

UNESP  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Faculdade de Ciências e Letras
Campus de Araraquara - SP

MARCELA FERNANDA ALBERTO

**ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DA
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE
SÃO PAULO**



ARARAQUARA – SP
2012

MARCELA FERNANDA ALBERTO

ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Economia, da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Economia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Luciana Togeiro de Almeida

Co-orientador: Prof. Dr. Claudio César de Paiva

ARARAQUARA – S.P.
2012

Alberto, Marcela Fernanda

Análise das características da judicialização da saúde no Estado de São Paulo / Marcela Fernanda Alberto. – 2012

116 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Campus de Araraquara
Orientador: Luciana Togueiro de Almeida

1. Ação judicial. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

Marcela Fernanda Alberto

ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Departamento de Economia, da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Economia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciana Togeiro de Almeida

Co-orientador: Prof. Dr. Claudio César de Paiva

Data da defesa: 25/09/2012

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Co-orientador: Prof. Dr. Claudio César de Paiva (UNESP - FCLAr)

Membro Titular: Prof^a. Dr^a. Patrícia Borba Marchetto (UNESP – FCLAr)

Membro Titular: Prof^a. Dr^a. Claudia Alessandra Tessari (UNIFESP)

Local: Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Ciências e Letras
UNESP – Campus de Araraquara

“Pois realmente a saúde é, de longe, o elemento principal para a felicidade humana. Por conta disso, resulta que a maior de todas as tolices é sacrificá-la, seja pelo que for: ganho, promoção, erudição, fama, sem falar da volúpia e dos gozos fugazes. Na verdade, deve-se pospor tudo à saúde.”

Arthur Schopenhauer (1956, p.8)

RESUMO

Apresenta-se no Brasil como fenômeno recente uma tendência crescente dos cidadãos em solicitar do Estado, pela via judicial, diversas ações e serviços relacionados à saúde, principalmente medicamentos, gerando impactos significativos sobre o orçamento público. A utilização do Poder Judiciário para adquirir determinados tratamentos de saúde baseia-se no princípio instituído pelo Artigo 196 da Constituição Federal de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”. Dessa forma, o Estado brasileiro comprometeu-se em garantir a universalidade e a integralidade nos serviços de atenção à saúde, porém logo surgiram problemas relacionados ao financiamento e execução dos serviços, intensificados ao longo dos anos 2000 com a não regulamentação da Emenda Constitucional 29. Também a partir desse período, os gastos despendidos para a execução de um número crescente de ações judiciais passaram a gerar impactos excessivos para o Poder Executivo, contribuindo para inviabilizar a execução das políticas públicas previamente determinadas. Nesse contexto, o objetivo desta dissertação é contribuir para a compreensão do processo de judicialização da saúde, analisando primeiramente o debate dicotômico que circunda o tema (representado pelos profissionais da área do Direito e pelos formuladores de políticas públicas), e posteriormente realiza-se um estudo das características da judicialização da saúde no Estado de São Paulo. Para tanto, procurou-se analisar detalhadamente as particularidades inerentes aos processos impetrados contra este Estado, sobretudo em termos de crescimento do número de ações judiciais e elevação dos gastos para o seu cumprimento, além de ser realizada uma avaliação dos aspectos desse fenômeno utilizando os critérios de eficiência, eficácia e efetividade.

Palavras-chave: Ação judicial. Integralidade. Judicialização. Sistema Único de Saúde. Universalidade.

ABSTRACT

A recent phenomenon has been observed in Brazil: a growing trend for the citizens to request, through legal means, several actions and services related to health, particularly the free acquisition of drugs, which is generating a significant impact on the public budget. The use of the judiciary to acquire certain health treatments is based on the following principle, established by Article 196 of the 1988 Federal Constitution: "Health is everyone's right and duty of the State". Therefore, the Brazilian government has pledged to ensure the universality and comprehensiveness of health care services. However, soon problems related to the financing and delivery of the services arose. These problems were intensified throughout the 2000s with the deregulation of the Constitutional Amendment 29. Also, from this period on, the expenses with the increasing number of lawsuits began to generate a considerable impact on the Executive Branch, contributing to derail the implementation of the predetermined public policies. In this context, the objective of this dissertation is to contribute to the understanding of the judicialization process that health has been going through, examining first the dichotomous debate surrounding the subject (represented by professionals in the field of Law and by public policies makers) and then, carrying on a study of the health judicialization characteristics in the state of Sao Paulo. Thus, we sought to analyze in detail peculiarities inherent to the lawsuits filed against this state, mainly in terms of growth of the number of lawsuits and the rising cost for compliance, as well as carry on an evaluation of the aspects of this phenomenon using the following criteria: efficiency, efficacy and effectiveness.

Keywords: Lawsuit. Comprehensiveness. Judicialization. Unified Health System. Universality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxo de financiamento do SUS.	38
Figura 2: Estágios do processo de análise das ações judiciais que solicitam o fornecimento de medicamentos	66
Figura 3: Mapa da distribuição espacial do IPJS segundo Departamentos Regionais de Saúde. Estado de São Paulo – 2010	92
Figura 4: Mapa da distribuição espacial do IPJS segundo municípios de residência dos autores das demandas judiciais. Estado de São Paulo – 2010.....	94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais – R\$ milhões.....	18
Gráfico 2: Composição do gasto privado em saúde por decil de renda familiar per capita. Brasil – 2002.....	46
Gráfico 3: Proporção de pessoas segundo auto-avaliação do estado de saúde e utilização de serviços por classe de rendimento familiar. Brasil – 2003.....	82
Gráfico 4: Comparação entre o número das “ações de medicamentos” e demais ações propostas em face do Estado de São Paulo	83
Gráfico 5: Distribuição das ações judiciais segundo ano de entrada. Estado de São Paulo – Abril de 2011.....	86
Gráfico 6: Evolução do número total de ações judiciais. Estado de São Paulo	87
Gráfico 7: Distribuição das ações judiciais segundo tipo. Estado de São Paulo - 2010.....	88
Gráfico 8: Número de ações judiciais ativas por Departamentos Regionais de Saúde. Estado de São Paulo – 2010	89
Gráfico 9: Evolução do Índice Paulista de Judicialização da Saúde (2005 – 2011)	95
Gráfico 10: Distribuição das ações judiciais segundo o local principal de tratamento. Estado de São Paulo - 2010.....	96
Gráfico 11: Distribuição dos medicamentos dispensados por ação judicial segundo Grupos da ATC. Estado de São Paulo – 2010	99
Gráfico 12: Distribuição dos itens dispensados por ação judicial segundo categorias. Estado de São Paulo – 2010	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Gastos com Assistência Médica no Brasil em 1986, por Região.	27
Tabela 2: Participação na despesa com saúde segundo esfera de governo. Brasil – 1980-2008 (%)	41
Tabela 3: Despesas das esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde. Brasil – 2000 a 2007, em R\$ bilhões e per capita	42
Tabela 4: Estimativa da composição do gasto em saúde. Brasil – 2011	45
Tabela 5: Composição percentual do gasto em saúde – 2006	47
Tabela 6: Índice Paulista de Judicialização da Saúde segundo Regionais de Saúde de residência dos autores. Estado de São Paulo – Maio 2010.....	90
Tabela 7: Distribuição das ações judiciais segundo local de dispensação (unidade dispensadora). Estado de São Paulo, 2010	92
Tabela 8: Índice Paulista de Judicialização da Saúde – IPJS (2005 – 2011).....	94
Tabela 9: Distribuição das ações judiciais segundo diagnósticos mais frequentes. Estado de São Paulo, 2010	97
Tabela 10: Medicamentos dispensados com maior frequência nas ações judiciais. Estado de São Paulo, 2010	98
Tabela 11: Estimativa de custos mensais referente às ações judiciais segundo categoria dos itens. Estado de São Paulo, 2010.....	101
Tabela 12: Estimativa de custos mensal e anual referente às ações judiciais segundo categoria dos itens. Estado de São Paulo, 2010	101
Tabela 13: Gastos referentes às ações judiciais e programas selecionados do SUS. Estado de São Paulo, 2009	102
Tabela 14: Medicamentos importados fornecidos por determinação judicial. Estado de São Paulo, 2011	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARENA	Aliança de Renovação Nacional
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Code
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CODES	Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
CSS	Contribuição Social para a Saúde
DCB	Denominação Comum Brasileira
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ENAMAT	Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho
ENFAM	Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados
EPU	Encargos Previdenciários da União

FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FPE	Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
ICMS	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPJS	Índice Paulista de Judicialização da Saúde
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
ITCMD	Imposto sobre Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação de Bens e Direitos
ITR	Imposto Territorial Rural
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NAP	Nova Administração Pública
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIB	Produto Interno Bruto
PIS/PASEP	Programa de Integração Social/ Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
SCJ	Sistema de Controle Jurídico
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDS	Sistema Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO	21
1.1 INTRODUÇÃO	21
1.2 PANORAMA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO NO PERÍODO ANTERIOR AO SUS	21
1.3 DEMOCRATIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA UNIVERSAL À SAÚDE	28
1.4 SUS E A BASE DE FINANCIAMENTO	37
1.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
CAPÍTULO II – DESAFIOS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E JUDICIALIZAÇÃO	49
2.1 INTRODUÇÃO	49
2.2 O DIREITO DE ACESSO À SAÚDE COMO UM DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL E SUA JUDICIALIZAÇÃO	49
2.3 INÍCIO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: O CASO AIDS	55
2.4 A INTENSIFICAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA VIA JUDICIAL COMO FORNECEDORA DE MEDICAMENTOS	59
2.4.1 Argumentos utilizados e a configuração da jurisprudência	62
2.4.2 O processo de decisão e atendimento às ações judiciais que solicitam medicamentos 64	
2.5 JUDICIÁRIO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DUAS VISÕES DISTINTAS ..	67
2.5.1 Judicialização do acesso à saúde sob a perspectiva dos profissionais da área do Direito	68
2.5.2 Judicialização do acesso à saúde sob a perspectiva dos formuladores de políticas públicas	72
2.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
CAPÍTULO III – CARACTERÍSTICAS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO	81
3.1 INTRODUÇÃO	81
3.2 CRESCIMENTO DAS AÇÕES JUDICIAIS NO SETOR SAÚDE: MEDIDAS ADOTADAS NO ESTADO DE SÃO PAULO	81

3.3 JUDICIALIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: ASPECTOS EM EVIDÊNCIA	85
3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
CONCLUSÃO.....	108
REFERÊNCIAS.....	111

INTRODUÇÃO

Atualmente o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) pode ser considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Tendo sido criado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, garantiu que as atividades no âmbito da saúde pública fossem pautadas pelos princípios basilares da universalidade, integralidade e igualdade. No entanto, uma realidade discrepante pode ser observada quando se analisa o papel que o Estado assumiu na prestação de auxílio à saúde nos diferentes momentos históricos.

Durante o período do Brasil Colônia e até mesmo nos anos em que a Corte Portuguesa estabeleceu-se no país, as atividades oficiais no âmbito da saúde pública eram muito limitadas e, mesmo com o advento da produção cafeeira e o dinamismo da economia agroexportadora na segunda metade do século XIX, as medidas tomadas no âmbito da saúde limitavam-se à manutenção da salubridade na Capital e nos portos.

Somente durante o período de governo de Getúlio Vargas (1930 – 1945) e a modernização do Estado Nacional, surgiram mudanças significativas para o campo da saúde, no qual o principal marco para o período foi a busca pela erradicação de doenças que acometiam toda a população e não somente a preocupação com grupos específicos da sociedade (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Apesar dos avanços, as atividades desenvolvidas pelo recém-criado Ministério da Saúde passaram a ocupar papel secundário com o início da ditadura militar em 1964. Já na década de 1970 houve uma cisão entre atividades sanitárias e preventivas destinadas a toda a população sob o comando do Ministério da Saúde (MS), e atividades médico-hospitalares sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Diferentemente dos recursos que financiavam as atividades do MS, originários diretamente do Tesouro Nacional, a base de financiamento do MPAS provinha da contribuição de patrões e empregados, fato que justificava a assistência curativa ser oferecida apenas aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho.

Somente no período caracterizado como de redemocratização do país houve as primeiras experiências de universalização da assistência médica e articulação dos Ministérios intitulada Ações Integradas em Saúde (AIS). Porém, a saúde pública brasileira passou definitivamente a assumir um caráter integral e universal somente a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que surgiu principalmente como resultado de movimentos sociais e do Movimento da Reforma Sanitária, além de ter como base de sustentação os

Artigos 196 e 198 da Constituição Federal promulgada em outubro de 1988 (GUERREIRO, 2009).

Após a promulgação da Constituição Federal, assim como da Lei Orgânica da Saúde em 1990, a saúde pública brasileira passou a contar com um sistema unificado que possui como principais diretrizes: universalidade, igualdade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, e dessa forma, o direito de acesso às ações em saúde foi definitivamente desvinculado das relações formais de trabalho.

Embora o direito integral e universal à saúde tenha sido assegurado na Constituição, a ausência de uma base de financiamento compatível com os propósitos do SUS provocou inúmeros problemas, dentre os quais merece destaque o declínio na qualidade e abrangência da assistência prestada. Tentativas de solucionar o problema foram elaboradas, como por exemplo, a aprovação de um tributo destinado à saúde, denominado Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em janeiro de 1997, tendo perdurado até o ano de 2007.

Adicionalmente à criação do referido tributo, o Senado aprovou em setembro de 2000 a Emenda Constitucional 29 que especificou a vinculação de recursos dos três níveis de Governo para o Sistema Único de Saúde, e apesar da elevação da participação dos Estados e Municípios no financiamento do setor, a demora pela regulamentação (ocorrida somente em 2011) contribuiu para que muitos Estados e municípios não se comprometessem em cumpri-la, além de ter possibilitado que parte considerável dos recursos fosse destinado a outros fins ao invés de ações específicas em saúde.

Apesar das dificuldades de financiamento observadas, é indiscutível a relevância que o SUS assume diante das necessidades de atenção à saúde da população brasileira, sendo responsável por uma estrutura que realiza cerca de 3,2 bilhões de procedimentos ambulatoriais e 500 milhões de consultas médicas por ano, 1 milhão de internações por mês, além de possuir o maior número de transplantes públicos de órgãos do mundo¹. Contudo, o gasto público com saúde no Brasil está abaixo do que seria condizente com os princípios de integralidade e universalidade que regem o SUS, pois a proporção do gasto privado em saúde em relação ao gasto total nesse segmento é superior à proporção do gasto público, inclusive quando comparado com outros países em desenvolvimento da América Latina (MACHADO, 2005).

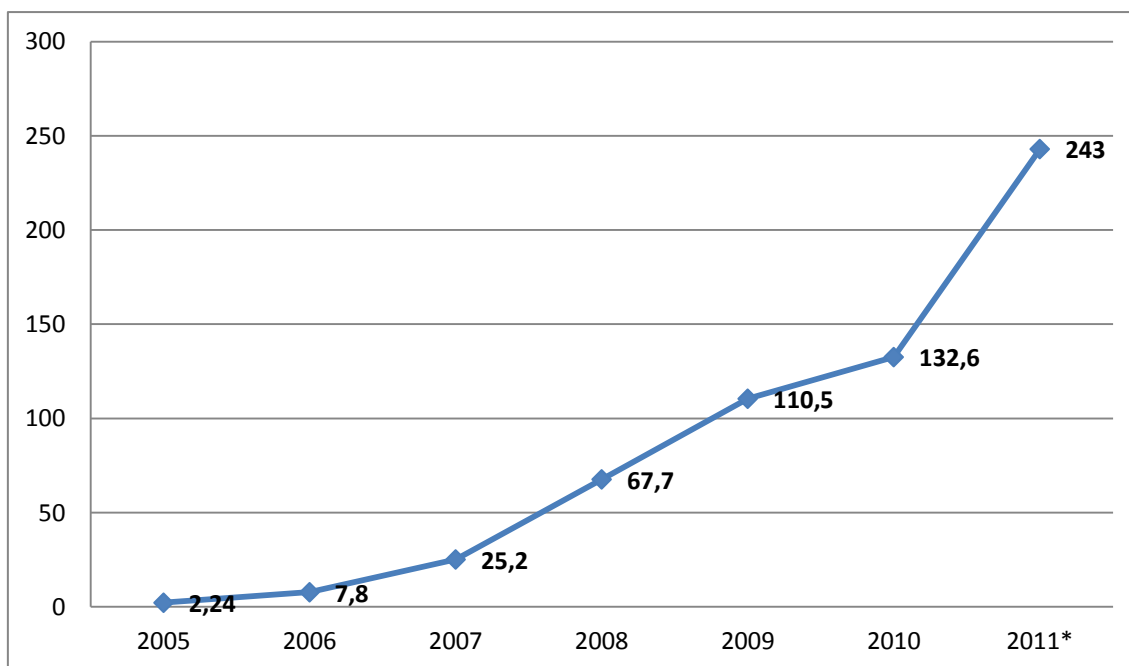
¹ Dados atualizados para o ano de 2011. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 maio 2012.

Aliado à insuficiência de financiamento, as dificuldades em gerir eficientemente o sistema público de saúde podem ser considerados como fatores principais que contribuíram para que as diretrizes que regem o SUS passassem a não serem cumpridas em sua totalidade, desencadeando nos cidadãos a busca pela via judicial para solicitar determinados tratamentos de saúde.

O processo de judicialização da saúde inicia-se no decorrer da década de 1990, principalmente com a solicitação de medicamentos pelos portadores do vírus HIV. A partir dos anos 2000 as ações judiciais solicitando o financiamento das mais variadas ações e serviços de saúde passaram a crescer exponencialmente, elevando cada vez mais os valores despendidos pelo Executivo para acatar as decisões judiciais (OSÓRIO DE CASTRO et al., 2005; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Somente os gastos despendidos pelo Ministério da Saúde para a compra de medicamentos sob determinação judicial passaram de R\$ 2,24 milhões em 2005 referentes ao cumprimento de 387 ações judiciais, para R\$ 243 milhões em 2011 com o cumprimento de 7.200 ações, representando um aumento nos valores despendidos acima de 10.000%, como pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1: Gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais – R\$ milhões.



Fonte: BOREKI (2011)

* Valor referente a 2011 baseia-se em SEGATTO (2012)

Especificamente para o Estado de São Paulo, estimativas apontaram um valor em torno de R\$ 512 milhões a serem gastos somente em 2010 com o cumprimento de sentenças judiciais em saúde, superando o valor despendido por muitos programas oferecidos pelo SUS (NAFFAH FILHO et al., 2010).

A literatura que trata do tema judicialização da saúde apesar de recente, tem evoluído rapidamente e tomado cada vez maiores proporções, possuindo como base um debate comumente apresentado sob duas óticas distintas: a do Direito e a dos formuladores de políticas públicas.

A postura adotada pelo Judiciário tem apontado predominantemente para a defesa de que a garantia do direito de atenção integral à saúde constitucionalmente estabelecida deve se sobrepôr à questão dos recursos limitados, embora seja considerável o número de trabalhos que contestam essa posição alegando principalmente que a assistência à saúde deve ser provida por políticas públicas e sendo essa, portanto, uma competência exclusiva do Poder Executivo.

O gestor público por sua vez defende que os gastos despendidos para o cumprimento das ações judiciais, muitas vezes solicitando medicamentos sem eficácia comprovada, ou sem autorização para ser comercializado no país, inviabilizam o funcionamento adequado das demais políticas públicas planejadas para o setor, gerando conseqüentemente desigualdade na atenção à saúde, pois o interesse individual acaba se sobrepondo ao coletivo.

Diante de um tema complexo cujo debate é comumente exposto sob uma das duas óticas apresentadas, evidenciou-se a carência de estudos que se propõem a analisar os principais aspectos inerentes à judicialização da saúde, fato que justifica a realização do presente trabalho, que tem como objeto o Estado de São Paulo. Para tanto, são apresentadas principalmente dados referentes à evolução do número de ações judiciais no período compreendido entre 2005 e 2011, tipo de ação predominante, além da exposição do índice paulista de judicialização da saúde segundo Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

Para o cumprimento dos objetivos propostos a dissertação foi estruturada em três capítulos além da presente introdução e conclusão. Dessa forma, no primeiro capítulo é apresentada a evolução do sistema público de saúde brasileiro ao analisar os antecedentes e a criação do Sistema Único de Saúde, assim como as atribuições de cada nível de governo no setor, além da exposição de sua estrutura de financiamento.

O segundo capítulo procura avaliar o significado da judicialização no país, identificando suas origens no Brasil, procura também expor os argumentos utilizados tanto

pelos autores das ações quanto pelos réus, além de apresentar a postura do Judiciário e dos formuladores de políticas públicas diante do tema.

No terceiro capítulo são apresentadas as principais características das ações judiciais em saúde no Estado de São Paulo, como por exemplo, evolução no número de processos, itens solicitados com maior frequência, além de uma análise das características da judicialização da saúde no Estado a partir da utilização dos critérios propostos pelo modelo de administração pública direcionado para a eficiência, eficácia e efetividade das ações do Estado.

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

1.1 Introdução

O presente capítulo tem como objetivo apresentar resumidamente a criação e o desenvolvimento do sistema público de saúde brasileiro, desde o período da colonização até as transformações desencadeadas pela universalização da assistência à saúde, garantidas com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

O capítulo está subdividido em quatro seções além dessa introdução, de tal forma que, permita analisar os diferentes períodos históricos do sistema de saúde brasileiro.

Na seção 1.2 é apresentado sinteticamente o surgimento das primeiras medidas de saúde pública no Brasil, ou seja, remete a uma análise das incipientes ações realizadas durante o período de colonização, até a criação e desenvolvimento do modelo privatista de assistência à saúde, induzido pelo processo de industrialização brasileiro.

Na seção 1.3 analisa-se a criação do modelo de assistência universal à saúde (SUS) em um momento de crise do modelo privatista vigente e redemocratização do país. Além disso, são apresentadas as atribuições de cada nível de governo na gestão do SUS.

Na seção 1.4 são analisadas as bases de financiamento do Sistema Único de Saúde, sobretudo com o processo de descentralização do financiamento entre Orçamentos da Seguridade Social, União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Por fim, na seção 1.5 são apresentadas as considerações finais do capítulo.

1.2 Panorama do sistema de saúde brasileiro no período anterior ao SUS

Durante o período de colonização das terras brasileiras, tornou-se recorrente o surgimento de inúmeras doenças e moléstias, desencadeando a necessidade de execução das primeiras medidas de assistência à saúde, desempenhadas à época por uma quantidade insuficiente de profissionais (com formação europeia), que se submetiam ao árduo trabalho nas terras recém descobertas.

Mesmo diante da grande necessidade de físicos (médicos) e cirurgiões durante o período do Brasil Colônia, é interessante citar as primeiras medidas tomadas no âmbito da saúde pública, a saber, as incipientes ações sanitárias em um contexto de mudanças na cidade do Rio de Janeiro com a chegada da corte portuguesa em 1808 (GUERREIRO, 2009).

Apesar das transformações relacionadas com a permanência da corte portuguesa no Brasil, a assistência à saúde no período restringia-se ao atendimento das camadas mais abastadas da sociedade, realizado por médicos e cirurgiões majoritariamente encontrados nas cidades mais desenvolvidas, principalmente Rio de Janeiro.

As primeiras faculdades de medicina do país foram criadas somente após a Independência, no entanto, a proporção de atendimento à população em geral continuou sendo ínfima, restando a procura por diversos tipos de “curandeiros” e boticários quando necessário.

Concomitantemente às transformações originadas pela Segunda Revolução Industrial no final do século XIX, e a crescente exportação de serviços e capitais dos Estados Unidos e Europa para a América e África, houve o desenvolvimento da economia agroexportadora brasileira, com papel de destaque para a produção de café, sobretudo com a expansão da lavoura cafeeira para o Oeste Paulista. Nesse contexto, há a intensificação das medidas sanitárias destinadas ao combate de moléstias recorrentes na população, e que ao serem realizadas pelas oligarquias paulistas, garantia-se a redução da mortalidade de imigrantes, e a consequente preservação do modelo econômico agrário exportador (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

No início do século XX, o Rio de Janeiro também se destaca pelas atividades de saúde destinadas a controlar uma vasta gama de epidemias que prejudicavam principalmente a manutenção das atividades do porto, responsável pela entrada de produtos industrializados e capitais estrangeiros. No entanto, a atuação do Governo à época restringia-se às medidas de enfrentamento das epidemias, abstendo-se de garantir atendimento médico à população (GUERREIRO, 2009).

Portanto, é evidente que até meados do século XX, os serviços de saúde pública realizados pelo Estado eram destinados às cidades diretamente relacionadas com o desenvolvimento da economia agroexportadora, de tal forma que a saúde da população do interior do país não sofria nenhuma intervenção significativa.

Essa situação sofreu uma pequena alteração em 1919 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), e a consequente transferência de responsabilidade pela situação de saúde nacional para o Estado brasileiro. Além disso, também deve ser mencionada a primeira lei que relaciona o Estado com medidas previdenciárias e de assistência médica,

conhecida como Lei Eloy Chaves (1923), responsável por instituir as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) destinadas a três categorias de profissionais: ferroviários, portuários e marítimos (GUERREIRO, 2009).

No decorrer da década de 1920, a economia brasileira é penalizada com as sucessivas crises de superprodução do café e suas consequências (por exemplo, a desvalorização do mil réis, como parte integrante do plano de manutenção dos preços mínimos). Essa conjuntura é agravada com a crise econômica mundial em 1929, período no qual cerca de 20% da população brasileira encontrava-se nas grandes cidades, intensificando sobremaneira a crise econômica e os problemas sociais (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

As mais variadas demandas sociais começam a ser negociadas com a chegada de Getúlio Vargas à presidência em 1930, após um golpe que encerrou a alternância de presidentes diretamente ligados às oligarquias cafeeiras de Minas Gerais e São Paulo. Getúlio Vargas inicia em seu governo uma política marcadamente desenvolvimentista, e no que diz respeito às medidas de assistência à saúde do período, merece destaque o crescimento da assistência médica oferecida aos trabalhadores urbanos, principalmente após a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) em 1933 (GUERREIRO, 2009).

Os IAPs foram criados a partir de uma transformação das antigas CAPs, que passaram a abranger todo o território nacional, ou seja, os serviços de assistência médica foram ampliados, porém estavam diretamente vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, restringindo-se portanto aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, e que com o tempo, constituíram-se na principal rede de assistência dos trabalhadores, como sugere a citação a seguir:

Ao longo de sua trajetória, os IAPs, montaram excelentes redes de assistência aos seus segurados, construíram diversos hospitais e ambulatórios, oferecendo uma assistência de qualidade, principalmente nas grandes cidades, onde estavam concentradas as maiores empresas e seus segurados. As cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, chegaram a ter um grande número de hospitais dos IAPs, principalmente a primeira. Os IAPs podiam, ainda, de acordo com as suas necessidades, celebrar convênio com hospitais, clínicas e outros serviços, para atendimento médico aos seus segurados. (GUERREIRO, 2009, p. 36).

Já a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em 1930, como parte integrante de um plano de centralização das ações do Estado brasileiro, apresentou uma atuação pouco significativa em seus primeiros anos de atividade. Contudo, em 1937 com a implantação do regime ditatorial do Estado Novo, houve uma reestruturação do MESP, que

passou a ser denominado Ministério da Educação e Saúde (MES), acompanhado da ampliação do setor relacionado à saúde, por meio da criação do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social.

Portanto, a partir da política de saúde estruturada durante o período de governo de Getúlio Vargas criou-se as condições para o surgimento do modelo privatista de assistência à saúde, que caracterizou-se pela separação entre atividades de saúde pública (apoio às ações de vigilância sanitária e controle de epidemias) a cargo do MES, e atividades da medicina previdenciária, na qual associou-se a assistência médica individual curativa à inserção no mercado de trabalho formal. Esse fato é explicitado na citação a seguir:

A assistência pública (médica) era de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar. O público-alvo das ações assistenciais do Estado varguista era composto por pobres indigentes, crianças e idosos. A assistência individual não estava sob o controle do MESP – ou era exercida livremente pelos médicos ou, no caso dos trabalhadores, estava sob a responsabilidade dos serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 366).

No âmbito das políticas de saúde, também devem ser ressaltadas duas importantes medidas implantadas durante o regime do Estado Novo:

i. Reforma Barros Barreto em 1941, que além de ter assegurado a implantação de importantes programas de saneamento básico e serviços especializados, também se destaca pela fundação das Delegacias Federais de Saúde, que tendo como objetivo principal descentralizar algumas ações normativas contribuiu com os serviços de assistência médica local;

ii. Criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, como parte de um acordo entre os governos do Brasil e Estados Unidos. Inicialmente, o SESP objetivava garantir ações de assistência médica e saneamento básico para as comunidades do interior da Amazônia, no entanto, sua assistência acabou se estendendo para outras regiões do interior do país, o que tornou o SESP “[...] a primeira instituição pública a oferecer assistência à saúde em caráter universal no país.” (GUERREIRO, 2009, p. 32).

Com o fim do Estado Novo, o general Eurico Gaspar Dutra foi eleito presidente (1946 - 1951), e além de ter estabelecido uma política de saúde amplamente centralizadora, foi durante o seu governo que cresceu a demanda por um Ministério da Saúde independente da Educação. No entanto, esse desmembramento só ocorreria em 1953 durante o segundo Governo Vargas (1951 - 1954), sendo importante ressaltar, que coube ao recém-criado

Ministério da Saúde (MS) somente um terço dos recursos anteriormente destinados ao Ministério da Educação e Saúde, “[...] permanecendo assim a saúde pública relegada a segundo plano.” (GUERREIRO, 2009, p. 39).

Já a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), durante o governo de Juscelino Kubitschek (1956 – 1960), que objetivava unificar os 15 órgãos de combate, controle e erradicação de endemias rurais existentes à época, pode ser mencionada como uma medida relevante tomada no âmbito do Ministério da Saúde, já que até o início da ditadura militar em 1964, o MS apresentou uma grande alternância de ministros e serviu inúmeras vezes somente como objeto de trocas políticas (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em um período de instabilidade política, com a deposição do então presidente João Goulart, e o golpe militar ocorrido em abril de 1964, instaurou-se no país o regime militar, que assumiria o comando do Brasil por 21 anos, com a sucessão de presidentes eleitos indiretamente.² Historicamente, o regime ditatorial do período em consideração caracterizou-se pela anulação da democracia, dos direitos civis e políticos³ e, sobretudo pela centralização do poder no Executivo com a elevação dos investimentos em infraestrutura, ao mesmo tempo em que houve progressiva redução dos gastos despendidos com políticas sociais (SCOREL, 2008).

