI e BARATA, 2010; ANDRADE, *et al.*, 2008). Contudo, há ainda grande carência de estudos sobre o tema, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do país, conforme exposto ao longo da revisão sistemática da literatura incorporada a este estudo. De fato, pela atual distribuição geográfica dos trabalhos identificados na literatura, não é possível estabelecer com precisão a magnitude ou o perfil do processo em todo o território nacional, tendo em vista que 46,1% dos estudos válidos concentram-se apenas entre o Rio de Janeiro e em São Paulo.

Preocupante é o fato de não ter sido encontrado nenhum artigo com evidência empírica da região Norte e de que apenas dois estudos foram encontrados na região Nordeste

(STANFORD & CAVALCANTI, 2012; VIEIRA, 2008). Tanta escassez de dados é um desafio ao gestor público e ao magistrado, principais atores nesse fenômeno da judicialização, mas, sobretudo, atenta contra o usuário do SUS que vê-se na dependência de um sistema conduzido às cegas e contra o contribuinte que financia algo desconhecido por todos. Sobre a falta de dados mister tecem-se a seguir algumas críticas.

Sabendo que o fim último do direito é a coesão e a paz social e que o fim da política é o bem-estar do povo, como é possível que algo que interfere com gravidade na saúde pública, influenciando a forma a gestão do SUS, direcionando recursos para áreas desconhecidas tenha suas características mais básicas desconhecidas pelo Executivo, pelo Judiciário e, sobretudo, por toda a sociedade?

E mais, associada à falta de dados e à falta de estudos, há uma série de limitações sobre as bases de dados do Judiciário que dificultam a tarefa do gestor ou pesquisador e tornam os contornos da judicialização ainda menos transparentes, não permitindo responder a questões como para quem e para quem?

Sobre a questão da transparência e da transformação rotineira dos dados em informações, percebeu-se que uma das questões relativas aos sistemas do Judiciário é a dificuldade de se operacionalizar análises e alguns elementos de fidedignidade de seus dados. Aspectos relevantes neste sentido envolvem o processo de alimentação das bases de dados (multiplicidade de agentes), o acesso limitado para além do Judiciário destas bases (ou consolidados, relatórios e informes) e a frágil integração entre as diferentes bases. Acresce-se a estes elementos, o fato de as tabelas de padronização serem posteriores à implantação dos sistemas informatizados, por muito tempo careceu-se de critérios claros para o estabelecimento de análise sistemática dos dados, refletido na falta de rigor no processo de padronização.

Veja-se. A pesquisa introduziu os dados disponíveis nos 4 (quatro) sistemas do Judiciário: no SPROC e no e-SAJ da base estadual e no Tebas e no Creta da base federal, o único sistema não pesquisado foi o Projudi por destinar-se aos juizados especiais estaduais e conseqüentemente não receber processos contra a União, Estados ou municípios. Todavia, a despeito das diferenças operacionais e das incontáveis vantagens dos sistemas que são integralmente virtuais, percebeu-se algumas limitações técnicas.

As bases do Judiciário foram construídas *a priori* de modo a não permitir análises sistemáticas, mas tão somente operacionalizar com maior celeridade o registro e o acompanhamento dos atos processuais. De fato, nenhum dos sistemas acessados gera uma base de dados para o usuário comum (com o rigor de se salvaguardar informações pessoais ou

processuais que englobem sigilo) e mesmo o setor de estatística do TJCE, que em tese teria completo acesso aos dados, teve dificuldades em catalogar corretamente, pois não há padronização nas informações inseridas nas bases.

Ilustra-se com o caso específico do e-SAJ, o mais confiável dos sistemas do Judiciário estadual, em que, mesmo após semanas de trabalho do setor de estatística para gerar uma planilha de dados, as informações resultaram em 123 (cento e vinte e três) registros repetidos, portanto em duplicidade, e com 47 (quarenta e sete) registros cujo teor não tratava de matéria de saúde pública, tratando-se de processos “falsos positivos” que em uma análise descuidada, poderia superdimensionar a situação.

Em suma, são sistemas relativamente novos, mas ainda de difícil acesso que, mesmo quem está familiarizado tem dificuldade em levantar informações confiáveis agregadas. O fato de os sistemas não conversarem entre si dificulta o trabalho do pesquisador no intuito de buscar agregar informações, comparar *performances* e qualificar dados das referidas bases. De fato, a falta de padronização representa um claro óbice que tem levado muitos pesquisadores a restringirem o alcance de seus estudos como, por exemplo, a utilizarem amostras pequenas de processos e a compulsar bases de dados mantidas pelo Executivo. Esta restrição do potencial de exploração.

Tanto é assim que a maioria dos estudos publicados sobre o tema utiliza bases de dados das procuradorias e demais órgãos técnicos mantidos pelo gestor público (Marques, 2011; Pereira, 2013). Portanto, se para o setor de estatística do Tribunal de Justiça há essas dificuldades, se um advogado enfrenta dificuldades operacionais que não o permitem visualizar e analisar um banco de dados agregado, se nem o próprio CNJ consegue aferir a real magnitude do processo, delicada é a situação do gestor público que tem o desafio de pensar estrategicamente e de forma programada a gestão do SUS.

Destaca-se que o Judiciário está buscando a implantação e o aperfeiçoamento de tabelas básicas de classificação processual, de movimentação bem como de fases processuais, assuntos e partes, a fim de garantir uniformização nos registros, um exemplo é a a resolução número 12/2006 do CNJ. Informação que merece destaque é o esforço do CNJ para implantar em todo o território nacional e em todos os tribunais um sistema único de registro e acompanhamento dos processos.

Trata-se do PJe, um novel sistema desenvolvido pelo CNJ em parceria com cinquenta tribunais de todas as regiões do país, inclusive com o TRF da 5ª região (que

engloba o Ceará) cujas iniciativas, ainda segundo o referido Conselho, inspiraram o sistema<sup>20</sup>

Assim, o PJe foi apresentado em meados de 2011, visando a completa automação e padronização dos dados do Judiciário e ao que tudo indica será um marco nunca experimentado no Judiciário brasileiro, pois ele não apenas integra os dados de todas as justiças como se comunicará diretamente com a Receita Federal do Brasil, com o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil e há tratativas para que também se comunique com o Banco Central e os Correios<sup>21</sup>.

Isso viabilizaria um processo mais célere, a identificação correta das partes e dos advogados, além de um controle mais próximo por parte do Tribunal e do CNJ, tornando os atuais sistemas obsoletos. O PJe está funcionando parcialmente na justiça federal e a partir de 14 de maio de 2014 começará a funcionar também na justiça estadual do Ceará, inicialmente nos Juizados Especiais da capital e depois expandindo-se progressivamente a outras unidades. Segundo portaria do presidente do TJCE, até outubro do corrente ano, o PJe deve funcionar em todas as varas e juizados especiais do interior.

Enquanto o PJe não é implantado, abrindo espaço para a busca de soluções dos problemas técnicos dos sistemas, outro resultado que merece ser discutido é a grande divergência entre os dados encontrados nessa pesquisa e as estatísticas oficiais divulgadas, colocando em dúvida a fidedignidade da informação do CNJ. Dados oficiais indicavam que o Ceará teria 8.344 processos em matéria de judicialização da saúde, maior número no Nordeste e quarto maior número no país (Cavalcanti, 2011). Entretanto, este dado difere substancialmente dos 1.757 processos encontrados por pesquisa direta, que deveriam refletir, em tese os dados consolidados nacionalmente.

Essa “superestimativa” de 474,9% à primeira vista pode ser o reflexo das falhas nos sistemas do Judiciário e reflète a falta de referencial para um posicionamento mais claro tanto do Judiciário quanto do Executivo. Em verdade, embora tenha-se empreendido esforço e cuidado para obter o resultado mais fidedigno possível, talvez persistam algumas imprecisões, sobretudo ante a possibilidade de se alimentar os sistemas com descritores não catalogados, o que poderia afetar a magnitude apresentada anteriormente.

Embora não haja dados que permitam dimensionar e caracterizar a magnitude e o perfil da judicialização da saúde em todo o território nacional, importantes passos foram dados nesse sentido no Ceará e em outros estudos catalogados (Messeder *et al.* (2005); Borges

---

<sup>20</sup> Informações colhidas diretamente com servidores do TRF-5 e com o Conselho Nacional de Justiça através do sítio <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/sistemas/processo-judicial-eletronico-pje>

<sup>21</sup> Informação oral colhida entre servidores da Justiça Federal em Fortaleza-CE.

*et al.* (2010) no Rio de Janeiro; Chieffi e Barata (2009) em São Paulo; Romero (2008) e Diniz (2014) no Distrito Federal; Machado *et al.* (2011) em Minas Gerais; Pereira (2013)<sup>12</sup> em Santa Catarina entre outros). De forma mais detalhada passa-se a expor algumas reflexões sobre os resultados deste estudo.

Os resultados são pródigos em demonstrar que o número de ações pleiteando bens e serviços que são movidas contra o Estado vem crescendo de forma consistente e constante nos últimos anos. Assim, enquanto no Brasil essas demandas, no início da década de 1990, tinham por pano de fundo o tratamento para a infecção por HIV/Aids, 20 anos depois, o perfil das ações tem se tornado bem mais diversificado TRAVASSOS (2013), englobando outras patologias, em grande parte aninhadas a doenças e condições crônico-degenerativas..

Confrontando os dados da literatura revisada (vide item 5.3 - Resultados da revisão de literatura) com os dados obtidos diretamente no Judiciário cearense, percebe-se que há identidade entre o perfil do Estado do Ceará e as demais unidades federativas em que foi possível identificar estudos com a mesma natureza em termos da dinâmica de crescimento do número de processos no tempo e diversificação dos pedidos.

Em análise à distribuição dos processos ao longo do tempo, clara é a tendência de crescimento. Tal fato mostra que o impacto financeiro que já é significativo, provavelmente será ainda mais expressivo se nada for feito para interromper essa trajetória.

Interessante também perceber o rápido crescimento no número de demandas expressa-se, sobretudo, a partir de 2007. Que elementos poderiam justificar tal tendência? O que teria acontecido na segunda metade da década passada que fomentou o processo de judicialização? Foi curioso, contudo, identificar que em alguns anos essa tendência foi interrompida pela total ausência de registros. Por exemplo, observando a distribuição de processos da Justiça Federal encontrou-se um registro no ano de 1999, contudo, entre 2000 e 2003 nenhum processo foi encontrado. De forma semelhante, na justiça estadual, encontrou-se um registro no ano de 1998 e “zero” registro no ano de 1999.

Tal padrão pode expressar a realidade, uma vez que nos anos próximos a essas ausências há uma baixa frequência de processos, mas pode também ser reflexo das famigeradas falhas dos sistemas. Nesta última hipótese, com alta plausibilidade, remete-se a falhas de completitude e consistência dos referidos sistemas. De forma crítico-reflexiva, pode demonstrar que a dimensão do problema traçado por este estudo pode ser maior do que a definida.

Uma informação retirada da revisão da literatura e que coincide com os dados coletados nas varas da fazenda pública é o preocupante silêncio das demandas judiciais por

fármacos, insumos e exames complementares, direcionados para o manejo de “doenças tropicais” e outras condições aninhadas a condições de vulnerabilidade social. Essas doenças ainda têm grande prevalência entre as camadas mais pobres da sociedade brasileira, em especial nas regiões Norte e Nordeste do país, e não foi encontrado absolutamente nenhum caso na literatura e apenas um caso isolado nos processos do município de Fortaleza. Pergunta que cabe ser feita é se essa ausência reflete os movimentos de transições em saúde pública de base epidemiológica que vêm ocorrendo no país ou se reflete a exclusão dos mais vulneráveis do processo de judicialização. Para ilustrar como a ausência dessas doenças é simbólica, cita-se o caso da doença de Chagas. Manchetes de 2011, já mencionadas denunciaram que milhares de pessoas estavam a padecer sem tratamento para doença de Chagas porque os laboratórios brasileiros falharam no compromisso assumido de distribuição do benznidazol, principal fármaco no país para tratar a doença (LABORATÓRIO, 2011).

Todavia, o processo de judicialização não tem sido direcionado para tais doenças ou condições, pelo contrário, ele tem servido aos interesses de uma classe determinada em busca de alternativas terapêuticas até então não apropriadas pelas políticas públicas, geralmente de alto custo (CHIEFFI e BARATA, 2010). Neste estudo, identificou-se apenas um único processo voltado para manejo de complicações de esquistossomose, especificamente, hipertensão porta.

Sobre a questão dos altos custos, o perfil dos bens requeridos e a forma como têm sido fornecidos nos processos judiciais, vale comentar que o impacto financeiro torna-se ainda mais grave porque aliado ao alto custo dos medicamentos há também superelevação dos preços por aquisição não programada (Sant’Ana (2009). Ou seja, a aquisição sem programação decorrente da urgência em se cumprir uma ordem judicial torna os medicamentos ainda mais caros, agregando maior impacto à situação.

Sant’Ana (2009) para exemplificar, mostrou que em um processo judicial de 2005 determinou a compra de Atorvastatina a R\$ 4,27. Ocorre que o mesmo medicamento, no mesmo ano, adquirido mediante processo administrativo, saía por apenas R\$ 3,90, uma diferença de quase 10%. O autor demonstra de forma cabal que a aquisição de medicamentos é bem mais dispendiosa quando realizada por via judicial.

Nesses termos, vejam-se os dados de Pereira (2013) e de Chieffi & Barata, (2010).

Esses processos obrigam o Estado a fornecer, de imediato, o produto, de forma desarticulada com processo de organização da assistência farmacêutica, contribuindo para a desorganização do serviço e ônus para o erário (PEREIRA, 2013).

Em 2006 o estado de São Paulo, com o cumprimento das decisões judiciais da Comarca de São Paulo Capital, gastou 65 milhões de reais, para atender a cerca de 3.600 pessoas. Em comparação, no mesmo ano, com o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional foram gastos 838 milhões de reais para atender a 380 mil pessoas. Isso significa que foram gastos aproximadamente 18 mil reais por paciente de ação judicial naquele ano, enquanto para o atendimento do Programa de Medicamentos Excepcionais o gasto por paciente foi de 2,2 mil reais (CHIEFFI & BARATA, 2010).

Assim sendo, agora que a estimativa da magnitude e o perfil foram explorados a partir deste estudo faz-se necessário avaliar se os bens requeridos de fato devem ser incorporados aos protocolos da política pública e, a depender da resposta, considerar o número de demandas por eles e quais medidas podem ser adotadas para seu fornecimento. Tudo isso deve ser analisado de forma integrada sob a ótica do setor saúde, com base em evidências, integrada à perspectiva do direito e da gestão financeira do sistema, pois afinar a jurisprudência com a política é caminho necessário para o fortalecimento do sistema de saúde, colhendo os bons frutos que a judicialização tem potencial para ofertar, rejeitando-a naquilo que é supérflua ou daninha.

Cabível aqui, algumas colocações sobre as provocações da promotoria de defesa da saúde pública de Fortaleza que afirmou em entrevista

Não existe demanda desenfreada, e sim omissão do Poder Público em prestar assistência em saúde a quem dela necessita. Como saída para conter esta demanda considero que uma ampliação do acesso da população aos medicamentos de alto custo seria substancial (incorporação de medicamentos nas listas oficiais), posto que são inacessíveis à grande massa, num país repleto de desigualdades sociais como o nosso (PÔRTO, 2010).

De fato, não há elementos que permitam afirmar estarmos diante de uma demanda desenfreada, mesmo porque o conceito de desenfreado é claramente subjetivo. Contudo, deve-se contestar a supracitada citação, pois há crescimento no número de demandas no decorrer dos anos e, sobretudo, porque não se trata de simplesmente fornecer os medicamentos de alto custo que são solicitados, mas de avaliar a real necessidade, com base em evidências claras dentro de condutas tecnicamente e legalmente legitimadas (SANTOS, 2010).

O desafio tanto para o gestor quanto para magistrado sempre foi o de aprimorar as ações desenvolvidas na rede de atenção com vista à atenção e cuidado às pessoas que demandam. Nesse escopo, um resultado salutar evidenciado tanto na pesquisa realizada no Ceará como nos estudos catalogados no restante do país, foi que os processos em sua maioria demandam medicamentos já aprovados pela ANVISA (MACHADO, 2011). De grande

importância esse dado, uma vez que a obrigatoriedade de aprovação pela agência de vigilância sanitária tem base legal e é recomendada pelo CNJ (vide anexo A). Seria, portanto, uma temeridade aceitar o uso de medicamentos que não tenham se submetido ao seu crivo.

Nessa mesma toada, há identidade de resultados obtidos em nossa pesquisa no tocante à origem das prescrições médicas que embasam as ações judiciais. A revisão da literatura e os processos cearenses evidenciaram que as prescrições médicas vêm preferencialmente do sistema público de saúde (Figueiredo, 2010; Sant'Ana, 2009; Silva, 2009), embora existam também estudos em que há maior frequência das prescrições privadas como, por exemplo, em CAMPOS NETO (2012). Dados importantes uma vez que tanto na literatura quanto na jurisprudência vem-se firmando o entendimento de que apenas um médico do SUS pode prescrever medida a ser custeada pelo próprio SUS (SANTOS, 2010). Afinal, por tudo que foi exposto no item 1.5.1, não é razoável que um profissional de fora do sistema decida como o sistema deve gerir seus recursos.

Por outro lado, uma grande participação de causas patrocinadas por advogados particulares foi observada no Ceará e na literatura que aborda outras unidades da federação (CAMPOS NETO, 2012; MACHADO, 2011; CHIEFFI e BARATA, 2009) e, conforme levantado no item 1.6 desse trabalho, pode sugerir que o processo de judicialização beneficia indivíduos com maior poder aquisitivo, capazes em custear um defensor particular. Traduz-se, portanto, uma desigualdade de expressão do processo de judicialização da saúde no estado. De forma contundente, demonstrou-se que no Ceará um único advogado é responsável por 25% do total de 965 demandas e 37,5% das demandas com advogados particulares. Tal fato é bastante significativo em um Estado em que a seccional da OAB mantém, em dezembro de 2014, cerca de 18.578 advogados cadastrados e com inscrição ativa, conforme Conselho federal da OAB<sup>22</sup>. Ou seja, este único advogado representa 0,006% dos advogados do Estado.

De forma diferente, o médico que mais prescreveu foi encontrado em 39 processos, uma diferença significativa se comparado ao advogado com mais processos [248]. O que indica não haver, pelo menos não claramente, uma associação entre médicos e advogados para beneficiar interesses particulares, como a indústria farmacêutica ou fabricantes de insumos no Ceará, uma preocupação rotineira da literatura.

Uma possível relação poderia tentar ser feita entre o advogado e a indústria farmacêutica, mesmo porque há precedentes na literatura. Contudo, a despeito da concentração de processos nas mãos de um só advogado, não foi encontrado nenhuma relação

---

<sup>22</sup> Lista atualizada diariamente pelo CFOAB, disponível em <http://www.oab.org.br/institucionalconselhoafederal/quadroadvogados>

desses advogados com um medicamento ou patologia específicos. Os processos mantidos pelo advogado “A” tratam de múltiplas patologias e requerem diversos bens e serviços. Entretanto, na literatura foram identificados elementos que apontavam para esta hipótese (CAMPOS NETO, 2012; CHIEFF e BARATA, 2010).

Por tudo que está sendo exposto: perfil dos bens e serviços requeridos, participação predominante da advocacia particular, silêncio quanto a doenças tipicamente ligadas a estados de vulnerabilidade social, demonstram que a judicialização da saúde de fato tem tido pouco alcance nas camadas mais pobres da população, servindo mais para criar uma política paralela de acesso a novidades terapêuticas e que beneficia a classe com mais acesso à justiça. Argumento que é reforçado pelo fato de parcela dos autores residirem em bairros que estão entre os mais desenvolvidos do município de Fortaleza. Todavia, deve-se destacar que os elementos encontrados, não são suficientes para garantir de forma determinante que o processo tem sido prejudicial, ampliando per si as desigualdades no país, nesse sentido as lições de Medeiros et al (2013).

A concentração de diagnósticos em torno de doenças e capítulos do CID-10 bem específicos é questão que também chama atenção e que deve ser discutida. Veja-se que há grande participação de doenças crônico-degenerativas, que expressam um processo que vem se consolidando no país de transição epidemiológica e demográfica. Expressam em grande parte que o processo de judicialização no Ceará sinaliza para maior participação de pessoas que tiveram a oportunidade de envelhecer.

Embora não tenha sido verificada diferença consistente quanto ao sexo, a mediana das idades próxima dos 60 anos e o fato de mais de 30% dos autores terem se identificado como “aposentados” está diretamente em sintonia com o perfil das doenças com grande participação nos processos judiciais, a saber doenças crônico-degenerativas (vide item 5.2.2).

É importante notar que, uma vez que quase 76% do total [1.126] de diagnósticos aparece pelo menos em cinco autores e que mais da metade de todos os processos estão contidos em apenas duas categorias: capítulo II (neoplasias) e capítulo IV (doenças endócrinas nutricionais), sabendo ainda que apenas quatro patologias resumem mais 31% dos diagnósticos, entende-se que há um problema bem específico na relação de equilíbrio entre as políticas públicas e a justiça comutativa, do caso concreto. Reflete que há um problema nas comunicações desses dois sistemas, problema que é agravado por um cenário em que quase 100% dos pedidos são deferidos sem a ouvida da Administração Pública.

