

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

LUCAS SOARES SATHLER

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA COMARCA DE VIÇOSA/MG:
análise dos processos e da percepção dos burocratas de nível de rua do sistema judiciário

**Viçosa/MG
2024**

LUCAS SOARES SATHLER

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA COMARCA DE VIÇOSA/MG:

análise dos processos e da percepção dos burocratas de nível de rua do sistema judiciário

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luana Ferreira dos Santos

**Viçosa/MG
2024**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa

T

S253j
2024 Sathler, Lucas Soares, 1996-
Judicialização da saúde na Comarca de Viçosa/MG: análise dos processos e da percepção de burocratas de nível de rua do sistema judiciário / Lucas Soares Sathler. – Viçosa, MG, 2024.
1 dissertação eletrônica (167 f.): il.

Inclui apêndices.

Orientador: Luana Ferreira dos Santos.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Administração e Contabilidade, 2024.

Referências bibliográficas: f.136-149.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufv/bbt.2024.209>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Direito à saúde. 2. Cuidados médicos - Custos.
3. Burocracia. 4. Viçosa (MG) - Processos, litígios, etc..
I. Santos, Luana Ferreira dos, 1990-. II. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Administração e Contabilidade. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CDDir 341.64

Bibliotecário(a) responsável: Alice Regina Pinto Pires CRB-6/2523

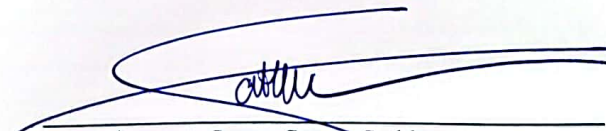
LUCAS SOARES SATHLER

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA COMARCA DE VIÇOSA/MG:
análise dos processos e da percepção dos burocratas de nível de rua do sistema judiciário

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de Magister Scientiae.

APROVADA: 28 de fevereiro de 2024.

Assentimento:



Lucas Soares Sathler
Autor



Luana Ferreira Dos Santos
Orientadora

AGRADECIMENTOS

À Deus, de quem provém toda a ciência e sabedoria, por me dar condições de concluir mais essa etapa e me sustentar ao longo da trajetória.

À minha esposa Deborah, pelo amor e companheirismo sem os quais não seria possível chegar ao fim dessa jornada.

Aos meus pais Fernando e Mara e ao meu irmão André, pelo apoio e suporte igualmente essenciais.

À Prof^{ta} Luana, pela liberdade franqueada para o desenvolvimento da pesquisa, por verdadeiramente exercer a função de orientadora e pelas contribuições imprescindíveis à conclusão deste trabalho.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Administração pelas discussões e contribuições relevantes ao longo de todo o Mestrado.

Essa pesquisa é fruto de inquietações geradas pela rotina da Procuradoria Especializada em Saúde do Município de Viçosa/MG. As questões abordadas ao longo do trabalho nasceram de situações cotidianas e as respostas para elas não poderiam ser discutidas com a profundidade necessária apenas no dia-a-dia profissional. Graças à Deus e às contribuições de tantos, tive o privilégio de ingressar no Mestrado e agora concluí-lo, podendo compartilhar os dilemas e os achados encontrados ao longo dessa caminhada. A todos, meus sinceros agradecimentos.

“O temor do Senhor é o princípio do conhecimento” (Provérbios 1:7)

RESUMO

SATHLER, Lucas Soares, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2024. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA COMARCA DE VIÇOSA/MG**: análise dos processos e da percepção dos burocratas de nível de rua do sistema judiciário. Orientadora: Luana Ferreira dos Santos.

Este trabalho buscou, como objetivo geral, compreender a judicialização da saúde pública na Comarca de Viçosa/MG, fazendo-o a partir de dois objetivos específicos: o primeiro deles consistente em entender e examinar as características dos processos judiciais de saúde ajuizados entre 2017 e 2023; o segundo consistente em analisar como os agentes do sistema judiciário atuantes na Comarca, denominados burocratas de nível de rua, percebem a judicialização da saúde e suas consequências, em especial no que diz respeito aos custos financeiros inerentes ao fenômeno. O referencial teórico adotado no trabalho partiu do panorama da judicialização da saúde no Brasil e dos entendimentos do Poder Judiciário a respeito do fenômeno ao longo do tempo, relacionando-o com os trabalhos realizados sobre o tema no âmbito da Ciência Administrativa. Apontou-se o modo como os agentes do sistema judiciário estão inseridos no contexto de sucessivas ações voltadas à obtenção de prestações de saúde e a maneira segundo a qual os referidos podem ser enxergados como burocratas de nível de rua, de acordo com as circunstâncias às quais se encontram submetidos no exercício de suas funções. Do ponto de vista metodológico, a pesquisa é de natureza qualitativa e adotou o método do estudo de caso. Foram coletados dados secundários por meio de pesquisa documental e de dados primários via entrevistas, que foram conduzidas a partir de roteiro semiestruturado de perguntas aplicadas a 10 participantes, sendo quatro Juízes, três Promotores de Justiça e três Defensores Públicos atuantes na referida Comarca. As informações obtidas a partir das entrevistas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Predominaram processos individuais ajuizados por mulheres, com idade igual ou superior a 51 anos, residentes na zona urbana, principalmente em bairros periféricos e sujeitas a alguma espécie de vulnerabilidade, porquanto majoritariamente representadas pela Defensoria Pública. O acesso aos medicamentos não padronizados no SUS foi o objeto pleiteado com mais frequência e os municípios em conjunto com o Estado de Minas Gerais foram os entes mais acionados. Houve diversidade dos valores atribuídos aos processos e as pretensões foram exitosas em 92% dos casos. Os participantes estão sujeitos a entendimentos conflitantes emanados por órgãos de nível hierárquico superior e obstáculos relacionados ao acesso, à coerência e ao excesso das normas regulamentadoras do SUS. Os participantes atribuem importância aos aspectos humanos envolvidos nos processos judiciais de saúde e, por outro lado, observou-se que para a maior parte dos participantes os custos financeiros não são um elemento fundamental para a concessão de uma prestação de saúde reclamada judicialmente. Concluiu-se também que a mitigação das consequências negativas e a acentuação das repercussões positivas da judicialização da saúde dependem da repactuação de responsabilidades entre os entes federativos na seara administrativa e entre os Poderes Executivo e Judiciário, cabendo ao último adotar uma postura de deferência e prestígio às políticas públicas estabelecidas no SUS.

Palavras-chave: judicialização da saúde; burocracia de nível de rua; custos financeiros; comarca de Viçosa/MG.

ABSTRACT

SATHLER, Lucas Soares, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2024. **Right-to-health litigation in the County of Viçosa**: analysis of the lawsuits and the perception of street-level bureaucrats within the judicial system. Adviser: Luana Ferreira dos Santos.

This study's general objective is to understand the right-to-health litigation in the County of Viçosa/MG, with two specific objectives: the first being to understand and examine the characteristics of health-related judicial lawsuits filed between 2017 and 2023; the second being to analyze how judicial system agents operating in the County, termed street-level bureaucrats, perceive the right-to-health litigation and its consequences, especially regarding the financial costs inherent to the phenomenon. The theoretical framework adopted in this study originated from the panorama of right-to-health litigation in Brazil and the judiciary's understandings of the phenomenon over time, relating it to studies conducted on the subject within the scope of Administrative Science. It pointed out how judicial system agents are embedded in the context of successive claims aimed at obtaining health benefits and how they can be seen as street-level bureaucrats, depending on the circumstances they face in the exercise of their functions. Methodologically, the research is qualitative and adopts the case study method. For the achievement of the first specific objective, secondary data were collected through documentary research. Regarding the second specific objective, primary data were collected through interviews, which were conducted based on a semi-structured questionnaire applied to 10 interviewees, including four Judges, three Prosecutors, and three Public Defenders operating in the Viçosa/MG District. The information obtained from the interviews was analyzed using content analysis technique. It was found that in the County of Viçosa/MG District, individual lawsuits filed by women predominated, aged 51 years or older, residing in urban areas, mainly in peripheral neighborhoods, and subject to some form of vulnerability, as predominantly represented by the Public Defender's Office. Access to non-standardized drugs in the Unified Health System (SUS) was the most frequently claimed object, with municipalities together with the State of Minas Gerais being the most summoned entities. There was diversity in the financial costs attributed to the lawsuits and the claims were successful in 92% of the cases. It was noticed that the interviewees are subject to conflicting understandings emanating from higher hierarchical judicial organs and obstacles related to access, coherence, and excess of SUS regulatory norms. It was found that the interviewees attribute great importance to the human aspects involved in health-related lawsuits, and, on the other hand, it was observed that for most interviewees, financial costs are not a fundamental element for the granting of a health benefit. It was concluded that mitigating the negative consequences and accentuating the positive repercussions of right-to-health litigation depends on the renegotiation of responsibilities among federative entities in the administrative sphere and between the Executive and Judiciary Powers, with the latter adopting a stance of deference and prestige towards public policies established in the SUS.

Keywords: Right-to-health litigation; street level bureaucracy; financial costs; County of Viçosa.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Sumário do roteiro de perguntas e seus pressupostos	61
Figura 2 – Faixa etária dos litigantes.....	66
Figura 3 – Município de origem dos litigantes.....	66
Figura 4 – Natureza do objeto pleiteado	71
Figura 5 – Valor atribuído aos processos em reais.....	82
Figura 6 – Resultado do julgamento com sentença de mérito.....	85
Figura 7 – Percentuais mínimos e aplicados em ações e serviços públicos de saúde com destaque para acima do mínimo constitucional, pelos Estados, SUS.....	87
Figura 8 – Percentuais mínimos e aplicados e ações e serviços públicos de saúde com destaque para acima do mínimo constitucional, pelos Municípios, SUS.....	88
Figura 9 – Modelo de Flick (2009) aplicado à pesquisa	130
Quadro 1 – Fases da judicialização da saúde no Brasil de acordo com os entendimentos dominantes nos tribunais superiores.....	27
Quadro 2 – Subassuntos vinculados ao Direito da Saúde	59
Quadro 3 – Características avaliadas nos processos judiciais.....	60
Quadro 4 - Síntese das dificuldades identificadas pelos participantes em relação às normas regulamentadoras do SUS	90
Quadro 5 – Aspectos humanos e subjetivos identificados nas falas dos participantes	95
Quadro 6 - Contrapontos às dimensões humanas identificados nas falas dos participantes...	96
Quadro 7 – Síntese das considerações sobre os conflitos de entendimento de órgãos de hierarquia superior do Poder Judiciário.....	100
Quadro 8 – Relevância dos custos financeiros para as decisões judiciais que determinam prestações de saúde.....	109
Quadro 9 – Síntese das considerações sobre o Poder Executivo e a gestão do SUS	116
Quadro 10 – Síntese das considerações sobre a atuação de órgãos de hierarquia superior do Poder Judiciário em relação à saúde.....	118
Quadro 11 – Considerações sobre a afirmação de Wang (2021b, p. 860)	124
Quadro 12 – Relações entre as categorias identificadas nas entrevistas e a categoria relacionada aos aspectos humanos.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CRLS	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde do Rio de Janeiro
DPMG	Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FJP	Fundação João Pinheiro
NAT	Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde
NATS	Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde
NAT-JUS	Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário
OMS	Organização Mundial da Saúde
PJe	Processo Judicial Eletrônico

REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES/MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TJMG	Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Panorama da judicialização da saúde.....	15
2.2. Judicialização da Saúde na Ciência Administrativa	28
2.3 Judicialização da saúde e os agentes do sistema de justiça	35
2.4 Burocratas de nível de rua e judicialização da saúde.....	43
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	50
3.1 Definição da unidade de análise e escolha do caso.....	51
3.1.1 Por que estudar os sujeitos atuantes em primeira instância do sistema de Justiça? .51	
3.1.2 Por que escolher a Comarca de Viçosa/MG?.....	54
3.2 Das técnicas de coleta e de análise de dados	57
4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA COMARCA DE VIÇOSA/MG	64
4.1 Quanto ao cidadão autor do processo	65
4.2 Quanto à representação jurídica dos litigantes.....	68
4.3 Quanto à natureza do objeto prendido	70
4.4 Quanto ao ente federativo demandado.....	78
4.5. Quanto ao valor atribuído aos processos	81
4.6 Quanto ao percentual de sucesso das demandas judiciais	83
5 AGENTES DO SISTEMA DE JUSTIÇA DE PRIMEIRA INSTÂNCIA COMO BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA E A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	89
5.1 Dificuldades relacionadas ao regramento do SUS.....	90
5.2 Aspectos humanos percebidos nos processos	94
5.3 Conflitos de entendimento entre órgãos de hierarquia superior do Poder Judiciário ...	100
5.4 Custos financeiros são relevantes, mas não necessariamente determinantes	108
5.5 Custos financeiros não são relevantes	118
5.6 A centralidade dos aspectos humanos como a principal categoria do caso.....	125
6 CONCLUSÃO.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
APÊNDICE I	150
APÊNDICE II.....	152
APÊNDICE III	154
APÊNDICE IV	155

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Trata-se de direito fundamental que confere ao indivíduo a prerrogativa de exigir atuação do Estado voltada à preservação de seu bem-estar e a melhoria de sua condição de vida (Dimoulis; Martins, 2014). O Sistema Único de Saúde (SUS) é a estrutura por meio da qual o Estado brasileiro cumpre o dever que lhe foi atribuído pela Constituição Federal e é definido como o conjunto de ações e serviços em saúde oferecido pelos entes federativos com a participação complementar da iniciativa privada (Brasil, 1990).

É no âmbito do SUS que são identificadas necessidades, formuladas e executadas políticas públicas de saúde, orientadas pelos princípios da universalidade de acesso, participação da comunidade, integralidade de assistência, equidade no tratamento dos pacientes e descentralização administrativa, com atribuição de responsabilidades aos entes federativos de forma regionalizada e hierarquizada (Teixeira, 2011). A instituição do SUS e dos princípios que o norteiam representaram a consolidação da agenda proposta pelo movimento de Reforma Sanitária ocorrido no Brasil a partir de meados da década de 1970, cujo ideário se caracterizava pela defesa do caráter público do sistema de saúde, pela universalização dos serviços e, em especial, pela democratização do sistema em contraposição à centralização política experimentada durante a ditadura militar (Escorel; Nascimento; Edler, 2005; Vieira, 2008).

A efetivação prática do direito à saúde revela-se, no entanto, desafiadora. A indisponibilidade e a escassez de recursos financeiros, a obrigação de pagamento por serviços de saúde e o uso ineficiente e desigual de recursos são os principais obstáculos reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) para o acesso universal à saúde em todo o mundo. No Brasil, problemas relacionados à limitação de procedimentos e de serviços ofertados pelo SUS, questões inerentes à falta de coordenação, filas de espera, barreiras de acesso e a ineficiência na gestão de recursos são entraves que dificultam o cumprimento eficiente do dever constitucional atribuído ao Estado em relação à saúde (Mendes, 2019).

A judicialização da saúde é o fenômeno entendido na esfera pública como o acionamento do Estado perante o Poder Judiciário com vistas a compelir o primeiro a disponibilizar prestações de saúde que não foram obtidas por meio de políticas públicas regulares (Vilela; Moliterno; Santos, 2018). As repercussões da judicialização da saúde têm afetado a Administração Pública brasileira em diversos níveis. De acordo com o Tribunal de Contas da União (TCU, 2017), entre os anos de 2008 e 2015 o gasto do Ministério da Saúde

com o cumprimento de decisões judiciais relacionadas à saúde aumentou em 14 vezes, saltando de pouco mais de 70 milhões de reais para mais de um bilhão de reais nesse período.

Em 2009, o Supremo Tribunal Federal (STF) promoveu a audiência pública nº 4 cujo objetivo era discutir as causas e os efeitos do aumento do número de processos judiciais nos quais se pleiteava o acesso à saúde em todo o país (Machado; Dain, 2012). O Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2021) indicou a existência de municípios nos quais 70% do orçamento total de saúde é destinado ao fornecimento de prestações de saúde ordenadas pela Justiça. Essa mesma pesquisa demonstrou que, somente entre os anos de 2015 e 2020, mais de 2,5 milhões de novos processos relacionados à saúde foram ajuizados em Tribunais Estaduais e Federais em todo o país (CNJ, 2021). Em virtude do expressivo aumento no número de processos sobre o assunto, os Poderes Executivo e Judiciário precisaram desenvolver estruturas internas especializadas para gerir e lidar especificamente com a judicialização da saúde (CNJ, 2019).

A extensão dos efeitos da judicialização da saúde nos diversos níveis da Administração Pública suscita controvérsias a respeito do assunto. De um lado, há quem enfatize os aspectos e as consequências negativas desse fenômeno, enxergando-o como um problema. Sob esse prisma, a judicialização da saúde impede o planejamento administrativo, afeta a organização federativa do SUS e promove o acesso desigual à saúde, privilegiando aqueles que litigam judicialmente em detrimento dos que buscam soluções na seara administrativa (Wang et al., 2014). Outras críticas à judicialização da saúde se ancoram na perspectiva de que esta incentiva a satisfação de demandas individuais e pontuais, em detrimento de soluções coletivas (Carvalho, 2018), aumenta exponencialmente os gastos do Estado com o atendimento de demandas específicas, invariavelmente desconsiderando as limitações orçamentárias impostas à Administração Pública (Wang, 2021b).

Por outro lado, há quem enxergue a judicialização da saúde enquanto medida necessária para efetivação de políticas públicas (Barros, 2012), especialmente quando os reclamantes são grupos minoritários e hipossuficientes (Paula; Bittar, 2017), revelando-se importante instrumento de reação a um contexto histórico excludente e de negação de acesso aos direitos fundamentais (Sant'ana, 2018), de modo que cabe ao Poder Judiciário proteger o direito à saúde em geral quando baseado em evidências (Fortes, 2021).

Especificamente em relação aos agentes do sistema judiciário, a literatura que critica a judicialização da saúde e seus efeitos estabelece algumas proposições, as quais caracterizam de forma geral o modo com que a saúde é abordada pelo Poder Judiciário. Algumas dessas proposições merecem destaque e são sustentadas por Wang (2021b). A primeira delas é que o

Poder Judiciário não se importa com os custos financeiros das decisões que determinam a disponibilização de prestações de saúde. Outra proposição é que o Poder Judiciário possui capacidade institucional inferior ao Poder Executivo para tomar decisões sobre a disponibilização de prestações de saúde e, portanto, deve ser deferente às opções tomadas pelas políticas públicas já instituídas pelo sistema de saúde. Uma terceira proposição afirma que a atuação do Poder Judiciário em relação à judicialização da saúde viola a organização federativa estabelecida pelo SUS, impondo custos e obrigações que seriam responsabilidade de um ente a outro (Wang, 2021b).

Dentre as controvérsias que permeiam o debate sobre a judicialização da saúde, Fortes (2021) evidencia a carência de pesquisas empíricas voltadas à discussão do assunto a partir da perspectiva de agentes do sistema de justiça. Nesse sentido, Fortes (2021) destaca que as análises feitas somente a partir de decisões lançadas em processos judiciais são insuficientes para compreender as nuances inerentes ao fenômeno, sendo necessária a realização de estudos empíricos voltados a examinar o modo de atuação dos sujeitos que compõem o sistema judiciário e as percepções deles a respeito de aspectos relacionados à judicialização da saúde.

As ponderações feitas por Fortes (2021) convergem com aquelas feitas por Cavalcanti, Lotta e Pires (2018), para os quais há necessidade de intensificação de estudos direcionados à atuação dos burocratas de nível de rua. Segundo Lipsky (2019), os burocratas de nível de rua são os agentes públicos que interagem diretamente com os usuários, trabalhando na linha de frente da implementação de políticas públicas e decidindo sobre a concessão de benefícios, inclusão em programas públicos ou aplicação de sanções, de maneira que os agentes do sistema judiciário, a exemplo de Juizes, Defensores Públicos e outros oficiais dos tribunais, são considerados burocratas de nível de rua.

De fato, é possível identificar estudos empíricos realizados junto a Magistrados e outros sujeitos atuantes no Poder Judiciário, os quais discutem questões direta e indiretamente relacionadas à judicialização da saúde a partir da perspectiva de atores do sistema de Justiça, especialmente aqueles situados em instâncias inferiores de jurisdição, a exemplo dos trabalhos de Segatto (2018), Paula e Bittar (2019) e CNJ (2021). Todavia, mesmo um estudo de abrangência nacional a exemplo do realizado pelo (CNJ, 2021) contou com a participação de apenas 21% da amostra de Magistrados inicialmente estabelecida, sendo que as questões apresentadas não permitiram aos participantes apresentarem considerações detalhadas ou pontos de vista elaborados sobre o tema.

Segatto (2018), por sua vez, direcionou sua pesquisa para aferir a percepção de Magistrados paulistas, enquanto Paula e Bittar (2019) trabalharam com agentes do sistema de justiça e gestores da área de saúde atuantes em três cidades não mencionadas expressamente. Assim, os estudos empíricos realizados sobre a judicialização da saúde, conquanto existentes e dotados de contribuições relevantes, ainda não esgotaram o tema. Algumas proposições estabelecidas pela literatura e que dizem respeito à judicialização da saúde admitem, portanto, testes a partir de contextos e sujeitos ainda não trabalhados em estudos anteriores.

Sendo assim, considerando os aspectos apresentados, este estudo se orienta a partir dos seguintes questionamentos: como se caracteriza o perfil da judicialização da saúde no que concerne aos processos judiciais de uma Comarca? Como Juízes, Defensores Públicos e Promotores de Justiça percebem a atuação do Poder Judiciário em relação à judicialização da saúde? Mais especificamente, como esses sujeitos compreendem os custos das decisões que envolvem esse fenômeno? As respostas para essas perguntas não são encontradas de forma detalhada em processos judiciais, o que justifica a realização de estudo empírico a esse respeito.

O presente estudo tem por objetivo geral, portanto, compreender a judicialização da saúde pública tanto a partir das características dos processos judiciais quanto sob a perspectiva dos agentes do sistema judiciário, aqui denominados burocratas de nível de rua. Considerando a necessidade de delimitar o escopo da pesquisa, o estudo é focado na Comarca de Viçosa/MG e nos sujeitos atuantes nessa instância de jurisdição, cuja escolha será justificada adiante. Para tanto, os objetivos específicos são: i) entender e examinar as demandas de saúde judicializadas na Comarca de Viçosa/MG, a partir de características inerentes à quem pleiteia prestações de saúde, ao que se pleiteia, de quem se pleiteia, quem os representa judicialmente, qual a magnitude financeira envolvida nos processos, o percentual de sucesso das demandas e as implicações que decorrem desses fatores; ii) analisar como Juízes, Defensores Públicos e Promotores de Justiça atuantes em primeira instância do Poder Judiciário na Comarca de Viçosa/MG percebem a judicialização da saúde e os custos das decisões judiciais relacionadas a esse fenômeno.

A pesquisa é dotada de relevância porque, em primeiro lugar, aborda um tema sensível para a Administração Pública, cujas repercussões alcançam os Poderes Executivo e Judiciário dos três níveis de organização federativa do Estado brasileiro. A judicialização da saúde não é uniforme no país, mas há “uma variedade considerável de assuntos, motivos de litigar e consequências sobre as políticas de saúde pública, sobre a oferta de serviços de assistência à saúde e sobre a sociedade de um modo geral (CNJ, 2019, p. 8-9)”. Isso significa que as causas

e as consequências desse fenômeno variam segundo os diferentes contextos tomados como referência de análise. Há, portanto, uma agenda para pesquisas voltadas ao aprofundamento das discussões sobre a judicialização da saúde, especialmente em âmbito local (Vasconcelos et. al, 2022), no qual se insere este estudo.

Do ponto de vista da delimitação territorial do objeto de estudo, alguns municípios mineiros de referência em saúde serviram de base para o desenvolvimento de trabalhos semelhantes, a exemplo de Uberaba (Caetano, 2018) e Teófilo Otoni (Evangalista, 2018); assim como a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (Pereira, 2012) e o próprio município de Viçosa/MG, mas sob a perspectiva da governança da política municipal de saúde (Pinto, 2018), na qual ficou expressa a dificuldade que os administradores municipais encontram a respeito da judicialização da saúde. Não houve, todavia, esgotamento dos locais considerados de referência em saúde em âmbito estadual, a exemplo do município estudado.

Espera-se que a Dissertação contribua de forma teórica para o avanço do conhecimento na área de judicialização da saúde, especialmente no domínio da Administração Pública, considerando a literatura de implementação de políticas públicas, de burocracia de nível de rua e daquela que aborda os custos das decisões judiciais de saúde. Como contribuições práticas, espera-se que o estudo aponte subsídios para melhorias na gestão pública relacionadas às demandas de saúde em Viçosa/MG.

A Dissertação busca ampliar horizontes de compreensão da judicialização da saúde, fazendo-o a partir da ótica daqueles que lidam diariamente com esse fenômeno, na linha de frente do sistema de justiça. O foco na primeira instância é motivado pela proximidade e contato direto dos sujeitos que nela atuam com os cidadãos usuários de políticas públicas, e não apenas os documentos oficiais que compõem um processo judicial.

Além desta introdução, o estudo está organizado da seguinte forma. A seguir, tem-se um referencial que serviu como sustentação teórica para o estudo. Os procedimentos metodológicos detalham as etapas que foram aplicadas para o alcance dos objetivos propostos, contemplando fontes múltiplas de evidências, como pesquisa documental e entrevistas. Os resultados apresentam as análises realizadas a partir do panorama dos processos judiciais da Comarca estudada e a percepção dos burocratas de nível de rua participantes da pesquisa a respeito deste fenômeno. As considerações finais destacam os principais achados, as contribuições e limitações, assim como também sugestões de estudos futuros que contribuam para a agenda de pesquisas nesta área de políticas públicas tão relevante como a saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que norteia este trabalho trata, em primeiro lugar, do panorama em que se insere a judicialização da saúde e, em seguida, discorre sobre a proposição formulada pela literatura que diz respeito ao Poder Judiciário e os custos financeiros de suas decisões relacionadas à saúde. Posteriormente, discute-se as articulações possíveis entre a burocracia de nível de rua e os agentes do sistema de justiça, tendo a judicialização da saúde como pano de fundo.

2.1 Panorama da judicialização da saúde

A parte introdutória desse trabalho apresentou a judicialização da saúde como um fenômeno relevante para a Administração Pública brasileira. É importante registrar, no entanto, que o acionamento do Poder Judiciário para resolução de demandas de saúde não se restringe ao Brasil e pode ser verificado na Inglaterra, na África do Sul e em países latino-americanos.

Analisando o contexto da Inglaterra, Wang (2013; 2017) aponta que a litigância relacionada à saúde é um tema com o qual os tribunais ingleses se deparam desde a década de 1980, principalmente no que diz respeito às decisões restritivas de custeio de tratamentos e de disponibilidade de serviços tomadas no âmbito do *National Health Service*, que é o sistema público de saúde britânico e que serviu de inspiração para a criação do SUS (Krieger, 2023). A judicialização da saúde traduzida livremente para o inglês como *health litigation* ou *right-to-health litigation* compreende, no cenário da Inglaterra, casos como os de Hincks, Walker e Collier, nos quais os demandantes acionaram o Judiciário sob o fundamento de que os atrasos de performance, a insuficiência de recursos financeiros e a longa lista de espera obstaculizavam o acesso a procedimentos cirúrgicos dos quais os referidos necessitavam. No caso Seale, uma paciente questionou judicialmente a política que restringia o custeio de fertilização *in vitro* apenas para mulheres entre 25 e 35 anos de idade, argumentando que o fundamento dessa restrição era irracional e sem amparo científico. No caso Coughlan, a decisão administrativa de fechar um hospital e transferir uma paciente com deficiência para outra localidade por razões clínicas e financeiras foi desafiada e revertida judicialmente (Wang; 2017).

Wang (2013; 2017) aponta que a sucessão de casos judiciais envolvendo o acesso a serviços de saúde fez com que o entendimento das cortes inglesas sobre o assunto fosse alterado ao longo do tempo. A primeira posição assumida pelos tribunais ingleses era de escrutínio

mínimo e elevado grau de deferência às decisões tomadas pelos formuladores de políticas públicas. Sob essa perspectiva, que prevaleceu da década de 1980 até a metade da década de 1990, as cortes consideravam que as decisões alocativas tomadas no âmbito do sistema público de saúde a partir de avaliações médicas e científicas estavam além do escrutínio judicial, de maneira que a intervenção judicial somente se justificaria em situações muito excepcionais quando constatada que a decisão administrativa era absolutamente irracional.

A partir da segunda metade da década de 1990, o entendimento foi alterado em favor de uma análise mais profunda dos princípios, procedimentos e fundamentos que levaram à tomada de decisão. Nessa segunda etapa, os tribunais passaram a exigir que as decisões restritivas de acesso a serviços de saúde fossem tomadas de forma transparente e baseadas em argumentos explícitos e racionais. Dessa maneira, ainda que interferências diretas como a determinação de fornecimento de um tratamento não tenham se tornado comuns, aumentou-se o grau de escrutínio sobre as autoridades e suas decisões. De acordo com Wang (2013), a abordagem dada pelos tribunais ingleses aos litígios envolvendo a saúde podem servir de parâmetro para o Poder Judiciário brasileiro, no sentido de prestigiar o escrutínio dos fundamentos e procedimentos das decisões e das políticas públicas de saúde enquanto alternativa à posição de se conceder tudo a todos (Wang, 2013; 2017).

Partindo do cenário da África do Sul, Distefano, Karim e Krubiner (2021) selecionaram decisões judiciais que tratavam do direito ao acesso a serviços de saúde e do dever estatal de fornecê-los. Os autores identificaram ações nas quais tribunais sul-africanos decidiram sobre o fornecimento de diálise, o tratamento de pacientes presos portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o estabelecimento de valores uniformes para dispensação de determinados medicamentos e a fixação de limites aos benefícios de seguridade social concedidos aos cidadãos, tanto na segunda metade da década de 1990 quanto na primeira década dos anos 2000. A jurisprudência sul-africana relacionada ao acesso a serviços de saúde é focada em demandas coletivas, ao contrário do que ocorre no Brasil, por exemplo, no qual predominam ações individuais (Distefano; Karim; Krubiner, 2021).

No cenário latino-americano, Andia e Lamprea (2019) constataram que, embora o Brasil seja o principal foco de estudos sobre a judicialização da saúde, há pesquisas em número relevante sobre o assunto feitas na Colômbia, Argentina e Costa Rica. Nestes países, os estudos são focados em dados de abrangência nacional, possivelmente em virtude da natureza centralizada da Administração Pública, em contraste com trabalhos de nível subnacional predominantes na Argentina e no Brasil. Dentre os trabalhos analisados que partem do cenário

colombiano, a maior parte aborda decisões judiciais que determinaram ao Poder Executivo a promoção de reformas no sistema de saúde do país, enquanto que os casos que versam sobre o contexto argentino focam tanto litígios individuais quanto coletivos relacionados à saúde. Conclui-se também que a América Latina é a região do mundo em que é mais prevalente o acionamento do Poder Judiciário para se obter acesso à saúde, principalmente para obtenção de medicamentos (Andia; Lamprea, 2019).

O acesso a serviços de saúde e a salvaguarda do respectivo direito constituem pautas de grupos sociais em diversos outros países, do que resultam trabalhos que analisam a atuação e a intervenção do Poder Judiciário sobre demandas relacionadas à saúde na Indonésia, na Índia, na Nigéria, no Panamá e em outros países latino-americanos como o Equador e a Venezuela (Miranda et al. 2021). Conquanto o Brasil seja o país em que há predominância dos estudos sobre o tema, a judicialização da saúde não é um fenômeno exclusivamente brasileiro.

É no Brasil, entretanto, que as controvérsias inerentes à judicialização da saúde são estudadas com mais intensidade. Após a promulgação da Constituição de 1988 e a consequente positivação de direitos fundamentais, dentre os quais o direito à saúde, intensificou-se o debate sobre os limites da intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas planejadas e executadas pelo Poder Executivo. A redação dada ao artigo 196 não foi objeto de alteração, de maneira que desde a promulgação da Constituição de 1988 a saúde é considerada um dever do Estado brasileiro. A despeito dessa previsão, a norma constitucional não delimita com precisão a extensão da responsabilidade estatal. Trata-se de circunstância que não se limita à saúde e se estende a diversas outras disposições constitucionais consideradas abertas, indeterminadas e cuja interpretação e aplicação dependem da atuação do Poder Judiciário (Machado; Dain, 2012).

Para definir o alcance do direito à saúde, o Poder Judiciário foi acionado em diversos momentos e, nessas oportunidades, externalizou entendimentos que influenciam o modo como a garantia à saúde é interpretada. Segundo Balestra Neto (2015), as primeiras ações relacionadas à saúde chegaram ao Poder Judiciário na década de 1990. Por meio delas, pretendia-se obter acesso a medicamentos destinados ao tratamento de patologias que, em alguns casos, eram raras e para as quais o sistema público de saúde não previa a disponibilização de fármacos. O entendimento do Poder Judiciário a respeito do acesso à saúde pela via judicial foi alterado ao longo do tempo e pode ser classificado em **quatro fases**.

A **primeira fase** apontada por Balestra Neto (2015) vai da década de 1990 até o ano 2000, época em que o Poder Judiciário, ao se deparar com casos em que se pretendia o acesso

a alguma prestação de saúde pela via judicial, entendia não ser possível interferir nas políticas públicas dessa área. Os principais argumentos invocados para sustentar esse posicionamento eram essencialmente dois. O primeiro dele se referia ao caráter programático das normas garantidoras de direitos sociais¹, isto é, de que havia a necessidade de futura e detalhada regulamentação dessas normas para sua plena aplicabilidade. O segundo fundamento baseava-se na cláusula da reserva do possível, entendida como uma condição de escassez de recursos limitadora da oferta de serviços públicos. O Recurso em Mandado de Segurança n. 6.564/RS julgado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) no ano de 1996, no qual uma paciente portadora de doença rara pretendia o acesso a um aparelho importado necessário ao tratamento de sua condição, foi um caso marcante no qual prevaleceu a posição de que o Poder Judiciário não poderia interferir na política pública de saúde, segundo se vê do trecho do voto do Ministro relator do caso (Brasil, 1996):

In casu, consoante se observa da inicial e demais peças do processo, a impetrante invoca, a favor de sua pretensão, regras constitucionais (art. 6º, 195, 196, 204 e 227) que, na lição dos constitucionalistas, constituem “normas programáticas”, ou, em outras palavras, “normas de eficácia limitada”. Essas normas, embora tenham imediata aplicação, “não têm força para desenvolver-se integralmente” – ou não têm eficácia plena, posto que dependem, para ter incidência sobre os interesses tutelados, de normatividade ulterior – ou de legislação complementar. (Brasil, 1996)

Em sentido contrário ao entendimento dominante nos tribunais superiores naquela época, Comparato (1998) publicou artigo ensaístico por meio do qual rebateu o argumento de que o Poder Judiciário não teria competência para tratar de questões políticas. Segundo Comparato (1998), o juízo de constitucionalidade de políticas governamentais é inafastável e o Poder Judiciário tem o dever de exercê-lo. Por conseguinte, é responsabilidade do sistema justiça examinar e decidir acerca dos meios e fins de uma determinada política pública já existente, bem como debruçar-se sobre eventuais omissões indevidas nessa seara, ou seja, de políticas públicas que deveriam existir e não são implementadas. O controle seria, portanto, tanto no aspecto comissivo quanto por omissão.

A materialização do controle judicial de políticas públicas foi proposta por Comparato (1998) a partir de uma perspectiva centralizada e de um modelo *top down* de implementação de políticas públicas. A adoção de um modelo concentrado se justificaria porque “uma política pública é sempre decidida e executada no nível mais elevado da instância governamental (Comparato, 1998, p. 47)” e, dessa forma, não faria sentido discuti-la em caráter incidental para

¹ Normas são aquelas que dependem de regulamentação futura para sua plena aplicabilidade. Dessa forma, ainda que estabeleçam políticas públicas ou programas de governo, a plena eficácia dessas normas depende de posterior regulamentação.

“solução de uma lide particular (Comparato, 1998, p. 47)”. Ainda conforme Comparato (1998), o processo no qual se discute a constitucionalidade de uma política pública deveria ser ajuizado diretamente nos Tribunais, a depender da natureza e da extensão do objeto de discussão, para tratar de forma específica e genérica as questões atinentes à ação ou omissão governamental. Se a política pública ou a ausência dela tiver caráter nacional, o STF seria o órgão competente para exercer o controle; se estadual ou municipal, caberia ao Tribunal do respectivo Estado.

Conquanto restritivo, o entendimento predominante na década de 1990 não significou a ausência de avanços no que diz respeito à oferta de prestações de saúde na rede pública. Naquele tempo, o Poder Judiciário foi alvo de múltiplas ações por meio das quais se pretendia o acesso a medicamentos para tratamento da AIDS, no que se revelou um movimento marcante da judicialização da saúde no Brasil. Os sucessivos acionamentos do Poder Judiciário para essa finalidade, somados às pressões feitas junto ao Executivo e ao Legislativo, fizeram com que o tratamento da AIDS fosse incorporado ao SUS e disponibilizado na rede pública por determinação da Lei Federal n. 9.313 (Brasil, 1996). A via judicial mostrou-se, assim, importante instrumento de cobrança direcionada ao Estado para ampliação da oferta de serviços de saúde (Figueiredo; Costa, 2022).

A partir do ano 2000, o posicionamento judicial predominante sofreu sensível alteração e deu ensejo a uma nova maneira de abordar o acesso à saúde quando judicializado. Nessa **segunda fase**, a impossibilidade de intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas e no orçamento público deu lugar ao entendimento de que obstáculos burocráticos e orçamentários não podem servir de empecilho para cumprimento de disposições constitucionais, em especial no que concerne ao direito à saúde. Dessa forma, cabe ao Estado cumprir as funções que lhes foram atribuídas pela Constituição, dentre as quais a de zelar pela saúde de seus cidadãos, sendo o Poder Judiciário uma alternativa válida para compelir o Poder Público ao cumprimento desse dever (Balestra Neto, 2015).

Um dos principais exemplos dessa mudança de entendimento foi o julgamento, pelo Supremo Tribunal Federal, no ano 2000, do Recurso Extraordinário n. 271.286/RS, no qual se pretendia que o Estado do Rio Grande do Sul e o Município de Porto Alegre fornecessem gratuitamente medicamentos para tratamento da AIDS, em cumprimento à legislação federal que já garantia a disponibilização de fármacos para essa finalidade. O Ministro relator do caso, ao externar suas razões de decidir, expôs a necessidade de o Estado agir de forma positiva, por meio de políticas públicas idôneas, para cumprir o dever constitucional de garantir a saúde de seus cidadãos, sendo que, na hipótese de eventual e indevida omissão, é papel do Poder

Judiciário constranger o ente estatal a adotar as providências necessárias em cada caso (Brasil, 2000):

Nesse contexto, incide, sobre o Poder Público, a gravíssima obrigação de tornar efetivas as prestações de saúde, incumbindo-lhe promover, em favor das pessoas e das comunidades, medidas – preventivas e de recuperação – que, fundadas em políticas públicas idôneas, tenham por finalidade viabilizar e dar concreção ao que prescreve, em seu artigo 196, a Constituição da República (Brasil, 2000).

[...]

Cumpra assinalar, finalmente, que a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse, como prestações de relevância pública, as ações e serviços de saúde, em ordem a legitimar a atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário naquelas hipóteses em que os órgãos estatais, anormalmente, deixassem de respeitar o mandamento constitucional, frustrando-lhe, arbitrariamente, a eficácia jurídico-social, seja por intolerável omissão, seja por qualquer outra inaceitável modalidade de comportamento governamental desviante (Brasil, 2000).

Outro marco relevante foi o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)² n. 45 pelo STF no ano de 2004. Naquela oportunidade, conquanto se tenha reconhecido que a formulação e a implementação de políticas públicas são atribuições precípuas dos Poderes Executivo e Legislativo, reafirmou-se o entendimento de que o Poder Judiciário pode exercer essas funções quando se verificar que o descumprimento de encargos pelo demais Poderes é capaz de obstar a integridade de direitos individuais.

Mais do que isso, a Suprema Corte entendeu que o argumento da reserva do possível, vinculado à existência de contingências e limitações financeiras para concretização de direitos fundamentais, não poderia ser invocado pelo Estado no intuito de eximir-se do cumprimento de deveres constitucionais, especialmente quando a ausência de ação estatal pudesse comprometer ou inviabilizar a eficácia de direitos sociais, a exemplo do direito à saúde (Brasil, 2004):

É certo que não se inclui, ordinariamente, no âmbito das funções institucionais do Poder Judiciário - e nas desta Suprema Corte, em especial - a atribuição de formular e de implementar políticas públicas pois, nesse domínio, o encargo reside, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo. Tal incumbência, no entanto, embora em bases excepcionais, poderá atribuir-se ao Poder Judiciário, se e quando os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem, vierem a comprometer, com tal comportamento, a eficácia e a integridade de direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional (Brasil, 2004).

[...]

Não deixo de conferir, no entanto, assentadas tais premissas, significativo relevo ao tema pertinente à "reserva do possível" notadamente em sede de efetivação e

² A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental é uma espécie da ação judicial prevista na Constituição de 1988 e que necessariamente é julgada pelo Supremo Tribunal Federal. Essa ação é regulamentada pela Lei Federal n. 9.882, de 3 de dezembro de 1999, e seu objetivo é evitar ou reparar lesão a preceito fundamental, resultante de ato do Poder Público. A ADPF n. 45 é um caso emblemático porque foi no julgamento dela que o Supremo Tribunal Federal, em especial o Ministro Celso de Mello, abordou pela primeira vez de forma detalhada o argumento da reserva do possível (Falsarella, 2012). Construída no ano de 2004, a fundamentação apresentada pelo Ministro Celso de Mello neste caso continua a ser utilizada como parâmetro para afastar a aplicação da reserva do possível e foi possível identificá-la em alguns processos de saúde julgados na Comarca de Viçosa/MG que serviram de base para a análise feita no Capítulo 4.

implementação (sempre onerosas) dos direitos de segunda geração (direitos econômicos, sociais e culturais), cujo adimplemento, pelo Poder Público, impõe e exige, deste, prestações estatais positivas concretizadoras de tais prerrogativas individuais e/ou coletivas [...]. Cumpre advertir, desse modo, que a cláusula da "reserva do possível" - ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível - não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade (Brasil, 2004).

Embora a reserva do possível tenha sido debatida pelo STF sob o pano de fundo do direito à saúde, esse argumento tem origem no julgamento de um caso nos anos 1970 pela Corte Constitucional Alemã, no qual se discutiu o direito de acesso ao ensino superior. Nesse julgamento, o objeto de discussão era a conformidade de legislações estaduais alemãs que restringiam o número de estudantes admitidos anualmente em cursos de medicina em Hamburgo e na Baviera, dada a limitação de capacidade das universidades para esses cursos (Schwabe, 2005). Essa restrição foi alvo de questionamento judicial à luz da legislação alemã que assegurava a todos o direito de escolha da profissão, do local de trabalho e, principalmente, da formação profissional, dando origem ao caso que ficou conhecido como *numerus clausus* (Falsarella, 2012).

Por ocasião do julgamento desse caso, a Corte Constitucional Alemã entendeu ser possível a restrição de acesso ao ensino superior em certas situações, sob o argumento de que os direitos sociais, a exemplo do direito à educação, estão sob a contingência da reserva do possível, entendida como a prestação que pode razoavelmente ser exigida da coletividade (Sarlet; Figueiredo, 2007). O argumento construído originalmente pela Corte Constitucional Alemã não se relacionava com a efetiva existência de recursos financeiros nos cofres estatais, mas guardava pertinência com a prestação em si e com a razoabilidade intrínseca do ato de se exigí-la perante a coletividade (Schwabe, 2005, p. 633):

Mesmo na medida em que os direitos sociais de participação em benefícios estatais não são desde o início restringidos àquilo existente em cada caso, eles se encontram sob a reserva do possível, no sentido de estabelecer o que pode o indivíduo, racionalmente falando, exigir da coletividade (Schwabe, 2005, p. 663).

Portanto, desde que as restrições de acesso a um determinado direito social fossem amparadas por lei e fundamentadas em critérios racionais (Falsarella, 2012), não haveria motivo para julgá-las inadequadas (Schwabe, 2005, p. 663):

Assim, um *Numerus Clausus* absoluto [...] somente será constitucional, segundo o estágio das experiências realizadas, quando ele: (1.) for prescrito nos limites do estritamente necessário, sob a utilização exaustiva das capacidades criadas com

recursos públicos já existentes de formação e quando (2.) a escolha e a distribuição ocorrerem segundo critérios racionais (Schwabe, 2005, p. 663).

A definição da reserva do possível não foi atrelada a fatores subjetivos ou financeiros. As características subjetivas do cidadão ou a disponibilidade de recursos econômicos não foram categorias vinculadas à reserva do possível pela Corte Constitucional Alemã. Em sua acepção original, a invocação da reserva do possível pressupunha, como elemento central, verificar se a pretensão, quando reclamada por qualquer indivíduo, revestia-se da racionalidade necessária para ser exigida contra o Estado.

No entanto, no Brasil conferiu-se à reserva do possível uma significação distinta daquela em que originalmente concebida. O julgamento da ADPF n. 45 pelo STF no ano de 2004 representou um marco relevante para a compreensão do modo pelo qual a reserva do possível foi aplicada pela Corte Constitucional brasileira, especialmente em relação às demandas relacionadas ao direito à saúde levadas à apreciação judicial (Barros, 2019). Ao discorrer sobre a efetivação de direitos sociais previstos na Constituição de 1988, o Ministro Relator da ADPF n. 45 Celso de Mello sintetizou sua compreensão sobre a reserva do possível nos seguintes termos (Brasil, 2004):

Não deixo de conferir, no entanto, assentadas tais premissas, significativo relevo ao tema pertinente à "reserva do possível" (STEPHEN HOLMES/CASS R. SUNSTEIN, "The Cost of Rights", 1999, Norton, New York), notadamente em sede de efetivação e implementação (sempre onerosas) dos direitos de segunda geração (direitos econômicos, sociais e culturais), cujo adimplemento, pelo Poder Público, impõe e exige, deste, prestações estatais positivas concretizadoras de tais prerrogativas individuais e/ou coletivas (Brasil, 2004).

[...]

Vê-se, pois, que os condicionamentos impostos, pela cláusula da "reserva do possível", ao processo de concretização dos direitos de segunda geração - de implantação sempre onerosa -, traduzem-se em um binômio que compreende, de um lado, (1) a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público e, de outro, (2) a existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetivas as prestações positivas dele reclamadas (Brasil, 2004).

A razoabilidade de se exigir algo perante o Estado foi mantida como um dos elementos centrais da invocação da cláusula da reserva do possível. Todavia, acrescentou-se à definição da reserva do possível um elemento que não existia na conceituação original do termo, a saber, "a existência de disponibilidade financeira do Estado para tornar efetivas as prestações dele reclamadas".

A compreensão da reserva do possível adotada por ocasião da ADPF n. 45 reconheceu a necessidade de identificação da razoabilidade da pretensão, mas não se limitou a isso. Seria necessário demonstrar também que o Estado tem condições financeiras reais de custear a prestação reclamada. Houve, portanto, uma vinculação da reserva do possível a um fator de

ordem econômico-financeira. A reserva do possível teve seu sentido original transformado no Brasil, passando a ser entendida como a reserva do financeiramente possível (Torres, 2009; Falsarella, 2012).