Durante esse período houve uma gradativa redução do aporte financeiro e das funções atribuídas ao Ministério da Saúde, que passou a ocupar um papel secundário tornando-se apenas “[...] um órgão de elaboração de programas e projetos, deixando para outros ministérios, como o da Agricultura e da Educação, a execução da maioria das atividades sanitárias.” (GUERREIRO, 2009, p. 93).

Em consonância com tal fato, houve elevação dos recursos destinados à previdência social, principalmente após a criação em 1966 do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) por meio do Decreto – Lei nº 72, que unificou o sistema previdenciário brasileiro (até então composto pelos IAPs e CAPs).

Sabendo que o sistema de assistência médica não possuía uma dimensão suficiente para sustentar um rápido aumento dos beneficiários, o governo passou a realizar cada vez mais convênios com a iniciativa privada, e com o passar do tempo acabou estabelecendo no sistema público de saúde, a separação entre medicina curativa (atividades médico-hospitalares sob a responsabilidade do MPAS, realizadas por intermédio do Instituto Nacional de

² Marechal Castelo Branco (1964 – 1967), General Costa e Silva (1967 – 1969), Junta Militar (1969), General Médici (1969 – 1974), General Geisel (1974 – 1979), e General Figueiredo (1979 – 1985).

³ Em 1965 foi instituído o bipartidarismo, com o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e a Aliança de Renovação Nacional (ARENA).

Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS - anteriormente denominado INPS), e medicina preventiva com atividades sanitárias destinadas a toda a população sob o comando do MS (GUERREIRO, 2009).

Portanto, a assistência à saúde era oferecida aos cidadãos formalmente inseridos no mercado de trabalho, restando para os demais segmentos da população o atendimento realizado pelas clínicas privadas, pelas Santas Casas, serviços filantrópicos, além dos programas oferecidos pelos postos de saúde pública para cidadãos acometidos por doenças específicas, como por exemplo, tuberculose, hanseníase, entre outros. A partir de tal fato, é possível constatar a seguinte lógica de atuação do INAMPS:

[...] quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste, mais ricos, e nessas e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte. (SOUZA, 2002, p. 12).

Deve-se mencionar também outra característica importante do momento histórico em consideração, a saber, o grande estímulo dado aos serviços de saúde oferecidos pelo sistema privado, e o conseqüente favorecimento dos lucros desse setor, sendo esse fato constatado inclusive quando se analisam os próprios serviços oferecidos pelo INAMPS, majoritariamente comprados do setor privado de saúde (ESCOREL, 2008).

Somente com as propostas contidas no II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento) foi possível conciliar em um único plano o desenvolvimento econômico e social. Especificamente no campo da saúde, o II PND foi responsável pela proposta de separação entre atividades normativas e de atendimento coletivo (imunizações, vigilância epidemiológica e assistência materno-infantil) a serem executadas pelo Ministério da Saúde e os serviços médicos-assistenciais, que ficariam a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

A proposta em consideração foi validada em 1975 após a aprovação da Lei 6.229, que além de ter formado um padrão excludente de oferta de assistência médica e hospitalar, contribuiu para que não houvesse no Brasil até os anos 80 “[...] uma política de saúde integrada, mas dois subsistemas de saúde comandados por diferentes órgãos federais – o antigo Ministério da Saúde e INAMPS/MPAS – que operavam com lógicas distintas.” No entanto, continuaram latentes os problemas referentes ao baixo aporte financeiro para as atividades destinadas ao MS. (MACHADO, 2005, p. 73).

As condições de vida da sociedade brasileira passaram a ser significativamente afetadas em meados da década de 1970, pois assiste-se ao fim do período conhecido como “milagre econômico”, fazendo crescer em toda a nação o anseio por mudanças econômicas, políticas e sociais.

No que concerne à atenção à saúde, a população brasileira nesse período apresentava-se dividida em três categorias: “Os que podiam pagar pelos serviços; os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e os que não tinham nenhum direito.” Porém, mesmo entre a população com direito ao atendimento fornecido pelo INAMPS era possível encontrar uma relação desigual, principalmente quando são analisados os gastos efetuados pelo Instituto entre as diferentes regiões do país. (SOUZA, 2002, p.12).

Para corroborar essa análise são apresentados dados que comparam o percentual de gasto do INAMPS por região, os quais demonstram que a maior porcentagem de aplicação de recursos com assistência médica foi realizado na Região Sudeste (59,28%) por ser mais rica e conseqüentemente possuir mais pessoas formalmente inseridas no mercado de trabalho, enquanto os gastos com saúde em regiões como Norte e Nordeste foram muito menores (20,37% do total aplicado).

Tabela 1: Gastos com Assistência Médica no Brasil em 1986, por Região.

Região	Gasto da Região sobre total do País (%)	População da Região sobre total do País (%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Brasil	100,00	100,00

Fonte: INAMPS/Secretaria de Planejamento / DIS – 1987. In: SOUZA (2002, p. 12).

As reivindicações em prol da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, baseando-se principalmente na universalização da assistência prestada, passaram a crescer cada vez mais, no entanto, somente na fase final do regime militar, em um momento de democratização

do país, é que ocorreram as primeiras experiências de unificação da atenção à saúde, sendo as principais citadas a seguir⁴:

i. 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980, que tendo como tema “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”, propiciou o debate em torno do Prevsauúde, cujo objetivo era associar os Ministérios da Previdência e da Saúde na realização dos atendimentos básicos com cobertura universal. No entanto, suas propostas marcadamente democráticas, não foram bem recebidas em um período no qual a postura privatizante dominava o setor saúde. Tendo passado por várias reformulações, a proposta afastou-se de sua meta inicial e acabou não sendo aprovada.

ii. Implementação em alguns Estados do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) em 1983, que consistia em proporcionar às prefeituras a capacidade de oferecerem assistência médica universal, por intermédio de convênios trilaterais entre o INAMPS, MS e secretarias estaduais e municipais de saúde dos Estados envolvidos, no entanto, a assistência prestada pela previdência social continuou sendo exclusiva para seus segurados. Em 1984 o PAIS sofreu uma readequação, e passou a ser denominado AIS (Ações Integradas de Saúde), contribuindo para uma melhor articulação dos Ministérios, e conseqüentemente melhor provisão de assistência médica ambulatorial às populações atendidas. Apesar de ter perdurado somente até o ano de 1986, esse programa caracterizou-se por ser o primeiro a articular os Ministérios no oferecimento de atendimento universal.

1.3 Democratização e assistência universal à saúde

Ao findar o período em que o país esteve sob o comando do regime militar, uma nova fase da história brasileira inicia-se com o governo de José Sarney (1985 – 1990). Algumas medidas ilustram as mudanças desse período marcadamente democratizante, como por exemplo, o resgate da liberdade de imprensa, a legalização dos partidos políticos até então considerados clandestinos, aprovação da nova Constituição do país em outubro de 1988, além da realização das eleições diretas para a presidência da República em outubro de 1989.

No plano econômico, foi lançado o Cruzado em 1986, seguido de medidas tomadas conjuntamente para conter a inflação⁵, sendo que poucos meses depois, o retorno da escalada

⁴ As experiências de unificação da atenção à saúde citadas baseiam-se em Escorel (2008).

⁵ As medidas adotadas para conter a inflação nesse período foram o congelamento de preços por 12 meses, além do “gatilho salarial” (sempre que a inflação alcançasse os 20%, haveria um reajuste automático dos salários).

inflacionária seria responsável por novas mudanças na moeda do país, a saber, Plano Cruzado II, Plano Bresser em junho de 1987 e o Plano Verão em janeiro de 1989.

Apesar das tentativas de estabilização da economia terem fracassado, foi a partir da década de 1980 que a política nacional de saúde passou a assumir cada vez mais uma abordagem universalizante, sendo citado como exemplo, a crescente adesão das prefeituras aos convênios AIS. No entanto, o debate em torno da proposta de unificação do sistema de saúde, por meio da inclusão do INAMPS ao Ministério da Saúde, sofreu inúmeras oposições, gerando a necessidade de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (ESCOREL, 2008).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília, a reformulação do sistema nacional de saúde, assim como as suas formas de financiamento, foram detalhadamente discutidas por governantes, representantes de movimentos sociais, além de profissionais de saúde e seus usuários. Ao término da Conferência, a principal proposta contida em seu Relatório Final foi a total reformulação das políticas de saúde do país (em um período caracterizado por intensas reformas), sobretudo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), além da ampliação do conceito de saúde como dever do Estado, que serviriam de base para os debates em torno dos princípios relacionados à saúde, contidos na nova Constituição.

A formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), assim como da Plenária Nacional de Saúde, podem ser consideradas as principais consequências da 8ª Conferência Nacional de Saúde, pois foram responsáveis pela elaboração e aprovação de inúmeros direitos relativos à saúde assegurados na Constituição (NORONHA et al., 2008).

Paralelamente à realização da Assembleia Nacional Constituinte, criou-se em 1987 os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que, objetivando descentralizar os serviços de atenção à saúde, proporcionou uma elevação de recursos destinados a ampliação da cobertura à população por meio de acordos entre o INAMPS e secretarias estaduais de saúde, no qual o resultado foi o fim da exigência de apresentação da Carteira de Segurado para a realização de atendimentos nos Postos de Assistência Médica e Hospitais do INAMPS.

Com o desenrolar do processo constituinte, ficou estabelecido na Constituição Federal de outubro de 1988, que a saúde é parte integrante da Seguridade Social⁶, assim como a previdência e a assistência social, devendo-se ressaltar o fato inédito de a saúde ser considerada um direito de toda a população brasileira, após ter sido conferido ao Estado o

⁶ O capítulo específico da Seguridade Social dotou o Estado brasileiro de uma característica comum em muitos países desenvolvidos, sobretudo no pós-guerra, de garantir inúmeros direitos sociais, entre eles a saúde (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

dever de garanti-la integralmente, como disposto no Artigo 196 da Constituição, citado a seguir:

Capítulo II - Da Seguridade Social
Seção II - Da Saúde

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.

No que se refere às responsabilidades específicas para execução das ações em saúde, o Artigo 197 dispõe:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Para garantir à população o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, o Artigo 198 faz referência aos princípios organizacionais do novo sistema de saúde brasileiro:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Parágrafo Único - O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Ao tratar da relação de Artigos que discorrem sobre a saúde no contexto da seguridade social, é importante mencionar também o Artigo 200, que especifica os preceitos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros

insumos; II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e água para consumo humano; VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Após a promulgação da Constituição Federal em 1988, os debates no ano de 1989 voltaram-se para a lei de regulamentação do SUS, mas somente em setembro de 1990 a Lei Orgânica da Saúde (LOS) foi promulgada e estruturou legalmente o sistema de saúde brasileiro ao:

- Definir as condições que asseguram o acesso às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- Normatizar a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no SUS;
- Tratar da organização, da direção e gestão, da competência e atribuições, da participação complementar da rede privada, dos recursos humanos e do financiamento do SUS.

É importante mencionar que, ao assinar a Lei nº 8080/90 o presidente Fernando Collor de Mello além de impor 25 vetos, modificou alguns itens do texto da Lei referentes à participação da comunidade na gestão do SUS, além da estrutura de transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (GUERREIRO, 2009).

Como consequência da reação, sobretudo do Congresso Nacional, houve novas negociações com a “Bancada da Saúde” em torno de um novo projeto, que culminou com a Lei nº 8.142/90 constituindo, portanto as bases jurídicas do SUS.

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, inaugura-se um novo período para o sistema de saúde pública brasileiro⁷, que passa a contar com um sistema unificado possuindo como princípios doutrinários fundamentais (NORONHA et al., 2008):

- Universalidade: garantia de que todos os cidadãos, independentemente da inserção no mercado de trabalho ou posição financeira, possuam o acesso a qualquer ação ou serviço de saúde que se mostrar necessário;

⁷ Como será demonstrado no segundo capítulo, a inserção do direito universal à saúde na Constituição Federal brasileira demonstra uma tendência presente em vários países em garantir direitos sociais firmados internacionalmente, sobretudo no período pós Segunda Guerra Mundial.

- Igualdade: assegura que não haja qualquer tipo de discriminação na prestação dos serviços, mesmo diante das diferentes necessidades de saúde das pessoas ou de grupos, diante das disparidades sociais e regionais no país. Portanto, a equidade garante que somente critérios relacionados à situação de saúde diferenciem quanto ao tipo de atenção despendida;
- Integralidade: garantia de prestação das mais variadas ações, sejam preventivas ou curativas, para cada caso específico, do início até o final do tratamento.

No que concerne aos princípios organizacionais, ou diretrizes do SUS, podem ser citados:

- Descentralização (político – administrativo): distribuição das responsabilidades concernentes às ações e serviços de saúde entre as instâncias federal, estadual e municipal, garantindo uma maior autonomia para os governos programarem as ações e serviços que julgarem mais pertinentes diante das necessidades locais;
- Participação da comunidade: considerado um fator de democratização da saúde, assegura a participação da população na formulação e implantação das políticas do setor, garantindo até mesmo a possibilidade de avaliar os serviços prestados, exercido por meio dos Conselhos de Saúde nacional, estadual ou municipal.

Portanto, a partir do momento no qual os princípios citados acima passaram a reger o Sistema Único de Saúde brasileiro, os direitos dos cidadãos inerentes às ações e serviços de saúde foram totalmente garantidos. No entanto, a execução de tais princípios remete aos deveres a cargo do Estado, que equivalem a (NORONHA et al., 2008, p. 442-443):

- Garantia de execução de todas as ações de saúde demandadas pela população, independentemente do custo e nível de complexidade;
- Gestão de condições adequadas de tratamento à população, mesmo que para sua efetivação haja a articulação entre a política de saúde e demais políticas públicas, até mesmo entre diferentes territórios político-administrativos;

No que concerne à participação social, compete ao Estado:

- Assegurar as condições necessárias para que haja participação da sociedade tanto na formulação e implementação de políticas de saúde, quanto na fiscalização das ações desenvolvidas, e avaliação das contas prestadas pelo Estado.

A partir desse momento todas as ações de saúde destinadas à população, independentemente do nível de complexidade e custo, passaram a ficar a cargo dos governos federal, estadual e municipal, responsabilizando-se portanto pela execução dos serviços de assistência à saúde, incluindo (NORONHA et al., 2008, p. 438):

- Ações de fomento à saúde e prevenção de agravos, além de oferecer quando necessário, as condições para diagnóstico, tratamento e recuperação das mais diversificadas doenças, podendo variar “[...] desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (...) até cirurgias cardiovasculares e transplantes”;
- Ações de vigilância sanitária nos mais variados tipos de ambiente, de tal forma que, garantam a salubridade, assim como a eliminação de vetores transmissores de doenças;
- Manutenção de instituições públicas que além de desenvolverem atividades de controle de qualidade, também atuem na pesquisa e produção de medicamentos, equipamentos e insumos para o setor.

É unânime a conclusão de que o resultado mais importante que decorre da criação do SUS é a implantação dos princípios da universalidade e integralidade no atendimento à saúde brasileira e o dever do Estado em garantir esse direito, pois encerra-se no país a ideia de direitos sociais vinculados à economia formal. Além disso, deve ser ressaltada uma mudança importante vinculada à Lei n. 8080 de 1990, a saber, a descentralização na gestão do SUS, através da transferência de “[...] atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior do sistema de saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal.” (SOUZA, 2002, p. 23).

Dessa forma, foi sobretudo com a Lei Orgânica da Saúde, que houve a definição das diferentes atribuições quanto à elaboração e implementação das políticas de saúde entre cada nível gestor do sistema⁸ – União, estados e municípios – incumbindo-os de participarem da elaboração das mais variadas políticas de saúde, assim como da realização de um trabalho integrado quanto à elaboração dos serviços a serem prestados (NORONHA et al., 2008).

Merece destaque o planejamento dos investimentos a serem realizados pelas três esferas de governo, pois possuem como objetivo principal a redução das desigualdades regionais do setor, que como apresentado anteriormente, eram influenciadas sobremaneira pelo nível de desenvolvimento econômico da região.

⁸ Deve-se mencionar que a gestão do SUS em cada esfera de governo é exercida da seguinte forma: pelo Ministério da Saúde a nível nacional, no âmbito estadual a gestão fica a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde, e no âmbito municipal sob a responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde.

Ao analisar mais detidamente a gestão no âmbito do SUS, as atividades desenvolvidas pelas três esferas de governo podem ser agrupadas em quatro grupos distintos (ou “macro-funções”) expostas a seguir (SOUZA, 2002, p. 37-38):

- Formulação de políticas e planejamento;
- Financiamento;
- Coordenação, regulação e controle;
- Execução direta de serviços de saúde.

Baseando na subdivisão das atividades gestoras em quatro macro-funções, é possível especificar a atuação de cada esfera de governo, e dentre as principais destaca-se:

- **Ministério da Saúde:** no que concerne à formulação de políticas, uma de suas principais funções é a identificação de problemas e a posterior definição das prioridades no âmbito nacional, sobretudo a definição de políticas estratégicas nas áreas de insumos tecnológicos e recursos humanos. Os recursos federais compõem uma parcela importante do financiamento, possuindo como principal responsabilidade nesse quesito, garantir a equidade na alocação de recursos, sobretudo ao definir as prioridades nacionais e critérios de investimento. No campo de coordenação, regulação e controle, cabe ao Ministério principalmente regular o setor privado, assim como o uso de tecnologias em saúde, além de coordenar e avaliar os resultados das políticas nacionais e o desempenho dos sistemas estaduais. Com relação à execução direta de serviços de saúde, cabe ao Ministério assumir essa responsabilidade somente em ações estratégicas e emergenciais.

- **Secretarias Estaduais de Saúde:** são responsáveis pela identificação dos problemas e prioridades no âmbito estadual, estimulando a regionalização e o fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde. Além disso, ao definir critérios de alocação dos recursos federais e estaduais, deve garantir uma distribuição clara e eficiente. No que concerne à coordenação, regulação e controle, é responsabilidade das secretarias estaduais regular e avaliar o desempenho dos sistemas municipais de saúde, assim como realizar a avaliação dos resultados das políticas estaduais. Na execução direta de serviços, as secretarias são responsáveis pelas ações de vigilância epidemiológica ou sanitária de maior complexidade, além de ser responsável pelas ações de saúde quando houver omissão do gestor municipal.

- **Secretarias Municipais de Saúde:** ao formular e planejar políticas de saúde, devem identificar as prioridades e planejar a oferta das ações de todas as áreas necessárias no

âmbito municipal. Devem também estabelecer critérios eficientes para aplicar tanto os recursos federais e estaduais, quanto os recursos municipais. Além disso, compete principalmente às secretarias no campo da coordenação, avaliar os prestadores públicos e privados, assim como organizar as “portas de entrada” do sistema. Com relação à execução direta de serviços de saúde, as secretarias municipais exercem um papel muito importante, pois são responsáveis pela prestação dos serviços (assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária) assim como pela contratação, administração e capacitação dos profissionais que atuam na área, além da gerência das unidades de saúde.

Ao analisar as diferentes atribuições que competem à União, Estados e Municípios, deve-se considerar a necessidade de uma permanente interação entre os gestores na execução dessas várias macro-funções, e inclusive o modelo instituído com o SUS garantiu a articulação entre os gestores de cada nível de governo, sobretudo por meio das Normas Operacionais do SUS.

As Normas Operacionais Básicas⁹ (NOBs) consistem basicamente em critérios definidos para que os Fundos de saúde dos Estados e Municípios tornem-se aptos a receber recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde, de tal forma que, as negociações em torno da definição do conteúdo das NOBs ocorrem entre o Ministério da Saúde, representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e também representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Dessa forma, essas portarias ao definirem os preceitos que regem o processo de descentralização, também garantem:

1) diferentes atribuições gestoras dos níveis federal, estadual e municipal sobre planejamento e programação da atenção à saúde, pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria de ações e serviços prestados no âmbito do SUS; 2) mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre os gestores do SUS; 3) responsabilidades e respectivas prerrogativas financeiras (modalidades de transferência de recursos federais de custeio e de remuneração de serviços) associadas às diferentes condições de gestão de estados e municípios. (NORONHA et al., 2008, p. 457).

A realização adequada dos debates em torno das políticas de saúde ocorre devido à criação de instâncias de negociação, tanto em nível nacional, quanto estadual. A instância de nível nacional, criada em 1991 e denominada Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conta

⁹ As Normas Operacionais são de caráter transitório, de tal forma que, durante a década de 1990 três NOBs foram publicadas: 1991 (NOB 91), 1993 (NOB 93) e 1996 (NOB 96). Já no ano 2001, foi publicada a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS), assim como em 2002, além do Pacto pela Saúde em 2006.

com representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e CONASEMS. Já a instância estadual, conhecida por Comissão Intergestores Bipartite (CIB), foi criada em 1993 e é composta por representantes do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), e também por um representante do governo do Estado, sendo este último indicado pela Secretaria Estadual de Saúde.

Devem ser ressaltadas também ações importantes que surgiram como consequência da criação do SUS (SOUZA, 2002):

- Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 26 de janeiro de 1999, para coordenar o sistema nacional de vigilância sanitária;
- Transferência da responsabilidade na prestação de serviços de saúde às populações indígenas, da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para o Ministério da Saúde em união com o SUS;
- Criação em janeiro de 2000 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para regular a assistência suplementar à saúde.

Apesar dos avanços obtidos no setor saúde em decorrência da criação do SUS, logo surgiram problemas relacionados à incapacidade de suprir uma demanda crescente, além de fortes restrições orçamentárias, como sugere o trecho a seguir:

A universalização do direito de acesso às ações e serviços de saúde era dispositivo auto-aplicável, o que resultou na imediata ampliação da demanda a ser atendida pelo sistema preexistente, dimensionado para oferecer assistência apenas à parcela da população que era integrada ao mercado de trabalho formal, num contexto econômico desfavorável, que incluía a restrição do gasto público. Sem investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta e com a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, houve uma progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público. (BARROS, 2003, p. 24).

Portanto, pode-se considerar que com a implantação de um sistema único de saúde no Brasil, logo se impuseram dois desafios principais e interconectados, ou seja, a universalidade e o financiamento.

É evidente que a manutenção de uma base de financiamento adequada pode ser considerada como um dos fatores principais para garantir o bom desempenho de um programa ou projeto, visto que, a carência da referida base desde a criação do SUS, aliado ao não cumprimento das determinações constitucionais, ocasionaram vários problemas, sobretudo relacionados à queda na qualidade da assistência aos cidadãos.

1.4 SUS e a base de financiamento

Com o processo de descentralização e universalização do acesso aos serviços de saúde, que culminou na década de 1980 na reforma sanitária brasileira, e inserção do direito à saúde na lógica da Seguridade Social, ficou instituído pela primeira vez na história do país o direito universal e integral à saúde.

No período anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988, e criação do SUS, o setor saúde era financiado basicamente por recursos do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), além de uma menor parte do financiamento ter como origem recursos do tesouro nacional.

A partir da reforma político-administrativa, na qual os serviços públicos de saúde passaram a compor um sistema único, o financiamento deixou de ser composto majoritariamente por contribuições individuais, e passou a ser constituído basicamente por contribuições e tributos federais, estaduais e municipais, como exposto pela citação a seguir:

No que tange ao financiamento da saúde, isso não significa uma redução do compromisso da União, mas sim implica compatibilizar o papel da esfera federal (de arrecadação, redistribuição e redução das desigualdades) com critérios e mecanismos de descentralização dos recursos federais, fundamentais para que as outras esferas de governo possam desempenhar de forma adequada as suas novas atribuições na gestão do sistema. Tal lógica difere bastante da situação anterior ao SUS, de centralização da execução financeira pelas autoridades sanitárias nacionais (o INAMPS e o antigo Ministério da Saúde), com eventuais repasses de recursos federais para estados e municípios por meio de convênios. (MACHADO, 2005, p. 296).

A partir da década de 1990 houve uma redução na tendência de os serviços de saúde serem pagos diretamente pela União. Esse fato pode ser atribuído à descentralização das ações e serviços de saúde, em consonância com os efeitos ocasionados especificamente pelo decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994, que instituiu os mecanismos responsáveis em habilitar estados e municípios a receberem recursos de forma automática. Dessa forma, houve aumento no volume de recursos federais transferidos diretamente via Fundo Nacional de Saúde para os Fundos estaduais e municipais de saúde, denominado transferências “fundo a fundo” (SOUZA, 2002).

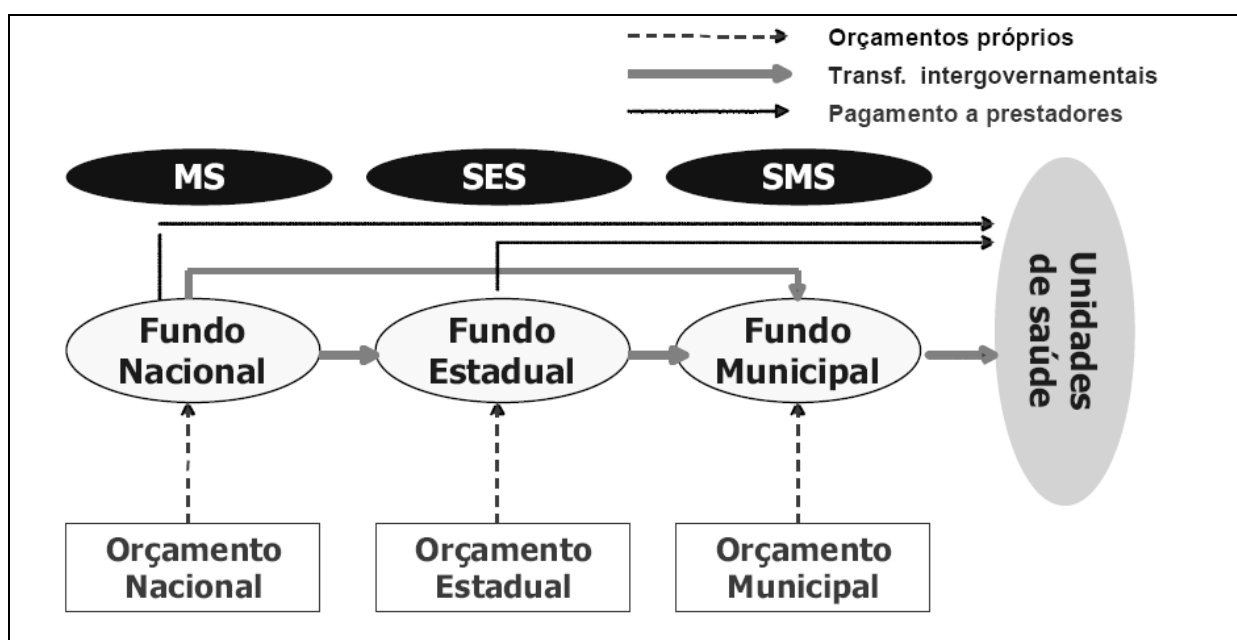
Apesar de as transferências “fundo a fundo” terem apresentado um crescimento significativo desde a sua implantação, cada vez mais a descentralização do sistema de saúde

tem sido penalizada, pois sendo os municípios “[...] dependentes dos recursos federais, passaram a ser meros executores da política estabelecida no âmbito federal, na medida em que os recursos financeiros, na sua maioria, são vinculados aos programas de saúde, incentivados pelo Ministério da Saúde.” (MARQUES; MENDES, 2005, p. 164).

No entanto, merece destaque o fato de que além das transferências federais¹⁰, os Estados e Municípios também passaram a contar com fontes próprias¹¹ de recursos para pagamentos aos prestadores de serviços.

A figura a seguir ilustra resumidamente como ocorre o fluxo de financiamento do SUS:

Figura 1: Fluxo de financiamento do SUS.



Fonte: SOUZA (2002, p. 21).

¹⁰ Os impostos transferidos pela União aos Estados são: IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte), IPI Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados Exportados), ambos que compõem o FPE (Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal), além do ICMS Exportação (Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação) - Lei Kandir (Lei Complementar n. 87/96). E os impostos transferidos pela União aos Municípios são: ITR (Imposto Territorial Rural), FPM (Fundo de Participação dos Municípios), IRRF, ICMS, IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores), IPI Exportação, ICMS Exportação (UGÁ; PORTO, 2008).

¹¹ Os impostos estaduais são: ICMS, IPVA, ITCMD (Imposto sobre Transmissão *Causa Mortis* e Doação de Bens e Direitos). Já os impostos municipais são: IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana), ISS (Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza), e ITBI (Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos). Além destes, a receita de impostos municipais também é composta por transferências constitucionais dos estados: ICMS (25%), IPVA (50%), IPI Exportação (25%), ICMS Exportação (25%) (UGÁ; PORTO, 2008).

Baseando-se no esquema apresentado pela Figura 1, é possível observar que o mecanismo de transferência de recursos do SUS é composto basicamente pelas transferências fundo a fundo (transferências intergovernamentais), além dos pagamentos efetuados diretamente pelos Estados e Municípios aos prestadores de serviços, por também receberem aportes de recursos de seus próprios orçamentos.

Nesse contexto, é importante mencionar que, além do financiamento do sistema público de saúde ter como origem os recursos das três esferas de governo, a inserção do direito à saúde no âmbito da seguridade social a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, garantiu também que parte do financiamento do SUS passasse a ser composto pelo Orçamento da Seguridade Social (OSS) que, contemplava no período o financiamento dos benefícios enquadrados em duas categorias: 1) os de caráter contributivo e individualizado, tais como os do regime geral de aposentadorias; e 2) os benefícios regidos pela lógica da cidadania, tais como o acesso universal à saúde e o salário cidadão (UGÁ; PORTO, 2008, p. 484).

No período em consideração havia a necessidade de desvinculação da base de financiamento da Seguridade Social das variações cíclicas da economia, de tal forma que, ficou determinado pelos constituintes que os recursos que passariam a compor o OSS originar-se-iam das seguintes fontes (MARQUES; MENDES, 2005):

- Contribuição paga pelos trabalhadores e empresas, sobre a folha de salários, representada pela Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), e também pela contribuição sobre o faturamento, denominada Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS);
- Recursos originados do Programa de Integração Social/ Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP);
- Recursos originados do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS);
- Parte dos recursos do tesouro nacional também passaria a compor o OSS, sempre que houvesse a necessidade de garantir a manutenção do modelo de proteção social.