Quase um terço dos processos são apenas sobre quatro doenças, sendo que a mais requerida isoladamente representa 12,3% dessas demandas; outra observação que deve ser

feita é a reflexão sobre a necessidade de atualização dos protocolos terapêuticos adotados pelos serviços de saúde. Frisa-se que as doenças com maior frequência na pesquisa realizada no Judiciário cearense também estão presentes nos estudos que tiveram como base outras Unidades da Federação e que foram publicados na literatura revisada pelo estudo. Destaque para: neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes.

Tais dados, como já advertido, podem indicar que as listas oficiais de medicamentos estão ficando rapidamente desatualizadas ou mesmo que a influência das indústrias farmacêuticas na busca por novos mercados para seus novos produtos tem crescido (preocupação essa quem vem se mostrando recorrente na literatura e que foi levantada extensamente no item 1.6).

Na medida em que há um grande número de médicos e ações judiciais prescrevendo alternativas não contempladas nos protocolos padrão para o tratamento dessas doenças, pode sugerir que de fato há uma falha nas escolhas vigentes. Contudo, a resposta para essa questão não pode ser fornecida unilateralmente pelo Judiciário.

Nesse sentido, é preciso chamar atenção também para um descompasso no padrão dos bens requeridos nos processos, pois, embora os principais medicamentos solicitados sejam de alto custo, há também, em menor medida, solicitação de itens, como o ácido acetilsalicílico, de baixo custo que são ofertados gratuitamente pelo sistema e disponibilizados na rede (FIGUEREDO, 2010; PEPE et al 2010; SANT'ANA et al, 2011). Esse descompasso é grave e revela falha na distribuição

Feitas essas observações, passa-se a comentar um dos aspectos mais importantes a respeito dessa unilateralidade das decisões do Judiciário, chamando-se a atenção para outra dificuldade para a gestão do SUS que é a concessão de tutelas antecipadas *inaudita altera pars*. Relevante é perceber que dos quase 900 processos que tiveram tutela antecipada concedida, em quase 98% a medida antecipatória ocorreu antes de ouvir a perspectiva da administração pública. Tais dados são coerentes com a urgência exigida por esses casos, contudo, demonstram também que a orientação número 31 do CNJ (Anexo A) não está sendo observada e que há graves falhas na comunicação entre o sistema jurídico e o sistema institucionalizado de ação política em saúde.

Reconhece-se a importância do rápido provimento em casos de saúde que demandam pronta resposta. Existem, inclusive, vários casos em que o autor veio a óbito antes do juiz se manifestar sobre o pedido, contudo, é imperativo que ocorram mudanças operacionais que permitam que o gestor seja adequadamente ouvido. Afinal, diante de tantos provimentos sem a ouvida do réu resta duas possibilidades: ou admitimos que o juiz conhece

as nuances das políticas públicas vigentes, listas de medicamentos, diretrizes terapêuticas etc. ou admitimos que suas decisões olvidam tais dados técnicos.

É necessário fomentar canais permanentes de discussão sobre esses casos específicos, trazendo o gestor, o magistrado e a saúde baseada em evidências à mesa, padronizando-se os entendimentos, focando em uma estrutura mais plural que a demanda individual posta nos autos. Canais mais abertos de comunicação podem orientar a atualização das listas públicas de medicamentos, intervenções e procedimentos e a jurisprudência. Com uma comunicação célere e funcional, o direito tem a oportunidade de elaborar os estímulos oriundos do poder político e vice-versa. Uma vez que os estímulos sejam corretamente processados, as respostas servirão para manter a coesão do ambiente em que esses poderes se encontram, no caso a sociedade.

Vale comentar ainda que o alto número de pedidos de justiça gratuita, quase 99%, e o alto número de deferimentos da gratuidade, pouco mais de 98%, poderiam indicar que o processo de judicialização beneficia os mais miseráveis, mas não representa o que foi de fato verificado. O benefício da justiça gratuita é destinado a garantir o acesso ao Judiciário e consequentemente cidadania às pessoas hipossuficientes contudo para obtê-lo basta declarar-se pobre e solicitar o benefício (BRASIL, 1950). Assim, seja pela predominância de advogados particulares, pelo local de residência dos autores, seja pelo perfil das demandas ou seja por que a justiça gratuita é deferida a quem livremente declara não poder suportar as custas e o juízo não ter o hábito de questionar essa declaração, não parece que a judicialização da saúde alcance as camadas mais pobres da sociedade.

O direito, com sua linguagem do legal/ilegal, com sua tradição positivista, tem se mostrado não sensível aos argumentos da Administração Pública, o que se percebe pelo altíssimo índice de deferimentos (vide Quadro 3). Ocorre que observar apenas o caso concreto posto nos autos não é suficiente para concretização de um direito que é social que tem sua dimensão política pungente. Afinal, se o foco for apenas os casos concretos das ações individuais (que é o perfil das ações estudadas) nunca haverá falta de recursos, pois não há tratamento ou medicamento que, considerado de forma isolada, seja capaz de esgotar o orçamento público.

O dilema é que, nesse contexto de muitas demandas e de escassez de recursos, o Judiciário não tem ferramentas para promover uma justiça distributiva e equitativa (MARQUES, 2005). Por outro lado, ele não pode se calar perante a demanda ajuizada pelo autor, sendo ele obrigado a decidir sobre o pedido. Para harmonizar o mister do sistema jurídico com o do sistema político, reconhecendo que é função daquele manter-se como

guardião do correto cumprimento do ordenamento jurídico, outra alternativa não há senão criar canais funcionais de comunicação célere entre Judiciário e Executivo. E que por meio desses novos canais de comunicação e estreitamento das relações, o Judiciário afaste-se cada vez mais do purismo metodológico, reconhecendo a validade da política instituída.

Assim, em matéria de judicialização da saúde, há urgência em decidir sobre o pleito e há também urgência e necessidade de ouvir o gestor público. Urge, portanto, aperfeiçoar o diálogo entre Judiciário e o Executivo para assegurar o direito individual à saúde junto com a sustentabilidade e gerenciamento do SUS, sobretudo num contexto que mesmo os mecanismos existentes não estão sendo usados de forma eficaz. Falha essa que fica perceptível ao saber que quase 100% das demandas são deferidas sem sequer ouvir o gestor público.

No caso do Ceará, a PGE junta aos autos relatório para instruir as causas que solicitam medicamentos. Esse relatório é fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde, através Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (COAF), vem sempre assinado por profissional farmacêutico e é bem instruído. Ele traz as informações técnicas da droga requerida, inclusive, informando se há alternativas terapêuticas, se é aprovado pela vigilância sanitária ou se consta em listas públicas de medicamentos. Documento esse que a despeito de sua importância, por vezes torna-se inócuo, pois sua juntada ocorre após a concessão da tutela antecipada.

A despeito dos significativos resultados a partir deste estudo, vale comentar as potenciais limitações envolvidas. Destaque para as falhas nos sistemas, para a diversidade das bases de dados sem que haja integração entre elas, a ausência de análises e de iniciativas para divulgação (relatórios ou boletins), bem como o caráter exploratório e descritivo da pesquisa e também a dimensão temporal definida para este estudo.

A proposta inicial objetivava analisar integralmente todos os processos de todas as bases do Judiciário, inclusive os que tramitavam no Tribunal Regional da 5ª região que tem sede em Recife, Pernambuco. Todavia, ao deparar-se com as já citadas dificuldades de acesso e de análise das variáveis, que se tornaram evidentes ao longo do processo, percebeu-se que não haveria tempo hábil. Optou-se por isso em, na primeira fase da pesquisa, catalogar todo o universo e na segunda fase realizar uma análise mais profunda de quase 1.200 processos. Isso significa ler, interpretar e registrar dados espalhados em cerca de 60.000 laudas.

Assim, mesmo reconhecendo as limitações da pesquisa, percebe-se que um importante avanço foi obtido no escopo de compreender o fenômeno da judicialização e as possibilidades dela decorrentes. As limitações identificadas não comprometem de forma

contundente os resultados alcançados. Diante da ausência de informações, este estudo apresenta elementos importantes que abrem espaço para novas pesquisas envolvendo o aprofundamento da análise dos processos e do monitoramento destes padrões e tendências verificados.

Assim, repisa-se: há preclara necessidade de estreitar, com urgência, os canais de comunicação entre gestor e magistrado, seja deixando os que existem mais funcionais e mais céleres, seja criando novos canais, sob pena de inviabilizar a gestão estratégica do sistema. O poder público deve falar antes do deferimento do pedido e deve falar rapidamente, porque rápida também deve ser a decisão do juiz em casos que sobre saúde, vida e dignidade humana.

Portanto, se a judicialização da política requer atenção, a judicialização da política de saúde requer ainda mais, pois, em uma sociedade com grandes desigualdades e concentração de renda, ela ela pode comprometer o planejamento estratégico do SUS (FERRAZ e VIEIRA, 2009).

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos a partir deste estudo são hábeis a caracterizar o fenômeno de judicialização do direito a saúde no Estado Ceará, região Nordeste do Brasil. Dimensionam sua magnitude (1.757 processos) e sua tendência de crescimento bem como descrevem o perfil dos sujeitos envolvidos, das patologias, dos objetos demandados e os principais detalhes da operacionalização de processos judiciais. A produção científica relacionada ao tema da judicialização à saúde no Estado do Ceará tendo como parâmetro os trabalhos no Brasil, agrega parâmetros claros aos elementos abordados.

Verifica-se que as estatísticas oficiais de 2011 do CNJ, obtidas junto aos Tribunais locais, à primeira vista são superestimadas em quase 475%, refletindo a fragilidade no processo de consolidação dos dados por parte dos tribunais, mas que há de fato uma forte tendência de crescimento do fenômeno nos últimos anos. Verifica-se também que o perfil das demandas é semelhante ao perfil encontrado em outras Unidades da Federação, em que se pese: a alta frequência de neoplasias, diabetes mellitus e doenças cardíacas.

No perfil dos autores, constata-se não haver diferença relevante quanto ao sexo, que a idade média é de 53 (cinquenta e três) anos, a mediana é quase 58 anos, que em sua maioria são casados [45%] e aposentados [32%] e que são, na maior parte, patrocinados por advogados particulares [68%] e que a patologia com mais frequência é o linfoma [12%].

Quanto ao processo, temos ainda o fato de que o Estado é o ente da federação mais requerido, respondendo sozinho por quase 85% das demandas; que a especialidade médica com maior número de prescrições é a hematologia [25%]; que um único advogado é responsável por 25% das demandas; que o bem mais requerido são medicamentos [69%] e que as prescrições médicas vêm da própria rede pública [76%].

Destaca-se que quase 100% das demandas solicitam justiça gratuita e tutela antecipada e que quase 100% desses pedidos são deferidos sem ouvir o gestor público, o que, em tese, contraria o item b.3 da resolução número 31 do CNJ, que prega que o gestor público seja, ainda que meio eletrônico, ouvido antes da concessão.

Verificou-se que as doenças tropicais negligenciadas não participam consistentemente do fenômeno da judicialização da saúde no Estado Ceará, uma vez que encontrou-se apenas um único registro, sendo esse de esquistossomose e mesmo assim em decorrência de uma complicação digestiva grave. A ausência dessas doenças é bastante estranha em um país que tanto sofre com doenças endêmicas prevalentes que se aproveitam

da fragilidade social e econômica como doença de chagas, leishmanioses, hanseníase, leptospirose, esquistossomose, dentre outras.

Tal fato, aliado à participação predominante da advocacia particular e ao perfil dos bens e serviços requeridos, demonstram que a judicialização da saúde não tem sido empregada para implementar as políticas já existentes, mas sim para criar potencialmente uma política paralela de acesso a “novidades” terapêuticas e que beneficia predominantemente as classes sociais com maior acesso à justiça e ao Judiciário.

Por todo o exposto, resta demonstrado que há um número considerável de demandas em assistência à saúde no Judiciário, que há ingerência do poder Judiciário nas tomadas de decisões da política pública de saúde no Ceará, que a política de saúde é matéria de grande relevância, por refletir no mais sagrado dos princípios da ordem jurídica nacional, qual seja, a dignidade da pessoa humana, e que possivelmente nem gestores nem magistrados encontram-se em situação confortável perante o desafio de equilibrar limites máximos e mínimos a tais demandas.

Sobretudo, conclui-se que essa crise operacional origina-se no fato de comprovadamente o sistema político e sistema jurídico não estarem se comunicando de forma eficaz, percebe-se que o sistema jurídico de dentro de sua clausura não tem estado sensível aos estímulos emanados pelo Executivo, sequer o ouvindo e decidindo ao largo das políticas públicas legitimamente editadas. Ora, uma vez que em quase 100% dos processos o pedido é deferido antes do gestor público se pronunciar, que se concede medicamentos com alternativas terapêuticas não previstas e igualmente eficazes aos que são disponibilizados pelo sistema, patente fica a falha na comunicação e o conseqüente desrespeito à política pública de saúde instituída.

Canais mais abertos de comunicação podem orientar a atualização das listas públicas de medicamentos, intervenções e procedimentos e a jurisprudência. Com uma comunicação célere e funcional, o direito tem a oportunidade de elaborar os estímulos oriundos do poder político e vice-versa. Uma vez que os estímulos sejam corretamente processados, as respostas servirão para manter a coesão do ambiente em que esses poderes se encontram, no caso a sociedade.

Portanto, se a judicialização da política requer atenção, a judicialização da política de saúde requer ainda mais, pois, em uma sociedade com grandes desigualdades e concentração de renda, ela pode condicionar o acesso aos mais economicamente privilegiados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Qual o sentido do termo saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 ago. 2013.

ANDRADE, E. I. G. *et al.* A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 18, n. 4-S4, 2008.

ARISTOTELES. **Política**. [s.l. : s.n]. Disponível em:

<<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bk000426.pdf>> Acesso em: 8 jun. 2012.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Interesse Público**, Belo Horizonte, v. 9, n. 46, nov. 2007. Disponível em:

<<http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/38245>>. Acesso em: 16 jul. 2012.

BOBBIO, N. **Teoria geral da política**: a filosofia política e as lições dos Clássicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

BONAVIDES, P. **Curso direito constitucional**. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

BORGES, D. C. L.; UGA, M. A. D. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. **Rev. Direito Sanit.**, São Paulo, v. 10, n. 1, jul. 2009. Disponível em

<[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-41792009000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792009000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2012.

BRASIL. Lei nº 1.060, de 05 de fevereiro de 1950. Lei de Assistência Jurídica.. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L1060compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L1060compilada.htm)>. Acesso em: 13 Dez. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 15 jul. 2013.

BRASIL. Ministério Público Federal. 3ª vara federal da comarca de Fortaleza. Ação Civil Pública nº 0009206-07.2003.4.05.8100 (2003.81.00.009206-7). Réu: União federal e outros.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos do direito à saúde no Brasil**. Brasília, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Pet. 1246 MC/SC, Presidente Min. Sepúlveda Pertence. Brasília, 31 jan.1997.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 271286/RS. Brasília, 2000.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. SL 47 AgR / PE. Relator(a): Min. GILMAR MENDES (Presidente). **Diário da Justiça**, Brasília, DF, 30 abr. 2010. n. 76. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610254>> .Acesso em: 15 jan. 2014.

BRITO, R. J. S. **A judicialização do direito à saúde**: uma revisão bibliográfica da produção científica nacional. Biblioteca digital de monografias. (Graduação em ciências sociais) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <<http://bdm.bce.unb.br/handle/10483/2861?mode=full>>. Acesso em: 15 set. 2012.

BRITTO, C. A. A constituição e o monitoramento de suas emendas. **Rede**, Salvador, n.1. jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/REDE-1-JANEIRO-2005-CARLOS-AYRES-BRITTO.pdf>> . Acesso em: 3 abr. 2012

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 Jul. 2013.

CONSELHO FEDERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. Quadro de Advogados. Lista mantida pelo CFOAB. Disponível em: <<http://www.oab.org.br/institucionalconselhofederal/quadroadvogados>>. Acesso em: 13 dez. 2014.

DALLARI, D. A. **Elementos de teoria geral do estado**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DELGADO, M. G. **Curso de Direito do Trabalho**, 5. ed. São Paulo: Ltr, 2006.

DINIZ, D. et al. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Fev. 2014.

DIÓGENES JÚNIOR, J. E. N. Gerações ou dimensões dos direitos fundamentais? **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, ano 15, n. 100, maio 2012. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11750](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11750)>. Acesso em: 2 set. 2013.

FARENA, D. V. M. A Saúde na Constituição Federal. **Boletim do Instituto Brasileiro de Advocacia Pública**, n. 4, p. 12/14, 1997.

FERNANDES NETO, A. J. Judicialização da saúde. *In*: SANTOS, A. (Org.). **Caderno mídia e saúde pública**: comunicação em saúde pela paz. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007. v. 2, p. 49.

FERRAZ, F. B. Terceirização e demais formas de flexibilização do trabalho. São Paulo: LTr, 2006. 287 p.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582009000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582009000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 aug. 2013.

FIGUEIREDO, T. A. Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: a aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão. 2010. 146 p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/pdf/25584.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2013.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, ano 11, n. 49, jan. 2008. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=4182](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4182)>. Acesso em: 2 jun. 2012.

GONTIJO, G. D. A judicialização do direito à saúde. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 20, n. 4, p. 606-611, 2010.

KELSEN, H. **Teoria pura do direito**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

HART, H. L. A. Visita a Kelsen. **Lua Nova**, São Paulo, n. 64, abr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452005000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452005000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2014.

LABORATÓRIO brasileiro deixa milhares sem tratamento contra doença de Chagas. **Médicos sem fronteiras**, 5 out. 2011. Disponível em: <<http://www.msf.org.br/noticias/1376/laboratorio-brasileiro-deixa-milhares-sem-tratamento-contra-doenca-de-chagas>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

LOPES, L. C. *et al.* Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, ago. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jul. 2013.

MACIEL, D. A.; KOERNER, A. Sentidos da judicialização da política: duas análises. **Lua Nova**, São Paulo, n. 57, 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452002000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452002000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan. 2014.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. 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. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122012000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122012000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jul. 2013.

MACHADO, M. A. Á. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 maio 2013.

MARQUES, S. B. **A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica**: o caso do Estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-17042009-154400/>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

MARQUES, S. B. **O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil**: diálogos entre o direito, a política e a técnica médica. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-31102011-100650/>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, fev. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2012.

MARTA, T. N.; ABUJAMRA, A. C. P. Regime de proteção dos direitos fundamentais sociais: cláusula pétrea ou limite material implícito. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, v.7, n.7, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/issue/view/7/showToc>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SCHWARTZ, I. V. D. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2013.

MESSEDER, A. M. *et al.* Mandados judiciais como ferramentas para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/19.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

MONTESQUIEU, C. L. **Do Espírito das Leis**. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 maio 2013.

PEREIRA, J. R. *et al.* Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jul. 2013.

PETRUCCI, J. Mais de 8 mil processos de saúde na Justiça. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 3 maio 2011. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=974367>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

PORTO, I. M. S. A. Fenômeno da judicialização. População busca judicialmente direito à saúde. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 13 set. 2010. Entrevista concedida a Adalmir Ponte. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/populacao-busca-judicialmente-direito-a-saude-1.512559>>. Acesso em: 13 dez. 2014.

ROMERO, L. C. **Judicialização das políticas de assistência farmacêutica**: o caso do distrito federal. Brasília: consultoria legislativa do Senado Federal, 2008. (Textos para discussão, 41). Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/conleg/textos\\_discussao/td41-LuizCarlosRomero.pdf](http://www.senado.gov.br/conleg/textos_discussao/td41-LuizCarlosRomero.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2012.

SÁ, M. C. D. N. P. **Controle judicial da política pública de vigilância sanitária**: a proteção da saúde no Judiciário. 2010. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-08122010-140717/>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

SANT'ANA, J. M. B. **Essencialidade e assistência farmacêutica**: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro. 2009. 94 p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-527672>>. Acesso em: 25 maio 2013.

SANT'ANA, J. M. B. et al. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, Aug. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em :19 jul. 2013.

SANTOS, L. (Org.). *et al.* **Direito da saúde no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Saberes, 2010.

SEGATTO, C. O paciente de R\$ 800 mil. **Época**, 16 mar. 2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2012/03/o-paciente-de-r-800-mil.html>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, out. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 jul. 2013.

TEIXEIRA, T. C.; PACHECO, P. V. A judicialização do direito à saúde e o princípio da reversa do possível: necessidade de uma interpretação sistemática da Constituição. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, ano 14, n. 85, fev. 2011. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8957](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8957)>. Acesso em: 2 jul. 2013.

TRAVASSOS, D. V. et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, Nov. 2013.

VALLINDER, T.; TATE, N. **The global expansion of judicial power**: the judicialization of politics. New York: New York University, 1995.

VICTORA, C. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**, p. 90-102, 2011.

VIEIRA, F. S. 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. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000200025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 abr. 2012.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n2/5587.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2012.