Silva (2016) pondera que a influência da doutrina americana, referenciada no voto do Ministro Celso de Mello por meio da obra *The cost of rights*, de Stephen Holmes e Cass Sustein, pode ser um dos motivos do afastamento da concepção original da reserva do possível formulada pela Corte Constitucional alemã, cujo caso *numerus clausus* não foi mencionado no voto do Ministro. A perspectiva adotada na ADPF n. 45 seria, portanto, focada na vertente americana, que confere mais atenção aos custos financeiros envolvidos na concretização de direitos sociais (Barros, 2019).

A argumentação construída a partir da ADPF n. 45 repercutiu na forma como a reserva do possível e sua vinculação à ideia de disponibilidade financeira foi tratada nas discussões sobre a judicialização da saúde. Exemplo disso é a audiência pública nº 4 realizada no ano de 2009 pelo STF para discutir o aumento do número de processos judiciais destinados à obtenção de prestações de saúde. Segundo Brito (2017), a audiência pública nº 4 teve por escopo proporcionar um debate sobre a atuação do Poder Judiciário em relação à efetivação do direito fundamental à saúde, considerando as causas e as consequências dessas ações para a ordem, a saúde e a economia pública.

Os participantes do evento foram divididos em dois grandes grupos. O primeiro era composto por aqueles contrários à judicialização e que enfatizavam a necessidade de reduzir o papel do Poder Judiciário em decisões sobre o direito à saúde, ao argumento de que os recursos são escassos, as demandas são infinitas e o atendimento de demandas individuais na seara judicial impede que o orçamento público seja destinado a melhorias coletivas, interferindo na gestão e na execução de políticas públicas. Por outro lado, o grupo favorável sustentava a necessária intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas de saúde quando houvesse indevida omissão do Estado, de modo a compelir o último a cumprir as funções e os deveres atribuídos pela Constituição (Brito, 2017).

Ao analisarem os discursos de participantes da audiência pública nº 4, Machado e Dain (2012) constataram que as posições contrárias à judicialização da saúde foram embasadas principalmente nos custos inerentes ao fenômeno, que exige que parte relevante dos recursos financeiros fosse dispendida com um número reduzido de pessoas, para o atendimento de demandas eminentemente individuais, quando poderiam ser destinados a uma parcela maior da população com necessidades semelhantes. Os gestores de saúde foram os defensores

majoritários dessa posição, evidenciando que os referidos enxergavam a judicialização da saúde sob a perspectiva da escassez de recursos (Machado; Dain, 2012).

Por outro lado, representantes da sociedade civil e operadores do direito que participaram da audiência pública nº 4 manifestaram-se majoritariamente em prol da judicialização da saúde, reconhecendo-a como instrumento de garantia de um direito individual. Sob esse prisma, o acionamento do Poder Judiciário é essencial porque permite evitar, em última análise, que um indivíduo perca sua vida sem ter acesso a um tratamento ou medicamento. A judicialização da saúde foi interpretada, nessa perspectiva, a partir de uma dimensão individual do direito à saúde (Machado; Dain, 2012).

A audiência pública nº 4 foi palco para a apresentação de pontos de vista distintos sobre a judicialização da saúde. Naquela oportunidade ficou clara a existência de discursos e argumentos dissonantes sobre o fenômeno, ora privilegiando a face individual do direito à saúde, ora ponderando as limitações financeiras do Poder Público para atendimento de todas as demandas, tanto individuais quanto coletivas. Além disso, Machado e Dain (2012) e Brito (2017), apontam que a audiência pública nº 4 evidenciou problemas relacionados ao investimento e ao financiamento do SUS, a má gestão de recursos e a necessidade de uma intensificação do diálogo entre os Poderes para consolidação do direito à saúde. O efeito concreto de maior relevância resultante dos debates foi “a garantia de que o direito à saúde pode ser demandado judicialmente (Machado; Dain, 2012, p. 1.035)”.

De acordo com Balestra Neto (2015), a alteração de posicionamento consolidada na ADPF n. 45 e que culminou com a audiência Pública nº 4 promovida pelo STF marcaram um período importante, constituindo a **terceira fase** do entendimento judicial sobre a judicialização da saúde. Nessa fase, o Poder Judiciário foi reafirmado como uma via hábil a tutelar o direito à saúde que não fosse resguardado pelas políticas públicas regulares, podendo o cidadão, diante de injustificada omissão estatal, acionar o Poder Judiciário para essa finalidade. Nessa fase, foram estabelecidos critérios objetivos para a racionalização da atividade judiciária no julgamento de casos de saúde e, além disso, a legislação regulamentadora do SUS foi aperfeiçoada por meio da Lei Federal n. 12.401/2011 (Brasil, 2011), que definiu com mais precisão o alcance da assistência em saúde ofertada pelo SUS e previu a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).

A solidificação da possibilidade de acesso e de sucesso no acionamento do Poder Judiciário para a satisfação do direito à saúde incrementou o número de processos judiciais em todo o país. Dados do CNJ (2019) demonstram o aumento de 130% de demandas judiciais

relacionadas à saúde entre os anos de 2008 e 2017, comparado a um aumento de 50% do número total de processos judiciais nesse mesmo período. O aumento expressivo das demandas de saúde intensificou a controvérsia existente acerca da judicialização desse direito, sendo ilustrada a partir de casos paradigmáticos.

Um exemplo de repercussão nacional e apresentado por Bucci (2017) é o do fornecimento da fosfoetanolamina sintética a pacientes com câncer. Após a divulgação de uma pesquisa de mestrado em química que tratava dos possíveis efeitos terapêuticos dessa substância, ainda em estágio experimental, a Universidade de São Paulo foi alvo de 13 mil decisões liminares entre junho de 2015 a fevereiro de 2016 que compeliram a instituição a fornecê-la a pacientes em tratamento oncológico.

O caso mostrou que o Poder Judiciário serviu, a um só tempo, como porta de entrada para as demandas e agiu como o responsável por ordenar o fornecimento da substância que não era um medicamento, não havia sido registrada junto aos órgãos sanitários e estava em fase de testes em animais. A despeito da ausência de comprovação de eficácia científica, a entrega da “pílula do câncer” foi determinada por órgãos jurisdicionais de todo o país a partir de processos individuais que pleiteavam o acesso a ela. Parecia, segundo Bucci (2017), que o Poder Judiciário havia descoberto a cura do câncer, o que evidentemente não se mostrou verdadeiro. A teratologia do caso e das circunstâncias a ele relacionadas mostraram que “a judicialização excessiva tornou-se sintoma de uma doença institucional (Bucci, 2017, p. 33)”.

Com o objetivo delimitar responsabilidades, evitar a repetição anormalidades e uniformizar a abordagem dada aos casos de saúde, os Tribunais Superiores se dedicaram a estabelecer entendimentos ainda mais detalhados sobre o modo como a intervenção judicial na saúde poderia ocorrer, culminando no que se entende ser uma **quarta fase**. Essa fase é marcada pelo julgamento de casos a partir dos quais os Tribunais Superiores estabeleceram orientações a serem seguidas por todos os demais órgãos jurisdicionais do país, consolidando o processo de racionalização e padronização da atividade judiciária na análise de demandas de saúde.

Nesse sentido, no julgamento do Tema de Repercussão Geral n. 793³ em 2015, o STF consolidou a posição de que os entes federativos são solidariamente responsáveis pelo

³ A repercussão geral é reconhecida quando o Supremo Tribunal Federal entende que a discussão existente em um processo possui grande relevância do ponto de vista econômico, político, social ou jurídico que ultrapasse a esfera de interesse das partes envolvidas. Os temas de repercussão geral são, portanto, de relevância nacional. Cada tema, ao ser admitido pelo Supremo Tribunal Federal, recebe um número de identificação. Ao julgar processos considerados de repercussão geral, o Supremo Tribunal Federal fixa uma tese, que consiste na síntese do entendimento sobre o tema julgado. Essa tese vincula as instâncias inferiores do sistema judiciário e deve ser aplicada quando do julgamento de casos semelhantes. Além disso, a tese serve de referência para a Administração Pública como um todo acerca do entendimento da Corte sobre um determinado assunto.

fornecimento de prestação de saúde reclamadas judicialmente. Isso significa que o cidadão pode ingressar na Justiça contra qualquer um dos entes, de forma conjunta ou isolada, para ter acesso às prestações de saúde que eventualmente necessite. No ano de 2018, ao julgar o Tema de Repetitivos⁴ n. 106, o STJ firmou entendimento sobre a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamentos que não são disponibilizados administrativamente pelo SUS. Estabeleceu-se que a entrega desses medicamentos pressupõe a satisfação de três requisitos: comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; incapacidade financeira do cidadão de arcar com o custo do medicamento prescrito; existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), observados os usos autorizados pela agência.

No ano de 2019, o STF alterou parcialmente o entendimento estabelecido em 2015 no Tema de Repercussão Geral n. 793 e, embora tenha reiterado a responsabilidade solidária dos entes federativos em matéria de saúde, determinou que o cumprimento das obrigações deveria ser direcionado, pelo Magistrado, ao ente federativo competente de acordo com as regras de repartição de competências do SUS. Ao cumprimento da obrigação por um ente no lugar do outro deve seguir-se, segundo a Suprema Corte, a determinação de ressarcimento financeiro entre eles.

Conquanto o entendimento firmado Tema de Repercussão Geral n. 793 seja obscuro em certa medida e objeto de ressalvas e imprecisões, conforme apontam Noletto e Ramos (2023), o dever de direcionamento da obrigação determinada judicialmente ao ente federativo responsável revela uma preocupação com a repercussão das decisões judiciais relacionadas à saúde. O mesmo se pode afirmar em relação aos Tema de Repercussão Geral n. 1.234 e do Tema/IAC nº 14 admitidos pelo STF e STJ, respectivamente, no ano de 2022, nos quais se discute a necessidade de a União compor o polo passivo de processos judiciais em que se pleiteie produtos não disponibilizados pelo SUS, habitualmente ajuizados contra Estados-membros e/ou municípios. O Quadro 1 sintetiza as fases da judicialização da saúde no Brasil de acordo com os entendimentos predominantes nos tribunais superiores, sendo as três

⁴ O julgamento de recursos repetitivos ocorre quando o Tribunal, no caso o Superior Tribunal de Justiça, recebe uma multiplicidade de recursos que tratam de um mesmo assunto. Dessa forma, julga-se apenas um deles e fixa-se uma tese que será aplicada a todos os demais casos similares. A tese firmada no julgamento de recursos repetitivos também vincula as instâncias inferiores do sistema judiciário e serve de norte para a Administração Pública sobre o assunto julgado.

primeiras identificadas por Balestra Neto (2015) e a quarta apontada como o fortalecimento e a consolidação da racionalização estabelecida a partir da terceira fase:

Quadro 1 – Fases da judicialização da saúde no Brasil de acordo com os entendimentos dominantes nos tribunais superiores

Fase	Entendimento dominante	Evento marcante
Primeira fase	Impossibilidade de interferência dos tribunais nas políticas públicas de saúde ante ao caráter programático de normas garantidoras de direitos sociais e a cláusula da reserva do possível.	- Recurso em Mandado de Segurança n. 6564/RS; - Lei Federal n. 9.313/96
Segunda fase	Cabe ao Estado cumprir as funções que lhes foram atribuídas pela Constituição, inclusive a de zelar pela saúde de seus cidadãos, de modo que o Poder Judiciário pode ser acionado para compelir o Poder Público ao cumprimento desse dever.	- Recurso Extraordinário n. 271.286/RS; - ADPF nº 45
Terceira fase	Estipulação de parâmetros objetivos para racionalização da atividade judiciária no julgamento de casos de saúde e aperfeiçoamento da legislação regulamentadora do SUS.	- Audiência Pública nº 4; - Lei Federal 12.401/2011
Quarta fase	Uniformização da abordagem dada aos processos a partir do estabelecimento de teses vinculantes aos demais órgãos jurisdicionais do país, consolidando o processo de racionalização da abordagem conferida à judicialização da saúde.	- Tema de Repercussão Geral n. 793; - Tema de Repetitivos n. 106; - Tema IAC n. 14; - Tema de Repercussão Geral n. 1.234

Fonte: elaboração própria.

Este tópico revela que a forma como a judicialização da saúde é compreendida sofreu alterações ao longo do tempo, especialmente a partir da Constituição de 1998. No escopo da presente Dissertação, importa aqui compreender, no âmbito das pesquisas acadêmicas, como este fenômeno é estudado na Ciência Administrativa, haja vista a interdisciplinaridade do tema. A judicialização da saúde é tema que envolve particularmente os Poderes Executivos e Judiciário. Enquanto o primeiro é responsável pela formulação e execução de políticas públicas de saúde, o último atua no controle das políticas públicas executadas e intervém, mediante provocação, quando há indevida omissão ou atuação insuficiente do Estado. Os estudos examinados podem ser classificados em um primeiro momento a partir do enfoque dado, em maior ou menor grau, ao Poder Executivo ou ao Poder Judiciário no que diz respeito à judicialização da saúde. A seguir, esses estudos são apresentados.

2.2. Judicialização da Saúde na Ciência Administrativa

Foram analisadas 14 teses e dissertações⁵, sendo que as informações relativas ao título, autor, ano de elaboração e Programa ou Instituição de origem constam no Apêndice I. Tratando-se dos estudos cujo foco voltou-se precipuamente ao Poder Judiciário, tem-se que Junqueira (2013) examinou sentenças preferidas por órgãos jurisdicionais integrantes da Seção da Justiça Federal de Minas Gerais, examinando 160 sentenças proferidas em processos nos quais pleiteou-se o acesso a prestações de saúde diversas. Dos casos analisados por Junqueira (2013), em apenas 12 situações o pedido foi julgado integralmente improcedente, ante 72 hipóteses nas quais a pretensão foi total ou parcialmente atendida. Ao discorrer sobre os fundamentos empregados nas decisões, a autora destaca que, em regra, não houve ponderações acerca dos custos ou do impacto orçamentário do tratamento ou medicamento cujo fornecimento foi determinado. O argumento da reserva do possível foi abordado de forma específica em um número reduzido de decisões e, à exceção de um caso, foi semelhantemente afastado pelo órgão julgador, mesmo quando demonstrado o alto custo da prestação. Ainda segundo a autora, a abordagem dada pelo Poder Judiciário aos casos analisados foi predominantemente focada no indivíduo, em detrimento das políticas públicas regulares orientadas pela ponderação entre custo e benefício.

Calsavara (2017) também analisou decisões judiciais, mais especificamente de 634 acórdãos proferidos pelo TJMG entre maio de 2015 e maio de 2016 em julgamento de processos relacionados ao acesso a prestações de saúde. Além do alto índice de procedência dos pedidos, o que ocorreu em 621 processos, a autora destacou que em mais de 90% dos acórdãos houve repetição de frases padrão na explicitação dos motivos da decisão, as quais foram utilizadas repetitivamente pelos julgadores em processos distintos, demonstrando “que existe padronização considerável nos acórdãos do TJMG relativos à judicialização da saúde pública” (Calsavara, 2017). Outro aspecto relevante destacado pela autora é de que, embora a pretensão de acesso aos medicamentos tenha sido prevalente nos processos, representando 323 casos,

⁵ Realizou-se uma busca de teses e dissertações extraídas do Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Buscou-se trabalhos a partir do descritor “judicialização da saúde”, entre aspas. Inicialmente, a pesquisa apresentou 386 resultados. Em seguida, o resultado inicial foi refinado a partir do campo “Área de Conhecimento”, no qual foram selecionados aqueles elaborados no campo da “Administração”, “Administração de Empresas” e “Administração Pública”. Após o refinamento, restaram 17 trabalhos. Destes, foi possível encontrar a versão eletrônica de 15 deles na plataforma da CAPES ou no sítio eletrônico do Programa de Pós-Graduação de origem. Dos 15 trabalhos, um deles tinha por foco a discussão da judicialização da saúde sob a ótica da saúde suplementar, isto é, de operadora de plano de saúde privado – e, por este motivo, foi excluído da presente análise, voltada à judicialização da saúde sob a perspectiva do SUS.

houve uma diversificação dos objetos pleiteados, isto é, de internação hospitalar, procedimentos cirúrgicos, próteses, órteses, aparelhos e suplementos alimentares. Essa circunstância é hábil, de acordo com a referida, a sinalizar a popularização da saúde pública, cuja extensão ampliou-se para múltiplos objetos destinados a atender um número cada vez maior de demandas e cidadãos (Calsavara, 2017).

Caetano (2018) também desenvolveu sua pesquisa a partir de acórdãos do TJMG, notadamente ao analisar 27 julgados relativos aos anos de 2016 a 2018. A abordagem direcionada ao TJMG demonstra que a judicialização da saúde é tema recorrentemente discutido pelo Tribunal Mineiro, o que é comprovado pelo CNJ (2021), segundo o qual o TJMG foi o segundo Tribunal no país, atrás apenas da Corte Paulista, que mais recebeu novos casos de saúde entre 2015 e 2020. Além de traçar um perfil da judicialização da saúde no município de Uberaba/MG, Caetano (2018) examinou os fundamentos das decisões que concederam, ou não, a prestação pleiteada, constatando que, na maior parte dos casos, não houve em regra exigência prévia de requerimento administrativo, tampouco menção ao registro do medicamento na ANVISA ou da existência de alternativas terapêuticas ofertadas pelas políticas públicas do SUS.

Um dos principais fatores que contribuem para a popularização da judicialização da saúde, e conseqüente aumento do número de novos processos nesse sentido, é o alto índice de sucesso daqueles que vão ao Judiciário buscar o acesso a prestações não obtidas em seara administrativa. Para tentar compreender os fatores relacionados a essa circunstância, Segatto (2018) entrevistou sete dos 10 Magistrados que mais determinaram à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo o cumprimento de obrigações relacionadas à saúde, nos anos de 2005 a 2017. Nesse período, os entrevistados prolataram decisões cujo cumprimento exigia do Estado de São Paulo o dispêndio de quase 40 milhões de reais. Todos os Juízes atuavam em municípios do interior ao tempo da pesquisa e, sendo assim, de acordo com a autora, “os esforços de conscientização dos juízes acerca dos efeitos da judicialização sobre o sistema não devem ficar restritos aos grandes centros” (Segatto, 2018, p. 31), visto que aqueles que mais obrigaram o Estado a fornecer prestações de saúde não estavam na capital.

Em comum, os trabalhos de Junqueira (2013), Calsavara (2017), Caetano (2018) e Segatto (2018) apresentam uma perspectiva crítica no que diz respeito à atuação do Poder Judiciário no julgamento de casos de saúde. A ausência de consideração dos impactos orçamentários das decisões, a abordagem das demandas sob uma perspectiva exclusivamente individual e o desprestígio das políticas públicas regulares são alguns dos fundamentos que

sustentam as reflexões propostas nessas pesquisas. Embora a judicialização da saúde não seja expressamente apontada pelas autoras como um problema, os trabalhos sugerem que a intervenção do Poder Judiciário nessa área carece de aperfeiçoamento.

É importante salientar, no entanto, que os trabalhos mencionados anteriormente retratam cenários existentes antes da fixação de entendimentos relevantes acerca da judicialização da saúde por Tribunais Superiores. Os casos mencionados no tópico anterior admitidos ou julgados a partir do ano de 2018 são exemplos de que as altas Cortes do país buscaram aprimorar e uniformizar a abordagem dada aos processos de saúde, em prol do saneamento de questões levantadas pelas autoras nos estudos citados alhures.

Partindo da perspectiva do Poder Executivo, Pereira (2012), Alcântara (2014), Moraes (2016) e Evangelista (2018) abordam em seus respectivos trabalhos os impactos orçamentários de decisões judiciais em saúde em órgãos de nível municipal, estadual e federal. Ao examinar as características das demandas judiciais de saúde em Teófilo Otoni/MG, Evangelista (2018) reforça conclusões de estudos anteriores no sentido de que os medicamentos são o objeto mais pleiteado, destacando que, no ano de 2017, o Município de Teófilo Otoni foi obrigado a gastar mais de um milhão de reais no atendimento de demandas de saúde determinadas judicialmente.

Alcântara (2014), por sua vez, examinou as repercussões financeiras de decisões judiciais de saúde no órgão do Poder Executivo Estadual responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos destinados ao atendimento de pacientes do SUS no Estado do Ceará. Alcântara (2014) constata que a influência do componente judicial nos gastos totais com medicamentos tornou-se mais intensa com o passar do tempo, uma vez que no ano de 2009 o orçamento do órgão foi de quase 87 milhões de reais, dos quais pouco mais de 12 milhões de reais foram destinados ao cumprimento de ordens judiciais, sendo que em 2013 o dispêndio com a compra de medicamentos judiciais alcançou o patamar 114,60 milhões de reais, em um salto de mais de 800%. No ano de 2013, 65,22% de todo o orçamento do órgão foi destinado ao cumprimento de ordens judiciais.

Tomando por base o período entre 2004 e 2013, enquanto a arrecadação do Estado do Ceará apresentou uma taxa média de crescimento ao ano de 13%, os gastos com medicamentos oriundos de decisões judiciais cresceram, em média, 67% por ano (Alcântara, 2014, p. 52). Trata-se de cenário que, na visão do autor, torna a judicialização da saúde insustentável com o passar do tempo, não apenas para o Estado do Ceará, mas para a Administração Pública como um todo, visto que o fenômeno se repete em diversos outros entes da federação.

No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), Pereira (2012) aponta que o crescimento de demandas judiciais de saúde fez com que a SES/MG tivesse que realizar alterações em sua estrutura interna para atendê-las, promovendo um rearranjo organizacional relevante. Apesar da criação de órgãos e fluxos internos específicos, a autora destaca a insuficiência destes para lidar satisfatoriamente com as demandas de saúde oriundas do Poder Judiciário, principalmente diante do aumento expressivo dos casos recebidos pelo órgão estadual no período entre os anos de 2002 e 2011.

Um dos aspectos enfatizados por Pereira (2012) é uma tendência reativa à judicialização da saúde, com a instauração sucessiva de procedimentos individuais de compra para atendimento de demandas igualmente singulares, em detrimento de uma postura preventiva de mapeamento dos itens mais solicitados para organização de aquisições coletivas, do que resulta em ineficiência no cumprimento das ordens judiciais e sobrecarga nos órgãos responsáveis pelo processamento das aquisições.

Do ponto de vista orçamentário, o expressivo aumento de gastos observado por Alcântara (2014) também se repetiu nas observações feitas por Pereira (2012). Entre os anos de 2002 e 2011, as despesas relacionadas ao cumprimento de obrigações judiciais de saúde aumentaram no âmbito da SES/MG, saindo de pouco mais de 164 mil reais para mais de 81 milhões de reais nesse período. Especificamente no ano de 2011, gastou-se mais com medicamentos destinados a atender ordens judiciais do que com medicamentos básicos voltados ao cumprimento de programas regulares, a exemplo da Farmácia de Minas. Esses dados reavivam controvérsias acerca da legitimidade de o Poder Judiciário substituir o Poder Executivo na deliberação sobre a alocação de recursos públicos, em especial no que diz respeito à excessiva consideração do direito individual à saúde em detrimento do aspecto coletivo desse direito (Pereira, 2012).

A elevação substancial dos gastos em saúde voltados ao cumprimento de decisões judiciais também foi verificada por Moraes (2016) no âmbito do governo federal. Os dispêndios do Ministério da Saúde com o cumprimento de obrigações dessa natureza saltaram de pouco mais de 70 milhões de reais em 2008 para quase 700 milhões de reais em 2014, refletindo o semelhante aumento no número de processos judiciais nesse período. O crescimento dos gastos foi, inclusive, o ponto de partida para a pesquisa realizada pelo autor, a qual apresentou uma agenda de propostas direcionadas ao Ministério da Saúde para redução de dispêndios com a judicialização da saúde.

Sob uma perspectiva convergente, os trabalhos evidenciam que o Poder Executivo sofre cada vez mais com os ônus financeiros impostos pelo Poder Judiciário no cumprimento de decisões que determinam a disponibilização de prestações de saúde. Isso não exclui, no entanto, a semelhante necessidade de aprimoramento da abordagem dada pelo Executivo à judicialização da saúde em todas as esferas de governo. Nesse sentido, Evangelista (2018) destaca que mesmo diante da relevância dos gastos judiciais de saúde, falta sistematização e organização de dados a nível municipal acerca das características das demandas, o que poderia ser útil na identificação de possíveis falhas das políticas públicas de saúde e na orientação de soluções.

Na esfera federal, constatou-se que o Ministério da Saúde também pouco conhece sobre o perfil dos autores de ações judiciais, o que faz com que o órgão deixe de detectar ações prioritárias a serem executadas e o público alvo delas, medidas consideradas relevantes para diminuição dos gastos com a judicialização da saúde. Além disso, o estreitamento de relações e o aperfeiçoamento da comunicação com outros atores relevantes para o fenômeno da judicialização da saúde, a exemplo da ANVISA, da Advocacia Geral da União e de associações representativas de pacientes, são apontadas como exemplos de medidas que poderiam ser adotadas para o desenvolvimento de soluções na esfera extrajudicial, reduzindo o acionamento do Poder Judiciário (Moraes, 2016).

Uma das possibilidades de redução do acionamento do Poder Judiciário para o acesso à saúde é apresentada por Chaves (2018), que se propõe a discutir a desjudicialização da saúde a partir de esforços conjuntos empreendidos pelo Poder Executivo em parceria com o sistema de Justiça. Com efeito, o aperfeiçoamento da abordagem dada à judicialização da saúde exige a intensificação do diálogo e das relações institucionais entre esses Poderes. Sendo assim, a autora destaca que no ano de 2010 o CNJ criou o Fórum Nacional do Judiciário, voltado ao acompanhamento de demandas de saúde e com a atribuição de propor medidas destinadas ao aprimoramento de procedimentos e prevenção de novos conflitos.

A participação conjunta de diferentes atores na resolução de problemas relacionados à saúde é semelhantemente abordada por Souza (2016), que assim o faz a partir do trabalho desenvolvido pela Câmara de Resolução de Litígios de Saúde do Rio de Janeiro (CRLS) e do Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT) da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro. Souza (2016) analisou a atuação da CRLS entre janeiro de 2014 e setembro de 2015, assim como do NAT no assessoramento da Justiça Federal do Rio de Janeiro de novembro de 2011 a outubro de 2015. De acordo com o autor, a CRLS mostrou-se efetiva na redução da

judicialização da saúde, na medida em que foi capaz de solucionar, administrativamente, expressivo número de demandas que seriam levadas à Justiça sem a atuação do órgão. O NAT, por sua vez, também se revelou instância capaz de auxiliar a atuação de Magistrados na resolução de situações concretas, notadamente ao dar suporte técnico aos julgadores e permitir uma abordagem mais precisa.

A CRLS e os avanços trazidos pela resolução administrativa de conflitos em instâncias dessa natureza são abordados por Silva (2018). Ao reconhecer que essas instâncias constituem práticas de boa governança, Silva (2018) avança para uma seara prática e de caráter propositivo ao sugerir a implementação de órgão semelhante no Município de Ariquemes/RO, delimitação territorial objeto do trabalho. A pesquisa apresenta proposta de regulamentação do órgão, de sua composição e competências por meio de instrumento normativo elaborado de acordo com a realidade local. O trabalho demonstra o modo como uma pesquisa de cunho acadêmico pode, para além do conhecimento científico produzido, trazer propostas de intervenções práticas capazes de aperfeiçoar o funcionamento da Administração Pública, especialmente no tratamento de lides de saúde.

A intensificação do diálogo e o aprimoramento da interlocução entre diferentes atores envolvidos na judicialização da saúde, isto é, de Juízes, Defensores, Procuradores, Gestores, profissionais de saúde e pacientes, são características comuns aos trabalhos que pretenderam sugerir providências de aperfeiçoamento à abordagem dada à judicialização da saúde ou, alternativamente, discorrer sobre medidas já adotadas nesse sentido. Os sujeitos envolvidos e influenciados pelo fenômeno são aqueles que melhor têm condições de conhecê-lo, avaliá-lo e participar da construção de soluções para os problemas dele decorrentes, os quais, por sua vez, também se originam da falta de comunicação e atuação conjunta desses atores.

Adotando uma perspectiva de solução coletiva para pretensões saúde, Melo (2017) destaca a importância do uso de ferramentas legais e processuais que permitam levar ao Poder Judiciário demandas representativas do ponto de vista da coletividade. As políticas públicas estão sujeitas a falhas e ineficiências, não apenas no âmbito do SUS. Dessa forma, há razões para que as ações e serviços públicos de saúde ofertados pelo Estado, inclusive mediante o acionamento do Poder Judiciário, sejam aprimorados. Todavia, ainda que existam instrumentos legais e processuais capazes de atacar de forma ampla os problemas de que padecem a políticas públicas, a tendência observada é de acionamento do Poder Judiciário para solução de questões pontuais, de caráter individual e que sobrecarregam o orçamento público, em detrimento da resolução das causas subjacentes que originam tais problemas (Melo, 2017).

De fato, o acesso a medicamentos é uma das principais pretensões levadas à apreciação do Poder Judiciário em se tratando de casos de saúde. Machado (2016) ressalta, no entanto, que a política pública de assistência farmacêutica é bastante detalhada do ponto de vista normativo e adequadamente estruturada. A repartição de competências entre os entes federativos é delineada com clareza, a disponibilização de medicamentos na rede pública é norteadas por critérios técnicos e o decurso do tempo permitiu o aperfeiçoamento e a evolução dessa política pública. A judicialização da saúde gera, por outro lado, reflexos no sistema público de saúde, destacando-se, principalmente, a estruturação de órgãos específicos no âmbito do Poder Executivo para lidar com demandas oriundas do Poder Judiciário, deslocamento de pessoal para atender tais demandas e, também, a geração de expectativas de revisão periódica das listas oficiais de medicamentos por parte do Poder Público (Machado, 2016).

Constatou-se que os trabalhos de caráter exploratório e descritivo sobre a judicialização da saúde são caracterizados pela identificação e discussão das características desse fenômeno, tanto a partir da perspectiva do Poder Executivo e dos gestores do SUS quanto sob a ótica do Poder Judiciário e das demandas submetidas a ele. É elemento comum aos estudos examinados descrever as nuances da judicialização da saúde em um determinado espaço territorial e apontar eventuais consequências, positivas e negativas, que advém desse fenômeno.

O Estado de Minas Gerais é habitualmente eleito para o desenvolvimento de pesquisas em judicialização da saúde, tanto aquelas focadas nos municípios que o compõem quanto no próprio ente estadual. Além disso, mesmo no âmbito da Ciência Administrativa há estudos cujo foco principal é o Poder Judiciário e as decisões dele originadas, embora as abordagens que partem de uma perspectiva do Poder Executivo sejam prevalentes.

Em relação aos trabalhos concentrados na atuação do Poder Judiciário, foi possível observar que o foco principal dessas pesquisas consistiu no exame de decisões judiciais e seus respectivos fundamentos, em uma análise fundada em dados secundários presentes fontes documentais. Em apenas um dos trabalhos examinados avançou-se do conteúdo escrito das decisões para abordagens mais individualizadas com agentes do sistema de justiça, mediante a aplicação de entrevistas (Segatto, 2018).

Embora a judicialização da saúde seja um tema tratado em pesquisas desenvolvidas no campo da Ciência Administrativa, ainda há espaços a serem preenchidos. De modo mais específico, há campo a ser explorado no que diz respeito às análises que vão além de processos, decisões judiciais e seus fundamentos, e avançam para obter nuances reveladas pelos agentes do sistema de justiça que vivenciam o fenômeno diariamente e podem, portanto, contribuir para

uma melhor compreensão dele em espaços territoriais ainda não estudados previamente. Logo, as diferentes formas de atuação dos agentes do sistema de justiça constituem o assunto tratado no tópico subsequente.

2.3 Judicialização da saúde e os agentes do sistema de justiça

O desenvolvimento de estudos que abordam as relações existentes entre o Poder Judiciário, as políticas públicas e, em especial, aquelas voltadas à saúde e a judicialização desse direito, resultaram na formação de proposições acerca do comportamento de agentes do sistema de justiça. A esse respeito pode-se citar as sustentações feitas por Wang (2021b), segundo o qual a capacidade institucional do Poder Judiciário é inferior ao Poder Executivo para tomada de decisões relacionadas à oferta de prestações de saúde e, além disso, a atuação do Poder Judiciário nessa área promove a desorganização federativa estabelecida no âmbito do SUS. Embora objeto de divergências, como se pode extrair das contraposições feitas por Fortes (2021), essas proposições orientam a percepção do fenômeno da judicialização da saúde.

O recorte adotado neste trabalho é focado em uma proposição também afirmada por Wang (2021b), para o qual o Poder Judiciário não se importa com os custos financeiros das decisões que disponibilizam prestações de saúde. A possibilidade de acesso ao Poder Judiciário para satisfação de direitos fundamentais é fato consolidado e a obrigação estatal em relação à saúde é positiva, no sentido de que deve atuar de modo a colaborar para a efetivação desse direito. Por outro lado, recursos são escassos, esgotáveis e contrastam com a infinidade das demandas humanas. Nesse cenário, o Estado, enquanto gestor e executor de políticas públicas, precisa fazer escolhas voltadas a atender o maior número possível de demandas e pessoas com os recursos à sua disposição.

Entretanto, nenhum país, independentemente do grau de riqueza, é capaz de assegurar o acesso a todos os serviços e tecnologias capazes de melhorar o estado de saúde ou prolongar a vida de seus cidadãos, fato já reconhecido pela OMS (2010). O alcance e a expansão de serviços de saúde, em especial aqueles de atenção básica, são freados pela limitação de recursos e a existência de múltiplas prioridades nos sistemas públicos de saúde de todo o mundo, o que se tornou ainda mais evidente no contexto da pandemia de Covid-19. Mesmo em relação aos países cujos sistemas públicos de saúde tem alta cobertura e que enfrentam dificuldades financeiras em menor intensidade, o principal desafio é manter a eficiência, a qualidade e a equidade dos ganhos em saúde (OMS, 2021). Dessa forma, autoridades e gestores precisam

tomar decisões acerca do que será disponibilizado aos usuários diante daquilo que têm à disposição, de modo a garantir a sustentabilidade e a eficiência dos serviços ofertados.

Daniels (2008) sintetiza o dilema entre a limitação de recursos e a necessidade de atendimento de demandas por serviços de saúde a partir da seguinte pergunta: como atender demandas de saúde de forma justa quando não se pode atender a todas elas? Segundo Daniels (2008), estabelecer limites para serviços de saúde é uma medida inexorável, visto que há outros direitos e necessidades igualmente importantes, como moradia, educação e criação de empregos, os quais também precisam ser atendidos e financiados em um cenário de recursos limitados. Portanto, decisões devem ser tomadas e limites precisam ser estabelecidos para garantir que não apenas a saúde seja destinatária dos recursos à disposição.

Ocorre que decisões alocativas têm por consequência a criação de vencedores e perdedores, ou seja, indivíduos ou grupos que no momento da distribuição dos recursos obtiveram sucesso ou fracassaram no propósito de atendimento de suas demandas. Assim, de acordo com Daniels (2008), é imperioso que essas decisões sejam dotadas de legitimidade suficiente para justificar as escolhas feitas. Essa legitimidade não deriva da autoridade conferida a quem toma as decisões, mas fundamentalmente na forma, isto é, no processo por meio do qual tais decisões são feitas.

Nesse contexto, Daniels (2008) propõe um modelo denominado *accountability for reasonableness*, que foi traduzido livremente em português por Tauk (2020) como *accountability* para a razoabilidade, o qual representa a ideia de que as razões para a tomada de uma decisão que restrinja a oferta de serviços de saúde precisam ser públicas, capazes de serem compreendidas e aceitas por pessoas razoáveis, ou seja, dispostas à cooperação e ao respeito às regras do jogo, e tomadas dentro de um processo público, transparente, informado e com a participação de interessados. Esse modelo é uma das principais referências para as discussões que envolvem a cobertura de serviços de saúde e suas limitações, tanto por sistemas públicos quanto privados (Distefano; Karim; Krubiner, 2021), e serve de parâmetro para os trabalhos de autores como Wang (2013; 2017) e Tauk (2020).

Segundo Daniels (2008), para ostentar legitimidade as decisões relacionadas ao atendimento de necessidades de saúde devem ser tomadas por meio de um processo que atenda quatro condições essenciais: publicidade, relevância, revisão e regulação. Pela condição de publicidade, as decisões que tratam sobre a limitação de acesso ou a cobertura de uma tecnologia precisam estar disponíveis aos interessados, sejam eles cidadãos, pacientes, médicos ou órgãos governamentais. Dar publicidade aos motivos que levaram à decisão de incorporação

de uma tecnologia contribui para que atores diretamente interessados saibam os motivos da presença ou ausência dela no sistema público e permite conhecer os critérios de elegibilidade para o acesso àquela tecnologia. Além disso, tornar os motivos da decisão públicos contribui para que os parâmetros adotados em um caso possam ser observados em situações futuras e semelhantes. A transparência na indicação dos motivos da decisão é, portanto, elemento central na condição de publicidade.

A condição de relevância faz referência à necessidade de que as razões justificadoras de uma decisão devam ser reconhecidas pelos interessados como suficientemente relevantes e apropriadas. Não basta que os argumentos sejam apenas publicizados, mas o conteúdo deles precisa ser justificável e razoável aos olhos dos *stakeholders*, de maneira a apresentar explicações de como se pretende dar valor ao dinheiro em um cenário de restrições orçamentárias (Tauk, 2020).

Para tanto, a participação dos *stakeholders* na definição dos argumentos considerados relevantes é imprescindível, não apenas no sentido representativo, mas especialmente para que o maior número possível de pontos de vista seja apresentado e considerado durante o processo de tomada de decisão, dando mais credibilidade às escolhas feitas. Por exemplo, o custo-efetividade de uma tecnologia pode ser um argumento considerado relevante na decisão de incorporação de uma tecnologia ao sistema público (Daniels, 2008) – no Brasil, esse critério de análise é obrigatório para a CONITEC durante o processo de avaliação de tecnologias de saúde para o SUS (Brasil, 2011). Assim, os *stakeholders* não são apenas destinatários das decisões, mas participam ativamente da construção dos argumentos que serão considerados relevantes durante o processo decisório.

A condição de revisão trata da possibilidade de que uma decisão alocativa seja questionada e revista, de modo que novas evidências ou argumentos sejam capazes de alterar a escolha feita inicialmente (Tauk, 2020). Daniels (2008) pontua que a possibilidade de revisão por meio de um procedimento formal é capaz de criar decisões melhores, na medida em que permite a grupos ou atores que não participaram ou não foram ouvidos inicialmente apresentem seus pontos de vista. Além disso, o processo de revisão contribui para a consolidação da ideia de que fixar limites é necessário e isso deve ser feito por meio de mecanismos e argumentos estabelecidos de forma justa, inclusive a partir de um processo de revisão.

Sendo as decisões públicas e fundamentadas de acordo com as condições expostas anteriormente, os interessados em questioná-las podem saber os motivos que justificaram as escolhas feitas, de modo que “mesmo se não participaram da deliberação original, as condições

de publicidade e relevância os empoderam para reabrir o processo decisório de maneira mais efetiva (Daniels, 2008, p. 131)”, fazendo uso da condição de revisão. Um processo bem desenvolvido de revisão pode fazer com que aqueles negativamente afetados pelo resultado se sintam menos propensos a acionar agentes externos como o Poder Judiciário.

A condição de regulação, por sua vez, tem como principal propósito garantir que as condições de publicidade, relevância e revisão sejam satisfeitas. Essa garantia se materializa em instrumentos normativos e de regulação editados por órgãos públicos, os quais são os responsáveis por impor a observância dessas condições no processo decisório de oferta de benefícios de saúde (Daniels, 2008).

A instituição da CONITEC por meio da Lei Federal n. 12.401/2011 (Brasil, 2011) foi uma resposta à crescente intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas de saúde e representou um passo na direção do modelo proposto por Daniels (2008). Rabelo et al. (2015) e Borges (2018) expõem que antes da CONITEC a incorporação de novas tecnologias ao SUS era sujeita a um processo desprovido de padronização, com trabalho assistemático no que diz respeito a prazos e concentrado exclusivamente no Ministério da Saúde, que decidia unilateralmente quais objetos seriam avaliados. Em virtude disso, um dos encaminhamentos finais da audiência pública n. 4 promovida pelo STF no ano de 2009 consistiu na necessidade de tratar da “questão da normatização e da definição de marcos legais precisos para as políticas públicas de saúde que possibilitem a sua face ou compreensão” (Brasil, 2009, p. 3). Dessa forma, saber o que seria ofertado pelo SUS e definir isso por meio de instrumentos normativos claros mostrou-se uma necessidade premente que o próprio Poder Judiciário indicou ser necessário satisfazer.

A CONITEC foi criada para funcionar como órgão de assessoramento técnico do Ministério da Saúde na decisão de incorporação de tecnologias, isto é, de medicamentos, produtos e procedimentos, no SUS. Uma das principais atribuições da CONITEC é a emissão de relatórios técnicos sobre a incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, produzidos a partir de um processo que conta com a participação da sociedade civil e atores interessados. A criação da CONITEC representou a institucionalização, no Brasil, do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) já existente em outros países como Canadá, Reino Unido e Austrália (Rabelo et al., 2015; Borges, 2018).

A criação da CONITEC e a institucionalização da ATS no Brasil representaram uma tentativa de conferir mais transparência e racionalidade ao processo decisório de oferta de benefícios no SUS (Borges, 2018), na esteira do modelo de *accountability for reasonableness*

proposto por Daniels (2008). Segundo Wang (2013), o aprimoramento do processo decisório administrativo de oferta de tecnologias no SUS, por meio da CONITEC, tinha como um de seus objetivos levar o Poder Judiciário a se mostrar mais deferente às decisões tomadas pelos atores governamentais em relação à disponibilização de prestações de saúde aos usuários. Isso porque a partir dos relatórios de recomendação da CONITEC seria possível compreender os motivos que levaram às decisões administrativas de inclusão, exclusão ou alteração de uma tecnologia no SUS. Assim, o Poder Judiciário teria condições de conhecer esses motivos e levá-los em consideração quando do julgamento de processos judiciais de saúde.

Na análise dos resultados deste estudo são apresentados exemplos de que a deferência sustentada por Wang (2021) a partir das recomendações da CONITEC não foi verificada em relação a alguns medicamentos pleiteados em processos judiciais na Comarca de Viçosa/MG. O que se pretende destacar neste momento é que os processos de escolha daquilo que será ofertado em um sistema público de saúde como o SUS são complexos, mesmo após mais de uma década desde a criação da CONITEC. Dentre os fatores que influenciam esses processos, Ruiz e Bucci (2019) apontam para aquilo que denominam recursos de barganha, consistentes em estratégias adotadas por atores interessados para que uma determinada decisão seja tomada pelos formuladores e implementadores de políticas públicas. A mobilização de organizações da sociedade civil, o acionamento da mídia e o exercício de pressão por meio de órgãos representativos são alguns exemplos das táticas empregadas durante os processos de escolha, principalmente naqueles que envolvem o emprego de recursos financeiros.

Graton, Bonacim e Sakurai (2020) apontam a execução do orçamento federal como um importante palco para verificação de práticas de barganha relacionadas ao uso de recursos públicos. A destinação e o pagamento de emendas parlamentares dependem de negociações com o Poder Executivo, o qual concentra o poder decisório de execução orçamentária, mas depende de uma base parlamentar sólida para a aprovação de projetos de lei e outras medidas de interesse do governo. Dessa maneira, os membros dos Poderes Legislativo e Executivo se veem engajados em uma série de negociações para o atendimento de interesses das partes, do que resultam estratégias de barganha como a afirmação ou negação da ideologia identificada com o governo, a posição de apoio ou oposição às medidas do governo, o comportamento nas votações para a implementação de projetos e a formação de uma coalizão governamental.

Bercovici (2015) aponta, no entanto, que os procedimentos formais de elaboração e divisão do orçamento público passaram a ser entendidos como sinônimos de planejamento, em um movimento reducionista e de inadequada simplificação desse processo. Segundo o autor, o

Estado brasileiro passa por uma crise no que diz respeito ao planejamento principalmente porque passou a entendê-lo como a definição de dotações orçamentárias e a repartição destas aos órgãos da Administração Pública, em detrimento do realce do caráter político inerente ao planejamento estatal. Por conseguinte, não seria incomum que as ações governamentais se mostrem desprovidas de diretrizes e objetivos claros, tanto a médio quanto a longo prazo, do que resulta o mau uso e o desperdício de recursos públicos, a evidenciar o que o autor denomina de Estado esquizofrênico no Brasil. De fato, a má gestão de recursos públicos é um problema característico da Administração Pública brasileira cujo aprimoramento é capaz de contribuir consideravelmente para o desenvolvimento socioeconômico do país (Bercovici, 2015).

O aperfeiçoamento do processo de planejamento, no que se inclui o plano, a gestão e a execução de recursos públicos não descaracterizam, todavia, o fato de que estes são escassos. A preocupação com o desperdício e com a gestão fiscal, a despeito das ressalvas feitas à última por Bercovici (2015), se justifica porque os recursos financeiros à disposição do Estado são finitos. A questão se acentua quando se verifica a necessidade de atender não apenas demandas individuais e legítimas de cidadãos titulares do direito à saúde, mas principalmente de manter o funcionamento do SUS, que é o maior sistema público de saúde do mundo e do qual milhões de pessoas dependem para ter acesso a serviços básicos de saúde.

Surge um problema, portanto, quando o Poder Judiciário, ao julgar um caso específico, determina que o Estado forneça certa prestação a um indivíduo. Quando há intervenção do Poder Judiciário na distribuição de recursos financeiros limitados, os fundos inicialmente alocados para atender as necessidades de saúde por meio de um sistema público passam a ser redirecionados para a satisfação de um interesse eminentemente individual. Emerge, portanto, uma questão acerca da legitimidade de se redirecionar recursos para satisfazer uma demanda individual, em detrimento de outras semelhantes de natureza coletiva. Sendo os recursos escassos, em que medida é legítima a escolha de atender um indivíduo ainda que isso possa resultar na minoração dos benefícios oferecidos à coletividade?

Na obra *Direito, Escassez e Escolha*, Amaral (2010) pondera que a escassez de recursos é uma circunstância inexorável. Escolher a quem atender, isto é, ao indivíduo em detrimento da coletividade ou vice-versa, é uma escolha trágica com a qual o Poder Judiciário se depara cotidianamente. O autor pondera, no entanto, que a estrutura do sistema de Justiça está estabelecida para julgar casos concretos e específicos, produzindo o que se chama de microjustiça, ou seja, a justiça dada para um conflito singular e pontual. Sendo assim, entre decidir em favor de um cidadão individualmente caracterizado e com um problema específico,

ou em favor de uma coletividade indeterminada e da saúde pública em abstrato, o julgador tende à primeira opção. Essa conclusão também é sustentada por Bucci (2017, p. 41), segundo a qual “entre decidir em favor do autor da ação, pessoa com nome e sobrenome, cujo sofrimento é narrado na petição inicial, ou em favor de uma saúde pública abstrata, que invoca programas de difícil compreensão, o juiz opta pelo primeiro”.