Apesar de ter sido definido no Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, seria destinado ao SUS, a falta de regularidade na destinação dos recursos, aliado a carência de uma vinculação específica para cada área contemplada pela Seguridade Social, propiciou que a fonte de financiamento do setor saúde logo se mostrasse

insuficiente. Além disso, essas dificuldades também podem ser creditadas aos seguintes motivos (UGÁ; PORTO, 2008):

- 1) não entrou no OSS a totalidade dos recursos que lhe pertenciam; 2) a entrada dos recursos no OSS não foi feita com a devida regularidade e, finalmente, 3) gastos que não correspondiam às atividades específicas da seguridade social – como os dos Encargos Previdenciários da União (EPU) – foram feitos utilizando recursos do OSS. (UGÁ; PORTO, 2008, p.485-486).

Sobretudo a partir de 1993, a insuficiência de recursos para financiamento do setor saúde tornou-se evidente, pois até esse ano o Ministério da Previdência continuou efetuando importantes repasses de recursos para o Ministério da Saúde, no entanto, os recursos arrecadados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) passaram a financiar exclusivamente as despesas previdenciárias, caracterizando o período como o da primeira crise de financiamento do setor, que contou com um agravante, a saber, os efeitos ocasionados pela desvinculação das receitas da área social, como parte integrante do plano de implantação da nova moeda, o Real.

Diante de tal fato, o gasto federal *per capita* no setor passou a sofrer fortes reduções a partir da década de 1990, gerando cada vez mais um descompasso entre o princípio constitucional da universalidade nas ações de saúde e capacidade de financiamento, que por sua vez contribuiu para que o Ministério da Saúde passasse a lutar pela aprovação de um novo imposto para o financiamento do setor (UGÁ; PORTO, 2008).

Sob a denominação de Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), o novo imposto aprovado para financiar o setor saúde entrou em vigor em 23 de janeiro de 1997, e passando posteriormente a ser denominado Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), o imposto foi extinto somente em dezembro de 2007.

A partir da aprovação dessa nova contribuição, houve uma elevação no volume de recursos destinados ao financiamento do sistema, no entanto, em pouco tempo o aporte de recursos novamente mostrou-se insuficiente, principalmente porque parte significativa dos recursos da CPMF foi utilizada para outras finalidades (MACHADO, 2005).

Dessa forma, no final da década de 1990, a principal dificuldade pela qual o Ministério da Saúde passou a enfrentar foram as irregularidades no repasse de verbas para o setor, principalmente como consequência da crescente preocupação do Estado com as políticas de ajuste macroeconômico em detrimento dos dispêndios com financiamento de políticas sociais, o que acabou provocando uma “contração substancial do gasto público na provisão de políticas sociais, ao mesmo tempo que vincularam nada menos que a metade do gasto público

ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortizações da dívida interna e externa.” (UGÁ; PORTO, 2008, p. 486).

Diante da necessidade de garantir recursos para o funcionamento adequado do SUS, várias Propostas de Emenda à Constituição (PEC) foram apresentadas no decorrer da década de 1990, no entanto, somente em setembro de 2000 o Senado aprovou a Emenda Constitucional n. 29 (EC/29), que procurou conciliar as várias propostas apresentadas, acabando por determinar a vinculação de recursos dos três níveis de governo para o Sistema Único de Saúde, como pode ser visto a seguir:

Emenda Constitucional 29/2000

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União: a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Sobretudo como consequência da aprovação da EC-29, houve aumento na participação dos Estados e Municípios no financiamento da saúde, porém com uma redução progressiva na participação do Governo Federal, como demonstrado pelos dados disponíveis na tabela 2:

Tabela 2: Participação na despesa com saúde segundo esfera de governo. Brasil – 1980-2008 (%)

Ano	União	Estados	Municípios
1980	75,0	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4
2000	58,6	20,2	21,2
2001	54,6	22,9	22,6
2002	52,1	22,6	25,3

2003	50,1	24,5	25,4
2004	49,2	26,1	24,7
2005	48,2	25,5	26,3
2006	46,7	26,3	27,0
2007	45,8	26,9	27,3
2008	43,5	27,6	29,0

Fonte: BRASIL (2011, p. 68).

Como demonstram os dados acima, a participação percentual dos municípios no financiamento do sistema público de saúde aumentou de 7,2% em 1980 para 29% em 2008, da mesma forma, houve aumento na participação da esfera estadual¹², que passou de 17,8% em 1980 para 27,6% em 2008. Já a participação da esfera federal no volume de recursos destinados ao financiamento do setor apresentou redução no período em consideração, já que em 1980 era responsável por 75% do gasto e em 2008 participava com 43,5%.

No entanto, deve-se ressaltar que, a redução do gasto público em saúde realizado pela União a partir da década de 1980 ocorre simultaneamente ao processo de descentralização tributária, ou seja, ocorre em um período no qual houve aumento das transferências de tributos federais para Estados e Municípios, além do crescimento da arrecadação tributária por tais esferas subnacionais (UGÁ; PORTO, 2008).

É evidente que com a aprovação da EC-29 houve incremento no volume de recursos financeiros empenhados pelas três esferas de governo, como demonstram os dados contidos na tabela 3:

Tabela 3: Despesas das esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde. Brasil – 2000 a 2007, em R\$ bilhões e per capita

Ano	União	Estados	Municípios	Total	<i>Per capita</i>
2000	20,35	6,31	7,37	34,04	198,71
2001	22,47	8,27	9,29	40,03	230,34
2002	24,74	10,31	12,02	47,07	266,97
2003	27,18	12,22	13,63	53,03	296,69
2004	32,70	16,68	16,59	65,98	364,32

¹² UGÁ e PORTO (2008) ressaltam que a participação dos Estados no financiamento sofreu uma ligeira redução no decorrer da década de 1990 como resultado da NOB-91, mas recuperou seu papel como importante financiador a partir da NOB-96, e sobretudo com a EC-29, refletindo tal fato nos dados para 2003.

2005	37,15	19,28	20,26	76,69	418,21
2006	40,75	22,42	23,67	86,84	467,96
2007	44,30	25,88	27,41	97,59	520,08

Fonte: BRASIL (2009 p. 15).

De acordo com os valores apresentados acima, os gastos da União, Estados e Municípios com a saúde pública no ano 2000 totalizaram R\$ 34,04 bilhões, o que em termos *per capita* corresponde a R\$ 198,71/habitante/ano. Já em 2007, o gasto total despendido pelas três esferas de governo correspondeu a R\$ 97,59 bilhões, de tal forma que, o gasto *per capita* aumentou para R\$ 520,08/habitante/ano.

Portanto, com a universalização do direito à saúde e implantação do SUS, é possível delimitar três diferentes períodos no que concerne ao financiamento desse setor (MACHADO, 2005):

i) 1990 – 1996: período de alta instabilidade do financiamento federal, principalmente pela não implementação do OSS, além da necessidade do Ministério da Saúde solicitar empréstimo ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) diante do descumprimento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) pelo Executivo em 1993. Também deve ser somada a esse período, a criação do Fundo Social de Emergência (1994), posteriormente transformado em Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e mais a frente Desvinculação das Receitas da União (DRU), onde ficou definido que 20% das contribuições seriam destinadas para uso do governo federal;

ii) 1997 – 1999: período de média instabilidade financeira do financiamento, principalmente como consequência da criação da CPMF;

iii) A partir dos anos 2000: período de menor instabilidade do financiamento, sobretudo por ter sido aprovada a Emenda Constitucional n. 29.

Apesar de a aprovação da Emenda Constitucional 29 ter gerado a aparência de relativa estabilidade de financiamento para o setor a partir dos anos 2000, principalmente por ter resultado no aumento das despesas com ações e serviços de saúde realizados pelo setor público, é importante ressaltar que, o setor de saúde pública brasileiro não alcançou um patamar de suficiência de recursos, pois persistem problemas referentes à regularidade de fontes de financiamento, assim como problemas referentes à destinação dos recursos (MARQUES; MENDES, 2005).

Tais problemas podem ser analisados sobretudo como consequência do não comprometimento de alguns Estados em cumprir a Emenda por alguns anos, além da não regulamentação da EC-29 por meio da Lei Complementar, que gerou um empecilho para que a destinação dos recursos fosse repassada integralmente para as ações diretamente ligadas à saúde, como também pode ser evidenciado pela citação a seguir:

A não- regulamentação da EC n. 29, juntamente com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), tem sido mecanismo utilizado para limitar os recursos públicos na saúde. A falta de uma definição precisa acerca do que são ações e serviços de saúde tem levado a introdução nos orçamentos públicos de uma série de ações e serviços que são questionáveis. O resultado são menos recursos para o financiamento do SUS. (BRASIL, 2006, p. 74).

Dessa forma, diante da necessidade de regulamentação da Lei que define quais tipos de despesas podem ser consideradas gastos com saúde, assim como para redefinir os percentuais do orçamento a serem aplicados no setor pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal, além dos critérios de fiscalização da aplicação dos recursos, o Senado aprovou a regulamentação da Emenda Constitucional 29 em dezembro de 2011 após muitas divergências entre a base do governo e a oposição¹³.

A presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei Complementar 141 em janeiro de 2012 após 15 vetos e, apesar de a maior parte não afetarem o conteúdo da nova Lei, o veto ao Artigo 15¹⁴ significou uma redução dos investimentos a cargo da União previstos pelo texto originalmente aprovado pelo Congresso.

Inicialmente os artigos da Lei 141/2012 definem o que pode ser considerado despesas com o setor saúde, ou seja, gastos com pessoal, medicamentos e equipamentos exclusivamente para essa esfera. No entanto, para que cada ente federativo alcance o percentual mínimo determinado pela EC-29 não será mais permitido considerarem como gastos em saúde despesas com aposentados, merenda escolar, saneamento básico e limpeza urbana. Dessa forma, evitar-se-á que ocorram desvios de recursos públicos para financiar outros tipos de ações.

Em seguida são vinculados os percentuais das receitas fiscais para serem aplicados com exclusividade na saúde, de tal forma que, os Municípios devem destinar 15% destas

¹³ Deve-se destacar a retirada do texto após votação, dos dispositivos referentes à criação de uma nova contribuição social destinada à saúde nos moldes da CPMF, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), assim como a retirada da proposta de vinculação de 10% das receitas brutas da União para o sistema de saúde.

¹⁴ O Artigo 15 garantia que os recursos que o Ministério da Saúde recolhesse por taxas, tarifas e multas não entrassem no cálculo do percentual mínimo a ser aplicado pela União no setor saúde.

receitas, os Estados aplicarão 12%¹⁵, e à União caberá aplicar anualmente o valor empenhado no ano anterior acrescido da variação do PIB, e caso ocorra variação negativa deste, a Lei estabelece que o valor investido no ano seguinte não poderá sofrer redução.

Apesar de a Emenda Constitucional 29 ter sido regulamentada pelo Congresso, o constante adiamento da promulgação da Lei Complementar que regula a matéria em definitivo contribuiu ao longo dos anos para corroborar o panorama de insuficiência de recursos destinados ao financiamento do setor público de saúde. Diante de tal quadro, é importante realizar uma breve análise das características do gasto com saúde no Brasil.

Como discutido anteriormente, o sistema de saúde pública existente no período anterior ao processo de universalização do acesso, contava com uma dimensão limitada de ações, por possuir uma estrutura diretamente vinculada ao mercado formal de trabalho.

Com a garantia constitucional do direito à saúde, houve uma rápida elevação da demanda, no entanto, a carência de recursos para efetuar os investimentos adequados à ampliação da oferta desencadeou: “uma progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público.” (BARROS, 2003, p. 24).

Como consequência, os gastos privados passaram a compor parcela muito importante do gasto total com saúde no Brasil, como demonstrado pela tabela 4 apresentada a seguir:

Tabela 4: Estimativa da composição do gasto em saúde. Brasil - 2011

Gasto em Saúde	R\$ Bilhões	%
Gasto Público Total	154	47,4
Gasto Privado – Planos e Seguros de Saúde	83	25,5
Gasto Privado direto das famílias	27	8,3
Gasto com medicamentos	61	18,8
Gasto Total	325	100,0

Fonte: Adaptado de CARVALHO (2012).

Ao analisar os dados acima é possível observar que, mesmo com a criação de um sistema de saúde universalizante, a maior porcentagem dos gastos com saúde no Brasil são realizados pelo setor privado, pois se se considera agregadamente os valores estimados para 2011 referentes ao gasto com planos e seguros de saúde, além dos dispêndios diretos

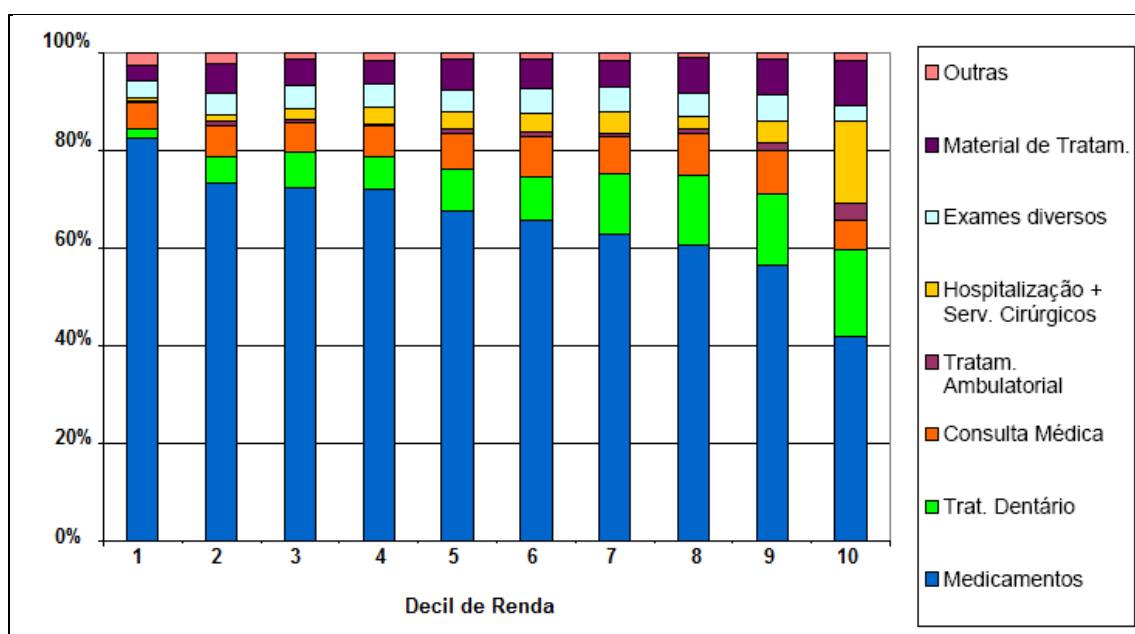
¹⁵ O Distrito Federal deverá aplicar em saúde 12% sobre a receita de imposto de base estadual e 15% caso a receita seja proveniente de um imposto de base municipal.

realizados pelas famílias (incluindo aquisição de medicamentos), encontra-se um total de R\$ 171 bilhões, o que equivale a 52,6% de todo o gasto em saúde realizado no período.

Já a análise realizada acerca da composição do gasto privado com saúde realizada por decil da população (gráfico 2), demonstra duas conclusões principais (UGÁ; SANTOS, 2005):

- i) Para todos os decis de renda, o gasto direto com medicamentos predomina;
- ii) O gasto direto com medicamentos é maior quanto menor for a renda da população.

Gráfico 2: Composição do gasto privado em saúde por decil de renda familiar per capita. Brasil – 2002



Fonte: UGÁ; SANTOS (2005, p. 48).

Diante de tais evidências, se se compara a estrutura de financiamento da saúde brasileira com outros países de cunho welfariano¹⁶, como por exemplo, Inglaterra, Dinamarca e Suécia (e que caracteristicamente empenham mais de 80% do gasto total com saúde ao setor público), observa-se que os gastos públicos brasileiros são muito baixos (41,6% do total do gasto em saúde), aproximando-se do modelo liberal norte-americano¹⁷ (no qual os gastos

¹⁶ Os países citados (Inglaterra, Dinamarca e Suécia) possuem sistemas nacionais de saúde do tipo Beveridgiano, ou seja, caracterizam-se por apresentarem o gasto público com saúde em torno de 80% do gasto total, mesmo após as reformas dos anos de 1990, que objetivaram conter o gasto público e alcançar o ajuste fiscal (UGÁ; PORTO, 2008).

¹⁷ O modelo de financiamento do sistema de saúde norte-americano é classificado como um modelo misto, pois apesar do gasto privado ser dominante, o país possui um sistema de atendimento oferecido especificamente

públicos equivalem a 44,6% do total dedicado à saúde), sendo portanto a estrutura brasileira de gastos em saúde, incompatível com um sistema de caráter universal (UGÁ; PORTO, 2008).

Os dados que evidenciam essa interessante comparação são apresentados na tabela 5, a seguir:

Tabela 5: Composição percentual do gasto em saúde – 2006

País	Gasto Público em Saúde	Gasto Privado em Saúde	Gasto Total em Saúde
Inglaterra	85,7	14,3	100,0
Dinamarca	83,0	17,0	100,0
Suécia	85,2	14,8	100,0
Brasil*	41,6	58,4	100,0
EUA	44,6	55,4	100,0

Fonte: Adaptado de UGÁ; PORTO (2008, p. 481).

* Os dados para o Brasil correspondem ao ano de 2007.

A exposição realizada confirma a necessidade de elevação do gasto público brasileiro com o sistema de saúde, no entanto, sendo a dinâmica brasileira de elevação dos gastos públicos com programas sociais baseada no incremento de impostos e contribuições, e sabendo que o Brasil já conta com uma carga tributária que está entre as maiores do mundo, a elevação dos impostos para financiar o sistema público de saúde só iria corroborar a “[...] convicção, mais ou menos generalizada, de que o Brasil tem carga tributária de país rico e serviços públicos de país pobre.” (BRASIL, 2006, p. 68).

1.5 Considerações finais

As ações e serviços de saúde pública realizadas desde o período de colonização até o desenvolvimento da economia agroexportadora brasileira, em meados do século XX, limitaram-se basicamente às ações de combate e controle de moléstias e epidemias, prejudiciais à manutenção do modelo econômico vigente.

aos aposentados (Programa Medicare) e à população de baixa renda (Programa Medicaid), financiados por meio de contribuições e impostos (UGÁ; PORTO, 2008).

Somente com a chegada de Getúlio Vargas à presidência em 1930 é que foram ampliadas as medidas de assistência médica curativa, no entanto, somente oferecida aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, tendo criado portanto, as condições para o surgimento do modelo privatista de assistência à saúde.

Já as primeiras experiências de universalização da assistência médica ocorreram no decorrer da década de 1980, concomitantemente ao processo de redemocratização brasileiro, no entanto, foi somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988, mais especificamente a partir do Artigo 196, que a saúde passou a ser um “direito de todos e dever do Estado.”

Apesar do grande avanço obtido com a garantia constitucional de assistência à saúde aos brasileiros, logo surgiram dificuldades relativas ao financiamento, e mesmo com a aprovação de impostos e contribuições, o problema persiste e pode ser considerado como a principal barreira que impede o sistema público de saúde de exercer plenamente os princípios da universalidade e integralidade.

Nesse contexto deve-se mencionar que, embora o SUS (composto por setores de baixa, média e alta complexidade) necessite de maiores quantidades de recursos públicos, a eficiência do conjunto de serviços oferecidos pelo setor também pode ser alcançada por meio da alocação eficiente dos recursos existentes, além da organização de redes de atenção à saúde perfeitamente integradas.

CAPÍTULO II – DESAFIOS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A JUDICIALIZAÇÃO

2.1 Introdução

O sistema público de saúde brasileiro caracteriza-se pelo enfrentamento constante de inúmeros desafios com vistas a solucionar os problemas existentes. Nos últimos anos passou a se destacar a busca pela solução desses conflitos que envolvem as necessidades em saúde dos cidadãos (usuários e não usuários do Sistema Único de Saúde) e o direito à saúde constitucionalmente estabelecido, baseando-se essencialmente nos princípios fundamentais da integralidade e universalidade da assistência, fenômeno denominado judicialização da saúde.

Diante desse fato, o presente capítulo tem como objetivo analisar os fundamentos desse processo, além de expor os fatores que contribuíram para intensificá-lo, assim como o debate que o circunda.

O capítulo apresenta-se subdividido em cinco seções além da presente introdução, de tal forma que, na seção 2.2 discute-se a inserção formal do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro em conformidade com as declarações internacionais de direitos humanos e a possibilidade de requerer tal direito judicialmente.

Na seção 2.3 é apresentado sinteticamente o período inicial da judicialização da saúde no Brasil, com as ações impetradas principalmente por pacientes portadores do vírus HIV.

Na seção 2.4 analisam-se os argumentos comumente utilizados a partir da intensificação da utilização da via judicial como fornecedora de medicamentos.

A seção 2.5 procura expor as diferentes visões sobre o tema, de tal forma que na subseção 2.5.1 é exposta a visão do Judiciário, e na subseção 2.5.2 analisam-se os argumentos apresentados pelos formuladores de políticas públicas.

Finalmente na seção 2.6 são realizadas as considerações finais do capítulo.

2.2 O direito de acesso à saúde como um direito humano fundamental e sua judicialização

A realização de uma análise adequada sobre a interação entre garantia do direito de acesso à saúde com as principais declarações universais de direitos humanos remete-nos primeiramente à necessidade de identificar o significado para o que é saúde.

A procura pela conceituação teórica do termo saúde remonta aos trabalhos de Hipócrates (século IV a.C.), Paracelso (século XVI) e Engels (século XIX), nos quais é possível observar uma tendência em defini-la como resultado das influências da natureza e estilo de vida das populações sobre o organismo humano (DALLARI, 1988)¹⁸.

Além dessa corrente teórica, há as contribuições de Descartes (século XVII), Pasteur (século XIX) e Koch (século XX) originadas, sobretudo com o advento da sociedade industrial, e que ao partirem da definição da saúde como a total ausência de doenças, identificavam as enfermidades humanas “[...] como sendo o defeito na linha de montagem que exigia reparo especializado.” (DALLARI, 1988, p.58)¹⁹.

O consenso entre as duas correntes de pensamento é alcançado somente no século XX, em grande parte explicada pela necessidade de países que sofreram com as consequências de duas Grandes Guerras garantirem alguns direitos fundamentais aos seus cidadãos. Nesse momento é possível observar o prevaletimento do conceito de saúde desenvolvido por Hipócrates, Paracelso e Engels, ou seja, da “[...] essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social).” (DALLARI, 1988, p. 58).

Essa conclusão é facilmente extraída se se considera principalmente a definição apresentada em 1946 pela Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual: “saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças”. Nesse contexto é importante mencionar que, a definição das normas mais importantes de proteção dos direitos e garantias fundamentais do Homem firmadas no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), além de ter promovido o desenvolvimento de órgãos garantidores de direitos sociais específicos (como por exemplo, a OMS), também suscitou a elaboração da Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948²⁰.

Dessa forma, reportando-se ao período imediatamente pós Segunda Guerra Mundial, no qual as declarações internacionais desempenharam uma influência significativa em diversos países para o reconhecimento constitucional dos direitos sociais, inclusive o direito à saúde, é possível observar que:

¹⁸ HIPPOCRATES, 1950; PARACELSO, 1941; ENGELS, 1986 apud DALLARI, 1988, P.58.

¹⁹ DESCARTES, 1952; PASTEUR, 1876; KOCH, 1912 apud DALLARI, 1988, p. 58.

²⁰ A Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 estabeleceu que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar”.

[...] o desenvolvimento das diferentes acepções do direito à vida consubstanciou avanço em face de uma percepção estritamente biológica, a fim de integrá-lo ao conceito de qualidade para ter em conta a legitimidade da aspiração ao bem-estar, assim como aos meios que permitam promovê-lo e realizá-lo. Nesse contexto, o direito à saúde desprende-se da necessidade elementar de dar ao direito à vida um senso mais geral que o simples fato da existência. A saúde constitui um valor basilar da vida humana, ela deve ser um elemento associado a todos os passos para o reconhecimento e promoção dos direitos fundamentais: por essa única qualidade, ela deve ser objeto de um regime de proteção tão explícito e eficaz quanto aquele atribuído aos valores humanos de primeiro patamar. (OLIVEIRA, 2007, p. 58).

A aprovação internacional do direito à saúde como parte integrante dos direitos humanos contribuiu para que vários países incluíssem-no em seus preceitos constitucionais. No Brasil essa influência pode ser evidenciada, sobretudo com a promulgação da Constituição Federal de 1988, pois além de ter assinalado o processo de democratização do país, também pode ser considerado um marco no desenvolvimento de políticas públicas com caráter universalista (MACHADO, 2008).

No período anterior à Constituição Federal de 1988, o tema saúde também estava presente no Direito Constitucional brasileiro, no entanto, não possuía dispositivos específicos sobre o assunto, além de não ser regido à época pela lógica da universalidade²¹. Dessa forma, o reconhecimento do direito à saúde como um direito social fundamental pela Constituição brasileira, demonstra o compromisso do país em integrar em seu ordenamento jurídico direitos sociais firmados internacionalmente.

Ao analisar mais detidamente os Artigos presentes na Constituição, que direta ou indiretamente asseguram o direito à vida, é possível citar o Artigo 1º que garante “a dignidade da pessoa humana” como um dos fundamentos que constituem o Estado Democrático de Direito; o Artigo 5º que garante a “inviolabilidade do direito à vida”, ao estabelecer que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”; e o Artigo 6º que inclui a saúde no rol dos direitos sociais²².

Além disso, também devem ser considerados os Artigos que integram a seção específica da saúde, sobretudo os que a asseguram como um direito social fundamental, garantido pelo Estado e regido pela lógica da universalidade e integralidade (Artigos 196 e 198). A esse respeito, deve ser ressaltado que: “[...] a Constituição de 1988 foi a primeira a

²¹ Como discutido no Capítulo 1, o direito de proteção à saúde era assegurado apenas indiretamente, mediante inserção formal no mercado de trabalho.

²² Na Constituição Federal brasileira, além da saúde, integram os direitos sociais: a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados.

conferir a devida importância à saúde, tratando-a, como direito fundamental, o que permitiu uma maior aproximação entre as inúmeras declarações internacionais de direitos humanos e o próprio texto constitucional.” (GANDINI et al., 2008, p. 5).

Além dos avanços angariados pela saúde pública com a promulgação da nova Constituição, ocorreu também uma intensificação da capacidade do Poder Judiciário influenciar as políticas implementadas pelo Estado. No campo da saúde pública, isso significa a garantia de que qualquer cidadão possa reclamar judicialmente do Estado determinado medicamento ou tratamento não ofertado pela rede pública de assistência à saúde, como indica a citação a seguir:

O direito à saúde, como direito social que é, realmente possui a característica de exigir do Estado brasileiro ações concretas e efetivas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Deve assim o Estado intervir na dinâmica social para a proteção do direito à saúde. [...] O direito à saúde pode ser também considerado um direito subjetivo público (faculdade de agir por parte de um cidadão ou de uma coletividade para ver um direito seu ser observado), na medida em que permite que o cidadão ingresse com uma ação no Poder Judiciário para exigir do Estado ou de terceiros responsáveis legalmente a adoção ou a abstenção de medidas concretas em favor da saúde.” (BRASIL, 2006, p. 50-51).

Portanto, sendo a saúde um direito estabelecido constitucionalmente, cabe ao Judiciário intervir para assegurá-lo, “em caso de omissão do Estado, falha, insuficiência ou falta de execução das políticas existentes”, desencadeando o fenômeno denominado judicialização da saúde. (OLIVEIRA, 2009, p. 32).

Diante da crescente procura pela concretização do direito constitucional à saúde via demanda judicial, é importante realizar algumas considerações a respeito do tema judicialização.

A expansão da jurisdição constitucional em muitos países originou-se logo após o término da Segunda Guerra Mundial como uma maneira de proteger os direitos individuais dos cidadãos, e conter ações abusivas cometidas pelos poderes Executivo e Legislativo em um momento de desenvolvimento do regime do Welfare State. Com o decorrer do tempo, a atuação judicial evoluiu nesse âmbito, e contemporaneamente pode-se inferir que caracteriza-se pela crescente expansão da “[...] influência do Poder Judiciário nas instituições políticas e sociais.” (BORGES, 2007, p. 46).

Para que a expansão da atuação do Poder Judiciário seja observada nas instituições nacionais, algumas condições devem necessariamente estar presentes, isso significa que, de

uma maneira geral, para a ocorrência da judicialização deve-se constatar (TATE, 1995 apud BORGES, 2007, p. 51):

- Existência de um regime democrático;
- Ordem política estruturada pelo princípio constitucional da separação dos poderes;
- Existência de direitos fundamentais garantidos constitucionalmente;
- Utilização dos tribunais pelos mais variados grupos de interesse, pois ao garantir seus direitos, contribuem para a disseminação da utilização da via judicial pela sociedade;
- Utilização dos tribunais pelos partidos de oposição, ou até mesmo pelo próprio governo para influenciar decisões políticas;
- Utilização dos tribunais pelo governo para tomada de decisões políticas, quando da falta de apoio político (aliados);
- Transferência de questões políticas ao Judiciário, por decisão dos Poderes Executivo e Legislativo.

Ao analisar essas condições especificamente para o caso brasileiro, é possível verificar que o momento que caracteriza o surgimento do processo de judicialização da política no Brasil possui uma relação direta com a promulgação da Constituição Federal de 1988, pois a partir desse período restabelece-se a democracia, a separação dos Poderes, os direitos fundamentais, além da transferência de questões políticas para o Judiciário, muitas vezes realizado intencionalmente pelos demais Poderes, como realçado pela citação a seguir (BORGES, 2007):

A necessidade da construção de arranjos políticos e coalizões partidárias para garantir a aprovação de determinadas matérias em nosso país, mormente aquelas que não ‘despertam’ o interesse dos grupos dominantes, como são as questões sociais, especialmente educação e saúde, faz com que projetos de lei não sejam aprovados e emendas constitucionais não sejam aplicadas por falta de regulamentação (vide o caso da Emenda Constitucional nº 29). Consequentemente, muitas dessas questões, via oblíqua, acabam chegando ao Judiciário através, por exemplo, de ações judiciais de improbidade administrativa propostas pelo Ministério Público, questionando, por exemplo, a aplicação de percentuais mínimos na área da saúde, ou seja, as decisões políticas acabam sendo tratadas na esfera judicial, seja por falta de interesse ou incapacidade - ou ainda por delegação intencional - do executivo e do legislativo em tratar essas questões. (BORGES, 2007, p.59).