## APÊNDICES

### Apêndice A – Instrumento de coleta de dados



**Universidade Federal do Ceará**  
**Faculdade de Medicina**  
**Departamento de Saúde Coletiva**  
**Mestrado de Saúde Coletiva**

### JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CEARÁ, BRASIL - FORMULÁRIO -

Unidade Judiciária	Nº do Processo	Número do Questionário

- Pesquisador: \_\_\_\_\_ Data da Pesquisa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Local da Pesquisa: \_\_\_\_\_
- Assinatura: \_\_\_\_\_

GRUPO I – DADOS PESSOAIS			
ITEM	VARIÁVEL	RESPOSTA	Cód.
1.	Natureza jurídica do autor da demanda?	Física	0
		Jurídica	1
2.	No caso de pessoa jurídica, qual o nome?		
3.	No caso de pessoa física, qual o sexo?	Masc.	0
		Fem.	1
4.	Estado civil do demandante?	Nada Consta	0
		Solteiro	1
		Casado	2
		União Estável	3
		Divorciado	4
5.	Data de nascimento do autor?		
6.	Ocupação do autor		
7.	Ocupação do Representante (se for o caso).		
8.	Escolaridade do demandante ou representante		
9.	Patrocínio: advocacia pública x advocacia privada?	Púb.	0
		Priv.	1
10.	Nome do Escritório de Advocacia		
11.	Local de residência do autor? (bairro, cidade, estado)		

GRUPO II – DADOS DO OBJETO			
ITEM	VARIÁVEL	RESPOSTA	Cód.
12.	Diagnóstico da(s) Patologia(s);		
13.	CID 10;		
14.	Espécie de bem ou serviço requerido;	Medicamento Exame Cirurgia Leito Procedimento Odontológico Procedimento Psicológico Fisioterapia Outros	0 1 2 3 4 5 6 7
15.	Nome do Bem ou Serviço Requerido		
16.	Se Medicamento, Nome do Fabricante		
17.	Se Medicamento, é de Alto Custo	Não Sim Não Informado	0 1 2
18.	Se Medicamento, é aprovado pela Anvisa	Não Sim Não Informado	0 1 2
19.	Se Medicamento, consta em lista pública oficial (Ex.: RENAME)	Não Sim Não Informado	0 1 2
20.	Risco de vida, lesão grave ou sequela?	Não Sim	0 1
21.	Em caso de medicamento, tempo de uso	Pontual Prolongado Perpétuo Não Informado	0 1 2 3

GRUPO III – DADOS DO PROCESSO			
ITEM	VARIÁVEL	RESPOSTA	Cód.
22.	Unidade jurisdicional em 1º instância		
23.	Data da distribuição;		
24.	Tipo de Processo	Conhecimento Cautelar Execução	0 1 2
25.	Pedido de gratuidade da justiça;	Sim Não	0 1
26.	Pedido de liminar ou Tutela Antecipada	Sim Não	0 1
27.	Se sim,	Concedida Negada Pendente	0 1 2
28.	Se concedida, foi “ <i>inaudita altera pars</i> ”?	Sim Não	0 1

29.	Presença de prescrição médica na petição inicial	Sim Não	0 1
30.	Presença de parecer técnico não médico na inicial (farmacêutico etc.)	Sim Não	0 1
31.	Origem da prescrição médica	Rede Pública Rede Privada	0 1
32.	Especialidade Médica do Subscritor		
33.	Nome do Médico		
34.	Processo administrativo prévio;	Sim Não	0 1
35.	Polo Passivo;	União. Estado. Município. União e Estado. União e Município. Estado e Município. União, Estado e Município.	0 1 2 3 4 5 6
36.	Presença de prescrição médica alternativa na contestação;	Sim Não	0 1
37.	Presença de parecer técnico não médico na contestação (farmacêutico etc.)?	Sim Não	0 1
38.	Deferimento do Pedido de gratuidade da justiça?	Sim Não	0 1
39.	Nomeação de perito judicial?	Sim Não	0 1
40.	Julgamento em 1ª instância?	Pendente Procedente Parcialmente Procedente Improcedente sem julg. do mérito Improcedente com julg. do mérito	0 1 2 3 4
41.	Apelação do Autor?	Sim Não	0 1
42.	Apelação do Réu?	Sim Não	0 1
43.	Valor da Inicial.		

## Apêndice B – Referências fichadas na revisão da literatura publicada nas bases de dados eletrônicas

Ficha	REFERÊNCIA
01	DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SCHWARTZ, Ida Vanessa D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Mar. 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2012000300008&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2012000300008&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300008">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300008</a> .
02	CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 46, n. 5, Oct. 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102012000500004&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102012000500004&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500004">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500004</a> .
03	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. <i>Rev. salud pública</i> , Bogotá, v. 14, n. 2, Apr. 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0124-00642012000200014&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0124-00642012000200014&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642012000200014">http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642012000200014</a> .
04	SARTORI JUNIOR, Dailor et al. Judicialização do acesso ao tratamento de doenças genéticas raras: a doença de Fabry no Rio Grande do Sul. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Oct. 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232012001000020&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232012001000020&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000020">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000020</a> .
05	MACHADO, Marina Amaral de Ávila <i>et al.</i> Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 45, n. 3, June 2011. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102011000300018&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102011000300018&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. Epub Apr 01, 2011. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000300018">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000300018</a> .
06	BORGES, Danielle da Costa Leite; UGA, Maria Alicia Dominguez. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, Jan. 2010. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2010000100007&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2010000100007&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100007">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100007</a> .
07	PEPE, Vera Lúcia Edais et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500015&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500015&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015</a> .
08	CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, Aug. 2009. Disponível em < <a href="http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2009000800020&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2009000800020&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020</a> .
09	TAYLOR, Matthew M.; DA ROS, Luciano. Os partidos dentro e fora do poder: a judicialização como resultado contingente da estratégia política. <i>Dados</i> , Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, 2008. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0011-52582008000400002&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0011-52582008000400002&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582008000400002">http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582008000400002</a> .
10	OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Judiciário e privatizações no Brasil: existe uma judicialização da política?. <i>Dados</i> , Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, Sept. 2005. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0011-52582005000300004&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0011-52582005000300004&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582005000300004">http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582005000300004</a> .

11	SILVA, Naiane Louback da. A judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. <i>Serv. Soc. Soc.</i> , São Paulo, n. 111, Sept. 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0101-66282012000300009&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0101-66282012000300009&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 24 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000300009">http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282012000300009</a> .
12	SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; DEPRÁ, Aline Scaramussa. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. <i>Physis.</i> , Rio de Janeiro 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a17.pdf">http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a17.pdf</a> >. Acesso em 24 May 2013.
13	SANT'ANA, João Maurício Brambati <i>et al.</i> Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. <i>Rev Panam Salud Publica</i> , Washington, v. 29, n. 2, Feb. 2011. Disponível em < <a href="http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1020-49892011000200010&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1020-49892011000200010&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200010">http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200010</a> .
14	VALLE, Gustavo Henrique Moreira do; CAMARGO, João Marcos Pires. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. <i>Rev. direito sanit</i> ; Vol 11, nov.2010-fev.2011. São Paulo. Disponível em < <a href="http://periodicos.usp.br/rdisan/article/view/13220/15034">http://periodicos.usp.br/rdisan/article/view/13220/15034</a> >. Acesso em 24 May 2013.
15	ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. <i>Physis</i> , Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312010000100004&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312010000100004&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100004">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100004</a> .
16	VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. <i>Physis</i> , Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312010000100006&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312010000100006&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006</a> .
17	LANGFORD, Malcolm. Judicialização dos direitos econômicos, sociais e culturais no âmbito nacional: uma análise socio-jurídica. <i>Sur, Rev. int. direitos human.</i> , São Paulo, v. 6, n. 11, Dec. 2009. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1806-64452009000200006&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1806-64452009000200006&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452009000200006">http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452009000200006</a> .
18	LIONCO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. <i>Physis</i> , Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312009000100004&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312009000100004&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004</a> .
19	NASCIMENTO, Maria Livia do. Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização. <i>Psicol. Soc.</i> , Belo Horizonte, v. 24, n. spe, 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400007&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400007&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400007">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400007</a> .
20	LOBO, Lilia Ferreira. A expansão dos poderes Judiciários. <i>Psicol. Soc.</i> , Belo Horizonte, v. 24, n. spe, 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400005&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400005&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400005">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400005</a> .
21	SCHEINVAR, Estela. Conselho tutelar e escola: a potência da lógica penal no fazer cotidiano. <i>Psicol. Soc.</i> , Belo Horizonte, v. 24, n. spe, 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400008&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400008&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400008">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400008</a> .
22	PRADO FILHO, Kleber. Uma breve genealogia das práticas jurídicas no ocidente. <i>Psicol. Soc.</i> , Belo Horizonte, v. 24, n. spe, 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400015&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400015&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400015">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400015</a> .
23	AUGUSTO, Acácio. Juridicalização da vida: democracia e participação. Anarquia e o que resta. <i>Psicol. Soc.</i> , Belo Horizonte, v. 24, n. spe, 2012. Disponível em

	< <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400006&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400006&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400006">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400006</a> .
24	HECKERT, Ana Lucia Coelho; ROCHA, Marisa Lopes da. A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida. <i>Psicol. Soc.</i> , Belo Horizonte, v. 24, n. spe, 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400013&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400013&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400013">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400013</a> .
25	LEMOS, Flávia Cristina Silveira. Práticas de governo das crianças e dos adolescentes propostas pelo UNICEF e pela UNESCO: inquietações a partir das ferramentas analíticas legadas por Foucault. <i>Psicol. Soc.</i> , Belo Horizonte, v. 24, n. spe, 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400009&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400009&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400009">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400009</a> .
26	MENDONÇA FILHO, Manoel. Adeus à política. <i>Psicol. Soc.</i> , Belo Horizonte, v. 24, n. spe, 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400016&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400016&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400016">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400016</a> .
27	VASCONCELOS, Camila. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. <i>Revista Bioética</i> . 2012. Disponível em < <a href="http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/757/809">http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/757/809</a> >. Acesso em 25 May 2013.
28	VERDI, Marcelo Spalding. A mediação e a contribuição da psicologia à justiça. <i>Barbarói; (36,n.esp): 31-41, jan.-jun. 2012</i> . Disponível em < <a href="http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2918/2102">http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2918/2102</a> >. Acesso em 25 May 2013.
29	BERT, Jean-François. Sécurité, dangerosité, biopolitique: trois versants d'une nouvelle pratique de pouvoir sur les individus. <i>Psicol. Soc.</i> , Belo Horizonte, v. 24, n. spe, 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400002&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-71822012000400002&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400002">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400002</a> .
30	Gontijo, G. A judicialização do direito à saúde. <i>REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS - RMMG, América do Norte</i> , 2021 02 2011. Disponível em < <a href="http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/323/309">http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/323/309</a> >. Acesso em 25 May 2013
31	MURR, L. A inversão do ônus da prova na caracterização do erro médico pela legislação brasileira. <i>Revista Bioética</i> , Brasília, v.18, n.1, jun. 2010. Disponível em: <a href="http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/534/520">http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/534/520</a> . Acesso em: 25 Mai. 2013.
32	MEDICI, André Cezar. Judicialização, integridade e financiamento da saúde. <i>Diagn. tratamento; Vol 15 abr.-jun. 2010</i> . Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-550883">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-550883</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
33	COVOLAN, N., CORRÊA, C., HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M., MURATA, M.. Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, o morrer e a morte. <i>Revista Bioética</i> , Brasília, v.18, n.3, jan. 2011. Disponível em: <a href="http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/585/591">http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/585/591</a> . Acesso em: 25 Mai. 2013.
34	BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. <i>Rev. direito sanit; 10: 13-38, mar.-jul. 2009</i> . Disponível em < <a href="http://periodicos.usp.br/index.php/rdisan/article/view/13144">http://periodicos.usp.br/index.php/rdisan/article/view/13144</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
35	SALES-PERES, Sílvia Helena de Carvalho; et al. Sigilo profissional e valores éticos. <i>RFO UPF; 13(1): 7-13, jan.-abr. 2008</i> . Disponível em < <a href="http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2008/v13n1/a7-13.pdf">http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2008/v13n1/a7-13.pdf</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
36	Andrade, E.; Machado, C.; et al. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça – <i>Revista Médica de Minas Gerais - RMMG</i> , 1829 04 2009.
37	SILVA, Severina Maria da; et al. Los trabajadores de enfermería y las informaciones sobre sus derechos laborales. <i>Rev. enferm. UERJ; 16(3): 357-363, jul.-set. 2008</i> . Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-5032094">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-5032094</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
38	YEPES, Rodrigo Uprimny. A judicialização da política na Colômbia: casos, potencialidades e

	riscos. <i>Sur, Rev. int. direitos human.</i> , São Paulo, v. 4, n. 6, 2007. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1806-64452007000100004&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1806-64452007000100004&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 25 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452007000100004">http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452007000100004</a> .
39	Idem Ficha 14.
40	TEIXEIRA, Mariana Faria. Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do Estado e Município do Rio de Janeiro. / Mariana Faria Teixeira. Rio de Janeiro: s.n., 2011. 71 f. Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-596726">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-596726</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
41	FERREIRA, Marlos José Queiroz Ferreira. Assistência Farmacêutica Pública: uma revisão de literatura. <i>Recife; s.n; 2011. 52 p.</i> Disponível em < <a href="http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011ferreira-mjq.pdf">http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011ferreira-mjq.pdf</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
42	SILVA, Raquel Tavares Boy da Conflitos bioéticos decorrentes do acesso a medicamentos órfãos no Brasil: o exemplo da laronidase para o tratamento da mucopolissacaridose tipo I. Rio de Janeiro; s.n; 2011. xii,119 p. Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-620517">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-620517</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
43	MACHADO, Felipe Rangel de Souza. A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias. Rio de Janeiro; s.n; 2010. 185 p. Disponível em < <a href="http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp133017.pdf">http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp133017.pdf</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
44	OLIVEIRA, José Antonio Diniz de. Demandas jurídicas por coberturas assistenciais: estudo de caso: CASSI. São Paulo; s.n; 2010. 87 p. Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-575205">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-575205</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
45	FIGUEIREDO, Tatiana Aragão. Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: a aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão. Rio de Janeiro; s.n; 2010. 146 p. Disponível em < <a href="http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25584.pdf">http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25584.pdf</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
46	SANT'ANA, João Maurício Brambati. Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; s.n; 2009. 94 p. Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-527672">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-527672</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
47	FERNANDES NETO, Antonio Joaquim. Judicialização da saúde. <i>Cad. mídia saúde pub</i> , 2007. Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/sus-24909">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/sus-24909</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
48	BARREIRA, Sandra Cristina de Faria. Direito à saúde e judicialização de medicamentos: a experiência de Niterói. Rio de Janeiro; s.n; 2012. 145 p. Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/sus-24909">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/sus-24909</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
49	SOUZA, Maria Hildete S. C.; <i>et al.</i> A intervenção do poder Judiciário no setor de saúde suplementar - tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil. <i>Divulg. saúde debate; jan. 2007.</i> Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-456255">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-456255</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
50	BARCELOS, Patrícia Campanha. Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo: um estudo exploratório [dissertação]. Rio de Janeiro RJ: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. Disponível em < <a href="http://www.radarciencia.org/Record/oai-www-bdtd-uerj-br-934">http://www.radarciencia.org/Record/oai-www-bdtd-uerj-br-934</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
51	TANAKA, Oswaldo Yoshimi. <i>Rev. direito sanit</i> ; mar.-jun. 2008. A judicialização da prescrição medicamentosa no SUS ou o desafio de garantir o direito constitucional de acesso à assistência farmacêutica.. Disponível em < <a href="http://producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14417/art_TANAKA_A_judicializacao_da_prescricao_medicamentosa_no_SUS_2008.pdf?sequence=1">http://producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14417/art_TANAKA_A_judicializacao_da_prescricao_medicamentosa_no_SUS_2008.pdf?sequence=1</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
52	VENTURA, Miriam. <i>Rio de Janeiro; s.n; out. 2010. 31 p.</i> Disponível em < <a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/sentidos_da_confianca_miriam_ventura.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/sentidos_da_confianca_miriam_ventura.pdf</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
53	ASENSI, Felipe Dutra. Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil. <i>Rio de Janeiro; FGV; 2010. 203 p.</i> Disponível em < <a href="http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/10313/Indo%20al%C3%A9m%20da%20Judicializa%C3%A7%C3%A3o%20-%20O%20Minist%C3%A9rio%20P%C3%ABlico%20e%20a%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf?sequence=1">http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/10313/Indo%20al%C3%A9m%20da%20Judicializa%C3%A7%C3%A3o%20-%20O%20Minist%C3%A9rio%20P%C3%ABlico%20e%20a%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf?sequence=1</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
54	ROMERO, Luiz Carlos. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal. Brasília; Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008. 49 p. Disponível em

	< <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-528497">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-528497</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
55	PIMENTEL, Silvia; Pandjarijian, Valéria; Belloque, Juliana. Vida em família: uma perspectiva comparativa sobre crimes de honra. Campinas, UNICAMP, 2006. p.65-208. Disponível em < <a href="http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.pagu.unicamp.br/files/colenc.04.a04.pdf">http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.pagu.unicamp.br/files/colenc.04.a04.pdf</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
56	DEBERT, Guita Grin. As delegacias de Defesa da Mulher: judicialização das relações sociais ou politização da justiça? Vida em família: uma perspectiva comparativa sobre crimes de honra. Campinas, UNICAMP, 2006. p.15-64. Disponível em < <a href="http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.pagu.unicamp.br/files/colenc.04.a04.pdf">http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.pagu.unicamp.br/files/colenc.04.a04.pdf</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
57	ANTUNES, Paulo de Bessa. Curso de direito ambiental; doutrina legislação e jurisprudência. <i>Rio de Janeiro; Renovar; 1992. 399 p.</i> Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/rep-70181">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/rep-70181</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
58	BRASIL. Leis, decretos, etc. Legislação brasileira sobre controle da poluição sonora; <i>lex coletanez</i> de legislação e jurisprudência. Brasília; Serviço Público Federal; 1980. s p. Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/rep-146435">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/rep-146435</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
59	ROSA, Sonia Biehler da. O julgamento do abuso sexual incestuoso na jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina: uma questão além do jurídico. <i>Florianópolis; s.n; 2003. 169 p.</i> Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/tese-34543">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/tese-34543</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
60	Associação dos Magistrados do Distrito Federal. Associação dos Magistrados do Distrito Federal - AMAGIS DF. Disponível em < <a href="http://www.amagis.org.br/">http://www.amagis.org.br/</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
61	CEARÁ. Poder Judiciário. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Disponível em < <a href="http://www.tjce.jus.br/principal/default.asp">http://www.tjce.jus.br/principal/default.asp</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
62	CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. <i>Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009.</i> Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2009000800020&amp;lng=pt&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2009000800020&amp;lng=pt&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 26 maio 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020</a> .
63	CEARÁ. Tribunal Regional Eleitoral. Tribunal Regional Eleitoral do Ceará - TRE. Disponível em < <a href="http://www.tre-ce.jus.br/index.php">http://www.tre-ce.jus.br/index.php</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
64	BRASIL. Ministério Público. Procuradoria Regional da República - 5a. Região. Disponível em < <a href="http://www.prr5.mpf.gov.br/prr5/">http://www.prr5.mpf.gov.br/prr5/</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013
65	PEPE, Vera Lúcia Edais et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. <i>Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010.</i> Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500015&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500015&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 26 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015</a> .
66	ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. <i>Physis, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010.</i> Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312010000100004&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312010000100004&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 26 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100004">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100004</a> .
67	University of California San Francisco. Tobacco Control Archives. Disponível em < <a href="http://www.library.ucsf.edu/tobacco">http://www.library.ucsf.edu/tobacco</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
68	Idem Ficha 05.
69	ROMERO, Luiz Carlos. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do distrito federal. Disponível em < <a href="http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-41-judicializacao-das-politicas-de-assistencia-farmacaceutica-o-caso-do-distrito-federal">http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-41-judicializacao-das-politicas-de-assistencia-farmacaceutica-o-caso-do-distrito-federal</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
70	GANDINI, João Agnaldo Donizeti; <i>et al.</i> A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. Disponível em < <a href="http://jusvi.com/artigos/32344">http://jusvi.com/artigos/32344</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
71	Ordem dos Advogados do Brasil - OAB. Ordem dos Advogados do Brasil - Conselho Federal. Disponível em < <a href="http://www.oab.org.br/">http://www.oab.org.br/</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
72	Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário - CEPEDISA. Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lis-LISBR1.1-20308">http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lis-LISBR1.1-20308</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
73	Duke University. Institute for Genome Sciences and Policy - Genomics Institute. Disponível em <