À tendência de se decidir em prol do cidadão individualmente considerado segue-se outra questão relacionada ao modo de atuação dos agentes que integram o sistema de justiça e os resultados dos atos praticados por eles: os custos financeiros de decisões que deferem prestações de saúde são relevantes para o Poder Judiciário? Para Wang (2021b), a resposta para essa pergunta é negativa, pois o autor considera que na esfera de ação do Poder Judiciário “custos e impacto econômico de decisões são ignorados, expressamente refutados ou, ainda que reconhecidos, não afetam a decisão (Wang, 2021b, p. 860)”. O autor prossegue afirmando que embora os Magistrados possam se preocupar com os impactos de suas decisões, inclusive sob a perspectiva orçamentária, eventual inquietação nesse sentido não é refletida nas decisões, tampouco influencia no julgamento das causas.

Com efeito, o STF já tratou de casos nos quais, sob o argumento de assegurar o direito fundamental à saúde a um cidadão, as alegações relacionadas a limitações orçamentárias foram rejeitadas, sendo a ADPF n. 45 um exemplo emblemático desse entendimento. Essa posição transcende os limites estritamente processuais. Quando da abertura da primeira oficina dos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATs) e dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus), ocorrida no Hospital Sírio-Libanês em São Paulo, no ano de 2016, a Ministra do STF Carmen Lucia fez o seguinte pronunciamento:

Eu sou juíza, não sou ministra da Fazenda. Não desconheço a responsabilidade dele. Eu não sou ministra da Saúde. Eu sou juíza, eu tenho a Constituição, que diz que é garantido o direito à saúde. Eu estudo que a medicina pode oferecer uma alternativa para essa pessoa viver com dignidade. Convenhamos, a dor tem pressa. Eu lido com o humano, eu não lido com o cofre (CNJ, 2016).

Esse ponto de vista se estende aos demais órgãos do sistema de justiça do país, os quais, a pretexto de reconhecerem o direito individual à saúde, afastam argumentos de natureza financeira ou de contingência orçamentária (Amaral, 2010). Nesse sentido, estudo realizado por Segatto (2018) junto a Magistrados que mais deferiram prestações de saúde contra o Estado de São Paulo, considerando o interregno de 2005 a 2017, revelou que a maioria dos entrevistados não levava em consideração as relações de medicamentos ofertados pelo SUS, tampouco buscava apoio técnico para embasar suas determinações, embora tivessem, nesse período,

prolatado mais de 12 mil decisões determinando o cumprimento de obrigações de saúde pelo Poder Público na ordem de quarenta milhões de reais.

Wang et al. (2020) também conduziram estudo que examinou mais 13 mil decisões proferidas entre os anos de 2011 e 2015 em processos de diversas instâncias ajuizados em São Paulo, Florianópolis e Porto Alegre, tanto na Justiça Estadual quanto na Justiça Federal, nos quais se pleiteava o acesso a medicamentos diversos. Os resultados do trabalho apontaram que a taxa de sucesso dos pleitos correspondeu a 92% em primeira instância, 98% em segunda instância e 100% no STJ e STF. A alta probabilidade de sucesso se sustentou independentemente do valor da prestação pleiteada e, ademais, manteve-se hígida mesmo quando se pretendia a disponibilização de fármaco ou tratamento sobre o qual havia expressa recomendação contrária de órgãos governamentais ligados ao Ministério da Saúde.

O Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), segundo órgão que mais recebeu novos processos de saúde entre os anos de 2015 e 2020 (CNJ, 2021) já julgou diversos casos nos quais as normas e as limitações orçamentárias são consideradas um mero entrave incapaz de subsistir ante a necessidade de efetivação do direito à saúde. Em um desses casos, cuja fundamentação foi utilizada em outras situações semelhantes, atribuiu-se mais peso ao “*feeling*” pessoal do julgador do que aos argumentos que invocavam limitações de natureza orçamentária (TJMG, 2021a):

Árdua será a atividade do juiz, que deverá ter um “*feeling*” para perceber a imprescindibilidade dos pedidos de tratamento ou de assistência à saúde pleiteados pela parte. Contudo, constatada tal imprescindibilidade, outra não poderá ser sua decisão, que não a da concessão da pretensão, para tornar efetiva tão relevante garantia fundamental

[...]

Também não se pode considerar que a falta de recursos seja um óbice à concretização da garantia constitucional à saúde [...] [e] não se deve permitir que as normas orçamentárias, apesar de seu relevante papel na Administração Pública, seja um entrave para a efetivação de um direito fundamental considerado prioritário pela Constituição da República de 1988 (TJMG, 2021a).

A repercussão orçamentária de decisões judiciais relacionadas à saúde é percebida nos três níveis da federação. Os trabalhos realizados por Moraes (2016) e pelo TCU (2017) demonstram a elevação exponencial dos gastos do Ministério da Saúde com o cumprimento de decisões judiciais de saúde entre 2008 e 2014, quase decuplicando em um período de apenas seis anos. O Estado do Ceará, por sua vez, informou que no ano de 2019 mais de 90% de seu orçamento destinado à saúde foi direcionado ao cumprimento de decisões judiciais. Nesse mesmo ano, os Municípios de Porto Nacional/TO, Conselheiro Lafaiete/MG, Rio Claro/SP, Bom Despacho/MG, Arapoema/TO e Uberlândia/MG indicaram que mais da metade dos

recursos financeiros das respectivas Secretarias de Saúde foi destinado à satisfação de ordens judiciais (CNJ, 2021).

Nesse contexto, os agentes do sistema de Justiça em atuação na primeira instância são os que primeiro recebem as demandas judicializadas, determinam em primeiro lugar se o Estado deverá atendê-la e, conseqüentemente, suportar os respectivos custos. É pertinente, portanto, partir de uma perspectiva que fundamente o estudo a partir do comportamento desses agentes e das circunstâncias às quais estão sujeitos. Esses agentes são aqui denominados burocratas de nível de rua.

2.4 Burocratas de nível de rua e judicialização da saúde

Segundo Lipsky (2019), os burocratas de nível de rua são os agentes públicos que interagem diretamente com os usuários, trabalhando na linha de frente da implementação de políticas públicas e decidindo sobre a concessão de benefícios, inclusão em programas públicos ou aplicação de sanções. De acordo com Lipsky (2019, p. 37), os agentes do sistema judiciário a exemplo de Juízes, Defensores Públicos e outros oficiais das cortes são considerados burocratas de nível de rua:

Os típicos burocratas de nível de rua são os professores, policiais e outros funcionários responsáveis pela aplicação da lei, os assistentes sociais, os juízes, os defensores públicos e outros oficiais dos tribunais, trabalhadores da saúde e muitos outros funcionários públicos que concedem acesso a programas governamentais e possibilitam a prestação de serviços dentro deles (Lipsky, 2019, p. 37).

Os estudos de Biland e Steimetz (2017), Dallara e Lacchei (2021) e Slee (2023) são exemplos que revelam como os agentes do sistema judiciário podem ser entendidos como burocratas de nível de rua. No primeiro caso, Biland e Steimetz (2017) desenvolveram um estudo a partir da rotina de Juízes franceses e canadenses que lidam com casos familiares, a exemplo de guarda, divórcio e pensão alimentícia, e do modo como a atuação desses juízes se relaciona com as características da burocracia de nível de rua. Nessa mesma vereda, Dallara e Lacchei (2021) apontam como a política de asilo e os pedidos feitos com base nela são apreciadas por Juízes italianos, os quais estão sujeitos a elevados níveis de discricionariedade, autonomia e independência, características marcantes da burocracia de nível de rua. Por sua vez, Slee (2023) analisa a atuação de Defensores Públicos de nível hierárquico inferior na representação de indivíduos submetidos à justiça criminal norte-americana, destacando as nuances que o contato direto entre esses agentes e seus clientes provocam nos primeiros,

especialmente na definição de estratégias de defesa, no enfrentamento de dilemas morais e na aplicação da discricionariedade.

Cavalcanti, Lotta e Pires (2018) apontam que as pesquisas voltadas à atuação dos burocratas de nível de rua têm se intensificado, principalmente na seara de políticas públicas. No entanto, o campo ainda permanece pouco explorado e carece de estudos empíricos hábeis a permitir a intensificação do diálogo entre o arcabouço teórico da burocracia de nível de rua e áreas como a saúde pública.

Um dos elementos marcantes da burocracia de nível de rua é a discricionariedade. Trata-se, segundo Lipsky (2019), de elemento inerente, inevitável e até desejável na atuação dos agentes públicos de linha de frente. A esse respeito, os burocratas de nível de rua frequentemente lidam com situações particulares, as quais exigem respostas que considerem as dimensões humanas envolvidas. Espera-se que a aplicação da lei ocorra de tal modo a ser sensível às circunstâncias únicas verificadas em cada situação, sem que necessariamente haja prejuízo de seu caráter geral e uniforme. Daí a importância da discricionariedade enquanto norteador da conduta do agente público.

Cavalcanti, Lotta e Pires (2018) apontam que os burocratas de nível de rua exercem suas funções cotidianas com relevante grau de discricionariedade, visto que as condições de trabalho a que estão submetidos exigem certa liberdade de atuação. Segundo os autores, a primeira condição que proporciona a discricionariedade é a submissão a um excesso de regulamentações de diversas espécies, as quais não são necessariamente coerentes e cuja observância estrita é bastante dificultada.

Essa discricionariedade, de acordo com Cavalcanti, Lotta e Pires (2018), significa que esses sujeitos são responsáveis por definir a natureza, a quantidade e a qualidade dos serviços públicos que serão ofertados ao cidadão. Ou seja, cabe aos agentes da linha de frente decidir em primeiro lugar quem receberá benefícios governamentais e em que medida isso irá ocorrer. Segundo Lipsky (2019), as condições que proporcionam essa discricionariedade são: o trabalho desenvolvido mediante interações face a face com usuários e clientes, em uma relação complexa cujas situações dificilmente podem ser reduzidas a prescrições formais; a sujeição do agente a regulamentações em excesso e não necessariamente coerentes; a execução do trabalho à distância da supervisão de superiores. Essas características podem ser identificadas e exploradas em uma interseção entre o modelo teórico estabelecido por Lipsky (2019) e a atuação dos agentes do sistema judiciário, especialmente daqueles situados na primeira instância de jurisdição.

Os agentes do sistema de justiça que exercem suas funções em primeira instância têm contato direto com o cidadão, usuário de políticas públicas. O Defensor Público exerce o papel de representante jurídico do cidadão exposto a alguma espécie de vulnerabilidade, principalmente econômica. O Promotor de Justiça tanto pode exercer o papel de fiscalizador da aplicação da lei quanto é legitimado para postular em favor dos interesses de um indivíduo ou grupo hipossuficiente, a exemplo de crianças, adolescentes, idosos ou pessoas com deficiência. O Magistrado, por sua vez, designa e preside audiências, recebe as partes envolvidas no processo e invariavelmente promove a oitiva destas. É inerente a todas essas ações o contato direto com o usuário.

A judicialização da saúde é um fenômeno complexo no qual há participação de diversas instituições cujas estruturas e escopos são distintos. Como evidenciam Paula e Bittar (2019), quando se trata da judicialização da saúde, Juízes, Defensores Públicos e Promotores de Justiça são atores com relações muito próximas, a despeito da singularidade das formas e escopos de atuação de cada um. São esses sujeitos os primeiros a receberem demandas de saúde, invariavelmente atendendo e orientando os cidadãos - no caso de Defensores e Promotores - e, no caso de Magistrados, decidindo em primeiro lugar se os referidos fazem jus a determinadas prestações de saúde.

Além disso, esses agentes trabalham sob a égide de uma multiplicidade de normas constitucionais, legais e infralegais de diversas origens e espécies. Leis federais, estaduais e municipais que tratam da saúde em sentido amplo se somam às numerosas e extensas resoluções, portarias, deliberações e outras espécies de diplomas normativos editados por órgãos gestores, conselhos e comissões de saúde dos três níveis da federação. Um exemplo da expressiva extensão do arcabouço normativo do SUS pode ser extraído a partir do Ministério da Saúde (Brasil, 2022), o qual no ano de 2017 promoveu a consolidação de 749 Portarias oriundas do Gabinete do Ministro da Saúde que tinham conteúdo normativo relevante. A medida não contemplou normas expedidas por outros órgãos do Ministério da Saúde, tampouco contemplou regimentos editados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as quais continuam vigorando de forma independente e não necessariamente sistematizada em seus respectivos âmbitos de abrangência. Há também as resoluções e deliberações formuladas pelas Comissões Bipartite e Tripartite de gestores do SUS e de conselhos estaduais e municipais de saúde, as quais também influenciam, direta ou indiretamente, na oferta e no funcionamento de serviços de saúde.

De acordo com Bucci (2017), a regulamentação de políticas públicas por meio de normas constitui medida importante para o estabelecimento e a consolidação do desenho destas e de seus propósitos. No entanto, a multiplicidade de leis e normas infralegais dificulta a compreensão do intérprete sobre do que aplicar em cada caso, especialmente diante da multiplicidade de políticas públicas executados no âmbito do SUS. Nem sempre as regras estão consolidadas em um único instrumento normativo; ao contrário, estão dispersas e redigidas em termos que podem trazer dificuldades interpretativas. Logo “compreendê-las, mesmo para especialistas, requer a consulta a uma infinidade de disposições dispersas em lei e normas executivas, de diferentes fontes jurídicas e origens políticas (Bucci, 2017, p. 40)”, circunstâncias que obstaculizam a identificação e o entendimento das regras aplicáveis.

A isso se soma a complexidade decorrente do arranjo federativo que, no âmbito do SUS, é ainda mais acentuado. Cada ente federativo possui sua autonomia normativa e executória nas políticas públicas de saúde, o que em um cenário de harmonia entre eles contribuiria para a consecução dos objetivos estabelecidos por cada esfera de governo. Todavia, a falta de cooperação é uma marca da relação existente entre os entes federativos não apenas em relação à saúde pública (Segatto; Abrucio, 2016). Com efeito, a desarmonia, inclusive normativa, entre os entes da federação acentua a subordinação daqueles de menor poderio financeiro em relação aos de maior capacidade econômica (Abrucio, 2005), oportunizando a centralização e causando conflitos entre eles, principalmente quando o objeto de discussão envolve prestações financeiras (Leite; Castelo; Lopes, 2019) .

Lipsky (2019) afirma que as regras as quais os burocratas de nível de rua estão sujeitos são em número tão extenso e contraditórias entre si que a aplicação delas pode se tornar viável apenas se ocorrer de forma seletiva. Isso se torna ainda mais evidente quando se trata da prestação de serviços de bem-estar social, no que se inclui a saúde, cujos regulamentos são extensos e alterados com frequência. O SUS é um exemplo ilustrativo de ambiente no qual a produção em massa de normas torna o conhecimento de todas elas praticamente impossível.

O Projeto SUS Legis, desenvolvido no ano de 2016 pelo Programa de Pós Graduação em Direito Sanitário da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com o Ministério da Saúde e outras instituições, permitiu a análise e a revogação de mais de 20 mil Portarias expedidas pelo Ministro da Saúde desde a criação do SUS na década de 1990. Outras 700 Portarias foram consolidadas de acordo com a familiaridade temática e publicadas no ano de 2017 em seis Portarias de Consolidação expedidas pelo Ministério da Saúde. De acordo com o

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), outras 40 mil Portarias estavam sob exame para posterior consolidação (CONASS, 2017).

A estruturação do SUS sob um modelo tripartite segundo o qual todos os entes federativos são responsáveis, em alguma medida e de acordo com suas respectivas capacidades, pelo planejamento, financiamento e execução de serviços de saúde, faz com que a eles também seja atribuída competência normativa. Dessa forma, à Constituição Federal e à Lei Orgânica do SUS (Brasil, 1990) somam-se as Constituições dos Estados-membros, as Leis Orgânicas dos Municípios e os atos normativos infralegais como Portarias, Deliberações, Decretos, Resoluções e outros instrumentos regulamentadores editados por entes e conselhos subnacionais responsáveis pela definição e execução de políticas públicas de saúde.

O resultado dessa produção normativa é a existência de atos regulamentadores extensos, dispersos nos bancos de dados dos diversos entes públicos e não necessariamente sistematizados. Além disso, a edição de novos atos normativos é constante e por vezes inexorável, como no caso do Ministério da Saúde que, por determinação expressa do Decreto Federal n. 7.646/2011, precisa editar um ato normativo quando deliberar sobre o pedido de inclusão de uma tecnologia ao SUS (Brasil, 2011). Sendo assim, para cada tecnologia demandada haverá um ato normativo a ser editado.

No que concerne à terceira característica ensejadora da discricionariedade, os agentes do sistema de justiça de primeira instância, embora sujeitos à hierarquia própria do Poder Judiciário, exercem suas funções longe - inclusive geograficamente - de seus superiores. A maior parte desses atores trabalha em Comarcas localizadas em municípios do interior, enquanto os órgãos de hierarquia superior situam-se na capital. Além disso, em razão de garantias constitucionais e legais, Defensores Públicos, Promotores de Justiça e Magistrados possuem relevante grau de autonomia no exercício de suas atribuições. Assim, conquanto sujeitos a orientações de caráter geral emanadas pelos superiores, esses agentes possuem liberdade e independência para exercerem suas funções, inclusive de acordo com as circunstâncias e peculiaridades locais.

Cavalcanti, Lotta e Pires (2018) apontam que os burocratas de nível de rua trabalham em condições subótimas, ou seja, não conseguem exercer suas funções em condições consideradas ideais em razão das restrições próprias de seus trabalhos, notadamente a insuficiência de tempo em relação ao volume de serviço, a restrição dos recursos à disposição e a existência de pressões exercidas tanto pelos superiores quanto pelos próprios cidadãos.

No que diz respeito à disponibilidade de recursos, Lipsky (2019) aponta que os burocratas de nível de rua desempenham suas funções sem necessariamente dispor das ferramentas e condições idealmente adequadas para tanto. Apesar disso, são pressionados por seus superiores e pelos cidadãos a entregarem resultados. Nesse contexto, os agentes do sistema de justiça usualmente não têm formação técnica ou acadêmica na área de saúde. Mesmo assim, invariavelmente atuam em processos judiciais nos quais é reclamado o acesso a diversos medicamentos, tratamentos, cirurgias e outras demandas de saúde. O número de processos judiciais de saúde aumentou no Brasil de forma exponencial na última década (CNJ, 2021) e as demandas de saúde frequentemente exigem respostas rápidas. Dessa forma, para saber se um medicamento é realmente adequado para tratamento do paciente que o solicita, ou se uma cirurgia é de fato urgente e imprescindível, pode ser necessário obter auxílio de um profissional técnico ou de uma ferramenta especializada.

Uma das principais ferramentas empregadas na resolução de demandas judiciais de saúde é a utilização de notas técnicas disponibilizadas na plataforma e-NATJUS do CNJ. Por meio dessa plataforma, Juízes podem solicitar a elaboração de um parecer técnico elaborado por um profissional de saúde a respeito de um medicamento, tratamento ou produto pleiteado pelo usuário. Os documentos produzidos compõem um banco de dados que são disponibilizados nessa plataforma para acesso público e podem ser utilizados por Defensores Públicos, Promotores de Justiça e Advogados.

Almeida et al. (2022) pontuam, por outro lado, que as notas técnicas produzidas e disponibilizadas pelo e-NATJUS podem conter informações incompletas e imprecisas. Com efeito, nem sempre os pareceres consideram as alternativas terapêuticas já disponibilizadas pelo SUS e invariavelmente endossam a prescrição de tecnologias não ofertadas na rede pública, mesmo quando há expressa recomendação desfavorável à incorporação delas ao SUS. Dessa forma, embora sejam importantes fontes de informação e orientação, as notas técnicas não necessariamente prestigiam políticas públicas, principalmente em se tratando de assistência farmacêutica.

Para além das dificuldades relacionadas ao auxílio técnico, Wang (2021b) acrescenta que a judicialização da saúde gera gastos financeiros inesperados, para os quais o planejamento é muito difícil e que não são acompanhados pelo orçamento dos entes públicos. Ações e serviços de saúde oferecidos por políticas públicas de caráter geral têm sua fonte de financiamento realocada ou comprometida para a satisfação de demandas individuais determinadas pelo Poder Judiciário, as quais frequentemente são direcionadas ao acesso de

tecnologias não ofertadas no SUS. Além disso, recursos humanos são deslocados para atender especificamente processos judiciais de saúde, aparatos burocráticos criados para gerenciamento dessas demandas e comitês, fóruns e órgãos de apoio instituídos com a finalidade de encontrar e debater soluções para elas.

A repercussão financeira é uma das principais consequências da judicialização da saúde apontadas pela literatura. Pereira (2012), Alcântara (2014), Moraes (2016) e Evangelista (2018) demonstraram tanto a partir de órgãos municipais, estaduais e federais como o cumprimento de decisões que determinam a satisfação de demandas individuais compromete parcela relevante do orçamento destinado à saúde. Wang (2021b) e Vieira (2021) também apresentam exemplos do modo como os recursos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e do Ministério da Saúde são redirecionados para o custeio de demandas judiciais de alto custo e principalmente medicamentos não incorporados ao SUS.

A despeito disso, Wang (2021b, p. 860) afirma que o para o Poder Judiciário “custos e impacto econômico de decisões são ignorados, expressamente refutados ou, ainda que reconhecidos, não afetam a decisão”. O autor fundamenta essa afirmação, em primeiro lugar, a partir de decisões nas quais o Poder Judiciário registrou de forma expressa o desprestígio para com o impacto econômico das decisões no orçamento público. Em segundo lugar, a indiferença em relação aos custos financeiros é constatada a partir do tratamento conferido a demandas individuais que, sob o fundamento de serem amparadas pelo direito à saúde, invariavelmente se sobrepõem às escolhas feitas no âmbito de políticas públicas gerais.

Questões inerentes à formulação de políticas públicas como a consideração das consequências que o fornecimento de um serviço trará sobre outros e o custo-efetividade de ofertá-los, isto é, o modo pelo qual se consegue disponibilizar o maior número possível de benefícios com os recursos à disposição, não são levadas em conta quando do julgamento de demandas individuais e resultam na disponibilização de prestações de altíssimo custo e não incorporadas ao SUS, mesmo quando a incorporação se deu por recomendação contrária da CONITEC (Wang, 2020). Desconsiderar a política pública de saúde e os elementos inerentes a ela para atender necessidades individuais que contrariam a própria política pública de saúde é, segundo Wang (2021b), uma maneira de dizer que custos não importam.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa é de natureza qualitativa, a qual, segundo Creswell (2007), é adequada para o estudo de objetos a partir de perspectivas amplas e holísticas. Segundo Gibbs (2009), a pesquisa qualitativa não é tão somente aquela que deixa de ser quantitativa, mas caracteriza-se por buscar a explicação de fenômenos sociais a partir da experiência de grupos ou indivíduos e das interações estabelecidas entre eles. Essa abordagem objetiva examinar de que modo as pessoas constroem o mundo à sua volta e dão significado a ele.

De acordo com Yin (2015), a escolha da estratégia de pesquisa depende da consideração de três fatores: o tipo de questão de pesquisa proposto; a exigência de controle acerca do evento e a predominância dos aspectos históricos ou contemporâneos do objeto de estudo. Nesse cenário, o estudo de caso se distingue de outras estratégias de pesquisa na medida em que é adequado a proporcionar respostas a perguntas do tipo “como” e “por que”, não exige controle dos eventos pelo pesquisador e é focado em acontecimentos contemporâneos.

Yin (2015, p. 17) conceitua o estudo de caso como “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. As questões que norteiam a presente pesquisa, apresentadas na introdução, são do tipo “como” e direcionam o estudo para a compreensão do modo como os sujeitos atuantes em primeira instância do sistema judiciário percebem o fenômeno da judicialização da saúde.

Por se tratar de fenômeno que envolve diversas instituições e níveis de governo, com atuações dinâmicas, simultâneas e complementares, não é possível exercer controle sobre os comportamentos desses atores. Além disso, embora seja possível traçar um panorama histórico da judicialização da saúde no Brasil e do papel exercido pelo Poder Judiciário na efetivação do direito à saúde ao longo do tempo, o enfoque da pesquisa é direcionado aos eventos contemporâneos. Dessa forma, de acordo com Yin (2015), o emprego do estudo de caso revela-se metodologia adequada para o desenvolvimento da pesquisa ora proposta.

A definição da unidade de análise e do caso de pesquisa, assim como os motivos que justificam a escolha, serão expostas a seguir, observando-se as diretrizes apresentadas por Yin (2015) e Flyvbjerg (2006). Adiante também serão expostas as técnicas de coleta de dados que se pretende utilizar no desenvolvimento do estudo, sendo relevante destacar, desde já, que as referidas variam de acordo com o objetivo específico a ser alcançado.

3.1 Definição da unidade de análise e escolha do caso

A escolha do caso a ser estudado carece de estratégias prévias para sua determinação. De acordo com Flyvbjerg (2006), casos atípicos e extremos normalmente são capazes de fornecer mais informações sobre um dado problema, uma vez que envolvem e estimulam mais atores e mecanismos inerentes ao fenômeno. Por outro lado, casos críticos são aqueles que possuem importância estratégica para o problema estudado e, embora não haja consenso acerca dos princípios que permitam uma identificação segura dessas hipóteses, é possível descobri-los a partir de inferências relacionadas à maior ou menor probabilidade de confirmação ou negação de proposições aplicadas ao caso (Flyvbjerg, 2006).

Nesse mesmo sentido, Yin (2015) destaca que o estudo de caso único, em contraposição aos casos múltiplos, pode se voltar ao exame de três situações. A primeira consiste em estudar um caso que permita confirmar ou refutar determinada teoria. Aqui, o emprego das inferências de maior ou menor probabilidade de confirmação ou negação sugeridas por Flyvbjerg (2006) parece ser oportuna, na medida em que pode contribuir para a seleção de casos nos quais haverá inequívoca ratificação ou rejeição da teoria posta à prova.

A segunda situação, de acordo com Yin (2015), se refere a um caso considerado raro ou extremo, isto é, cuja ocorrência não se verifica habitualmente e, exatamente em razão disso, justifica a realização de estudo sobre ele. A terceira hipótese, por sua vez, consiste em um caso inicialmente inacessível a estudos científicos que, em algum momento, passa a estar disponível para o pesquisador, de modo que, nessa situação, a escolha é justificada pela natureza reveladora do caso. Aplicando esse raciocínio à presente pesquisa, tem-se que o caso escolhido para estudo é o dos sujeitos atuantes em primeira instância do sistema de justiça, mais especificamente os Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos operantes na Comarca de Viçosa/MG, enquadrando-se na primeira situação apontada por Yin (2015), na medida em que testa teoria a partir de uma delimitação territorial ainda não estudada nessa perspectiva.

3.1.1 Por que estudar os sujeitos atuantes em primeira instância do sistema de Justiça?

A escolha da primeira instância de jurisdição e dos atores que nela exercem suas funções se justifica, em primeiro lugar, pelo fato de que a teoria a ser testada contém pressuposições acerca do comportamento desses sujeitos frente a judicialização da saúde. Evidentemente,

portanto, que a pesquisa precisa ser desenvolvida a partir do local de atuação desses sujeitos, isto é, a primeira instância de jurisdição.

Em segundo lugar, poder-se-ia discutir os motivos que sustentam a decisão de estudar a primeira instância em detrimento dos tribunais de segunda ou terceira instância. A esse respeito, o foco na primeira instância é motivado pela proximidade e contato direto dos sujeitos que nela atuam com os cidadãos usuários de políticas públicas, e não apenas com os processos judiciais e os documentos oficiais. Os agentes que atuam na porta de entrada do Poder Judiciário medeiam a relação entre o indivíduo e o Estado e são os primeiros a serem acionados quando os serviços públicos não contemplam as demandas dos usuários, em especial de saúde.

Embora se admita que os sujeitos atuantes em segunda ou terceira instância possam lidar com usuários de políticas públicas no exercício de suas funções, o contato direto ocorre com muito mais frequência na primeira instância. É o Defensor Público de primeira instância quem realiza o primeiro atendimento do cidadão hipossuficiente e o orienta, assim como é o Promotor de Justiça de primeira instância que lida e até patrocina, em primeiro lugar, os interesses de crianças, adolescentes, idosos ou pessoas com deficiência vulneráveis, tanto a partir de demandas individuais quanto por meio de ações coletivas. Essas circunstâncias exigem uma interação direta entre o agente de justiça e o cidadão. De igual modo, o Magistrado de primeira instância é o que primeiro proleta decisões no processo e coleta as provas, o que invariavelmente exige a realização de audiências com a presença e a oitiva dos usuários. Em suma, a dinâmica processual de primeira instância permite e favorece o contato direto entre os representantes do Estado e os cidadãos.

A proximidade não ocorre apenas em relação às pessoas, mas também pode se estender em relação aos entes públicos, especialmente os municípios. O contato entre os agentes do sistema judiciário e os gestores locais é facilitado principalmente pela proximidade física existente entre eles, o que nem sempre ocorre em instâncias superiores. Especificamente em relação à Viçosa/MG, o Fórum fica a um atravessar de rua do edifício da Prefeitura.

Esses sujeitos não apenas conhecem as demandas não supridas adequadamente pelas políticas públicas regulares, uma vez que elas dão origem ao ajuizamento de processos judiciais, como também são aqueles que determinam a elegibilidade dos cidadãos a respeito de certos benefícios governamentais, exercendo um papel crítico na oferta e no acesso aos serviços públicos (Lipsky, 2019). Assim, os que compõem a linha de frente do Poder Judiciário são relevantes fontes de informação, especialmente para a formação e aperfeiçoamento de políticas públicas (Lotta, 2021).

Nesse sentido, ao discutirem a atuação de juízes franceses e canadenses sob a perspectiva da burocracia de nível de rua, Biland e Steimetz (2017) apontam o alto volume de conflitos de natureza familiar com os quais as cortes francesas lidam cotidianamente, a exemplo de divórcios e demandas por pensão alimentícia. Frequentemente a resolução dessas disputas não se reduz à mera aplicação da lei, mas exige a realização de audiências e oitiva das partes para a prolação de uma decisão adequada e fundamentada. Isso porque disputas de natureza familiar frequentemente envolvem crianças e adolescentes que dependem do apoio material dos pais ou, ainda, um cônjuge em situação de vulnerabilidade que precisa do auxílio de agências governamentais de suporte. Entender essas demandas e dar a elas soluções razoáveis exige tempo dos juízes, o que, por outro lado, em razão da litigância em massa, nem sempre está disponível em quantidade e nos momentos necessários.

Biland e Steimetz (2017) apresentam a fala de um juiz francês, o qual relata já ter recebido reclamações pela demora em iniciar audiências e pondera que isso ocorre quando há necessidade de dedicar mais tempo à oitiva de um caso anterior, visto que em seu entendimento boas decisões precisam abordar questões fundamentais e isso, por sua vez, exige tempo para reflexão. De acordo com uma juíza canadense ouvida pelas autoras, o Direito de família é como uma peça de alta costura que precisa ser ajustada em cada caso, de acordo com as necessidades e a realidade particular de cada família.

Outro exemplo apresentado por Lipsky (2019) é o julgamento de casos criminais, haja vista que nesses casos, a uniformidade nas decisões pode contribuir para a coerência e redução de desigualdades no sistema penal, mas espera-se que as circunstâncias de cada crime sejam examinadas com sensibilidade para que uma resposta adequada seja dada para cada um dos casos. Nessa seara, Slee (2023) aponta como Defensores Públicos norte-americanos atuam para que as situações particulares de seus clientes sejam levadas em consideração pelo sistema judiciário criminal. Um dos exemplos emblemáticos trazidos pela autora é o de Jack, Defensor Público, e Fred Peterson, indivíduo em liberdade condicional com extenso histórico criminal e sujeito ao risco de encarceramento vitalício. A autora destaca que normalmente as entrevistas entre o Defensor e o representado duram apenas alguns minutos, mas no caso de Fred Peterson a conversa durou uma hora. Nesse tempo, Jack descobriu que seu cliente Fred sofria com esquizofrenia, transtorno bipolar e estresse pós-traumático causado por abuso sexual na infância, não tinha residência fixa, não dispunha de medicação adequada para o tratamento de sua condição de saúde e seu único relacionamento amoroso terminou com a morte de sua namorada com tiro de arma de fogo. Segundo a autora, Jack reconheceu que a vida de Fred era

marcada por sucessivos traumas e exigia tratamento alternativo, para o qual empenhou-se na elaboração de um memorando descrevendo o histórico do representado, propondo medidas de reabilitação adequadas e ao final um pedido de clemência.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado em relação a demandas de saúde. Assim como famílias diferentes exigem respostas adaptadas e apropriadas para seus conflitos e tal qual transgressões da lei penal carecem de uma avaliação individualizada para aplicação de sanções compatíveis, pacientes têm suas histórias e demandas particulares e esperam que esses aspectos únicos sejam levados em consideração pelo sistema de Justiça. Dessa forma, na esteira do que pontua Lipsky (2019), os agentes do sistema de justiça também estão sujeitos a situações nas quais há necessidade de avaliações sensíveis e que não se reduzem a formatos previamente programados ao tratarem de demandas de saúde.

3.1.2 Por que escolher a Comarca de Viçosa/MG?

A escolha da Comarca de Viçosa/MG como *locus* de desenvolvimento da pesquisa é fundamentada em razão de características próprias, as quais apontam para a pertinência de se desenvolver um estudo sobre a judicialização da saúde a partir desse espaço territorial. Na esteira das hipóteses de casos apresentadas por Yin (2015) e Flyvberg (2006), a Comarca de Viçosa/MG pode ser classificada como um caso passível de ser estudado individualmente, servindo como delimitação territorial relevante a testar proposições relacionadas ao objeto de estudo.

A relevância da Comarca de Viçosa/MG decorre dos elementos que a caracterizam e fazem dela um espaço hábil para estudo da judicialização da saúde. Sobre esses elementos, cabe destacar, em primeiro lugar, que ela está vinculada ao TJMG, o qual foi o segundo Tribunal no país que mais recebeu novos processos relacionados à saúde nos anos de 2015 a 2020 (CNJ, 2021), atrás apenas da Corte do Estado de São Paulo.

Há pesquisas que foram desenvolvidas em Municípios de referência em saúde no Estado de Minas Gerais para tratar características e repercussões da judicialização da saúde em âmbito local, a exemplo dos trabalhos realizados em Belo Horizonte (Araújo; Quintal, 2018); Uberlândia (Ricardo, 2019); Ipatinga (Carneiro et al., 2019); Montes Claros (Carnielle, 2021); Teófilo Otoni (Evangelista, 2018) e Uberaba (Caetano, 2018), sendo que Viçosa/MG e os agentes do sistema de justiça que atuam na cidade ainda não foram objeto de estudo específico.

A Comarca de Viçosa/MG recebe com certa regularidade novos processos relacionados à saúde pública, os quais repercutem diretamente nas despesas realizadas especificamente para

cumprimento de decisões judiciais. Enquanto polo de referência em saúde para as cidades da região, Viçosa/MG informou gastos relevantes com a satisfação de determinações judiciais relacionadas à saúde em um prazo relativamente curto de tempo. De acordo com informações disponibilizadas no Portal da Transparência do Município de Viçosa/MG, o volume de recursos empregados no cumprimento de prestações de saúde determinadas pelo Poder Judiciário triplicou em um lapso de cinco anos, saltando de aproximadamente 300 mil reais no ano de 2017 para mais de 900 mil reais em 2022 (Portal da Transparência, Viçosa, 2023a).

A regularidade de processos e o volume de recursos gastos com o cumprimento de decisões relacionadas à saúde não são os únicos fatores para escolha de Viçosa/MG. A relevância de temas tratados em alguns processos demonstra que Viçosa/MG tem sido local de discussões importantes acerca da judicialização da saúde, circunstância refletida em Tribunais Superiores. Exemplo disso é a admissão do Tema de Repercussão Geral 1.234 pelo STF, ocorrida em 09/09/2022, por meio do qual discute-se se a União deve obrigatoriamente figurar como réu em processos nos quais se pleiteie o fornecimento de medicamentos ou tratamentos que, embora registrados na ANVISA, não são fornecidos pelo SUS. Trata-se de assunto considerado de relevância nacional pela Suprema Corte cujo julgamento repercutirá nos diversos níveis da Administração Pública, tanto em relação ao Poder Judiciário quanto no que diz respeito ao Poder Executivo. Quando da identificação dos processos relevantes e que estão relacionados a esse tema, a partir de um universo que abrange todos os tribunais e órgãos jurisdicionais colegiados do país, o STF identificou quatro causas originárias de Viçosa/MG.

Há também estudo prévio que, embora não tenha tratado especificamente da judicialização da saúde, revelou que esse tema é objeto de atenção e preocupação de gestores locais. Nesse sentido, a pesquisa de Pinto (2018) tratou da governança de políticas públicas de saúde municipais e, ao discutir o tema, a judicialização da saúde surgiu como aspecto relevante no oferecimento de serviços de saúde em Viçosa/MG.

Em seu trabalho, Pinto (2018) pretendia obter contribuições do Ministério Público por meio de entrevista com o Promotor de Justiça atuante na área de saúde em Viçosa/MG, o que seria relevante para elucidação de aspectos acerca da judicialização da saúde. Todavia, as tentativas da autora de obter essas contribuições não foram exitosas e as discussões e conclusões alcançadas por ela, embora relevantes, restringiram-se à perspectiva de agentes atuantes no Poder Executivo. Este é um aspecto no qual o presente trabalho pretende avançar, não apenas em relação ao Ministério Público, como também a outros agentes do sistema de justiça que atuam localmente.

Viçosa/MG é polo de referência da microrregião de saúde para oito municípios: Araponga, Canaã, Cajuri, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta e Teixeiras, dos quais quatro - Canaã, Cajuri, Paula Cândido e São Miguel do Anta - compõem a Comarca homônima. O município de Coimbra, por sua vez, embora não faça parte da microrregião de saúde de Viçosa/MG, integra a respectiva Comarca. Enquanto sede da Comarca e referência de saúde para cidades da região, Viçosa/MG recebe demandas de baixa, média e alta complexidade em saúde tanto na seara administrativa, isto é, atendidas por meio das políticas públicas regulares, quanto judiciais, ajuizadas junto aos órgãos jurisdicionais em funcionamento na cidade.

A Comarca de Viçosa/MG contempla municípios com diferentes indicadores de saúde, os quais podem reproduzir, em pequena escala, situações verificáveis em outros polos de saúde do Estado de Minas Gerais. Nesse sentido, destaca-se o Índice Mineiro de Responsabilidade Social instituído no âmbito do Estado de Minas Gerais para mensurar o desempenho dos municípios mineiros nas áreas sociais, inclusive a saúde, a partir de indicadores pré-definidos. De acordo com o maior ou menor atendimento dos indicadores se atribui pontuação de 0 (zero) a 1 (um) ao município, em que 0 (zero) é o pior e 1 (um) o melhor desempenho. Posteriormente, o município é classificado em um dos cinco níveis que refletem o bom ou mau desempenho, segundo a pontuação atribuída a ele. De acordo com informações divulgadas pela Fundação João Pinheiro (FJP) relativas ao ano de 2020, dos cinco níveis possíveis de classificação dos índices de saúde, a Comarca de Viçosa/MG abarca municípios classificados em três deles, evidenciando a pluralidade de desempenhos mesmo em uma dimensão territorial reduzida (FJP, 2020).

É importante destacar, também, que as Comarcas são classificadas em entrâncias. De acordo com o TJMG, as entrâncias dizem respeito à classificação das Comarcas segundo o movimento forense e são parâmetros para progressão funcional de um Magistrado, Defensor Público ou Promotor de Justiça. Em Minas Gerais, as Comarcas são classificadas como de primeira entrância, segunda entrância ou entrância especial. As primeiras são aquelas para as quais os agentes em início de carreira são designados para exercer suas funções. As segundas representam um nível intermediário e, por fim, as Comarcas de entrância especial são aquelas de nível mais elevado em primeira instância (TJMG, 2019).

A Comarca de Viçosa/MG é classificada como de segunda entrância, o que significa que os agentes que nela atuam já foram promovidos em algum momento, mas ainda não atingiram o topo da carreira. Encontram-se, portanto, em uma situação intermediária, replicável

em maior ou menor grau em quase um terço das Comarcas do Estado de Minas Gerais, visto que das 298 Comarcas existentes no Estado de Minas Gerais, 94 são de segunda entrância (TJMG, 2022).

Portanto, os aspectos que caracterizam a Comarca de Viçosa/MG apontam para a pertinência de se fazer um estudo a partir dessa base territorial. A judicialização da saúde é tema recorrentemente analisado pelos órgãos do sistema Judiciário em funcionamento nessa Comarca e Viçosa/MG é referência para cidades de menor porte da região, recebendo demandas de saúde de diversos níveis de complexidade.

Não se desconhece que a discricionariedade é um dos aspectos que podem caracterizar a conduta dos agentes que atuam na porta de entrada do Judiciário, sendo esse um dos elementos que os qualificam como burocratas de nível de rua. À primeira vista, isso poderia representar obstáculo à generalização dos resultados obtidos na pesquisa, visto que o comportamento de um sujeito que atua em Viçosa/MG poderia ser, em razão da discricionariedade, absolutamente diferente daquele adotado por agente semelhante de outra localidade.

Todavia, a atuação de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos é marcada por uma característica própria que os distingue de outros burocratas de nível de rua: a lei determina que suas ações e decisões sejam registradas por escrito e fundamentadas. Ou seja, as razões que levaram o agente a atuar de certa forma em detrimento de outra são externalizadas na forma escrita com as respectivas motivações e, salvo as hipóteses de sigilo legal, são públicas e disponíveis para acesso. As possibilidades de verificação da generalidade dos resultados são, portanto, facilitadas.

3.2 Das técnicas de coleta e de análise de dados

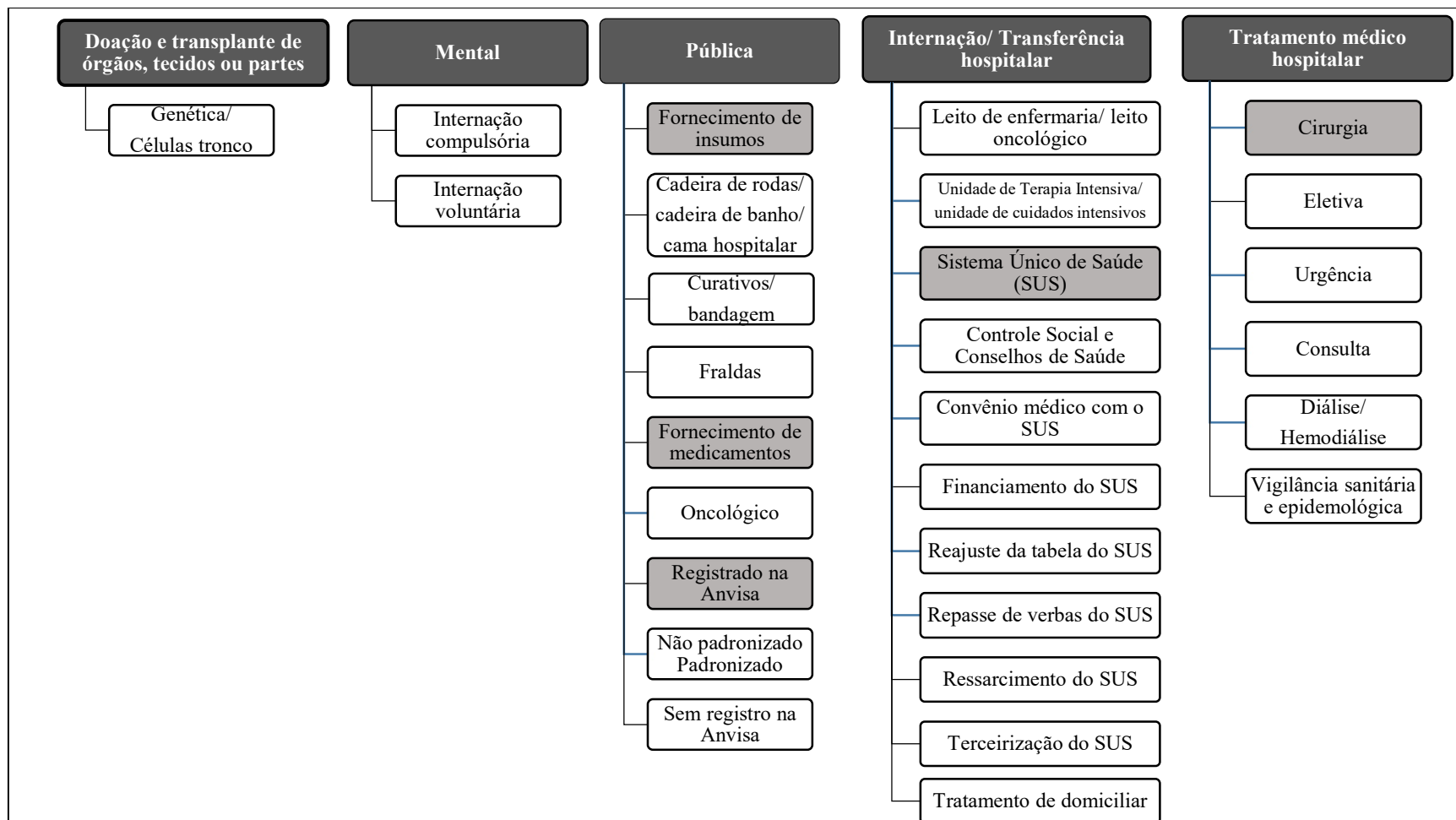
As técnicas de coleta de dados adotadas variam conforme o objetivo específico a ser alcançado. Em relação ao primeiro objetivo específico, a coleta de dados se dá a partir de fontes secundárias, por meio de análise documental. Bardin (2016) destaca que a análise documental é uma forma de tratar a informação contida nos documentos, dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, de tal forma que se obtenha o máximo de informações, com o máximo de pertinência.

As fontes de dados são processos judiciais de saúde ajuizados na Comarca de Viçosa/MG desde Agosto de 2017, data em que implantado o Processo Judicial Eletrônico (PJe) na Comarca de Viçosa/MG (TJMG, 2017), até Agosto de 2023, de acordo com o cronograma de elaboração da Dissertação. O âmbito de análise compreende, portanto, os novos processos

relacionados à saúde ajuizados na Comarca de Viçosa/MG em desfavor de entes públicos no horizonte temporal de seis anos.

Dentre os processos examinados, considerou-se aqueles ajuizados contra o Estado de Minas Gerais e/ou os municípios que integram a Comarca de Viçosa/MG, a saber: Viçosa, Paula Cândido, Cajuri, Coimbra, São Miguel do Anta e Canaã. Os processos foram identificados por meio da plataforma PJe do TJMG, na qual, ressalvadas as hipóteses legais de sigilo, os referidos estão disponíveis para consulta pública. A busca pelos processos foi orientada pela lista de assuntos processuais disponibilizada pelo CNJ. Pesquisou-se processos indexados a um ou mais dos 34 sub-assuntos ligados ao assunto geral “Direito da Saúde”, indicados no Quadro 2. Temporalmente, a busca foi limitada aos processos judiciais ajuizados entre 07/08/2017 e 07/08/2023.