Especificamente no campo da saúde pública, o Brasil apresentou sobretudo nas últimas décadas, um aumento exponencial das demandas judiciais que solicitam do Estado os mais variados tratamentos (principalmente medicamentos²³), sendo esse fato um indicativo das dificuldades enfrentadas pelo Estado em garantir o acesso universal e principalmente integral à saúde.

Segundo dados disponibilizados pelo IBGE, em 2010 a população brasileira totalizava 190.732.694 habitantes, e apesar do Brasil caracterizar-se como um país em desenvolvimento, com um PIB que está entre os maiores do mundo, possui como uma de suas principais características a grande dependência de políticas sociais por parte da população, sobretudo na área da saúde pública²⁴, representando portanto um importante desafio para a efetivação da política de universalização do acesso integral à saúde.

Outras características compõem um cenário desafiante para o estabelecimento de um sistema unificado como o SUS, desafios que vão além da amplitude geográfica brasileira, mas que também abrangem diversidades culturais, sociais e epidemiológicas. Portanto, tendo se deparado com essas características, a estrutura de financiamento do sistema público de saúde logo se mostrou insuficiente, passando a direcioná-lo rumo à desigualdade (ARAÚJO; BRANT, 2007).

Nesse contexto, há fatores que também devem ser mencionados por contribuírem fortemente para o crescimento da demanda por medicamentos e tratamentos de saúde arcados pelo Estado, a saber, elevação da expectativa de vida dos brasileiros, aliado ao grande avanço da medicina²⁵ e da indústria farmacêutica (possibilitando expectativas de maior qualidade de vida às pessoas).

Adicionalmente ao rápido envelhecimento da população e a crescente incorporação tecnológica na área médica, outros fatores têm contribuído para o crescimento da demanda

²³ A assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde pode ser considerada como o ponto menos universalizado do sistema, sendo esse “[...] um dos motivos pelos quais as pessoas, as associações de doentes e o próprio Ministério Público optassem pela via judicial para obter acesso ao medicamento como parte do direito constitucional à saúde.” (ROMERO, 2008, p. 10-11).

²⁴ O setor público de saúde (SUS) possui cerca de 145 milhões de dependentes diretos, o que equivale a aproximadamente 76% da população brasileira. (IBGE, Censo 2010).

²⁵ A partir das duas Grandes Guerras, a medicina angariou avanços importantes, sobretudo com o desenvolvimento da bioengenharia, da eletrônica, e da física, no qual surgiram as máquinas-ferramentas utilizadas nos diagnósticos médicos, e elevou a frequência com que tais inovações ocorrem de tal forma que, “[...] não se passa um dia, neste novo século, em que não se descreva uma nova descoberta relacionada às biotecnologias e às novas práticas que elas demandam ou asseguram.” (ANDRADE et al., 2008, p. 48-49).

por medicamentos e tratamentos de saúde arcados pelo Estado: o aumento de doenças crônicas aliado à crescente medicalização da sociedade²⁶. (ANDRADE et al., 2008).

O caso mais emblemático a ser citado é o da indústria farmacêutica, que procurando obter uma nova patente, realiza pequenas modificações em medicamentos já existentes, e por meio de estratégias de propaganda, esses medicamentos “[...] são apresentados à classe médica, e até mesmo, a grupos específicos de usuários, como inovadores, ressaltando-se de forma desproporcional suas vantagens em relação à terapêutica instituída ou a produto já ofertado pelo SUS.” (CONASS, 2005 apud BRASIL, 2011, p. 134-135).

Dessa forma, são inegáveis os efeitos benéficos oriundos das transformações pela qual a medicina tem passado nas últimas décadas, tendo proporcionado o avanço no diagnóstico e tratamento de inúmeras doenças. No entanto, a atual tendência de medicalização da sociedade, também se mostra potencialmente nociva ao sistema de saúde público brasileiro quando, por exemplo, são realizadas considerações acerca da influência exercida pela indústria na busca de retorno dos investimentos aplicados em pesquisa e desenvolvimento.

2.3 Início da judicialização da saúde no Brasil: o caso AIDS

Como apresentado no capítulo anterior, foi a partir de um dos princípios fundamentais que regem o SUS, a integralidade, que o Estado garantiu irrestritamente os serviços de saúde, incluindo a distribuição gratuita de medicamentos. No entanto, as solicitações improfícuas de determinados medicamentos junto à rede pública de saúde desencadeou a busca pelo Poder Judiciário por inúmeros indivíduos e até mesmo por grupos sociais.

Diversos trabalhos demonstram que o número de ações judiciais que solicitam o financiamento pelo Estado de inúmeros tratamentos de saúde, nos quais a principal demanda relaciona-se com o fornecimento de medicamentos, têm apresentado um crescimento exponencial nos últimos anos, e é representado tanto pelas ações individuais, quanto pelas ações coletivas que acabam beneficiando grupos de pacientes portadores de determinadas doenças (OSÓRIO DE CASTRO et al., 2005; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

²⁶ A crescente tendência de medicalização da sociedade origina-se com o desenvolvimento das técnicas médicas, ocorrido principalmente no período compreendido entre 1913 a 1928 pela medicina americana, no qual se destaca as pesquisas genéticas, desenvolvimento de vacinas e de campanhas contra a tuberculose (Ibid., p. 3).

Esse fenômeno teve início no Brasil principalmente ao longo dos anos de 1990, no qual a maior parte das ações judiciais impetradas contra o Estado solicitavam medicamentos para os portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV)²⁷. Deve-se ressaltar que desde 1991 esse grupo de pacientes (desde que munidos de prescrição médica) era beneficiado pelo programa nacional de distribuição gratuita da zidovudina (AZT), mas, apesar da ampliação dos anti-retrovirais distribuídos, o constante surgimento no mercado de novos medicamentos (considerados cada vez mais eficazes), intensificou a procura pela via judicial para acesso a essas inovações (FERREIRA, 2004).

Nesse contexto, é importante mencionar que praticamente todas as ações propostas até o ano de 1996 eram negadas, pois ao basearem-se fundamentalmente no Artigo 196 da Constituição Federal, “eram sumariamente rejeitadas pelos tribunais que enxergavam neste dispositivo constitucional, uma norma meramente programática, insuscetível de produzir efeitos jurídico-positivos.” No entanto, as ações judiciais solicitando medicamentos específicos para o tratamento de portadores do vírus HIV alterou completamente essa conjuntura. (GOUVÊA, 2003, p. 2).

Uma das primeiras ações no país que ao solicitar o fornecimento imediato de uma medicação recebeu decisão favorável ocorreu em São Paulo no ano de 1996, em favor de uma paciente portadora do vírus HIV²⁸, e principalmente a partir desta “abriu precedente para o ajuizamento de outras demandas”, como as decisões judiciais que garantiram o tratamento de portadores do vírus HIV no Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. (BRASIL, 2005, p. 24).

A partir desse período, com uma sucessão de decisões do Judiciário favoráveis aos pacientes, o Poder Executivo implementou uma política de reestruturação do programa de distribuição gratuita e universal, comum a todos os portadores do vírus. Dessa forma, a luta desempenhada pelos grupos de apoio à portadores da AIDS foi um fator fundamental que garantiu a aprovação da Lei nº 9.313, em 13 de novembro de 1996.

A aprovação da referida Lei garantiu que todos os pacientes portadores do vírus HIV obtivessem gratuitamente (com raríssimos casos de escassez) os medicamentos prescritos e que constem na lista oficial do Ministério da Saúde, além de prever a revisão anual do

²⁷ O aumento no número de solicitações de medicamentos pela via judicial ao longo dos anos de 1990 também sofreram a influência de ameaças ocasionadas por doenças como o câncer, doença renal crônica, a fenilcetonúria (doença do pezinho), e a esclerose lateral amiotrófica (ELA) (GOUVÊA, 2003).

²⁸ A ação movida pela advogada do Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA-SP); Áurea Celeste da Silva Abade solicitava novos medicamentos para o tratamento do HIV para Nair Soares Brito, pois o tratamento disponibilizado pela rede pública já não gerava os efeitos esperados na paciente. A decisão favorável foi concedida pelo Juiz da 1ª Vara da Fazenda Pública à época, Dr. Marco Aurélio Paoletti Martins Costa, em 25 de julho de 1996.

tratamento oferecido pelo SUS para adequá-lo com o conhecimento científico vigente, como pode ser observado a partir da análise dos Artigos 1º e 2º (Lei nº 9.313/96), citados a seguir:

Art. 1º. Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária ao tratamento.

§1º. O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

§2º. A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

Art. 2º. As despesas decorrentes da implantação desta lei, serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme regulamento.

Portanto, a sucessão de julgamentos favoráveis aos solicitantes acabou gerando uma jurisprudência, que levou por sua vez à aprovação da Lei que garantiu a distribuição gratuita de medicamentos para o controle e combate à AIDS. Essa dinâmica de ação do Judiciário e reação do Executivo pode ser comparada a um jogo que ocorre em rodadas, como sugerido a seguir (OLIVEIRA; NORONHA, 2010):

1ª) O paciente demanda judicialmente o acesso a determinado tratamento (medicamento ou insumo);

2ª) A decisão judicial impõe ao Executivo o dever de fornecer a solicitação do paciente;

3ª) Com o tempo há uma sucessão de decisões favoráveis, referentes ao mesmo tratamento;

4ª) O medicamento ou insumo constantemente demandado judicialmente é incorporado à lista oficial do SUS pelo Poder Executivo.

Uma consequência importante para o Executivo, que deve ser levada em consideração ao incorporar determinado medicamento à lista do SUS, é a possibilidade de garantir que haja redução de custo até então criado pelo Judiciário, pois na compra de medicamentos, por exemplo, há a possibilidade de que essas aquisições não sejam mais realizadas no varejo. Dessa forma, “o elevado número de casos individuais vitoriosos, somado a sua persistência no tempo cria uma situação praticamente irreversível, levando o Executivo a instituir uma política pública com efeito para todos.” (OLIVEIRA; NORONHA, 2010, p.4).

Porém, mesmo com a política de distribuição gratuita de anti-retrovirais implementada na década de 1990, continuaram ocorrendo os casos de solicitação por medicamentos nas unidades dispensadoras que não foram aprovados pelos gestores e que, portanto, não são distribuídos pelo programa DST/AIDS. Diante das dificuldades do Estado em atender a todas as solicitações por medicamentos existentes, alguns pacientes recorrem novamente ao Poder Judiciário para solicitá-los, que sob prescrição médica julgam ser o mais apropriado (FERREIRA, 2004).

Isso significa que, apesar do anúncio do Ministério da Saúde referente à incorporação de novos medicamentos existentes à época na lista do SUS²⁹, inúmeras ações continuaram sendo movidas contra o Estado diante da demora para realização da completa distribuição entre Estados e Municípios, além das solicitações por medicamentos novos que não constavam na lista estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Nesse contexto merece destaque a influência que a aprovação de um novo medicamento de combate à AIDS pelo Food and Drug Administration (FDA)³⁰ dos Estados Unidos exerce sobre as demandas judiciais por medicamentos no Brasil. Dessa forma, no período de tempo compreendido entre a certificação de eficácia e segurança de um novo medicamento pelo FDA e a distribuição deste pelo SUS, há uma elevação na quantidade de prescrições médicas que o solicitam.

A título de ilustração pode ser citado um recurso especial (Resp 684.646)³¹ que chegou ao Superior Tribunal de Justiça (STJ) em 2005, no qual o paciente portador de HIV solicitava a condenação do Estado do Rio Grande do Sul e do Município de Porto Alegre para o fornecimento gratuito de medicamento necessário ao tratamento (sob prescrição médica), mas que não possuía registro no Brasil. Para o relator (Ministro Luiz Fux), se comprovado a necessidade do medicamento solicitado para controlar a doença, este deveria ser importado e fornecido (mesmo estando em fase experimental e sem registro no Ministério da Saúde), pois além de ter sido aprovado à época pelo órgão que controla os medicamentos nos Estados Unidos, deveria ser respeitado o princípio maior de garantia à vida digna, além do direito à saúde.

²⁹ No Brasil, a taxa de mortalidade de portadores do vírus HIV apresentou queda significativa com a chegada dos medicamentos inibidores de protease, além da redução significativa no número de internações por complicações da AIDS (BRASIL, 2005, p. 34).

³⁰ “O FDA é a principal referência mundial para a aprovação e a introdução de um novo medicamento no mercado.” (Ibid, p. 42).

³¹ Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/webstj/Processo/justica/detalhe.asp?numreg=200401187914>>. Acesso em: 2 nov. 2011.

Assim como o caso ilustrativo citado acima, inúmeras ações foram impetradas contra o Estado para reivindicar novos medicamentos, desencadeando uma realocação dos recursos destinados à compra de anti-retrovirais, como evidencia a citação a seguir:

Em 2001, as ações judiciais tiveram grande impacto no orçamento público. Só no Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, cerca de 80% (R\$ 3 milhões) do orçamento estadual previsto para a compra de medicamentos anti-aids no ano, foi consumido no cumprimento de ordens judiciais favoráveis a pacientes. Eram principalmente ações para a compra do medicamento Kaletra, que ainda não fazia parte dos anti-retrovirais distribuídos pelo Ministério da Saúde. Para não faltar os demais medicamentos previstos, o Programa foi obrigado a pedir suplementação orçamentária ao Estado. (BRASIL, 2005, p. 28).

Pode-se inferir que a situação descrita para o Estado de São Paulo ilustra uma tendência nacional, e apesar das alegações do governo referentes à insuficiência orçamentária, cada vez mais as decisões dos Tribunais garantem a solicitação de inúmeros pacientes.

2.4 A intensificação da utilização da via judicial como fornecedora de medicamentos

Como apresentado na seção anterior, a atual tendência de utilização intensa da via judicial para fornecimento de inúmeros tratamentos de saúde, especialmente medicamentos, teve início ao longo dos anos de 1990, principalmente com as demandas por anti-retrovirais pelos pacientes portadores do vírus HIV.

O crescimento das solicitações por medicamentos e tratamentos para inúmeras outras doenças surgiu como consequência da mudança de postura adotada pelo Poder Judiciário a partir de 1996, sobretudo após a aprovação da Lei Federal nº 9.313/96, tendo possibilitado a aceitação de praticamente todas as ações submetidas (individuais e coletivas), ou seja, ao garantir tratamento gratuito para todos os doentes de AIDS, todas as demais decisões passaram a ser amparadas por essa “mudança no padrão decisório”, como ressaltado na citação a seguir:

Circunstâncias as mais variadas, porém, fizeram com que o argumento da insuficiência do texto legal, outrora fatalmente admitido, não obtivesse mais a acolhida dos tribunais que, invertendo a tendência anterior, passaram a condenar o Estado não apenas à entrega de medicamentos, mas também à prestação dos serviços médicos necessários ao tratamento da síndrome. [...] O sucesso dos soropositivos impulsionou o reconhecimento do direito aos

medicamentos por parte de outras classes de doentes, a despeito da inexistência de estatuto legal que amparasse esta extensão. (GOUVÊA, 2003, p. 3).

Dessa forma, tornou-se recorrente no Brasil as decisões judiciais beneficiarem os pacientes que solicitam os mais variados tipos de tratamentos, por exemplo, medicamentos que não constam na lista dos fornecidos pelo SUS, e até mesmo medicamentos que não possuem autorização da ANVISA para serem comercializados no país. Conseqüentemente, ao longo do tempo as “ações individuais geraram um impacto coletivo, não apenas no sentido restrito de coletividade, ou seja, de uma dada coletividade, mas no sentido amplo, atingindo a sociedade como um todo.” (OLIVEIRA; NORONHA, 2010, p. 3).

Na busca pela consolidação do direito à saúde (representado tanto por ações individuais quanto coletivas³²), é importante mencionar a influência desempenhada pelas diversas instâncias judiciais³³ envolvidas: Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e escritórios particulares de advocacia.

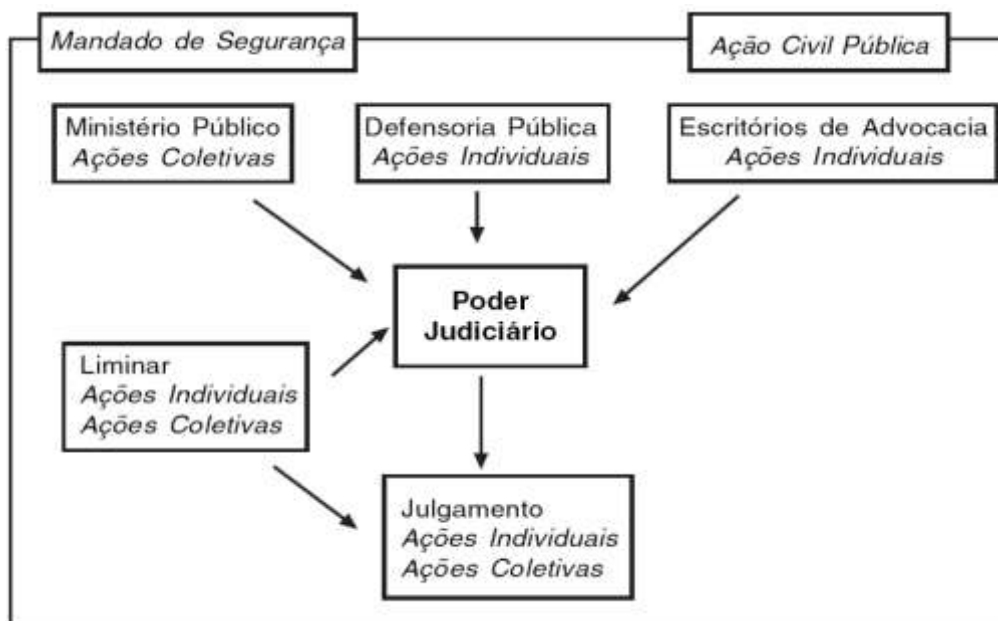
- Poder Judiciário: ao atuar como instância julgadora, possui uma grande responsabilidade diante de determinada questão judicial ao “interpretar normas e arbitrar sobre sua legalidade e aplicação, especialmente nos casos sujeitos à controvérsia.” (VIANNA et al., 1997 apud MACHADO, 2008, p. 4).
- Ministério Público: atua como representante dos interesses individuais, coletivos, difusos, homogêneos e indisponíveis, e “tem como função principal zelar pela promoção dos direitos constitucionais, sendo que, dentre estes está o direito à saúde (entendido como um direito individual, coletivo e difuso, conforme o Artigo 197 da Constituição).”
- Defensoria Pública e escritórios particulares de advocacia: ao representarem os interesses individuais, garantem que os cidadãos pleiteiem as ações necessárias à promoção e recuperação da saúde, incumbidas ao Estado.

Ao analisar a dinâmica de atuação das instâncias sob análise, é possível observar que seja em função de “Mandado de Segurança (art. 5º, LXIX, CF/88) impetrado por algum indivíduo que tenha seu direito líquido e certo não garantido por alguma instância ou autoridade pública, ou também em função de uma Ação Civil Pública (art. 129, III, CF/88)

³² MACHADO (2008) ressalta a importância crescente desempenhada pelos Conselhos da Saúde, assim como por determinadas associações civis nas demandas propostas ao Poder Judiciário.

³³ As considerações realizadas acerca da atuação das distintas instâncias judiciais baseiam-se em MACHADO (2008, p. 4-5).

iniciada pelo Ministério Público”, a liminar tem sido majoritariamente utilizada pelo Poder Judiciário para assegurar o acesso a determinado pleito de saúde, como apresentado pelo esquema a seguir (MACHADO, 2008, p. 8):



Fonte: MACHADO (2008, p. 8).

No que concerne à postura adotada pelo Poder Judiciário diante de ações individuais e coletivas, esta instância de decisão tem se mostrado muito mais receptiva diante dos pleitos individuais (que na maioria dos casos versam sobre o direito de acesso a um medicamento ou insumo específico), do que diante das ações que demandam direitos coletivos encaminhados pelo Ministério Público, sobretudo porque esta desencadeia elevação dos gastos públicos, além dos impactos que pode gerar sobre políticas públicas (por exemplo, criação do programa DST/AIDS) (MACHADO, 2008).

Quanto às características das ações concernentes ao direito à saúde impetradas contra o Estado, pode-se observar que (PEPE et al., 2010):

- Maioria dos processos é individual;
- Há demandas por medicamentos fornecidos pelo SUS, assim como há prescrições de medicamentos não certificados pela vigilância sanitária brasileira para comercialização no país;
- Rápido crescimento das ações judiciais no setor, acompanhadas de grandes dispêndios públicos para o seu cumprimento.

2.4.1 Argumentos utilizados e a configuração da jurisprudência ³⁴

Ao analisar primeiramente os argumentos apresentados pelos autores dos processos (solicitando medicamentos por parte do Estado), é possível observar que três razões são comumente alegadas:

- i. Ao considerar a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, a prestação ineficiente da assistência farmacêutica aos indivíduos que dela necessitam constitui violação a um princípio constitucionalmente estabelecido;
- ii. Insuficiência financeira do solicitante em adquirir medicamento necessário para determinado tratamento, sobretudo quando envolve a solicitação de medicamentos de alto custo, ou que serão utilizados por um prazo de tempo prolongado;
- iii. Tratamento ofertado pelo sistema público de saúde não produz mais os efeitos esperados, ou então, alega-se a ocorrência de reações adversas graves, justificando a necessidade de medicamentos inovadores.

Dentre os argumentos supracitados, pode-se destacar que as decisões favoráveis são em grande maioria beneficiadas pelo reconhecimento de que “a prestação de assistência farmacêutica constitui materialização do direito constitucional à vida e à saúde, com base no que dispõem os Artigos 5º, 196 e 198 da Constituição Federal, além de imposição legal.” (ROMERO, 2008, p. 24).

Os textos das decisões apresentados a seguir ilustram essa assertiva:

A Administração Pública tem o dever inquestionável – e não a faculdade – de prestar assistência médica e de fornecer os medicamentos indispensáveis ao tratamento de paciente, sob pena de vir a lesar direito líquido e certo, principalmente aos carentes e portadores de moléstias graves, como a acometida pelo ora Apelado. (Processo nº 2002.01.1.101 094-2, acórdão 210.449, julgado em 13/12/04).

Incide, pois, sobre o Poder Público a indeclinável obrigação de fazer efetivos os serviços de saúde, incumbindo-lhe promover medidas preventivas e de recuperação que tenham por finalidade viabilizar o que prescreve o art. 196 da CF. É que o caráter fundamental do direito à saúde, garantido pela Constituição Federal, bem como pela Lei Orgânica do DF, impõe ao Estado o dever de prestação positiva de seus serviços. (Processo nº 2004.00.2.006395-2, acórdão 241.184, julgado em 22/03/05).

³⁴ A análise dos argumentos utilizados tanto pelos autores das ações, quanto pelos réus, tem como objeto acórdãos julgados pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF) no período de 2001 a 2005, apresentados em ROMERO (2008, p. 18-42).

Entretanto, é importante ressaltar que a decisão de muitos julgadores expressa reiteradamente que, o direito de receber gratuitamente do Estado os medicamentos de necessidade comprovada depende da indisponibilidade financeira do paciente para custear o tratamento. Um caso emblemático a ser citado refere-se a um Recurso Especial (RESP 944.105, julgado em 26/08/2008³⁵) no qual o paciente não conseguiu comprovar a incapacidade de arcar com os custos dos medicamentos para o tratamento de asma brônquica tendo, portanto seu pedido negado como apresentado a seguir:

Assentando o Tribunal a quo concluído que a experiência nos leva a concluir que quem ganha R\$ 350,00(trezentos e cinquenta reais) por mês, não utiliza o telefone de forma a ter uma conta mensal de R\$ 109,11 (cento e nove reais e onze centavos). Partindo do pressuposto de que a declaração de fls. 17 é verdadeira, resta a conclusão de que o autor tem outras fontes de renda, que não ficaram esclarecidas nos autos, para que possa ser avaliada a questão da impossibilidade do autor arcar com os custos dos medicamentos [...]. Nenhuma prova foi feita de que o autor não tem condições de comprar o medicamento receitado.

No que diz respeito à composição da defesa, verifica-se o predomínio das quatro alegações citadas a seguir:

- i. O medicamento solicitado não pertence à relação de tratamentos e protocolos clínicos garantidos pelo SUS;
- ii. Medicamento inexistente no mercado;
- iii. Carência de recursos orçamentários e financeiros para aquisição do medicamento;
- iv. Paciente (solicitante) não ser usuário do SUS.

Dentre as razões expostas na composição da defesa, o argumento que tem sido enunciado com maior frequência refere-se à limitada capacidade orçamentária do Estado, e apesar de na maioria dos casos os julgadores desconsiderarem-no, um caso emblemático pode ser citado; a decisão de um Recurso ordinário em Mandado de Segurança (RMS 28962, julgado em 25/08/2009³⁶) onde o pedido de um novo medicamento para o tratamento de psoríase foi negado a um paciente de Minas Gerais sob a alegação de que além do SUS oferecer outros medicamentos para a mesma finalidade, tal aquisição desencadearia um desequilíbrio para as contas públicas, como pode ser analisado a seguir:

³⁵ Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?id=864330>>. Acesso em: 25 out. 2011.

³⁶ Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/doc.jsp?id=957100>>. Acesso em: 25 out. 2011.

O entendimento de que o Poder Público ostenta a condição de satisfazer todas as necessidades da coletividade ilimitadamente, seja na saúde ou em qualquer outro segmento, é utópico; pois o aparelhamento do Estado, ainda que satisfatório aos anseios da coletividade, não será capaz de suprir as infindáveis necessidades de todos os cidadãos. [...] O art. 6º da Constituição Federal, que preconiza a saúde como direito social, deve ser analisado à luz do princípio da reserva do possível, ou seja, os pleitos deduzidos em face do Estado devem ser logicamente razoáveis e, acima de tudo, é necessário que existam condições financeiras para o cumprimento de obrigação. De nada adianta uma ordem judicial que não pode ser cumprida pela Administração por falta de recursos.

Portanto, apesar de a maior parte dos julgadores não aceitarem como argumento válido a restrição orçamentária do Estado, decisões como a citada acima demonstram que há casos nos quais é considerada válida a alegação de que a grande intensidade de decisões judiciais no campo da saúde pode causar distorções nas demais atividades previstas para o setor.

2.4.2 O processo de decisão e atendimento às ações judiciais que solicitam medicamentos

Tendo como principal fundamento a elevação da procura pelo Poder Judiciário brasileiro para o equacionamento de problemas na assistência à saúde, e o consequente aumento dos gastos públicos para cumprir as decisões judiciais, o Supremo Tribunal Federal (STF) realizou entre abril e maio de 2009 a Audiência Pública nº 4 (convocada pelo Presidente do STF, Ministro Gilmar Mendes) para debater o aumento do número de ações judiciais no setor saúde com especialistas de diversas áreas, como por exemplo, advogados, promotores, médicos, técnicos e gestores de saúde, assim como usuários do SUS.

Após a realização da Audiência pelo STF, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou em março de 2010 a Recomendação nº 31³⁷, a qual expõe uma série de medidas a serem adotadas pelos Tribunais de Justiça durante a análise dos casos, para garantir a maximização do desempenho na tomada de decisão frente às ações judiciais desse tipo, dentre as quais se destacam:

- Recomendação aos Tribunais de Justiça que realizem acordos com equipe técnica (composta por médicos e farmacêuticos) para prestação de auxílio aos magistrados quanto às indicações clínicas presentes na demanda;

³⁷ Conselho Nacional de Justiça - Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/reccnj_31.pdf> Acesso em: 31 out. 2011.

- Recomendação aos Magistrados que evitem autorizar as demandas por medicamentos sem registro na ANVISA, assim como tratamentos em fase experimental;
- Recomendação à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (ENFAM), assim como à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados do Trabalho (ENAMAT) e Escolas de Magistratura Federais e Estaduais, que insiram em seus cursos o direito sanitário, para favorecer um maior conhecimento sobre o assunto.

Adicionalmente à aprovação da referida Recomendação, o CNJ instituiu em agosto de 2010 o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde³⁸, constituído por Comitês em cada Estado³⁹. A criação do Fórum possui como objetivo precípua elaborar estudos acerca da tendência apresentada nos últimos anos de crescimento e diversificação das ações judiciais em saúde, a fim de buscar soluções que aprimorem cada vez mais o processo de tomada de decisão pelos juízes, assim como identificar algumas medidas que previnam o aparecimento de novos pedidos, o que consequentemente evitaria dispêndios impactantes ao orçamento público.