	<a href="http://www.genomics.duke.edu/">http://www.genomics.duke.edu/</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
74	Ordem dos Advogados do Brasil / OAB. Ordem dos Advogados do Brasil - Seção do Ceará. Disponível em < <a href="http://oabce.org.br/">http://oabce.org.br/</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
75	Ordem dos Advogados do Brasil - OAB. Ordem dos Advogados do Brasil - Seção do Espírito Santo. Disponível em < <a href="http://www.oabes.org.br/">http://www.oabes.org.br/</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
76	Ordem dos Advogados do Brasil - OAB. Ordem dos Advogados do Brasil - Seção São Paulo. Disponível em < <a href="http://www.oabsp.org.br/">http://www.oabsp.org.br/</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013
77	SCHRAMM, Fermim Roland; <i>et al.</i> Direito à saúde e defesa do consumidor. em < <a href="http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=4681">http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=4681</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
78	NAUNDORF, Bruno. Ceensp: Experiências estaduais de enfrentamento das ações judiciais de medicamentos - Bruno Naundorf. Disponível em < <a href="http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=6240/">http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=6240/</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
79	LAMB, Lore. Ceensp: Experiências estaduais de enfrentamento das ações judiciais de medicamentos - Lore Lamb. Disponível em < <a href="http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=6243">http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=6243</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013
80	SANTOS, Silvio Cesar Machado dos. Acesso a medicamentos: iniciativas da agenda atual - Silvio Machado. Disponível em < <a href="http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=3349">http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=3349</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
81	FREITAS, Carlos Machado de; KUSCHNIR, Rosana. Ceensp: Desigualdades territoriais e desenvolvimento regional: subsídios para o planejamento regional em saúde no Estado do Rio de Janeiro - abertura. Disponível em < <a href="http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=5878">http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=5878</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
82	COSTA, Lindemberg Assunção. Ceensp: Experiências estaduais de enfrentamento das ações judiciais de medicamentos - Lindemberg A. Costa. Disponível em < <a href="http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=6241">http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=6241</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
83	SILVA, André da. Seminário Trabalho, Saúde e Ambiente - os resíduos sólidos do amianto no Rio de Janeiro - André da Silva. Disponível em < <a href="http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=6484">http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=6484</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
84	WARGAS, Tatiana. Seminário Internacional Políticas de Saúde e Proteção Social - Tatiana Vargas. Disponível em < <a href="http://brasil.campusvirtualsp.org/node/181617">http://brasil.campusvirtualsp.org/node/181617</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
85	Diversos. Seminário Internacional Direito e Saúde, 5º, 2010 e Seminário Nacional Direito e Saúde, 9º, 2010 - debate. Disponível em < <a href="http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=11093">http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=11093</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
86	LUIZA, Vera Lúcia; <i>et al.</i> Acesso a medicamentos: iniciativas da agenda atual - debate. Disponível em < <a href="http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=3346">http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=3346</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
87	Idem ficha 27
88	Idem ficha 26
89	Idem Ficha 22
90	Idem Ficha 24
91	Idem ficha 25
92	Idem ficha 21
93	Idem ficha 19
94	Idem ficha 23
95	Idem ficha 20
96	Idem ficha 29
97	Idem ficha 28
98	Idem ficha 03
99	Idem ficha 02
100	Idem ficha 04
101	Idem ficha 48

<b>102</b>	Idem ficha 11
<b>103</b>	Idem ficha 41
<b>104</b>	Idem ficha 14
<b>105</b>	Idem ficha 12
<b>106</b>	Idem ficha 42
<b>107</b>	Idem ficha 01
<b>108</b>	Idem ficha 50
<b>109</b>	Idem ficha 53
<b>110</b>	Idem ficha 43
<b>111</b>	CAMARA, Sônia. Educação e reforma: o Rio de Janeiro nos anos 1920-1930. Belo Horizonte, Argvmentvm, 2008. p.145-173. Disponível em < <a href="http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-600521">http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-600521</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
<b>112</b>	Idem ficha 09
<b>113</b>	Idem ficha 40
<b>114</b>	Idem ficha 68 e 05
<b>115</b>	Idem ficha 33
<b>116</b>	Idem ficha 13
<b>117</b>	Idem ficha 30
<b>118</b>	Idem ficha 44
<b>119</b>	Idem ficha 17
<b>120</b>	Idem ficha 31
<b>121</b>	Idem ficha 65 e 07
<b>122</b>	Idem ficha 45
<b>123</b>	Idem ficha 32
<b>124</b>	Idem ficha 34
<b>125</b>	Idem ficha 36
<b>126</b>	Idem ficha 16
<b>127</b>	Idem ficha 15
<b>128</b>	Idem ficha 06
<b>129</b>	Idem ficha 54
<b>130</b>	Idem ficha 46
<b>131</b>	Idem ficha 18
<b>132</b>	Idem ficha 08
<b>133</b>	Idem ficha 51
<b>134</b>	Idem ficha 38
<b>135</b>	Idem ficha 56
<b>136</b>	Idem ficha 49
<b>137</b>	Idem ficha 10
<b>138</b>	Idem ficha 03
<b>139</b>	BIEHL J, Amon JJ, Socal MP, Petryna A. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. Health Hum Rights. 2012 Jun. Disponível em < <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773096">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773096</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
<b>140</b>	Idem ficha 01
<b>141</b>	CAVALCANTE, Thiago Leandro Vieira. Ñande Ru Marangatu: the judicialization of the struggle for indigenous land and the role of the scientist. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, June 2010. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-59702010000200018&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-59702010000200018&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 26 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000200018">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000200018</a> .
<b>142</b>	Idem ficha 05
<b>143</b>	Idem ficha 13
<b>144</b>	IRIART C; FRANCO T; MERHY EE. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. Global Health. 2011.Disponível em < <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3055814/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3055814/</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
<b>145</b>	Idem ficha 06
<b>146</b>	Idem ficha 08
<b>147</b>	FERNÁNDEZ-VIGO J. Either we protocolize ourselves or they protocolize us: the judicialization of the ophthalmology. Archivos de la sociedad española de oftalmología. Vol 09. Sep. 2007.

	Disponível em < <a href="http://www.ofタルmo.com/seo/archivos/pubmed_links/pubmed_index.php?id=2069">http://www.ofタルmo.com/seo/archivos/pubmed_links/pubmed_index.php?id=2069</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
148	WENZEL E. Health Educ Res. 1997. Environment, development and health: ideological metaphors of post-traditional societies? Disponível em < <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10176371">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10176371</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
149	BUCHANAN A. Medical paternalism or legal imperialism: not the only alternatives for handling Saikewicz-type cases. Am J Law Med. 1979. Disponível em < <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/507063">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/507063</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
150	PRADO MM. The Debatable Role of Courts in Brazil's Health Care System: Does Litigation Harm or Help? J Law Med Ethics. Mar. 2013. Disponível em < <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jlme.12009/pdf">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jlme.12009/pdf</a> > Acesso em: 25 Mai. 2013.
151	NOBRE, Marcos; RODRIGUEZ, José Rodrigo. "Judicialização da política": déficits explicativos e bloqueios normativistas. Novos estud. - CEBRAP, São Paulo, n. 91, Nov. 2011. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0101-33002011000300001&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0101-33002011000300001&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 26 May 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002011000300001">http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002011000300001</a> .
152	PEREIRA, Januária Ramos et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000900030&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000900030&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 14 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900030">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900030</a> .
153	VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 55, n. 6, 2009. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-42302009000600011&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-42302009000600011&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 14 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000600011">http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000600011</a> .
154	VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 2, Apr. 2008. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102008000200025&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102008000200025&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 15 July 2013. Epub Feb 29, 2008. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200025">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200025</a> .
155	VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 2, Apr. 2007. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102007000200007&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102007000200007&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 15 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000200007">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000200007</a> .
156	CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 3, June 2010. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102010000300005&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102010000300005&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 15 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000300005">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000300005</a> .
157	MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Apr. 2005. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2005000200019&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2005000200019&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 15 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200019">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200019</a> .
158	PEPE, Vera Lúcia Edais et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, Mar. 2010. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2010000300004&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2010000300004&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 15 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300004">http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300004</a> .
159	BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. 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, June 2009. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232009000300018&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232009000300018&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 16 July 2013.

	<a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300018">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300018</a> .
160	FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; PEPE, Vera Lúcia Edais; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. <i>Physis</i> , Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312010000100007&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312010000100007&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 16 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100007">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100007</a> .
161	LOPES, Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga et al. Conflitos éticos e judiciais no emprego dos stents farmacológicos no Brasil: análise das principais controvérsias para incorporação dessa tecnologia nos sistemas de saúde público e privado no país. <i>Rev. Bras. Cardiol. Invasiva</i> , São Paulo, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2179-83972009000100020&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2179-83972009000100020&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 16 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S2179-83972009000100020">http://dx.doi.org/10.1590/S2179-83972009000100020</a> .
162	PRESTES JR, Luiz Carlos Leal; TOURINHO, Euderson Kang; RANGEL, Mary. Análise médico-legal das demandas judiciais em imaginologia. <i>Radiol Bras</i> , São Paulo, v. 45, n. 2, Apr. 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0100-39842012000200007&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0100-39842012000200007&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 19 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0100-204X2008000400005">http://dx.doi.org/10.1590/S0100-204X2008000400005</a> .
163	BRITO, Leila Maria Torraca de. O sujeito pós-moderno e suas demandas judiciais. <i>Psicol. Cienc. Prof.</i> , Brasília, v. 32, n. 3, 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1414-98932012000300004&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1414-98932012000300004&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 19 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000300004">http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000300004</a> .
164	CONTESSA, Jorge; PARMO, Domingo Lovera. Acesso a tratamento médico para pessoas vivendo com HIV/AIDS: êxitos sem vitória no Chile. <i>Sur, Rev. int. direitos human.</i> , São Paulo, v. 5, n. 8, June 2008. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1806-64452008000100008&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1806-64452008000100008&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 19 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452008000100008">http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452008000100008</a> .
165	SANT'ANA, João Mauricio Brambati et al. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 45, n. 4, Aug. 2011. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102011000400011&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102011000400011&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 19 July 2013. Epub July 01, 2011. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000042">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000042</a> .
166	LOPES, Luciane Cruz et al. Uso racional de medicamentos anti-neoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 44, n. 4, Aug. 2010. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102010000400005&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102010000400005&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 19 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400005">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400005</a> .
167	STAMFORD, Artur; CAVALCANTI, Maísa. Decisões judiciais sobre acesso aos medicamentos em Pernambuco. <i>Rev. Saúde Pública</i> , São Paulo, v. 46, n. 5, Oct. 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102012000500005&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102012000500005&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 19 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500005">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500005</a> .
168	MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. <i>Rev. Adm. Pública</i> , Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, Aug. 2012. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-76122012000400006&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-76122012000400006&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 19 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000400006">http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000400006</a> .
169	LIMA, Valter C. et al. Consenso de especialistas (SBC/SBHCI) sobre o uso de stents farmacológicos: recomendações da sociedade brasileira de cardiologia/sociedade brasileira de hemodinâmica e cardiologia intervencionista ao sistema único de saúde. <i>Arq. Bras. Cardiol.</i> , São Paulo, v. 87, n. 4, Oct. 2006. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0066-782X2006001700037&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0066-782X2006001700037&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 19 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001700037">http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001700037</a> .
170	LEITE, Silvana Nair; MAFRA, Ana Cristina. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, 2013. Disponível em < <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000700078&amp;lng=en&amp;nrm=iso">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000700078&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a> >. Acesso em 19 July 2013. <a href="http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700078">http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700078</a> .

**Apêndice C – Ofício 30 de 2013 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - COMEPE.**



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa - COMEPE  
Rua Cel. Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo  
Cep- 60.430-270 Fortaleza-CE  
Tel. (85) 3366.8344 Fax: (85) 3223.2903

Of. nº 30/13

Fortaleza, 03 de maio de 2013

Prezado Pesquisador,

A Legislação Brasileira define Pesquisa com Seres Humanos como “Pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais” conforme a Resolução 196/96 CNS-MS.

Como se depreende da leitura do resumo apresentado, não existe a necessidade da apreciação ética do projeto por parte do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Frota', is written over the typed name.

Dr. Fernando A. Frota Bezerra  
Coordenador do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UFC

Prof. Dr. Fernando Antonio Frota Bezerra  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
da Universidade Federal do Ceará - UFC

### Apêndice D – Relação das patologias e suas frequências e capítulo

PATOLOGIA DO AUTOR	N	CAPÍTULO
Linfoma	119	II. Neoplasias (tumores)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	48	X. Doenças do aparelho respiratório
Diabetes mellitus tipo II	45	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Mieloma múltiplo	45	II. Neoplasias (tumores)
Diabetes mellitus tipo I	44	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Síndrome mielodiplásica	41	VI. Doenças do sistema nervoso
Cardiopatia isquêmica	40	IX. Doenças do aparelho circulatório
Alergia/intolerância a lactose, soja, ovos e/ou outros	39	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Leucemia	36	II. Neoplasias (tumores)
Hipertensão arterial pulmonar	35	IX. Doenças do aparelho circulatório
Hipertensão arterial sistêmica	31	IX. Doenças do aparelho circulatório
Câncer de mama com ou sem mastectomia	25	II. Neoplasias (tumores)
Acidente vascular cerebral	23	IX. Doenças do aparelho circulatório
Câncer de pulmão	18	II. Neoplasias (tumores)
Psoríase	15	XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
Alzheimer	14	V. Transtornos mentais e comportamentais
Cardiopatia não especificada	14	IX. Doenças do aparelho circulatório
Artrose	14	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Fratura/fissura óssea	14	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Ignorado	13	IGNORADO
Osteoporose	12	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Dislipidemia	11	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Esquizofrenia	11	V. Transtornos mentais e comportamentais
Transtorno do deficit de atenção e hiperatividade	11	V. Transtornos mentais e comportamentais
Doença da retina	10	VII. Doenças do olho e anexos
Transtorno afetivo bipolar	10	V. Transtornos mentais e comportamentais
Psicopatologias e transtornos neuropsiquiátricos não especificados	9	V. Transtornos mentais e comportamentais
Transtorno depressivo	8	V. Transtornos mentais e comportamentais
Acromegalia	7	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Câncer de rim	7	II. Neoplasias (tumores)
Glaucoma	7	VII. Doenças do olho e anexos
Infecção por HIV/Aids	7	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Artrite reumatoide	6	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Câncer de fígado	6	II. Neoplasias (tumores)
Doença de Parkinson	6	VI. Doenças do sistema nervoso
Déficit cognitivo/mental	6	V. Transtornos mentais e comportamentais
Asma	5	X. Doenças do aparelho respiratório
Câncer de cérebro	5	II. Neoplasias (tumores)
Desnutrição	5	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Doença ocular não especificada	5	VII. Doenças do olho e anexos
Espandilite anquilosante	5	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec

PATOLOGIA DO AUTOR	N	CAPÍTULO
		conjuntivo
Insuficiência renal crônica	5	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Litíase renal	5	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Obesidade	5	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Paralisia cerebral	5	VI. Doenças do sistema nervoso
Púrpura trombocitopênica trombótica	5	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
Doença arterial	5	IX. Doenças do aparelho circulatório
Síndrome algica não especificada	4	V. Transtornos mentais e comportamentais
Síndrome algica especificada	4	VI. Doenças do sistema nervoso
Aneurisma cerebral	4	IX. Doenças do aparelho circulatório
Câncer não especificado	4	II. Neoplasias (tumores)
Distúrbio muscular não especificado	4	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Distúrbio neurológico não especificado	4	VI. Doenças do sistema nervoso
Gastrite aguda ou crônica	4	XI. Doenças do aparelho digestivo
Hérnia de disco	4	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Insuficiência cardíaca congestiva	4	IX. Doenças do aparelho circulatório
Tumor neuroendócrino	4	II. Neoplasias (tumores)
Ametropia	3	VII. Doenças do olho e anexos
Câncer de cólon	3	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de endométrio	3	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de tireoide	3	II. Neoplasias (tumores)
Cirrose hepática	3	XI. Doenças do aparelho digestivo
Deficiência física/locomotora	3	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Distúrbio do crânio não especificado	3	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Doença de Castleman	3	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
Doença pulmonar não especificada	3	X. Doenças do aparelho respiratório
Epilepsia	3	VI. Doenças do sistema nervoso
Fibrose pulmonar	3	X. Doenças do aparelho respiratório
Hiperglicemia	3	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat
Insuficiência respiratória	3	X. Doenças do aparelho respiratório
Lesão ligamentar/menisco	3	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Metástase hepática	3	II. Neoplasias (tumores)
Pneumonia	3	X. Doenças do aparelho respiratório
Retinopatia diabética	3	VII. Doenças do olho e anexos
Sepse	3	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Tumor de hipófise	3	II. Neoplasias (tumores)
Aneurisma de aorta abdominal	2	IX. Doenças do aparelho circulatório
Apneia obstrutiva do sono	2	VI. Doenças do sistema nervoso
Artropatia	2	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Câncer de adrenal	2	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de bexiga	2	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de reto	2	II. Neoplasias (tumores)
Cardiopatia congênita	2	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
Cirrose biliar	2	XI. Doenças do aparelho digestivo
Cistite intersticial	2	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Crise convulsiva	2	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e

<b>PATOLOGIA DO AUTOR</b>	<b>N</b>	<b>CAPÍTULO</b>
		laborat
Distúrbio do aparelho reprodutor não especificado	2	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Distúrbio osteoarticular não especificado	2	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Distúrbios de bexiga	2	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Doença de Crohn	2	XI. Doenças do aparelho digestivo
Doença de Paget	2	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Esclerose lateral amiotrófica	2	VI. Doenças do sistema nervoso
Esclerose múltipla	2	VI. Doenças do sistema nervoso
Espondilopatia	2	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Hepatite B	2	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Hidrocefalia	2	VI. Doenças do sistema nervoso
Macroglobulinemia de Waldenstrom	2	II. Neoplasias (tumores)
Meningioma	2	II. Neoplasias (tumores)
Metástase pulmonar	2	II. Neoplasias (tumores)
Metástase renal	2	II. Neoplasias (tumores)
Necrose óssea	2	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Pancreatite crônica ou aguda	2	XI. Doenças do aparelho digestivo
Refluxo gastroesofágico	2	XI. Doenças do aparelho digestivo
Síndrome mieloproliferativa	2	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
Transtorno esquizoafetivo	2	V. Transtornos mentais e comportamentais
Tremor essencial	2	VI. Doenças do sistema nervoso
Trombofilia	2	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
Hiperplasia da próstata	2	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Adrenoleucodistrofia	1	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Albinismo	1	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Anemia aplásica	1	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
Anemia hemolítica	1	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
Anemia não especificada	1	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
Anomalia anorretal	1	XI. Doenças do aparelho digestivo
Arritmia cardíaca	1	IX. Doenças do aparelho circulatório
Atraso no crescimento e desenvolvimento	1	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Atrofia óssea	1	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Ausência do ânus	1	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
Bexiga neurogênica	1	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Câncer de colo do útero	1	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de esôfago	1	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de estômago	1	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de faringe	1	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de nasofaringe	1	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de pâncreas	1	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de peritônio	1	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de próstata	1	II. Neoplasias (tumores)
Câncer de tronco cerebral	1	II. Neoplasias (tumores)

<b>PATOLOGIA DO AUTOR</b>	<b>N</b>	<b>CAPÍTULO</b>
Câncer de vias biliares	1	II. Neoplasias (tumores)
Cardiopatia periparto	1	IX. Doenças do aparelho circulatório
Catarata senil	1	VII. Doenças do olho e anexos
Ceratocone	1	VII. Doenças do olho e anexos
Cetoacidose diabética	1	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Colangite aguda	1	XI. Doenças do aparelho digestivo
Colestase	1	XI. Doenças do aparelho digestivo
Comunicação interatrial	1	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
Comunicação Interventricular	1	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
Conjuntivite alérgica	1	VII. Doenças do olho e anexos
Constipação crônica	1	XI. Doenças do aparelho digestivo
Craniofaringioma	1	II. Neoplasias (tumores)
Deficiência de hormônio do crescimento	1	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Derrame pleural	1	X. Doenças do aparelho respiratório
Diabetes gestacional	1	XV. Gravidez parto e puerpério
Doença cerebelar	1	VI. Doenças do sistema nervoso
Doença dentária não especificada	1	XI. Doenças do aparelho digestivo
Doença do plexo braquial	1	VI. Doenças do sistema nervoso
Doença encefálica não especificada	1	VI. Doenças do sistema nervoso
Doença linfoproliferativa crônica de células B	1	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
Doença não especificada de amígdalas e adenoides	1	X. Doenças do aparelho respiratório
Duodenite	1	XI. Doenças do aparelho digestivo
Encefalocele congênita	1	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
Erisipela	1	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Esofagite eosinofílica	1	XI. Doenças do aparelho digestivo
Esquistossomose mansônica com hipertensão porta	1	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Estenose de laringe/glote	1	X. Doenças do aparelho respiratório
Ferimento por arma de fogo	1	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas
Gigantomastia	1	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Glioblastoma multiforme	1	II. Neoplasias (tumores)
Granulomatose de Wegener	1	XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Hemoglobinopatia C	1	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
Hemorragia intraventricular	1	IX. Doenças do aparelho circulatório
Herpes zoster	1	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Hiperinsulinismo	1	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Hiperplasia adrenal congênita	1	XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
Hiperprolactinemia	1	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Hipotireoidismo	1	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Infecção grave - abscesso muscular	1	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Infecção renal	1	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Insuficiência hepática	1	XI. Doenças do aparelho digestivo
Laqueadura tubária	1	XXI. Contatos com serviços de saúde
Litíase biliar	1	XI. Doenças do aparelho digestivo
Lupus eritematoso sistêmico	1	XIII.Doenças sist osteomuscular e tec