Quadro 2 – Subassuntos vinculados ao Direito da Saúde



Fonte: elaboração própria.

Os dados foram extraídos manualmente dos processos e, em relação a eles, foram considerados os seguintes aspectos para análise: **a)** característica do(a) autor(a) do processo; **b)** forma de representação jurídica do(a) autor(a) do processo; **c)** natureza das prestações pleiteadas; **d)** entes federativos contra os quais o processo foi ajuizado; **e)** valor atribuído à causa pelo autor do processo; **f)** percentual de sucesso dos pedidos formulados no processo. O Quadro 3 sintetiza as características examinadas em cada processo.

Quadro 3 – Características avaliadas nos processos judiciais

a) Autor do processo	b) Representação jurídica	c) Natureza da prestação pretendida	d) Demandados no processo	e) Valor atribuído à causa	f) Percentual de sucesso do pedido
Gênero Idade Endereço	Representado pela Defensoria Pública Representado por advogado particular Representado por advogado dativo Sem representação por advogado	Medicamento Insumo Procedimento/Exame Cirurgia Consulta médica Internação compulsória	Município e Estado em conjunto Somente o Município Somente o Estado	De acordo com estimativa feita pelo autor e informada no processo	Em caráter liminar, por meio da obtenção de tutela de urgência; De forma definitiva em sentença.

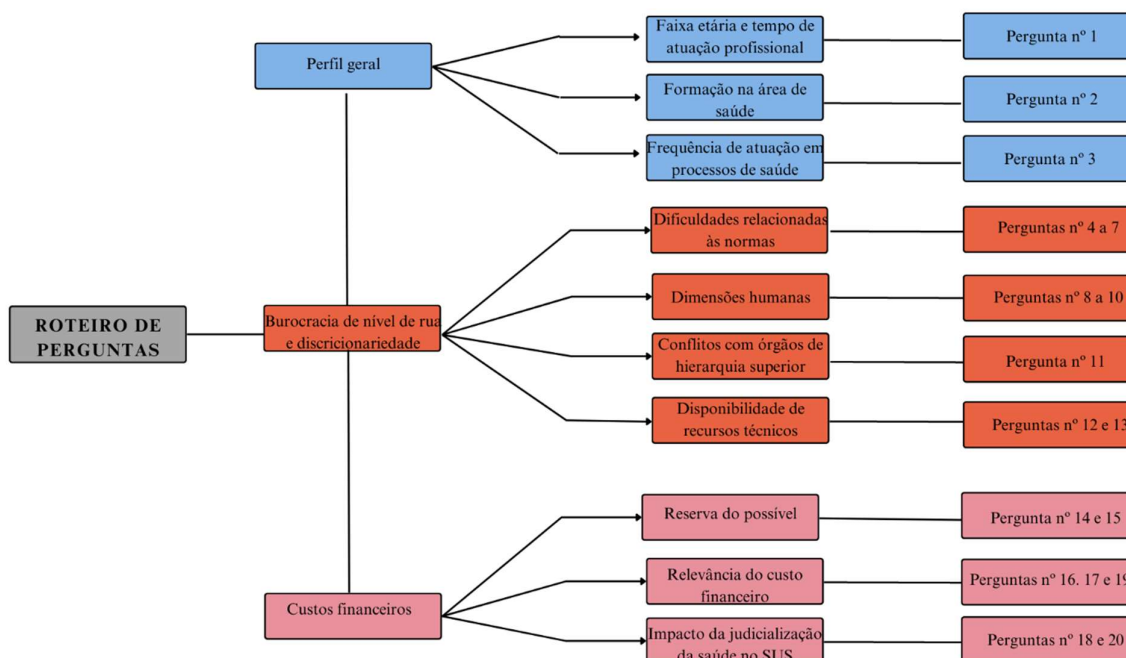
Fonte: elaboração própria.

A busca segundo os critérios já mencionados resultou em um total de 344 processos. Destes, 333 são ações individuais, sete se referem a ações movidas pelo Ministério Público em desfavor de ente público para implantação de política pública de caráter geral, e, ainda, os demais quatro casos tratam de ressarcimento pleiteado por um ente federativo em desfavor de outro. Com auxílio do *software* Excel os dados foram organizados, tabulados e categorizados para, posteriormente, servirem de base à discussão e a elaboração das figuras que ilustram o trabalho.

Em relação ao segundo objetivo específico, consistente em analisar como Juízes, Defensores Públicos e Promotores de Justiça atuantes em primeira instância do Poder Judiciário na Comarca de Viçosa/MG percebem a judicialização da saúde e os custos das decisões judiciais relacionadas a esse fenômeno, a coleta de dados ocorreu por meio de fonte primária, por meio de entrevistas realizadas a partir de roteiro semiestruturado de perguntas aplicadas junto a quatro Magistrados, três Defensores Públicos e três Promotores de Justiça atuantes na Comarca de Viçosa/MG, totalizando dez participantes de um total de doze possíveis. O roteiro de perguntas (Apêndice II) e seus pressupostos foi elaborado em três partes: perfil geral do

participante; burocracia de nível de rua e discricionariedade, e; custos financeiros. Os pressupostos das questões apresentadas aos participantes são sumarizados a partir da Figura 1 e são explicados de forma detalhada adiante.

Figura 1 – Sumário do roteiro de perguntas e seus pressupostos



Fonte: elaboração própria.

A primeira parte do roteiro de perguntas é voltada a apresentar informações gerais sobre o participante, sendo composta pelas questões de número 1 a 3. Nesse ponto, as informações obtidas se referem à faixa etária do participante, o tempo de atuação como Magistrado, Promotor de Justiça ou Defensor Público, a formação técnica ou acadêmica na área de saúde ou Direito sanitário e, por fim, a frequência com a qual o referido lida com processos de saúde.

A segunda parte do roteiro contém perguntas que objetivam identificar elementos da burocracia de nível de rua na atuação desses agentes (Cavalcanti; Lotta; Pires, 2018; Lipsky, 2019). Dessa maneira, buscou-se obter a partir das perguntas de número 4 a 7 informações a respeito do modo como os participantes, na condição de responsáveis pela aplicação dessa multiplicidade de normas, identificam e lidam com eventuais dificuldades de compreensão, acesso e regulamentação excessiva no SUS.

Outro aspecto marcante da atuação dos burocratas de nível de rua consiste na consideração das dimensões humanas ao lidar com situações que lhes são apresentadas (Biland; Steimetz, 2017; Lipsky, 2019; Slee, 2023). Sendo assim, as perguntas de nº 8 a 10 são voltadas

a identificar como os participantes lidam com aspectos que ultrapassam a formalidade da lei ao se depararem com processos de saúde. Esses aspectos, por sua vez, se referem tanto às narrativas apresentadas pelos pacientes nos processos, isto é, de que modo esses agentes encaram as particularidades trazidas por cada pessoa em suas respectivas demandas, quanto aos sentimentos que essas demandas despertam nos próprios agentes do sistema judiciário.

Outros elementos próprios da burocracia de nível de rua são a existência de conflitos entre aqueles que desenvolvem suas funções em níveis hierárquicos inferiores com aqueles de hierarquia superior e a indisponibilidade de recursos para o exercício adequado de suas funções (Cavalcanti; Lotta; Pires, 2018; Lipsky, 2019). Há posições conflitantes entre órgãos jurisdicionais a respeito do trato dado aos processos judiciais de saúde. Órgãos de alta hierarquia divergem entre si e em relação a outros órgãos de nível hierárquico inferior a respeito do encaminhamento dado a demandas de saúde judicializadas (Sathler; Santos, 2023). A pergunta de número 11 do roteiro objetiva verificar, dessa forma, se os agentes do sistema de justiça de primeira instância identificam a existência desses conflitos e, em caso positivo, de que modo os referidos lidam com as divergências no exercício cotidiano de suas funções.

No que diz respeito à disponibilidade de recursos, Lipsky (2019) aponta que os burocratas de nível de rua desempenham suas funções sem necessariamente dispor das ferramentas e condições idealmente adequadas para tanto. A existência ou a ausência de recursos de auxílio para demandas de saúde são os objetos das perguntas de nº 12 e 13, as quais objetivam verificar se os agentes atuantes em primeira instância têm à sua disposição ferramentas capazes de colaborar na resolução de processos judiciais de saúde e se eles as utilizam cotidianamente.

A terceira parte do roteiro é composta pelas perguntas de nº 13 a 20. Todas elas são voltadas a identificar como os participantes reconhecem e lidam com o custo financeiro enquanto um elemento inerente à disponibilização de prestações de saúde (Pereira, 2012; Alcântara, 2014; Moraes, 2016; Evangelista, 2018); além de outros recursos que são disponibilizados para atender processos judiciais de saúde, como recursos humanos.

As perguntas de nº 14 e 15 objetivam identificar a frequência com que os participantes se deparam com argumentos relacionados à escassez de recursos ou limitação orçamentária e qual é o posicionamento do referido em relação a esses argumentos que, sumarizados, representam o argumento da reserva do possível.

As perguntas de nº 16, 17 e 19 objetivam apresentar aos participantes a visão de Wang (2021b) sobre a atuação do Poder Judiciário em relação à judicialização da saúde e permitir que

os primeiros apresentem suas considerações sobre a relevância dos custos financeiros envolvidos no deferimento de prestações de saúde, inclusive no que diz respeito à possibilidade de se estabelecer um equilíbrio entre o direito fundamental à saúde e as restrições orçamentárias experimentadas pelos entes públicos. A pergunta de nº 18, por sua vez, é voltada a compreender como os participantes lidam com demandas de natureza individual, consideradas em alguns aspectos problemáticas por representarem um trunfo contra as políticas públicas de saúde. A pergunta de nº 20 reproduz questionamento semelhante apresentado por Segatto (2018) a Magistrados atuantes em primeira instância no Estado de São Paulo e permite que os participantes apresentem suas impressões sobre a judicialização da saúde de uma forma geral e das repercussões que ela pode trazer para o SUS.

Na Comarca de Viçosa/MG atuam quatro Magistrados, quatro Defensores Públicos e quatro Promotores de Justiça, totalizando 12 agentes do sistema de Justiça. Destes, 10 concordaram em participar da pesquisa, dos quais quatro são Magistrados, três Defensores Públicos e três Promotores de Justiça. Sendo assim, as entrevistas foram agendadas com cada um individualmente, realizadas entre os meses de julho e outubro de 2023 e gravadas em áudio com a autorização dos participantes. Em seguida, as gravações foram transcritas.

Após a transcrição, adotou-se a análise dos resultados aplicando a técnica de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2016), a análise de conteúdo se organiza em torno de três polos cronológicos: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré análise é a fase da organização propriamente dita, que tem como objetivo sistematizar as ideias iniciais; a exploração do material consiste na aplicação sistemática das decisões tomadas, a partir de procedimentos aplicados; já o tratamento dos resultados consiste em propor inferências e interpretações a partir dos objetivos estabelecidos, assim como a geração de figuras, quadros e modelos (Bardin, 2016).

Na fase da pré análise, as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. Na exploração do material, as transcrições serviram de base para a geração de cinco categorias analíticas para estudo, denominadas: **i)** Dificuldades relacionadas ao regramento do SUS; **ii)** Aspectos humanos percebidos nos processos; **iii)** Conflitos de entendimentos de órgãos de nível hierárquico superior do Poder Judiciário; **iv)** Custos financeiros; e, **v)** Repercussões da judicialização da saúde. Já o tratamento dos resultados obtidos consiste na interpretação dos resultados apresentados nas categorias analíticas, a partir da apresentação das falas dos participantes, análise do material das entrevistas e corroboração com a literatura.

Nos tópicos subsequentes o conteúdo das entrevistas e as categorias geradas são apresentadas e discutidas. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFV sob o número 6.163.326, cujo parecer constitui o Apêndice III.

4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA COMARCA DE VIÇOSA/MG

As dimensões continentais e as diferenças regionais existentes no Brasil fazem com que não haja um único fenômeno da judicialização da saúde. Disso decorre a necessidade de identificar e abordar os diferentes tipos de judicialização da saúde existentes no Brasil com o intuito de, em primeiro lugar, compreender os aspectos relacionados a esse fenômeno em um determinado território e, em segundo lugar, estabelecer uma base de informações capaz de fundamentar a proposição de ações voltadas a tratá-lo adequadamente e aprimorar as políticas públicas de saúde de forma geral (CNJ, 2019).

Estudos têm sido produzidos na tentativa de traçar um perfil daqueles que batem às portas do Poder Judiciário na busca por uma prestação de saúde. Tanto a nível federal (Nogueira; Camargo, 2017; Tribunal de Contas da União, 2017), estadual (Vilvert et. al., 2019; Barros, 2020) quanto municipal (Oliveira; Souza, 2014; Santos, 2017; Batistella et. al, 2019), esses trabalhos buscam revelar as principais características da judicialização da saúde em seus respectivos âmbitos de análise, em um esforço voltado à descoberta e à compreensão das semelhanças e diferenças existentes nas diversas partes do Brasil.

Nesse contexto, apresenta-se a seguir o quadro da judicialização da saúde na Comarca de Viçosa/MG. O principal foco de análise são 333 processos ajuizados (Apêndice IV) contra os entes públicos, por meio dos quais um cidadão, de maneira individual, pleiteou o acesso a uma determinada prestação de saúde. A discussão acerca dos resultados obtidos está dividida em seis partes, de acordo com os aspectos considerados relevantes pelo referencial teórico e pelos próprios participantes. Em primeiro lugar, são apresentadas características inerentes aos cidadãos que ajuizaram ações relacionadas à saúde. Posteriormente, o foco da discussão é direcionado à representação jurídica e as implicações que podem decorrer desse fato. Em seguida, a análise é voltada à natureza das prestações pleiteadas. Na sequência, são apresentados elementos sobre os entes públicos contra os quais as referidas prestações foram dirigidas. Em quinto lugar, o exame é direcionado ao valor financeiro atribuído aos processos. Por fim, discute-se o percentual de sucesso dos pedidos formulados nos processos.

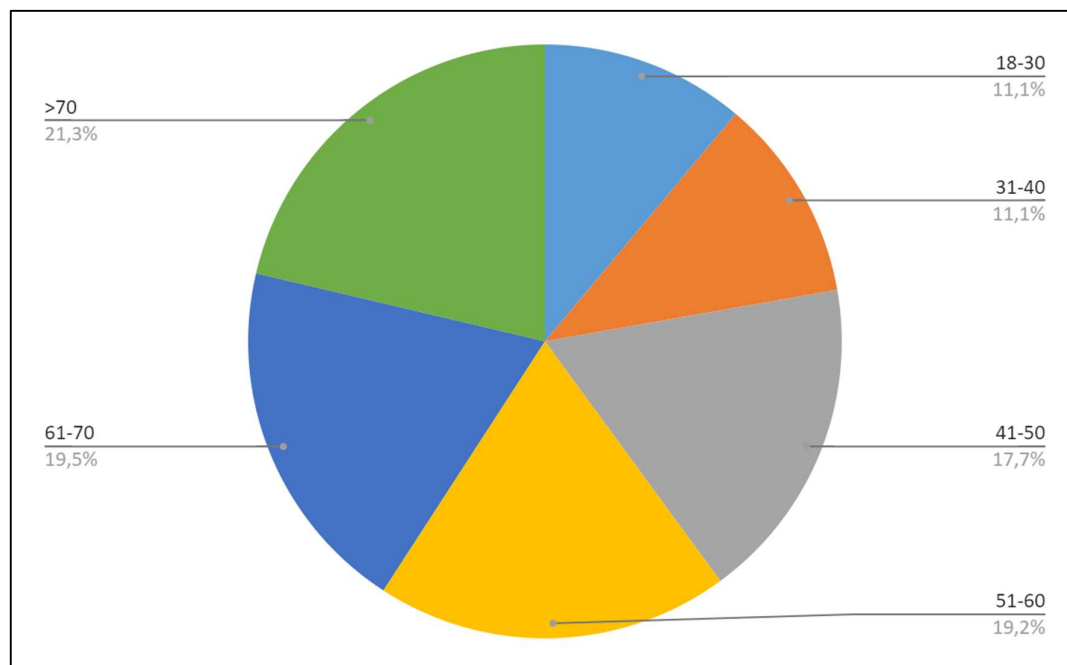
4.1 Quanto ao cidadão autor do processo

Analisando os processos ajuizados individualmente, os resultados encontrados na Comarca de Viçosa/MG evidenciam que 56% das autoras são mulheres, contra 44% de homens. Isso confirma tendência observada em outros estudos de que a maior parte do público que busca prestação de saúde na seara judicial é constituída por mulheres (Oliveira; Souza, 2014; Batistella et al., 2019; Barros, 2020; Maduro; Pereira, 2020). Ao traçar um perfil da judicialização da saúde no município de Uberaba/MG, Caetano (2018) encontra resultado semelhante ao evidenciar a prevalência de ações individuais, ajuizadas por mulheres tendo por principal objeto o acesso a medicamentos.

O papel de cuidado e zelo que é esperado e assumido pelas mulheres em relação a si mesmas e para com os de sua família é um fator a ser considerado para explicar a preponderância das referidas como autoras dos processos (Werba, 2010). Com efeito, é socialmente esperado que as mulheres incorporem funções de dedicação e atenção, o que repercute diretamente na saúde, tanto da própria mulher quanto de seus familiares. Sendo assim, havendo uma demanda de saúde a ser satisfeita, é esperado que a mulher adote as providências necessárias para tanto, no que se inclui o ajuizamento de uma ação judicial.

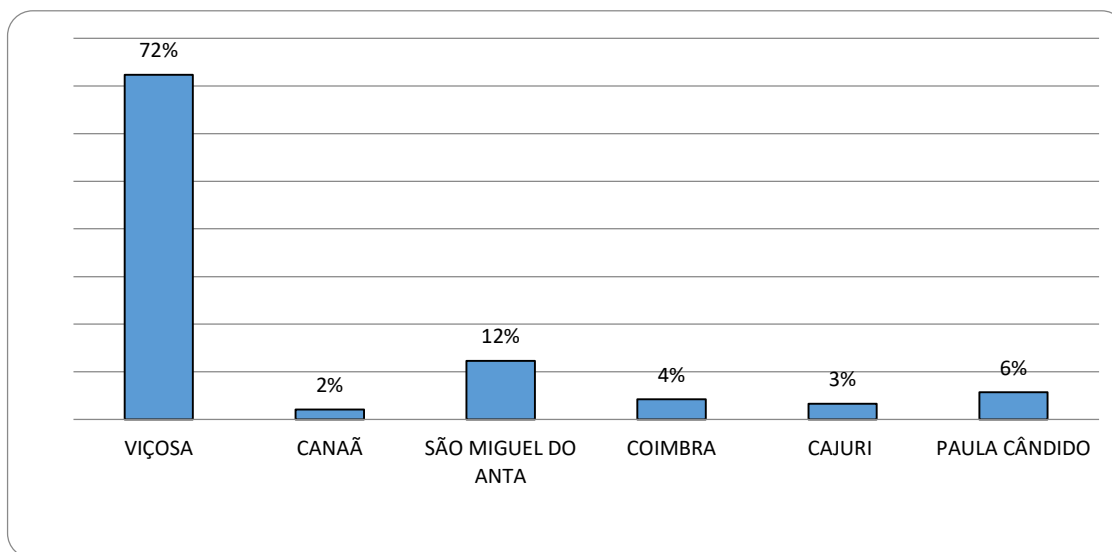
Galvão et al. (2021) acrescentam que contextos sociais desfavoráveis aos quais estão submetidas, a exemplo de trabalhos precários, rendimentos menores e violência, são fatores que contribuem negativamente nas condições de saúde das mulheres, de modo que o acionamento do Poder Judiciário pode revelar-se medida necessária para superação dessas circunstâncias e efetivação do direito à saúde. Carneiro, Adjuto e Alves (2019) e Finatto et al. (2021) acrescentam que o autocuidado e a preocupação com a saúde são questões sobre as quais as mulheres tendem a estar mais atentas em comparação com os homens, que, em contraposição, usualmente procuram serviços e cuidados de saúde com menor frequência. Somadas, essas circunstâncias sugerem explicações para a predominância de litigantes do sexo feminino.

Quanto à faixa etária dos litigantes, aqueles legalmente definidos como idosos, isto é, com idade igual ou superior a 60 anos, são responsáveis por 41% dos processos. Considerando aqueles que têm idade igual ou superior a 51 anos, esse percentual é majorado para 60%. As faixas etárias com o menor número de litigantes são aquela com idade igual ou inferior a 30 anos de idade e entre 31 e quarenta anos de idade. A Figura 2 a seguir ilustra essas informações.

Figura 2 – Faixa etária dos litigantes

Fonte: elaboração própria.

No que diz respeito ao endereço informado pelos cidadãos quando do ajuizamento do processo, a expressiva maioria reside no município de Viçosa/MG, polo de referência para as cidades que integram a Comarca homônima. Em seguida, São Miguel do Anta, Paula Cândido, Coimbra, Cajuri, e Canaã, nessa ordem, compõem a lista dos Municípios de origem com mais litigantes em saúde, conforme ilustra a Figura 3.

Figura 3 – Município de origem dos litigantes

Fonte: elaboração própria.

Embora Paula Cândido seja, à exceção de Viçosa, o município com a maior população, ele foi apenas o terceiro com maior número de cidadãos litigando na área de saúde, atrás de São Miguel do Anta que, por sua vez, embora tenha população inferior à de Coimbra, teve três vezes o número de processos ajuizados por seus respectivos cidadãos em relação a este último. A realização de estudos empíricos nesses municípios pode revelar as causas da maior ou menor litigância judicial na saúde, principalmente à vista do alcance e efetividade das políticas públicas de saúde regulares oferecidas nessas cidades.

Especificamente em relação à Viçosa/MG, origem do maior número de litigantes, a maior parte destes declarou residir em bairros periféricos. À exceção do Centro, os bairros com maior número de litigantes são Santo Antônio, Nova Viçosa e Bom Jesus, respectivamente. Os bairros Bela Vista, Fátima e Santa Clara foram mencionados em no mínimo 10 processos, sendo seguidos por São José e Silvestre. Tratam-se de bairros habitados, em sua maioria, por pessoas cuja renda tende a ser sensivelmente inferior àquela verificada em outros bairros também mencionados nos processos, a exemplo de Clélia Bernardes e Ramos.

Quase a totalidade dos cidadãos cujos processos foram examinados declararam morar na cidade. Em Viçosa/MG, apenas nove processos foram ajuizados por pessoas que declararam residir na zona rural, o que representa menos de 3% dos casos. Isso converge com apontamentos feitos em estudos sobre o tema, no sentido de que a judicialização da saúde é um fenômeno urbano (Vasconcelos et. al., 2017; Santos et. al., 2020). A diferença de acesso aos serviços de saúde entre as populações da cidade e do campo é um problema já conhecido, com raízes ligadas às características históricas do Brasil e decorre de fatores como a dificuldade de transporte, baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade e a falta de informações adequadas (Arruda et. al., 2018).

Mesmo sujeitos a condições específicas de risco à saúde (Fenzke et. al, 2018), os moradores de áreas rurais pouco demandaram prestações de saúde judicialmente, embora representem mais de 40% da população residente nos municípios de Paula Cândido, Cajuri, Canaã e São Miguel do Anta e correspondam a quase 7% da população viçosense (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010; Santos, 2013; Instituto Água e Saneamento, 2021). Essa situação pode ser justificada ao menos em parte pelo fato de a Defensoria Pública Estadual ser sediada no Centro da cidade de Viçosa/MG, o que pode impor óbices relacionados ao deslocamento necessário para atendimento do cidadão e, principalmente, para divulgação de informações a respeito de garantias e direitos fundamentais. À semelhança de situações

verificadas por Oliveira e Souza (2014) e Sant'ana (2018), a Defensoria Pública é a principal responsável pelo patrocínio de causas relacionadas à saúde na Comarca de Viçosa/MG e, portanto, exerce papel relevante na busca de acesso desse direito pela via judicial.

Sem a Defensoria Pública, resta ao cidadão buscar os serviços de um advogado particular, requerer a designação de um advogado dativo ou, ainda, nos casos em que a lei admite, ajuizar o processo sem estar representado por advogado. Todavia, o baixo poder aquisitivo, a baixa escolaridade e a falta de informações são características que podem obstaculizar a adoção de providências nesse sentido pela população do campo. Dessa forma, dificuldades de acesso à Defensoria Pública podem representar desafios ao acesso ao próprio Poder Judiciário e às políticas públicas de saúde.

Assim, embora o Poder Judiciário possa ser uma alternativa para a efetivação de direitos não disponibilizados administrativamente pelo Poder Executivo, o acesso a ele está sujeito aos mesmos obstáculos apontados pela literatura em relação aos serviços regulares de saúde, representando mais um entrave à efetivação desse direito constitucionalmente assegurado.

As informações relacionadas ao gênero, faixa etária, local de residência e representação jurídica indicam um panorama geral do público que tem buscado o Poder Judiciário para ter acesso a prestações de saúde. Essas informações também permitem identificar quem não está judicializando e, dessa maneira, mapear possíveis vazios duplos de acesso - tanto às políticas públicas de saúde quanto ao próprio Poder Judiciário. Estudos empíricos são necessários, portanto, para aprofundar o conhecimento das características inerentes aos litigantes de saúde em âmbito local, especialmente considerando a discrepância do número de processos nos quais os cidadãos declaram residir na zona urbana, em relação à zona rural.

4.2 Quanto à representação jurídica dos litigantes

No que se refere à representação jurídica dos cidadãos, tem-se que a Defensoria Pública foi responsável pelo patrocínio de 75% das causas examinadas, seguida da representação por advogado particular com 22%, o que corresponde a 250 e 74 casos, respectivamente. Para os outros 9 casos, em 8 o cidadão não foi representado por Defensor Público ou advogado e uma ação foi movida pelo Ministério Público em representação individual. Não houve representação por meio de advocacia dativa.

Segundo Mendes (2021), o protagonismo da Defensoria Pública, principalmente as estaduais, é característica marcante da judicialização da saúde, tanto na promoção de ações

individuais quanto coletivas destinadas à tutela do respectivo direito. Isso ocorre, segundo o autor, porque as Defensorias Públicas Estaduais são interiorizadas no país e, assim, conseguem manter contato direto com a população economicamente hipossuficiente, que é mais dependente de serviços públicos e atingida direta e mais sensivelmente pela ineficiência estatal na área de saúde.

Mendes (2021) destaca que a atuação da Defensoria Pública no âmbito da saúde não se restringe ao patrocínio de ações individuais, embora estas ainda sejam maioria. Com efeito, ações coletivas destinadas a tutelar o direito à saúde de forma ampla e para uma coletividade determinada ou indeterminada de pessoas, bem como o ajuizamento de processos voltados a exercer controle sobre o orçamento e as finanças dos entes públicos, constituem medidas adotadas pela instituição com vistas a garantir o acesso aos serviços de saúde e a adequada destinação de recursos às políticas públicas dessa área.

A intensa atuação da Defensoria Pública na representação de interesses individuais de cidadãos não se repetiu no patrocínio de causas coletivas na Comarca de Viçosa/MG. Todos os sete processos identificados que trataram da implementação ou do aperfeiçoamento de políticas públicas de forma geral, em caráter coletivo, foram ajuizadas pelo Ministério Público. Em nenhuma dessas ações se pleiteou o aperfeiçoamento da política de assistência farmacêutica, embora o objeto mais solicitado nos processos de saúde tenha sido o acesso a medicamentos.

A atuação da Defensoria Pública na área da saúde também permite identificar dados gerais a respeito da situação econômica e patrimonial dos litigantes representados por ela. Dos critérios estabelecidos para atendimento de cidadãos pela Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais (DPMG) destacam-se: **i)** ter renda mensal individual de até três salários mínimos ou renda mensal familiar de até quatro salários mínimos; **ii)** não ter bens móveis de valor superior a 40 salários mínimos, exceto os instrumentos de trabalho; **iii)** não ter aplicação financeira ou investimentos de valor superior a 40 salários mínimos; **iv)** não ter bens imóveis em valor total superior a 300 salários mínimos. Todos esses requisitos são cumulativos e devem ser satisfeitos por aqueles que pretendam ser assistidos pela Defensoria (DPMG, 2020).

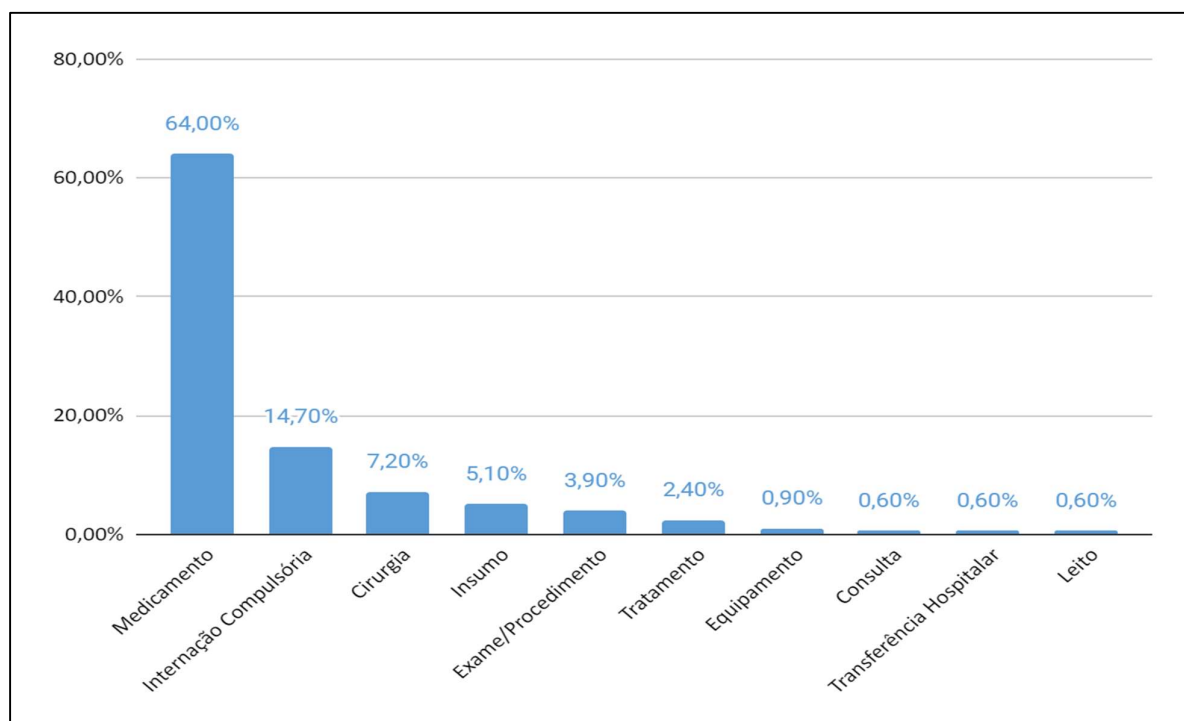
Além disso, independentemente de critérios financeiros, a DPMG também atua na representação de grupos populacionais específicos e sujeitos a vulnerabilidades, tais como mulheres em situação de violência doméstica e familiar, pessoas com deficiência e minorias raciais, étnicas, sexuais, religiosas, ou de outra natureza (DPMG, 2020). O protagonismo da Defensoria Pública como representante jurídica dos cidadãos na maioria dos casos analisados denota que a hipossuficiência econômica e a sujeição a alguma espécie de vulnerabilidade são

características da judicialização da saúde em âmbito local. Somadas à predominância de litigantes mulheres, idosos e residentes em bairros periféricos, essas circunstâncias sugerem tratar-se de público majoritariamente carente.

A judicialização da saúde na Comarca de Viçosa/MG é marcada, de forma geral, por demandas originadas de pessoas majoritariamente carentes e sujeitas a alguma espécie de vulnerabilidade. Analisada sob o ângulo de Sant'ana (2018), essa parcela da população representada pela Defensoria Pública encontra no Poder Judiciário uma saída para a ausência ou ineficiência das políticas públicas de saúde. Por outro lado, a judicialização nem sempre decorre da omissão ou da incapacidade estatal. Conforme será tratado no tópico seguinte, o acionamento do Poder Judiciário pode representar uma forma de obter acesso a determinada prestação que o Estado expressamente decidiu não disponibilizar na rede pública.

4.3 Quanto à natureza do objeto pretendido

Dentre os processos analisados, o que mais se pleiteou foi o acesso a medicamentos, representando 213 casos de 333 possíveis, o que representa 64%. Na sequência, tem-se a internação compulsória, cirurgia e insumos, em 49, 24 e 17 casos, respectivamente. As prestações menos pleiteadas foram a consulta médica e a disponibilização de leito, ocorridas em apenas 2 oportunidades cada uma. A Figura 4 ilustra esses dados.

Figura 4 – Natureza do objeto pleiteado

Fonte: elaboração própria.

Os resultados obtidos reforçam conclusões já alcançadas em outros estudos, no sentido de que os medicamentos são os objetos mais pleiteados perante o Poder Judiciário quando o assunto é saúde (Vilvert et. al, 2019; CNJ, 2021). Evangelista (2018) também constatou que os medicamentos são o objeto mais pleiteado e que o número de processos judiciais nos quais o ente municipal foi parte aumentou na comparação entre os anos de 2016 e 2017, passando de 140 para 232, ao estudar o município de Teófilo Otoni/MG.

A recorrência de processos nos quais se pleiteia internação compulsória, sendo este o segundo objeto mais solicitado, pode ser justificada pela imprescindibilidade de acionamento do Poder Judiciário para essa finalidade. Por determinação da Lei Federal n. 10.206, de 6 de abril de 2021, a internação compulsória é aquela determinada pela Justiça, o que torna a via judicial inescapável.

A predominância dos pedidos de acesso a medicamentos poderia levar a crer, em um primeiro momento, que faltam políticas públicas destinadas a atender à demanda de acesso a medicamentos ou que as políticas existentes nesse sentido são gravemente ineficientes a ponto de causar sucessivos acionamentos do Poder Judiciário. Os dados encontrados exigem, no entanto, explicações diversas.

Dos 213 casos nos quais se pleiteou o acesso a medicamentos, em 50 deles o pedido consistiu na disponibilização da Rivaroxabana ou da Liraglutida, sendo estes os medicamentos mais solicitados. Considerando-se também os medicamentos Apixabana, Duloxetina, Pregabalina e Nintedanibe, o número de processos nos quais se solicitou o acesso a eles é majorado para 73. Esses medicamentos têm em comum o fato de terem sido apreciados pela CONITEC e recebido recomendação desfavorável à incorporação ao SUS para tratamento de alguma doença.

A competência para inclusão de novos medicamentos ao rol daqueles fornecidos pelo SUS é atribuída exclusivamente à União pelo artigo 19-Q da Lei Federal n. 8.080 (Brasil, 1990). Portanto, cabe ao Ministério da Saúde deliberar se um determinado medicamento será incluído na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a qual contém o rol de medicamentos que são ofertados pelo SUS de forma universalizada para tratamento de diversas doenças e agravos. Os medicamentos contemplados pela RENAME são objeto de classificação e integram o Componente Especializado, Estratégico ou Básico. Essa classificação define quem são os entes federativos responsáveis, isolada ou conjuntamente, pela aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação ao usuário. Dessa forma, existem definições de competências e responsabilidades em relação a cada um dos medicamentos que compõem a RENAME e que, em última análise, são ofertados pelo SUS à população.

De acordo com o Decreto Federal n. 7.646/2011 (Brasil, 2011), a CONITEC é um órgão colegiado que tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, incluindo medicamentos. Assim, o Ministério da Saúde conta com a assessoria CONITEC para decidir quais e em que condições determinada tecnologia deve ser incorporada ao SUS. Originalmente, a CONITEC era composta pelo Plenário e por uma Secretaria Executiva e dela faziam parte 13 membros indicados pelo próprio Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pelos Conselhos Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

O Decreto Federal n. 11.161/2022 (Brasil, 2022), promoveu alterações na estrutura e na composição da CONITEC. O Plenário deixou de existir e deu lugar a Comitês específicos para análise de medicamentos, produtos e procedimentos e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Esses comitês passaram a ser os responsáveis por emitir relatórios e pareceres

técnicos a respeito da incorporação, exclusão ou alteração, pelo SUS, de tecnologias em saúde, da atualização da RENAME e da constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, todos com a finalidade de assessoramento do Ministério da Saúde. Além disso, cada Comitê passou a ser composto por 15 membros, indicados pelas instituições mencionadas anteriormente e acrescidas da Associação Médica Brasileira e do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS).

A incorporação de novas tecnologias de saúde, incluindo medicamentos, é analisada pela CONITEC à luz das evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do objeto, bem como a partir de aspectos econômicos relacionados aos benefícios e custos em relação às tecnologias já incorporadas ao SUS. Havendo deliberação da CONITEC pela incorporação ao SUS, encaminha-se parecer nesse sentido ao Ministério da Saúde, o qual detém o poder decisório final. Efetivada a incorporação ao SUS, as responsabilidades e competências acerca da aquisição, distribuição e dispensação do produto são pactuadas pelos gestores de saúde das esferas federal, estadual e municipal em comissões próprias.

No caso da Apixabana e da Rivaroxabana, o pedido de incorporação ao SUS para tratamento de fibrilação atrial crônica não valvar foi protocolado em 11 de março de 2015 (Brasil, 2023). Em fevereiro de 2016, após apreciação preliminar e realização de consulta pública, a CONITEC publicou relatório por meio do qual recomendou a não incorporação desses medicamentos ao SUS, sob o fundamento de que haveria significativo impacto orçamentário sem a garantia de eficácia superior em relação a alternativa medicamentosa ofertada pela rede pública para essa mesma finalidade (CONITEC, 2016). Ato contínuo, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde publicou a Portaria SCTIE nº 11, de 4 de fevereiro de 2016, decidindo expressamente pela não incorporação desse medicamento ao SUS.

A decisão a respeito da não incorporação do Esilato de Nintedanibe para tratamento de fibrose pulmonar idiopática foi semelhante. O pedido de incorporação do medicamento foi protocolado em 20 de dezembro de 2017 (Brasil, 2023) e a CONITEC expediu relatório desfavorável ao pedido em dezembro de 2018 no qual esclareceu haver incertezas em relação ao real benefício do medicamento em retardar a progressão da doença ou melhorar a qualidade e tempo de vida dos pacientes, bem como quanto à sua capacidade de prevenir ou reduzir a deterioração aguda da patologia (CONITEC, 2018). Posteriormente, a Portaria SCTIE n. 86, de 24 de dezembro de 2018, materializou a decisão do Ministério da Saúde em não incorporar o medicamento ao SUS.

Já a solicitação de incorporação da Liraglutida 3mg para tratamento pacientes com obesidade e índice de massa corporal acima de 35kg/m, pré-diabetes e alto risco de doença cardiovascular foi feita em 4 de outubro de 2022 (Brasil, 2023). Em março de 2023 a CONITEC expediu relatório preliminar contendo a recomendação inicial de não incorporação desse medicamento ao SUS por considerar que, de forma isolada, “a tecnologia não é efetiva para o controle da obesidade como questão de saúde pública e seu uso deve ser associado a medidas de modificação no estilo de vida, como dieta, prática de exercícios físicos, tratamento psicológico” (CONITEC, 2023, p. 7). O assunto foi disponibilizado para consulta pública e a CONITEC manteve a recomendação inicial de não incorporação ao SUS. Finalmente, o Ministério da Saúde finalmente decidiu por não incorporar a Liraglutida para a hipótese analisada, fazendo-o por meio da Portaria SECTICS n. 60, de 30 de outubro de 2023.

No que diz respeito aos medicamentos Duloxetina e Pregabalina, a incorporação de ambos foi solicitada para tratamento de dor neuropática e fibromialgia em 26 de abril de 2021 (Brasil, 2023). Em julho de 2021 foram expedidos relatórios a respeito da Duloxetina (CONITEC, 2021a) e da Pregabalina (CONITEC, 2021b), por meio dos quais a CONITEC apresentou recomendação desfavorável à incorporação desses fármacos ao SUS. Em ambos os casos, o fundamento invocado para essas recomendações foi de que tanto a Pregabalina quanto a Duloxetina apresentam “eficácia e segurança semelhantes aos tratamentos já disponibilizados no SUS, além de sua incorporação resultar em um aumento do impacto orçamentário” (CONITEC, 2021b, p. 8). O Ministério da Saúde decidiu, então, pela não incorporação desses medicamentos ao SUS, fazendo-o por meio das Portarias SCTIE nº 51 e 52, de 2 de agosto de 2021.

Os processos judiciais ajuizados com o intuito de compelir entes públicos ao fornecimento desses medicamentos representaram quase um terço do número total de ações em que se pleiteou o acesso a fármacos. Embora não discordemos por completo da posição que compreende a judicialização da saúde como “uma reação dos cidadãos às falhas na implementação das políticas do SUS, situação que causa graves injustiças de acesso em franco prejuízo aos cidadãos das classes populares” (Sant’ana, 2018, p. 208), os dados encontrados indicaram que o Poder Judiciário tem sido frequentemente usado como instrumento de acesso a medicamentos que o Poder Executivo de forma expressa e fundamentada decidiu que não irá ofertar na rede pública. Não há, neste ponto, omissão ou ineficiência estatal a ser sanada pela via judicial, mas pretensões que vão de encontro às decisões administrativas de não incorporação de determinados medicamentos ao SUS.

Chama a atenção o fato de que nos 73 processos em que se pleiteou o acesso aos medicamentos mencionados anteriormente e a respeito dos quais a CONITEC expediu recomendação desfavorável à incorporação ao SUS, os fundamentos técnicos das decisões administrativas não foram questionados diretamente pelos cidadãos em suas ações, tampouco enfrentados de forma exaustiva nas decisões do órgão julgador. Isso se dá principalmente em virtude do entendimento estabelecido pelo STJ de que os entes públicos são obrigados a fornecer medicamentos não incorporados ao SUS, desde que os cidadãos autores dos processos satisfaçam certos requisitos⁶.

Dessa forma, tanto a Defensoria Pública quanto o Ministério Público e os órgãos julgadores não necessariamente precisam abordar de forma pormenorizada os fundamentos que justificaram a decisão administrativa de não incorporação dos medicamentos ao SUS em suas petições, pareceres ou decisões. Basta que os requisitos estabelecidos pelo STJ sejam comprovados pelo cidadão para que o acesso ao medicamento seja determinado judicialmente. A existência de entendimento de um tribunal superior permite, de certa forma, uma simplificação na atuação opinativa e decisória dos agentes de instâncias inferiores, na medida em que estes podem fundamentar suas petições, pareceres e decisões apenas a partir do entendimento consolidado pelo órgão de hierarquia superior.

O alto índice de sucesso verificado nas demandas judiciais em análise, que será tratado em tópico subsequente, confirma a conclusão de Wang et al. (2020) de que a existência de recomendação desfavorável da CONITEC a respeito da incorporação de um medicamento não é um fator determinante para a sua concessão na seara judicial. A observação de Schulze (2021) de que a judicialização da saúde desconsidera a análise de pontos relevantes para a avaliação de tecnologias e sua incorporação ao sistema público de saúde, tais como eficácia, acurácia, eficiência e custo do produto, também foi confirmada no caso em análise. Não há abordagem ampla do tema, tal como sugere Schulze (2021), mas apenas uma análise casuística de cada processo em seu aspecto individual.

⁶ No julgamento do Tema 106 de Recursos Repetitivos, o STJ estabeleceu o seguinte entendimento: A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência. O trabalho de Fabiani (2022) trata desse entendimento a partir de casos julgados pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Wang (2021b) vai além e sustenta que o modelo de judicialização da saúde no Brasil ignora a política pública, na medida em que atribui ao Poder Judiciário a última palavra a respeito do que será fornecido ou não pelo sistema público de saúde. De fato, nos 73 processos em que se pleiteou o acesso aos medicamentos citados anteriormente e nos quais houve a prolação de decisão liminar ou sentença de mérito, em apenas 4 deles o pedido foi negado. Em todos os demais 66 casos houve determinação judicial obrigando os entes públicos réus ao fornecimento dos medicamentos, mesmo diante de recomendação contrária da CONITEC ou decisão do Ministério da Saúde em sentido oposto.

Há espaço, portanto, para enfatizar a reflexão proposta por Wang (2021b) a respeito das formas de se decidir o que será ofertado pelo SUS. De um lado, há a CONITEC, órgão técnico especializado em avaliar tecnologias de saúde, dotado de membros capacitados para analisar as evidências científicas e os aspectos econômicos que permeiam a decisão de disponibilizar uma nova tecnologia por meio do sistema público de saúde. O processo decisório obedece a regras de direito administrativo, conta com a participação da sociedade civil por meio de audiências públicas e a deliberação final é válida para todos os usuários do SUS. De outro lado, há o modo de decidir adotado pelo Poder Judiciário e verificado nos processos objeto de análise, consistente em atribuir a Juízes sem formação técnica na área de saúde a responsabilidade de determinar, de forma pontual e a partir de informações restritas, se o SUS deve ou não fornecer o que se pleiteia em um conflito de natureza individual. Nesse caso, a decisão se aplica apenas ao litigante, pessoalmente, e não se estende aos demais usuários, ainda que em situação similar.

Embora a via judicial possa representar um instrumento de concretização de demandas individuais e legítimas de saúde, em especial daquelas postuladas pelos mais carentes conforme se verificou no âmbito da Comarca de Viçosa/MG, concordamos com Wang (2021b) quando este sustenta que o Poder Judiciário não é a instituição mais apta do ponto de vista de capacidade institucional para decidir o que o SUS deve fornecer, ao menos não por meio da forma tradicional de um processo individual. A questão se torna ainda mais sensível quando analisada à luz dos medicamentos citados anteriormente, visto que as decisões unilaterais de órgãos jurisdicionais de primeira instância sobrepujaram aquelas tomadas por órgão colegiado técnico, sem necessariamente refutar os argumentos científicos e de custo-efetividade que fundamentaram as decisões administrativas em primeiro lugar.

Schulze (2021) sustenta que a abordagem dada pelo Poder Judiciário a grandes questões sanitárias não pode ser a mesma conferida aos processos individuais, uma vez que nestes há apenas a apreciação do direito individual do autor, predominando a análise casuística e a

emoção, sem vinculação com a política de saúde. O autor propõe a adoção de um modelo de processo estruturante no qual metas são fixadas para o atendimento de uma coletividade e o Magistrado fiscaliza e avalia, por meio de decisões, a adequação das medidas tomadas para o alcance da finalidade proposta. Por meio do processo estrutural, o Poder Judiciário passaria a se debruçar sobre questões mais amplas e próprias da ATS como custo-efetividade, evidências científicas e impactos orçamentários, em uma atuação de caráter contínuo e não restrita a casos concretos. Assim, as soluções construídas beneficiariam a todos, e não apenas aos autores dos processos individualmente.

A literatura também aponta outros fatores na tentativa de explicar os motivos da prevalência da judicialização do acesso à saúde, em especial de medicamentos. Canut (2017) destaca a complexidade da execução da política de assistência farmacêutica, a qual envolve uma multiplicidade de gestores, órgãos governamentais e entidades representativas, cuja atuação e responsabilidades estão dispostas em diversos diplomas normativos expedidos por uma pluralidade de órgãos e comissões. Sistematizar, entender, aplicar e tornar compreensíveis as regras que regem a política pública são desafios complexos, não apenas para os cidadãos. Segundo a autora, as dificuldades podem se agravar quando analisadas em âmbito municipal, dados os obstáculos de acesso e conhecimento das múltiplas regras que regem a execução dessa política pública pelos agentes atuantes nesse nível de governo. Sob essa perspectiva, o problema não seria a ausência da política ou de regulamentação adequada, mas a complexidade inerente à sua compreensão e execução nos moldes em que é desenhada.