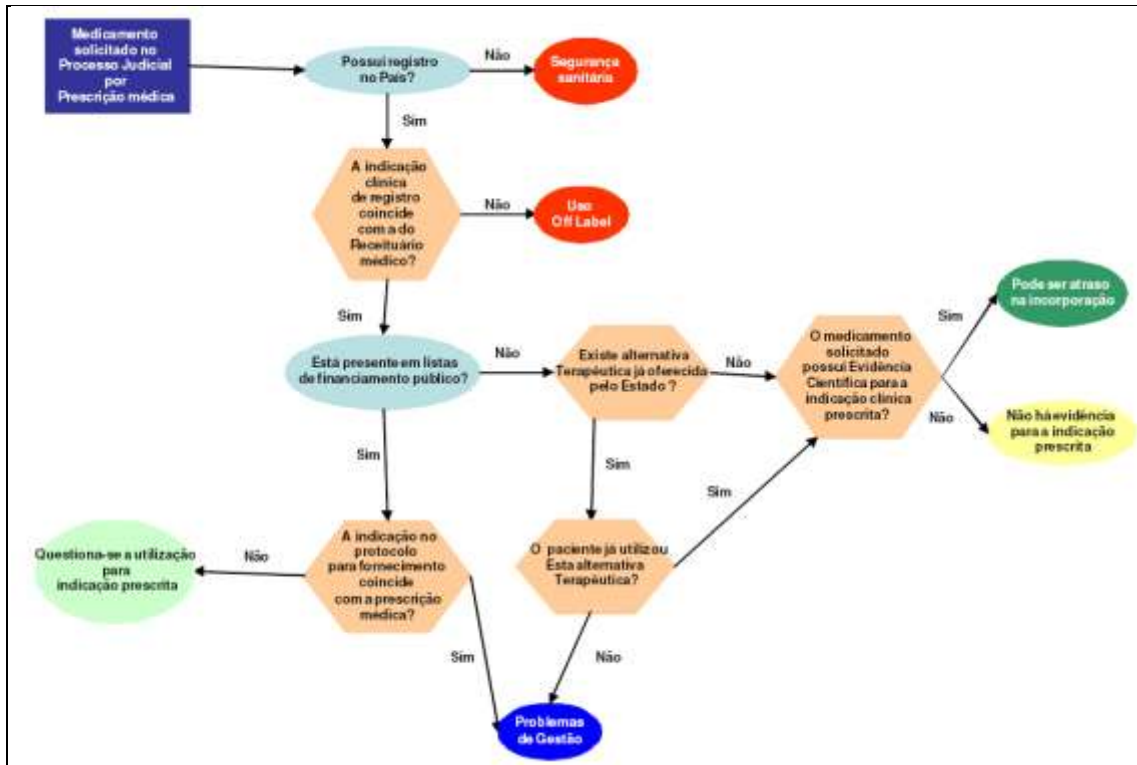
Diante da complexidade que envolve a tomada de decisão frente às demandas judiciais por medicamentos, é possível apresentar resumidamente as etapas que podem compor esse processo, a fim de propiciar um melhor entendimento do assunto⁴⁰.

³⁸ Fórum instituído pela Resolução nº 107/2010. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/323-resolucoes/12225-resolucao-no-107-de-06-de-abril-de-2010>>. Acesso em: 23 nov. 2011.

³⁹ Os comitês estaduais reúnem-se regularmente para discutir e identificar as principais demandas em saúde e apresentar sugestões para a crescente judicialização do setor.

⁴⁰ As considerações realizadas a respeito da proposta de fluxo de análise para as ações judiciais de medicamentos baseiam-se no trabalho realizado por FIGUEIREDO (2010, p. 44 - 46).

Figura 2: Estágios do processo de análise das ações judiciais que solicitam o fornecimento de medicamentos



Fonte: FIGUEIREDO (2010, p. 44).

A primeira medida a ser tomada diante de uma solicitação judicial por medicamento é verificar se a substância prescrita é registrada pela ANVISA. Em caso negativo, deve ser discutida a segurança do referido medicamento, diante da possibilidade de gerar danos à saúde do paciente. Mas, se ficar constatado que o medicamento em questão possui registro no país, deve ser analisado para qual indicação terapêutica foi registrado, pois no caso de solicitação para tratamento diferente do registrado, o uso do medicamento poderá ser considerado *off label*⁴¹, e dessa forma a sua segurança e eficácia também devem ser discutidas.

Diante da solicitação por um medicamento que possui registro na ANVISA e a sua indicação terapêutica não caracterizar uso *off label*, deve ser analisado se consta na lista de medicamentos fornecidos pelo SUS. Em caso positivo, havendo compatibilidade da prescrição com a indicação terapêutica do SUS, a disponibilização do referido medicamento não será questionada. Porém, não havendo compatibilidade nas prescrições, novamente deverá ser discutida a utilização do medicamento em termos de segurança ao usuário.

⁴¹ O uso *off label* de um medicamento ocorre quando a indicação terapêutica prescrita pelo médico difere da indicação registrada para uso no país, caracterizando um possível risco ao paciente diante da falta de evidências que confirmem sua eficácia para outro uso (FIGUEIREDO, 2010).

No caso em que a ação sob análise solicite medicamento não fornecido pelo SUS, é importante que haja a indicação e oferta de uma alternativa terapêutica financiada pelo sistema público. Mas, na ausência da referida alternativa, deve ser examinada a necessidade do referido medicamento, sobretudo no caso de haver evidências científicas que atestem sua eficácia.

2.5 Judiciário e políticas públicas de saúde: duas visões distintas

No Brasil, o crescimento da atuação do Judiciário nas políticas de saúde é habitualmente atribuído à incapacidade da assistência farmacêutica prestada pelo SUS suprir a demanda existente, além do crescente reconhecimento do direito à saúde por segmentos cada vez maiores da população. E, em decorrência do grande aumento no número de ações judiciais e o crescimento do orçamento despendido para o seu cumprimento, o debate em torno do tema judicialização da saúde tem se tornado cada vez mais expressivo, sendo habitualmente apresentado sob duas óticas: dos profissionais da área do direito, e dos profissionais da área da saúde pública.

A abordagem em torno do tema judicialização da saúde é portanto dicotômica, pois ao analisar a postura adotada pelo Judiciário pode-se considerar de uma maneira geral que, sua atuação ao priorizar a saúde baseando-se no cumprimento do princípio constitucional da integralidade, relega na maioria dos casos o tema recursos para segundo plano, representando dessa forma, “um avanço em relação ao exercício efetivo da cidadania por parte da população brasileira.” (MARQUES, 2008, p. 1).

Por outro lado, o atendimento de um número cada vez maior de ações judiciais realizado pelos executores de políticas (ações que muitas vezes solicitam medicamentos sem a devida comprovação de eficácia e registro na ANVISA), inviabiliza o funcionamento adequado das demais políticas públicas planejadas para o setor, gerando conseqüentemente desigualdade na atenção à saúde.

Diante do debate que envolve um tema tão controverso, realiza-se a seguir a exposição dos principais argumentos apresentados tanto pela ótica dos profissionais da área do Direito, quanto pelos formuladores de políticas públicas.

2.5.1 Judicialização do acesso à saúde sob a perspectiva dos profissionais da área do

Direito

A legitimidade atribuída ao Poder Judiciário para atuar diante de questões relacionadas às políticas públicas de saúde fundamenta-se no princípio constitucional da separação dos Poderes, disposto no Artigo 2º da Constituição Federal⁴². O Judiciário enquanto instituição garante aos Juízes o *locus* para expressarem suas posições quanto à legitimidade ou não das políticas elaboradas pelo Executivo, de tal forma que, ao atribuir um “[...] caráter normativo a princípios de justiça social faz com que os Juízes, enquanto aplicadores das normas acabem por se manifestar sobre as políticas públicas tidas como meio para efetivação das garantias sociais de nossa Constituição.” (FERREIRA, 2004, p. 10).

A procura pela tutela jurisdicional para garantir direitos sociais assegurados na Constituição brasileira, no qual se destaca no presente trabalho a procura pela garantia do direito à saúde, é assegurada, sobretudo com o desenvolvimento da doutrina brasileira da efetividade⁴³.

A doutrina da efetividade, desenvolvida em torno de um movimento jurídico-acadêmico, possui como essência “(...) tornar as normas constitucionais aplicáveis direta e imediatamente, na extensão máxima de sua densidade normativa.” (BARROSO, 2007, p.5). Sendo assim, a partir do desenvolvimento da referida teoria, tornou-se constante a busca pela materialização dos dispositivos constitucionais, ou seja, o Poder Judiciário assume uma postura ativa para assegurar o cumprimento dos direitos sociais, inclusive o direito à saúde.

Sob o ponto de vista apresentado, pode-se inferir que compete ao Poder Judiciário garantir que os direitos previstos na Constituição sejam incondicionalmente cumpridos, como fica exemplificado pela decisão proferida em 2009 pelo Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso do Sul, citada a seguir:

O dever do estado em garantir a prestação assistencial à saúde não pode esbarrar em legislação infraconstitucional que envolve interesse financeiro, devendo ser afastada toda e qualquer postura tendente a negar a consecução destes direitos para prevalecer o direito incondicional à vida. O artigo 196 da Constituição Federal prescreve que é dever do estado garantir o acesso universal e igualitário das pessoas à saúde, estando este dever constitucional

⁴² Artigo 2º: São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

⁴³ A doutrina da efetividade é pormenorizadamente discutida em: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. Fundamentação e normatividade dos direitos fundamentais: uma reconstrução teórica à luz do princípio democrático. In: BARROSO, Luís Roberto (org.). **A nova interpretação constitucional: ponderação, direitos fundamentais e relações privadas**, 2003.

acima de qualquer lei, portaria ou qualquer outro ato normativo, porquanto o que se visa garantir é o direito primordial à vida. (BRASIL, 2010, p. 81).

Em desacordo com a argumentação desenvolvida a partir da doutrina da efetividade da norma constitucional, diversos autores apresentam objeções à excessiva atuação judicial em matéria de saúde, alegando principalmente (SILVA, 1999; CANOTILHO, 2001; STRUCHINER, 2005):

- As decisões proferidas pelo Poder Judiciário no que concerne à concessão de medicamentos e tratamentos médicos, estariam em completo desacordo com o Artigo 196 da Constituição, pois esta assegura que as prestações em matéria de saúde sejam garantidas por políticas sociais e econômicas, ou seja, uma competência do Poder Executivo;

- As decisões sobre políticas públicas de saúde tomadas exclusivamente no âmbito do Poder Executivo garantem a eficiência dos gastos públicos, pois é possível alocar mais eficientemente os recursos disponíveis para o setor, ou seja, adequar a oferta às reais necessidades da demanda;

- Sendo os recursos públicos destinados à saúde oriundos de impostos, é legítimo que as decisões quanto a sua aplicação sejam prerrogativa dos órgãos de representação popular, e não do Judiciário;

- Impossibilidade financeira de o Estado suprir todas as demandas existentes no setor saúde, conhecido como princípio da reserva do possível, no qual a prestação dos direitos sociais, dentre estes a saúde, depende da disponibilidade de recursos orçamentários por parte do Estado. Sendo assim, cabe aos executores de políticas públicas decidirem pelo investimento dos recursos (limitados) em determinada área em detrimento de outra;

- Falta de conhecimento técnico do Judiciário para decidir sobre adequação e efetividade dos tratamentos e medicamentos demandados, sendo o Juiz considerado como um “ator social que observa apenas os casos concretos, a micro-justiça, ao invés da macro-justiça, cujo gerenciamento é mais afeto à administração pública.” (BARROSO, 2007, p. 27).

Baseando-se nas justificativas apresentadas, a atuação do Judiciário no que tange às políticas de saúde somente se justificaria diante dos casos em que a referida política ofertada pelo sistema público apresentar falhas ou se mostrar insuficiente. Além disso, competiria ao Judiciário analisar os casos de acordo com o princípio da reserva do possível, pois a judicialização excessiva poderia atuar como inviabilizadora do bom funcionamento do SUS.

Partindo desse pressuposto, não seria competência do Poder Judiciário (BARROSO, 2007):

- Conceder qualquer tratamento à paciente que não tenha se submetido anteriormente ao atendimento ofertado pelo SUS, assim como àquele que não comprovar insuficiência financeira;
- Decidir pela dispensa de remédios a pacientes que não comprovarem a utilização anterior de medicamento dispensado pelo Sistema Único;
- Autorizar o fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA, mas somente decidir pela dispensação dos medicamentos constantes nas listas elaboradas pelo Poder Público.

Ao analisar a temática do direito à saúde baseando-se no princípio da reserva do possível, pode-se observar também uma disposição em realizar a análise das demandas judiciais sob a ótica do princípio da proporcionalidade⁴⁴, o qual é responsável por buscar a ponderação das diretrizes garantidoras dos direitos fundamentais estabelecidos constitucionalmente, e dessa forma evitar que as vantagens geradas para um subsistema gerem desvantagens para os demais, como sugere a citação a seguir:

[...] o princípio da proporcionalidade constitui meio adequado e apto instituído para a solução dos conflitos tendo seu relevante papel de concretizador dos direitos fundamentais, fazendo um controle das atividades restritivas a esses direitos e impedindo a violação do texto constitucional de sorte a impedir a aniquilação de direitos fundamentais sem qualquer reserva de restrição autorizada pela Constituição Federal. (SILVA, 2005, p.2).

Diante do debate apresentado em torno da atuação do Judiciário como fornecedor de medicamentos e tratamentos médicos em geral, é importante mencionar a extensa decisão produzida pelo Supremo Tribunal Federal⁴⁵ a partir do indeferimento de nove recursos propostos pelo Poder Público contestando as decisões judiciais que determinaram a disponibilização de medicamentos e tratamentos não ofertados pelo SUS à pacientes de doenças graves. O amplo conteúdo das decisões mencionadas acabou por gerar um “roteiro indicativo de como Juízes e administradores devem se relacionar ao enfrentarem um caso de

⁴⁴ O princípio da proporcionalidade “exige do aplicador do Direito a verificação dos benefícios da medida pleiteada em face de eventuais ônus dela decorrentes.” (OLIVEIRA, 2009, p. 52).

⁴⁵ Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=122125>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

concessão de medicamento não previsto nas normas e listas do SUS.” (OLIVEIRA; NORONHA, 2010, p. 9).

Apesar de a Suprema Corte considerar legítimo e constitucional a busca pela integralidade do direito à saúde, sobretudo nos casos de falha na oferta realizada pelo sistema público, uma das primeiras orientações aos Juízes é que caso se deparem com a solicitação de um medicamento que possua similar disponível na rede pública de saúde, devem decidir pela concessão do tratamento ofertado pelo SUS.

No que concerne às solicitações por medicamentos sem autorização da ANVISA, ou que possuam princípios ativos considerados ilegais no país, a indicação é para que sejam sumariamente negados. A manutenção dessa postura também é defendida na Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça (citado anteriormente), ao considerar como uma forma de evitar que determinados laboratórios utilizem-se indiretamente de recursos públicos para financiarem tratamentos experimentais.

Essa postura é facilmente identificada na fala da Desembargadora Vanessa Verdolim Hudson Andrade da 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, ao afirmar que:

[...] cabe ao Judiciário resolver esses problemas que o próprio cidadão não consegue resolver, mas a partir do momento que o Estado ou município elaboram e praticam políticas públicas, o Judiciário tem que agir com mais cautela. O próprio Artigo 196 determina que o direito à saúde deve se submeter às políticas públicas, e as políticas públicas hoje se submetem à diretrizes, estudos e protocolos clínicos (baseados em evidências científicas que demonstram se o medicamento é indicado para qual tratamento); e o Judiciário não pode deixar de considerar essas políticas. (informação verbal)⁴⁶.

Mais adiante a Desembargadora complementa:

[...] aquele advogado que pensa realmente em fazer a defesa do cidadão, tem a maior credibilidade dentro da justiça, mas existem casos, como ações que nós conhecemos (eu conheço pelo menos quatro ações) contra laboratórios, contra médicos e advogados que se uniram como uma perfeita quadrilha para jogar no mercado medicamentos novos desses determinados laboratórios, e que iriam sacrificar os cidadãos porque não se sabia sequer se eles teriam eficácia. [...] Mas, por outro lado, eu tenho que ver o direito à saúde acima de tudo, se é um caso grave, se há uma exposição de um risco à morte, nesse caso não se pode pensar duas vezes, o Judiciário tem que ter uma atuação positiva e imediata, não pode negar o direito à saúde e nem mesmo o direito de morrer com dignidade.

⁴⁶ Entrevista concedida ao programa Via Justiça, exibido em 2010. Disponível em: <<http://www.youtube.com/user/AmagisMG/videos?query=Judicializa%C3%A7%C3%A3o+da+sa%C3%BAde>>. Acesso em: 16 jul. 2011.

Por outro lado, uma postura em maior consonância com a doutrina da efetividade é expressa na fala do Juiz Dr. Renato Dresch, da 4ª Vara da Fazenda Pública e Autarquias, e Coordenador da Comissão Executiva Estadual da Saúde do CNJ. Ao ser indagado sobre a possibilidade de a falta de recursos públicos ser fruto da falta de prioridades no Governo, além da legitimidade atribuída à Justiça para resolver esse problema, o Juiz salienta:

[...] primeiro, há uma má gerência, em segundo lugar, não tem prioridade [...]. Com relação à questão da cláusula da reserva do possível, ainda não vislumbramos que não haja verba suficiente. Devemos pensar o seguinte: o legislador constituinte optou em dar à saúde pública um caráter de direito social fundamental, e nós não podemos pensar em mitigar, em reduzir o direito social fundamental [...]. Nós precisamos implementar a Constituição Federal [...]. Nós vemos que há muito desperdício de dinheiro público, e até agora o Poder público não provou que não tem verba suficiente. O que nós precisamos pensar é na eficiência dos gastos públicos; o princípio da eficiência faz parte da Constituição Federal também (informação verbal)⁴⁷.

Portanto, a análise da judicialização da saúde pela perspectiva dos profissionais da área do direito demonstra a subsistência tanto de trabalhos que defendem uma atuação inabalável do Judiciário, no sentido de garantir a imperatividade da norma constitucional (baseando-se principalmente na doutrina da efetividade), assim como trabalhos que combatem a judicialização excessiva, ao defenderem a manutenção dos direitos sociais baseando-se principalmente no princípio da proporcionalidade, e analisando a aplicabilidade da norma constitucional sob o princípio da reserva do possível.

2.5.2 Judicialização do acesso à saúde sob a perspectiva dos formuladores de políticas públicas

O perfil brasileiro de morbidade e mortalidade sofreu uma considerável alteração, sobretudo a partir da década de 1940, impulsionado pelo grande movimento de urbanização no período. Apesar dessas transformações, muitos indicadores de saúde apontam a permanência de doenças incompatíveis com o nível de desenvolvimento do país, além de contar com um agravante, a saber, o desperdício de recursos resultante da utilização intensiva de alta tecnologia na área médica associado com a excessiva medicalização da sociedade, muitas vezes em decorrência de decisões judiciais (TEMPORÃO, 2009).

⁴⁷ Entrevista concedida ao programa Pensamento Jurídico exibido em 2011. Disponível em: <<http://www.youtube.com/user/AmagisMG/videos?query=Judicialização+da+saúde>>. Acesso em: 16 set. 2011.

Diante dos fatos citados, os gestores do SUS tanto no âmbito do governo federal, quanto dos governos estaduais e municipais têm se deparado cada vez mais com um número crescente de ações judiciais que determinam a entrega de medicamentos e tratamentos médicos.

A partir da definição utilizada em teoria dos jogos, a judicialização da saúde pode ser caracterizada como jogos de soma zero⁴⁸, ou seja, o processo de judicialização em discussão gera um resultado que implica a presença de ganhadores e perdedores, no qual somente um é beneficiado em detrimento do outro e, portanto, o benefício total gerado sempre soma zero (FERNANDES NETO, 2007).

Sob a ótica apresentada, as decisões judiciais no âmbito da saúde pública apresentam pontos positivos e negativos, gerando na maioria das vezes um resultado paradoxal. Dessa forma, pode-se considerar que os principais benefícios associados a esse fenômeno residem nos seguintes fatores (FERNANDES NETO, 2007, p. 49):

- Reconhecimento da saúde como direito social individual e dever do Estado “em um momento de declínio do *Welfare State*”;
- Possibilidade de maior exposição das falhas e lacunas na execução de políticas públicas;
- Condicionar os serviços para o atendimento das reais necessidades da população, “para que a demanda determine a espécie, a qualidade e a quantidade da oferta, e não o contrário.”

Por outro lado, as desvantagens comumente associadas à excessiva judicialização referem-se aos prejuízos causados à coletividade em decorrência de decisões judiciais favoráveis à concessão de medicamentos caros, sem a efetiva comprovação de eficácia e registro no país, sob a possibilidade de ter sido prescrito por profissionais influenciados pelos interesses da indústria farmacêutica. Dentre os principais efeitos negativos explicitados merecem destaque (PEPE et al., 2010, p. 2406):

- Possibilidade de violação do princípio da integralidade no atendimento, uma vez que alguns tratamentos são dispensados a pacientes que possuem facilidade de acesso aos trâmites legais, em detrimento de outros com o mesmo diagnóstico, que não possuem acesso à justiça;

⁴⁸ A análise da judicialização da saúde a partir dos conceitos presentes em teoria dos jogos é realizada em: LOPES, José Reinaldo Lima. **Direitos sociais: teoria e prática**. São Paulo: Método, 2006.

- Encarecimento e conseqüente dificuldade em gerir eficientemente a Assistência Farmacêutica, pois como as decisões judiciais impõem à administração o seu pronto cumprimento, o gestor público passa a utilizar métodos não usuais para a compra de medicamentos.

Além das desvantagens mencionadas, os gestores de saúde alegam reiteradamente duas conseqüências negativas associadas ao cumprimento das ações judiciais que afetam diretamente os usuários do SUS (ROMERO, 2008, p. 7-9):

- A busca pela gestão eficiente da assistência farmacêutica no âmbito do SUS é afetada, pois o orçamento utilizado para dispensação programada de medicamentos à pacientes regulares passa a ser utilizado para o cumprimento de decisões judiciais que beneficiam outros pacientes, em detrimento dos primeiros. Dessa forma, as decisões judiciais relacionadas à solicitação de medicamentos compromete “a dispensação regular, o atendimento de prioridades definidas e a implementação das políticas de assistência farmacêutica aprovadas, já que os gestores precisam remanejar recursos vultosos para atender situações isoladas.”

- Propagação de prescrições por medicamentos não disponibilizados pelo SUS, assim como por medicamentos sem registro na ANVISA (muitas vezes por não possuírem sua eficácia certificada), apesar da existência de similares a custos menores registrados no País.

No que concerne aos fatores que têm influenciado o crescimento desse tipo de solicitação judicial, podem ser citados os seguintes motivos: política de assistência farmacêutica insuficiente, tanto no âmbito do SUS quanto dos planos de saúde privados; além do crescente reconhecimento pelos mais variados segmentos da população do direito integral à saúde assegurado pela Constituição.

Adicionalmente a esses fatores, o interesse econômico também pode ser apontado como responsável pelo surgimento de novas demandas no setor saúde, muitas vezes sob justificativas suspeitas (CARVALHO, 2005). Dessa forma, a partir do interesse do capital, tratamentos cada vez mais sofisticados são impostos aos usuários e conseqüentemente mais onerosos, utilizando o sistema judiciário aliado a estratégias de marketing para conquistar novos mercados, como pode ser evidenciado a seguir:

O capital, entendendo como seus efetores a indústria e comércio, fez três grandes alianças para lograr êxito. Aliou-se a profissionais de saúde, a cidadãos usuários e, mais recentemente, ao Judiciário e ao Ministério

Público. Esta última aliança veio de forma unilateral, inconfessa e indireta. Tudo muito bem mediado pelo marketing. (CARVALHO, 2005, p. 100).

Em consonância com essa análise, a falta de um controle efetivo sobre as novas tecnologias e medicamentos incorporados à área médica tornou-se uma grande fonte de lucro para as indústrias do setor farmacêutico e de equipamentos médicos, de tal forma que, é possível considerar a existência de uma relação estreita entre a indústria e comércio com os profissionais da área médica, incluindo o pagamento de certas “comissões”, como indicado pela citação a seguir:

Possibilidade de financiamento ‘espúrio’ para ‘visitas de estudo às matrizes’ no exterior, por vezes incluindo cônjuges e filhos no tour de lazer; para presença em congressos, reuniões de trabalho, jantares científicos... Fala-se, até mesmo, de associações de doentes sendo financiadas pelos fabricantes de medicamentos, equipamentos, etc. Tanto na sua constituição e funcionamento, como na garantia dos serviços de apoio jurídico para assegurar medicamentos e equipamentos denominados ‘de alto-custo’. (CARVALHO, 2005, p. 100-101).

Pode-se inferir diante de tal constatação que, como consequência o usuário que em grande parte dos casos solicita os novos tratamentos, inclusive pela via judicial, não possui a perfeita consciência de que está servindo apenas de “objeto do capital” (CARVALHO, 2005).

Por outro lado, é possível visualizar a atuação do Poder Judiciário, que sustenta na maioria absoluta dos casos, a sobreposição do direito integral à saúde e à assistência farmacêutica (baseados na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde) frente às políticas públicas desenvolvidas pelos gestores para o setor.

Um estudo realizado pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo⁴⁹ acerca das decisões do Tribunal de Justiça de São Paulo envolvendo solicitações por medicamentos para tratamento da AIDS constatou que, em 93% das decisões o direito à saúde é considerado como individual, além de os Juízes não analisarem a existência ou eficácia das políticas públicas que envolvem a demanda em análise.

Resultados desse tipo demonstram provavelmente que no processo de tomada de decisão, os Juízes não avaliam se o tratamento solicitado é realmente mais eficiente que o similar disponibilizado pelo SUS, ou então se o referido tratamento apresenta a melhor opção em termos de custo/benefício, e por último se o paciente possui condições financeiras para arcar com os custos do tratamento.

⁴⁹ PET-FD-USP. **O Judiciário e as políticas públicas de saúde no Brasil: o caso AIDS**, 2004.

Assim sendo, é razoável afirmar que na maioria dos casos o Judiciário não pondera que a execução do direito à saúde garantida por políticas públicas, deve ser analisada com vistas a garantir a perfeita execução das demais políticas sociais e econômicas.

As observações apresentadas acima podem ser consideradas indicativas de que o ativismo judicial depende de “diversas mudanças estruturais na educação jurídica, na organização dos Tribunais e, sobretudo, nos procedimentos judiciais, para que passe a ser possível tratar os direitos sociais e sobre eles decidir de forma coletiva.” (SILVA, 2008, p. 596). E para que tal objetivo seja alcançado, propõe-se que:

[...] o Judiciário não deve distribuir medicamentos ou bens similares de forma irracional a indivíduos, ele deveria ser capaz de canalizar as demandas individuais e, em uma espécie de diálogo constitucional, exigir explicações objetivas e transparentes sobre a alocação de recursos públicos por meio das políticas governamentais, de forma a estar apto a questionar tais alocações com os poderes políticos sempre que necessário for. Ainda mais importante seria o papel do Judiciário, em conjunto com o Ministério Público, como controlador das políticas públicas já existentes. Boa parte dos problemas de efetividade do direito à saúde (e também de outros direitos sociais) decorre muito mais de desvios na *execução* de políticas públicas do que de falhas na *elaboração* dessas mesmas políticas. Nesses termos - ou seja, como controlador da execução de políticas já existentes -, o Judiciário conseguiria, ao mesmo tempo, pensar os direitos sociais de forma global, respeitar as políticas públicas planejadas pelos poderes políticos, não fazer realocação irracional e individualista de recursos escassos e, sobretudo, realizar com maior eficiência os direitos sociais. (SILVA, 2008, p.598).

Esse posicionamento é notoriamente condizente com o modelo de administração pública direcionado para a eficiência, eficácia e efetividade das ações do Estado, ou seja, em conformidade com os critérios propostos pela Nova Administração Pública⁵⁰ (NAP), que concentra seus esforços na mensuração e análise de resultados.

Além da avaliação dos impactos sobre as contas públicas ocasionados pela execução de determinados programas, há uma tendência atualmente em medir os seus aspectos econômicos e sociais, e para mensurar a viabilidade de tais programas são utilizados os critérios supracitados, também denominadas medidas de mérito.

A eficácia pode ser caracterizada como uma medida que aponta em até que grau o programa avaliado alcançou seus objetivos, por outro lado, a eficiência é capaz de indicar a melhor relação custo/benefício, e por fim a efetividade pode mostrar se determinado projeto

⁵⁰ O conceito da Nova Administração Pública surgiu na segunda metade do século XX, como resultado de reformas administrativas aplicadas nos Estados Unidos, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia, que buscavam uma atuação governamental pautada na eficácia, eficiência e efetividade (PEREGRINO, 2009).

impactou positivamente sobre o ambiente ao qual foi implantado (CASTANHAR; COSTA, 2003).

Depreende-se dessa análise que somente avaliando o desempenho da gestão pública utilizando os critérios citados é possível maximizar o bem-estar social, ou seja, possibilita “refletir o que a sociedade, cliente primeiro do setor público, necessita, e a que distância esta se encontra dos seus objetivos principais.” (AMARAL, 2003, p. 4).

Dessa forma, a avaliação dos impactos ocasionados pelas demandas judiciais em saúde dos cidadãos seguindo os critérios de eficiência, eficácia e efetividade são de extrema importância, pois sinalizariam as demandas concretas da população, e assim direcionariam a atuação governamental na busca pela promoção da qualidade de vida do cidadão.

É evidente que o crescimento da judicialização tem gerado efeitos sobre a atuação do gestor público, pois este se vê diante da necessidade de acatar as decisões judiciais, encontrar soluções para os problemas de gestão da assistência farmacêutica relacionados com o crescimento dos deferimentos, e simultaneamente assegurar o bom funcionamento do SUS segundo seus princípios e diretrizes.

O posicionamento assumido pelo Ministério da Saúde⁵¹ diante da tendência crescente de judicialização do setor demonstra que este considera legítima a dispensação por determinação judicial de medicamentos, insumos ou tecnologias incorporadas nos protocolos do SUS, desde que não estejam disponíveis aos usuários.

A atuação judicial no âmbito da saúde pública só é considerada prejudicial, quando do deferimento de pedidos por medicamentos em fase experimental, ou por tratamentos que mesmo tendo passado por testes clínicos, não estejam registrados na ANVISA, pelo potencial risco que representa aos pacientes, sobretudo diante da possibilidade de gerar sequelas irreversíveis, como ilustra o fragmento apresentado a seguir:

Acho que a via judicial bem educa o gestor omissos que não provê dentro da sua competência e responsabilidade os bens e serviços de saúde, mas também acho que ela não pode se constituir em meio de quebrar os limites técnicos e éticos que sustentam o Sistema Único de Saúde, impondo o uso de tecnologias, insumos ou medicamentos, ou sua incorporação à crítica, desorganizando a administração, deslocando recursos de destinações planejadas e prioritárias e o que mais surpreende, muitas vezes, colocando em risco e trazendo prejuízo à vida das pessoas. (TEMPORÃO, 2009, p. 9).

⁵¹ O posicionamento do Ministério da Saúde fundamenta-se na apresentação realizada em 2009, pelo então Ministro da Saúde José Gomes Temporão, durante a Audiência Pública nº 4 realizada pelo Supremo Tribunal Federal.

Portanto, ao posicionar-se sobre o tema, o Ministério da Saúde demonstra a necessidade em exigir racionalidade quanto aos recursos a serem investidos nas ações de saúde, não somente por serem finitos, mas principalmente para manter a “integridade técnica, científica e ética das ações desenvolvidas e dos serviços de saúde prestados.” (TEMPORÃO, 2009, p. 3-4).