PATOLOGIA DO AUTOR	N	CAPÍTULO
		conjuntivo
Metástase cerebral	1	II. Neoplasias (tumores)
Metástase não especificada	1	II. Neoplasias (tumores)
Metástase pancreática	1	II. Neoplasias (tumores)
Miastenia gravis	1	VI. Doenças do sistema nervoso
Mielofibrose Idiopática	1	II. Neoplasias (tumores)
Mixoma atrial	1	II. Neoplasias (tumores)
Mononeuropatia múltipla	1	VI. Doenças do sistema nervoso
Não se aplica	1	---
Oligodendroglioma anaplásico	1	II. Neoplasias (tumores)
Osteomielite crônica	1	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Paralisia bulbar progressiva ou doença de Fazio-Londe	1	VI. Doenças do sistema nervoso
Paraplegia	1	VI. Doenças do sistema nervoso
Perdas gestacionais de repetição	1	XV. Gravidez parto e puerpério
Plaquetopenia Imune	1	III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
Politraumatismo	1	XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas
Processo inflamatório crônico inespecífico	1	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Sequela de poliomelite	1	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Sequela de tuberculose pulmonar	1	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
Síndrome de Huntington	1	VI. Doenças do sistema nervoso
Síndrome de MC Cume Albright	1	XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
Síndrome de Reiter	1	XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
Síndrome de West	1	VI. Doenças do sistema nervoso
Síndrome demencial	1	V. Transtornos mentais e comportamentais
Síndrome nefrótica	1	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Tetraparesia	1	VI. Doenças do sistema nervoso
Transplante renal com doador CMV-positivo	1	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Transtorno alimentar	1	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
Transtorno psicótico não especificado	1	V. Transtornos mentais e comportamentais
Trombose venosa profunda	1	IX. Doenças do aparelho circulatório
Tumor da base do crânio	1	II. Neoplasias (tumores)
Tumor de cérebro	1	II. Neoplasias (tumores)
Tumor de seio piriforme	1	II. Neoplasias (tumores)
Tumor na parede abdominal	1	II. Neoplasias (tumores)
Tumor no muscular	1	II. Neoplasias (tumores)
Úlcera em prega vocal	1	X. Doenças do aparelho respiratório
Úlcera péptica	1	XI. Doenças do aparelho digestivo
Úlceras de pressão	1	XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
Uretrite não especificada	1	XIV. Doenças do aparelho geniturinário
Vitiligo	1	XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo

### Apêndice E – Relação dos bens e serviços requeridos e suas respectivas frequências

INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO	NOME COMERCIAL	LABORATÓRIO / FABRICANTE	INDICAÇÕES PRINCIPAIS	NÚMERO
Agulha/ Lancetas/ Cânulas/ Canetas para insulina / glicosímetro / fitas	IGN	IGN	Monitoramento/ tratamento Diabetes mellitus tipo I e II	111
Rituximab	Mabthera	Roche	Linfoma	81
Brometo de tiotrópio	Spiriva	Boehringer Ingelheim	DPOC	60
Internação em UTI	NSA	NSA	Condição clinicamente grave não especificada	49
Insulina glargina	Lantus	Sanofi Aventis	Diabetes mellitus tipo I e II	43
Bortezomibe	Velcade	Janssen-Cilag	Mieloma múltiplo	41
Cirurgia cardiovascular	NSA	NSA	Cardiopatias	37
Alfaepoetina	Epex	Janssen-Cilag	Anemia na insuficiência renal crônica / Anemia associada a câncer	35
Suplemento alimentar	Neocate	Nutriservice	Suplemento alimentar	30
Cloridrato de erlotinibe	Tarceva	Roche	Câncer de pulmão	27
Seringas	IGN	IGN	Diversos	24
Insulina aspart	Novorapid	Novo Nordisk	Diabetes mellitus tipo I e II	24
Bosentana	Tracleer	Actelion	Hipertensão Arterial Pulmonar	24
Transtuzumab	Herceptin	Roche	Câncer de mama metastático	21
Insulina lispro	Humalog	Lilly	Diabetes mellitus tipo I e II	20
Aripiprazol	Abifily	Bristol-Myers Squibb	Esquizofrenia / Transtorno bipolar	18
Quetiapina	Seroquel	Astrazeneca	Esquizofrenia / Transtorno bipolar	17
Glicosímetro	Vários	Vários	Avaliação glicemia	17
Cirurgia oftálmica	NSA	NSA	Doença ocular	15
Suplemento alimentar	Pregomin Pepti	Danone	Suplemento alimentar	15
Formoterol / Budesonida	Foraseq	Novartis	Broncoconstrição / Asma / DPOC	13
Cirurgia ortopédica	NSA	NSA	Doença osteoarticular	13
Bevacizumabe	Avastin	Roche	Carcinoma metastático do côlon ou do reto	11
Etanecept	Enbrel	Wyeth	Artrite reumatoide / Artrite psoriática / Artrite crônica juvenil	11
Cirurgia não especificada	NSA	NSA	IGN	11
Oxigenoterapia	NSA	NSA	Hipoxemia	11
Infliximabe	Remicade	Janssen-Cilag	Doença de Crohn / Colite ou retocolite ulcerativa / Artrite reumatoide / Espondilite anquilosante / Artrite psoriásica / Psoríase	11
Decitabina	Dacogen	Janssen-Cilag	Síndrome mielodisplásica	10
Omeprazol	Omeprazol	Vários	Dispepsia / Úlceras digestivas	10
Fumarato de formoterol / budesonida	Alenia	Aché	DPOC / Asma	9

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
Stent farmacológico	IGN	IGN	Cardiopatia	9
Não especificada	NSA	NSA	IGN	9
Cloridrato de metilfenidato	Ritalina LA	Novartis	Transtorno de déficit de atenção / Hiperatividade	9
Malato de sunitinibe	Sutent	Pfizer	Tumor estromal gastrointestinal / Carcinoma metastático de células renais / Tumores neuroendócrinos pancreáticos	9
Mesilato de Imatinibe	Glivec	Novartis	Leucemia mielóide crônica / Tumores estromais gastrintestinais	8
Lenalidomida	Revlimid	Celgene	Síndrome mielodisplásica / Mieloma múltiplo	8
Risperidona	Risperdal	Janssen-Cilag	Esquizofrenia / Mania / Outras psicoses	8
Azacitidina	Vidaza	United Medical	Síndromes mielodisplásicas / Leucemia mielomonocítica crônica / LMA	8
Rosuvastatina cálcica	Crestor	Astrazeneca	Dislipidemia	7
Teriparatida	Fórteo	Lilly	Osteoporose	7
Fenitoína	Hidantal	Sanofi-Aventis	Crises convulsivas / Neurocirurgia	7
Não especificado	IGN	IGN	IGN	7
Bissulfato de clopidogrel	Plavix	Sanofi Aventis	Acidente vascular tromboembólico / infarto do miocárdio	7
Rivastigmina	Exelon	Novartis	Doença de Alzheimer	6
Equipos - vasculares	IGN	IGN	Diversos	6
Fraldas descartáveis	IGN	IGN	Diversos	6
Insulina não especificada	IGN	IGN	Diabetes mellitus tipo I e II	6
Não especificado	IGN	IGN	IGN	6
Insulina detemir	Levemir	Novo Nordisk	Diabetes mellitus tipo I e II	6
Custeio de honorários médicos	NSA	NSA	NSA	6
Fisioterapia	NSA	NSA	Diversos	6
Neurocirurgia	NSA	NSA	Doença neurológica	6
Bomba de insulina	Set de Infusão ACCU-CHECK FLEX LINK	Accu-Check	Diabetes mellitus tipo I e II	6
Insulina glulisina	Apidra	Sanofi Aventis	Diabetes mellitus tipo I e II	5
Cloridrato de duloxetine	Cymbalta	Eli Lilly And Company	Depressão	5
Divalproato de sódio	Depakote	Abbott	Crises parciais complexas / Ausência	5
Fenobarbital	Gardenal	Sanofi Aventis	Crises convulsivas / Epilepsia	5
Suplemento alimentar	IGN	IGN	Suplemento alimentar	5
Ranibizumab	Lucentis	Novartis	Degeneração macular	5
Resonância nuclear magnética	NSA	NSA	IGN	5
Suplemento alimentar	Nutrison Energy	Nutriservice	Suplemento alimentar	5

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
Bomba de insulina	Paradigm® REAL-Time MiniLink	Medley	Diabetes mellitus tipo I e II	5
Xinafoato de salmeterol / Propionato de fluticasona	Seretide	GSK	Doenças obstrutivas reversíveis das vias respiratórias / Asma	5
Temozolomida	Temodal	Orion	Glioblastoma multiforme / Glioma maligno / Melanoma	5
Sertralina	Tolreste	Aché	Depressão / Transtorno obsessivo compulsivo / Fobia social / Tensão pré-menstrual	5
Ácido zoledrônico	Aclasta	Novartis	Osteoporose	4
Espironolactona	Aldactone	Pfizer	Hipertensão essencial / distúrbios edematosos / Hiperaldosteronismo primário	4
Cloridrato de clorpromazina	Ampectil	Sanofi Aventis	Quadros psiquiátricos agudos / eclampsia / Ansiedade	4
Ácido acetilsalicílico	Aspirina prevent	Bayer	Estados de agregação de plaquetas	4
Candesartana	Atacand	Astrazeneca	Hipertensão arterial sistêmica / Insuficiência cardíaca	4
Bisoprolol	Concor	Merck Sharp & Dohme	Insuficiência cardíaca / Hipertensão arterial / Coronariopatia	4
Dispositivo nutrição enteral	Enterofix	Bbraun	Nutrição enteral	4
Vildagliptina / Cloridrato de metformina	Galvus met	Novartis	Diabetes mellitus tipo II	4
Cloridrato de metformina	Glifage	Merck Sharp & Dohme	Diabetes mellitus tipo I e II	4
Cateteres diversos	IGN	IGN	Diversos	4
Lamotrigina	Lamitor	Torrent	Crises convulsivas / Epilepsia	4
Furosemida	Lasix	Sanofi Aventis	Hipertensão arterial sistêmica / Edemas	4
Baclofeno	Lioresal	Novartis	Esclerose múltipla	4
Pregabalina	Lyrica	Pfizer	Dor neuropática / Ansiedade / Epilepsia / Fibromialgia	4
Plerixafor	Mozobil	Genzyme	Linfoma / mieloma múltiplo	4
Ramiprilato	Naprix	Libbs	Hipertensão arterial sistêmica / Insuficiência cardíaca	4
Sorafenibe	Nevaxar	Bayer	Câncer de rim avançado / Carcinoma hepatocelular	4
Cirurgia bariátrica	NSA	NSA	Obesidade	4
Cirurgia urológica	NSA	NSA	Doença urológica	4
Prednisona	Prednisona	Vários	Antiinflamatório hormonal	4
Octreotida	Sandostantin	Novartis	Acromegalia	4
Pegvisomant	Somavert	Pfizer	Acromegalia	4
Olanzapina	Zyprexa	Eli Lilly And Company	Esquizofrenia / Outras psicoses	4
Atenolol	Ablok	Biolabfarma	Bloqueio betaadrenérgico	3

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
Citalopram	Alcytam	Torrent	Depressão / Transtorno do pânico / Transtorno obsessivo compulsivo	3
Cloridrato de memantina	Alois	Apsen	Doença de Alzheimer / Demências / Espasticidade	3
Losartan	Aradois	Biolabfarma	Hipertensão arterial sistêmica / Insuficiência cardíaca	3
Toxina botulínica tipo A	Botox	Allergan	Estrabismo e blefarospasmo associado com distonia / Estética	3
Carbonato de cálcio	Carbonato de cálcio	Vários	Deficiência de cálcio / Insuficiência renal	3
Sulfato de glicosamina/ Sulfato sódico de condroitina	Condroflex	Zodiac	Artrose / Artrite	3
Acetato de hidrocortisona	Cortisona	Vários	Antiinflamatório hormonal	3
Digoxina	Digoxina	Billi	Insuficiência cardíaca / Fibrilação atrial / Flutter atrial	3
Velafaxina	Efexor XR	Wyeth	Depressão	3
Cetuximabe	Erbix	Merck Sharp & Dohme	Câncer colorretal / Carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço	3
Levotiroxina sódica	Euthyrox	Merck Sharp & Dohme	Hipotireoidismo	3
Garbapentina	Gabaneurin	EMS Sigma Pharma	Epilepsia / Dor neuropática	3
Hidroclorotiazida	Hidroclorotiazida	Vários	Hipertensão arterial sistêmica	3
Adalimumabe	Humira	Abbott	Artrite reumatoide	3
Aparelho BIPAP	IGN	IGN	Terapia respiratória	3
Colchão/cama especial	IGN	IGN	Diversos	3
Raltegravir	Isentress	Merck Sharp & Dohme	Infecção por HIV/Aids	3
Ácido fólico	Leucovorin	Wyeth	Leucopenia	3
Besilato de anlodipino	Norvasc	Pfizer	Hipertensão arterial sistêmica	3
Cintilografia cardíaca ou pulmonar	NSA	NSA	Diagnóstico doença cardio-pulmonar	3
Cirurgia otorrinolaringológica	NSA	NSA	Doença otorrinolaringológica	3
Cirurgia plástica / estética	NSA	NSA	Estética / plástica tecidual	3
Internação em unidade psiquiátrica	NSA	NSA	Doença/transtorno psiquiátrico	3
Radiocirurgia	NSA	NSA	IGN	3
Tomografia Computadorizada	NSA	NSA	Diversos	3
Suplemento alimentar	Nutri fiber	Nutrimed	Suplemento alimentar	3
Carbonato de cálcio / Colecalciferol	Os-CAL + D	Sanofi-Aventis	Osteoporose	3
Clonazepan	Rivotril	Roche	Distúrbio epiléptico / Transtornos de ansiedade / Transtornos do humor / Psicose	3
Sinvastatina	Sinvascor	Baldacci	Dislipidemia	3
Acetato de lanreotida	Somatoline	Ipsen Pharma Biotech	Acromegalia / Tumores	3

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
	Autogel		Neuroendócrinos / Carcinóides	
Formoterol / Budesonida	Symbicort	Astrazeneca	Broncoconstrição / Asma	3
Cloridrato de nilotinibe	Tasigna	Novartis	Leucemia mieloide crônica	3
Oxcarbazepina	Trileptal	Novartis	Crises convulsivas / Epilepsia	3
Ácido ursodesoxicólico	Ursacol	Zambon	Litíase biliar / Cirrose biliar / Dislipidemia	3
Aminofilia	Vários	Vários	Broncoconstrição / Asma / Bronquite / Insuficiência respiratória e cardíaca	3
Atorvastatina cálcica	Vários	Vários	Dislipidemia	3
Verteporfina	Visudyne	Novartis	Lesão ou esgotamento da mácula	3
Cloridrato de bupropiona	Wellbutrim	GSK	Depressão / dependência à nicotina	3
Latanoprostá	Xalatan	Pfizer	Glaucoma de ângulo aberto / hipertensão ocular	3
Anagrelida	Agrylin	EMS Sigma Pharma	Trombocitopenia	2
Glimepirida	Amaryl	Sanofi Aventis	Diabetes mellitus tipo II	2
Topiramato	Amato	Eurofarma	Epilepsia / Síndrome de Lennox-Gastaut / Enxaqueca	2
Cloridrato de amiodarona	Ancoron	Libbs	Arritmias cardíacas	2
Brometo de ipatrópio	Atrovent	Boehringer Ingelheim	DPOC	2
Brinzolamida	Azopt	Alcon	Glaucoma de ângulo aberto / hipertensão ocular	2
Alendronato de sódio	Bonalen Cálcio	União Química	Osteoporose	2
Cilostazol	Cebralat	Libbs	Doença vascular periférica / Acidente vascular cerebral	2
Maravioque	Celsentri	Pfizer	Infecção por HIV/Aids	2
Enoxaparina sódica	Clexane	Sanofi Aventis	Embolia pulmonar / Trombose venosa / Outras condições trombóticas	2
Sinvastatina	Clinfar	Merck Sharp & Dohme	Dislipidemia	2
Brometo de ipatrópio / Sulfato de salbutamol	Combivent	Boehringer Ingelheim	Broncoespasmo reversível	2
Losartan	Cozaar	Merck Sharp & Dohme	Hipertensão arterial sistêmica / Insuficiência cardíaca	2
Tartarato de tolterodina	Detrusitol LA	Pfizer	Bexiga hiperativa	2
Gliclazida	Diamicron MR	Servier	Diabetes mellitus tipo II	2
Diazepam	Diazepam	Teuto	Sedação leve / Distúrbios da ansiedade / Transtorno do pânico	2
Valsartana / Hidroclorotiazida / Besilato de anlodipino	Diovan	Novartis	Hipertensão arterial sistêmica / Isquemia miocárdica	2
Pentosan Polissulfato de Sódio	Elmiron	Ortho-McNeil-Janssen	Cistite intersticial	2
Cloridrato de donepezila	Erantz	Wyeth	Doença de Alzheimer	2
Finasterida	Finasterida	EMS Sigma Pharma	Calvície de padrão masculino	2
Acetilcisteína	Fluimucil	Zambon	Condições com secreção densa e viscosa	2

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
			respiratória	
Formoterol	Fluir	Mantecorp	DPOC / Asma	2
Formoterol	Formocaps	Aché	DPOC / Asma	2
Gencitabina	Gemzar	Eli Lilly And Company	Câncer de mama / Câncer de pâncreas / Câncer de pulmão (células não-pequenas)	2
Hidrocortisona	Hidrocorte	EMS Sigma Pharma	Antiinflamatório hormonal	2
Baterias equipamentos hospitalares	IGN	IGN	NSA	2
Cadeira de rodas elétrica	IGN	IGN	NSA	2
Cartuchos para uso diverso	IGN	IGN	NSA	2
Concentrador de oxigênio	IGN	IGN	Hipoxemia	2
Imunoglobulinas não especificadas	IGN	IGN	IGN	2
Prótese óssea	IGN	IGN	Doença óssea	2
Quimioterapia não especificada	IGN	IGN	Cancer não especificado	2
Hemifumarato de quetiapina	Kitapen	Arrow	Esquizofrenia / Mania / Distúrbio bipolar	2
Duasorb	Lacrimaplus Colírio	Alcon	Olho seco	2
Clozapina	Leponex	Novartis	Esquizofrenia	2
Oxalato de escitalopram	Lexapro	Lundbeck	Depressão / Transtorno do pânico / Ansiedade	2
Ciprofibrato	Lipless	Biolabfarma	Dislipidemia	2
Mitotano	Lisodren	Bristol-Myers Squibb	Câncer adrenocortical	2
Nitrofurantoína	Macroantina	Mantecorp	Infecções bacterianas urinárias	2
Cloridrato de metformina	Metformina	Neoquímica	Diabetes mellitus tipo II	2
Mirtazapina	Mirtazapina	Sandoz	Depressão	2
Mononitrato de isossorbida	Monocordil	Baldacci	Insuficiência coronariana / Angina / Infarto miocárdio	2
Levomepromazina	Neozine	Sanofi Aventis	Necessidade de uma ação neuroléptica, sedativa ou antiálgica	2
Associação	Notuss Xarope	Aché	Gripe e resfriado / obstrução nasal / Antitussígeno	2
Arteriografia cerebral	NSA	NSA	NSA	2
Custeio de despesas hospitalares	NSA	NSA	NSA	2
Custeio de tratamento médico em SP	NSA	NSA	NSA	2
Odontologia	NSA	NSA	Doença/anormalidade odontológica	2
Transplante hepático	NSA	NSA	Insuficiência hepática	2
UTI móvel	NSA	NSA	Transporte paciente crítico	2
Olanpazina	Olanpazina	Medley	Esquizofrenia / Outras psicoses	2
Oxcarbazepina	Oxcarbazepina	Medley	Crises convulsivas / Epilepsia	2
Pantoprazol	Pantocal	Eurofarma	Úlcera duodenal / Úlcera gástrica / Esofagite de refluxo moderada e severa	2

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
Pantoprazol	Pantozol	Nycomed Pharma	Úlcera duodenal / Úlcera gástrica / Esofagite de refluxo moderada e severa	2
Peginterferon alfa-2a	Pegasys	Roche	Hepatite crônica	2
Paroxetina	Pondera	Eurofarma	Depressão / Transtorno bipolar / Transtorno do pânico	2
Primidona	Primid	Aspen	Epilepsia / Tremor essencial	2
Levodopa + benserazida	Prolopa	Roche	Doença de Parkinson	2
Cloridrato de oxibutinina	Retemic	Apsen	Incontinência urinária / distúrbios da micção	2
Risperidona	Riss	Eurofarma	Esquizofrenia / Mania / Outras psicoses	2
Sertralina	Serenata	Torrent	Depressão / Transtorno obsessivo compulsivo / Fobia social / Tensão pré-menstrual	2
Dicloridrato de pramipexol	Sifrol	Boehringer Ingelheim	Doença de Parkinson	2
Sinvastatina	Sinvalip	EMS Sigma Pharma	Dislipidemia	2
Ácido acetilsalicílico	Somalgim Cardio	EMS Sigma Pharma	Analgésico / Antiinflamatório	2
Soro fisiológico	Soro fisiológico	Vários	Diversos	2
Suplemento alimentar	Soya	Nutriservice	Suplemento alimentar	2
Propatilnitrato	Sustrate	BMS	Coronariopatia / Isquemia miocárdica	2
Tirotrofina alfa	Thyrogen	Genzyme	Teste de tiroglobulina sérica, com ou sem cintilografia com iodo radioativo	2
Natalizumab	Tysabri	Biogen Idec	Esclerose múltipla	2
Cloridrato de tramadol / paracetamol	Ultracet	Janssen-Cilag	Dor	2
Cilostazol	Vasogard	Aché	Doença vascular periférica / Acidente vascular cerebral	2
Trimetazidina	Vastarel	Servier	Cardiopatia isquêmica	2
Tretinoína	Vesanoid	Roche	Leucemia	2
Latanoprost	Xalacom	Pfizer	Glaucoma de ângulo aberto / hipertensão ocular	2
Ácido nicotínico	Acinic	Biolabfarma	Dislipidemia	1
Risedronato sódico	Actonel	Sanofi-Aventis	Osteoporose / Tumor ósseo	1
Brentuximabe Vedotin	Adcetris	Seattle Genetics / Millennium Pharmaceuticals/Takeda	Linfomas	1
Cloridrato de fexofenadina	Allegra	Sanofi Aventis	Anti-histamínico	1
Alprazolam	Apraz	Mantecorp	Ansiolítico	1
Extrato seco de Harpagophytum procumbens	Arpodol	Apsen	Artrites / Artroses / Lombalgias / Mialgias / Quadros ósteo-mio-articulares	1
Sulfato de glicosamina/ Sulfato sódico de condroitina	Artrolive	Aché	Osteoartrite / osteoartrose / artrose	1
Cloridrato de sertralina	Assert	Eurofarma	Depressão / Transtorno bipolar / Transtorno	1