Na esfera judicial há o entendimento de que todos os entes federativos são igualmente responsáveis em matéria de saúde - o que será objeto de discussão específica no próximo tópico. É possível, e não raro, que na seara judicial um dos entes federativos seja condenado a disponibilizar uma prestação que as regras norteadoras da respectiva política pública atribuem a outro ente. Somente em 2019 o STF consolidou o entendimento de que o cumprimento de obrigações de saúde determinadas judicialmente deve ser direcionado, pelo Magistrado, ao ente federativo competente de acordo com os critérios de repartição de competências do SUS. Apesar disso, há controvérsia nos Tribunais a respeito da aplicação desse entendimento (Nogueira, 2019), o que resulta, invariavelmente, na desconsideração das normas administrativas de repartição de competências para execução da política de assistência farmacêutica quando do julgamento dos processos. Assim, o acesso a determinados medicamentos pode se tornar mais fácil quando acionado o Poder Judiciário.

Guimarães (2014) acrescenta, ainda, que a existência de relações promíscuas entre médicos e a indústria farmacêutica é um fator a ser considerado. Por meio de incentivos questionáveis estimula-se a prescrição de medicamentos não incorporados ao SUS ou, ainda, a prescrição em hipóteses dissociadas daquelas contempladas pelos protocolos estabelecidos na rede pública, de modo a alavancar a comercialização de determinado item. Somados, esses fatores podem trazer explicações para a intensificação da judicialização do acesso a medicamentos e às prestações de saúde em âmbito local.

4.4 Quanto ao ente federativo demandado

No que diz respeito aos entes federativos demandados judicialmente em ações individuais, verificou-se que 273 processos, o que representa 82% do universo analisado, foram ajuizados em desfavor dos entes estadual e municipal conjuntamente. O Estado figurou isoladamente como réu em 41 casos, o que significa 12%. Os municípios, por sua vez, foram exclusivamente demandados em 16 ações (5%) e, por fim, em 3 oportunidades o Estado foi demandado em conjunto com o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV), representando 1% dos casos.

A predominância do acionamento conjunto dos entes estadual e municipal pode ser explicada pelo entendimento consolidado do Supremo Tribunal Federal de que todos os entes da federação são solidariamente responsáveis pela preservação e consecução do direito constitucional à saúde. Trata-se de entendimento consolidado no ano de 2015 e reafirmado em 2019 por meio da seguinte tese (Brasil, 2019):

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

A possibilidade de acionamento judicial de qualquer um dos entes federativos constitui uma garantia dada ao cidadão que, na maioria dos casos, como bem observam Lopes (2010) e Sant'ana (2018), desconhece com profundidade as regras que norteiam a execução de políticas públicas de saúde. Dirigir a pretensão a mais de um ente federativo é providência que tende a trazer mais segurança ao cidadão, na medida em que, se um deles eventualmente não fornecer a prestação de saúde ou o fizer a destempo, pode-se exigir que o outro a disponibilize integralmente.

Além disso, como se viu no tópico anterior, são frequentes os pleitos voltados ao fornecimento de prestações não incorporadas pelo SUS, principalmente de medicamentos, em relação aos quais não há definição acerca das responsabilidades de aquisição e disponibilização. Dessa forma, quando o acesso a essa prestação é judicializado, a tendência é que a pretensão seja dirigida em desfavor de mais de um ente, de maneira a fazer com que a responsabilidade pela aquisição e disponibilização, ausente em seara administrativa, seja fixada judicialmente.

Por outro lado, a equiparação de responsabilidades em saúde no âmbito judicial faz com que os entes federativos tenham que cumprir obrigações atribuídas a outros, sem necessariamente obter a devida contrapartida financeira ou estrutural. Tentativas de ressarcimento encontram obstáculos que impedem a recomposição célere dos cofres do ente que suportou os custos de cumprimento da obrigação em benefício de outro (Carvalho, 2018; Leite; Castelo; Lopes, 2019). Na Comarca de Viçosa/MG foram identificados quatro processos em que o município homônimo buscava o ressarcimento de quantias dispendidas com o cumprimento de obrigações próprias do Estado de Minas Gerais.

Um fator relevante a ser considerado é que embora a União tenha a responsabilidade exclusiva de decidir sobre a incorporação de uma tecnologia ao SUS, a sua presença no polo passivo dos processos judiciais nos quais se pleiteia o acesso a tecnologias não incorporadas ainda é objeto de discussão. Nesse sentido, em 09/09/2022 o STF admitiu o Tema de Repercussão Geral n. 1.234 no qual se discute a obrigatoriedade de a União constar do polo passivo de lide que verse sobre a obtenção de medicamento ou tratamento não incorporado nas políticas públicas do SUS, embora registrado pela ANVISA. Enquanto não há decisão definitiva da Suprema Corte a respeito do tema, os Estados-membros e os municípios, inclusive aqueles integrantes da Comarca de Viçosa/MG, continuam sendo alvo de pedidos de fornecimento de medicamentos que a União, por meio do Ministério da Saúde, decidiu não incorporar ao SUS.

Especificamente em relação à Viçosa/MG, a presença apenas da Defensoria Pública Estadual e, por conseguinte, a ausência da Defensoria Pública da União atuando na cidade, também contribui para o aumento das demandas direcionadas aos municípios e ao Estado na Justiça Comum Estadual. Apontou-se no tópico anterior que a Defensoria Pública exerce papel relevante e predominante na judicialização da saúde localmente. Dessa maneira, a instituição estadual concentra as demandas por ela recebidas junto à Justiça Estadual, por ser seu âmbito de atuação.

Isso ocorre inclusive quando se pretende ter acesso a produto ou serviço que, segundo as regras do SUS, deveriam ser fornecidos pela União e, portanto, pleiteados perante a Justiça Federal. Assim, não foram incomuns os casos em que os entes subnacionais foram chamados a responder por obrigações expressamente atribuídas ao ente nacional, a exemplo de exames ou medicamentos relacionados a tratamento oncológico, tão somente porque a competência do órgão de representação jurídica está restrita à Justiça Estadual.

Conquanto o acionamento dos entes estadual e municipal possa representar a possibilidade de atendimento célere da demanda para o cidadão, essa medida traz prejuízos para o Estado e os municípios, especialmente quando deles se pleiteia prestações relacionadas a tratamento oncológico. Isso porque o financiamento de tratamento oncológico é atribuição da direção nacional do SUS. Quando entes subnacionais são compelidos judicialmente a custear esse tratamento, há obstáculos significativos para a obtenção de ressarcimento junto à União, tanto na seara administrativa quanto judicial (Sathler; Santos, 2023).

No caso da Comarca de Viçosa/MG, 15 processos foram ajuizados com o intuito de obter medicamentos destinados ao tratamento oncológico de pacientes do SUS, tais como Abiraterona, Bevacizumabe, Everolimus, Ibrutinibe, Nivolumabe, Rituximabe, Sorafenibe e Vandetanibe. A estimativa total de custo desses medicamentos feita pelos próprios autores dos processos alcançou quase 3 milhões de reais, quantia que representa aproximadamente metade do gasto total em saúde informado por Municípios como o de Cajuri, Paula Cândido e Canaã no ano de 2022 ao Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais⁷.

Disso se extrai que a regra da solidariedade dos entes federativos em relação à saúde tem o potencial de causar, em primeiro lugar, prejuízos severos aos Municípios de médio e pequeno porte cujas condições financeiras são restritas (Sathler; Santos, 2023). Conquanto a tese firmada pelo STF no Tema de Repercussão Geral n. 793 exija que os Magistrados façam o direcionamento da obrigação ao ente responsável, nem sempre isso acontece e ainda há dificuldades na aplicação dessa tese, como bem pontua Nogueira (2019), considerando a persistência de lacunas e pontos não esclarecidos pela Suprema Corte (Noletto; Ramos, 2023). Os potenciais prejuízos não se restringem ao Poder Público e podem se estender aos próprios habitantes desses municípios, na medida em que eventual redirecionamento de recursos para o

⁷ As informações sobre os gastos em saúde desses municípios foram obtidas por meio da plataforma “Fiscalizando com o TCE” do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (2023). Disponível em: <https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br/#/inicio>. Acesso em 27 set. 2023.

atendimento de uma demanda individual pode ocasionar, em última análise, o comprometimento local de serviços públicos de saúde.

Somando-se os medicamentos não incorporados ao SUS a respeito dos quais há recomendação desfavorável da CONITEC com aqueles destinados ao tratamento oncológico, cuja responsabilidade de financiamento recai sobre a União, tem-se que em mais de 40% dos processos nos quais se pleiteou o acesso a medicamentos pretendia-se obter de Estado e Municípios prestações que não são de responsabilidade desses entes ou que receberam parecer contrário de órgão técnico nacional.

4.5. Quanto ao valor atribuído aos processos

A análise do volume que os processos de saúde representam do ponto de vista de recursos financeiros foi feita a partir de um critério objetivo consistente no valor atribuído à causa pelo próprio autor da ação. A legislação processual civil exige que seja atribuído um valor a todo processo judicial, mesmo que este não tenha um valor econômico imediatamente aferível⁸. Ao ajuizar o processo, cabe ao autor informar a estimativa financeira do pedido apresentado.

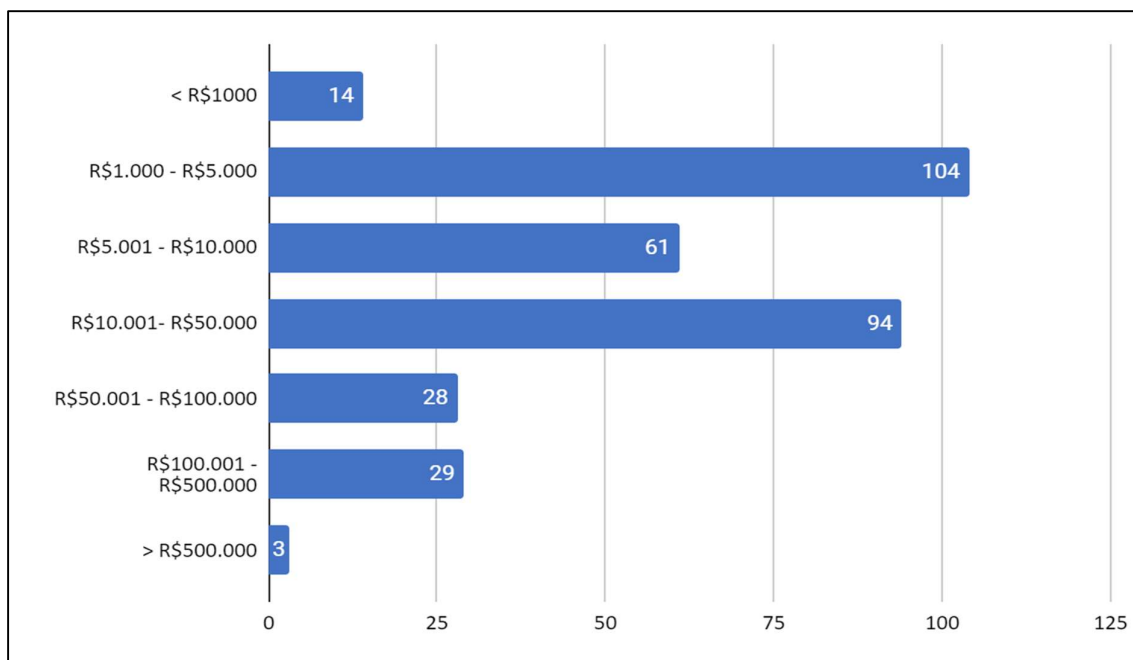
Não se desconhece que esse critério tem limitações. Nem sempre a informação apresentada pelo autor reflete o real valor do objeto que se pretende ter acesso por meio do processo. Além disso, tratamentos de saúde podem ser prolongados por tempo indeterminado, fazendo com que a estimativa feita no início do processo se revele subestimada, ou, ainda, alterações durante tratamento podem significar que o objeto inicialmente pretendido não seja mais necessário, do que resultará uma superestimativa dos custos. Apesar dessas limitações, o valor atribuído à causa é um parâmetro importante para aferir o quanto as discussões judiciais de saúde representam em termos financeiros. A intenção neste ponto não foi verificar o quanto realmente foi gasto pelos entes federativos demandados, mas qual é a magnitude que os processos representam do ponto de vista financeiro.

Somados, os 333 processos individuais objeto de análise resultaram em um valor total de R\$12.347.181,97 (doze milhões trezentos e quarenta e sete mil cento e oitenta e um reais e noventa e sete centavos), o que representa uma média de R\$ 37.078,62 (trinta e sete mil e setenta e oito reais e sessenta e dois centavos) por processo. Quando estratificadas, verifica-se que as

⁸ O artigo 291 da Lei Federal n. 13.105 (Brasil, 2015), prescreve que toda causa deve ter um valor certo, mesmo que não tenha conteúdo econômico imediatamente aferível.

ações de valor entre R\$1.000,00 e R\$5.000,00 representaram a maioria, correspondente a 104 casos. Em seguida, tem-se as ações de valor entre R\$10.001,00 e R\$50.000,00. Os processos com valor superior a R\$500.000,00 foram minoria, ocorrendo em apenas três casos. A Figura 5 ilustra esses dados:

Figura 5 – Valor atribuído aos processos em reais



Fonte: elaboração própria.

Se consideradas individualmente, nenhuma dessas demandas representa uma ameaça à continuidade de serviços públicos de saúde rotineiros caso deferidas judicialmente, mesmo aquelas de valor mais elevado. Uma análise caso a caso, própria dos processos individuais, pode conduzir à conclusão de que a prestação pretendida, caso concedida, não representará risco ao orçamento público. É necessário considerar, no entanto, na esteira da observação feita por Schulze (2021), que o modelo de processo tradicional focado no indivíduo é limitante e, quando aplicado à saúde, impede uma análise mais ampla tanto das políticas públicas quanto do impacto financeiro decorrente das decisões judiciais.

É evidente que demandas de valor entre um e cinco mil reais, maioria dentre os casos encontrados, se analisadas apenas de forma separada e individual, não trarão repercussão relevante às finanças dos entes públicos demandados. Todavia, quando recebidas de forma sucessiva e perene pelos entes públicos, as decisões judiciais podem alcançar patamares

importantes do ponto de vista financeiro e efetivamente concorrer com o orçamento de políticas públicas de saúde.

Viçosa/MG é um exemplo que permite contemplar, em âmbito local, a ocorrência desses dois fatores. De acordo com informações disponibilizadas no Portal da Transparência do Município de Viçosa/MG (2023a), o volume de recursos empregados no cumprimento de prestações de saúde determinadas pelo Poder Judiciário triplicou em um lapso de 5 anos, saltando de aproximadamente 300 mil reais no ano de 2017 para mais de 900 mil reais em 2022. A título comparativo, gastou-se mais no ano de 2022 com o cumprimento de decisões judiciais do que com o custeio de tratamento de pacientes fora do domicílio e com ações assistenciais na área de odontologia. O montante destinado às demandas judiciais de saúde neste mesmo ano significou aproximadamente 70% do numerário necessário à manutenção da farmácia básica para toda a população viçosense.

A partir das perspectivas de Wang (2021b) e Schulze (2021), temos que processos judiciais individuais mascaram custos e dificultam a real compreensão dos agentes do sistema de justiça a respeito da repercussão orçamentária de suas decisões. A elevada taxa de sucesso de pleitos individuais, exposta no tópico seguinte, suscita dúvidas acerca das possibilidades concretas de mudança de abordagem dada à saúde judicializada.

4.6 Quanto ao percentual de sucesso das demandas judiciais

De acordo com o CNJ (2021), os índices de sucesso em demandas judiciais de saúde, especialmente em relação a medicamentos, são expressivos e podem ultrapassar a marca de 80% dos casos. Examinando processos ajuizados em São Paulo, Florianópolis e Porto Alegre, Wang et al. (2020) constataram que o êxito dos pedidos judiciais de acesso a prestações de saúde alcançou 92%, 98% e 100% na primeira, segunda e terceira instâncias, respectivamente. Os trabalhos de Junqueira (2013), Prado (2013), Wang (2015) e Carvalho (2018) também apontam alta porcentagem de desfechos favoráveis ao cidadão em processos de saúde. Na Comarca de Viçosa/MG, o êxito foi examinado em dois momentos: em sede de decisão que aprecia pedido de tutela provisória de urgência e por ocasião da sentença.

A tutela provisória de urgência é um instrumento processual que permite ao autor do processo obter a prestação pretendida antes do julgamento definitivo da causa. Como o próprio

nome do instrumento sugere, o autor pode ter acesso antecipado ao objeto almejado, em caráter provisório, desde que satisfaça requisitos previstos em lei⁹.

Portanto, cabe ao autor demonstrar, cumulativamente, que seu pedido tem fundamentação sólida e verossímil, assim como que está sujeito a sérios prejuízos caso não tenha acesso imediato ao objeto pretendido, o que em saúde pode significar a existência de risco à vida ou de grave comprometimento de órgãos, funções e bem-estar. A antecipação de tutela de urgência é útil especialmente diante do tempo exigido para o trâmite de um processo judicial, o qual pode ser incompatível com a premente necessidade de uma prestação de saúde. A decisão que concede uma tutela de urgência não é definitiva e pode ser alterada no curso do processo.

A sentença, por sua vez, é a decisão definitiva do órgão jurisdicional de primeira instância. É por meio dela que o Magistrado decide, ao final da tramitação processual em primeiro grau de jurisdição, se o pedido formulado pelo autor será procedente ou improcedente. A decisão que concedeu uma tutela provisória de urgência pode ser confirmada ou revogada em sentença.

Na Comarca de Viçosa/MG, em 20 dos 333 processos não houve decisão que apreciou tutela provisória de urgência, seja porque não foi feito pedido nesse sentido ou porque o processo foi extinto de imediato. Sendo assim, o universo de processos nos quais houve decisão a respeito de um pedido de tutela provisória de urgência correspondeu a 313.

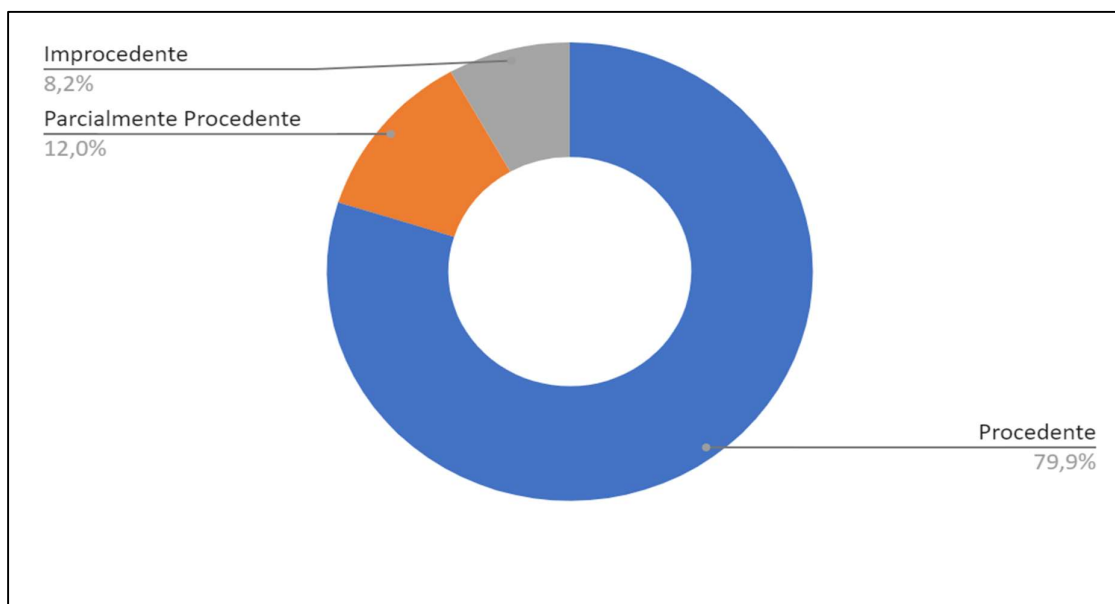
Em 258 dos 313 processos a tutela provisória de urgência foi concedida totalmente, o que representa 82% dos casos. Em dois casos a tutela provisória de urgência foi concedida apenas parcialmente, representando 1%. Assim, o índice de sucesso neste ponto, considerando a obtenção total ou parcial do objeto pretendido em caráter imediato foi de 83%. Houve indeferimento dos pedidos nesse sentido em 53 casos.

Em relação à sentença, ao tempo da coleta de dados 242 processos já haviam sido sentenciados, sendo que nos demais 91 ainda não havia sido prolatada sentença. Dos 242 processos que contam com sentença, 58 deles foram extintos sem resolução de mérito, o que representa 24% dos casos. Isso significa que nesses casos o Magistrado não chegou a se pronunciar definitivamente sobre o pedido formulado em virtude de algum fato ocorrido durante a tramitação do processo, a exemplo do falecimento do autor, desistência do processo ou abandono da causa.

⁹ O art. 300 da Lei Federal n. 13.105, de 16 de março de 2015, estabelece que a tutela de urgência “será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo”.

Os processos que tiveram sentença de mérito prolatada corresponderam a 184. Destes, em 147 oportunidades o pedido foi julgado totalmente procedente, de modo que o autor obteve êxito integral em sua demanda. Em outros 22 casos o pedido foi julgado parcialmente procedente, o que significa que autor foi exitoso ao menos em parte daquilo que pediu. Somados, os processos em que o autor obteve algum sucesso, seja parcial ou integral, representam 92% dos casos. O pedido foi julgado improcedente em 15 processos, que representam apenas 8% do universo analisado. A Figura 6 ilustra essas informações:

Figura 6 – Resultado do julgamento com sentença de mérito



Fonte: elaboração própria.

Os resultados obtidos confirmam estudos que apontam serem elevadas as chances de êxito em processos judiciais de saúde ajuizados contra entes públicos. Carvalho (2018) aponta que a jurisprudência favorável é um incentivo relevante para que cidadãos ingressem na Justiça para obter prestações de saúde. Além disso, quando representados pela Defensoria Pública – maioria dos casos encontrados na Comarca de Viçosa/MG – ou pelo Ministério Público, esses usuários são isentos do pagamento das despesas processuais e honorários advocatícios, de modo que eventual improcedência do pedido, ainda que improvável, não trará consequências financeiras desfavoráveis e eles.

Do ponto de vista do Ministério Público e da Defensoria Pública, Carvalho (2018) acrescenta que o ajuizamento de uma nova ação individual representa um custo ínfimo em relação aos custos fixos de manutenção das instituições. Ademais, sob a perspectiva de

estratégia processual, os sucessivos êxitos em demandas individuais podem desestimular uma mudança de abordagem em prol de ações coletivas, as quais, além de exigirem uma compreensão e um estudo amplo da política pública que se pretende aperfeiçoar, são desprovidas da vantagem de serem ajuizadas em favor de alguém com nome, sobrenome e problema definido, elementos que segundo Bucci (2017) contribuem para o sucesso de ações individuais.

Portanto, o cenário existente incentiva o acionamento do Poder Judiciário para a obtenção de uma prestação de saúde. As chances de sucesso são altas, principalmente em ações individuais, os riscos financeiros são baixos ou até nulos e o benefício almejado, invariavelmente uma tecnologia não ofertada pelo SUS, é significativo (Carvalho, 2018).

Sob o ângulo dos entes públicos, esses fatores podem estimulá-los a tomarem providências voltadas a evitar que as demandas cheguem ao sistema judiciário, no qual estão sujeitos a custear não apenas a prestação de saúde reclamada como também os custos do processo e os honorários advocatícios da parte vencedora.

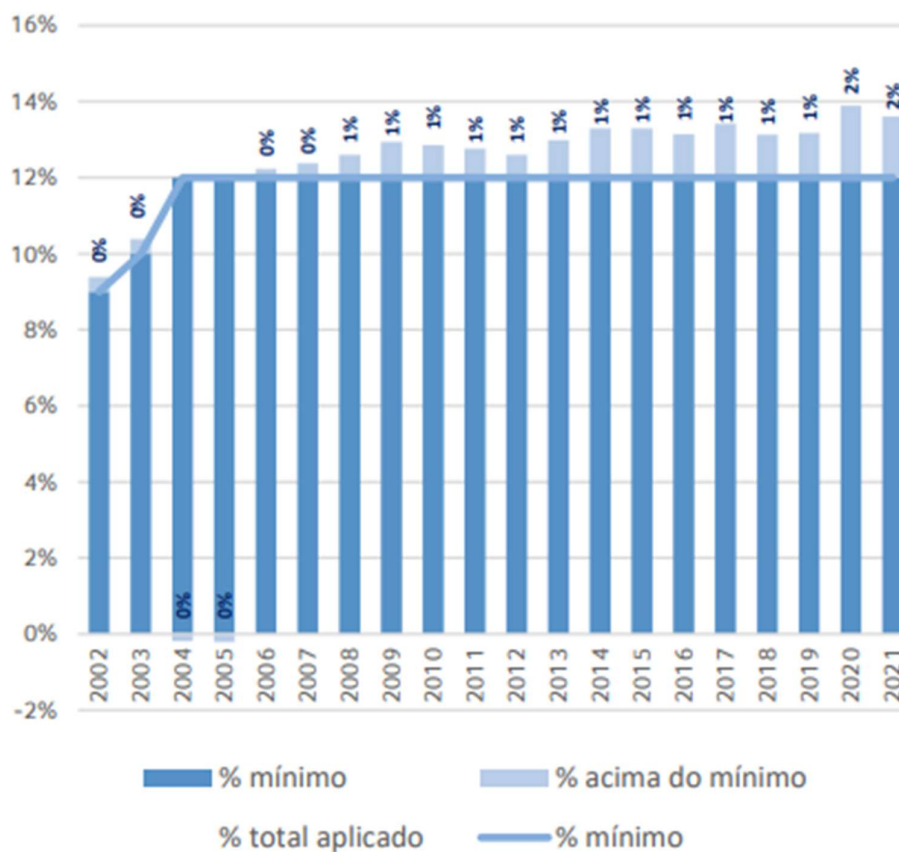
Em Viçosa/MG, a REMUME foi atualizada no ano de 2023 e nela foram incluídos medicamentos como a Rivaroxabana e a Pregabalina (Viçosa, 2023b). Conquanto a versão atualizada da REMUME não mencione expressamente, é razoável supor que a inclusão desses medicamentos tenha ocorrido em virtude das recorrentes ações judiciais que solicitavam o acesso a eles. Ao prever tais medicamentos em sua REMUME, Viçosa/MG assumiu o compromisso de fornecê-los administrativamente, o que se revela benéfico tanto para o usuário, que passa a ter acesso direto e mais rápido a eles, quanto para o próprio município, que evita os riscos e as consequências de um processo judicial. Em relação aos demais municípios integrantes da Comarca de Viçosa/MG, não foi possível encontrar as respectivas listas municipais de medicamentos, o que pode indicar que os referidos não as têm ou ao menos não as disponibilizaram em seus sítios eletrônicos oficiais.

Por outro lado, ao incluir na REMUME medicamentos sobre os quais há expressa decisão do Ministério da Saúde de não os ofertar a nível nacional, os municípios são obrigados a suportar os custos com recursos próprios. Surge, portanto, uma situação inusitada. A direção nacional do SUS decide não incorporar um medicamento à rede pública, o que enseja o ajuizamento de diversas ações com o intuito de obtê-lo pela via judicial. Essas ações frequentemente são ajuizadas contra Estados-membros e municípios e, principalmente nas pequenas cidades, a proximidade dos usuários com os agentes públicos municipais adiciona uma cobrança ainda maior pela disponibilização do medicamento. Incentivado a evitar o

confronto judicial, o município então assume às suas exclusivas expensas a responsabilidade de fornecer o medicamento, mesmo sendo o ente com o menor volume de recursos financeiros à sua disposição.

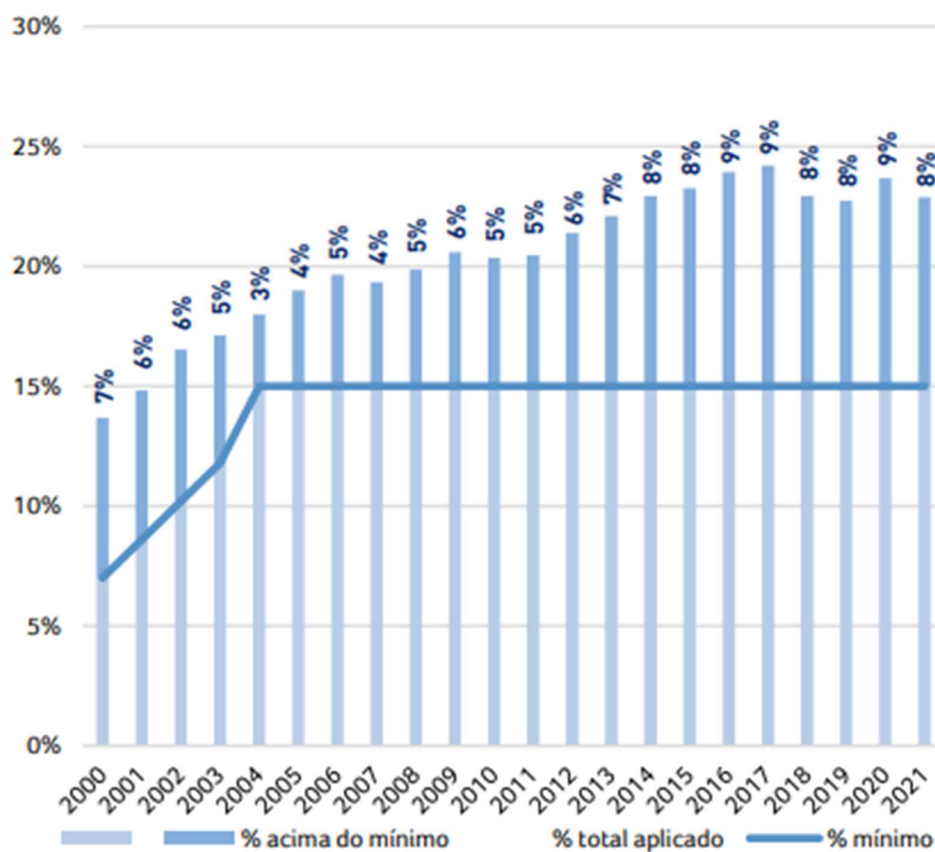
Dados apresentados por Pereira e Faleiros (2022) dão conta de que de 2005 a 2021, os Estados-membros mantiveram o nível de aplicação financeira em ações e serviços públicos de saúde próximo do mínimo constitucional de 12% de seus recursos próprios. Por outro lado, de 2011 a 2021, os Municípios aplicaram em média no mínimo 5% a mais do que o piso constitucional de 15% de recursos próprios para a saúde, chegando em alguns anos a aplicar até 9% a mais em média. As Figuras 7 e 8 ilustram essas informações:

Figura 7 – Percentuais mínimos e aplicados em ações e serviços públicos de saúde com destaque para acima do mínimo constitucional, pelos Estados, SUS



Fonte: Pereira e Faleiros (2022).

Figura 8 – Percentuais mínimos e aplicados e ações e serviços públicos de saúde com destaque para acima do mínimo constitucional, pelos Municípios, SUS



Fonte: Pereira e Faleiros (2022).

Segundo informações disponibilizadas na plataforma “Fiscalizando com o TCE” do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (2023), os Municípios integrantes da Comarca de Viçosa/MG nos anos últimos dois anos empregaram recursos muito acima do mínimo constitucional de 15%. Viçosa/MG aplicou 25% e 21% de seus recursos próprios em saúde em 2021 e 2022, respectivamente; Paula Cândido e Coimbra 22% e 25%, respectivamente; São Miguel do Anta 29% e 30%, respectivamente; Cajuri 27% e 23%, respectivamente; Canaã 32% e 28%, respectivamente.

Nesse cenário, o fornecimento administrativo de prestações de saúde pelos municípios para além do que é estabelecido pela direção nacional do SUS acentua uma assimetria de financiamento do sistema público de saúde que proporcionalmente já é discrepante. A solução para essa questão não parece simples. Se fornecem estritamente aquilo que é definido no âmbito do SUS, os entes municipais são demandados judicialmente e, conforme se apresentou

anteriormente, há grandes chances de serem obrigados pelo Poder Judiciário a disponibilizar o que é pleiteado. Se decidem evitar a via judicial e assumem a responsabilidade de fornecimento na seara administrativa, deixam de contar com o auxílio financeiro dos demais entes federativos, empregam exclusivamente recursos próprios para essa finalidade e assumem cada vez mais o protagonismo no custeio do SUS, sem necessariamente obter contrapartidas financeiras ou estruturais para tanto.

5 AGENTES DO SISTEMA DE JUSTIÇA DE PRIMEIRA INSTÂNCIA COMO BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA E A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Este Capítulo é dedicado a identificar e analisar as percepções de Juízes, Promotores de Justiça e Defensores Públicos acerca da judicialização da saúde, para além das etapas formais e dos documentos inerentes a um processo judicial. Há uma máxima do Direito Romano segundo a qual aquilo que não está no processo não está no mundo. Sob essa perspectiva, os atores participantes de um processo judicial estão vinculados àquilo que foi produzido durante a tramitação processual e o que não foi alegado ou provado dentro do processo deve ser ignorado e não pode ser utilizado para a resolução do conflito.

Todavia, as experiências vivenciadas por Juízes, Promotores de Justiça e Defensores Públicos vão além do âmbito restrito de um processo judicial. As relações estabelecidas entre os agentes do sistema de justiça enquanto burocratas de nível de rua e os cidadãos usuários de políticas públicas invariavelmente ocorrem face a face e são marcadas por complexidades, tensões e riscos que não se reduzem a prescrições formais (Cavalcanti; Lotta; Pires, 2018). Além disso, a resolução de demandas por acesso a serviços de saúde exige a consideração, por parte desses agentes, de aspectos humanos que não necessariamente se reproduzem em documentos (Lipsky, 2019).

Quanto ao perfil dos respondentes, dos 10 participantes, cinco são mulheres e cinco são homens, sendo quatro Magistrados, três Promotores de Justiça e três Defensores Públicos. Quatro deles declararam ter idade entre 31 e 45 anos, enquanto outros seis informaram estar na faixa etária entre 45 e 60 anos. Quanto ao tempo de atuação profissional como Magistrado, Promotor de Justiça ou Defensor Público, um participante informou que exerce a função entre 6 a 10 anos e outros sete declararam estar nas atuais funções entre 11 a 20 anos. Dois participantes indicaram exercer suas funções há mais de 20 anos.

À exceção de um participante, que declarou que sua atuação em processos de saúde é pouca, os demais responderam que costumeiramente se deparam com ações judiciais dessa natureza e declararam atuar nesses processos com alguma frequência, ora indicada como muito alta, ora indicada como semanal. Perguntados sobre a formação acadêmica ou profissional na área de saúde ou de Direito Sanitário, apenas um participante declarou ter concluído pós-graduação *latu sensu* em Direito Sanitário. Todo o restante esclareceu não ter formação acadêmica ou profissional na área de saúde.

As entrevistas tiveram durações variadas. A mais curta teve tempo correspondente a pouco mais de 13 minutos e a mais longa durou aproximadamente uma hora e 14 minutos. Os participantes autorizaram a gravação em áudio das entrevistas, as quais foram posteriormente transcritas e analisadas. Foi atribuído um código E1, E2, E3 e assim por diante, a cada participante e as referências feitas nas seções seguintes são todas no gênero masculino, independentemente do gênero dos participantes, como medida voltada a preservar a identidade dos referidos e a autoria das falas.

5.1 Dificuldades relacionadas ao regramento do SUS

A ideia de que há dificuldades relacionadas aos instrumentos normativos que regem o SUS esteve presente na fala de todos os participantes. Foram identificados quatro aspectos nas entrevistas que apontam para a existência de obstáculos no manejo dessas normas pelos participantes e que representam as categorias atribuídas neste ponto: incoerência das normas, problemas de acesso às normas, excesso de regulamentação e falta de clareza na redação. O Quadro 4 sintetiza as dificuldades encontradas pelos participantes em relação às normas do SUS e apresenta uma observação chave que resume a dificuldade identificada:

Quadro 4 - Síntese das dificuldades identificadas pelos participantes em relação às normas regulamentadoras do SUS

Dificuldade identificada	Participantes	Observação chave
Incoerência	E3; E1; E6	“as vezes um ato normativo desdiz o outro” (E1)
Problemas de acesso	E1; E2; E4; E5; E6	“eu acho que [as normas] são de difícil acesso, é possível ter acesso a elas, mas a pesquisa não é amigável, o acesso ao sistema do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Saúde do Estado não é amigável” (E4).
Excesso de regulamentação	E2; E3; E5; E6; E7; E8; E10	“a legislação brasileira ela é sempre excessiva, para tudo tem excesso, a legislação tributária é excessiva, enfim, eu acho que o brasileiro tem uma inflação legislativa em todas as áreas e não seria diferente na área da saúde” (E6)

Falta de clareza	E1; E2; E4; E5; E6; E7; E8; E9;	“se não for uma pessoa que tenha um mínimo de conhecimento ela vai ter muita dificuldade pra entender esses atos normativos do SUS” (E7)
------------------	------------------------------------	--

Fonte: elaboração própria.

Tratando em primeiro lugar da incoerência dos diplomas normativos do SUS, o participante E3 destacou que há falta de integração entre os entes federativos em todos os aspectos da política pública de saúde, tanto no que se refere à gestão quanto no que concerne à normatização. Normas federais, estaduais e municipais muitas vezes não conversam entre si e vão de encontro ao princípio integrativo do SUS, na visão do participante. E1 também expressou descontentamento com o fato de que “as vezes um ato normativo desdiz o outro” e faz com que o interessado tenha que se desdobrar para obter entendimento integral da regra. De igual forma, E6 afirmou já ter se deparado com situações em que “uma norma entra em choque com outra norma” de modo a exigir que se faça ponderação de valores, interesses e comparações sucessivas para que seja possível encontrar uma solução.

Há exemplo prático que revela o problema de coerência em determinadas normas do SUS. A Portaria do Ministério da Saúde de n. 4.809, de 30 de dezembro de 2022, instituiu o Fórum Permanente de Articulação com a Sociedade Civil com o objetivo de integrar entidades da sociedade civil no processo de discussão, articulação e tomada de decisão em temas relevantes de saúde. No entanto, a Portaria não previu a participação dos Conselhos de Saúde, que são as principais instâncias colegiadas de representação da sociedade civil a nível nacional, estadual e municipal e cujo regular funcionamento é condição para que entes subnacionais recebam transferências financeiras de saúde provenientes da União. Até a sua revogação expressa ocorrida no ano de 2023, o conteúdo dessa Portaria estimulava a participação de entidades representativas sem prever a atuação da principal instância representativa da sociedade civil na área da saúde.

Outro aspecto destacado pelos participantes é a dificuldade de acesso às normas do SUS. E2 afirmou que o acesso aos atos normativos poderia ser melhor, uma vez que não há informações claras a respeito dos sítios eletrônicos ou bases de dados em que essas normas ficam hospedadas, tampouco há indicação precisa das atualizações a que se submetem, gerando receio de que ocorra a aplicação de normativas desatualizadas.

Esse mesmo raciocínio foi sustentado pelo participante E4, para o qual o sistema de buscas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde não são amigáveis e dificultam as pesquisas por normas. Além disso, o referido participante salienta que sua principal dificuldade é conseguir identificar se alguma norma foi revogada ou atualizada, uma

vez que essas informações não são disponibilizadas de forma facilitada tal como ocorre em relação, por exemplo, à legislação federal. E5 também pontuou que a pesquisa normativa precisa ser orientada, isto é, o interessado precisa saber exatamente o que está procurando, sob pena de ter sua pesquisa frustrada. Semelhantemente, E1 e E6 manifestaram ter dificuldades relacionadas à pesquisa e ao acesso de normas específicas do SUS.

O sítio eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais possui uma página específica dedicada à pesquisa de atos normativos como Resoluções e Deliberações. Ocorre que a edição de um ato normativo que modifica ou revoga outro ato anterior nem sempre é indicada no documento original da norma alterada¹⁰. Isso traz incertezas aos agentes que trabalham com essas normas, na medida em que mesmo uma pesquisa cuidadosa pode resultar em atos defasados ou até revogados, fazendo com que mais tempo tenha que ser investido na busca pela versão atualizada do instrumento normativo. Na visão do participante E9, esse processo exaustivo, embora inerente a quem trabalha com normas de saúde, acaba por “travar” a atividade interpretativa e atrasar a construção do raciocínio necessário para a solução da demanda:

“Nós que trabalhamos com isso rotineiramente, a gente aprende a interpretar esses dispositivos; não acho que são sempre muito claros, não, a gente tem, eu falo até, aqui nós estamos falando os diplomas infralegais, mas até na própria legislação muitas vezes o legislador ele tem o hábito de colocar as normas de uma forma um pouco, se abre uma exceção em um artigo que faz referência a um outro artigo que por sua vez faz referência a um terceiro artigo de um outro diploma, e aí você tem que fazer todo um trabalho de construção pra entender qual é a regra, qual é a exceção e tal, então dentro dessa lógica por vezes a gente esbarra um pouco nesse trabalho, assim, a gente trava um pouco nesse trabalho interpretativo até ter uma noção clara do que está sendo dito ali e a partir daquilo a gente construir um raciocínio” (E9).

A situação torna-se ainda mais crítica em relação aos municípios. Os entes que integram a Comarca de Viçosa/MG, incluindo o próprio município de Viçosa, não disponibilizam abas ou campos específicos em seus sítios eletrônicos oficiais para a divulgação de atos normativos de suas respectivas Secretarias e Conselhos de Saúde. No caso de Viçosa/MG, o sítio eletrônico da Prefeitura Municipal disponibiliza apenas campos para Decretos e Portarias editados pelo Prefeito que, em alguns casos, versam sobre assuntos relacionados à saúde (Viçosa, 2023b). A menos que o interessado tenha ciência prévia da existência de um Decreto ou Portaria cujo

¹⁰ A título exemplificativo, fizemos uma busca aleatória em 16/11/2023 pelas Resoluções mais recentes editadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Identificamos na pesquisa a Resolução SES/MG n. 9114, de 07 de novembro de 2023, que alterou disposições constantes na Resolução SES/MG 8.593, de 13 de fevereiro de 2023. Encontrada a Resolução editada em fevereiro, nela não havia indicação de que seu conteúdo foi alterado em novembro. Essa mesma situação se repetiu em diversas outras resoluções cuja redação inicial foi alterada em momento posterior, mas a versão original do documento não contém essa informação.

conteúdo diga respeito à saúde, ou faça uma busca extensa no rol desses atos normativos, o acesso a normas editadas a nível municipal é bastante dificultado.

Além da dificuldade de acesso, alguns participantes também pontuaram que a regulamentação existente no SUS é excessiva, confirmando apontamento feito por Bucci (2017). Para o participante E6, há inflação legislativa em diversas áreas e na saúde não é diferente, na medida em que a cada novo medicamento ou nova doença descoberta há a criação de uma norma para aquele caso, o que colabora para o aumento do volume normativo. Nesse sentido, E7 pontuou que a produção imensa de atos normativos faz com que haja uma sobreposição entre eles, do que resulta uma dificuldade de interpretação de cada um.

Os participantes E2, E3 e E5 também reconheceram, em suas respectivas falas, o alto número de regras com as quais têm que lidar quando se trata de uma demanda de saúde e E10 destacou que a repetição de uma mesma regra em diplomas normativos distintos contribui para isso. Por sua vez, E8 apontou que a quantidade elevada de normas é um elemento dificultador para aqueles que não estão familiarizados com a área de saúde e exigir o acompanhamento regular da produção normativa é, segundo o participante, “como se você tivesse na clínica geral e tivesse que atender um caso de cardiologia, então é muita coisa pra pesquisar que as vezes foge até do tempo disponível”.

Embora tenha reconhecido que as normas do SUS sejam repetitivas em alguns momentos, na visão de E9 a forma com que o sistema público de saúde funciona exige uma produção normativa intensa. De acordo com o participante, a multiplicidade de demandas faz com que exista uma regulamentação específica para medicamentos, outra para órteses, próteses, cirurgias, de maneira a estabelecer como cada uma delas pode ser atendida pelo Poder Público. Assim, o participante oferece um contraponto ao afirmar que, na sua visão, “não há muito como ser sucinto, porque a própria quantidade de assuntos a serem regulamentados ela já vai demandar uma ação normativa mais extensa” (E9).

O processo de avaliação de tecnologias em saúde para incorporação ao SUS é um exemplo do que E9 aponta. Cada medicamento, produto, equipamento ou insumo que é apreciado pela CONITEC originará, ao final do processo de avaliação, um ato normativo editado pelo Ministério da Saúde no qual a decisão de incorporar, ou não, o objeto examinado ao SUS será formalizada¹¹. É natural que nessa seara haja, portanto, uma produção sucessiva

¹¹ De acordo com os artigos 20 e 23 Decreto Federal n. 7.646/2011 (Brasil, 2011), uma vez finalizada a avaliação da tecnologia pela CONITEC, o processo é remetido ao Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde para decisão de incorporação, ou não, ao SUS. Essa decisão é formalizada por meio de um ato normativo, usualmente uma Portaria, que é publicada no Diário Oficial da União.

de atos normativos que representem as decisões governamentais de oferta ou negativa de benefícios no sistema público de saúde. Dessa maneira, mesmo que haja uma consolidação normativa em poucos diplomas de modo a organizar as informações, como foi sugerido por E10, isso não necessariamente diminuirá a quantidade e a produção de novas normas, visto que, conforme apontado por E9, a forma como o SUS funciona exige que elas sejam elaboradas rotineiramente.

A falta de clareza na redação das normas é outro elemento encontrado nas falas dos participantes. Perguntada sobre a facilidade de compreensão do conteúdo normativo que rege o SUS, E6 respondeu negativamente e apontou o regramento de assistência farmacêutica como exemplo de política pública cujo regramento não é de simples entendimento. O trecho da entrevista transcrito a seguir ilustra a visão do participante:

[Na sua opinião, os diplomas infralegais específicos do Sistema Único de Saúde (SUS) são redigidos de forma clara e de fácil compreensão?]

“Não, principalmente quando vai disciplinar a estrutura de competências do SUS. Eu cito um exemplo: quando vai falar dos grupos, grupo 1A, grupo 1B, então quando vão falar desses grupos geralmente a gente tem que procurar outras normas pra saber quais medicamentos estão dentro desses grupos; eu até entendo a complexidade do SUS, é um diploma muito complexo, uma estrutura muito grande, muito complexa, acredito que essa norma tenha que ser complexa devido ao tamanho da estrutura que tem, mas não é simples. Eu entendo a necessidade de ter uma norma mais minudente, que tenta esgotar o maior número de situações possível, até por isso na complexidade, mas eu não acho que seja simples” (E6).