É fato que no Brasil há a definição de protocolos pelo SUS (definição de medicamentos, exames e demais procedimentos financiados pelo sistema público), porém tem sido crescente o número de sentenças judiciais que o obriga em muitos casos a arcar com os custos de inúmeros tratamentos que não constam nas listas oficiais por possuírem custos elevados, ou simplesmente por possuir uma alternativa disponível pelo sistema.

É nessa possibilidade de utilização da via judicial como fornecedora de medicamentos (que estão fora das listas oficiais) que reside a principal diferença com relação a países da Europa, por exemplo, no qual o direito coletivo à saúde prevalece sobre o direito individual, ou seja, nesses países não há a possibilidade de que recursos públicos destinados a prestar assistência a todos sejam utilizados em benefício de poucos e, portanto, o Estado não pode ser responsabilizado judicialmente pela cobertura de tratamentos que não estejam inseridos nos protocolos oficiais. Embora seja importante ressaltar o empenho e efetividade desses países em redefinirem periodicamente as listas oficiais de tratamentos e procedimentos médicos, principalmente no que concerne à segurança e eficácia (MÉDICI, 2010).

No Brasil, as demandas em saúde pela sociedade são muito divergentes e por outro lado, o financiamento de tais demandas conta com recursos escassos, conseqüentemente o princípio da universalidade não pode necessariamente ser encontrado em conformidade com o princípio da integralidade. Dessa forma, para que a intensificação do processo de judicialização da atenção à saúde no Brasil possa ser em grande parte amenizado, as seguintes medidas devem ser observadas (MÉDICI, 2010):

- Definição explícita do conceito de integralidade em saúde (demarcar o que será coberto a partir de evidências técnico-científicas), pois frequentemente o Poder Judiciário tem interpretado integralidade como o dever do Estado em fornecer tratamentos e medicamentos de marcas específicas, na maioria dos casos sem levar em consideração a existência de certificação clínica ou até mesmo sem considerar a existência de similar disponibilizado pelo sistema público. Dessa forma, conceituar o que é integralidade no âmbito do Ministério da Saúde serviria como um parâmetro para as decisões judiciais, e conseqüentemente evitariam excessos contra a administração pública;

- Conciliação adequada entre as verdadeiras necessidades da população com os interesses econômicos da indústria do setor saúde, sendo esse objetivo alcançado por meio da realização de análises de segurança e eficácia dos novos tratamentos aliado à sua viabilidade em termos econômicos, porém para alcançar essa meta seria necessário o desenvolvimento de um sistema hábil para revisar frequentemente os protocolos clínicos oficiais e evitar que os usuários sejam prejudicados pela oferta exclusiva de tratamentos em desuso, ou seja, que não sejam beneficiados pelos resultados das inovações do setor;
- Predomínio do direito coletivo sobre o individual, pois como se sabe o sistema de saúde no Brasil caracteriza-se por oferecer cobertura universal baseando-se em recursos previstos no orçamento originado fundamentalmente de impostos e contribuições sociais, dessa forma, a cobertura das necessidades coletivas deve prevalecer sobre demandas individuais, e não o contrário.

Pode-se concluir a partir da discussão apresentada acerca do direito de acesso à saúde pela ótica dos formuladores de políticas públicas, a necessidade de elaboração de uma solução conjunta, de tal forma que, tanto o Poder Judiciário quanto o Executivo garantam a assistência integral à saúde aos brasileiros, porém a partir da utilização de medicamentos cientificamente atestados como seguros, e que representem a melhor relação custo-benefício para a população.

2.6 Considerações finais

A judicialização da saúde tem início no Brasil a partir da promulgação da Constituição de 1988, pois reuniu os fatores necessários para a sua ocorrência, ou seja, a inserção da saúde no rol dos direitos sociais, além de ter conferido autonomia para o Poder Judiciário atuar como garantidor dos referidos direitos, inclusive à saúde.

A partir da década de 1990 a atuação do Judiciário passa a gerar efeitos de fato para a garantia da saúde no Brasil, principalmente com a sucessão de decisões favoráveis a inúmeros pacientes que levou a uma conformação da jurisprudência, de tal forma que, as ações demandando os mais variados medicamentos e tratamentos em saúde passaram a apresentar um crescimento exponencial.

Diante desse fato, a abordagem realizada em torno do tema passou a ser apresentada de maneira dicotômica, pois de um lado é possível observar a postura do Judiciário na busca pela garantia dos direitos constitucionalmente estabelecidos, e de outro a visão enunciada pelos formuladores de políticas públicas, que consideram os pontos negativos associados à excessiva judicialização da saúde predominantes, principalmente no que concerne aos prejuízos gerados para a perfeita execução das políticas planejadas para o setor, e conseqüentemente violação do princípio da integralidade.

Dessa forma, é inegável a necessidade de elevação da qualidade e na abrangência da cobertura realizada pelo sistema público, mas por outro lado, uma possível otimização pode ser alcançada para o setor, se as decisões do Judiciário forem tomadas em harmonia com as políticas planejadas e de fato implantadas pelo Executivo.

CAPÍTULO III – CARACTERÍSTICAS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

3.1 Introdução

O presente capítulo tem como objetivo apresentar as principais características das ações judiciais que solicitam os mais variados tratamentos em saúde pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, além de avaliar os custos ocasionados por esse fenômeno.

O capítulo está subdividido em três seções além da presente introdução, de tal forma que, na seção 3.2 são realizadas breves considerações acerca do fenômeno judicialização em saúde, além da exposição das principais medidas adotadas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo diante do aumento no número de ações judiciais nesse setor, dentre as quais se destaca a criação do Sistema Codes.

Na seção 3.3 são apresentadas as principais características da judicialização do setor saúde no Estado de São Paulo, como por exemplo, evolução na quantidade de ações judiciais, exposição do índice paulista de judicialização da saúde para os diferentes Departamentos Regionais do Estado, além da análise dos custos envolvidos com o cumprimento de tais processos.

Por fim, na seção 3.4 são apresentadas as considerações finais do capítulo.

3.2 Crescimento das ações judiciais no setor saúde: medidas adotadas no Estado de São Paulo

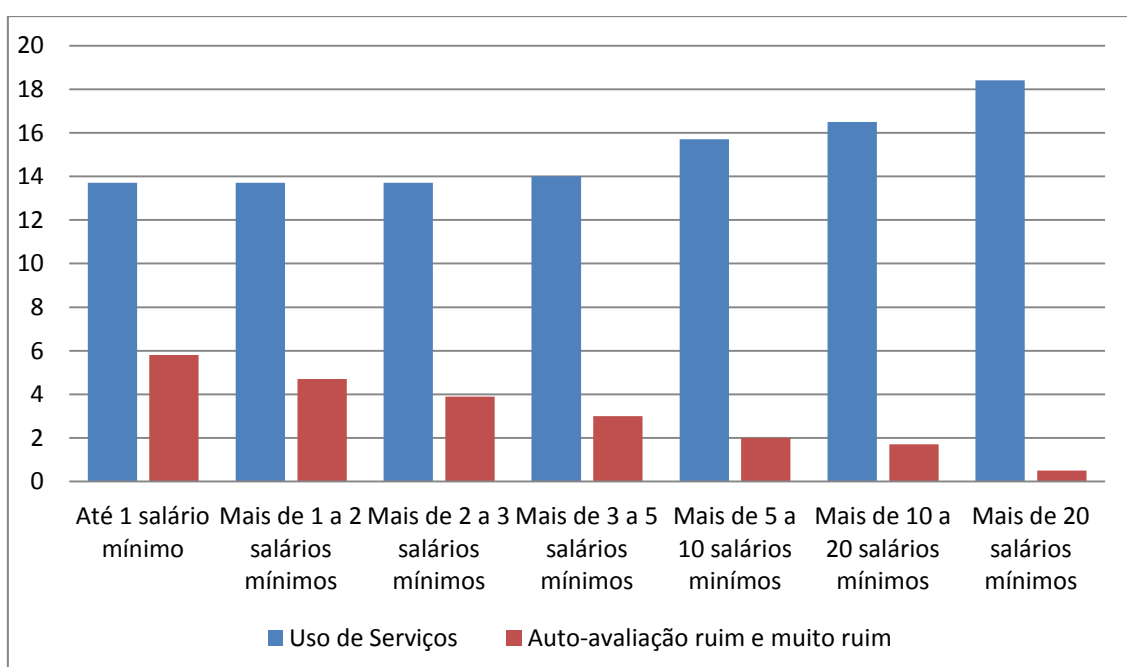
No Brasil, a abrangência e a qualidade dos serviços de saúde prestados fundamentalmente pelo setor público são historicamente marcadas pela desigualdade. Como assinalado no primeiro capítulo dessa dissertação, as iniquidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde no país fizeram-se presentes, sobretudo no período anterior à Constituição de 1988, pois até esse momento a quase totalidade da assistência à saúde prestada ocorria necessariamente mediante inserção no mercado formal de trabalho ou através do pagamento realizado diretamente pelos usuários.

Apesar dos avanços alcançados com a criação do Sistema Único de Saúde, rapidamente tornou-se latente um dos principais problemas que impossibilitam o seu perfeito

funcionamento, qual seja: a restrição orçamentária para atender uma demanda crescente. Dessa forma, as dificuldades de financiamento que já no início da década de 1990 eram facilmente perceptíveis criaram um padrão de utilização dos serviços de saúde não compatível com um dos princípios basilares do SUS, a igualdade.

Essa dificuldade de concretização igualitária do direito fundamental à saúde pode ser facilmente constatada ao analisar o perfil socioeconômico da população que utiliza os serviços de saúde, onde é possível identificar uma relação direta entre o nível de renda e utilização destes serviços, como indicado pelo gráfico 3.

Gráfico 3: Proporção de pessoas segundo auto-avaliação do estado de saúde e utilização de serviços por classe de rendimento familiar. Brasil – 2003



Fonte: TRAVASSOS; CASTRO (2008, p. 230).

As pessoas com maior renda apresentam o nível mais alto de utilização dos serviços de saúde (prestado tanto pelo setor privado quanto pelo setor público), além de apresentarem maior satisfação quanto ao atendimento recebido. Porém, essa avaliação é inversa à realizada por usuários de mais baixa renda, sobretudo por receberem atendimento inadequado às reais necessidades, já que como indicado pelos dados constantes no gráfico 3, procuram por atendimento quando o estado de saúde é mais grave (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

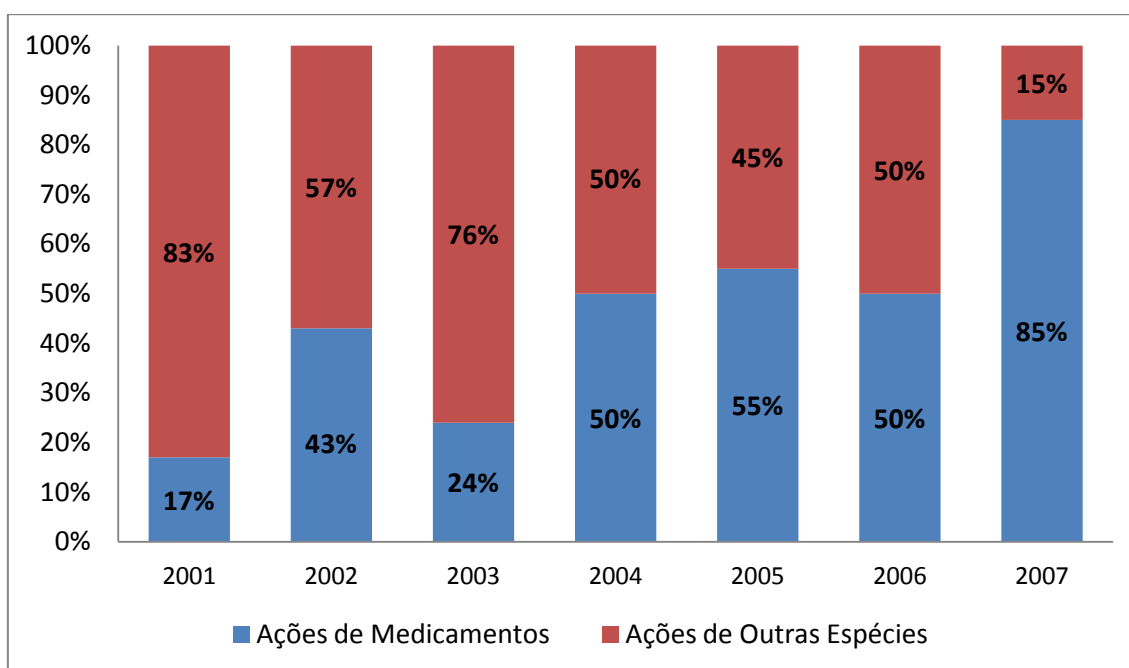
Em paralelo às dificuldades de financiamento de um sistema universal de saúde, observou-se uma postura crescentemente ativa do Poder Judiciário, com vistas a garantir a

concretização dos direitos sociais assegurados pela Constituição Federal de 1988, independentemente de possíveis restrições orçamentárias alegadas pelo Estado.

Acompanhando a tendência nacional, o Estado de São Paulo também passou a ser afetado pelas consequências relacionadas com o rápido crescimento das ações judiciais em saúde a partir da segunda metade da década de 1990. A análise dos processos referentes à prestação de assistência farmacêutica e insumos entre 1997 e 2004 demonstram que em 96,4% dos casos o referido Estado foi obrigado a fornecer o tratamento solicitado, e a partir dos anos 2000 essa tendência tornou-se crescente (MARQUES; DALLARI, 2007).

A análise das ações judiciais impetradas contra o Estado de São Paulo entre 2001 e 2007 revela que as demandas por medicamentos contra a Secretaria de Saúde apresentaram um incremento considerável em relação às demais ações, tendo passado de 17% do total de ações impetradas contra o Estado no ano de 2001 para 85% no ano de 2007⁵². O gráfico 4 demonstra essa relação.

Gráfico 4: Comparação entre o número das “ações de medicamentos” e demais ações propostas em face do Estado de São Paulo



Fonte: PODVAL, 2008 apud YOSHINAGA (2011, p. 6).

⁵² A proporção entre ações judiciais por medicamentos de demais ações, apresentada no gráfico 4, foi obtida a partir de um mapeamento dos processos que compunham a banca da Procuradora do Estado de São Paulo: Maria Luciana de Oliveira Facchina, entre 2001 e 2008, cujos resultados foram apresentados no “I Fórum das Ações de Medicamentos” ocorrido nos dias 16 e 30 de maio de 2008 (YOSHINAGA, 2011, p. 5-6).

O crescimento alarmante do número de ações judiciais associadas à compra de medicamentos, sobretudo em 2007, induziu o Estado de São Paulo a instituir algumas medidas para tentar conter esse processo⁵³. Nesse contexto, cabe destacar a criação pela Procuradoria Geral do Estado de São Paulo, em outubro de 2008, da 8ª Subprocuradoria da Procuradoria Judicial. Trata-se de uma seção especializada em saúde pública para acompanhar “ações que tramitam perante a primeira instância das varas da Capital e recursos referentes a processos provenientes de todo o Estado.” (YOSHINAGA, 2011, p. 6).

No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde criou-se a Coordenação de Demandas Estratégicas do Sistema Único de Saúde (Codes), composta por uma equipe multidisciplinar, caracteriza-se por ser uma “instância informal” diretamente ligada ao Gabinete do Secretário de saúde do Estado, tendo como principal função o gerenciamento eficiente das demandas judiciais e administrativas do Estado de São Paulo.

Para o aprimoramento de seu trabalho, a referida instância desenvolveu e passou a utilizar a partir de 2005 o Sistema de Controle Jurídico (SCJ), que caracteriza-se por ser um sistema informatizado capaz de armazenar informações constantes nas ações que condenavam o gestor estadual de saúde, basicamente composta pelos seguintes dados do processo: nomes do paciente, médico e advogado, tipo de medicamento ou insumo solicitado, entre outros.

A busca pelo aperfeiçoamento do software utilizado e, conseqüentemente a geração de uma ferramenta mais eficiente para o gerenciamento da saúde paulista, culminou na criação de um novo sistema em 2010 (de acesso restrito), capaz de coletar informações de todas as unidades dispensadoras de medicamentos e insumos do Estado, denominado Sistema Codes⁵⁴ (S-Codes).

O novo sistema possui como características principais o agrupamento dos dados a partir da utilização de tabelas padronizadas e tradicionalmente utilizadas pelo SUS⁵⁵, o agrupamento dos medicamentos ou insumos solicitados por categorias, assim como a geração de relatórios nos quais constam as seguintes informações: se o referido tratamento integra o programa de dispensação gratuita do SUS, se é importado, se possui registro na ANVISA, se disponível para aquisição no mercado nacional, assim como o custo de aquisição para a Secretaria.

⁵³ A exposição das referidas medidas tomadas pelo Estado de São Paulo baseiam-se em Yoshinaga (2011).

⁵⁴ As informações técnicas sobre a implantação e dinâmica de funcionamento desse software baseiam-se em Naffah Filho (2010, p. 18-20).

⁵⁵ Para o cadastro das informações referentes às solicitações judiciais, o S-Codes utiliza a Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão (CID 10), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), programas de assistência farmacêutica do SUS, Classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) e Denominação Comum Brasileira (DCB) (NAFFAH FILHO, 2010).

O Sistema Codes ao armazenar todas as informações constantes nos processos agrupa-as em cinco módulos específicos, sendo estes expostos a seguir:

- **Módulo Protocolo:** registra os dados inerentes à solicitação judicial, como por exemplo, a data e o número do processo, tipo de demanda (se individual ou coletiva), assim como todas as informações que identifiquem o demandante (paciente);
- **Módulo Processual:** além de armazenar todas as características jurídicas da demanda (tipo de ação, patrono, entre outros), também é responsável por registrar a decisão judicial e o prazo para seu cumprimento;
- **Módulo Grupo Técnico:** responsável pela preparação de relatórios técnicos acerca de cada demanda, baseando-se nos dados cadastrados sobre as doenças, assim como o local de tratamento e médico prescritor;
- **Módulo Gestão do Atendimento:** além de determinar a quantidade do item a ser dispensado, assim como o tempo e a unidade responsável pela dispensação, esse módulo emite um comunicado ao impetrante em que consta todas essas informações;
- **Módulo Unidade Dispensadora:** realiza o cadastro das pessoas autorizadas a retirar os itens nas respectivas unidades, além realizar a gestão do estoque de todos os medicamentos e insumos dispensados.

Além do agrupamento dos dados, o software também é capaz de gerar relatórios diferenciados que tornam visíveis os mais variados tipos de informações para diferentes tipos de usuários como, por exemplo, aos gestores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Procuradores do Estado, além de possibilitar que utilizem os referidos dados para embasar as estratégias de defesa do Estado diante do crescimento desse tipo de solicitação.

Baseando-se igualmente nos relatórios gerados pelo Sistema Codes e disponibilizados pela SES-SP, são apresentados na seção seguinte alguns dados relevantes acerca do crescente fenômeno judicialização da saúde para o Estado, tendo como objetivo precípua compreender sua evolução e principais características.

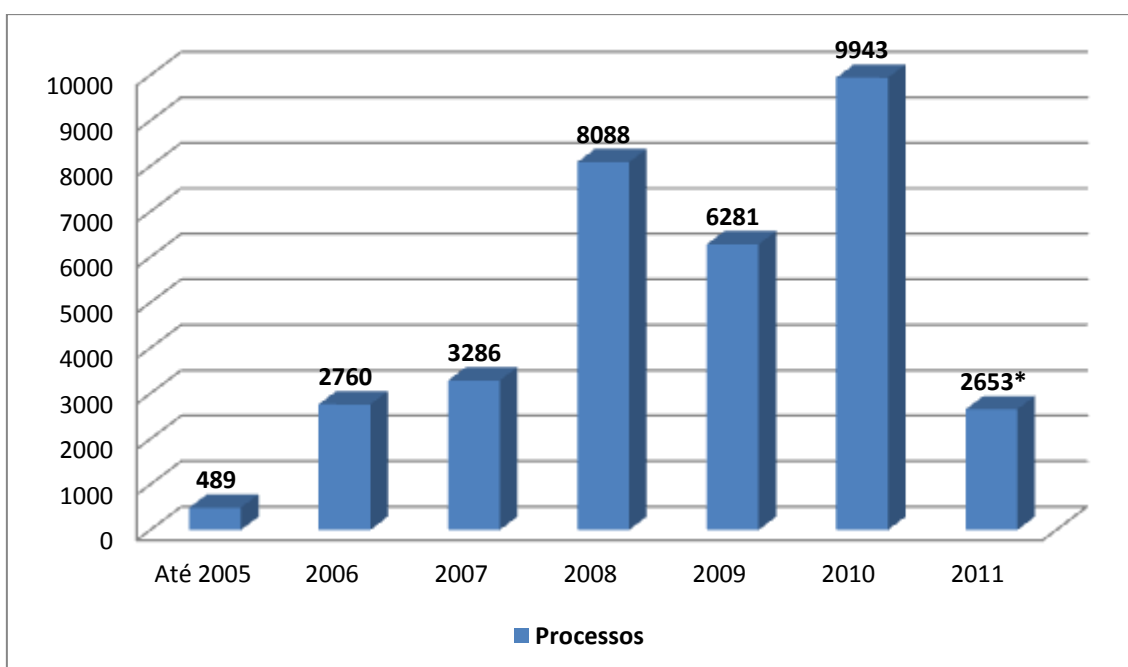
3.3 Judicialização do setor saúde no Estado de São Paulo: aspectos em evidência

A centralização do cadastro do número de processos judiciais do setor saúde pelo Sistema Codes baseou-se primeiramente no trabalho desenvolvido por cada Departamento

Regional de Saúde (DRS), pois somente com o levantamento, organização e envio das informações referentes aos processos judiciais por cada divisão administrativa do Estado foi possível construir uma completa base de dados.

A partir das informações cadastradas até abril de 2011⁵⁶ no Sistema Codes é possível observar a evolução do número de ações judiciais impetradas anualmente demandando junto ao Estado medicamentos ou outras ações na área da saúde. Os dados apresentados no gráfico 5, referentes aos anos compreendidos entre 2005 a 2011, mostram que a quantidade de processos apresentou uma significativa tendência de crescimento.

Gráfico 5: Distribuição das ações judiciais segundo ano de entrada. Estado de São Paulo – Abril de 2011



Fonte: Adaptado de NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 21).

* Valor registrado até abril de 2011.

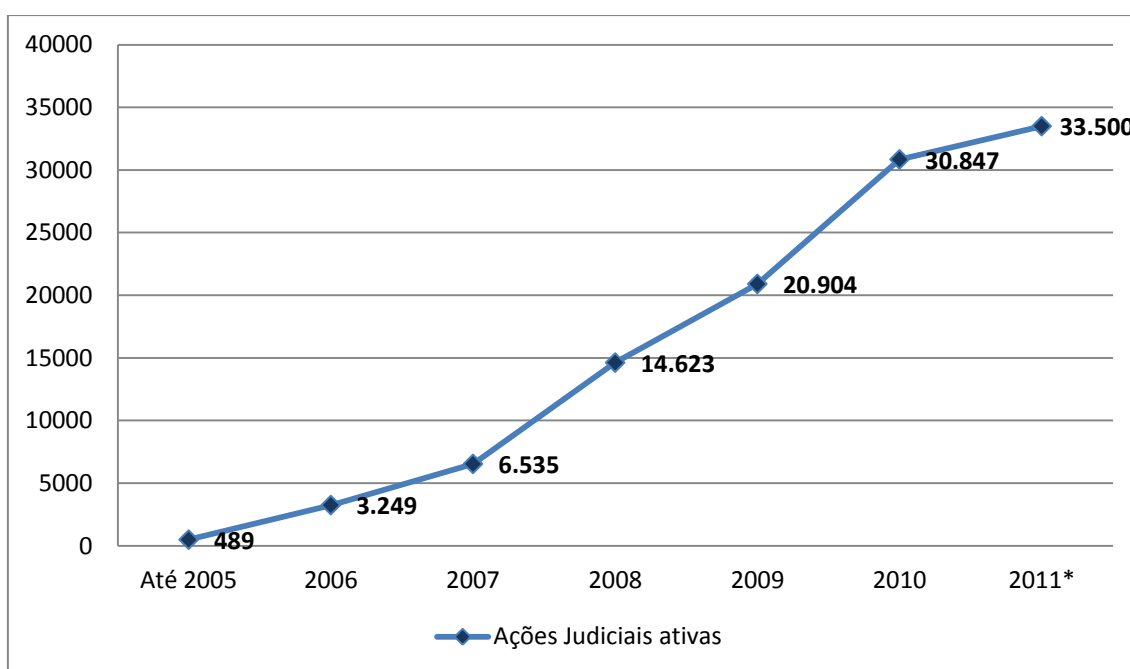
O número de demandas judiciais entre os anos de 2005 e 2010 cresceram exponencialmente, sendo que a única redução registrada ocorreu no ano de 2009, a qual é atribuída pela Secretaria de Saúde do Estado a já citada criação da 8ª Subprocuradoria especializada em saúde pública, assim como ao início do trabalho desenvolvido pela

⁵⁶ O acesso às informações contidas no Sistema Codes é restrito e voltado exclusivamente para viabilizar o trabalho das Instâncias que trabalham diretamente com o setor saúde, dessa forma, todas as informações referentes aos processos judiciais no Estado de São Paulo constantes na presente dissertação baseiam-se nos dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde presentes em NAFFAH FILHO et al. (2010), assim como por atualizações apresentadas em novembro de 2011 no Seminário Nacional sobre Direito e Saúde, realizado em Brasília.

Secretaria Estadual de Saúde, que consiste no monitoramento e orientação às novas solicitações médicas.

Os números apresentados no gráfico 6 permitem observar um total impressionante de 33.500 ações judiciais contra o Estado de São Paulo até abril de 2011. Ao comparar esse valor com o total de processos propostos até 2005 (ano de implantação do Sistema de Controle Jurídico – SCJ), pode-se constatar que as demandas por medicamentos e insumos em geral apresentaram um aumento de aproximadamente 6.750%.

Gráfico 6: Evolução do número total de ações judiciais. Estado de São Paulo



Fonte: Elaboração própria

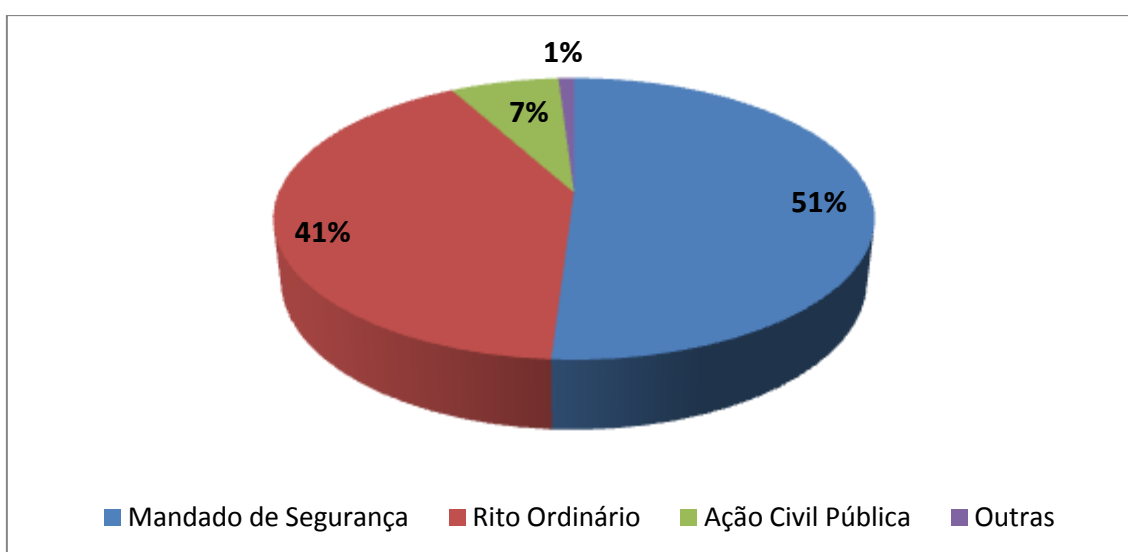
*Dados até abril de 2011.

É possível estimar que mais de 90% do total de 33.500 ações corresponda a demandas ativas para cumprimento pela SES-SP, sendo essa estimativa baseada na análise das 23.521 solicitações judiciais cadastradas até maio de 2010 (período analisado no Boletim Epidemiológico Paulista), onde se verificou que 97,8% desse valor, ou seja, 23.003 ações correspondiam a itens com dispensação regular (ações judiciais ativas), 400 ações (1,7%) estavam provisoriamente suspensas por decisões judiciais e/ou médicas, 92 ações (0,39%) terminantemente suspensas por óbito do paciente ou ordem judicial, além de 26 processos (0,11%) concluídos em consequência da finalização do tratamento solicitado.

No que concerne à variável sexo do demandante (paciente), considerando os 23.003 processos judiciais ativos no ano de 2010, 56,2% dos impetrantes eram do sexo feminino contra 43,8% do sexo masculino.

No que concerne ao tipo de ação judicial, com o auxílio do gráfico 7 é possível observar o predomínio do Mandado de Segurança⁵⁷ representando 51% das demandas, seguido do Rito Ordinário⁵⁸ com 41% do total das ações, e 7% representado pela Ação Civil Pública⁵⁹.

Gráfico 7: Distribuição das ações judiciais segundo tipo. Estado de São Paulo - 2010



Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 22).

A investigação acerca das características dos processos demonstrou que apenas 6,6% do total de demandas judiciais tiveram como profissional responsável os promotores de justiça, por outro lado, 88,8% das ações foram impetradas sob a responsabilidade de advogados. Além disso, uma peculiaridade associada a esses números merece destaque, qual seja, a concentração de um volume considerável de processos sob a responsabilidade de poucos advogados.

⁵⁷ Processo utilizado para garantir direito líquido e certo, de qualquer pessoa física ou jurídica, individual ou coletivo, que esteja sendo violado ou ameaçado por ato de uma autoridade, em ato ilegal ou inconstitucional. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/295641/mandado-de-seguranca>>. Acesso em: 5 jul. 2012.

⁵⁸ Maneira como o processo é conduzido, podendo ser caracterizado como o rito mais comum, opondo-se ao rito extraordinário, rito especial, entre outros. Disponível em: <<http://www.jus.com.br>>. Acesso em: 5 jul. 2012.