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
			obsessivo compulsivo	
Maleato de rosiglitazona	Avandia	GSK	Diabetes mellitus tipo II	1
Sulfametoxazol-Trimetoprin	Bactrin	GSK	Infecções bacterianas	1
Bamifilina	Bamifix	Farmalab	DPOC / Asma	1
Olmesartana medoxomila	Benicar	Sankyo	Hipertensão arterial sistêmica	1
Bromidrato de fenoterol	Berotec	Boehringer Ingelheim	DPOC / Asma	1
Budenosida	Busonid	Biosintetica	Rinite	1
Cabergolina	Cabergolina	Vários	Hiperprolactinemia	1
Besilato de anlodipino / Atorvastatina cálcica	Caduet	Pfizer	Isquemia miocárdica / Dislipidemia	1
Deflazacorte	Calcort	Sanofi Aventis	Condições que demandam ações antiinflamatórias e imunossupressoras	1
Alemtuzumabe	Campath	Bayer	Leucemia / linfoma / trasplante	1
Captopril	Captopril	Vários	Hipertensão arterial sistêmica	1
Carbonato de lítio	Carbolitium	Eurofarma	Episódios maníacos nos transtornos bipolares	1
Carboplatina	Carboplatina	Biosintética	Carcinoma de ovário / Carcinoma de pequenas células do pulmão / Carcinoma epidermóide de vias aéreas e digestivas superiores	1
Fluvastatina	Cardiol	BIALport	Dislipidemia	1
Cloridrato de diltiazem	Cardizem	Boehringer Ingelheim	Angina / Coronariopatia / Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Carvedilol	Carvedilol	Medley	Hipertensão arterial sistêmica / Angina / Coronariopatia	1
Micofenolato mofetil	Cellcept	Roche	Transplantes / Rejeição de órgãos	1
Polivitamínico	Centrum	Wyeth	Hipovitaminoses	1
Acetato de ciproterona	Ciproterona	Vários	Câncer de próstata / masculinização feminina	1
Dipropionato de beclometasona	Clenil	Farmalab	Asma / Rinite	1
Cloridrato de cloridina	Clonidina	Neoquímica	Hipertensão arterial sistêmica	1
Cloridrato de metilfenidato	Concerta	Janssen-Cilag	Transtorno de déficit de atenção / Hiperatividade	1
Dorzolamida	Cosopt	Merck Sharp & Dohme	Glaucoma de ângulo aberto / hipertensão ocular	1
Varfarina sódica	Coumadin	Bristol-Myers Squibb	Trombose venosa / Embolia pulmonar	1
Pancreatina	Creon	Solvay Farma	Deficiência de enzimas pancreáticas	1
Progesterona	Crinone	Serono	Complementação ou reposição de progesterona	1
Diosmina Flavonóides titulados em hesperidina	Daflon	Servier	Varizes e varicosidades, insuficiência venosa	1
Glibenclamida	Daonil	Sanofi Aventis	Diabetes mellitus tipo II	1
Acetato de desmopressina	DDAVP	Ferring	Diabetes insipidus central	1

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
			/ Hemofilia A e doença de von Willebrand	
Citalopram	Denyl	Cristália	Depressão / Transtorno do pânico	1
Vitamina D	DePURA	Sanofi-aventis	Hipovitaminose D	1
Sulfato de morfina	Dimorf	Cristália	Síndromes algicas intensas / agudas	1
Dipirona	Dipirona	Vários	Dor / Febre	1
Domperidona	Domperidona	Medley	Dispepsia / Náuseas e vômitos	1
Trazodona	Donaren	Apsen	Depressão / Dor neuropática	1
Midazolam	Dormire	Cristália	Sedativo / Ansiolítico / Amnésia	1
Cabergolina	Dostinex	Pfizer	Distúrbios/tumores hiperprolactinêmicos	1
Mesilato de Doxazosina	Doxazosina	Medley	Hiperplasia prostática benigna / Hipertensão arterial sistêmica	1
Doxorrubicina Lipossomal Peguilado	Doxil	SEQUUS Pharmaceuticals	Carcinoma metastático de ovário/mama / Sarcoma de Kaposi	1
Doxorrubicina Lipossomal Peguilado	Doxopeg	Zodiac	Carcinoma metastático de ovário/mama / Sarcoma de Kaposi	1
Memantina	Ebix	Lundbeck	Doença de Alzheimer	1
Ramiprilato	Ecator	Torrent	Hipertensão arterial sistêmica / Insuficiência cardíaca congestiva / Pos-infarto do miocárdio / Nefropatia	1
Pimecrolimus	Elidel	Novartis	Eczema / dermatite atópica	1
Enalapril	Enalapril	Vários	Hipertensão arterial sistêmica	1
Suplemento alimentar	Ensure Pó	Abbott	Suplemento alimentar	1
Cloridrato de donepezila	Epez	Torrent	Doença de Alzheimer	1
Ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisona	Esquema CHOP	Vários	Câncer de diferentes origens	1
Prometazina	Fenergan	Sanofi Aventis	Reações anafiláticas e alérgicas	1
Associação	Fisiogel	Stiefel	Limpeza de pele	1
Fosfato de sódio dibásico / monobásico	Fleet Enema	Wyeth	Obstipação / constipação intestinal	1
Fludrocortisona	Florinefe	Bristol-Myers Squibb	Insuficiência adrenocortical primária/hiperplasia adrenal congênita	1
Fluconazol	Fluconazol	Vários	Infecções fúngicas	1
Cloridrato de fluoxetina	Fluoxetina	Medley	Depressão / ansiedade / bulimia	1
Cloridrato de fluoxetina	Fluxene	Eurofarma	Depressão / ansiedade / bulimia	1
Fumarato de formoterol diidratado	Foradil	Novartis	DPOC / Asma	1
Formoterol	Formoterol	Vários	DPOC / Asma	1

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
Suplemento alimentar	Fórmula de soja não especificada	IGN	Suplemento alimentar	1
Dalteparina sódica	Fragmin	Pharmacia	Trombopprofilaxia / Trombose venosa profunda / Anticoagulação / Coronaripatia	1
Clobazam	Frisium	Sanofi-Aventis	Ansiolítico e sedativo	1
Alprazolam	Frontal	Pfizer	Transtornos de ansiedade / pânico	1
Ácido gama-aminobutírico	Gammar	Nikkho	Difícultades de atenção e concentração / Déficit de memória / Dificuldade de aprendizagem / Agitação psicomotora	1
Genfibrozila	Genfibrozila	Vários	Dislipidemia	1
Somatropina	Genotropin	Pfizer	Distúrbio do crescimento	1
Cloridrato de ziprasidona	Geodon	Pfizer	Esquizofrenia / Transtornos esquizoafetivo/esquizofreniforme / Agitação psicótica / Mania bipolar aguda	1
Glimepirida	Glimepirida	Sandoz	Diabetes mellitus tipo II	1
Glucagon	Glucagon	Eli Lilly And Company	Reações hipoglicêmicas graves / Insumo para diagnóstico	1
Suplemento alimentar	Glucerna	Nutriservice	Suplemento alimentar	1
Metformina	Glucoformin	Novo Nordisk	Diabetes mellitus tipo I e II	1
Glibenclamida / Cloridrato de metformina	Glucovance	Merck Sharp & Dohme	Diabetes mellitus tipo II	1
Succinato de metoprolol	Hlozok	Astrazeneca	Hipertensão arterial sistêmica / Insuficiência cardíaca	1
Biofrasco	IGN	IGN	IGN	1
Bolsa 55 BP URO	IGN	IGN	IGN	1
Dispositivo intrauterino	IGN	IGN	IGN	1
Esparadrapo	IGN	IGN	IGN	1
Estabilizador coronariano	IGN	IGN	IGN	1
Estabilizador de energia	IGN	IGN	IGN	1
Frasco para dieta enteral	IGN	IGN	IGN	1
Gases não especificados	IGN	IGN	IGN	1
Kit Circulação Extracorpórea	IGN	IGN	IGN	1
Materiais hospitalares tetraparesia	IGN	IGN	IGN	1
Medicação para depressão não especificada	IGN	IGN	IGN	1
Não especificado	IGN	IGN	IGN	1
Não especificado anti-angiogênico	IGN	IGN	Anti-angiogênico	1
Não especificado para depressão	IGN	IGN	IGN	1
Não especificado para esquizofrenia	IGN	IGN	Esquizofrenia	1
PCR Quantitativo de Carga Viral para hepatite B	IGN	IGN	IGN	1

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
Produtos/equipamentos para Alimentação enteral	IGN	IGN	IGN	1
Protetor Solar FPS:50	IGN	IGN	IGN	1
Reagentes	IGN	IGN	IGN	1
Reservatorio não especificado	IGN	IGN	IGN	1
Sistema mini cec e hemostático absorvível hemostase	IGN	IGN	IGN	1
Terapia de fotodinâmica	IGN	IGN	IGN	1
Imipramina	Imipramina	Funed	Depressão / Doença de Parkinson / Acidente vascular cerebral	1
Suplemento alimentar	Impact	Nutriservice	Suplemento alimentar	1
Azatioprina	Imuran	GSK	Transplantes / Doenças autoimunes	1
PVPI - curativo	Inxedine	Systagenix	Feridas de pele de diferentes naturezas	1
Gefitinibe	Iressa	Astrazeneca	Câncer de pulmão	1
Fitoterápico a base de soja	Isoflavine	Herbarium	Menopausa	1
Suplemento alimentar	Isosource	Nutriservice	Suplemento alimentar	1
Itraconazol	Itraconazol	Vários	Infecções fúngicas	1
Fosfato de sitagliptina	Januvia	Merck Sharp & Dohme	Diabetes mellitus tipo II	1
Cloridrato de hidromorfona	Jurnista	Janssen-Cilag	Dor moderada a intensa	1
Claritromicina	Klaricid	Abbott	Infecções bacterianas	1
Cloridrato de ranitidina	Label	Aché	Hipersecreção gástrica	1
Betaistina dicloridrato	Labirin	Apsen	Doenças cocleares / vertigens	1
Lamotrigina	Lamictal	GSK	Crises convulsivas / Epilepsia	1
Suplemento alimentar	Leite em pós sem lactose	IGN	Suplemento alimentar	1
Suplemento alimentar	Leite NAN sem lactose	Nestle	Suplemento alimentar	1
Suplemento alimentar	Leite não especificado	IGN	Suplemento alimentar	1
Suplemento alimentar	Leite Nestogeno nº 1	Nestle	Suplemento alimentar	1
Levofloxacina	Levofloxacina	Vários	Infecções bacterianas	1
Levotiroxina	Levotiroxina	Vários	Hipotireoidismo	1
Atorvastatina cálcica	Liptor	Pfizer	Dislipidemia	1
Minoxidil	Loniten	Pfizer	Hipertensão arterial sistêmica	1
Loratadina	Loratadina	Medley	Rinite	1
Lorazepam	Lorax	Wyeth	Ansiedade / sedativo	1
Anlodipino besilato / losartana potássica	Lotar	Biosintetica	Hipertensão arterial sistêmica / Insuficiência cardíaca	1
Maleato de timolol	Maleato de Timolol	Alcon	Pressão intra-ocular elevada / Glaucoma	1
Varfarina sódica	Marevan	Farmoquímica	Condições que demandem anticoagulação / Tromboembolismo venoso / Coronariopatia / Acidente vascular cerebral	1
Suplemento alimentar	Metamucil Fibra	Procter & Gamble	Suplemento alimentar	1

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
Budesonida	Miflonide	Novartis	Asma	1
Domperidona	Motilium	Janssen-Cilag	Síndromes dispépticas	1
Macrogol	Muvinlax	Libbs	Constipação intestinal	1
Acitretina	Neotigason	Roche	Psoríase / Disceratoses	1
Prótese de joelho	Nexgen	Zimmer	Cirurgia ortopédica	1
Clobetol / Neomicina	Novadem	Zambon	Lesões epidérmicas	1
Insulina isofana	Novolin	Novo Nordisk	Diabetes mellitus tipo I e II	1
Insulina aspart	Novomix	Novo Nordisk	Diabetes mellitus tipo I e II	1
Auxiliar de Enfermagem	NSA	NSA	IGN	1
Biopsia de endométrio	NSA	NSA	NSA	1
Cirurgia de vesícula	NSA	NSA	IGN	1
Cirurgia digestiva	NSA	NSA	IGN	1
Cirurgia ginecológica	NSA	NSA	IGN	1
Custeio de energia elétrica	NSA	NSA	NSA	1
Eletroneuromografia	NSA	NSA	IGN	1
Esgotamento sanitário	NSA	NSA	IGN	1
Fonoaudiologia	NSA	NSA	IGN	1
Home care	NSA	NSA	IGN	1
Internação em unidade de hematologia	NSA	NSA	IGN	1
Mapeamento de retina	NSA	NSA	IGN	1
Microscopia especular	NSA	NSA	IGN	1
Não especificada	NSA	NSA	IGN	1
Neurologia	NSA	NSA	IGN	1
Paquimetria computadorizada	NSA	NSA	IGN	1
Perícia Médica	NSA	NSA	IGN	1
Pet Scan	NSA	NSA	IGN	1
Radioterapia	NSA	NSA	IGN	1
Reembolso de despesas não especificadas	NSA	NSA	NSA	1
Retinografia	NSA	NSA	IGN	1
Uretrocistografia miccional	NSA	NSA	IGN	1
Citidina-5-monofosfato dissódica	Núcleo C.M.P.	Gross	Afecções neuromusculares / Mialgias / Afecções do sistema nervoso / Recuperação funcional	1
Suplemento alimentar	Nutren Jr	Nestle	Suplemento alimentar	1
Suplemento alimentar	Nutrição enteral não especificada	IGN	Suplemento alimentar	1
Suplemento alimentar	Nutrison Advanced Cubison	Nutricia	Suplemento alimentar	1
Trioleato de glicerol / Trierucato de glicerol	Óleo de Lorenzo	Vários	Adrenoleucodistrofia	1
Olmesartana medoxomila	Olmetec	Pfizer	Hipertensão arterial sistêmica	1
Marcador tumoral	OncotypeDX	Genomic Health	Diagnóstico câncer de mama	1
Carbonato de cálcio	Orencia	BMS	Artrite reumatoide	1
Alendronato de sódio	Osteoform	EMS Sigma Pharma	Osteoporose	1
Paclitaxel	Paclitaxel	Biosintetica	Cancer de mama / ovário	1
Olopatadina	Patanol S	Alcon	Conjuntivite alérgica	1
Persea gratissima / Glycine	Piascledine	Solvay Farma	Artrose de quadril e	1

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
max			joelho / Periodontites e gengivites	
Bissulfato de clopidogrel	Plagrel	Sandoz	Acidente vascular tromboembólico / infarto do miocárdio	1
Bromoprida	Plamet	Libbs	DRGE / Esofagite de Refluxo / Gastroparesia / Náuseas e vômitos	1
Hialuronato sódico	Polireumin	TRB Pharma	Patologias degenerativas e traumáticas das articulações	1
Etexilato de dabigatran	Pradaxa	Boehringer Ingelheim	Eventos tromboembólicos venosos em artroplastia total de quadril ou joelho	1
Acetato de prednisolona	Pred Fort	Allergan	Inflamações da conjuntiva bulbar/palpebral / Inflamações da córnea e segmento anterior	1
Sinvastatina / ácido acetilsalicílico	Prevenor	Medley	Dislipidemia / Doença Aterosclerótica cardiovascular	1
Instrumental para biópsia	Probe	IGN	IGN	1
Diazóxido	Proglícem	Essex Pharma	Emergências hipertensivas infantis / Hiperinsulinismo persistente com hipoglicemia / Tumor pancreático original ou extrapancreáticos	1
Propranolol	Propranolol	Vários	Hipertensão arterial sistêmica / angina / Arritmia cardíaca	1
Mercaptopurina	Puri-Nehtol	GSK	Leucemias / Linfoma	1
Mirtazapina	Remeron	Organon	Depressão	1
Naltrexona	Revia	Cristália	Tratamento da dependência de opióides	1
Propafenona	Ritmonorm	Abbott	Extra-sístolis ventriculares e supraventriculares / Taquicardias e taquiarritmias ventriculares e supraventriculares / Síndrome de Wolff-Parkinson-White	1
Vigabatrina	Sabril	Sanofi Aventis	Crises convulsivas / Epilepsia	1
Somatrofina	Saizen	Serono	Atraso de crescimento	1
Tansulosina	Secotex	Boehringer Ingelheim	Hiperplasia prostática benigna	1
Montelucaste sódico	Singulair	Merck Sharp & Dohme	Asma	1
Dasatinibe	Sprycel	BMS	Leucemia mieloide crônica	1
Cloranfenicol / Sulfacetamida sódica	Sulnil	Allergan	Infecções bacterianas oculares	1
Suplemento alimentar	Supra Soy Sem Lactose	Josapar	Suplemento alimentar	1

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
Suplemento alimentar	Sustagem	Mead Johnson & Company	Suplemento alimentar	1
Tetracosactídio	Synacthen Depot	Novartis	Hipso-arritmia / Espasmos mioclônicos / esclerose em placas / polirediculoneurites / Doença de Crohn	1
Hilano G-F 20	Synvisc	Novartis	Substituto temporário e suplemento para o líquido sinovial	1
Aminometilpropanol / POLYQUAD	Systane UL	Alcon	Lubrificante oftálmico	1
Teicoplanina	Targocid	Sanofi Aventis	Infecções bacterianas	1
Carbamazepina	Tegretol	Novartis	Epilepsia / Mania / Abstinência / Neuropatias	1
Tela cirúrgica	Tela proceed 30x30 PCDJ1	Ethicon	Cirurgia abdominal	1
Teofilina	Teolong	Abbott	DPOC / Asma	1
Imunoglobulina de coelho antitimócitos humanos	Thymoglobuline	Genzyme	Transplante de órgãos / Anemia aplásica	1
Cloridrato de ticlopidina	Ticlid	Sanofi Aventis	AVC / hemodiálise crônica	1
Valproato de sódio / Ácido valpróico	Torval	Torrent	Epilepsia	1
Travoprostá ácido livre	Travatan	Alcon	Glaucoma de ângulo aberto-fechado / hipertensão ocular	1
Acetato de triancinolona	Triancinolona	Prati Donaduzzi	Inflamação odontológica / úlceras orais por trauma	1
Lapatinibe	Tykerb	GSK	Câncer de mama	1
Valaciclovir	Valtrex	GSK	Infecções pelo vírus Varicella zoster	1
Losartana	Valtrian	Medley	Hipertensão arterial sistêmica / Insuficiência cardíaca	1
Cloridrato de valganciclovir	Valycite	Roche	Retinite por citomegalovírus	1
Vancomicina	Vancomicina	Vários	Infecções bacterianas	1
Acetato de megestrol	Vários	Vários	Carcinoma de mama / Carcinoma de endométrio / Caquexia/anorexia associadas com aids ou câncer / Sangramento uterino	1
Ácido valproico	Vários	Vários	Crises parciais / Crises complexas	1
Brometo de ipatrópio	Vários	Vários	DPOC	1
Cloridrato de venlafaxina	Venforin	EMS Sigma Pharma	Depressão	1
Voriconazol	Vfend	Pfizer	Infecções fúngicas	1
Sildenafil	Viagra	Pfizer	Disfunção erétil	1
Vitamina D	Vitamina D	Vários	Hipovitaminose D	1
Ambrisentana	Volibris	GSK	Hipertensão Arterial Pulmonar	1
Capecitabina	Xeloda	Roche	Câncer de mama	1
Cloridrato de bupropiona	Zetron	Libbs	Depressão / dependência à nicotina	1
Ondansetron	Zofran	GSK	Náusea e	1

<b>INFORMAÇÃO / NOME GÊNÉRICO</b>	<b>NOME COMERCIAL</b>	<b>LABORATÓRIO / FABRICANTE</b>	<b>INDICAÇÕES PRINCIPAIS</b>	<b>NÚMERO</b>
			do vômito induzidos por quimioterapia citotóxica e radioterapia / pós-operatória	
Ácido zoledrônico	Zometa	Novartis	Fratura patológica / Compressão medular / Radioterapia / Cirurgia ortopédica / Hipercalcemia induzida por tumor / Câncer metastático ósseo	1
Cloridrato de bupropiona	Zyban	GSK	Depressão / dependência à nicotina	1
<b>Total</b>				<b>1623</b>

Notas: IGN = ignorado; NSA = não se aplica; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; UTI = unidade de terapia intensiva; LMA = leucemia mieloide aguda; HIV = vírus da imunodeficiência humana; aids = síndrome da imunodeficiência adquirida [CHECAR]

**ANEXOS****Anexo A – Recomendação 31/10 do Conselho Nacional de Justiça.***Conselho Nacional de Justiça***RECOMENDAÇÃO Nº 31 DE 30 DE MARÇO DE 2010**

Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

**O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ**, no uso de suas atribuições, e

**CONSIDERANDO** o grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde em tramitação no Poder Judiciário brasileiro e o representativo dispêndio de recursos públicos decorrente desses processos judiciais;

**CONSIDERANDO** a relevância dessa matéria para a garantia de uma vida digna à população brasileira;

**CONSIDERANDO** que ficou constatada na Audiência Pública nº 4, realizada pelo Supremo Tribunal Federal para discutir as questões relativas às demandas judiciais que objetivam o fornecimento de prestações de saúde, a carência de informações clínicas prestadas aos magistrados a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores dessas demandas;

Assinatura manuscrita em tinta azul, com uma forma fluida e abstrata.