Na visão de E5, os termos e as nomenclaturas próprias da área de saúde dificultam que profissionais de outras áreas as compreendam com facilidade, embora tenham que lidar com elas, como é o caso de advogados e juízes. Semelhante é a impressão apresentada por E8 quando afirma que a normatização do SUS “não foi feita pra gente, não”, em referência aos profissionais do Direito. Essa mesma posição foi defendida por E4, para o qual mesmo “quem tem conhecimento jurídico encontra alguma dificuldade” de compreensão.

Foi possível identificar nas falas de todos os participantes elementos que apontam problemas ou dificuldades no acesso, manuseio e compreensão dos diplomas normativos que regem o SUS.

5.2 Aspectos humanos percebidos nos processos

Portanto, para cada tecnologia analisada potencialmente haverá a edição de uma Portaria, tanto nos casos de incorporação quanto de não incorporação da tecnologia ao SUS. Desde a sua criação em 2011 até 21/11/2023, foram submetidas 985 tecnologias para análise da CONITEC (2023).

As dimensões humanas existentes em processos judiciais de saúde foram mencionadas por todos os participantes. De maneira geral, os participantes reconheceram a necessidade de se considerar o demandante em processos de saúde não como um mero usuário de políticas públicas em sentido abstrato, mas uma pessoa com uma história e dor particulares. Referências aos aspectos humanos estão presente nas respostas apresentadas pelos participantes e auxiliam na compreensão do modo como essas nuances são relevantes para os agentes do sistema judiciário de primeira instância quando o assunto é a judicialização da saúde. O Quadro 5 apresenta o principal trecho da fala de cada um dos participantes em que há menção e reconhecimento aos aspectos humanos envolvidos em processos judiciais de saúde.

Quadro 5 – Aspectos humanos e subjetivos identificados nas falas dos participantes

Participante	Aspectos humanos identificados
E1	“a gente tenta ser frio o máximo que a gente consegue, mas nós somos seres humanos, então em algumas vezes, efetivamente, a gente se comove com a situação”
E2	“a gente se sensibiliza com a situação da pessoa e se coloca no lugar”
E3	“a gente fica sempre, vamos dizer assim, no fio da navalha, porque, como eu te falei, as demandas [...] já são mais, muito extemporâneas, já bem urgentes [...] igual, por exemplo, envolvendo crianças, uma criança recém nascida está internada na uti neonatal e precisa transferir, aquilo ali mexe com a gente”
E4	“cada processo é uma tragédia, por trás daquele processo existe uma tragédia que o cidadão sofre”
E5	“é sempre uma questão sensível quando a gente fala de saúde, não dá pra não se sensibilizar vendo alguém que necessita de um tratamento, de uma cirurgia, enfim, e não conseguir ter acesso por uma série de questões”
E6	“por outro lado, também não tratar a questão do paciente como mais um processo ou como mais um número, né, é muito difícil também, porque seria muito mais fácil tratar como mais um processo, ah é só um processo, não, não é só um processo [...] então isso aqui não é também só friamente mais um número, mais um processo, não é só jogar a equação ‘tem direito ou não tem direito’, é muito difícil”
E7	“o sujeito entra com o pedido de um determinado tratamento, principalmente se for na justiça, meu amigo, a doença não espera e muitas vezes ele não obtém a resposta a contento no momento pertinente e acaba perdendo a vida, então pra mim é um caminho muito difícil, tortuoso e que traz uma agrura, um prejuízo psicológico para o paciente gigantesco”.
E8	“as vezes um remédio de trinta reais que a família não tem condições de fornecer [...] para o filho, a gente sofre junto, a gente vê que é difícil, o seu filho tem acesso e o filho da pessoa carente não tem, não é justo”
E9	“nós consideramos que há peculiaridades, há graus de, usando a palavra aqui, de empatia, há graus de comoção com a situação que é trazida”
E10	“eu sempre estou preocupado não só com o processo em si mas com a história atrás do processo, então todas as questões que nós colocamos ali, o aspecto humano, socioeconômico, as interações, qualquer aspecto, sociológico, antropológico, o que você quiser escolher, vai ter um nível de interferência”

Fonte: elaboração própria.

Por outro lado, embora reconheçam as dimensões humanas existentes em processos de saúde, alguns participantes apresentaram contrapontos relevantes, destacando, principalmente, o caráter objetivo da atuação e o apelo excessivo a argumentos emocionais em detrimento

daqueles de natureza técnica. O Quadro 6 apresenta contrapontos identificados nas falas de alguns participantes.

Quadro 6 - Contrapontos às dimensões humanas identificados nas falas dos participantes

Participante	Contrapontos identificados
E1	“é claro que nesse particular eu também tento ser prático, porque a gente não pode ter olhos voltados só para se compadecer de alguém, da dor de alguém, e esquecer o lado prático da situação”
E2	“o que a gente verifica é que as vezes existem narrativas muito, que apelam mais para a questão emocional do que técnica [...] hoje a gente percebe um diálogo, uma linguagem as vezes mais no sentido subjetivo de comoção do que técnico [...] é uma opção que acaba desacreditando, de repente, o discurso”
E4	“é lógico que um caso ou outro a gente acaba tendo uma sensibilidade maior, mas isso não altera a forma da minha atuação, a minha atuação sempre vai ser a mesma, o grau de envolvimento emocional existe por uma questão de que eu sou humano, mas isso eu tento, e conforme o tempo vai passando e conforme você vai adquirindo maturidade profissional, você vai aprendendo a se afastar dos problemas que existem no processo”.
E6	“então, assim, a gente fica impactado, mas tento na medida do possível não deixar me dominar pela emoção [...] a gente tenta seguir critérios objetivos, técnicos [...] não é com a emoção, tem que tentar colocar critérios técnicos”
E9	“nós somos seres humanos, evidentemente quando você lê uma situação fática onde você tem uma parte numa posição de aparente desvantagem, seja por uma condição de saúde muito grave, seja por uma condição econômica muito limitada, você vai levar esses aspectos em consideração, isso não quer dizer necessariamente que isso vai ser determinante [para o sucesso da demanda]”

Fonte: elaboração própria.

As expressões utilizadas para fazer menção aos processos de saúde e aos próprios demandantes traduzem impressões fortes. E7 associa um litígio de saúde a uma “agrura sem fim”, enquanto que para E4 “cada processo é uma tragédia, por trás daquele processo existe uma tragédia que o cidadão sofre”. E6 reforça essa ideia ao dizer que por trás de cada processo existe a dor de uma pessoa. E1 reconhece que “em algumas vezes, efetivamente, se comove com a situação” apresentada pelo usuário, o que para E8 acontece “todas as vezes”. E5 afirma que “não dá pra não se sensibilizar vendo alguém que necessita de um tratamento, de uma cirurgia, enfim, e não conseguir ter acesso por uma série de questões”.

Exemplos interessantes de como as demandas de saúde repercutem no cotidiano de quem atua na ponta foram apresentados por alguns participantes. Ao tratar da responsabilidade sentida na atuação em um processo de saúde, E3 expôs o seguinte:

“A gente fica sempre, vamos dizer assim, no fio da navalha, porque, como eu te falei, as demandas que chegam [...] já são mais, muito extemporâneas, já bem urgentes [...] então, assim, a demanda é urgente e grande, então, assim, realmente exige bastante da gente. Igual, por exemplo, envolvendo crianças, uma criança recém nascida está internada na uti neonatal e precisa transferir, aquilo ali mexe com a gente, então a gente sente realmente bastante responsável por tentar dar um encaminhamento, dar uma resposta, então mexe bastante” (E3).

Outro exemplo que ilustra a responsabilidade sentida ao atuar processos de saúde foi dado por E5, que também destaca que as demandas de saúde por sua própria natureza são urgentes e, dessa forma, trazem preocupação não apenas para o paciente:

“A partir do momento que você tem empatia, que você entende a urgência, porque as demandas de saúde em sua grande maioria são urgentes, não existe um remédio que o médico prescreve que pode esperar um ano, então tudo é urgente, desde um remédio pra pressão que a gente pensa “ah é coisa simples”, até um remédio, enfim, pra câncer, uma cirurgia, tudo é urgente; então existe uma responsabilidade e uma preocupação grande [...] até o fim do processo” (E5).

Para E6, “é pesado” lidar com demandas de saúde, uma vez que o destino e a vida de uma pessoa podem depender do desfecho do processo. Afirma, ainda, tentar não pensar muito sobre isso de modo a evitar que essa questão se torne um fardo:

“É pesado, não é fácil [...] com a saúde você está muito próximo do limite entre quem vai viver e quem vai morrer, acredito que seja muito próximo do médico também num pronto socorro, vai atender um ou outro paciente; eu procuro não ficar pensando nisso pra que também eu não leve isso pra minha vida como um fardo,” (E6)

E10 também menciona a existência de demandas que representam situações limítrofes de vida ou morte e destaca que trabalhar nelas é uma “responsabilidade inacreditável”:

“A responsabilidade é grande, botar nas suas costas uma situação em que a pessoa está para viver ou morrer dependendo daquilo ali, a responsabilidade é inacreditável, porque se você não tiver êxito e a pessoa não conseguir aquele atendimento prontamente, aí se acontecer uma situação ruim, evidentemente é impossível você achar ou viver aquilo normalmente” (E10).

Ao responder sobre o sentimento de atuar em processos de saúde, E8 pontuou que há situações nas quais sofre com o paciente, neste último caso quando a demanda é bem sucedida:

“A gente sofre junto, a gente vê que é difícil, o seu filho tem acesso e o filho da pessoa carente não tem, não é justo. A gente tem um caso muito significativo que foi um sofrimento conjunto porque é um caso simples de uma criança, simples que eu digo, assim, dentro do que a gente já pega, uma criança diabética, mas que com nove anos o menino fazia tantos exames, tinha tanto problema, que ele não conseguia mexer os dedos de tanto furo e hoje a gente tem o libre [equipamento] que você consegue medir o açúcar sem tanto sofrimento, sem tanta dor pra criança [...] e o tribunal forneceu o libre, então a gente comemora isso como uma grande vitória porque é duro que você pode pensar que podia ser meu filho” (E8).

Depreende-se das falas transcritas alhures que o contato direto com os usuários de políticas públicas provoca reações nos agentes atuantes na ponta que, na esteira do apontado por Lipsky (2019), dificilmente podem ser transcritas em documentos ou materializadas em prescrições formais. Foi possível perceber que alguns participantes se consideram pessoalmente responsáveis por oferecer respostas rápidas e adequadas às demandas de saúde com as quais se deparam, ainda que isso resulte em sofrimento ou preocupação.

Evidentemente que o contato direto com o cidadão e reações provocadas em virtude dessa relação não são necessariamente determinantes para a concessão ou negativa de benefícios. Os entendimentos vinculantes dos tribunais superiores, ainda que problemáticos, servem como balizas objetivas para a condução dos processos e invariavelmente se sobrepõem às opiniões e posições pessoais dos agentes que atuam na primeira instância. Em múltiplas decisões prolatadas nos processos de que trata Capítulo 4, o Juiz competente assinalou seu entendimento pessoal sobre o desfecho a ser dado ao processo, mas ressaltou que a existência de posicionamento distinto das instâncias superiores vinculava o encaminhamento a ser dado ao caso e, portanto, prevalecia sobre sua posição pessoal¹².

Além disso, diversas falas expressam a tentativa de distanciamento dos participantes em relação às impressões causadas pelo contato direto com o cidadão como forma de lidar objetivamente com as demandas de saúde. Na visão de E1, não se pode perder a perspectiva prática da situação. Nesse sentido, E6 e E9 asseveram que há critérios objetivos e técnicos norteadores da atuação e, embora reconheçam os aspectos humanos envolvidos, afirmam que esses elementos não são necessariamente determinantes para o desfecho de uma demanda. O mesmo raciocínio é apresentado por E2, para o qual, ainda que se compreenda o lado humano inerente às demandas, os anos de profissão permitem manter uma certa distância de nuances dessa natureza. E4 também afirmou que a maturidade profissional permite o afastamento dos problemas apresentados em um processo, de modo que a atuação cotidiana não é objetivamente alterada por eles.

Uma ponderação interessante feita por E2 contrapõe, inclusive, a ideia de que a exposição de dramas pessoais é decisiva para o sucesso de uma demanda de saúde. O

¹² A título exemplificativo, em um dos processos examinados no Capítulo 4 o Magistrado fez essa ponderação ao decidir sobre a concessão de uma tutela de urgência, destacando que embora o seu entendimento pessoal fosse em um sentido, a orientação do STJ apontava em sentido oposto, devendo a última prevalecer: “*Em que se pese os Tribunais Superiores não terem explicitado a qual ente do poder público compete o fornecimento dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, deve-se ponderar que a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos consiste em atribuição do Ministério da Saúde (art. 19-Q da Lei n° 8.080/1990). Desse modo, entendendo que em razão de os estados e municípios não deterem poder normativo de alteração ou adequação dos medicamentos, cabe à União o fornecimento de medicamento não previsto no RENAME. Não obstante, o STJ entendeu recentemente e em mais de uma oportunidade pela competência do Estado para fornecimento de fármaco que tenha registro na ANVISA mas não conste da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Assim, não se pode ignorar que o Tribunal Superior competente para a análise de questões infraconstitucionais apontou expressamente seu entendimento sobre a questão, sob pena de prejuízo à segurança jurídica. Neste contexto, por ter o Superior Tribunal de Justiça se manifestado neste sentido na análise de Conflitos de Competência e ressaltando entendimento diverso quanto ao ente competente para o custeio de fármacos não integrados em atos normativos do SUS, acompanho o entendimento expresso*”. Essa linha argumentativa foi utilizada em múltiplos casos nos quais o entendimento do julgador de primeira instância divergia daquele estabelecido pelos tribunais superiores.

participante destaca que o apelo excessivo a discursos subjetivos e direcionados à comoção dos envolvidos no processo, em detrimento de uma abordagem técnica, pode resultar na descredibilização da narrativa:

“O que a gente verifica é que as vezes existem narrativas muito, que apelam mais para a questão emocional do que técnica; então [...] já [se] consegue, hoje, ao longo desse processo de judicialização que ocorre há alguns anos, porque quando eu comecei não tinha, então era um outro nível de conversa; hoje a gente percebe um diálogo, uma linguagem as vezes mais no sentido subjetivo de comoção do que técnico [...] é uma opção que acaba desacreditando, de repente, o discurso” (E2).

As respostas apresentadas pelos participantes indicam o reconhecimento das dimensões humanas envolvidas em processos de saúde e que essas questões são capazes de tocar, de forma particular, alguns deles, mesmo que isso não signifique o acolhimento do pleito ou a alteração objetiva da forma de atuação. Dentro dos respectivos âmbitos de competência, os participantes externalizaram se sentirem responsáveis, inclusive sob uma perspectiva pessoal, por apresentarem respostas adequadas e céleres às situações que lhes são trazidas, para além de uma abordagem meramente documental ou procedimental. A judicialização da saúde é capaz de provocar reflexões naqueles que lidam com ela cotidianamente, não somente a partir dos documentos que compõem um processo, mas especialmente sob uma perspectiva diretamente influenciada pelo contato direto com os usuários, a exemplo daquela apresentada por E6 ao tratar da finitude da vida:

“A gente não pode esquecer que também temos em contraposição essa finitude da vida, nós não somos eternos, a morte é a única certeza que a gente tem e ela vai chegar um dia. Então até para a família do paciente, as vezes pacientes aqui com noventa, oitenta e tantos, noventa anos ou mais, e é difícil a gente lidar também que a vida um dia vai acabar, querendo ou não, independentemente dos esforços ou da medicina ou dos medicamentos, do que a gente possa fazer, existe um fim e é muito difícil aceitar esse fim, então a gente tem que trabalhar isso também pra saber aceitar que determinadas situações vão acabar, a vida vai chegar ao fim, a gente vai ter um fim, por mais doloroso que isso seja vai acontecer pra todo mundo. Algumas situações são mais difíceis de lidar como criança ou quando você tem uma doença grave que vai abreviar talvez uma expectativa de vida maior, a gente tem questões de acidente, então, são inúmeras situações que levam a gente a questionar a finitude da vida, mas é um fato da vida, a gente tem que lidar com esse fato da vida, talvez lidar isso de uma forma mais tranquila, internamente menos conflituosa” (E6).

As reflexões trazidas pelos agentes que cotidianamente lidam com a judicialização da saúde revelam a complexidade do fenômeno. Os conflitos de entendimento entre os órgãos jurisdicionais de nível hierárquico superior acrescentam nuances e permitem compreender outra faceta do fenômeno. É o que será tratado no tópico seguinte.

5.3 Conflitos de entendimento entre órgãos de hierarquia superior do Poder Judiciário

À exceção de E4 e E8, os participantes apontaram que a atuação dos órgãos de hierarquia superior do Poder Judiciário é conflituosa e até mesmo atrapalha a condução dos processos e a resolução das demandas de saúde em primeira instância. O Quadro 7 indica de forma sintética as considerações feitas pelos referidos nesse sentido.

Quadro 7 – Síntese das considerações sobre os conflitos de entendimento de órgãos de hierarquia superior do Poder Judiciário

Participante	Conflito identificado
E1	“parece que as vezes [a gente] fica como marionete na mão das instâncias superiores, STF fala uma coisa, STJ fala outra [...] ou seja, lá em cima eles não se entendem e aqui em baixo a gente fica tentando resolver situações que poderiam ser facilmente resolvidas se eles fossem mais coerentes na divisão das tarefas, na divisão das obrigações”
E2	“então fica difícil as vezes executar precedentes superiores, essa é uma dificuldade que eu sinto na prática, que é difícil, é necessário, mas eu acho que tinha que haver mais clareza”
E3	“até agora, recentemente, existe uma divergência entre o STJ e o STF sobre exatamente a responsabilidade dos entes federados na prestação da saúde que tem causado muita confusão [...] e aí as vezes o tribunal muda o entendimento, já mudou várias vezes, então, isso, do ponto de vista da prestação jurisdicional, ao meu ver, é bem ruim [...] e os tribunais superiores, ao meu ver, não estão pacificando a matéria, pelo contrário, estão causando mais tumulto.”
E5	“então as vezes um tribunal tem uma decisão, até chegar no STJ, no STF, entre o STJ e o STF tem essa discussão também, então não há uma clareza de atuação e isso é horrível [...] e o juiz vai decidir com o que ele pensa, então não tem algo pra nortear, olha, a decisão tem que ser nesse sentido, a competência tem que ser essa”
E6	“acho que as decisões dos tribunais são confusas, são contraditórias, STJ e STF não conversam a mesma língua, principalmente o tema 793, uma redação sofrível, péssima, de um português muito ruim, de difícil compreensão e que causa mais dúvida do que certeza, então não concordo com os tribunais superiores, assim, no tema do tratamento da saúde, pra mim eles pegam um caso concreto e tentam transformar num caso geral e não atende nem um nem outro [...] então o tratamento em saúde dos tribunais superiores pra mim é muito ruim, tanto na saúde pública quanto na saúde suplementar ”
E7	“[os entendimentos dos tribunais superiores sobre saúde] não são coerentes e muitas vezes não são claros, o que eu penso, as vezes são até prejudiciais, porque com esses entendimentos que não são muito claros e na minha visão também não são coerentes acaba engessando os operadores do direito nas instâncias inferiores, que não conseguem entender o que está sendo colocado pelos tribunais superiores”.
E9	“entendo que a jurisprudência ela oscila bastante, infelizmente não é uma questão exclusiva de saúde, a gente tem muitas decisões, vamos falar de jurisprudência, nós temos muitos provimentos judiciais que vão num sentido, depois de um tempo eles vão pra outro sentido nem sempre se encontra um meio termo, quando se está estabilizando um determinado sentido eventualmente surge um caso que abre uma exceção, então eu entendo que isso infelizmente aqui no Brasil gera essa insegurança jurídica e coloca em xeque justamente essa questão da coerência e da clareza”
E10	“é uma bagunça danada, você vê a questão do tema, até esqueci, 793 né, você vê essa questão da discussão da repartição de obrigações que virou um verdadeiro, o Supremo Tribunal Federal tornou a situação um caos a nível de competência tanto da justiça estadual e federal”

Fonte: elaboração própria.

A literatura aponta que o entendimento dos tribunais de nível hierárquico superior em controvérsias envolvendo a saúde pública têm oscilado nos últimos anos, do que resulta a prolação de decisões lacunosas, contraditórias e problemáticas para Estados e municípios de médio e pequeno porte (Leite; Castelo; Ramos, 2019; Noletto; Ramos, 2023; Sathler; Santos, 2023). Em se tratando de controvérsias de saúde, os conflitos apontados por Lipsky (2019) não se restringem a atores de hierarquias distintas e ocorrem, principalmente, dentro da própria alta-hierarquia, o que pode tornar ainda mais problemática a atuação dos órgãos de nível inferior.

Exemplo de conflito entre órgãos de nível hierárquico superior é a discussão em torno da necessidade de a União figurar como réu nos processos judiciais em que se pleiteia o acesso a medicamentos não ofertados pelo SUS. Frequentemente, em ações judiciais de saúde, os pacientes pretendem obter fármacos que, embora regularmente registrados na ANVISA e comercializados no país, não são disponibilizados pelo SUS. Casos dessa natureza foram levados ao STF¹³ que em março de 2022 entendeu que a União, enquanto ente legalmente responsável por decidir se uma nova tecnologia deve ser ofertada pelo SUS, deve necessariamente ser acionada como réu nesse tipo de processo. Dois meses depois e em sentido diametralmente oposto, o STJ manifestou entendimento de que a participação da União nesses processos não é obrigatória, cabendo ao paciente eleger contra quem pretende demandar¹⁴. Em setembro de 2022 o STF admitiu novo recurso¹⁵ para avaliar essa mesma questão de forma mais ampla e vinculativa, à semelhança do que fez o STJ. Assim, há sobre um mesmo assunto entendimentos diametralmente opostos de duas altas cortes do país, cujas decisões são capazes de vincular o julgamento de processos por instâncias judiciais inferiores.

Outro exemplo, dessa vez em relação a entendimentos conflitantes entre órgãos de diferentes hierarquias, pode ser dado a partir do julgamento de processos nos quais pacientes

¹³ Nesse sentido é possível citar as Reclamações de nº 49.890/MS e 50.414/MS. Em termos gerais, a Reclamação é uma espécie de ação judicial prevista na Constituição Federal e se destina aos casos em que se objetiva preservar a competência ou o entendimento de um tribunal. Sendo assim, nos casos em que uma ação é ajuizada em um tribunal incompetente ou nas hipóteses em que o entendimento de um tribunal sobre uma determinada controvérsia não é observado no julgamento de um processo, a ação de Reclamação pode ser ajuizada junto ao tribunal que teve sua competência ou entendimento violados para sanar essas inconformidades.

¹⁴ Esse entendimento foi consolidado no âmbito do Tema de n. 14 de Incidentes de Assunção de Competência. Um Incidente de Assunção de Competência é admitido quando o julgamento de um caso envolve relevante questão de direito, com grande repercussão social, sem que necessariamente ela se repita em múltiplos processos. A conclusão adotada em um Incidente de Assunção de Competência vincula os órgãos jurisdicionais de instâncias inferiores quando do julgamento de casos semelhantes.

¹⁵ O Recurso Extraordinário n. 1.366.243/SC foi admitido pelo STF com o intuito de analisar “a obrigatoriedade de a União constar do polo passivo de lide que verse sobre a obtenção de medicamento ou tratamento não incorporado nas políticas públicas do SUS, embora registrado pela Anvisa”. Essa controvérsia constitui o Tema de Repercussão Geral n. 1.234 do STF. Sobre a Repercussão Geral, ver a nota de rodapé nº 1.

pretendiam ter acesso a medicamentos destinados a tratamento oncológico. De um lado, o STF já havia manifestado no Tema de Repercussão Geral n. 793 que a obrigação de cumprir demandas judiciais de saúde deve ser direcionada em cada caso ao ente público competente segundo as regras de repartição de competências do SUS. Desse modo, Sathler e Santos (2023) apontam que o cumprimento de demandas judiciais de tratamento oncológico deveria ser direcionado à União, visto que é o ente nacional o responsável pelo financiamento da assistência em oncologia em todo o país e, portanto, também caberia a ela financiar o cumprimento de demandas judiciais dessa natureza. De outro lado, este não foi o entendimento adotado pelo TJMG na maioria dos casos analisados entre os anos de 2019 e 2022 e a União, a despeito de ser o ente financiador da política de assistência em oncologia, sequer participou de grande parte dos processos nos quais se pleiteou o acesso a medicamentos para tratamento oncológico (Sathler, Santos, 2023).

As respostas apresentadas pelos participantes não deixam dúvidas a respeito da insatisfação quanto às variações de entendimentos dos tribunais superiores em matéria de saúde pública e dos problemas que a falta de clareza e de padronização das orientações dos órgãos de nível superior trazem para a primeira instância. Nesse sentido, E1, E2, E3 e E5 expressamente mencionaram a controvérsia sobre a necessária participação da União em processos nos quais se pleiteia o acesso a medicamentos não padronizados e a respectiva definição da competência jurisdicional – isto é, se o processo deve tramitar e ser julgado pela Justiça Estadual ou pela Justiça Federal – como um exemplo de conflito de entendimentos no nível superior que repercute negativamente na atuação dos órgãos de piso:

“Parece que as vezes [a gente] fica como marionete na mão das instâncias superiores. STF fala uma coisa, STJ fala outra, aí eu recebo processo que o STF fala assim: remeta para a União, inclua-se a União no polo passivo; aí a gente tem que voltar com esse processo para a origem, aí o Juiz de lá manda incluir a União, manda para a justiça federal, a justiça federal fala: não é conosco, não temos nada com isso; ou seja, lá em cima eles não se entendem e aqui em baixo a gente fica tentando resolver situações que poderiam ser facilmente resolvidas se eles fossem mais coerentes na divisão das tarefas, na divisão das obrigações” (E1).

“Então fica difícil as vezes executar precedentes superiores, essa é uma dificuldade que eu sinto na prática, que é difícil. É necessário, mas eu acho que tinha que haver mais clareza. Por exemplo, competência. A justiça federal, justiça estadual, há uma resistência da justiça federal nessas ações, isso eu percebo, a gente percebe nitidamente em conflitos de competência, então há muitas questões envolvidas, é muito maior até dentro da própria estrutura do Poder Judiciário” (E2).

“Até agora, recentemente, existe uma divergência entre o STJ e o STF sobre exatamente a responsabilidade dos entes federados na prestação da saúde que tem causado muita confusão, se vai incluir a união, se não vai, é processo que seria de atribuição do juizado especial da fazenda ou da vara cível e aí as vezes o tribunal muda

o entendimento, já mudou várias vezes, então, isso, do ponto de vista da prestação jurisdicional, ao meu ver, é bem ruim [...] e os tribunais superiores, ao meu ver, não estão pacificando a matéria, pelo contrário, estão causando mais tumulto” (E3).

“A gente viu isso muito claramente agora na questão da competência, inclui a união, não inclui a união, então assim a gente vê essas decisões conflitantes o tempo inteiro. Então as vezes um tribunal tem uma decisão, até chegar no STJ, no STF, entre o STJ e o STF tem essa discussão também, então não há uma clareza de atuação e isso é horrível” (E5).

Em linha com o que apontam Noletto e Ramos (2023), E2, E6 e E10 ressaltaram a incompletude do entendimento firmado no Tema de Repercussão Geral n. 793 e destacaram as dificuldades e os problemas de aplicação integral da orientação estabelecida pelo STF nesse caso:

“A tese 793, o tema 793 do STF, é no sentido de que, de precedente vinculativo, de aplicação imperativa, estabelece que nas prestações de saúde existe a solidariedade que está na constituição, ou seja, a pessoa pode acionar qualquer um dos entes públicos independentemente da responsabilidade que é atribuída a cada um pelas normas do SUS. Porém, o juiz deve redirecionar o cumprimento da obrigação àquele ente que tem a competência para a prestação, por isso que o juiz tem que entender qual é o rol de competências de cada ente, mas esse redirecionamento não ficou claro, se seria no processo de conhecimento, que a gente chama que é o processo que verifica se a pessoa tem direito ou não, ou se seria só um processo onde se daria o cumprimento. então isso afeta a questão de competência, traz uma insegurança jurídica grande e os tribunais também estão tentando evoluir e melhorar também a clareza desses precedentes” (E2).

“Acho que as decisões dos tribunais são confusas, são contraditórias, STJ e STF não conversam a mesma língua, principalmente o tema 793, uma redação sofrível, péssima, de um português muito ruim, de difícil compreensão e que causa mais dúvida do que certeza. Então não concordo com os tribunais superiores, assim, no tema do tratamento da saúde, pra mim eles pegam um caso concreto e tentam transformar num caso geral e não atende nem um nem outro. O tema 793 pra mim, então, é um exemplo clássico de uma redação terrível e quando você vai ler o voto geralmente o voto não tem muita coisa a ver com a redação da ementa [...] então o tratamento em saúde dos tribunais superiores pra mim é muito ruim, tanto na saúde pública quanto na saúde suplementar” (E6).

“Você vê a questão do tema, até esqueci, 793 né, você vê essa questão da discussão da repartição de obrigações que virou um verdadeiro, o supremo tribunal federal tornou a situação um caos a nível de competência tanto da justiça estadual e federal [...] acho que ou já houve uma modificação ou está por haver a modificação no sentido de definir melhor as atribuições das competências, mas o que isso criou de questão processual sendo discutida em vários níveis, pra cá, pra lá, fazendo o que, dando prejuízo para que você obtenha seu direito, que muitas vezes é necessário que venha a nível de tutela, dado o caráter de urgência e emergência para preservação do direito pleiteado, então esse é o pior exemplo de como a intervenção, a interpretação judicial, ela serviu para caminhar no sentido absolutamente oposto do que é necessário se fazer por falta de uma redação mais objetiva, clara, com uma visão melhor do sistema” (E10).

Os apontamentos feitos por E7 e E9 não mencionaram exemplos específicos, mas também apontaram problemas na harmonização dos entendimentos dos tribunais e a existência de conflitos entre as orientações vindas do nível superior. Para o primeiro, os entendimentos

dos tribunais superiores “não são coerentes e muitas vezes não são claros” e acabam “engessando os operadores do direito nas instâncias inferiores, que não conseguem entender o que está sendo colocado pelos tribunais superiores”. O segundo, por sua vez, reforça em sua fala a percepção de ausência de coerência e clareza nos entendimentos:

“Entendo que a jurisprudência ela oscila bastante, infelizmente não é uma questão exclusiva de saúde, a gente tem muitas decisões, vamos falar de jurisprudência, nós temos muitos provimentos judiciais que vão num sentido, depois de um tempo eles vão pra outro sentido nem sempre se encontra um meio termo, quando se está estabilizando um determinado sentido eventualmente surge um caso que abre uma exceção então eu entendo que isso infelizmente aqui no Brasil gera essa insegurança jurídica e coloca em xeque justamente essa questão da coerência e da clareza” (E7).

A existência de problemas relacionados à aplicação de entendimentos de órgãos de hierarquia superior do Poder Judiciário mostrou ser um ponto de convergência nas falas dos participantes. Os agentes que atuam em primeira instância são os principais destinatários das orientações, teses e entendimentos formulados pelos tribunais. A aplicação de um mesmo entendimento para casos semelhantes auxilia na resolução célere e uniforme de demandas, em especial aquelas de saúde, a respeito das quais há o reconhecimento da necessidade de se oferecer soluções adequadas e invariavelmente rápidas. Todavia, a ausência de direções claras acerca de questões basilares como a definição da jurisdição competente para o processamento de causas de saúde, o estabelecimento das responsabilidades dos entes federativos em relação ao fornecimento de tecnologias não ofertadas pelo SUS e a instituição de critérios objetivos para o direcionamento das obrigações de saúde aos entes federativos, embaraça a atuação dos agentes do sistema de judiciário na ponta.

A insatisfação extraída das falas analisadas pode ser compreendida quando se considera que, em meio a um cenário de orientações conflitantes e entendimentos contraditórios, são eles os responsáveis por apresentar, em primeiro lugar, respostas aos pleitos de cidadãos cujas histórias, dores e dramas são vistos de perto por esses agentes. Parece altamente desafiador, em um contexto de discordâncias abertas entre órgãos de nível superior, dar soluções satisfatórias e expeditas a demandas delicadas por natureza, que em última análise albergam expectativas de melhoria das condições de vida e saúde de uma pessoa.

A situação se torna ainda mais complexa na medida em que a ausência de critérios objetivos para a definição das responsabilidades dos entes federativos alvos dos processos provoca conflitos entre eles. Conforme apontam Noletto e Ramos (2023), ao estabelecer que o cumprimento de obrigações de saúde determinadas judicialmente deve ser direcionado ao ente federativo competente, de acordo com as regras de repartição de competências do SUS, o STF

não estipulou critérios para a realização desse direcionamento, tampouco se manifestou sobre o momento processual adequado para tanto. A título ilustrativo, as autoras exemplificam que no SUS as responsabilidades relacionadas à política de assistência farmacêutica são divididas entre os entes federativos, de modo que em relação a um mesmo medicamento é possível que haja um ente responsável pelo financiamento, outro pela aquisição e outro pelo fornecimento à população. A tese firmada pelo STF no Tema de Repercussão Geral n. 793 não esclarece se o cumprimento de eventual ordem judicial que determine o fornecimento desse medicamento deve ser direcionado ao ente que financia, ao que adquire ou ao que efetivamente o fornece ao cidadão.

Dessa forma, as discussões em um processo de saúde atingem um nível de complexidade ainda maior. O conflito processual deixa de se resumir à relação entre o cidadão *versus* o Poder Público e avança para dissensos entre os próprios entes federados, os quais disputam entre si para atribuir ao outro a responsabilidade pelo atendimento de uma obrigação de saúde determinada judicialmente. Não são raros os processos tratados no Capítulo 4, principalmente aqueles ajuizados a partir do ano de 2019, nos quais a discussão central deixou de ser a apuração do direito do cidadão em ter acesso a uma determinada prestação e passou a ser a definição de qual seria o ente federativo responsável por custear e fornecê-la.

A lacuna deixada pela ausência de critérios uniformes pelos tribunais superiores em processos de saúde foi preenchida pelos dissensos entre os entes federativos. Essa situação foi percebida e mencionada por E1 e E8. Segundo o primeiro, “é o tempo todo o Estado brigando com o município, o município brigando também com a União e nós aqui tentando, como a gente fala, algodão entre vidros, tentando resolver essa situação, então isso dificulta demais o trabalho da gente”. Na visão do segundo, “é mais assim um jogo de empurra, que a obrigação é do município, aí o Estado tenta colocar agora a União pra tentar tirar também” (E7).

A falta de integração entre os entes federados foi um fator apontado por E3 e E6 para as dificuldades encontradas no SUS, fazendo com que haja contradição e sobreposição de normas, concentração de recursos financeiros na União e atribuição de responsabilidades aos entes subnacionais sem as respectivas contrapartidas orçamentárias. Leite, Castelo e Lopes (2019) já apresentaram exemplo de tentativas frustradas do Estado do Paraná em receber da União o ressarcimento de gastos que o primeiro teve com o cumprimento de ordens judiciais de saúde cuja responsabilidade competia ao último, evidenciando a ausência de cooperação dentro do próprio Poder Público. Situação semelhante foi identificada na Comarca de Viçosa/MG a partir de quatro processos nos quais um ente municipal buscava obter ressarcimentos do ente estadual

por despesas suportadas pelo primeiro e que alegadamente seriam de responsabilidade do último, evidenciando a ausência de mecanismos administrativos para a solução consensual e cooperativa de demandas dessa natureza.

A formulação de soluções para as controvérsias também passa pelo uso de ferramentas e instrumentos capazes de orientar a conduta dos participantes, os quais informaram não ter formação acadêmica ou profissional na área de saúde. Invariavelmente é necessário que os agentes atuantes em primeira instância obtenham suporte técnico para lidar com a diversidade de demandas de saúde com as quais se deparam no cotidiano profissional. Sendo assim, ao serem questionados sobre a existência e a adequação de mecanismos capazes de auxiliá-los nos processos de saúde, os participantes apontaram ferramentas disponibilizadas pelas instituições às quais estão vinculados – Tribunal de Justiça, Ministério Público e Defensoria Pública – e sustentaram se valer delas na atuação cotidiana, quando necessário.

O Centro de Apoio Operacional em Saúde, vinculado ao Ministério Público de Minas Gerais, o banco de petições à disposição da Defensoria Pública e as informações disponibilizadas nos canais oficiais da CONITEC foram citados por ao menos um dos participantes como instrumentos que os auxiliam no desempenho de suas funções em questões relacionadas à saúde. A ferramenta mencionada com mais frequência foi a plataforma e-NATJUS do CNJ, sobre a qual quatro participantes fizeram referência. De acordo com o CNJ (2023), o e-NATJUS é uma “ferramenta que está a serviço do magistrado para que a sua decisão não seja tomada apenas diante da narrativa que apresenta o demandante na sua peça inicial” cujo objetivo é “a criação de um banco de dados nacional para abrigar pareceres técnico-científicos e notas técnicas elaboradas com base em evidências científicas na área da saúde, emitidos pelos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário e pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde”.

A plataforma e-NATJUS foi criada pelo CNJ a partir das contribuições apresentadas na Audiência Pública n. 4 promovida pelo STF no ano de 2009 com o principal escopo de ajudar Magistrados na resolução de demandas que versam sobre questões técnicas de saúde, tais como medicamentos, equipamentos, cirurgias, órteses, próteses e insumos (Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas, 2023). O auxílio ocorre por meio da emissão de notas técnicas, solicitadas no âmbito de um processo judicial pelo juiz e nas quais a prestação de saúde pleiteada é avaliada por um profissional técnico de saúde, o qual emite um parecer conclusivo a respeito da pertinência e adequação de se concedê-lo ao demandante (Almeida et al., 2022). Conquanto seja direcionado à atuação dos Juízes, a plataforma e-NATJUS conta com uma área de acesso

público em que as notas técnicas produzidas por instituições e profissionais de saúde de todo o país ficam à disposição para consulta de interessados.

De um lado, as notas técnicas produzidas e armazenadas no e-NATJUS são fontes de informação relevantes a respeito dos mais diversos objetos pleiteados em demandas de saúde, principalmente medicamentos. O conteúdo das notas técnicas permite ao interessado se inteirar sobre os aspectos mais relevantes do objeto analisado, isto é, se ele é fornecido pelo SUS, se a rede pública oferece alternativas, se está registrado na ANVISA e se é adequado ao tratamento de uma determinada doença. O banco de notas técnicas é extenso e abrange uma gama considerável de objetos cujo acesso já foi pleiteado em um processo judicial.

Por outro lado, consoante expõem Almeida et al. (2022), as notas técnicas produzidas e disponibilizadas pelo e-NATJUS podem conter informações incompletas e imprecisas. A esse respeito, os autores examinaram 181 notas técnicas que versaram sobre medicamentos anticoagulantes orais, a exemplo da Rivaroxabana, um dos medicamentos mais pleiteados na Comarca de Viçosa/MG, e constataram que em diversos documentos os campos destinados às informações sobre a necessidade de uso dos fármacos, dados sobre eficácia e segurança e tentativa prévia de uso de alternativas ofertadas pelo SUS não foram preenchidos. Além disso, destacaram que a maior parte das notas técnicas cuja conclusão foi favorável à disponibilização do medicamento reclamado não mencionou a recomendação da CONITEC sobre ele, tampouco indicou evidências científicas concretas que justificassem a conclusão.

Wang (2021b) também aponta problemas na estrutura e funcionamento dos núcleos de apoio técnico que elaboram as notas técnicas disponibilizadas pelo e-NATJUS. Segundo o autor, o processo de elaboração de notas técnicas por esses órgãos é menos sofisticado, menos transparente e menos participativo em relação àquele adotado pela CONITEC. Embora a utilidade do e-NATJUS tenha sido reconhecida por participantes que fizeram menção ao uso da plataforma, ainda assim houve a ponderação de que as repostas aos pedidos de elaboração de nota técnica podem demorar, de modo que o tempo de espera nem sempre é compatível com a urgência verificada no caso concreto.

A despeito dos problemas apontados pela literatura e pelos próprios participantes e mesmo considerando que o juiz não está vinculado à conclusão apontada em uma nota técnica, o valor argumentativo e probatório desse documento não pode ser desprezado. É importante lembrar que nenhum dos participantes declarou ter formação técnica na área de saúde e, dessa forma, a conclusão apontada em uma nota técnica feita por profissional especializado tem um peso relevante no desfecho do processo. Especificamente em relação à Comarca de Viçosa/MG,

dentre os processos analisados no Capítulo 4 somente em um deles o Magistrado competente solicitou a formulação de uma nota técnica.

Antes da formulação dessa nota técnica, o Juiz havia indeferido o pedido de tutela de urgência formulado pelo paciente para obtenção de um medicamento de alto custo. A nota técnica foi então elaborada e sua conclusão foi favorável à concessão do medicamento pleiteado pela parte autora, o que serviu como principal fundamento para que o magistrado revisse a decisão inicial para conceder a tutela de urgência. Não se verificou, nesse caso, demora na elaboração do documento, o qual, conforme informação contida no processo, foi concluído uma semana após o respectivo pedido. Por outro lado, a nota técnica somente foi juntada ao processo e seu conteúdo conhecido pelas partes após mais de cinco meses da solicitação.

Questionados sobre a falta de algum mecanismo ou ferramenta capaz de auxiliá-los ainda mais no trato de demandas de saúde, os participantes apresentaram respostas variadas. Quatro deles declararam que a disponibilidade de um corpo técnico da área de saúde para consulta ou realização de perícias seria uma medida hábil a ajudar na solução das demandas, principalmente aquelas mais específicas. Houve quem mencionasse o uso de ferramentas de inteligência artificial para compilar e organizar dados relevantes, de maneira a acelerar a solução dada às demandas. Outros não conseguiram apontar um instrumento ou medida em específico e, por fim, um dos participantes declarou não sentir falta de qualquer ferramenta ou auxílio.

Esse é, portanto, o cenário no qual os agentes do sistema judiciário de primeira instância estão inseridos. Em um único processo precisam lidar com divergências de entendimento de órgãos jurisdicionais de nível superior, conflitos entre o cidadão e o Estado e desavenças entre os próprios entes federativos. Nesse panorama permeado por controvérsias, precisam dar respostas com os recursos à disposição e apresentar soluções aos pleitos que, especificamente no caso da Comarca de Viçosa/MG, são trazidos por setores da sociedade sujeitos a alguma espécie de vulnerabilidade.

5.4 Custos financeiros são relevantes, mas não necessariamente determinantes

Para entender a posição dos participantes a respeito dos custos que envolvem as demandas de saúde, foi-lhes questionada a frequência com que se deparam com argumentos relacionados a limitações orçamentárias e escassez de recursos nos processos judiciais. Alegações dessa natureza são usualmente sintetizadas na expressão da reserva do possível, cujo

significado no Brasil tornou-se sinônimo da existência e suficiência de recursos financeiros para satisfazer pretensões relacionadas a direitos sociais (Falsarella, 2012). Todos os participantes, de forma unânime, declararam se deparar com esses argumentos nas demandas de saúde. Ao discorrerem sobre a pertinência e o cabimento desses argumentos, foi possível identificar três posições nas falas apresentadas, sendo que as duas primeiras são tratadas nesta seção e a terceira é objeto da seção seguinte. O Quadro 8 sintetiza as principais considerações dos participantes E1, E2, E5, E6, E9 e E10 sobre a relevância dos custos financeiros para as decisões que determinam prestações de saúde.

Quadro 8 – Relevância dos custos financeiros para as decisões judiciais que determinam prestações de saúde

Participante	Custos são relevantes, mas não necessariamente determinantes	Custos são considerados, mas em última análise deve prevalecer o direito individual à saúde
E1	-	“considerando que consta lá na constituição que é dever do estado a manutenção [da saúde] e aquilo é extremamente importante, não há caminho alternativo, eu acho que não tem como negar, apesar de ser muito custoso as vezes para o Estado e para o Município, inclusive”
E2	“assim, objetivamente, [o custo] é relevante na medida em que [...] tem que olhar como muito mais cautela, com mais atenção, a questão técnica, porque vai ter um impacto financeiro considerável, mas isso não é um fator absoluto para que possa impedir [a concessão da prestação]”	-
E5	-	“a gente tem a ponderação de valores, não que a gente desconheça as dificuldades, principalmente dos municípios que tem menos quantias de repasse, a gente entende todas essas dificuldades, mas na ponderação dos valores, realmente entre se garantir o acesso à saúde do cidadão e a reserva do possível e todas essas questões que são mais do direito administrativo, a gente sempre vai pender para a questão do direito do cidadão”
E6	“eu acho que isso [em referência aos custos financeiros] tem que ser levado em conta, porque é um fator importante né, a gente tem a LINDB [Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro] também, o juiz tem que analisar o impacto orçamentário das suas decisões na questão do orçamento público, eu acho que é importante, porém não determinante”	-
E9		“A gente faz essa análise custo-benefício, temos que ponderar todas as particularidades daquele caso que está sendo trazido ciente de que por vezes a concessão de um provimento jurisdicional favorável em favor de um vai representar as vezes

	-	alguém furando fila, vai representar retirada do recurso daquele que está lá na outra ponta [...] e aí se se concluir por toda a questão que eu já falei, análise de princípio, as particularidades do caso, que o caso é de deferimento a gente não, enfim, não se ressentir por essa questão do eventual dano ao coletivo”
E10	-	“a realidade orçamentária dos entes públicos, as vezes tem uma realidade que não se afina muito com essa decisão, mas são escolhas que você faz, são ponderações que você faz de garantias constitucionais, direito a saúde, dignidade da pessoa humana [...] é difícil na prática para os Estados e Municípios especialmente, muito difícil [...] mas não tem alternativa”

Fonte: Elaboração própria. Resultados da pesquisa, 2024.

A maioria dos participantes afirmou que a frequência com que se depara com argumentos relacionados à restrição de recursos financeiros é em todos os processos ou quase 100% deles. O primeiro ponto de vista expressa o reconhecimento de que os custos das decisões são relevantes e impactam nos demais usuários do sistema público, embora por si só não sejam determinantes para a concessão de uma prestação de saúde. Esse entendimento é extraído das falas de dois participantes.

“Olha, esse argumento [em referência à reserva do possível] muitas vezes, na maioria das vezes, ele é usado de forma genérica, de forma meramente argumentativa, e na verdade pode se ter uma intuição, se verificar, porque a gente sabe que o tanto de recurso não vai atender todas as prestações [...] mas, assim, objetivamente, é relevante na medida em que [...] tem que olhar com muito mais cautela, com mais atenção, a questão técnica porque vai ter um impacto financeiro considerável, mas isso não é um fator absoluto para que possa impedir [o fornecimento da prestação]” (E2).

“Eu acho que isso [em referência aos custos financeiros] tem que ser levado em conta, porque é um fator importante né, a gente tem a LINDB [Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro] também, o juiz tem que analisar o impacto orçamentário das suas decisões na questão do orçamento público, eu acho que é importante, porém não determinante. Tem que ser importante mesmo porque a constituição foi, a meu ver, excessivamente ampla, o direito ao acesso integral e irrestrito, então esse é um problema que já foi introduzido pela própria redação da constituição, porque o direito ao acesso é integral, amplo e irrestrito, só que os recursos não seguem a mesma lógica, então quando uma decisão destina parte dos recursos pra uma única pessoa vai faltar pra outras, isso é fato” (E6).