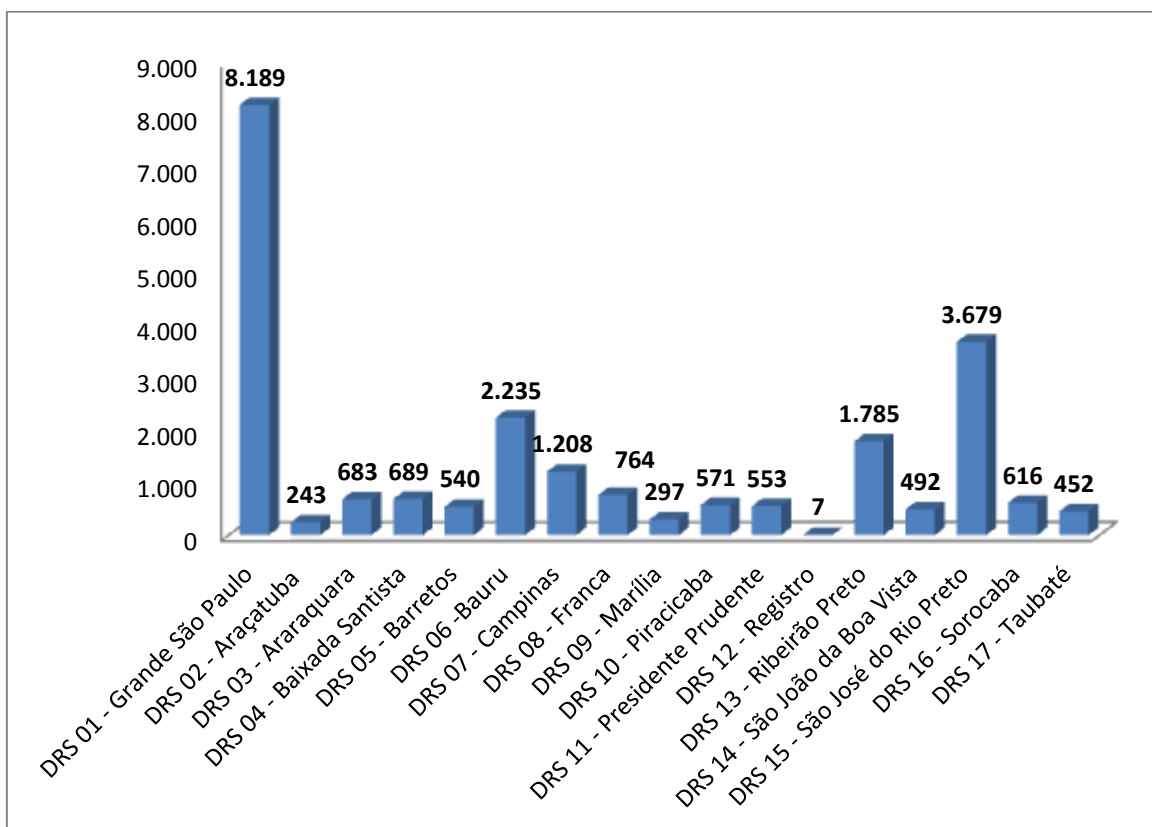
⁵⁹ Instrumento processual, de ordem constitucional, destinado à defesa de interesses difusos e coletivos. Pode ser proposta pelo Ministério Público, pela União, pelos Estados e Municípios, embora também possa ser promovida por autarquias, empresas públicas, fundações e sociedades de economia mista. Disponível em: <<http://www3.esmpu.gov.br>>. Acesso em: 5 jul. de 2012.

Se se considera que o total de 23.003 processos ativos em 2010 estava sob a responsabilidade de mais de 7.000 profissionais, chama a atenção o fato de que apenas 27 advogados figuravam como defensores em mais de 25% das ações contra o Estado. Um caso ilustrativo que merece destaque pertence ao Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto (DRS 15) no qual apenas dois advogados constavam como patronos em mais de mil demandas.

Com relação ao médico prescritor observa-se o oposto, ou seja, o total de solicitações apresenta-se dissolvida sob a responsabilidade de mais de 11.000 profissionais, com uma única exceção para o caso em que apenas dois médicos respondem por cerca de 1% do total das demandas.

Outra importante característica do S-Codes consiste no armazenamento do endereço dos demandantes em seu banco de dados o que, por sua vez, possibilita expor como se distribui o total de processos pelo Estado, agrupando-os tanto por municípios quanto por Departamentos Regionais de Saúde. No gráfico 8 é possível verificar a distribuição do total de ações ativas em 2010 por DRS.

Gráfico 8: Número de ações judiciais ativas por Departamentos Regionais de Saúde. Estado de São Paulo – 2010



Fonte: Elaboração própria.

A tendência esperada ao analisar as informações apresentadas seria que os DRS que agrupam o maior contingente populacional apresentassem proporcionalmente os maiores números de processos, porém não é exatamente isso que os números demonstram.

O DRS 06 – Bauru registrou até o período analisado 2.235 processos, ou seja, quase o dobro do registrado no DRS 07 – Campinas com 1.208 ações, embora a população abrangida por esta Regional de Saúde seja mais que o dobro da população presente na Regional Bauru. Casos semelhantes ocorrem entre o DRS 15 - São José do Rio Preto, com 3.679 ações cadastradas e um contingente populacional menor que o do DRS 16 - Sorocaba que registrou 616 processos no mesmo período, ou então entre o DRS 13 - Ribeirão Preto que registrou 1.785 ações e o DRS 17 – Taubaté com 452 processos.

Esse tipo de análise é viabilizada quando se considera o Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS⁶⁰), criado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a partir da relação entre o número de ações cadastradas e a população estimada para cada Departamento Regional de Saúde. Baseando-se nos valores registrados até maio de 2010, e expresso por 10.000 habitantes, o IPJS para o período é apresentado a seguir na tabela 6.

Tabela 6: Índice Paulista de Judicialização da Saúde segundo Regionais de Saúde de residência dos autores. Estado de São Paulo – Maio 2010

Departamento Regional de Saúde	População	Ações	Índice*
DRS 01 - Grande São Paulo	19.777.084	8.189	4,14
DRS 02 – Araçatuba	724.570	243	3,35
DRS 03 – Araraquara	913.983	683	7,47
DRS 04 - Baixada Santista	1.668.428	689	4,13
DRS 05 – Barretos	420.179	540	12,85
DRS 06 – Bauru	1.675.938	2.235	13,33
DRS 07 – Campinas	3.971.102	1.208	3,04
DRS 08 – Franca	659.302	764	11,58
DRS 09 – Marília	1.096.347	297	2,70
DRS 10 – Piracicaba	1.415.526	571	4,03

⁶⁰ Baseando-se nos dados cadastrados pelo S-Codes, a Secretaria de Saúde de São Paulo apresentou o Índice Paulista de Judicialização da Saúde – IPJS, cuja relevância reside na possibilidade de analisar variações referentes ao número de ações judiciais entre os diferentes Departamentos Regionais de Saúde, e consequentemente apontar as regiões mais judicializadas do Estado.

DRS 11 - Presidente Prudente	731.836	553	7,55
DRS 12 - Registro	282.550	7	0,25
DRS 13 - Ribeirão Preto	1.284.318	1.785	13,89
DRS 14 - São João da Boa Vista	791.581	492	6,21
DRS 15 - São José do Rio Preto	1.480.128	3.679	24,85
DRS 16 – Sorocaba	2.232.198	616	2,76
DRS 17 – Taubaté	2.259.019	452	2,00
TOTAL	41.384.089	23.003	5,55

Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 24).

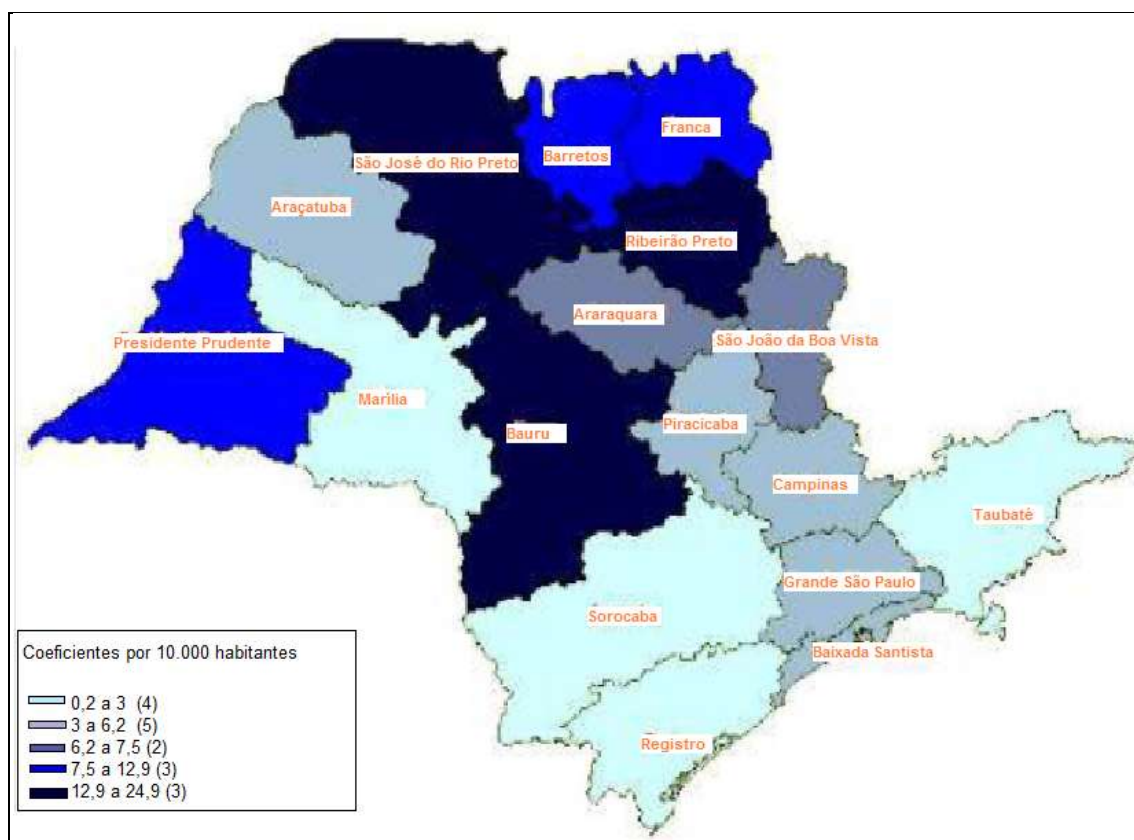
* Índice por 10.000 habitantes

A análise dos índices calculados para o período demonstra uma grande variação entre as regionais, sendo o menor valor de 0,25 ações por 10.000 habitantes encontrado no DRS 12 – Registro, enquanto o índice mais alto foi registrado no DRS 15 – São José do Rio Preto com 24,85 processos por 10.000 habitantes.

Além disso, ao comparar os índices regionais calculados com a média estadual no período de 5,55 ações por 10.000 habitantes, é possível observar que o IPJS de oito DRS ficou acima da média registrada no período: Araraquara, Barretos, Bauru, Franca, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e São João da Boa Vista.

Ao agrupar o total de ações judiciais registradas pelas oito divisões administrativas citadas, pode-se constatar que juntas correspondem por 46,7% do total de processos cadastrados no período, além disso, uma característica comum entre as regionais que apresentaram os maiores índices de judicialização é a localização, as quais estão majoritariamente situadas entre o centro e o norte do Estado, como pode ser observado com o auxílio do mapa apresentado a seguir.

Figura 3: Mapa da distribuição espacial do IPJS segundo Departamentos Regionais de Saúde. Estado de São Paulo – 2010



Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 24).

A mesma conclusão com relação à distribuição espacial das ações judiciais pode ser extraída quando estas são analisadas sob a ótica do local de dispensação do tratamento demandado.

Sabendo que para que ocorra a perfeita dispensação dos itens solicitados judicialmente há a definição de uma unidade dispensadora para cada Departamento Regional de Saúde, é possível atribuir aos oito DRS localizados predominantemente nas regiões centro e norte do Estado (Araraquara, Barretos, Bauru, Franca, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e São João da Boa Vista) o percentual de 46,7% do total de ações do período e consequentemente os maiores índices de judicialização, conforme dados da distribuição das ações judiciais apresentados na tabela 7.

Tabela 7: Distribuição das ações judiciais segundo local de dispensação (unidade dispensadora). Estado de São Paulo, 2010

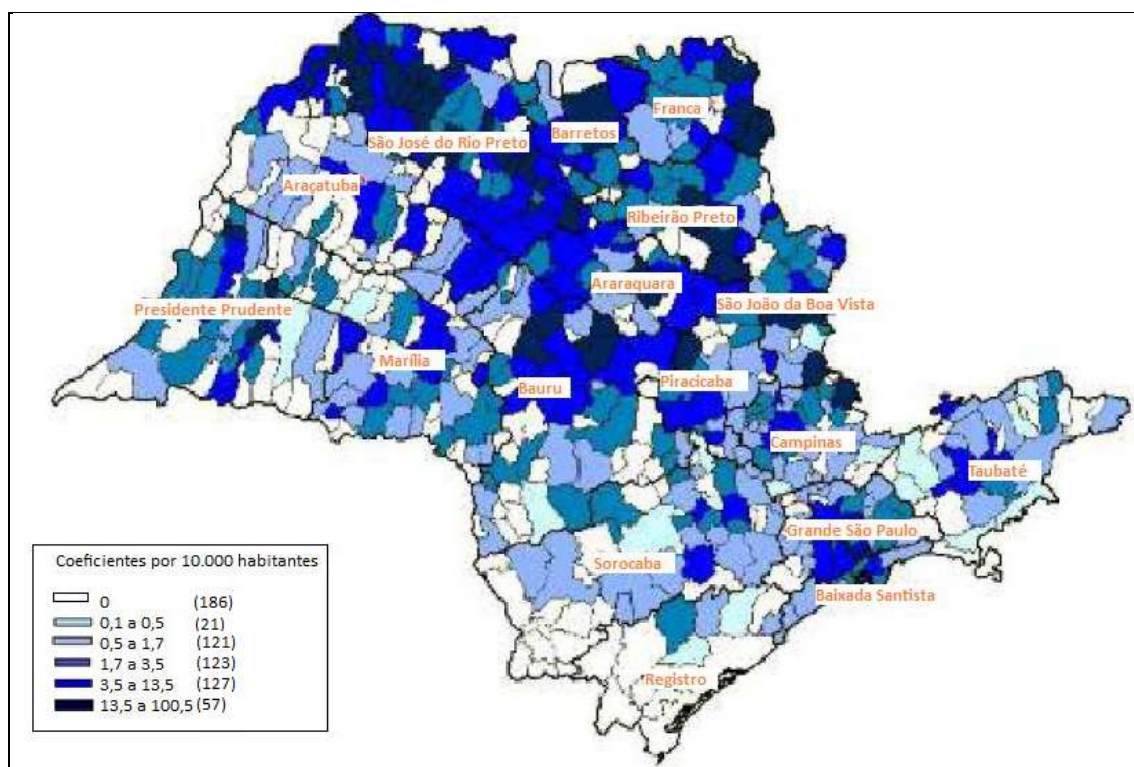
Unidade Dispensadora	Ações	%
UD 01 – Unidade da Grande São Paulo	8.446	36,7

UD 02 – Araçatuba	243	1,1
UD 03 – Araraquara	677	2,9
UD 04 - Baixada Santista	678	2,9
UD 05 – Barretos	544	2,4
UD 06 – Bauru	2.237	9,7
UD 07 – Campinas	1.148	5,0
UD 08 – Franca	761	3,3
UD 09 – Marília	291	1,3
UD 10 – Piracicaba	413	1,8
UD 11 - Presidente Prudente	546	2,4
UD 12 - Registro	18	0,1
UD 13 - Ribeirão Preto	1.764	7,7
UD 14 - São João da Boa Vista	490	2,1
UD 15 - São José do Rio Preto	3.734	16,2
UD 16 – Sorocaba	583	2,5
UD 17 – Taubaté	430	1,9
Total	23.003	100,0

Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 26).

Por outro lado, quando a análise da distribuição das ações é realizada de acordo com o município de residência do paciente é possível observar grandes variações, pois como demonstrado no mapa gerado pelo S-Codes (figura 4), havia no período analisado 186 municípios distribuídos em todo o Estado sem registro de nenhuma ação judicial em saúde, e em muitos casos esses mesmos municípios são vizinhos de outros nos quais os índices ultrapassam 100 processos por 10.000 habitantes.

Figura 4: Mapa da distribuição espacial do IPJS segundo municípios de residência dos autores das demandas judiciais. Estado de São Paulo – 2010



Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 25).

Embora a distribuição do índice de judicialização apresentado na figura 4 indique uma falta de uniformidade quanto à distribuição entre os municípios, é inegável que o número de ações em todo o Estado tem apresentado um crescimento vertiginoso ano após ano. Para corroborar essa afirmação foi construída uma média anual do IPJS, cujos resultados são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 8: Índice Paulista de Judicialização da Saúde – IPJS (2005 – 2011)

Ano	População total dos DRS*	Total de ações judiciais	Índice***
2005	39.201.179	489	0,12
2006	39.620.277	3.249	0,82
2007	40.021.813	6.535	1,63
2008	40.419.786	14.623	3,61
2009	40.815.076	20.904	5,12
2010	41.223.683	30.847	7,48

2011	41.692.668	33.500**	8,03
-------------	------------	----------	------

Fonte: Elaboração própria

* Projeção populacional – Fundação SEADE

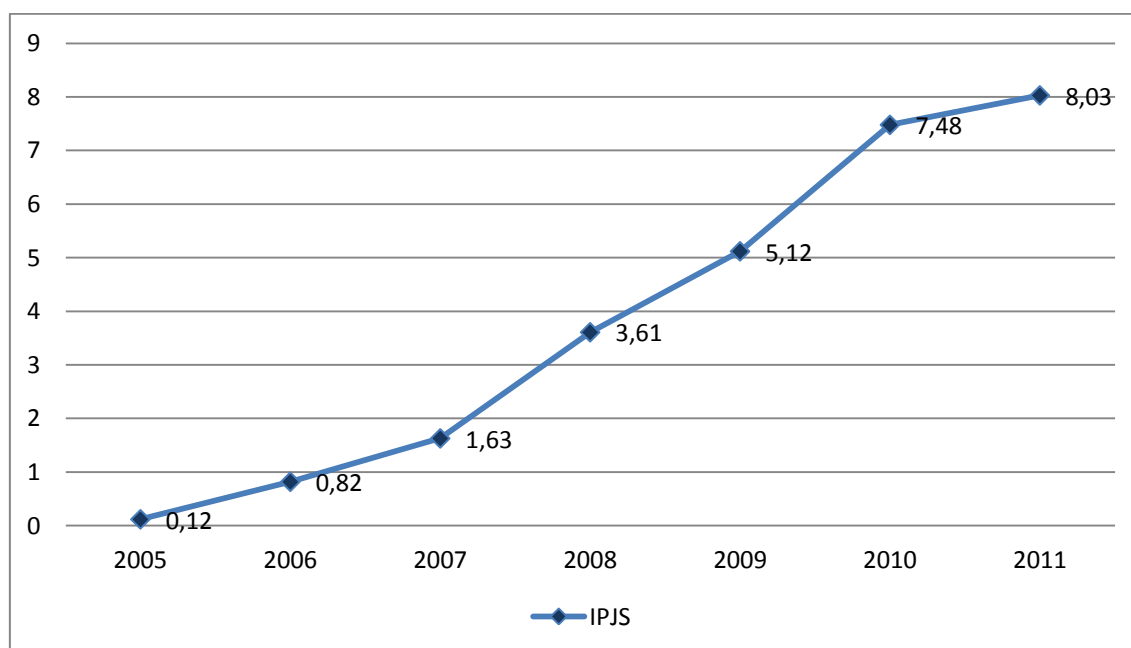
** Valor registrado até abril de 2011

*** Índice por 10.000 habitantes

Entre os anos de 2005 e 2011 é possível observar que o crescimento no total de ações judiciais em saúde não ocorreu de forma proporcional ao pequeno aumento na população total do Estado, provavelmente essa elevação no número de processos foi desencadeada pela crescente procura pelo acesso aos serviços de saúde, assim como pela difusão da busca pelo Poder Judiciário por pacientes de diferentes condições socioeconômicas.

A média anual do índice de judicialização para o Estado entre os anos de 2005 e 2011 passou de 0,12 para 8,03 processos por 10.000 habitantes, ou seja, em apenas seis anos o índice em questão foi inflado em aproximadamente 6.591%.

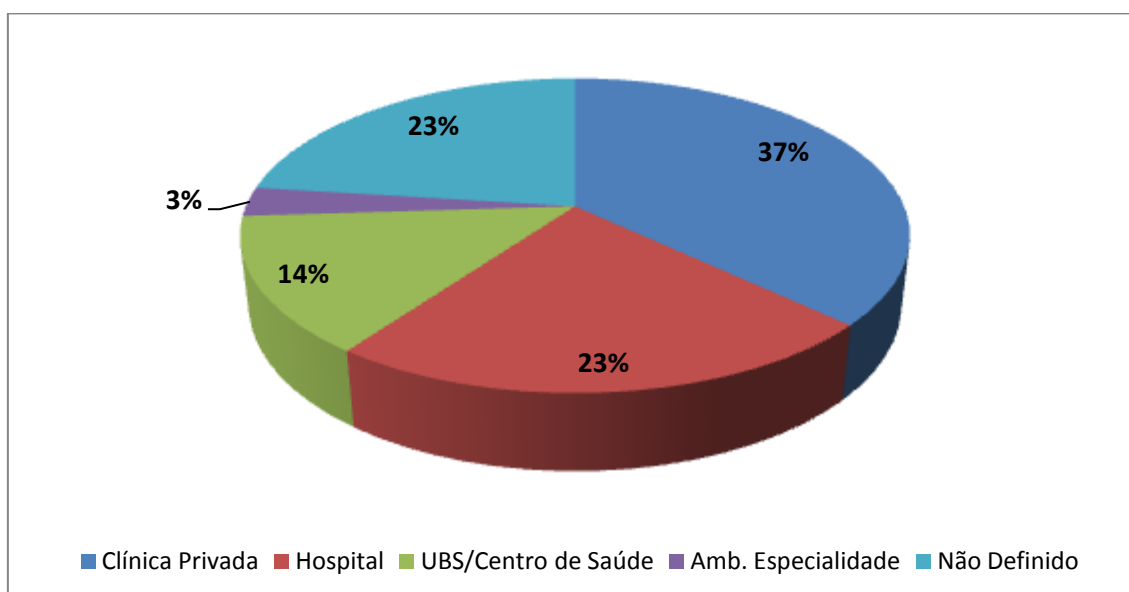
Gráfico 9: Evolução do Índice Paulista de Judicialização da Saúde (2005 – 2011)



Fonte: Elaboração própria

O agrupamento das informações realizado pelo S-Codes também possibilita visualizar dentre as ações cadastradas o local principal de tratamento dos demandantes, e apresenta-os a partir de quatro categorias: clínica privada, UBS/centro de saúde, ambulatório de especialidades e hospital. Dessa forma, baseando-se no levantamento realizado entre as 23.003 ações ativas cadastradas em 2010, o Sistema gerou os seguintes resultados apresentados no gráfico 10.

Gráfico 10: Distribuição das ações judiciais segundo o local principal de tratamento. Estado de São Paulo - 2010



Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 23).

O percentual computado para o período revela que os pedidos originários de pacientes atendidos em clínicas privadas sobressaíram, seguido dos hospitais, dos centros de saúde e dos ambulatórios de especialidades, além de 23% de casos em que esse tipo de informação não é disponibilizado.

No entanto, uma análise baseada apenas nas demandas em que o local de tratamento é identificado (77% dos casos) revelou que as unidades de saúde (hospitais, centros de saúde, ambulatórios de especialidades) que restringem seu atendimento a pacientes do SUS foram responsáveis por 40% das ações registradas. Além disso, o Sistema Único de Saúde pôde ser considerado como local principal de tratamento em mais de 50% dos casos, quando se inclui nesse cálculo as unidades de saúde que fornecem tratamento simultaneamente à pacientes oriundos tanto do sistema privado quanto do SUS.

No que concerne aos diagnósticos que aparecem com maior frequência nas solicitações judiciais, o estudo das 23.003 ações apresentadas até 2010 aponta que 68,5% dos casos estão relacionados a apenas vinte grupos de diagnósticos, sendo estes relacionados na tabela 9.

Tabela 9: Distribuição das ações judiciais segundo diagnósticos mais frequentes. Estado de São Paulo, 2010

Doença	Casos	%
Diabetes mellitus (E10 - E14)	6.585	28,6
Poliartropatias inflamatórias (M05 - M14)	999	4,3
Osteopatias/condropatias (M80 - M94)	748	3,3
Paralisia cerebral/outras síndromes paralíticas (G80 - G83)	672	2,9
Doenças hipertensivas (I10 - I15)	573	2,5
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40 - J47)	566	2,5
Neoplasia maligna da mama (C50)	543	2,4
Psoríase (L40)	523	2,3
Hepatites virais (B16 - B18)	465	2,0
Transtornos hipercinéticos (F90)	457	2,0
Doenças cerebrovasculares (I60 - I69)	451	2,0
Transtornos do humor (F30 - F39)	440	1,9
Doença de Alzheimer (G30)	419	1,8
Glaucoma (H40 - H42)	402	1,7
Doenças isquêmicas do coração (I20 - I25)	389	1,7
Outras formas de doença do coração (I30 - I52)	339	1,5
Epilepsia (G40)	331	1,4
Artroses (M15 - M19)	318	1,4
Espondilopatias (M45 - M48)	274	1,2
Enterites e colites não infecciosas (K50 - K52)	257	1,1
Subtotal	15.751	68,5
Outras	7.252	31,5
Total	23.003	100,0

Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 26).

Dentre os grupos de doenças apresentados na tabela 9, a maior frequência recai sobre a diabetes mellitus, que representa 28,6% dos casos. As patologias que compõem a tabela são caracterizadas como doenças crônicas, o que requer tratamentos de longo prazo ou até mesmo por período indeterminado.

Dessa forma, ao considerar os vinte medicamentos mais solicitados judicialmente, a Insulina representa 22,3% do total de medicamentos dispensados por essa via. Na tabela 10 são apresentados os medicamentos concedidos com maior frequência pelo Estado.

Tabela 10: Medicamentos dispensados com maior frequência nas ações judiciais. Estado de São Paulo, 2010

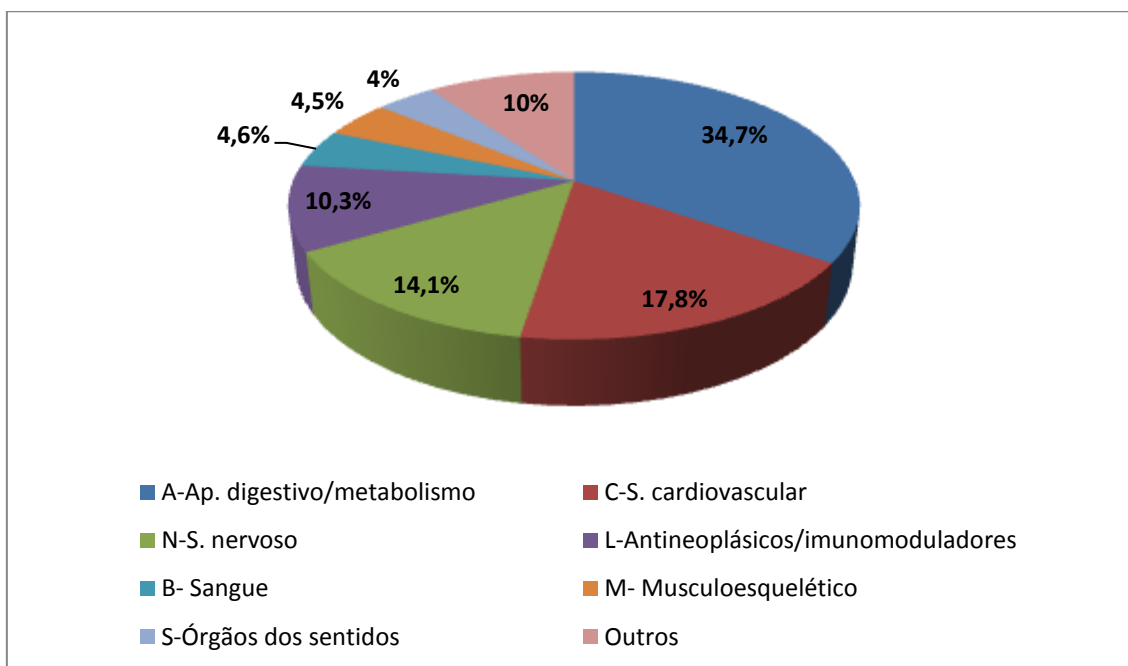
Medicamento	%
Insulina	22,3
Ácido acetilsalicílico	2,0
Adalimumabe	1,8
Metformina	1,7
Levotiroxina	1,5
Clopidogrel	1,5
Metilfenidato	1,3
Infliximabe	1,3
Sinvastatina	1,2
Etanercepte	1,2
Omeprazol	1,1
Vitaminas isoladas	1,0
Losartana	0,9
Enalapril	0,9
Teriparitida	0,8
Atenolol	0,7
Vitaminas + minerais	0,7
Brometo de tiotrópio	0,7
Atorvastatina	0,7
Oxcarbazepina	0,6

Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 28).

Diante da relação dos medicamentos mais demandados, o estudo das ações do período em análise apontou que grande parte dos fármacos solicitados judicialmente possuem similares distribuídos pela Secretaria de Saúde, ou então integram os programas de distribuição gratuita do SUS como, por exemplo, a losartana ou enalapril que são disponibilizados pelo Programa Farmácia Popular do Governo Federal.

Considerando os medicamentos mais solicitados judicialmente, o S-Codes é capaz de agrupá-los de acordo com a classificação ATC⁶¹ em oito grupos diferentes. Com efeito, apresenta a proporção de medicamentos dispensados de acordo com a categoria terapêutica, como demonstra o gráfico 11.