**CONSIDERANDO** que os medicamentos e tratamentos utilizados no Brasil dependem de prévia aprovação pela ANVISA, na forma do art. 12 da Lei 6.360/76 c/c a Lei 9.782/99, as quais objetivam garantir a saúde dos usuários contra práticas com resultados ainda não comprovados ou mesmo contra aquelas que possam ser prejudiciais aos pacientes;

**CONSIDERANDO** as reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde;

**CONSIDERANDO** a menção, realizada na audiência pública nº 04, à prática de alguns laboratórios no sentido de não assistir os pacientes envolvidos em pesquisas experimentais, depois de finalizada a experiência, bem como a vedação do item III.3, "p", da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde;

**CONSIDERANDO** que, na mesma audiência, diversas autoridades e especialistas, tanto da área médica quanto da jurídica, manifestaram-se acerca de decisões judiciais que versam sobre políticas públicas existentes, assim como a necessidade de assegurar a sustentabilidade e gerenciamento do SUS;

**CONSIDERANDO**, finalmente, indicação formulada pelo grupo de trabalho designado, através da Portaria nº 650, de 20 novembro de 2009, do Ministro Presidente do Conselho Nacional de Justiça, para proceder estudos e propor medidas que visem aperfeiçoar a prestação jurisdicional em matéria de assistência à saúde;

**RESOLVE:**

I. Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que:

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 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;

Publique-se e encaminhe-se cópia desta Recomendação a todos os Tribunais.

Ministro **GILMAR MENDES**



**Anexo B – Artigo submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia**

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL:  
DIMENSÕES E DESAFIOS.**

JUDICIALIZATION OF THE RIGHT TO HEALTH IN THE CEARA STATE, BRAZIL:  
DIMENSIONS AND CHALLENGES.

Título Resumido: JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO NORDESTE DO  
BRASIL.

JUDICIALIZATION OF THE RIGHT TO HEALTH IN THE NORTHEASTERN OF  
BRAZIL.

Carlos Francisco Oliveira Nunes; Alberto Novaes Ramos Jr

*Carlos Francisco Oliveira Nunes* - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,  
Departamento de Saúde Comunitária, Fortaleza, Ceará, Brasil – Rua Professor Costa Mendes,  
1608 – Bloco Didático 5º Andar, Bairro Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-140

*Alberto Novaes Ramos Jr* - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,  
Departamento de Saúde Comunitária, Fortaleza, Ceará, Brasil – Rua Professor Costa Mendes,  
1608 – Bloco Didático 5º Andar, Bairro Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-140

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),  
bolsa de Mestrado Acadêmico.

Conflito de interesses: Não há.

## RESUMO

A judicialização do direito à saúde tem magnitude e perfil reais desconhecidos, dificultando o planejamento do Judiciário e do Executivo. O objetivo do trabalho é caracterizar a judicialização do direito à saúde no Estado Ceará, dimensionar sua magnitude e descrever o perfil dos sujeitos, das patologias e dos objetos demandados. É estudo transversal de natureza quantitativa e descritiva, a partir dos registros de processos judiciais nos sistemas de informação do Judiciário entre 1998 e 2012. A pesquisa revelou que a mediana das idades é 57,8 anos, que são, na maior parte, aposentados (32%) e patrocinados por advogados particulares (68%), sendo que um único advogado é responsável por 25% das demandas. A solicitação por medicamento representa 74% dos pedidos. Linfoma, DPOC, mieloma e diabetes representam sozinhas 31% de todas as doenças. Os bens mais requeridos são Mabthera®, Spiriva®, Lantus® e outros insumos para diabetes. Há clara tendência de ampliação da judicialização no Ceará, suscitando-se a hipótese de uma nova porta de acesso que amplifica desigualdades em saúde.

## **ABSTRACT**

The legalization of the right to health has magnitude and unknown profile, hindering the planning of the Judiciary and the Executive. The objective is to characterize the legalization of the right to health in the state Ceará, to calculate their magnitude and describe the profile of the subject, the disease and the defendants objects. It is cross-sectional study quantitative and descriptive, from lawsuits records in judicial information systems between 1998 and 2012. The research revealed that the median age is 57.8 years, which are for the most part, retired (32%) and sponsored by private lawyers (68%) ; a single lawyer is responsible for 25% of the demands. The request for medicinal product represents 74% of applications. Lymphoma, COPD, myeloma and diabetes alone represent 31% of all diseases. The most required asset are MabThera, Spiriva ®, Lantus and other supplies for diabetes. There is a clear trend of expansion of legalization in Ceará, raising the hypothesis of a new access door that amplifies inequalities in health.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, é crescente o número de demandas judiciais na área da saúde. A esse fenômeno, têm-se chamado de judicialização do direito à saúde, o qual, segundo Travassos (2013), começa a desenvolver-se ainda na década de 1990 com pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), mas que hoje engloba uma variedade de prestações em saúde<sup>1</sup>. Marques (2005), por sua vez, registra que a judicialização da saúde é um processo intersistêmico que interfere no relacionamento entre Executivo e Judiciário, entre o sistema político e o jurídico<sup>2</sup>.

Sabendo que o Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua mais profunda raiz, é marcado pela participação e ingerência de agentes externos ao poder Executivo em sua contínua formação<sup>3</sup>, fica perceptível que a judicialização da saúde é uma face de ação desse consciente cívico de luta pela ampliação das instituições sociais. A sociedade brasileira, mais uma vez, age em um preclaro movimento de moldar as instituições políticas de saúde, fazendo-o, agora, por meio do poder Judiciário

Todavia, ressalta-se que apesar da importância e da atualidade do tema não se tem clareza da dimensão nem das tendências temporais e espaciais. De fato, esse processo tem se desenvolvido aceleradamente, com contornos ainda desconhecidos, acarretando inegável impacto nas contas públicas e dificultado a consecução dos princípios organizacionais do SUS<sup>4,5</sup>.

Há sobeja literatura demonstrando o crescimento do número de ações judiciais em saúde, destaca-se: Messeder *et al.* (2005)<sup>6</sup>, Borges *et al.* (2010)<sup>7</sup> no Rio de Janeiro; Chieffi e Barata (2009)<sup>4</sup> em São Paulo; Romero (2008)<sup>8</sup> e Diniz (2014)<sup>9</sup> no Distrito Federal; Machado *et al.* (2011)<sup>10</sup> em Minas Gerais; Pereira (2010)<sup>11</sup> em Santa Catarina, reforçando a importância de melhor conhecer este processo no contexto do SUS.

No Estado do Ceará em 2011, segundo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), tramitavam mais

de oito mil processos de saúde. Tal quantitativo, coloca esse Estado em quarto lugar do país e líder do Nordeste no ranking de número de ações judiciais em saúde, enquanto Estados como Pernambuco e Paraíba não apresentariam nenhum processo<sup>12</sup>. A judicialização da saúde tem preocupado o gestor público, que vê o orçamento para efetivar as políticas públicas de saúde cada vez mais pressionado por decisões judiciais que exigem grandes somas do erário, levantando discussão sobre o subfinanciamento da saúde pública<sup>13</sup>.

A despeito da existência de bases de dados de processos judiciais, há ainda grande carência de informações que permitam dimensionar a real magnitude e o perfil desse processo, medidas necessárias ao correto planejamento no setor saúde<sup>14</sup>. O processo de judicialização do direito à saúde não é claramente reconhecido no país, com padrões desiguais de informações disponíveis nas diferentes regiões, em especial no Nordeste, onde poucos estudos foram desenvolvidos sobre o tema.

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a judicialização do direito à saúde no Estado Ceará, dimensionando a sua magnitude e descrevendo o perfil dos sujeitos envolvidos, das patologias, dos objetos demandados e da operacionalização de processos judiciais.

## MÉTODOS

Estudo transversal de natureza quantitativa e descritiva, a partir dos registros de processos judiciais no Estado do Ceará presentes nos sistemas de informação do Judiciário. Foram analisados os processos que requereram o fornecimento de bens e/ou serviços em saúde à Administração Pública no período de 1998 a 2012, a partir da utilização como filtro de busca a sintaxe: “Tratamento médico-hospitalar e/ou Fornecimento de medicamentos em saúde.”

Esse estudo foi estruturado em duas fases distintas e sucessivas. A primeira fase visou dimensionar a magnitude do processo de judicialização do direito à saúde no Estado do Ceará, descrevendo sua tendência ao longo do tempo e sua distribuição geográfica.

A segunda fase aprofunda a análise dos processos, descrevendo o perfil dos sujeitos envolvidos, das patologias, dos objetos demandados e da operacionalização de processos judiciais.

A primeira fase correspondeu a um levantamento inicial junto aos sistemas do Judiciário estadual (sistemas E-SAJ - Sistema Eletrônico de Automação da Justiça - e SPROC – Sistema de Processos Judiciais) e aos sistemas do Judiciário federal (sistemas CRETA - Modelo de Gestão de Processos Virtuais - e TEBAS - Modelo de Gestão de Processos Físicos) dos dados mais básicos dos processos que versem sobre a judicialização da saúde, a saber: a) número do processo, b) data do protocolo da ação, c) unidade judiciária de tramitação do processo.

O SPROC e o TEBAS são sistemas mais antigos e limitados que apenas gerenciam a movimentação de autos físicos. Já o E-SAJ e o CRETA, embora também apresentem limitações, são mais modernos e gerenciam processos totalmente virtuais.

Foram considerados elegíveis todos os processos judiciais, sejam físicos ou virtuais, em que a União Federal e/ou o Estado do Ceará e/ou os municípios cearenses figuraram como demandados.

Na Justiça Estadual, utilizou-se como indexadores de base da pesquisa os códigos 10064 e 10069 que corresponde à sintaxe “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos”. No SPROC, por ser um sistema bem mais limitado, recorreu-se ao Tribunal de Justiça do Estado do Ceará (TJCE) para, após laborioso processo realizado pelos servidores do próprio tribunal, com filtragem dos descritores que melhor retornariam os processos judiciais de interesse da pesquisa.

Catalogados esses primeiros dados, iniciou-se a segunda fase, pela qual realizou-se revisão de processos encontrados em Fortaleza, nas nove varas da Fazenda Pública com uma análise mais aprofundada das variáveis de interesse social, demográfico, epidemiológico e jurídico, em instrumento próprio de coleta de dados.

Para seleção dos processos os seguintes critérios de exclusão foram considerados: (i) processos estaduais físicos que tramitaram em comarcas do interior do Estado, (ii) processos da justiça federal, (iii) processos que tramitaram em segredo de justiça ou que por outro motivo não possam ser acessados *in locu*, (iv) ações coletivas e (v) ações civis públicas. Tais exclusões não comprometeram a representatividade do estudo uma vez que a primeira fase contemplou toda a base de dados do Judiciário cearense e porque, dado o caráter de urgência dos pedidos dessas demandas, na prática são, em sua maioria, satisfeitos ainda em primeira instância.

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), sendo dispensada de parecer consubstanciado por meio do ofício número 30 de 2013.

## RESULTADOS

Na primeira fase do estudo, verificou-se tendência de crescimento do número de processos ao longo do período sobretudo a partir de 2007 (Figura 1), data que coincide com o aumento do número de publicações de artigos científicos sobre o tema no país<sup>14</sup>.

### *FIGURA 1*

Quanto ao número total de processos no Ceará: na justiça federal, somando os processos encontrados em primeira instância (354) com os processos inéditos da segunda instância (67) conclui-se que existiam, segundo os critérios estabelecidos neste estudo, em todo o Judiciário federal cearense, no período de janeiro de 1999 a agosto de 2012, excetuando os dados do TRF da 5ª região: 421 processos cadastrados com descritor “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos”.

No SPROC, foram encontrados, em julho de 2012, um total de 246 processos. Desses, apenas 202 eram registros inéditos; 44 representavam dados repetidos. Assim, segundo tabela fornecida pelo próprio TJCE, há 202 processos em que os municípios do interior cearenses ou o Estado são acionados para serem réus. Importante destacar que segundo o próprio tribunal, nessa base dados, somente foi possível resgatar dados a partir de 2008, ano em que foram implantadas tabelas de padronização.

No e-SAJ, a lista de processos obtidas com o TJCE continha 1.146 processos, contudo, identificou-se doze processos que não guardavam nenhuma relação com o assunto da judicialização. Por isso, dos 1.146 registros informados pelo TJCE somente 1.134 foram levados para a análise na segunda fase.

Destaca-se que os números obtidos nessa primeira fase foram fornecidos pelo TJCE e,

segundo o remetente, a lista compreende todos os processos cadastrado com o assunto supracitado. A lista contém, inclusive, os processos arquivados ou em fase de recurso. Assim, temos um total de 421 processos na justiça federal e 1.336 na Justiça Estadual, totalizando 1.757 até agosto de 2012 (Tabela 1).

#### *TABELA 1*

A segunda fase consistiu na análise mais aprofundada dos 1.134 processos encontrados no e-SAJ. Após a aplicação do instrumento de coleta, constatou-se que havia 123 processos com registro repetido, portanto em duplicidade, que havia 47 processos cujo teor não tratava de matéria de saúde pública, que havia 10 ações civis públicas e, por último, que havia 1 processo tramitando em segredo de justiça, portanto, com dados inacessíveis. Esses processos, embora fichados, foram excluídos da pesquisa.

Assim, restaram 965 processos inéditos e válidos. Sobre o autor, em 964 processos o demandante era uma pessoa física. Desses, 506 autores eram do sexo feminino (52,5%). Em relação ao estado civil, a maioria era de casados com 436 casos (45,1%). Ressalta-se que em 104 (10,8%) processos não se encontrou essa informação. A média de idade dos autores é de 53,4 anos, com desvio padrão de 23,1 anos.

Quanto à ocupação, aplicou-se filtro selecionando-se as profissões que apareciam em pelo menos em cinco processos, fato verificado em 698 (72,3%) processos. Os aposentados demandam em 32,4% dos processos, seguidos por donas de casa em 106 (10,9%), estudantes 44 (4,5%), agricultores 41 (4,2%) e servidores públicos 34 (3,5%).

Quanto ao grau de instrução, esta informação estava claramente disponível apenas para 48 autores, sendo que em 27 registros, os autores declararam-se analfabetos. A carência de dados quanto à escolaridade dificulta maiores conclusões acerca do perfil do autor no tocante a esse

dado.

Todavia, uma diferença importante foi encontrada quando se pesquisou quem eram os patronos dos autores. Dos 965 processos, 660 (68,4%) eram patrocinados por advogados particulares, enquanto que em apenas 305 deles o pleito era defendido por advogados públicos, a saber defensorias públicas, sindicatos e organizações não governamentais (ONGs). Analisou-se o número de processos que cada advogado mantinha, foram identificados nove causídicos com mais de cinco processos. O advogado “A” chegou a ser responsável por 248 processos (25,7%) de todos os 965 processos, o que representa 37,5% dos 660 processos mantido exclusivamente por advogados particulares.

Quanto ao local de residência, o município com mais autores é a capital Fortaleza com 750 processos (77,7%), seguido por Maracanaú com 17 (1,7%), Caucaia com 13 (1,3%), Tianguá com 8 (0,8%), Maranguape com 7 (0,7%), Quixadá e Russas cada um com 6 (0,6%) e Juazeiro e Pacatuba com 5 processos (0,5%), cada um.

A distribuição dos 750 processos do Município de Fortaleza segundo bairro, dá-se da seguinte forma: os bairros com mais de 20 registros são: Centro, Aldeota, Messejana, Montese, Meireles e Edson Queiroz. Trata-se de informação relevante, uma vez que bairros como Aldeota, Montese e Meireles representam áreas valorizadas, reconhecidamente habitados pelas classes sociais mais abastadas de Fortaleza (Figura 2).

#### *FIGURA 2*

Ressalte-se que o bairro por si só não é suficiente para atestar o poder econômico dos autores, pois mesmo nesses bairros há bolsões de pobreza. Contudo, aliado às outras variáveis, gera-se a hipótese de que a judicialização tenha um impacto maior sobre classes econômicas mais privilegiadas.

Adicionalmente, analisou-se qual espécie de bem requerido, totalizando 1.623 demandas em 965 processos. Foram encontradas 1.079 solicitações de medicamentos, o que representa 66,5% do total. Após medicamentos, seguem-se 233 (14,3%) processos por insumos; 105 (6,4%) por alimentação; 75 (4,6%) por intervenção cirúrgica; 62 (3,8%) por exames complementares; 24 (1,4%) por tratamentos especializados; 16 (0,9%) por custeio; 13 (0,8%) por outros tratamentos; 12 (0,7%) por internação hospitalar; 2 (0,1%) por demandas sociais; 1 (0,1%) por internação domiciliar e 1 (0,1%) por transporte hospitalar.

Em relação à análise dos diagnósticos que sustentam o processo de judicialização e das intervenções requeridas, foram encontrados 209 tipos de doenças divididas em Capítulos da Classificação Internacional de Doenças na 10ª Revisão (CID 10).

Existem 13 processos cuja patologia que acomete o autor não é informada e há 1 processo em que claramente não há patologia registrada, por tratar-se de um pedido de saneamento básico para a rua do autor. Assim, todos os processos analisados, podem ser distribuídos em dezoito categorias, contendo no total 209 tipos de demandas.

Note-se que 31,1% dos processos são frutos de apenas 4 doenças, sendo que a mais requerida isoladamente representa 12,3% dessas demandas. 75,4 % dos diagnósticos aparecem mais de cinco vezes (Tabela 2).

#### *TABELA 2*

Entre outras condições elencadas (849; 78,9%), em relação ao número de processos, citam-se: síndrome mielodiplásica (41); cardiopatia isquêmica (40); alergia/intolerância a lactose, soja, ovos e/ou outros (39); leucemia (36); hipertensão arterial pulmonar (35); hipertensão arterial sistêmica (31); câncer de mama com ou sem mastectomia (25); acidente vascular cerebral (23); câncer de pulmão (18); psoríase (15); cardiopatia não especificada (14);

Alzheimer (14); artrose (14); fratura/fissura óssea (14); osteoporose (12); dislipidemia (11); esquizofrenia (11); transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (11); transtorno afetivo bipolar (10); doença da retina (10); psicopatologias e transtornos neuropsiquiátricos não especificados (9); transtorno depressivo (8); infecção por HIV/Aids (7); câncer de rim (7); acromegalia (7); glaucoma (7); câncer de fígado (6); déficit cognitivo/mental (6); doença de Parkinson (6); artrite reumatoide (6); câncer de cérebro (5); púrpura trombocitopênica trombótica (5); desnutrição (5); obesidade (5); doença arterial (5); paralisia cerebral (5); doença ocular não especificada (5); asma (5); espondilite anquilosante (5); insuficiência renal crônica (5) e litíase renal (5).

Em relação ao detalhamento dos processos, 960 (99,5%) eram de conhecimento enquanto apenas 5 (0,41%) eram cautelares. Constatou-se ainda que 954 (98,9%) dos processos pleitearam os benefícios da justiça gratuita e que em 948 (98,2%) esse pleito foi deferido.

Relevante é que 963 (99,8%) processos solicitaram tutela antecipada, sendo que desses, em 882 (91,4%), o pedido foi deferido e em 35 (3,6%) o pedido estava pendente. Portanto, em apenas 46 (4,7%) processos, do total de 965, o juiz não concedeu tutela antecipada.

Adicionalmente, nos 882 processos que tiveram tutela antecipada concedida, em 858 (97,3%) processos a medida antecipatória ocorreu antes de ouvir a administração pública, *inaudita altera pars*.

O Estado do Ceará representou o ente da Administração Pública Direta mais presente das demandas judiciais, sendo réu em 818 processos (84,7% de todas as demandas). Os municípios são identificados em 98 (10,1%) processos, Estados e municípios em litisconsórcio passivo em 46 (4,7%); União com Estado e Município em 2 (0,2%); União e Município em 01 (0,1%) e a União, isoladamente, em nenhum processo.

Vale destacar que poucos são os casos de litisconsórcio passivo, pois os magistrados entendem que a pluralidade de réus mais atrasa o trâmite do que o auxilia, sendo, a

multiplicidade de defesas, um entrave à celeridade processual exigida nesses casos. Percebeu-se que quando o autor pedia a citação de mais de um ente da APD, o juízo mandava emendar inicial, para que se escolhesse apenas um (1).

Note-se que a ausência da União isoladamente, deve-se ao fato de a base de dados analisada nessa segunda fase ter sido estadual. E que sua presença ocorria em poucos casos em que o autor tinha optado por acionar mais de uma pessoa, vindo, posteriormente, a demandar contra apenas um, ou o Estado ou o município.