[...]

“Como eu disse, o custo é sempre relevante, principalmente quando a gente trata de município, porque o orçamento dos municípios tende a ser muito menor, os municípios têm muitas responsabilidades, as vezes a lei destina muita responsabilidade pro município e não destina recursos na mesma proporção das responsabilidades, então para os municípios realmente são questões que impactam muito, uma decisão determinando um medicamento ou um tratamento de alto custo, isso com certeza vai impactar e vai faltar para outras pessoas. Até por isso agora o Tema 793 determina o direcionamento da obrigação, isso facilita um pouco pra direcionar em relação ao estado, principalmente ao estado [...] mas acredito que o Tema 793 nesse particular melhorou um pouco a questão para os municípios, mas

para o estado também isso também vai impactar, apesar de ser um orçamento maior, vai impactar, então a gente tem que analisar isso também. Mas, como eu disse, é um fator importante, porém não determinante para não dar determinado medicamento única e exclusivamente por causa do custo” (E6).

E6 também acrescenta que a influência da indústria farmacêutica não pode ser desconsiderada. De acordo com o referido, a existência de “pressão do plano [de saúde], de indústria farmacêutica, para que os médicos prescrevam determinados medicamentos que ainda não estão incorporados” é uma das formas encontradas para “forçar a incorporação desses medicamentos e aumento de ganho da indústria”, principalmente no que se refere a medicamentos de alto custo. Salienta que a identificação de prescrições feitas com esse objetivo não é simples e nem sempre o assunto é abordado abertamente, embora possa trazer consequências prejudiciais para o paciente. O participante finaliza com um exemplo que demonstra como o Poder Judiciário foi usado para se ter acesso a um medicamento que, posteriormente, comprovou-se ter efeitos colaterais danosos.

“Um caso clássico que aconteceu foi com o Vioxx, já tem bastante tempo esse medicamento, era um anti-inflamatório e foi uma pressão e todo mundo entrava na justiça pedindo o Vioxx, eram prescrições em massa desse medicamento, até que pouco tempo depois ele foi proibido pelo FDA [agência dos Estados Unidos de regulação de medicamentos] porque os efeitos colaterais dele eram terríveis, principalmente cardíacos e outras questões, mas foi uma propaganda maciça da indústria farmacêutica por esse medicamento, médicos prescrevendo, então a gente não pode também olvidar que existe muita pressão da indústria farmacêutica para a incorporação de novos medicamentos, principalmente medicamentos de alto custo” (E6).

O segundo ponto de vista extraído das falas de outros quatro participantes apontam em alguma medida para a relevância da repercussão orçamentária de decisões concessivas de prestações de saúde, mas entende que, em última análise, o direito individual do pleiteante deve ser preservado e a pretensão satisfeita. Essa posição é sustentada por E1, E5, E9 e E10.

“De qualquer forma, o que a gente tem visto, alguns tratamentos que têm aparecido ultimamente para tratar determinada doença, determinada moléstia, que é extremamente caro [...] considerando que consta lá na constituição que é dever do estado a manutenção [da saúde] e aquilo é extremamente importante, não há caminho alternativo, eu acho que não tem como negar, apesar de ser muito custoso as vezes para o Estado e para o Município, inclusive” (E1).

“A gente tem a ponderação de valores, não que a gente desconheça as dificuldades, principalmente dos municípios que tem menos quantias de repasse, a gente entende todas essas dificuldades, mas na ponderação dos valores, realmente entre se garantir o acesso à saúde do cidadão e a reserva do possível e todas essas questões que são mais do direito administrativo, a gente sempre vai pender para a questão do direito do cidadão” (E5).

“A gente faz essa análise custo-benefício, temos que ponderar todas as particularidades daquele caso que está sendo trazido ciente de que por vezes a concessão de um provimento jurisdicional favorável em favor de um vai representar as vezes alguém furando fila, vai representar retirada do recurso daquele que está lá na outra ponta, vai receber a crítica do administrador público que o juiz está fazendo as vezes do administrador e decidindo qual recurso vai pra onde, contudo, isso assim são decorrências do tipo de pleito que o sistema permite que as pessoas façam ao poder judiciário, a nossa constituição isso, enfim, fala que o Poder Judiciário vai enfim tutelar qualquer tipo de lesão ou ameaça a direito, coloca inclusive na esfera individual, a justiça é aberta, não há restrição de questionamentos de questões de saúde [...] e aí se se concluir por toda a questão que eu já falei, análise de princípio, as particularidades do caso, que o caso é de deferimento a gente não, enfim, não se ressentir por essa questão do eventual dano ao coletivo” (E9).

“Olha, isso está definido, já foi vamos dizer assim, devidamente resolvido no âmbito do Supremo Tribunal Federal, você não pode usar essas limitações orçamentárias para não alcançar direitos fundamentais, aí você tem que excetuar. Eu vejo o seguinte [...] a realidade orçamentária dos entes públicos, as vezes tem uma realidade que não se afina muito com essa decisão, mas são escolhas que você faz, são ponderações que você faz de garantias constitucionais, direito a saúde, dignidade da pessoa humana [...] no aspecto prático de organização orçamentária, discussão do orçamento, discussão das despesas, evidentemente isso causa certa desorganização do sistema, porque você tem os recursos que eles podem estar pra serem alocados e qualquer hora chega e tum, acabou, me dá vinte mil, cinquenta mil, trinta mil [...] eu sei que do ponto de vista jurídico são opções difíceis a fazer e eu acho que a opção foi correta na questão de você dizer que ter limitações é você negar o acesso àquele direito fundamental que é a garantia a saúde, então são escolhas que o constituinte fez e o Supremo consagrou e é difícil na prática para os estados e municípios especialmente, muito difícil [...] mas não tem alternativa” (E10).

Um aspecto suscitado por três participantes é de que a reserva do possível e outros argumentos de natureza orçamentária e escassez de recursos são invocados de forma genérica e abstrata pelos entes públicos, sem a efetiva e concreta comprovação da indisponibilidade financeira. Em virtude disso, na visão de E2, E4 e E9, tais argumentos perdem credibilidade.

“Olha, esse argumento, muitas vezes, na maioria das vezes, ele é usado de forma genérica, de forma meramente argumentativa [...] então, essa alegação da reserva do possível, para que ela seja aceita dentro de um determinado contexto, ela tem que ser melhor colocada, de forma mais pontual, mais específica, mais clara, mais transparente”. (E2)

“Eu entendo que esse princípio [...] ele veio do direito alemão ou do direito americano e ele foi incorporado de uma forma equivocada aqui no Brasil e é sempre levantado. Ele é abordado, ele é abraçado pelas pessoas jurídicas de direito público, no caso o município, o estado e a união, ao que eu percebo nos processos, de uma forma muito genérica; alega-se sem demonstrar a insuficiência financeira; então, na minha opinião, caso realmente seja demonstrada a insuficiência financeira do ente, o que nunca é, mas se demonstrada tudo bem, a gente pode até vislumbrar o que pode ser feito para aperfeiçoar aquela deficiência financeira na área da saúde [...] mas em regra eu vejo essa alegação de uma forma genérica sem demonstração concreta de que não há recursos financeiros” (E4).

“Não sou especialista em orçamento público, falando do orçamento público aqui porque o orçamento privado como eu disse aí normalmente é uma questão mais reduzida, tratar um plano de saúde, embora não seja praxe nem do poder público nem da iniciativa privada demonstrar concretamente o que é a reserva do possível e o que

é o impacto orçamentário financeiro do equilíbrio econômico eventualmente do prestador do serviço de saúde, isso não é praxe, não se traz aos processos uma informação objetiva que diga olha se tirar tanto isso vai impactar, vamos dizer, se fosse a iniciativa privada, vai impactar em tanto no meu lucro e aí o meu lucro vai ficar assim, vai ficar assado, tenho essa e essa obrigação financeira, essa obrigação tributária, essa obrigação assim, isso vai gerar um desequilíbrio e eu não vou conseguir atender um número de pessoas, é sempre um argumento em abstrato, o poder público mais ainda” (E9).

Ao comparar as falas dos participantes com o conteúdo das decisões proferidas nos processos analisados no Capítulo 4 – seja decisão interlocutória ou sentença – e que indeferiram os pedidos de acesso a uma determinada prestação de saúde, verifica-se que, de fato, o custo financeiro da prestação não foi um critério invocado para as negativas judiciais, as quais usualmente se basearam na ausência de comprovação da necessidade da prestação ou no argumento de que o SUS fornece uma alternativa viável e eficaz à prestação pretendida.

A título ilustrativo, as três demandas de maior expressão econômica e que somadas representavam mais de 1,5 milhões de reais tiveram tutela de urgência deferida e, ao final do processo, duas delas foram julgadas parcialmente procedentes e a outra foi extinta sem resolução de mérito. O custo financeiro dos medicamentos pleiteados nesses processos não foi objeto de considerações nem em sede de antecipação de tutela, tampouco em sentença.

É importante pontuar, também, que a expressiva maioria de processos examinados no Capítulo 4 foi ajuizada individualmente pelos pacientes, o que dificulta a análise holística da repercussão financeira que a concessão dessas prestações representa para o Poder Público. Os agentes envolvidos em um processo judicial estão obrigados a apresentar respostas para aquela demanda em específico, sob uma perspectiva individual do autor da ação, e não necessariamente precisam se debruçar sobre questões amplas a respeito do orçamento público. Com efeito, o planejamento e a execução do orçamento são fatores dinâmicos e que extrapolam os limites de um processo judicial, o que já seria um obstáculo relevante caso esse aspecto tivesse que obrigatoriamente ser analisado em cada processo.

Além disso, os entendimentos dos tribunais superiores não estabelecem que o custo da prestação deve ser um elemento de análise obrigatória quando da decisão de sua concessão ou negativa. Por exemplo, a tese firmada no Tema de Recursos Repetitivos n. 106 do STJ trata da inexistência ou ineficácia das alternativas do SUS, hipossuficiência econômica do paciente e registro do medicamento na ANVISA. Portanto, não há vinculação do ponto de vista normativo e de orientação jurisprudencial entre o custo do bem pleiteado e a decisão de se concedê-lo ou

negá-lo ao usuário. Dessa forma, a abordagem desse fator em seara judicial está mais ligada ao posicionamento pessoal do agente do que a uma orientação superior ou obrigação legal.

Somados ao alto volume de trabalho e à necessidade de apresentação de respostas rápidas às demandas de saúde, a predominância de processos individuais e a ausência de vinculação normativa e jurisprudencial podem explicar porque as decisões, pareceres e/ou petições dos participantes não tecem maiores considerações sobre os custos financeiros envolvidos e a repercussão no orçamento público, a despeito do reconhecimento da relevância desses fatores pelos próprios participantes e pela literatura (Pereira, 2012; Alcântara, 2014; Moraes, 2016; Wang et al., 2014; Tribunal de Contas da União, 2017; CNJ, 2021).

Outro elemento presente é o reconhecimento da repercussão que decisões que acolhem necessidades individuais representam para os demais usuários do SUS. Examinada sob a premissa da escassez de recursos e limitação do orçamento público, esse elemento se liga ao aspecto dos custos financeiros na medida em que traduz uma decisão alocativa, isto é, uma escolha de utilizar parte do orçamento para satisfazer uma pretensão individual e da qual resultará a redução do montante disponível para o atendimento dos usuários que não acionaram o Poder Judiciário. E2, E6 e E7 fizeram considerações a esse respeito em suas respectivas falas, pontuando a importância de se observar a isonomia entre os usuários, inclusive aqueles que não ingressaram na justiça, a necessidade de que demandas de saúde sejam tratadas a nível coletivo e as dificuldades encontradas pelos gestores de saúde para lidar com todas demandas com um orçamento limitado.

“Olha, isso é um dilema, porque vem à tona a questão da igualdade, se apenas quem entrou vai ter direito, outras pessoas não vão ter direito, então, assim, o que eu penso que seria possível: talvez uma atuação mais coletiva do Ministério Público, de entidades, da Defensoria Pública, que pudessem ter uma representatividade maior para pessoas que estivessem na mesma situação, porque esse casuísmo ele é complicado até pro juiz, porque as vezes num contexto ele é favorável e em outro não é, então causa uma insegurança jurídica também. Eu penso que o ajuizamento individual ele não vai impedir o juiz de dar o provimento, mas poderia, sim, existir uma forma de atuação mais coletiva, mais isonômica” (E2).

“Como eu disse, o custo é sempre relevante, principalmente quando a gente trata de município, porque o orçamento dos municípios tende a ser muito menor, os municípios tem muitas responsabilidades, as vezes a lei destina muita responsabilidade para o município e não destina recursos na mesma proporção das responsabilidades, então para os municípios realmente são questões que impactam muito, uma decisão determinando um medicamento ou um tratamento de alto custo, isso com certeza vai impactar e vai faltar para outras pessoas [...] e como eu disse, mais uma vez, as vezes é um tratamento que não é muito indicado ou não é muito estudado e o médico as vezes pressionado pela família ou por outras pressões também, essa é a última tentativa, vamos tentar, e a gente não pode ficar fazendo tentativas também sem descuidar que isso pode impactar em outras pessoas, porque as vezes ficariam privadas de determinado recurso por causa dessa decisão, então isso é olhado sim” (E6).

“O gestor ele faz uma previsão com um determinado recurso pra gastar em benefício da população obviamente voltado para a saúde e quando se judicializa uma questão o dinheiro que vai sair é o dinheiro que o gestor lá previu pra gastar, então ele fica num jangal, digamos assim, fica numa situação muito difícil porque o que ele programou muitas vezes não tem como ser cumprido em razão de uma decisão judicial, e aí ele pensa: eu cumpro a decisão judicial ou cumpro o meu programa? Ele não tem saída, ele tem que cumprir a decisão judicial, porque a decisão judicial é uma decisão do poder estatal que tem que ser cumprida, não tem muita saída” (E7).

Uma saída apontada pelos participantes para lidar com o dilema posto entre demandas individuais e demandas coletivas é a intensificação dos esforços entre os Poderes Judiciário e Executivo, de modo a esclarecer fluxos, informar as prestações já oferecidas administrativamente pelo SUS e evitar a judicialização questões cuja resolução poderia se dar no âmbito extrajudicial.

“O Poder Executivo, até a saúde suplementar também, estão estabelecendo um diálogo cada vez maior com o Poder Judiciário, isso a gente percebe também ao longo dos anos a questão do diálogo, da interação maior do Poder Judiciário com o Poder Executivo [...] o que eu gostaria de destacar é esse diálogo maior, essa interação maior do Poder Executivo com o Poder Judiciário, até nos vários níveis, até em nível municipal, certamente várias demandas poderiam ser evitadas se houvesse um entendimento prévio ali do que está sendo pedido, qual é o fluxo de determinados medicamentos, de determinada prestação de saúde, porque existe a judicialização predatória também, que aí a gente tem que saber identificar” (E2).

“Dá uma sensação ou passa essa impressão para a população que só funciona se for ao Judiciário, que o Poder Público é ineficiente, que não tem nada no poder público, que só funciona se for no Judiciário, então eu acho que isso não deveria ser a primeira opção, por isso entendo a necessidade de um trabalho conjunto tanto do Executivo quanto do Judiciário pra nortear essas políticas públicas, a questão de medicamentos, atualização das tabelas, porque isso demora muito, as vezes demora três, quatro anos pra incorporar um determinado medicamento na RENAME ou nas listas municipais, então, assim, talvez uma maior agilidade nessa incorporação de medicamentos pra facilitar pros municípios a aquisição de uma forma, por meio de licitação, mais barato do que uma aquisição em determinação judicial que o medicamento logicamente sai mais caro, então talvez uma agilidade maior do Poder Público pra isso, pra incorporação de novos medicamentos, novos tratamentos, novas terapêuticas, talvez isso pudesse diminuir essa judicialização e diminuir os custos” (E6).

As menções ao Poder Executivo e à gestão do SUS confirmam o apontamento feito por Bucci (2017) no sentido de que o Poder Judiciário e os agentes que exercem suas funções nesse meio abordam as escolhas feitas pelo primeiro com desconfiança. Todos os participantes em algum momento identificaram e fizeram referência às falhas do Poder Executivo na gestão do SUS. Aspectos como a má-gestão, falta de organização e corrupção foram citados e apontados como causadores da crescente procura pelo Poder Judiciário para a satisfação de demandas de saúde. O Quadro 9 resume considerações dessa natureza apresentadas pelos referidos.

Quadro 9 – Síntese das considerações sobre o Poder Executivo e a gestão do SUS

Participante	Falhas atribuíveis ao Poder Executivo
E1	“eu acho que tudo é uma questão de gestão, tem que ter uma boa gestão nessa questão de um orçamento para a saúde [...] então, eles é que tem que se organizar e fazer um pé de meia nesse sentido, porque eu não concordo com esse, essa, a questão é gestão [...] o que eu penso a respeito disso é que sempre quando é necessária a judicialização é porque lá [em referência ao Poder Executivo] não está andando bem”
E2	“a evolução dos anos, da judicialização, o juiz passou a ter uma percepção de divisão de responsabilidades, na verdade nem de divisão, porque se aquela prestação o gestor a princípio não entendeu como prioritária, não regulamentou, então a responsabilidade não é exclusiva do juiz, existe a questão da gestão [...] aí eu volto a dizer que a gente não pode tomar pro juiz a responsabilidade de decidir tudo, porque existe a questão da tensão ali entre o gestor, entre o Poder Executivo, até onde o Poder Judiciário pode ir ou não”
E3	“ao meu ver, o SUS tem dois problemas: de orçamento e de gestão. Desde o início o orçamento foi deficitário e ao longo dos anos a fatia do SUS ela é usada principalmente no orçamento federal pra outras áreas, pela desvinculação de receita e tudo, então já começando um sistema deficitário e a gente ainda tem esse problema de gestão que é essa falta de integração entre os entes federados, então, assim, ao meu ver, isso acaba tendo essa desorganização.”
E4	“Por que tanta demanda individual? Qual é a falha, onde está a falha no sistema? Então essa judicialização da saúde, já tem um tempo que existe essa temática, então entendo que deveria haver uma política pública, um estudo para verificar, se está tendo judicialização da saúde é porque está tendo falha”
E5	“o que a gente pode pensar, é até um pouco senso comum, mas o que a gente vivencia na nossa prática é a gestão mesmo do dinheiro público [...] porque o Poder Judiciário, não é a função, mas acaba que na omissão do Estado o Poder Judiciário é chamado a atuar e ele acaba atuando em muitas demandas porque o Estado não está presente”.
E6	“nessa equação a gente também tem que colocar a má-gestão dos recursos, a falta de organização, a falta de, muitas vezes, de uma gestão mais eficiente dos recursos públicos, destinação para uma determinada área em detrimento de outras, então vai além só do orçamento, é uma questão de organização do sistema público mesmo, gestão de recursos”
E7	“se os gestores de um modo geral, não apenas os gestores da área de saúde, mas os governadores, os prefeitos, o presidente da república, enfim, todos os políticos, eles tivessem uma atuação realmente voltada para a população eu penso que o Brasil teria recurso suficiente pra evitar essa alegação de reserva do possível, na minha visão o que atrapalha hoje que o Brasil se desenvolva infelizmente é a corrupção [...] o que falta são gestores sérios, gestores capacitados, pra que nós possamos dar àqueles que não tenham condições uma prestação de saúde da melhor maneira que nós pudermos”
E8	“se você pensar no SUS, é uma ideia brilhante que você vê vários países que não tem acesso a saúde, mas que tipo de saúde que a gente está oferecendo para os nossos brasileiros? A ideia, a concepção, é linda, mas acho que a administração dos SUS está errada [...] e a gente sabe na realidade, porque se a gente fizesse um, vamos abrir as portas, vamos ver os orçamentos, vamos ver pra onde está indo o dinheiro, não faltaria dinheiro para a saúde”
E9	“o que chega ao Poder Judiciário é uma fração das pessoas que procuram o Poder Executivo pra poder solicitar e dentro do Poder Executivo você tem a todo momento, inclusive quando chegam aqui dentro dos processos, são filas, são esperas, enfim, falta de pessoal, falta de infraestrutura”
E10	“com os percentuais previstos constitucionalmente para a educação e saúde, dadas as demandas que se tem, é muito recurso, não é pouco não, mas infelizmente ainda é insuficiente, fora a má-gestão, aí tem outros complicadores”

Fonte: elaboração própria.

Algumas expressões reforçam a ideia de desconfiança no discurso dos participantes. E1 afirma, em referência à gestão do SUS, que “quando é necessária a judicialização é porque lá não está andando bem”. Para E3 e E5, o grande problema do SUS é a gestão, com o que concorda E8, que acrescenta que “se a gente fizesse um, vamos abrir as portas, vamos ver os orçamentos, vamos ver pra onde está indo o dinheiro, não faltaria dinheiro para a saúde”. E7 é ainda mais incisivo e sustenta que “o que falta são gestores sérios, gestores capacitados” não apenas na área de saúde “mas os governadores, os prefeitos, o presidente da república, enfim, todos os políticos, [se] eles tivessem uma atuação realmente voltada para população eu penso que o Brasil teria recurso suficiente” para atender as demandas de saúde, sem que fosse necessário o acionamento do Poder Judiciário.

A ideia geral extraída desses discursos é de que o Estado e a gestão do SUS sofrem com a omissão, ineficiência ou incompetência e em razão disso a intervenção judicial é inexorável e necessária para assegurar o direito à saúde dos cidadãos. Concordamos que as falhas atribuíveis ao Estado, a exemplo da má-gestão, falta de organização e subfinanciamento do SUS, são em alguma parte responsáveis pela intensificação da litigância judicial de saúde.

Cabe, no entanto, a ponderação de que na Comarca de Viçosa/MG predominaram pedidos de acesso a medicamentos não padronizados e de internação compulsória. Em relação aos primeiros, invariavelmente havia recomendação fundamentada da CONITEC acompanhada de expressa decisão do Ministério da Saúde de não os disponibilizar no SUS. No que se refere à segunda, a lei expressamente determina que a internação compulsória depende de autorização judicial para ser efetivada, o que torna o acionamento do Poder Judiciário indispensável. Em ambos os casos, portanto, o Poder Judiciário não foi acionado em razão de ausência ou ineficiência estatal. No que concerne aos medicamentos não padronizados, havia escolhas conscientes feitas pela gestão do SUS de não os ofertar na rede pública. Quanto à internação compulsória, a intervenção judicial era necessária por força de lei.

Em suma, foi possível identificar impressões que reconheceram a relevância dos custos financeiros em demandas de saúde, assim como referências às repercussões de decisões concessivas de benefícios de saúde em casos individuais para os demais usuários do SUS. Por outro lado, não se pode dizer que esses fatores, embora reconhecidos, tenham sido na prática relevantes para o desfecho das demandas, especialmente aquelas ajuizadas na Comarca de Viçosa/MG. Apesar de não haver necessariamente uma relação direta entre a ineficiência estatal e o ajuizamento das demandas, como naquelas em que se pretendia o acesso a medicamentos não padronizados ou a determinação de internação compulsória, falhas atribuíveis ao Poder Público foram apontadas como a principal causa da judicialização da saúde.

A intensificação do diálogo e dos esforços entre os Poderes Judiciário e Executivo foi indicada, pelos participantes, como medida hábil a auxiliar na abordagem, resolução e prevenção de demandas judiciais de saúde.

5.5 Custos financeiros não são relevantes

O terceiro ponto de vista identificado nas entrevistas afasta por completo qualquer consideração sobre os custos financeiros. O Quadro 10 sumariza as posições de E3, E4, E7 e E8 a esse respeito.

Quadro 10 – Síntese das considerações sobre a atuação de órgãos de hierarquia superior do Poder Judiciário em relação à saúde

Fonte: elaboração própria.

Participante	Frequência com que se depara com argumentos relacionados à restrição de recursos financeiros	Custos não são relevantes
E3	“frequente, vamos dizer assim, noventa por cento”	“olha, ao meu ver, não se deve levar em conta o custo [...] eu entendo que isso não pode ser um óbice a essa prestação desse serviço”
E4	“sempre, a alegação é recorrente, é como se fosse uma chapa, aquela petição sempre vai vir com esse argumento”	“a vida não tem valor, então eu entendo que tudo que for necessário para custear. A gente sabe que existem situações muito pontuais, muito individuais de doenças raríssimas que exigem muito dinheiro, mas a vida é um bem que está protegido pela constituição e ela não impõe custos, ela não condiciona valor, então eu entendo que qualquer valor, qualquer coisa que seja necessária pra custear a saúde do cidadão tem que ser despendido pelo Poder Público”
E7	“frequentemente, praticamente em todas as ações isso é trazido”	“enquanto houver tecnologia disponível pra tratamento, eu penso que não se deve considerar custo, não, porque em primeiro lugar, até mesmo isso é uma cláusula pétrea da nossa constituição federal, enquanto houver possibilidade de se recuperar, de se tratar uma saúde, eu entendo que limites não há que se falar”
E8	“é mais assim, um jogo de empurra”	“é, se você for pensar economicamente quanto vale uma vida você vai ter um custo, mas se você for pensar que é uma vida, não tem custo [...] então você negar as vezes saúde para as pessoas sob esse argumento de que vai causar um impacto [financeiro] no Estado é cruel, é vil, é desonesto”.

Os argumentos suscitados para alicerçar a posição de que os custos financeiros não devem ser levados em consideração são, em primeiro lugar, de ordem normativa. Justifica-se que a Constituição e as leis garantem o direito à saúde e, assim, este deve ser assegurado ao cidadão. Nesse mesmo sentido, já que a Constituição e as leis não limitam esse direito a critérios financeiros, esses não podem ser invocados para embaraçar a satisfação do primeiro. Esse é o

raciocínio que prevaleceu na ADPF n. 45 e foi reproduzido nas falas de alguns participantes. A segunda ordem de justificativa remete a aspectos humanos de solidariedade e empatia. Pondera-se que a saúde e a vida humanas não têm preço e não podem ser medidas a partir de critérios monetários. Logo, custos não podem impedir salvaguarda desses direitos. Essas visões foram sustentadas por E3, E4, E7 e E8:

“Olha, eu entendo, assim, que sendo a saúde tutelada e do ponto de vista que a constituição tutela, ao meu ver a saúde deveria prevalecer e não ter essas restrições orçamentárias que existem, principalmente porque a gente está falando de saúde [...]. Ao meu ver, não se deve levar em conta o custo; como eu falei aqui, principalmente porque, embora a gente fale muito de repartição administrativa, questões burocráticas, no fim das contas é o cidadão em face do estado; a constituição coloca que o estado é único, que é uma república, que é uma federação, então basicamente é o cidadão pleiteando do poder público, do estado como um todo; então, eu entendo que isso não pode ser um óbice a essa prestação desse serviço; isso é muito usado, acho que numa ótica até, vamos dizer assim, liberal, mas o estado brasileiro não é um estado liberal, se fosse eu acho que caberia essa ótica da questão do custo influenciar no tipo de serviço que é prestado ou não, mas aí não seria sus, não seria o estado brasileiro, que é o que a constituição colocou” (E3).

“A vida não tem valor, então eu entendo que tudo que for necessário para custear; a gente sabe que existem situações muito pontuais, muito individuais de doenças raríssimas que exigem muito dinheiro, mas a vida é um bem que está protegido pela constituição e ela não impõe custos, ela não condiciona valor; então eu entendo que qualquer valor, qualquer coisa que seja necessária pra custear a saúde do cidadão tem que ser despendido pelo poder público” (E4).

“Enquanto houver tecnologia disponível pra tratamento, eu penso que não se deve considerar custo, não, porque em primeiro lugar, até mesmo isso é uma cláusula pétrea da nossa constituição federal, enquanto houver possibilidade de se recuperar, de se tratar uma saúde, eu entendo que limites não há que se falar. [...] Então fica aí a minha irrisignação quanto a essa questão de custo de prestação de saúde, porque pra mim enquanto houver tecnologia disponível, e quando eu falo de tecnologia eu falo de todas as tecnologias, medicamento, aparelho de imagem, para tratamento, meu amigo, o que prevalece para mim é a saúde” (E7).

“É se você for pensar economicamente quanto vale uma vida você vai ter um custo, mas se você for pensar que é uma vida, não tem custo. E você tem sempre que se colocar no lugar do outro, você pensa o seguinte, eu como o Estado eu tô limitando, mas e se eu fosse a mãe daquela criança, eu ia deixar meu filho morrer porque eu não tenho condições de comprar aquele medicamento, é justo a mãe perder o filho porque não tem dinheiro pra comprar um medicamento ou porque não tem uma vaga no hospital pra poder internar seu filho?” (E8).

Sob essa perspectiva, o direito à saúde assume uma posição quase absoluta e não se sujeita a qualquer limitação. Por mais que possam repercutir nos demais usuários do sistema público e trazer consequências às políticas públicas, entende-se que a pretensão individual é legítima e deve ser satisfeita. De acordo com E4, “a constituição garante o direito à vida, o direito à saúde, então a pretensão é legítima”. Sobre a repercussão dessa pretensão no sistema público como um todo, E4 admite que “em tese a gente pode falar, pode concordar, realmente

há um impacto, mas na prática não é demonstrado” e em virtude disso reafirma que “a pretensão é legítima”.

E8 vai além e declara que “negar as vezes saúde para as pessoas sob esse argumento de que vai causar um impacto no estado é cruel, é vil, é desonesto”. Acrescenta ter participado de um seminário no qual se tentou “fazer uma lavagem cerebral no Poder Judiciário, na magistratura, mostrando o custo elevado que seria gastar o dinheiro numa pessoa que de repente teria uma projeção de mais seis meses de vida” e finaliza com um questionamento retórico: “mas quem sou eu pra dizer que eu não vou dar o remédio para aquela pessoa porque ela não tem que ter mais seis meses? Ela tem direito a viver mais seis meses com dignidade e quem somos nós?”.

Essa ótica se choca frontalmente com a deferência que Wang (2013; 2021b) sustenta ser necessária ao Poder Judiciário no que diz respeito às escolhas feitas pelos gestores de saúde no âmbito do SUS. De acordo com o autor, as escolhas feitas por órgãos, agências e gestores técnicos de saúde precisam ser levadas em consideração e respeitadas pelo Poder Judiciário porque este tem capacidade institucional inferior aos primeiros quando se trata de decidir o que deve ser disponibilizado pelo sistema público de saúde. Escolhas difíceis precisam ser feitas e limites devem ser estabelecidos, visto que as demandas por saúde e outros direitos sociais igualmente importantes são infinitas, mas os recursos disponíveis para atendê-las não são. Essas escolhas, segundo o autor, devem ser tomadas por quem tem mais informações disponíveis, dispõe de corpo técnico para avaliar as evidências científicas, estabelece relações de custo-benefício e avalia a repercussão orçamentária de forma ampla. Sob esse ponto de vista, principalmente quando se considera a predominância de demandas de caráter individual, o sistema judiciário não é a instituição mais capacitada para tanto. Daí a importância e a necessidade da deferência.

Wang (2013; 2021b) reconhece que a deferência não deve ser simplesmente dada e precisa ser conquistada pelos gestores e responsáveis pelas escolhas do que o sistema público irá fornecer. Ao sistema judiciário, no que se inclui os tribunais, o Ministério Público, a Defensoria Pública e outras instituições que o compõem, caberia escrutinar as escolhas feitas, verificar a validade e a pertinência dos fundamentos que as justificaram e se elas foram as mais adequadas de acordo com as informações e recursos disponíveis. De acordo com o autor, se os motivos apresentados forem íntegros, fundamentados e se demonstrada a razoabilidade das escolhas, essas precisam ser respeitadas.

Evidentemente que escolhas arbitrárias, imotivadas ou feitas sem qualquer transparência estarão sujeitas ao escrutínio e à revisão judicial. Todavia, não sendo esse o caso, o respeito às escolhas significa respeitar o próprio sistema público de saúde. De acordo com Wang (2018), a deferência não exclui do Judiciário a prerrogativa de apreciar ameaça ou efetiva lesão ao direito, mas consiste no reconhecimento de que há situações em que se deve decidir por aceitar escolhas e avaliações feitas em outros âmbitos, sendo papel do Judiciário determinar o grau devido de deferência e avaliar em cada caso se a demanda realmente decorre de uma decisão administrativa arbitrária ou se, em sentido oposto, se trata de uma decisão refletida, informada e tomada no cenário de uma política pública de caráter amplo.

Wang (2021b) acrescenta que cortes estrangeiras se deparam com questões similares àquelas experimentadas pelo Poder Judiciário brasileiro, principalmente no que diz respeito aos pedidos de acesso a serviços não ofertadas pelo sistema público de saúde. O autor destaca que a abordagem dada pelo sistema judiciário inglês, por exemplo, parte da premissa de que recursos são escassos, decisões difíceis devem ser tomadas a despeito da legitimidade de algumas demandas e escolhas alocativas são capazes de impactar outros usuários do sistema público. Assim, direitos individuais precisam ser analisados à luz do impacto que trazem no atendimento dos demais usuários.

Esse entendimento não é exclusivo das cortes inglesas e também já foi adotado pela Corte Constitucional da África do Sul ao julgar casos relacionados ao acesso à serviços de saúde (Distefano; Karim; Krubiner, 2021). A abordagem dada pelo sistema judiciário brasileiro, no entanto, vai em sentido oposto e de acordo com Wang (2021b) utiliza o direito individual à saúde como trunfo em desfavor das escolhas alocativas feitas no SUS, do que resulta a desconsideração de custos e da repercussão financeira de decisões proferidas em litígios individuais para o sistema público.

Em se tratando de medicamentos, o entendimento que foi solidificado no Tema de Recursos Repetitivos nº 106 do STJ é de que o Estado brasileiro está obrigado a fornecer aos cidadãos os fármacos de que necessitam, sem que a existência de recomendação contrária da CONITEC à incorporação do medicamento ao SUS seja um critério relevante para a decisão que determine a disponibilização desse benefício. Foi com base nesse entendimento que houve, na Comarca de Viçosa/MG, a prolação de diversas decisões que compeliram municípios e o Estado de Minas Gerais ao fornecimento medicamentos para os quais já havia recomendação contrária da CONITEC à incorporação ao SUS.

Não há possibilidade de deferência, portanto, quando se parte da premissa de que se deve dar tudo a todos, independentemente de considerações sobre custos e sobre a repercussão que as decisões concessivas têm para os demais usuários. Sob esse ângulo, quaisquer decisões administrativas que limitem o acesso a uma determinada prestação de saúde estarão sujeitas à reversão pelo Poder Judiciário caso isso seja necessário para satisfazer uma pretensão individual, não importando os motivos que levaram à decisão restritiva em primeiro lugar. Essa é perspectiva sobre o direito à saúde que o considera um bem insuscetível a limitações e que Wang (2021b) aponta ser um trunfo invocado pelos tribunais para suplantar decisões restritivas em relação à saúde.

Fazendo analogia com um jogo de cartas infantil, ousamos acrescentar que essa perspectiva não é apenas um trunfo, mas um super trunfo. Super trunfo é o nome dado a um jogo que se baseia na comparação dos valores atribuídos às cartas distribuídas aos jogadores. Para que uma carta seja vencedora, é necessário que uma característica dela seja escolhida e tenha valor menor ou maior do que a carta do oponente. Por exemplo, se as cartas tratarem de características atribuíveis a um automóvel, será vencedora aquela que, comparada a outra, tenha atributos como maior velocidade, maior potência ou menor consumo de combustível. Essa regra, no entanto, não se aplica a uma carta eleita como super trunfo. A carta super trunfo vence todas as demais do baralho, independentemente da comparação do valor atribuído às suas características exclusivamente em razão de ser a carta super trunfo. O direito à saúde interpretado a partir da ótica exposta anteriormente funciona como uma carta super trunfo. Quando invocado, não há argumentos, comparações, ponderações ou limites capazes de restringi-lo. Ele deve prevalecer por si só e independentemente de quaisquer outras considerações, assim como prevalece a carta super trunfo.

A despeito das críticas direcionadas à percepção de que o direito à saúde deve ser ilimitado, esse ponto de vista ainda prevalece no sistema judiciário. Dois exemplos confirmam essa assertiva. O primeiro deles se refere a um processo ajuizado na Comarca de Viçosa/MG e que compôs o conjunto de demandas analisadas no Capítulo 4 cuja sentença, ao deferir o medicamento pleiteado pelo cidadão e afastar a tese defensiva apresentada pelo ente municipal, construiu o seguinte raciocínio e o aplicou a vários casos semelhantes

Em contrapartida, o Município demandado também alega estar desobrigado de fornecer o medicamento pleiteado, uma vez que ele não consta na lista a que está vinculado o município. Todavia, **tal argumento não o socorre, vez que questões políticas, orçamentárias e burocráticas como eventual inexistência dos medicamentos em lista a que se vincula o ente não pode servir de óbice à obtenção de tratamento adequado ao cidadão carente de recursos**, como a demandante no

caso em apreço, em observância ao direito fundamental à saúde, resguardado pela constituição, que também prevê a responsabilidade solidária entre os entes da federação em atender promover esse direito. (grifo aditado) (processo n. 5005994-18.2019.8.13.0713)

Afirmar que “questões políticas, orçamentárias e burocráticas” não podem constituir obstáculos à satisfação da pretensão do usuário significa dizer, em outros termos, que quase nada pode se opor ao direito individual do cidadão, afinal há muito pouco que se possa argumentar e que não se enquadre nas categorias da política, do orçamento e da gestão administrativa. Sob esse prisma, não há discussão sobre as escolhas ou escrutínio dos motivos pelos quais, por exemplo, o medicamento pleiteado no caso acima não constava no rol daqueles ofertados pelo SUS. O direito à saúde é enxergado de forma absoluta, como um super trunfo, que razões de ordem política, orçamentária e de organização administrativa são incapazes de limitar.

Esse raciocínio não se restringe à primeira instância. O segundo exemplo se refere a um caso apreciado pelo TJMG, cujo raciocínio foi aplicado a vários outros semelhantes, no qual o julgador dá mais importância ao “*feeling*” do Magistrado, de modo que, constatada a “imprescindibilidade do pedido de tratamento”, todo o restante não importa e a pretensão deve ser satisfeita (TJMG, 2021b):

“Árdua será a atividade do juiz, que deverá ter um “*feeling*” para perceber a imprescindibilidade dos pedidos de tratamento ou de assistência à saúde pleiteados pela parte. Contudo, constatada tal imprescindibilidade, outra não poderá ser sua decisão, que não a da concessão da pretensão, para tornar efetiva tão relevante garantia fundamental” (TJMG, 2021b).

Em referência à despreocupação do sistema judiciário com os custos das decisões, apresentou-se aos participantes a afirmativa de Wang (2021b, p. 860) de que “custos e impacto econômico de decisões são ignorados, expressamente refutados ou, ainda que reconhecidos, não afetam a decisão”. O Quadro 11 sintetiza as posições manifestadas pelos participantes em relação a essa afirmativa:

Quadro 11 – Considerações sobre a afirmação de Wang (2021b, p. 860)

Participante	“Custos e impacto econômico de decisões são ignorados, expressamente refutados ou, ainda que reconhecidos, não afetam a decisão”
E1	“assim, quando vem uma demanda para a gente de saúde, a gente só pensa, basicamente na pessoa que está precisando do medicamento, então, se a gente preocupa se está tendo um impacto econômico ou não para o Estado, não sei se é essa a questão que o senhor está querendo dizer, naquele momento eu não me preocupo muito, não, eu preocupo com alguém que está efetivamente precisando daquilo e não consegue”
E2	“olha, depende. Isso foi, ao longo dos anos, o que a gente percebe, a judicialização ela sofreu impactos principalmente de parâmetros técnicos que passaram a ser mais evidentes, mais utilizados, agora, nesse sentido, eu penso que o julgador tem que se atentar mais à questão técnica, mas se tiver tudo comprovado, todo o formulário de judicialização, prestação explicada pelo médico que não tem uma prestação alternativa àquele tratamento, é uma pessoa hipossuficiente, que o tratamento é imprescindível, enfim, esse custo, do meu ponto de vista, particularmente ele não vai influenciar, desde que esteja tudo comprovado”
E3	“eu acho que, assim, colocando especificamente na saúde, mas eu acho que isso é em geral, sabe, em geral não se tem uma análise de eficiência das decisões judiciais e o seu impacto econômico em quaisquer áreas, sendo que você falou dessa atuação do judiciário [...] mas ao meu ver isso não pode ser um empecilho para que o Estado deixe de prestar sua jurisdição.
E4	“eu entendo que, assim, não sei se existe um estudo próprio sobre o impacto econômico das decisões, mas eu entendo que eles não são ignorados, eles são levados em consideração e afetar a decisão do Poder Judiciário, no STF eu entendo que é levado em consideração e afeta, agora na primeira instância eu não sei dizer”
E5	“eu acredito que seja verdade, assim, acho que de fato, porque o Poder Judiciário, não é a função, mas acaba que na omissão do Estado o Poder Judiciário é chamado a atuar [...] o Judiciário não vai ficar pensando se ele [o usuário] precisa daquele remédio para sobreviver, para poder se recuperar, para ter tratamento paliativo, o que quer que seja, eu preciso dar uma resposta para essa pessoa já que o Estado não fez isso, então eu imagino, o que eu penso é que realmente não existe essa análise de impacto, não sei se cabe ao Judiciário fazer essa análise”
E6	“eu acho que parcialmente é verdadeiro, sim, não posso falar por outros colegas, mas, igual eu disse, a gente analisa, ele [o custo] é considerado na equação, mas eu não entendo que ele seja determinante, pelo simples custo do medicamento, eu acredito que outras variantes, variáveis, são mais importantes, por exemplo, se o medicamento é ou não é indicado, se tem evidência desse tratamento”
E7	“nesse ponto específico, eu gravei aqui, eu não tenho uma opinião formada sobre isso”
E8	“o Poder Judiciário não anda lado a lado com o Estado pra cortar a saúde pra economizar verba estatal, é nesse sentido que eu entendi essa frase, que existe uma preocupação [com os custos]”
E9	“não, não são ignorados, bom, falo por mim, claro, estou falando por mim aqui, mas ainda fazendo uma análise coletiva eu penso que não, eu acho que justamente o custo econômico é o que fez matérias de saúde por exemplo chegarem até o STJ o STF e eles criaram critérios mais objetivos, criaram requisitos pra que você possa pleitear do poder público”
E10	“Sim, mas aí é um pouco do que eu te falei [...] essas decisões dadas a rodo sem nenhuma responsabilidade elas interferem na dinâmica do sistema, porque também o seguinte, mesmo sendo contra a reserva do possível se cria um ambiente de passou tudo, você vai sacrificar o próprio sistema que você visa proteger para dar condições de prestar o serviço que tem, que já é deficitário, então durante muito tempo eu achei que tinha gente que não ligava”

Fonte: elaboração própria.

Questionados sobre a percepção da judicialização da saúde em relação ao SUS e às políticas públicas de saúde, quatro participantes afirmaram que a judicialização colabora com o SUS. Destaca-se, nesse sentido, a afirmativa feita por E2, para o qual a judicialização contribui “na medida em que determinada prestação vem sendo demandada com muita frequência e fundamentada em laudos médicos, isso pode provocar uma reanálise da medicação, dos tratamentos, para que possam ser fornecidos ou não pelo SUS”.

Três participantes sustentaram que a judicialização não colabora com o SUS e com os demais usuários. Ao mencionar os bloqueios de verbas públicas feitos para satisfazer determinações judiciais, E5 declarou perceber que “os bloqueios são feitos em contas que são contas que lidam com a saúde, então pode ser que de alguma forma você retire do SUS, de outras questões, de outras compras, de outras aquisições”. Um participante apresentou uma visão intermediária e apontou que do ponto de vista individual a judicialização não colabora, pois é capaz de desorganizar ainda mais o SUS, mas ponderou que demandas judiciais coletivas podem trazer contribuições. Um participante declarou não saber se há colaboração ou prejuízo e outro não manifestou opinião específica.

5.6 A centralidade dos aspectos humanos como a principal categoria do caso

Examinando as falas dos participantes, é possível identificar uma forte preocupação com os usuários em cada uma das etapas das entrevistas. Todas as categorias extraídas do conteúdo das entrevistas são permeadas, em alguma medida, pelos aspectos humanos que envolvem processos judiciais de saúde. Portanto, a categoria central do caso consiste nos aspectos humanos, isto é, nos usuários que dependem do SUS para o acesso a serviços de saúde e na preocupação que os agentes do sistema judiciário demonstraram em relação a eles. O Quadro 12 contempla as principais categorias identificadas e abordadas nas entrevistas e apresenta frases que revelam a centralidade dos aspectos humanos e da preocupação com os usuários:

Quadro 12 – Relações entre as categorias identificadas nas entrevistas e a categoria relacionada aos aspectos humanos

Categorias	Relação com os aspectos humanos e preocupação com os usuários
Dificuldades relacionadas ao regramento do SUS	<p>- “nós mesmos temos que ficar buscando muito, eu imagino lá fora o cidadão comum que quer tentar entender quais são os direitos dele perante o SUS, a saúde pública de um modo geral” (E1);</p> <p>- “uma linguagem técnica ela é necessária talvez pra viabilizar o sistema, mas o usuário fim ele por vezes fica prejudicado de entender o que que efetivamente ele tem ou não direito de fazer, tem ou não direito de pleitear” (E9);</p>
Conflitos de entendimentos de órgãos de nível hierárquico superior do Poder Judiciário	<p>- “o sujeito ele entra com o pedido de um determinado tratamento, principalmente se for na justiça, a doença não espera e muitas vezes ele não obtém a resposta a contento no momento pertinente e acaba perdendo a vida, então pra mim é um caminho muito difícil, tortuoso e que traz uma agrura, um prejuízo psicológico para o paciente gigantesco” (E7);</p> <p>- “acho que ou já houve uma modificação ou está por haver a modificação no sentido de definir melhor as atribuições das competências, mas o que isso criou de questão processual sendo discutida em vários níveis, pra cá, pra lá, fazendo o que, dando prejuízo para que você obtenha seu direito, que muitas vezes é necessário que venha a nível de tutela, dado o caráter de urgência e emergência para preservação do direito pleiteado, então esse é o pior exemplo de como a intervenção, a interpretação judicial, ela serviu para caminhar no sentido absolutamente oposto do que é necessário se fazer por falta de uma redação mais objetiva, clara, com uma visão melhor do sistema” (E10);</p>
Influência da indústria farmacêutica	<p>- “então a gente não pode também olvidar que existe muita pressão da indústria farmacêutica para a incorporação de novos medicamentos, principalmente medicamentos de alto custo, tratamentos de câncer, doenças raras, então tudo isso tem que ser observado, só que isso muitas vezes não é falado e a gente não tem como saber [...] e começam prescrições em massa desse medicamento como uma forma de pressionar também, então pressiona via Judiciário para que o medicamento seja incorporado, é uma área muito sensível, e no meio disso tudo, para mim, a parte mais fraca é o paciente, que ele tem que confiar no médico e depois tentar obter o medicamento e muitas vezes o medicamento não vai fazer o efeito esperado ou pode até piorar o quadro desse paciente” (E6);</p>
Custos financeiros	<p>- “se tiver tudo comprovado [...] prestação explicada pelo médico que não tem uma prestação alternativa àquele tratamento, é uma pessoa hipossuficiente, que o tratamento é imprescindível, enfim, esse custo, do meu ponto de vista, particularmente ele não vai influenciar” (E2);</p> <p>- “entre se garantir o acesso à saúde do cidadão e a reserva do possível e todas essas questões que são mais do direito administrativo, a gente sempre vai pender para a questão do direito do cidadão” (E5);</p> <p>- “eu participei, inclusive, teve um seminário [...] mostrando o custo elevado que seria você gastar o dinheiro numa pessoa que de repente teria o que, uma projeção de mais seis meses de vida, mas quem sou eu pra dizer que eu não vou dizer o remédio para aquela pessoa porque ela não tem que ter mais seis meses? Ela tem direito a viver mais seis meses com dignidade e quem somos nós? Nem o médico pode garantir que a pessoa vai morrer em seis meses, então você negar as vezes saúde para as pessoas sob esse argumento de que vai causar um impacto [financeiro] no estado é cruel, é vil, é desonesto” (E8);</p>
Repercussões da judicialização da saúde	<p>- “[a judicialização da saúde] colabora no sentido de que, essa que é a questão, as vezes faz aquilo que competia ao Estado fazer, então eles precisam recorrer [ao Judiciário], então colabora para o cidadão que está precisando, ele não tem outro caminho” (E1);</p> <p>- “as pessoas só judicializam suas demandas quando elas batem à porta da Prefeitura, quando ela bate à porta do estado, bate à porta da União e não é atendida, a partir do momento que ela precisa e não é atendida certamente ela vai judicializar” (E7);</p> <p>- “a judicialização, para mim, é esse sintoma desse sistema que está bastante comprometido e as pessoas começam a encarar o gabinete do juiz como sala de emergência e o tribunal como hospital, entendeu, onde ele vai encontrar um direito que ele não consegue no sistema público ou privado” (E10).</p>

Fonte: Elaboração própria. Resultados da pesquisa, 2024.