Gráfico 11: Distribuição dos medicamentos dispensados por ação judicial segundo Grupos da ATC. Estado de São Paulo – 2010



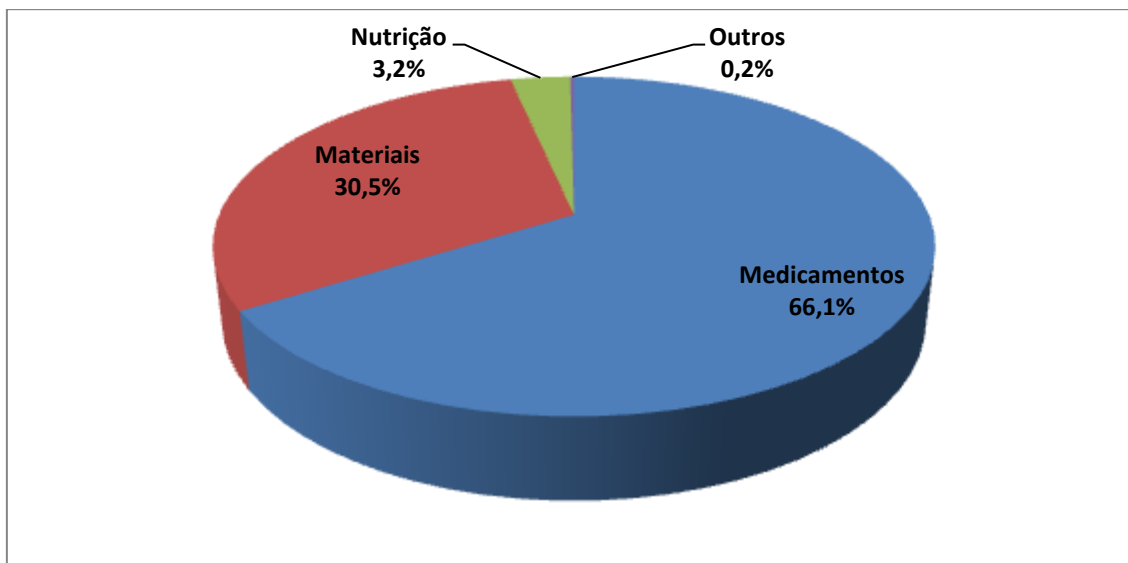
Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 27).

O somatório dos medicamentos solicitados pertencentes aos grupos A (aparelho digestivo e metabolismo), C (sistema cardiovascular), N (sistema nervoso) e L (antineoplásicos/imunomoduladores), representam juntos 76,9% dos fármacos dispensados. O resultado corrobora com as conclusões apresentadas anteriormente acerca dos diagnósticos mais frequentes, assim como os medicamentos mais solicitados.

Apesar de os medicamentos figurarem como o principal elemento solicitado em ações judiciais, não são os únicos, pois há também demandas por inúmeros tipos de materiais, itens de nutrição, entre outros, como demonstrado, no gráfico 12.

⁶¹ A classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) está entre as mais empregadas para agrupar os medicamentos, e dessa forma classificá-los segundo suas propriedades químicas e conseqüentemente sobre a parte do organismo em que atuam.

Gráfico 12: Distribuição dos itens dispensados por ação judicial segundo categorias. Estado de São Paulo – 2010



Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 27).

As 23.003 ações judiciais analisadas correspondem à liberação de aproximadamente 66.060 itens de saúde, o que equivale a uma média de 2,87 itens por demanda judicial. Dentre o total de ações judiciais, 66,1% correspondem a solicitações por medicamentos, ou seja, havia no período analisado cerca de 15.205 ações desse tipo, a dispensação de materiais foi encontrada em 30,5% dos casos, o que equivale a 7.016 processos. Além disso, havia 736 ações (3,2%) solicitando itens de nutrição e 46 processos (0,2%) referentes a solicitação de outros itens.

Após a análise das principais características do processo de judicialização da saúde no Estado de São Paulo, torna-se importante apresentar os custos inerentes a tais processos.

O Sistema Codes possibilita estimar os complexos custos envolvidos com a dispensação de tratamentos realizada pela Secretaria de Saúde, porém esse cálculo refere-se apenas ao número de ações cadastradas naquele momento, ou seja, é uma estimativa pontual que serve de parâmetro para compreender o quanto esse gasto pode ser impactante para o orçamento público.

Dessa forma, tendo como base o total de 23.003 ações ativas cadastradas até maio de 2010 referentes à dispensação de 66.060 itens, o software computou um gasto mensal de R\$ 42.712.559,81 distribuídos entre diferentes categorias, como demonstra os valores contidos na tabela 11.

Tabela 11: Estimativa de custos mensais referente às ações judiciais segundo categoria dos itens. Estado de São Paulo, 2010

Categoria	Valor
Medicamentos	35.302.551,07
Materiais	6.966.803,13
Itens de nutrição	443.166,81
Outros itens	38,80
Total	42.712.559,81

Fonte: S-Codes apud NAFFAH FILHO et al. (2010, p. 29).

Como analisado anteriormente, a dispensação de medicamentos destaca-se entre os demais itens, de tal forma que, dentre o custo mensal total estimado com o cumprimento de sentenças judiciais, o sistema auferiu que aproximadamente 82,6% representam gastos com medicamentos, ou seja, R\$35.302.551,07, enquanto os gastos representados pela dispensação de materiais e itens de nutrição correspondem juntos a apenas 17,3% do total despendido, ou seja, R\$7.409.969,94.

A partir desses valores é possível calcular uma estimativa dos custos anuais com cada categoria mencionada, além dos custos médios por ação, de tal forma que os resultados encontrados estão disponíveis na tabela abaixo.

Tabela 12: Estimativa de custos mensal e anual referente às ações judiciais segundo categoria dos itens. Estado de São Paulo, 2010

Categoria	Valor mensal total (R\$)	Valor médio mensal por ação (R\$)	Valor anual total (R\$)	Valor médio anual por ação (R\$)
Medicamentos	35.302.551,07	1.534,66	423.630.612,80	18.415,99
Materiais	6.966.803,13	302,84	83.601.637,56	3.634,17
Itens de nutrição	443.166,81	19,12	5.318.001,72	229,50
Outros itens	38,80	0,18	465,6	2,22
Total	42.712.559,81	1.856,82	512.550.717,72	22.281,90

Fonte: Elaboração própria

É possível compreender a dimensão que esses valores representam quando os comparam com outros gastos em saúde despendidos pelo Estado, como realizado na tabela 13.

Tabela 13: Gastos referentes às ações judiciais e programas selecionados do SUS. Estado de São Paulo, 2009

Tipo de gasto	Valor (R\$)
Distribuição regular de medicamentos	1.500.000.000,00
Tratamento ambulatorial em oncologia*	362.939.103,99
Tratamento ambulatorial em nefrologia**	366.004.125,12
Diagnóstico em laboratório clínico	573.292.396,92
Internações para transplante de órgãos, tecidos e células	113.141.038,86
Ações judiciais***	512.550.717,72

Fonte: Adaptado de NAFFAH FILHO (2010, p. 29).

* Valor anual de quimioterapia e radioterapia

** Valor referente aos pacientes em diálise

*** Valor anual estimado em maio de 2010

A partir dos resultados apresentados pode-se concluir que os valores gastos anualmente para o cumprimento das ações judiciais correspondem comparativamente a pouco mais de um terço do orçamento anual destinado pela Secretaria de Saúde do Estado para a distribuição regular de medicamentos, ou então, cerca de 1,4 vezes o gasto total realizado em 2009 com tratamento ambulatorial em oncologia, assim como a 4,5 vezes o gasto total com internações para transplante de órgãos, tecidos e células.

Dados referentes ao custo de aquisição de medicamentos importados também demonstram altos dispêndios com poucos pacientes, sendo um forte indicativo de iniquidades no setor saúde, pois como demonstram os dados contidos na tabela 14, para atender a solicitação de 88 pacientes são gastos mensalmente pela Secretaria de Saúde US\$2.016.100,00, o que significa um gasto anual de aproximadamente US\$24.193.200,00 (YOSHINAGA, 2011).

Tabela 14: Medicamentos importados fornecidos por determinação judicial. Estado de São Paulo, 2011

Produto	Número de Pacientes	Preço Unitário (U\$)	Custo Mensal (U\$)	Custo Anual (U\$)
Aldurazyme	26	650,00	319.800,00	3.837.600,00
Fabrazyme	21	3.775,00	354.850,00	4.258.200,00
Elaprase	20	3.490,00	809.680,00	9.716.160,00

Naglazyme	14	1.519,00	349.370,00	4.192.440,00
Myozyme	7	600,00	182.400,00	2.188.800,00
Total	88		2.016.100,00	24.193.200,00

Fonte: Adaptado de YOSHINAGA (2011, p. 4).

Os valores citados impressionam principalmente por referirem-se à dispensação de medicamentos a apenas 88 pacientes, de tal forma que, para atendê-los a Secretaria de Saúde gasta por mês uma média de US\$22.910,22 por paciente, o que representa um gasto anual de US\$274.922,72 por paciente.

Após analisar os custos envolvidos com o cumprimento das referidas sentenças, torna-se relevante avaliar se o aumento exponencial dos processos judiciais relacionados à oferta de saúde tem contribuído para uma sensível melhora em termos de eficiência, eficácia e efetividade da política pública na área de saúde no Estado de São Paulo, ou seja, examinar se o vertiginoso crescimento da litigiosidade, especialmente em níveis de média e alta complexidade, gera um efeito contraproducente em relação à universalização e a eficiência da política pública na área de saúde.

As mudanças processadas no âmbito da Administração Pública, sobretudo a partir da reforma administrativa de 1995, com a emergência de um padrão de administração por resultados em detrimento de uma gestão burocrática, tornaram exigência sistemática os controles gerenciais e a utilização de mecanismos de análise das políticas públicas, sob critérios de eficiência, eficácia e efetividade.

Como já salientado no capítulo 2, o **critério de eficácia** avalia se as metas estabelecidas pelo órgão gestor foram atingidas conforme o planejamento realizado. Logo, a avaliação da eficácia de determinado programa está associada apenas a análise do grau de alcance das metas estipuladas, sem a preocupação com os custos envolvidos para a execução da política; o **critério de eficiência** refere-se a um conceito originado nas Ciências Econômicas que significa a melhor relação custo/benefício possível para o alcance dos objetivos estabelecidos no programa, ou seja, trata-se de um critério que analisa não apenas o cumprimento da meta estabelecida, mas considera também a qualidade da execução da política, no que tange as perdas ou desperdícios. Por fim, o **critério de efetividade** enfatiza a avaliação medida pela satisfação do usuário em relação aos produtos e/ou serviços desenvolvidos pelo programa de governo em benefício da sociedade.

A aplicação desses critérios resulta em um conjunto de evidências, uma espécie de *accountability* de desempenho institucional, que permite uma adequada avaliação gerencial

ex-post das políticas públicas e do planejamento e, conseqüentemente, a possibilidade de correção de equívocos operacionais e dos obstáculos não previstos *ex-ante* no processo de planejamento e/ou na execução da política.

Sob essa perspectiva deve-se primeiramente mencionar que todas as ações ofertadas pelo SUS subdividem-se em três níveis de complexidade⁶²: baixa, média e alta.

- Ações de baixa complexidade: rotineiramente descritas como a “porta de entrada” do sistema de saúde, caracterizam-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange o diagnóstico, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Dessa forma, a população tem acesso a especialidades básicas como a clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia.

- Procedimentos de média complexidade: compostos por ações e serviços direcionados a atender os principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demanda profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade são: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia.

- Ações de alta complexidade: compostas por um conjunto de procedimentos que demandam alta tecnologia e alto custo, cuja importância reside na oferta por serviços qualificados e integrados aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS são a assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;

⁶² As informações referentes às ações que compõem os diferentes níveis de atenção no âmbito do SUS baseiam-se em BRASIL (2009b). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2011/Set/19/sus_3edicao_completo_190911.pdf> Acesso em: 30 jul. 2012.

procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida.

O atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde, independentemente do nível de complexidade, possui como princípio fundamental a universalidade, e dessa forma possui como meta que as ações em saúde beneficiem 100% dos usuários. Porém, observa-se na prática que somente os procedimentos de baixa complexidade são executados sem grandes disparidades. Os dados apresentados anteriormente referentes aos diagnósticos e medicamentos que aparecem com maior frequência nas solicitações judiciais (tabelas 9 e 10) corroboram a hipótese de que as ações de média e alta complexidade são ofertadas irregularmente e com falhas, sendo estas portanto as áreas que têm sido mais judicializadas.

O crescimento da judicialização envolvendo majoritariamente as ações de média e alta complexidade pode ser atribuído à elaboração de políticas de saúde inadequadas, isso significa que, embora determinada política de saúde seja considerada pelo gestor público como a melhor opção em termos de custo/benefício, ou seja, considerada uma política eficiente, a falta de adequação desta mesma política em termos de eficácia e de efetividade criam margem para que ocorra a procura pela tutela judicial.

No âmbito do Poder Judiciário pode-se afirmar que os Juízes ao criarem um padrão decisório que beneficia inúmeros pacientes, não priorizam a eficiência e a eficácia de suas decisões, de tal forma que, durante a tomada de decisão a efetividade torna-se o critério fundamental, isso significa que pela falta de efetividade econômica de determinada política de saúde, o Judiciário busca fundamentalmente a efetividade jurídica pedindo que se cumpra o que está estabelecido na Constituição.

Diante desse fato, o efeito negativo para a sociedade decorre de a maior parte das demandas referirem-se a tratamentos de alto nível de complexidade, e conseqüentemente de alto custo, gerando dessa forma um efeito contraproducente em relação à universalização. Um caso ilustrativo que corrobora essa afirmação refere-se a uma ação que após receber decisão favorável condenou o Estado de São Paulo a arcar com um tratamento que custa pouco mais

de R\$ 800 mil por ano a um único paciente portador de uma forma rara de anemia (hemoglobinúria paroxística noturna - HPN)⁶³.

Portanto, buscando corrigir a falta de efetividade da política de saúde, o Judiciário pode indiretamente contribuir para a ineficiência e ineficácia de todo o setor saúde ao decidir pelo cumprimento de ações favorecendo poucos pacientes, e dessa forma consumindo recursos fundamentais para a manutenção de programas preexistentes que beneficiam milhões de pessoas.

3.4 Considerações Finais

Seguindo uma tendência nacional, o Estado de São Paulo também passou a ser afetado a partir da década de 1990 pelo crescente ativismo do Poder Judiciário com vistas a garantir a concretização do direito à saúde. Nesse contexto, o Estado foi induzido a adotar algumas medidas destinadas a um melhor gerenciamento das demandas judiciais desse tipo, e dessa forma tentar evitar o surgimento de novos processos, sendo que dentre essas medidas destaca-se a criação do Sistema Codes capaz de coletar todas as informações constantes nos processos.

Baseando-se nos relatórios gerados pelo referido software pôde-se observar que o número de demandas judiciais é crescente, tendo passado de 489 em 2005 para 33.500 demandas ativas registradas até abril de 2011, com uma clara concentração do número de processos em determinados Departamentos Regionais de Saúde, principalmente Bauru, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto.

Os medicamentos figuram entre os itens mais solicitados judicialmente, e no que concerne aos custos relativos a tais processos foi estimado um gasto de R\$ 512.550.717,72 somente em 2010, sendo esse montante muito próximo do que é despendido para a viabilização de importantes programas do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, ao analisar os aspectos da judicialização utilizando os critérios de eficiência, eficácia e efetividade, pôde-se observar que o crescimento das decisões judiciais favoráveis aos pacientes quando consideradas agregadamente podem contribuir para a ineficiência e

⁶³ Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2012/03/o-paciente-de-r-800-mil.html>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

ineficácia do setor saúde, pois há uma sobreposição do direito individual sobre o coletivo em uma situação de restrição orçamentária, comprometendo a universalização da assistência.

CONCLUSÃO

O principal objetivo desta dissertação foi analisar o surgimento e as principais características do processo de judicialização da saúde, e especificamente para o Estado de São Paulo procurou-se avaliar as peculiaridades desse fenômeno, sobretudo em termos de crescimento do número de processos e mensuração dos gastos para o cumprimento das referidas ações judiciais.

Para alcançar os objetivos propostos foi apresentada no primeiro capítulo da presente dissertação uma síntese do surgimento e desenvolvimento do sistema público de saúde brasileiro. A partir desta análise foi possível observar que durante o período de colonização até o advento da economia agroexportadora brasileira, as ações em saúde eram regidas por políticas muito específicas voltadas exclusivamente ao controle de epidemias potencialmente nocivas à manutenção do modelo econômico em vigor. A partir da década de 1930 o sistema de saúde evoluiu para o modelo caracteristicamente privatista, onde a assistência curativa à saúde era basicamente ofertada mediante vinculação formal com o mercado de trabalho. Somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e criação do SUS, a assistência à saúde foi universalizada, embora as dificuldades de financiamento ainda permaneçam como uma das principais lacunas que impedem o seu perfeito funcionamento.

No segundo capítulo procurou-se inicialmente ressaltar que a inclusão do direito à saúde no rol dos direitos sociais brasileiros pela Constituição Federal de 1988, demonstra o compromisso do Brasil em incluir em seu ordenamento jurídico alguns direitos sociais firmados internacionalmente. Nesse sentido, foi possível depreender que a universalização do direito à saúde legitimou a utilização da tutela jurisdicional para requerer diversas ações e serviços em saúde, ou seja, conferiu ao Poder Judiciário a capacidade de exercer uma influência maior sobre as políticas de saúde executadas pelo Estado, fenômeno denominado judicialização da saúde.

Neste âmbito pôde-se observar que a tendência de utilização dos Tribunais para requerer ações e serviços em saúde teve início no decorrer da década de 1990, com ações impetradas majoritariamente por portadores do vírus HIV ao buscarem tratamentos mais eficazes, e esse fato aliado ao crescente entendimento pelos Juízes de que tais demandas deveriam ser atendidas pelo Estado, desencadeou um considerável aumento das solicitações por medicamentos e tratamentos para as mais variadas doenças, suscitando cada vez mais os debates em torno da legitimidade de tais decisões.

O debate em torno do tema é majoritariamente apresentado sob duas perspectivas: a dos formuladores de políticas públicas na área da saúde, e dos profissionais da área do direito, embora a postura assumida por estes últimos não seja unânime. O argumento comumente utilizado pelo Judiciário demonstra a preocupação em zelar pelo direito à saúde constitucionalmente estabelecida baseando-se principalmente na doutrina da efetividade, de tal forma que, o Judiciário ao se deparar com uma solicitação em saúde deve garantir que prevaleça o direito incondicional à vida, independentemente de possíveis restrições orçamentárias alegadas pelo Executivo. Por outro lado, foi possível identificar que muitos profissionais apesar de expressarem-se completamente a favor quanto à manutenção dos direitos sociais assegurados na Constituição, sublinham a necessidade de que estes sejam executados de acordo com os princípios da proporcionalidade e da reserva do possível para que se evite um movimento de excessiva judicialização.

A análise da postura assumida pelos formuladores de políticas públicas diante desse tema demonstra que embora possam ser observadas algumas consequências favoráveis associadas à judicialização, como por exemplo, a exibição das principais imperfeições do sistema de saúde gerido pelo Estado (a insuficiente política de assistência farmacêutica é comumente apontada como um dos pontos menos universalizados do sistema), os aspectos negativos que resultam da judicialização excessiva prevalecem e contribuem para que os princípios da universalidade e integralidade na prestação de assistência à saúde não sejam plenamente cumpridos.

Já no capítulo 3 da presente dissertação foram apresentadas informações mais detalhadas no que concerne às principais características da judicialização da saúde no Estado de São Paulo, dentre as quais pode ser ressaltada a criação do S-Codes pela Secretaria de Saúde, capaz de agrupar as principais características dos processos e dessa forma, aperfeiçoar a gestão das demandas judiciais e administrativas em saúde no Estado. As informações cadastradas pelo referido software demonstram um aumento de aproximadamente 6.750% no número de ações judiciais impetradas contra o Estado entre 2005 e abril de 2011, tendo passado de 489 processos para um total de 33.500 ações judiciais, dentre as quais poucos advogados figuravam como responsáveis em mais de 25%.

No que concerne à distribuição das ações judiciais entre as diferentes regiões do Estado pôde ser observado uma maior concentração no número de processos em Departamentos Regionais de Saúde que não figuram entre os mais populosos, sendo estes os de Bauru, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto, e que conseqüentemente apresentaram os maiores índices de judicialização do Estado.

Com relação aos custos empenhados com a dispensação dos tratamentos sob determinação judicial, apesar dos valores apresentados serem pontuais e referirem-se apenas ao número de ações cadastradas até o período analisado, é possível depreender que o valor anual gasto com o cumprimento das decisões judiciais em saúde supera o valor despendido anualmente pelo SUS para fornecer inúmeros tratamentos, superior inclusive aos custos com internações para transplante de órgãos, tecidos e células.

Diante das informações apresentadas, a análise das características da judicialização do setor saúde a partir da utilização dos critérios propostos pelo modelo de administração pública direcionado para a eficiência, eficácia e efetividade das ações do Estado, sugere que a irregularidade na prestação de assistência à saúde, ou seja, a falta de comprometimento com a efetividade das políticas elaboradas, sobretudo nos níveis de média e alta complexidade, aliado a um financiamento insuficiente contribui para a configuração do atual panorama de judicialização excessiva. Nesse contexto, o Sistema Judiciário passou a ser visto como o único capaz de garantir a efetividade das ações e serviços em saúde, porém a crescente atuação do Judiciário neste âmbito tem contribuído para gerar efeitos desfavoráveis para a eficiência das demais políticas do setor e, portanto gerar um efeito desfavorável para a universalidade das ações em saúde.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Roberta Montello. **A avaliação de resultados no setor público: teoria e aplicação prática no estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4faval_resul_no_setor_pub.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.
- ANDRADE, Eli Iola Gurge; MACHADO, Carlos Dalton; FALEIROS, Daniel Resende; SZUSTER, Daniele Araújo Campos; GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; SILVA, Grazielle Dias da; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; ACÚRCIO, Francisco de Assis. **A judicialização da saúde e a política de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da ciência e medicalização da justiça**. Revista Med Minas Gerais, 2008, v. 18, n. 4, p 46-50.
- ARAÚJO, Kammilla Éric Guerra de.; BRANT, Luiz Carlos. **A judicialização da saúde e sua relevância orçamentária para o estado**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2007.
- BARROS, Elizabeth. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: Organização Pan-Americana da Saúde. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, p. 17 - 70. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5446.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2011.
- BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/medicamentos.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.
- BOREKI, Vinicius. Gasto com remédios obtidos por liminar cresce 1.600% em 4 anos. **Gazeta do Povo**, Paraná, 10 set. 2011. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1167595&ch=>>>. Acesso em: 07 nov. 2011.
- BORGES, Danielle da Costa Leite. **Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do estado do Rio de Janeiro no ano de 2005**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ ENSP - Mestrado em saúde pública. Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, 2011. 186 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **O Financiamento da Saúde**. Brasília, 2011b. 124 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Relatório do seminário internacional de assistência farmacêutica do CONASS**. Brasília, 2010. 108 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso**. Brasília, 2009a. 67 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 480 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006. 164 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 14 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **O remédio via Justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais**. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.saberviver.org.br/pdf/remedio_via_justica.pdf. Acesso em: 22 jun. 2011.

CANOTILHO, José Gomes. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. Coimbra: Almedina, 2011.

CARVALHO, Gilson. **Gastos com saúde Brasil 2011 – Resumo Executivo**. 2012. Disponível em: http://idisa.org.br/site/documento_7703_0__2012---27---630---domingueira--financiamento-211.html. Acesso em: 26 ago. 2012.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela**. Saúde em Debate, v. 29, p. 99-104, 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque92.doc>. Acesso em: 13 jun. 2011.

CASTANHAR, José Cezar; COSTA, Frederico Lustosa da. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica 19, de 15 de agosto de 2005. Brasília, 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O direito à saúde**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DESCARTES, R. **Discurso sobre o método**. Rio de Janeiro, Simões, 1952.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo, Global Editora, 1986.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 385 – 434.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.).

Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 333 – 384.

FERNANDES NETO, Antonio Joaquim. Judicialização da saúde. In: SANTOS, Adriana (Org.). **Caderno mídia e saúde pública: comunicação em saúde pela paz.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

FERREIRA, Camila Duran. **O Judiciário e as políticas de saúde no Brasil: o caso AIDS.** Concurso de monografias - IPEA-CAIXA, 2004.

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.** Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25584.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2011.

GANDINI, João Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; SOUZA, André Evangelista de. **A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. 2008.** Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4182>. Acesso em: 22 maio 2011.

GOUVÊA, Marcos Maselli. **O direito ao fornecimento estatal de medicamentos.** Revista Forense, Rio de Janeiro, v. 370, p. 103-134, 2003.

GUERREIRO, José Joaquim Lopes. **Campos dos Goytacazes, rica em royalties e pobre em saúde.** Campos dos Goytacazes, 2009. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades). Universidade Cândido Mendes.

HIPPOCRATES. **The medical works of Hippocrates;** a new translation from the original Greek made especially for English readers by the collaboration of John Chadwick and W. N. Mann. Springfield, III. Thomas, 1950, p. 90-111.

KOCH, R. **Die Aetiologie und die Bekämpfung der Tuberkulose.** Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1912.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002.** Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. **Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 9, n. 2, p. 73-91, 2008.

MARQUES, Silvia Badim. **Judicialização do direito à saúde.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72, 2008.

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. **Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo.** Revista Saúde Pública, v. 41, n.1, p. 101-107, 2007.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social**. Economia e Sociedade, Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175, jan./jun. 2005.

MÉDICI, André Cezar. **Judicialização, integralidade e financiamento da saúde**. Diagnóstico e Tratamento, v. 15, n. 2, p. 81-87, 2010.

NAFFAH FILHO, Michel; CHIEFFI, Ana Luiza; CORREA, Maria Cecília M. M. A. **S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA), São Paulo, v. 7, n. 84, p. 18-30, 2010.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 435 – 472.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. **Direito fundamental à assistência farmacêutica: parâmetros para a conciliação entre integralidade e universalidade**. Monografia de Pesquisa (Especialização em Direito Sanitário). Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009. Disponível em:
<<http://www.idisa.org.br/img/File/MonografiaDireitoSaude.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de.; NORONHA, Lincoln N. T. **Direito à saúde em um mundo de escassez: judiciário e medicamentos no Estado de São Paulo**. 7º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política, 2010. Disponível em:
< http://cienciapolitica.servicos.ws/abcp2010/arquivos/12_7_2010_23_7_55.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2011.

OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; MESEDER, Ana Márcia; LUIZA, Vera Lucia Luiza. **Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro**. Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, mar./abr. 2005.

PARACELSUS. **On miner's sickness and other miner's diseases**. In: PARACELSUS. Four teratisses of Theuphrastus von Hohenheim called PARACELSUS. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1941, p. 43-126.

PASTEUR, L. **Etudes sur la bière**. Paris, Gauthier-Villars, 1876.

PEPE, Vera Lúcia Edais; FIGUEIREDO, Tatiana de Aragão; SIMAS, Luciana; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; VENTURA, Miriam. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

PEREGRINO, Fernando Otávio de Freitas. **A nova administração pública no Brasil (1995/2009): uma avaliação do modelo de organização social na área da ciência e tecnologia**. Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado – UFRJ/ COPPE/ Programa de Engenharia de Produção, 2009.

PODVAL, Maria Luciana de Oliveira Facchina. **Uma análise das ações judiciais nos últimos sete anos.** Trabalho apresentado no Fórum das ações de medicamentos da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo, São Paulo, 2008.

ROMERO, Luiz Carlos. **Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do Distrito Federal.** Textos para Discussão 41. Brasília, 2008. Consultoria Legislativa do Senado Federal - COORDENAÇÃO DE ESTUDOS. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/senado/conleg/textos_discussao/TD41-LuizCarlosRomero.pdf>. Acesso em: 28 maio 2011.

SCHOPENHAUER, Arthur. **Aforismos para a sabedoria na vida.** 2 ed. São Paulo: Melhoramentos, 1956.

SEGATTO, Cristiane. O paciente de R\$ 800 mil. **Época**, 16 março 2012. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2012/03/o-paciente-de-r-800-mil.html>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais.** São Paulo, Malheiros, 1999.

SILVA, Roberta Pappen da. **Algumas considerações sobre o princípio da proporcionalidade.** Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 565, 23 jan. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/6198>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

SILVA, Virgílio Afonso da. O Judiciário e as políticas públicas: entre transformação social e obstáculo à realização dos direitos sociais. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. **Direitos sociais: fundamentação, judicialização e direitos sociais em espécies.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 587-599, 2008.

SOUZA, Renilson Rehem. **O sistema público de saúde brasileiro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2011.

STRUCHINER, Noel. **Para falar de regras. O positivismo conceitual como cenário para uma investigação filosófica acerca dos casos difíceis do direito.** Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Filosofia. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://ged1.capes.gov.br/CapesProcessos/919300-ARQ/919300_5.PDF>. Acesso em: 14 fev. 2012.

TATE, CN. Why the expansion of Judicial Power. In: TATE, CN; VALLINDER, T. **The Global Expansion of Judicial Power.** New York: New York University Press, 1995.

TEMPORÃO, José Gomes. In: Audiência Pública - Saúde, 4., 2009, Supremo Tribunal Federal, Brasília. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Temporao.pdf>>. Acesso em 16 set. 2010.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.).

Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 215 – 243.

UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 473 – 506.

UGÁ, Maria Alice; SANTOS, Isabela Soares. **Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro.** Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro, 2005.

VIANA, A. L. d'A; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. d'A; ELIAS, P. E. M; IBÁÑEZ, N. (Orgs.). **Proteção social: dilemas e desafios.** São Paulo: Hucitec, 2005.

VIANNA, Luiz Jorge Werneck; MELO, Manuel Palácios Cunha; CARVALHO, Maria Alice Rezende de; BURGOS, Marcelo Baumann. **Corpo e alma da magistratura brasileira.** Rio de Janeiro: Revan, 1997. 20 p.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil.** Revista Saúde Pública, v. 41, n. 2, p. 214-22, 2007.

YOSHINAGA, Juliana Yumi. **Judicialização do direito à saúde: a experiência do Estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade.** Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE), Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 24, dez./jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/RERE-24-DEZEMBRO-JANEIRO-FEVEREIRO-2011-JULIANA-YUMI.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2012.