Em relação à origem das prescrições que fundamentavam os pedidos em análise, em 736 processos (76,3%), as prescrições médicas e afins vinham da própria rede pública de saúde, enquanto que em 204 (21,1%) provinham da rede privada de saúde. Em 25 processos (2,6%) não foi possível identificar a origem do documento ou porque ele não existia nos autos ou porque estava ilegível. Registra-se ainda que nos processos que continham tanto o documento público como o privado, considerou-se o de origem pública, por estar de acordo com o preceituado na literatura.

Quanto à especialidade dos profissionais de saúde que subscrevem as prescrições, em ordem decrescente, temos a hematologia com 242 (25%) seguida por endocrinologia 76 (7,8%); pneumologia 68 (7,8), oncologia 66 (6,8%); cardiologia 46 (4,7%); psiquiatria 34 (3,5%); gastroenterologia e gastropediatria 33 (3,4%); especialidade médica não especificada 33 (3,4%); clínica médica 29 (3%); oftalmologia 29 (3%); neurologia 24 (2,5%); cirurgião (incluindo odontológicos) 23 (2,3%); ortopedia 19 (1,9%); reumatologia 15 (1,5%); dermatologia 12 (1,2%); pediatria 11 (1,1%); traumatologia 11 (1,1%); urologia 9 (0,9%); neurocirurgia 7 (0,7%); infectologia 6 (0,6%); neuropediatria 5 (0,5%); ginecologia 4 (0,4%); radiologia 4 (0,4%); geriatria 3 (0,3%); nutrição 3 (0,3%); otorrinolaringologia 3 (0,3%); angiologia 2 (0,2%); farmacologia 2 (0,2%); hepatologia 2 (0,2%); nefrologia 2 (0,2%); anestesiologia 1 (0,1%); fisioterapia 1 (0,1%); hemoterapia 1 (0,1%); neurocardiologia 1

(0,1%); neuroradiologia 1 (0,1%); obstetrícia 1 (0,1%); patologia 1 (0,1%). Além desses, em 135 processos não se identificou por estar ilegível ou não se aplicar. As cinco especialidades mais presentes, portanto, são responsáveis por 51,6% de todos os processos.

Analizou-se adicionalmente o número de processos instaurados por profissional de saúde prescritor do bem requerido. Encontrou-se 31 médicos com mais de 5 processos e desses apenas quinze com mais de 10 processos. Juntos, os quinze profissionais de saúde mais frequentes nos processos respondem por apenas 26,8% do total de demandas. O médico que mantinha mais processos foi encontrado em 39 processos, percentual bem menor que o encontrado entre os advogados.

Para terminar, quanto ao valor da causa, a ação com menor valor foi R\$10,00 que claramente foi atribuído apenas para fins fiscais enquanto que a ação de maior valor foi R\$ 340.000,00. O valor médio das 965 ações é de R\$ 36.104,57 e desvio padrão de R\$ 62.168,90.

## DISCUSSÃO

O estudo apresenta pela primeira vez os cenários da judicialização do direito à saúde a partir de toda a base de dados do Judiciário cearense. Evidencia que o fenômeno está consolidado no Ceará, com tendência de crescimento e indicativos de que os processos envolvidos estão concentrados territorialmente, em poucas patologias, em poucos capítulos da CID 10, em alguns advogados e se expressa no Estado e no país, principalmente, sob a forma de demandas judiciais por medicamentos.

Uma das questões relativas aos sistemas do Judiciário é a dificuldade de se operacionalizar análises e alguns elementos de fidedignidade de seus dados. As bases do Judiciário foram construídas *a priori* de modo a não permitir análises sistemáticas, mas tão somente operacionalizar com maior celeridade o registro e o acompanhamento dos atos processuais. De fato, mesmo o setor de estatística do TJCE teve dificuldades em catalogar os dados corretamente, pois não há padronização nas informações inseridas.

O fato de os sistemas não conversarem entre si dificulta o trabalho do pesquisador no intuito de buscar agregar informações, comparar *performances* e qualificar dados das referidas bases. A falta de padronização representa um claro óbice que tem levado muitos pesquisadores a restringirem o alcance de seus estudos, como por exemplo, a utilizarem amostras pequenas de processos e a compulsar bases de dados mantidas pelo Executivo<sup>10, 15, 16</sup>.

Outro resultado que merece ser discutido é a grande divergência entre os dados encontrados nessa pesquisa e as estatísticas oficiais divulgadas<sup>12,14</sup>, colocando em dúvida a fidedignidade da informação do Conselho Nacional de Justiça. Dados oficiais indicavam que o Ceará teria 8.344 processos em matéria de judicialização da saúde, quarto maior número no país. Entretanto, este dado difere substancialmente dos 1.757 processos encontrados por pesquisa direta. Essa “superestimativa” à primeira vista pode ser o reflexo das falhas nos sistemas do Judiciário e reflete a falta de referencial para um posicionamento mais claro tanto do

Judiciário quanto do Executivo.

Há tendência de crescimento sobretudo a partir de 2007, o que mostra que o impacto financeiro, que já é significativo <sup>13, 17</sup>, provavelmente será ainda mais expressivo se nada for feito para interromper essa trajetória.

A partir da revisão da literatura <sup>14</sup> e coincidente com os dados coletados nas varas da fazenda pública, é o preocupante silêncio das demandas judiciais por fármacos, insumos e exames complementares, direcionados para o manejo de “doenças tropicais” e outras condições aninhadas a condições de vulnerabilidade social. Essas doenças ainda têm maior incidência entre as camadas mais pobres da sociedade brasileira, em especial nas regiões Norte e Nordeste do país, e não foi encontrado absolutamente nenhum caso na literatura e apenas um (1) caso isolado em Fortaleza, voltado para manejo de complicações de esquistossomose, especificamente, hipertensão porta. Essa ausência pode sugerir também a exclusão dos mais vulneráveis do processo de judicialização.

Sobre a questão do perfil dos bens requeridos e os altos custos, ressalta-se que o impacto financeiro torna-se ainda mais grave porque aliado custo dos medicamentos há também superelevação dos preços por aquisição não programada <sup>11, 18</sup>.

Faz-se necessário avaliar se os bens requeridos de fato devem ser incorporados aos protocolos da política pública e, a depender da resposta, considerar o número de demandas e quais medidas podem ser adotadas para seu fornecimento. Tudo isso deve ser analisado de forma integrada sob a ótica do setor saúde, com base em evidências, integrada à perspectiva do direito e da gestão financeira, colhendo os bons frutos que a judicialização tem potencial para ofertar, rejeitando-a naquilo que é supérflua ou danosa <sup>14, 19</sup>.

Um resultado salutar evidenciado tanto na pesquisa realizada no Ceará como nos estudos identificados no restante do país <sup>9, 10, 11</sup>, foi que os processos em sua maioria demandam medicamentos já aprovados pela ANVISA. De grande importância esse dado, uma vez que a

obrigatoriedade de aprovação pela agência de vigilância sanitária tem base legal e consta na recomendação 31 do CNJ. Seria, portanto, uma temeridade aceitar o uso de medicamentos que não tenham se submetido ao seu crivo.

A revisão da literatura e os processos cearenses evidenciaram que as prescrições médicas vêm preferencialmente do sistema público de saúde<sup>18,20</sup>, embora existam também estudos em que há maior frequência das prescrições privadas<sup>16</sup>.

Uma grande participação de causas patrocinadas por advogados particulares foi observada no Ceará e na literatura que aborda outras unidades da federação e pode sugerir que o processo de judicialização beneficia indivíduos com maior poder aquisitivo, capazes em custear um defensor particular<sup>4,16,17</sup>. De forma contundente, demonstrou-se que no Ceará um único advogado é responsável por 25% do total de 965 demandas e 37,5% das demandas com advogados particulares. Tal fato é bastante significativo em um Estado em que a seccional da OAB mantém, no início de 2014, cerca de 16.810 advogados cadastrados e com inscrição ativa. Ou seja, este único advogado representa 0,006% dos advogados do Estado.

De forma diferente, o médico que mais prescreveu foi encontrado em 39 processos, uma diferença significativa se comparado ao advogado com mais processos (248). Estes dados indicam não haver, pelo menos não claramente, uma associação entre médicos e advogados para beneficiar interesses particulares, como a indústria farmacêutica ou fabricantes de insumos no Ceará.

Uma possível relação poderia tentar ser feita entre o advogado e a indústria farmacêutica, mesmo porque há precedentes na literatura<sup>17</sup>. Contudo, a despeito da concentração de processos nas mãos de um só advogado, não foi encontrada relação clara desses advogados com um medicamento ou patologia específicos. Há concentração de diagnósticos em torno de doenças e capítulos do CID-10, com participação de doenças crônico-degenerativas, em especial neoplasias, que expressam um processo de transição epidemiológica e demográfica

em consolidação, sinalizando, assim, maior participação de pessoas que tiveram a oportunidade de envelhecer.

Embora não tenha sido verificada diferença consistente quanto ao sexo, a mediana das idades próxima dos 60 anos e o fato de mais de 30% dos autores terem se identificado como “aposentados” estão diretamente em sintonia com o perfil das doenças crônico-degenerativas no país.

Há evidente necessidade de atualização dos protocolos terapêuticos adotados pelos serviços de saúde. Frisa-se que as doenças com maior frequência na pesquisa também estão presentes nos estudos realizados em outras Unidades da Federação e que foram publicados na literatura<sup>8,10, 16, 21</sup>, ressaltando-se neoplasias, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e diabetes.

A existência de grande número de médicos prescrevendo alternativas não contempladas no protocolo padrão para o tratamento dessas doenças, aliada ao fato de que as listas oficiais de medicamentos estão ficando rapidamente desatualizadas, pode sugerir que de fato há uma falha nas escolhas vigentes. Por outro lado, questiona-se a influência das indústrias farmacêuticas na busca por novos mercados para produtos que nada acrescentam<sup>17</sup>.

Identificou-se que dos 882 processos que tiveram tutela antecipada concedida, em quase 98% a medida antecipatória ocorreu antes de ouvir a administração pública. Tais dados são coerentes com a urgência exigida por esses casos, contudo, demonstram também que a orientação número 31 do CNJ não está sendo observada e que há graves falhas na comunicação entre o sistema jurídico e o sistema político.

## CONCLUSÃO

Há uma clara tendência de ampliação do número de processos no estado do Ceará reforçando que o processo de judicialização do direito à saúde encontra espaço mesmo em áreas menos desenvolvidas do país.

O perfil dos bens e serviços requeridos, participação predominante da advocacia particular, silêncio quanto a doenças tipicamente ligadas a estados de vulnerabilidade social, demonstram que a judicialização da saúde de fato tem tido pouco alcance nas camadas mais pobres da população, servindo mais para criar uma política paralela de acesso a novidades terapêuticas e que beneficia a classe com mais acesso à justiça. Argumento que é reforçado pelo fato de parcela dos autores residirem em bairros que estão entre os mais desenvolvidos do município de Fortaleza. Todavia, os elementos encontrados não são suficientes para garantir que o processo tem sido prejudicial, ampliando per si as desigualdades no país<sup>22</sup>.

A judicialização em si não é boa nem ruim. Ela traz problemas mas também provoca melhorias. O fato é que o direito, com sua linguagem do legal/ilegal e sua tradição positivista não é suficiente para concretização de um direito que é social e que tem sua dimensão política pungente. Afinal, se o foco for apenas os casos concretos das ações individuais nunca haverá falta de recursos, pois não há tratamento ou medicamento que, considerado de forma isolada, seja capaz de esgotar o orçamento público.

Há preclara necessidade de estreitar, com urgência, os canais de comunicação entre gestor e magistrado, seja deixando os que existem mais céleres, seja criando novos canais, sob pena de inviabilizar a gestão estratégica do sistema.

## REFERÊNCIAS

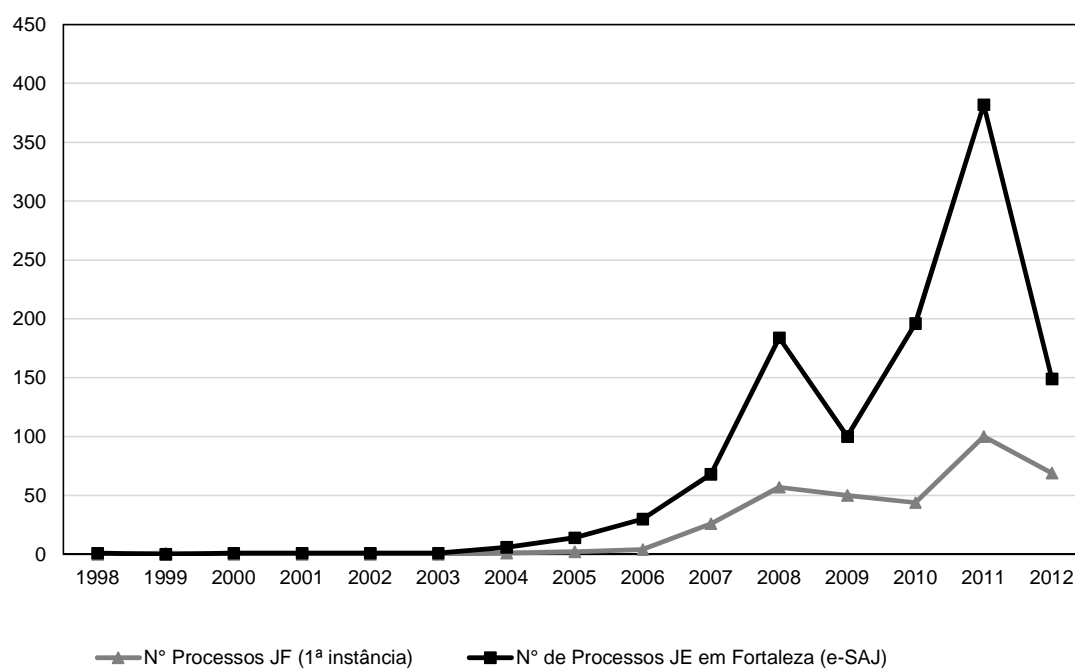
1. Travassos DV, Ferreira RC, Vargas AMC, Moura RNV, Conceição EMA, Marques DF, et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(11):3419-29.
2. Marques SB. A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica: o caso do Estado de São Paulo [dissertação] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
3. Victoria CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI, Almeida C, Bahia L, Travassos C, Reichenheim M, Barros FC, the Lancet Brazil Series Working Group. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet* 2011; 6(Supl. Saúde no Brasil):90-102.
4. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1839-49.
5. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. <http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf> (acessado em 04/Dez/2014).
6. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:525-34.
7. Borges DCL, Ugá MAD. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1 a instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:59-69.
8. Romero LC. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008. (Textos para Discussão, 41).

9. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(2):591-8.
10. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, Faleiros DR, Guerra Jr. AA, Cherchiglia ML, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:590-8.
11. Pereira JR, Santos RI, Nascimento Junior JM, Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(suppl 3):3553-60.
12. Cavalcanti H. Brasil tem mais de 240 mil processos na área de Saúde. <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/14096-brasil-tem-mais-de-240-mil-processos-na-area-de-saude> (acessado em 2011/Abr /25).
13. Ferraz OLM, Vieira FS. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados Rev Ciênc Sociais* 2009; 52:223-51.
14. Nunes CFO. A Judicialização do direito à saúde no Estado do Ceará, Brasil: cenários e desafios [dissertação]. Fortaleza(CE): Universidade Federal do Ceará; 2014.
15. Marques SB. O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil: diálogos entre o direito, a política e a técnica médica [tese]. São Paulo(SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2011.
16. Campos Neto OH, Acurcio FA, Machado MAA, Ferré F, Barbosa FLV, Cherchiglia ML, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:784-90.
17. Chieffi AL, Barata RCB. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:421-9.
18. Sant'Ana JMB. Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das

- demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
19. Silva RTB. Conflitos bioéticos decorrentes do acesso a medicamentos órfãos no Brasil: o exemplo da laronidase para o tratamento da mucopolissacaridose tipo I [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
  20. Figueiredo TA. Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: a aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
  21. Vieira FS, Zucchi P. As distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:214-22.
  22. Medeiros M, Diniz D, Schwartz IVD. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. *Cien Saude Colet* 2013;18(4):1079-1088.

## GRÁFICO

Figura 1 – Frequência anual de processos do Juizado Federal e do Juizado Estadual no Estado de Ceará, 1998-2012\* (Figure 1 - Annual frequency processes of the Federal Judicial Court and the State Judicial Court in the State of Ceará, 1998-2012 \*)



\*Dados preliminares até agosto de 2012 (Preliminary data until August 2012)

## TÁBELAS

Tabela 1 – Frequência anual de processos segundo base de dados \* (*Table 1 - Annual frequency processes according to data base\**)

<b>Base de Dados</b>	<b>Nº de Processos</b>
<b>Federal</b>	
Varas e Juizados Especiais Federais	354
Turma Recursal Federal	67
<i>Total Federal</i>	<i>421</i>
<b>Estadual</b>	
Varas do Interior do Estado (SPROC)	202
Varas de Fortaleza (e-SAJ)	1.134
<i>Total Estadual</i>	<i>1336</i>
<b>TOTAL</b>	<b>1.757</b>

\*Dados preliminares até agosto de 2012 (\*Preliminary data until August 2012)

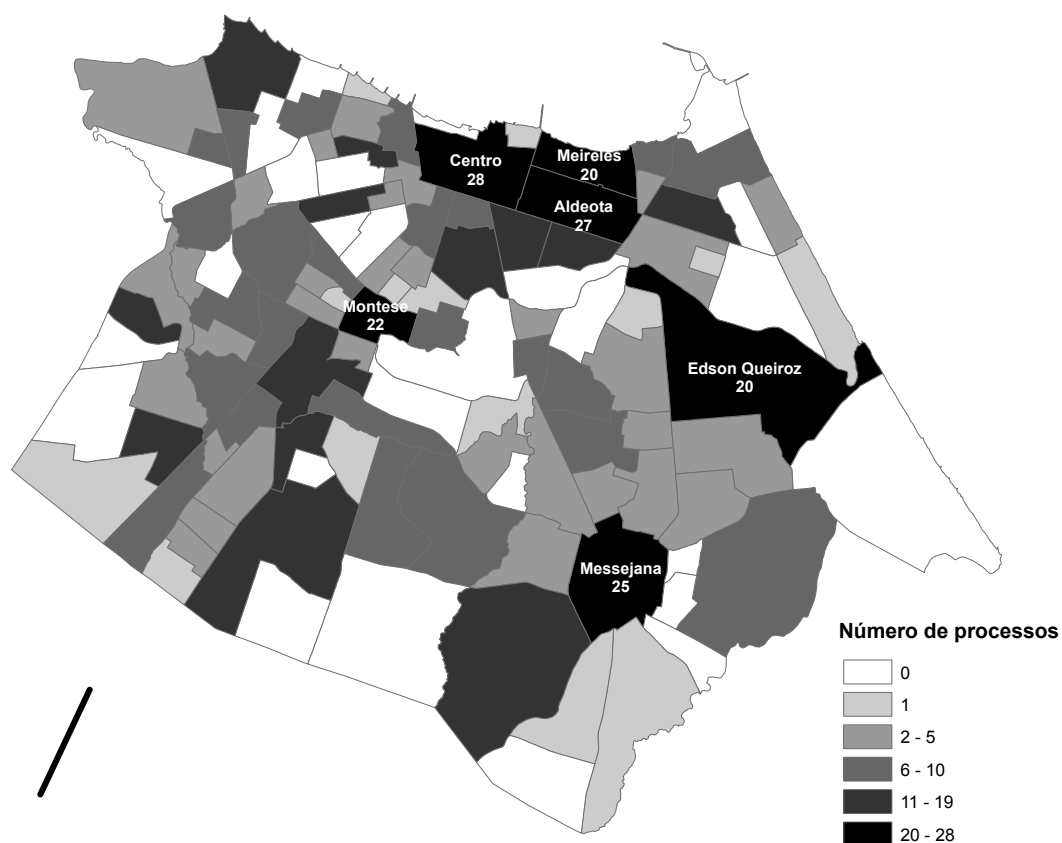
Tabela 2 – Frequência das patologias e demandas mais frequentes nos processos no Estado de Ceará, 1999-2012\* (*Table 2 - Frequency of the most frequent pathologies and demands on proceedings in the State of Ceará, 1999-2012 \**)

<b>PATOLOGIA DO AUTOR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Linfoma	119	12,3
Diabetes mellitus tipo I e II	89	9,2
Doença pulmonar obstrutiva crônica	48	4,9
Mieloma múltiplo	45	4,6
<b>TOTAL</b>	<b>301</b>	<b>31,1</b>
<b>BEM REQUERIDO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mabthera®	81	8,4
Lantus®	43	4,4
Agulha/Lancetas/Cânulas/Canetas para Insulina/Glicosímetro/Fitas	111	11,5
Spiriva®	60	6,2
Velcade®	41	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>336</b>	<b>34,8</b>

\*Dados preliminares até agosto de 2012 (\*Preliminary data until August 2012)

## MAPAS

Figura 2 – Distribuição espacial de processos nas unidades da justiça estadual no Ceará, segundo bairro de Fortaleza de origem do processo, 1999-2012\* (*Figure 2 - Spatial distribution processes in units of the state courts in Ceará, in Fortaleza neighborhood process of origin, 1999-2012 \**)



\*Dados preliminares até agosto de 2012 (*\*Preliminary data until August 2012*)