Tratando-se em primeiro lugar das dificuldades relacionadas às normas regulamentadoras do SUS, os participantes declararam que as dificuldades de acesso, compreensão e sistematização da regulamentação prejudicam principalmente os usuários, que invariavelmente desconhecem o funcionamento do sistema público de saúde e as ações e serviços cuja disponibilização é obrigação do Estado.

A esse respeito, E1 ressalta a importância de se ter informações mais acessíveis não apenas para os agentes do sistema judiciário, mas principalmente para os cidadãos comuns, como medida importante para o esclarecimento das garantias asseguradas à saúde dos usuários. O referido pondera, no entanto, que isso ainda não é uma realidade, visto que “nós mesmos temos que ficar buscando muito, eu imagino lá fora o cidadão comum que quer tentar entender quais são os direitos dele perante o SUS, a saúde pública de um modo geral” (E1).

E4 exemplifica que a simplificação da linguagem utilizada nas bulas de medicamentos foi uma medida relevante para que o conteúdo pudesse ser compreendido de forma mais clara, de maneira que seria benéfico aos usuários “adotar a mesma técnica de facilitação que foi empregada na bula do medicamento para essas normas do SUS”. E5 também considera que nomenclaturas técnicas e suas abreviações poderiam ser substituídas por expressões mais objetivas e dá como exemplo a REMUME, salientando que “ao invés de colocar assim, lista REMUME, a gente vai aprendendo, mas lista dos medicamentos fornecidos pelo SUS, algo que fosse mais objetivo, mais claro”, tudo de modo a fazer com que “a população pudesse ter acesso também”. E9 conclui que embora a técnica seja necessária para a produção normativa e funcionamento do sistema, “o usuário fim por vezes fica prejudicado de entender o que efetivamente ele tem ou não direito de fazer, tem ou não direito de pleitear”.

A preocupação com os usuários e com o lado humano envolvido nos processos também é percebida quando se trata dos conflitos de entendimento de órgãos de hierarquia superior do Poder Judiciário. Nesse sentido, E7 pondera que o usuário nem sempre “obtem a resposta a contento, no momento pertinente” e que isso “traz uma agrura, um prejuízo psicológico para o paciente gigantesco”. E10 acrescenta que as diferenças de posicionamento e as sucessivas mudanças de entendimento dos tribunais nas instâncias superiores trazem prejuízos ao usuário do sistema, na medida em que “opiniões são formadas casuisticamente, exceções dentro das opiniões”, o que acarreta em insegurança e incerteza. Nessa mesma linha de raciocínio, E10 exemplifica que divergências como a que trata da competência do órgão jurisdicional para julgar determinadas ações de saúde, discutidas principalmente no Tema de Repercussão Geral

n. 1.234¹⁶, demonstram “como a intervenção, a interpretação judicial, ela serviu para caminhar no sentido absolutamente oposto do que é necessário se fazer por falta de uma redação mais objetiva, clara, com uma visão melhor do sistema”, do que resulta um “prejuízo para que você obtenha seu direito”.

Ao abordar a influência da indústria farmacêutica na judicialização de demandas de saúde, em especial no que diz respeito à pressão voltada à prescrição de determinados medicamentos e a incorporação deles pelos sistemas públicos de saúde, E6 aponta que as consequências de ações dessa natureza são sentidas principalmente pelos usuários. De acordo com E6, “no meio disso tudo, a parte mais fraca é o paciente, que ele tem que confiar no médico e depois tentar obter o medicamento e muitas vezes o medicamento não vai fazer o efeito esperado ou pode até piorar o quadro desse paciente”, circunstância que o participante ilustra a partir do caso do medicamento Vioxx, o qual foi pleiteado judicialmente de forma massiva até que sua comercialização foi proibida quando se descobriram os efeitos colaterais danosos, principalmente cardíacos. Mais uma vez, a preocupação com os usuários é realçada pelo participante ao abordar assunto diretamente relacionado à judicialização da saúde.

Os custos financeiros e a relevância desse aspecto para a concessão de prestações de saúde pela via judicial também constituem uma categoria diretamente relacionada ao destaque conferido aos aspectos humanos que permeiam a judicialização da saúde. As falas demonstraram a prevalência do usuário e do direito individual à saúde sobre qualquer outro elemento de caráter restritivo, inclusive financeiro. A centralidade do paciente e da preocupação com a satisfação das necessidades de saúde do usuário ficou claramente evidenciada quando contrastada com questões de natureza financeira, orçamentária e de escassez de recursos. A afirmação feita por E8 de que “negar a saúde para as pessoas sob esse argumento de que vai causar um impacto [financeiro] no estado é cruel, é vil, é desonesto” evidencia o foco no usuário e demonstra que os aspectos humanos constituem o cerne da posição defendida neste ponto.

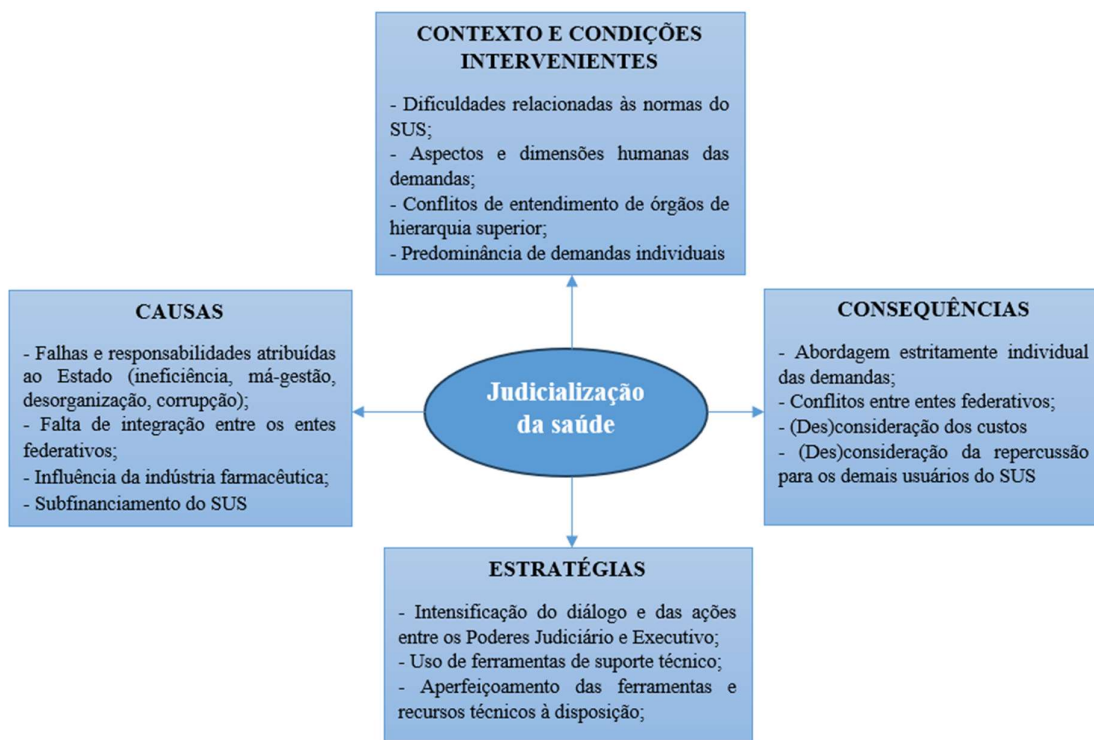
Semelhantemente, ao abordarem os impactos da judicialização da saúde, os participantes destacaram que o acionamento do Poder Judiciário é benéfico e necessário para os usuários, os quais conseguem ver satisfeitas as pretensões que não foram atendidas administrativamente. Segundo E1, a judicialização de demandas de saúde é positiva na medida em que “faz aquilo que competia ao Estado fazer, então eles precisam recorrer [ao Judiciário], então colabora para o cidadão que está precisando”. A mesma conclusão é sustentada por E7,

¹⁶ Sobre o Tema de Repercussão Geral n. 1.234, ver a nota de rodapé nº 11.

para o qual “as pessoas só judicializam suas demandas quando elas batem à porta da Prefeitura, quando ela bate à porta do Estado, bate à porta da União e não é atendida”. Idêntico é o raciocínio de E8, que entende que a judicialização “é a única via que as pessoas têm de acesso, hoje, pra ter acesso à saúde é na Justiça”. Essas falas demonstram, novamente, os usuários como eixo central e objeto de atenção prioritária.

Nota-se, portanto, a partir de uma análise holística das respostas apresentadas pelos participantes, que a categoria relacionada aos aspectos humanos relacionados aos usuários é aquela que permeia, em alguma medida e intensidade, todas as demais. Ao ser lembrada pelos participantes em diferentes partes das entrevistas e em meio aos diversos assuntos abordados, a preocupação com os usuários assume o protagonismo do caso, revelando-se a categoria central a partir da qual se relacionam as outras categorias. Dessa forma, a história do caso contada sob a perspectiva dos agentes do sistema judiciário é marcada, em suma, pela preocupação com os usuários e com os aspectos humanos que são extraídos dos diversos elementos que circundam a judicialização da saúde.

De forma complementar à análise das categorias, Flick (2009) sugere elementos importantes para a análise de dados na pesquisa qualitativa, como: contexto e condições intervenientes, causas, consequências e estratégias geradas a partir do fenômeno estudado. Sendo assim, a Figura 10 sumariza esses pontos e como eles se relacionam com as categorias geradas.

Figura 9 – Modelo de Flick (2009) aplicado à pesquisa

Fonte: elaborada com base em Flick (2009).

Nesse sentido, o fenômeno estudado é a judicialização da saúde na percepção dos agentes do sistema de justiça de primeira instância. Esse é o eixo central do estudo e com o qual as categorias obtidas se relacionam. Identificou-se que as falhas e responsabilidades atribuídas ao Estado, a exemplo da má-gestão, falta de organização e ineficiência constituem uma categoria apontada como causa da judicialização da saúde. Também foram identificadas como causa do fenômeno as categorias referentes à falta de integração dos entes federativos, influência da indústria farmacêutica e a insuficiência de recursos financeiros destinados ao SUS.

Em relação ao contexto e as condições que interferem no fenômeno, destaca-se em primeiro lugar a categoria que trata das dificuldades que permeiam as normas do SUS, notadamente os problemas relacionados ao acesso, à compreensão, à coerência e ao excesso de regulamentação. Em segundo lugar, os aspectos e as dimensões humanas inerentes às demandas judiciais de saúde também constituem uma categoria que compõe o contexto no qual a judicialização da saúde se desenvolve. Em terceiro lugar, os conflitos de entendimento dos órgãos de hierarquia superior são outra categoria marcante que evidencia o cenário no qual os

participantes estão inseridos, assim como revela a forma como orientações vindas dos tribunais superiores, nem sempre coerentes, interfere na atuação dos que estão na ponta. Em quarto lugar, a predominância de demandas de natureza individual mostrou-se, ao mesmo tempo, uma característica e uma categoria marcante do fenômeno.

A respeito das estratégias de abordagem e tratamento conferido à judicialização da saúde, a primeira categoria identificada foi a intensificação do diálogo e das ações conjuntas entre os Poderes Judiciário e Executivo. Medidas dessa natureza foram apontadas pelos participantes como uma forma de lidar com as demandas de saúde. Além disso, o uso de ferramentas e instrumentos de suporte técnico também é uma categoria que representa um modo de tratar os pleitos judicializados e apresentar respostas adequadas a eles. Ainda nesse sentido, o aperfeiçoamento dos instrumentos já existentes e a disponibilização de outras ferramentas de auxílio foi outra categoria revelada no rol de estratégias para lidar com a judicialização da saúde.

Tratando das consequências, a primeira delas se refere à categoria que expressa a abordagem estritamente individual dada aos processos e o próprio direito à saúde. Um contraponto a essa categoria é apresentado por outra categoria, que reconhece a repercussão de pretensões individuais e decisões concessivas aos demais usuários do SUS. O mesmo acontece quanto às considerações sobre a relevância dos custos financeiros e da repercussão no orçamento público trazidas pelas decisões que deferem prestações de saúde. De um lado, há manifestações que compõem a categoria que representa a desconsideração desse elemento diante de uma pretensão individual. De outro lado, há a categoria que reúne as manifestações de consideração desse fator, em conjunto com outros, na análise das demandas judicializadas de saúde. Outra categoria que representa uma consequência da judicialização da saúde é o conflito entre os entes federativos, os quais estabelecem disputas quanto à responsabilidade pelo cumprimento das obrigações e atendimento das demandas.

6 CONCLUSÃO

A Dissertação cumpre ao objetivo proposto de compreender a judicialização da saúde pública tanto a partir das características dos processos judiciais quando sob a perspectiva dos agentes do sistema judiciário, denominados burocratas de nível de rua. Considerando a necessidade de delimitar o escopo da pesquisa, o estudo é focado na Comarca de Viçosa/MG e nos sujeitos atuantes nessa instância de jurisdição.

A respeito do panorama geral dos processos judiciais de saúde ajuizados na Comarca de Viçosa/MG no período compreendido entre agosto de 2017 e agosto de 2023, o Capítulo 4 buscou satisfazer o primeiro objetivo específico estabelecido para a pesquisa. A respeito dos achados do panorama da judicialização da saúde apresentado, foi possível concluir que o enfoque centrado no usuário permitiu revelar que a maioria das demandas judiciais de saúde foi ajuizada por mulheres, predominantemente com idade igual ou superior a 51 anos, moradoras da zona urbana e sujeitas a algum tipo de vulnerabilidade, porquanto majoritariamente representadas pela Defensoria Pública. Esse é o perfil geral de quem aciona o Poder Judiciário na Comarca de Viçosa/MG para obter acesso a um produto ou serviço de saúde.

Deslocando-se o foco para o objeto pretendido, a judicialização da saúde na Comarca de Viçosa/MG é preponderantemente voltada ao acesso de medicamentos não padronizados, isto é, não ofertados regularmente pelo SUS. Parcela relevante desses medicamentos já foi analisada pela CONITEC e tiveram recomendação desfavorável à incorporação ao SUS. Isso, no entanto, não serviu de empecilho para que o fornecimento desses medicamentos fosse determinado judicialmente na ampla maioria das ações – revelando, assim, uma elevada taxa de sucesso das demandas – as quais tiveram desfecho favorável ao usuário em 83% das vezes de forma imediata, por meio de decisão liminar, e em 92% ao final do processo, por meio de sentença de mérito.

Do ponto de vista dos entes públicos, os municípios em conjunto com o Estado de Minas Gerais foram os destinatários acionados com mais frequência, ao que se atribui ao entendimento do STF de que os entes federativos são solidariamente responsáveis no atendimento de demandas judiciais de saúde. Também foi possível concluir que, embora os municípios sejam os entes mais frágeis do ponto de vista financeiro no panorama federativo, na Comarca de Viçosa/MG os referidos foram alvos de demandas judiciais que, administrativamente, deveriam ser satisfeitas por outros entes da federação.

Nesse ponto, a repactuação de responsabilidades e obrigações entre os entes federados desponta cada vez mais como um aspecto a ser abordado em todas as esferas de governo. A participação do Poder Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública e de outras entidades nos processos de discussão e tomada de decisão acerca das políticas públicas de saúde é imprescindível, principalmente no âmbito extraprocessual, para construção de soluções que atendam as demandas dos cidadãos e fortaleçam as estruturas do SUS sem causar desequilíbrios, principalmente aos municípios, entes mais frágeis no panorama federativo.

O Capítulo 5 contribuiu para o alcance do segundo objetivo específico, ao apresentar as visões dos agentes do sistema de justiça atuantes na Comarca de Viçosa/MG sobre a judicialização da saúde. Observou-se que o perfil dos participantes é variado, tanto no que diz respeito ao gênero quanto no que concerne ao tempo de atuação profissional, e que embora todos atuem diretamente em processos de saúde apenas um deles possui formação acadêmica específica na área.

A partir do conteúdo das entrevistas foi possível concluir que as dificuldades de acesso, compreensão e sistematização das normas regulamentadoras do SUS estão presentes no cotidiano dos participantes, os quais precisam superar obstáculos impostos pelo conteúdo e pela forma de disposição dos instrumentos normativos durante o exercício de suas funções. Também foi possível alcançar a conclusão de que as orientações emanadas por órgãos jurisdicionais de nível hierárquico superior sobre assuntos relacionados à saúde e ao SUS são conflitantes e representam um desafio para os agentes que trabalham em primeira instância, especialmente quando há a necessidade de se apresentar soluções rápidas, coerentes e adequadas às demandas que lhes são apresentadas.

Observou-se que existem ferramentas técnicas à disposição dos agentes participantes para auxiliá-los no tratamento e resolução de processos de saúde, mas que há espaço para aprimoramento dos instrumentos existentes e disponibilização de outros capazes de contribuir ainda mais no tratamento e encaminhamento das demandas levadas ao sistema de Justiça. Concluiu-se que os aspectos humanos e a atenção dada aos usuários autores das ações constitui elemento chave da visão dos participantes sobre a judicialização da saúde, representando a característica principal do caso estudado. Por outro lado, concluiu-se que o posicionamento predominante entre os participantes é aquele que entende a saúde como um direito insuscetível a limitações, mesmo quando confrontado com decisões administrativas de órgãos técnicos ou argumentos de natureza financeira e de escassez de recursos. O direito individual à saúde é invocado para satisfazer as pretensões individuais, as quais, ainda que repercutam no SUS e nas políticas públicas executadas dentro do sistema, prevalecem quando levadas ao sistema judiciário.

Ademais, notou-se que a judicialização da saúde é um fenômeno multifacetado e isso ficou evidenciado a partir dos elementos encontrados na Comarca de Viçosa/MG. De um lado, observou-se que o público que busca o Poder Judiciário para a satisfação de demandas de saúde é marcadamente carente e há preocupação dos agentes do sistema judiciário em atendê-los, o que leva a elevados índices de sucesso das pretensões. Por outro lado, verificou-se que a maior

parte das prestações pretendidas consistiu em medicamentos não disponibilizados pelo SUS e a respeito dos quais invariavelmente havia recomendações técnicas e administrativas para que continuassem a não ser ofertados nos serviços públicos de saúde.

Por conseguinte, os entes federativos subnacionais foram compelidos judicialmente a fornecê-los aos usuários, ainda que o custo financeiro fosse elevado, resultando no crescente e acentuado comprometimento do orçamento público principalmente de municípios de médio e pequeno porte. A repercussão orçamentária mostrou ser apenas um elemento marginal para a concessão de prestações de saúde, predominando, em sentido oposto, a posição de que o direito individual à saúde deve prevalecer mesmo diante de argumentos relacionados à escassez de recursos e decisões administrativas de caráter restritivo. A partir de um entendimento que o considera insuscetível a limitações, atribuiu-se ao direito individual à saúde o status de um super trunfo, capaz de sobressair, por sua própria natureza, à imposição de ponderações, comparações e restrições de quaisquer ordens.

O elevado apreço pelos aspectos humanos que envolvem as demandas de saúde assumiu posição destacada em relação a outros elementos que, sob a nossa ótica, são igualmente importantes para o deferimento de uma prestação pela via judicial, a exemplo de recomendações técnicas, mensuração de custos financeiros e atribuição da obrigação ao ente federativo com condições financeiras, estruturais e organizacionais adequadas para cumpri-la. Não se vislumbrou a viabilidade de uma real deferência do sistema judiciário às decisões restritivas tomadas por órgãos do Poder Executivo, mesmo aquelas tecnicamente fundamentadas. A investigação das razões que levam ao cenário que atribui ao Poder Judiciário a última palavra em relação àquilo que o SUS deve fornecer admite aprofundamento por meio de novas e futuras pesquisas.

A mitigação dos efeitos negativos e acentuação das consequências positivas da judicialização parece exigir duas repactuações. A primeira, entre os próprios entes federativos, por meio da adoção de posturas colaborativas, principalmente no que diz respeito à redistribuição equânime de recursos financeiros em consonância com o volume e a complexidade das obrigações atribuídas a cada um deles. Sem a cooperação entre os entes federativos e o fortalecimento do financiamento do SUS, em especial por parte da União, a tendência observada é o incremento de responsabilidades sobre os municípios de médio e pequeno porte que atendem os pacientes na ponta, sem que haja contrapartidas estruturais e financeiras para tanto, o que certamente contribuirá para a manutenção de litígios judiciais.

A segunda repactuação que entendemos ser necessária é aquela entre os Poderes Executivo e Judiciário. Os gestores precisam conquistar a confiança dos agentes do sistema de justiça no que se refere ao aperfeiçoamento de práticas de gestão, respeito aos princípios da Administração Pública e, principalmente, demonstrarem que os recursos destinados a área de saúde, embora escassos, serão aplicados de maneira adequada, eficiente e transparente. Além disso, é importante que as decisões restritivas de acesso a tecnologias de saúde continuem a ser tecnicamente fundamentadas, públicas e com a participação da sociedade civil, fazendo com que as escolhas sejam transparentes, motivadas e sujeitas a revisão. A CONITEC exerce papel relevante nesse aspecto e sua atuação merece ser prestigiada, principalmente pelo Poder Judiciário, ao qual cabe uma postura de maior deferência às escolhas feitas pelos órgãos técnicos do Poder Executivo, mesmo aquelas de caráter restritivo.

Sem a cooperação entre os Poderes Executivo e Judiciário, a tendência é a perpetuação do cenário encontrado na Comarca de Viçosa/MG, com a judicialização de demandas cujo objetivo é superar, a nível exclusivamente individual, decisões administrativas de natureza restritiva tomadas em relação a uma coletividade de usuários, do que resulta um impacto crescente no orçamento dos municípios, intensificação dos litígios entre os próprios entes federativos e a desconsideração de escolhas técnicas feitas no âmbito do SUS.

Não é defendida aqui a exclusão da via judicial como forma de efetivação do direito à saúde, tampouco a extinção do fenômeno da judicialização da saúde, o qual reconhecidamente permite a concretização desse direito para muitos cidadãos. O que se propõe, em conclusão, é o aperfeiçoamento das relações entre os entes federativos e os Poderes da República, de maneira a fazer com que isso repercuta na prestação de serviços públicos de saúde e, por consequência, no fenômeno da judicialização da saúde.

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, sugere-se estudos futuros comparativos com outras Comarcas para entender se o perfil da judicialização da saúde muda consideravelmente a depender da região ou estado brasileiro, em termos das características inerentes aos processos judiciais. Sugere-se também estudos que contemplem a percepção de outros burocratas de nível de rua que atuam no âmbito da saúde, como gestores públicos, médicos, enfermeiros, a fim de entender qual é a percepção destes a respeito de outros elementos relacionados à judicialização da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 41–67, jun. 2005.

ALCÂNTARA, D. A. **A judicialização da assistência farmacêutica e o comprometimento orçamentário da coordenadoria de assistência farmacêutica do Ceará (COASF-CE)**. 2014. Dissertação – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2014.

ALMEIDA, N. A. de; DOMINGUES, M. L. de P.; BALDONI, A. O.; RIOS, D. R. A. Notas técnicas para judicialização de anticoagulantes orais diretos: uma avaliação do perfil. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S.L.], v. 55, n. 2, p. 2-14, 6 jul. 2022.

AMARAL, G. **Direito, escassez e escolha**: critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

ANDIA, T. S.; LAMPREA, E. *Is the judicialization of health care bad for equity? A scoping review*. **International Journal For Equity In Health**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 2-12, 3 jun. 2019.

ARAÚJO, K. E. G. de; QUINTAL, C. M. M. A judicialização do acesso aos medicamentos em Belo Horizonte : uma questão sobre equidade. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, 20 dez. 2018.

ARRUDA, N. M. et al. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 6, p. 1-14, 21 jun. 2018.

BALESTRA NETO, O. A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde – evolução rumo à racionalidade. **Revista de Direito Sanitário**, v. 16, n. 1, p. 87, 3 jul. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto. Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, E. S. **Avaliação do perfil socioeconômico dos impetrantes das demandas judiciais na saúde do estado de Pernambuco**. 2020. 51 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gestão e Economia da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

BARROS, L. D. **A interpretação (in)constitucional do Direito à Saúde pelas cortes constitucionais de Brasil e Argentina: uma análise comparada**. 2019. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

BARROS, S. R. de. Políticas públicas e o Poder Judiciário. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 2, n. 2, 9 nov. 2012.

BATISTELLA, P. M. F. et al. Judicialização na saúde em município de grande porte. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-6, nov. 2019.

BERCOVICI, G. Estado, Planejamento e Direito Público no Brasil Contemporâneo. In: CARDOSO JR, José Celso; SANTOS, Eugênio A. Vilela dos (Org.). **PPA 2012-2015: Experimentalismo Institucional e Resistência Burocrática**. 1ª ed. Brasília: IPEA, 2015. p. 19–36.

BILAND, É.; STEINMETZ, H. *Are Judges Street-Level Bureaucrats? Evidence from French and Canadian Family Courts*. **Law & Social Inquiry**, [S.L.], v. 42, n. 02, p. 298-324, 2017.

BORGES, D. C. L. *Individual Health Care Litigation in Brazil through a Different Lens: Strengthening Health Technology Assessment and New Models of Health Care Governance*. **Health and Human Rights Journal**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 147.162.

BRASIL. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC: tecnologias demandadas**. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/tecnologias-demandadas>>. Acesso em 25 set. 2023.

BRASIL. Decreto Federal n. 7.646, de 21 de Dezembro de 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm>. Acesso em 25 set. 2023.

BRASIL. Decreto Federal n. 11.161, de 4 de Agosto de 2022. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11161.htm#art2>. Acesso em 29 set. 2023.

BRASIL. Lei Federal n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 28 set. 2023.

BRASIL. Lei Federal n. 9.313, de 13 de Novembro de 1996. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,HIV%20e%20doentes%20de%20AIDS>. Acesso em 30 set. 2023.

BRASIL. Lei Federal n. 13.105, de 16 de Março de 2015. Código de Processo Civil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm>. Acesso em 28 set. 2023.

BRASIL. Lei Federal n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como saber se uma portaria GM/MS foi revogada ou está vigente?** 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-informacao/institucional/legislacao/saude/como-consultar-se-uma-norma-foi-revogada-ou-esta-vigente>>. Acesso em 15 jun. 2023.

BRASIL. Recurso em Mandado de Segurança nº 6.564/RS. Relator: Ministro Demócrito Reinaldo. **Diário do Judiciário Eletrônico**. Brasília, 17 de junho de 1996.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45. Relator: Ministro Celso de Mello. **Diário do Judiciário Eletrônico**. Brasília, 29 de abril de 2004.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário n. 855.178. Relator: Ministro Luiz Fux. **Diário do Judiciário Eletrônico**. Brasília, 23 de maio de 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 271.286/RS. Relator: Ministro Celso de Mello. **Diário do Judiciário Eletrônico**. Brasília, 12 de setembro de 2000.

BRITO, P. R. Judicialização da saúde e desarticulação governamental: uma análise a partir da Audiência Pública da saúde. In: BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (Org.). **Judicialização da Saúde: a visão do poder executivo**. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 203–239.

BUCCI, M. P. D. Contribuição para a redução da judicialização da saúde. Uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de Direito e Políticas Públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (Org.). **Judicialização da Saúde: a visão do poder executivo**. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 31–88.

BUCCI, M. P. D. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. 2ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

CAETANO, L. M. L. S. **Demandas judiciais por medicamento: análise da judicialização da saúde no Município de Uberaba/MG (2016-2018)**. 2018. Dissertação – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018.

CALSAVARA, M. V. **Jurisprudência mineira acerca da judicialização da saúde pública**. 2017. Dissertação – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2017.

CANUT, L. Operacionalização do Sistema Único de Saúde e de sua assistência farmacêutica diante da judicialização: um estudo de caso no município de São José/SC. **Revista de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 62, 26 dez. 2017.

CARNEIRO, M. A. et al. Solicitações judiciais de medicamentos em um município de Minas Gerais. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 26, n. 2, p. 25–32, 2019.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, p. 35-40, 2019.

CARNIELLE, C. F. **Caracterização da Judicialização do direito a saúde no município de Montes Claros Minas Gerais**. 2021. Mestrado – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, Diamantina, 2021.

CARVALHO, V. A. A judicialização da saúde sob o olhar da Análise Econômica do Direito: um exame dos incentivos ao ajuizamento e à solução extrajudicial de conflitos. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, 20 dez. 2018.

CAVALCANTI, S.; LOTTA, G. S.; PIRES, R. R. C. Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua. **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: Enap, 2018.

CHAVES, B. L. T. I. **Desjudicialização da saúde a partir de diretrizes para os administradores públicos considerando o Enunciado nº 03 de I Jornada de Direito da Saúde**. 2018. Dissertação – Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, 2018.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CONITEC. **Apixabana, rivaroxabana e dabigartana em pacientes com fibrilação atrial não valvar: relatório de recomendação**. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_anticoagulantes_fibrilacaoatrial.pdf>. Acesso em 25 set. 2023.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CONITEC. **Relatório para a sociedade - informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS: duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210804_resoc277_duloxetina_dorneuropatica_fibromialgia_final.pdf>. Acesso em 25 set. 2023.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CONITEC. **Relatório para a sociedade - informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS: esilato de nintedanibe para o tratamento de fibrose pulmonar idiopática**. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2018/sociedade/20210107_resoc102_nintedanibe_fibrose_pulmonar_idiopatica.pdf>. Acesso em 27 set. 2023.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CONITEC. **Relatório para a sociedade - informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS: Liraglutida 3mg para o tratamento de pacientes com obesidade e IMC acima de 35kg/m², pré-diabetes e alto risco de doença cardiovascular**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/sociedade/20230511_resoc_406_liraglutida_obesidade.pdf>. Acesso em 26 set. 2023

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CONITEC. **Relatório para a sociedade - informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS: Pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt->

[br/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210804_resoc271_pregabalina_dor_fibromialgia_final.pdf](https://www.gov.br/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210804_resoc271_pregabalina_dor_fibromialgia_final.pdf). Acesso em 26 set. 2023.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CONITEC. **Tecnologias demandadas**. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/tecnologias-demandadas>>. Acesso em 21 nov. 2023.

COMPARATO, F. K. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. **Revista de Informação Legislativa**, v. 35, n. 138, p. 39–48, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. “**A dor tem pressa**”, diz presidente do CNJ ao abrir oficina sobre saúde. 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/a-dor-tem-pressa-diz-presidente-do-cnj-ao-abrir-oficina-sobre-saude/#:~:text=Eu%20sou%20ju%C3%ADza%2C%20eu%20tenho,com%20o%20cofre%E2%80%9D%2C%20afirmou>. Acesso em 25 mai. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade de Justiça**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade_2021-06-08_V2.pdf>. Acesso em 26 mar. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Sistema e-NATJUS**. Brasília, 2023. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/e-natjus/index.php>>. Acesso em 23 nov. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Consolidação das normas do SUS**. Revista Consensus, ano VII, n. 25, out.-dez. 2017. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_25.pdf>. Acesso em 09 nov. 2023.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALLARA, C.; LACCHEI, A. *Street-level Bureaucrats and Coping Mechanisms. The Unexpected Role of Italian Judges in Asylum Policy Implementation*. **South European Society And Politics**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 83-108, 2 jan. 2021.

DANIELS, N. **Just Health: Meeting Health Needs Fairly**. 1ª ed. Cambridge University Press: New York, 2008.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Cartilha critérios de atendimento pela Defensoria Pública de Minas Gerais**. 2020. Disponível em:

https://site.defensoria.mg.def.br/wp-content/uploads/2020/11/DPMG_CARTILHA-CRITERIOS-DE-ATENDIMENTO_NOV-2020.pdf. Acesso em 20 jul. 2022.

DIAS, P. de S. **Análise visual aplicada em processos de judicialização de doenças raras do estado de São Paulo**. 2022. Tese – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

DIMOULIS, D.; MARTINS, L. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. 5^a ed. São Paulo: Atlas, 2014.

DISTEFANO, M. J.; KARIM, S. A.; KRUBINER, C. B. *Integrating health technology assessment and the right to health: a qualitative content analysis of procedural values in south african judicial decisions*. **Health Policy And Planning**, [S.L.], v. 37, n. 5, p. 644-654, nov. 2021.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 63-88.

EVANGELISTA, K. dos S. **A judicialização da saúde em Teófilo Otoni: análise das demandas judiciais e seus reflexos na Administração Pública Municipal**. 2018. Dissertação – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Teófilo Otoni, 2018.

FABIANI, L. O. **Fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS: como o tema 106 do STJ tem sido aplicado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo**. 2022. Mestrado – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2022.

FALSARELLA, C. Reserva do possível como aquilo que é razoável se exigir do Estado. **Associação dos procuradores do Estado de São Paulo**. São Paulo (SP), 2012. Disponível em: https://www.apesp.org.br/comunicados/images/tese_christiane_mina_out2012.pdf. Acesso em 26 abr. 2023.

FENZKE, M. N.; et. al. Adoecimentos e fatores relacionados à saúde do trabalhador rural. Adoecimentos e fatores relacionados à saúde do trabalhador rural. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, 12(8):2214-26, ago., 2018.

FIGUEIREDO, I. V. O.; COSTA, N. do R. O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 11, n. 4, p. 142–164, 13 dez. 2022.

FINATTO, R. B. et. al. Equidade e judicialização de medicamentos: perfil das demandas à Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul pelos usuários de Porto Alegre. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v.21, 2021.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLYVBJERG, B. *Five Misunderstandings About Case-Study Research*. **Qualitative Inquiry**, v. 12, n. 2, p. 219–245, 29 abr. 2006.

FORTES, P. R. B. De graça até injeção na testa? Dez mitos da literatura crítica e uma defesa da judicialização da saúde baseada em evidências. **REI - REVISTA ESTUDOS INSTITUCIONAIS**, v. 7, n. 1, p. 226–275, 30 abr. 2021.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Índice Mineiro de Responsabilidade Social - Saúde**. 2020. Disponível em: <https://imrs.fjp.mg.gov.br/Mapas>. Acesso em: 28 set. 2023.

GALVÃO, A. L. M. et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 1-14, 2021.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GRATON, L. H. T.; BONACIM, C. A. G.; SAKURAI, S. N. Práticas de barganha política por meio da execução orçamentária federal. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 5, p. 1361–1381, out. 2020.

GUIMARÃES, R. Incorporação tecnológica no SUS: o problema e seus desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 12, p. 4899-4908, dez. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 06 ago. 2022.

INSTITUTO ÁGUA E SANEAMENTO. **Dados mais recentes sobre o saneamento nos Municípios brasileiros**. 2021. Disponível em: <<https://www.aguaesaneamento.org.br/municipios-e-saneamento/explore-compare>>. Acesso em: 30 jan. 2024.

JUNQUEIRA, S. R. S. **Judicialização da saúde: como decide o Poder Judiciário Federal? Análise das demandas de saúde na Seção Judiciária de Minas Gerais**. 2013. Dissertação – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, 2013.

KRIEGER, C. S. Sistema Único de Saúde (SUS) e *National Health Service (NHS)*: uma análise comparativa das potencialidades e fragilidades das ações voltadas à saúde coletiva: SUS e NHS em saúde coletiva. **Nursing (Edição Brasileira)**, [S. l.], v. 26, n. 303, p. 9836–9840, 2023.

LEITE, R. S.; CASTELO, F. A.; LOPES, F. A. M. O restabelecimento do pacto federativo na judicialização da saúde: a paralisia da União e o julgamento do Recurso Extraordinário nº 855.178 pelo Supremo Tribunal Federal. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 8, n. 3, p. 70-88, 2019.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. Brasília: ENAP, 2019.

LOPES, M. C. **Judicialização da Saúde**. 1ª ed. Editora Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2010.

LOTTA, G. S. **Burocracia e implementação de políticas públicas: desafios e potencialidades para redução de desigualdades**. 1ª ed. Brasília: Enap, 2021.

MACHADO, F. R. de S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 4, p. 1017–1036, ago. 2012.

MACHADO, S. H. S. **A implementação do componente especializado da política nacional de assistência farmacêutica e a judicialização da saúde no Brasil**. 2016. Tese – Universidade de Brasília, 2016.

MADURO, L. C. da S.; PEREIRA, L. R. L. Processos judiciais para obter medicamentos em Ribeirão Preto. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n.1, p. 166-172, jan./mar. 2020.

MELO, L. V. **A função do processo coletivo na judicialização da saúde: um estudo de caso sobre o Estado de Minas Gerais**. 2017. Dissertação – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, 2017.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. 1ª ed. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2019.

MENDES, L. F. Da atuação da Defensoria Pública na judicialização da saúde: da necessidade de macrocontrole através da revisão judicial do gasto financeiro do ente político. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, n.59 p. 338 a 364 jul/dez 2021.

MIRANDA, W. D. et al. A encruzilhada da judicialização da saúde no Brasil sob a perspectiva do Direito Comparado. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 197–223, 2021.

MORAES, I. S. **A judicialização da saúde: como reduzir os gastos do Ministério da Saúde?** 2016. Dissertação – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

NOLETO, M. B.; RAMOS, E. Tema 793 do Supremo Tribunal Federal: uma análise sobre lacunas e contradições. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 93–106, 2023.

NOGUEIRA, M. C. O Tema 793 do STF e o direcionamento do cumprimento das prestações na área de saúde conforme as regras de repartição de competências estabelecidas no SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 8, n. 4, p. 8–26, 30 nov. 2019.

NOGUEIRA, K. P.; CAMARGO; E. B. Judicialização da saúde: gastos Federais para o Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2011-2014. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, 6(2):120-132, abr./jun, 2017.

OLIVEIRA, R. G. de; SOUZA, A. I. S. O perfil das demandas judiciais por direito à saúde no Município de Leopoldina/MG. Gerais: **Revista de Saúde Pública do SUS-MG**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, jul./dez. 2014. p. 35-45.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde - financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Genebra, 2010. Disponível em:

<https://www.cplp.org/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiler%2F1_CPLP%2FSaude%2FRelat%C3%B3rio-Mundial-de-Saude-Financiamento-Sistemas-Saude.pdf>. Acesso em 28 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2021. **World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Disponível em:

<<https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>>. Acesso em 08 nov. 2023.

PAULA, C. E. A.; BITTAR, C. M. L. Judicialização da saúde: construindo soluções na perspectiva da promoção da saúde. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v. 41, n. 2, p. e46762, 24 set. 2019.

PAULA, C. E. A.; BITTAR, C. M. L. Judicialização da saúde e seus reflexos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, v. 3, n. 1, p. 19, 1 jun. 2017.

PEREIRA, B. L. S.; FALEIROS, D. R. Financiamento do SUS na perspectiva municipal [livro eletrônico]: contribuições do CONASEMS para o debate. Brasília/DF: **CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**, 2022. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Financiamento-do-SUS-na-perspectiva-municipal.pdf>>. Acesso em 29 set. 2023.

PEREIRA, L. R. **Judicialização da saúde e mudanças organizacionais: o impacto das decisões judiciais na estrutura da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG**. 2012. Dissertação – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, 2012.

PINTO, T. R. G. S. **A governança da política municipal de saúde e as demandas municipais no contexto da coordenação federativa**. 2018. Doutorado – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

PRADO, M. M. *The debatable role of courts in Brazil's health care system: does litigation harm or help?* **Journal of Law, Medicine and Ethics**, v. 41, n. 1, p. 124-137, 2013.

RABELO, R. B.; PETRAMALE, C. A.; SILVEIRA, L. C. da; SANTOS, V. C. C.; GONÇALVES, H. C. A comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS: um balanço dos primeiros anos de atuação. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 3225–3240, 2015.

RICARDO, I. M. **A judicialização da saúde pelo ministério público em Uberlândia: direito individual versus direito coletivo à saúde**. 2019. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

RUIZ, I.; BUCCI, M. P. D. Quadro de problemas de políticas públicas: uma ferramenta para análise jurídico-institucional. **REI - REVISTA ESTUDOS INSTITUCIONAIS**, v. 5, n. 3, p. 1142–1167, 18 dez. 2019.

SANT'ANA, R. N. Atuação da defensoria pública na garantia do direito à saúde: a judicialização como instrumento de acesso à saúde. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 8, n. 3, p. 195-211, 2018.

SANT'ANA, R. N. Saúde, Desigualdade e Judicialização: vamos ou não vamos dar instrumentos para a insurgência dos excluídos? In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Toledo (Org.). **Coletânea de Direito à Saúde - Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. 1ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2018. v. 2.

SANTOS, A. de P. dos et al. Inferência sobre o conforto domiciliar rural do Município de Viçosa-MG utilizando análises multicritério. In: Anais do XVI Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto - SBSR, Foz do Iguaçu, Paraná, 2013. p. 3744-3753. Disponível em: <http://marte2.sid.inpe.br/col/dpi.inpe.br/marte2/2013/05.28.23.07.55/doc/p0213.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2024.

SANTOS, R. A. dos. **Judicialização da saúde, justiça e resolutividade**: um perfil do usuário-litigante na Comarca de Matelândia /PR. 137 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Centro de Ciências Sociais e Humanas., Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2017.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: Algumas aproximações. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 171–213, 2007.

SATHLER, L. S.; SANTOS, L. F. dos. Judicialização de tratamento oncológico e a responsabilização da União. **Revista Direito Público**, Brasília, volume 20, n. 106, 474-491, abr./jun.2023.

SCHULZE, C. J. Direito sanitário pós-pandemia. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 10, n. Suplemento, p. 134–143, 2021.

SCHWABE, J. **Cinquenta Anos de Jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal Alemão**. 1ª ed. Konrad-Adenauer-Stiftung, 2005.

SEGATTO, C. I.; ABRUCIO, F. L. A cooperação em uma federação heterogênea: o regime de colaboração na educação em seis estados brasileiros. **Revista Brasileira de Educação**, v. 21, n. 65, p. 411–429, jun. 2016.

SEGATTO, C. M. dos S. **A judicialização da saúde na percepção dos magistrados**: o entendimento dos juízes de primeira instância que mais determinaram o cumprimento de

demandas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo entre 2005 e 2017. 2018. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2018.

SILVA, A. F. da. “**Reserva do possível**” no Supremo Tribunal Federal: uma expressão enigmática? Monografia. 106f. São Paulo, Sociedade Brasileira de Direito Público, 2016.

Disponível em:

<http://www.sbdp.org.br/arquivos/monografia/288_monografia_2016_AdrianoFerreira.pdf>.

Acesso em: 28 abr. 2023.

SILVA, T. B. A. **Métodos autocompositivos na governança pública para resolução de conflitos na saúde pública no Município de Ariquemes/RO**. 2018. Dissertação – Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2018.

SLEE, G. *Of the State, against the State: public defenders, street-level bureaucracy, and discretion in criminal court*. *Social Service Review*, [S.L.], v. 97, n. 4, p. 675-718, 1 dez. 2023.

SOUZA, A. M. de. **A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro**. 2016. Dissertação – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2016.

TAUK, C. S. *Accountability* para a razoabilidade nos litígios de saúde: uma proposta de controle procedimental. *Revista de Direito Sanitário*, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 114-138, 20 dez. 2020.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011.

TORRES, R. L. **O Direito ao Mínimo Existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Acórdão 1787/2017**. Relator Ministro Bruno Dantas. Data da sessão: 16 ago. 2017. Disponível em

<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo*/NUMACORDAO:1787%20ANOACORDAO:2017%20COLEGIADO:'Plen%C3%A1rio'/DTRELEVANCIA%20desc,%20NUMACORDAOINT%20desc/0>. Acesso em 24 set. 2023.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Fiscalizando com o TCE**. 2023. Disponível em: <<https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br/#/inicio>>. Acesso em 28 out. 2023.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Agravo de Instrumento-Cv 1.0440.15.000910-6/001. Relator Desembargador Renato Dresch. **Diário do Judiciário Eletrônico**. 10 ago. 2021a. Disponível em:

<<https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do?&numeroRegistro=2&totalLinhas=2&paginaNumero=2&linhasPorPagina=1&numeroUnico=1.0440.15.000910-6/001&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar&>>. Acesso em 25 set. 2023.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Apelação Cível/Remessa Necessária 1.0000.21.045593-7/001**. Relator Desembargador Dárcio Lopardi Mendes. **Diário do Judiciário Eletrônico**. 25 jun. 2021b. Disponível em:

<<https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaPalavrasEspelhoAcordao.do?&numeroRegistro=19&totalLinhas=783&paginaNumero=19&linhasPorPagina=1&palavras=feeling&pesquisarPor=acordao&orderByData=2&referenciaLegislativa=Clique%20na%20lupa%20para%20pesquisar%20as%20refer%EAncias%20cadastradas...&pesquisaPalavras=Pesquisar&>>.

Acesso em 30 nov. 2023.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Aviso n °25/CGJ/2017**.

Avisa sobre a alteração do cronograma de implantação do Sistema “Processo Judicial Eletrônico - PJe” nas Comarcas de Segunda Entrância do Estado de Minas Gerais. 2017.

Disponível em: <<http://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/cav00252017.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2023.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Guia de Comarcas**. 2023.

Disponível em:

<<https://www8.tjmg.jus.br/info/pdf/index.jsp?uri=/servicos/gj/guia/docs/comarcas.pdf>>.

Acesso em 25 set. 2023.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **O Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais**. 2019. Disponível em:

<<https://www.tjmg.jus.br/data/files/F7/35/E9/1C/D58AE610B70739E6B04E08A8/oPoderJudiciarioMG-WEB.pdf>>. Acesso em 29 out. 2023.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO AMAZONAS. **Você conhece o NATJUS?**:

Cartilha informativa. 2023. Disponível em: <<https://www.tjam.jus.br/index.php/menu/sala-de-imprensa/8893-natjus-que-atua-na-judicializacao-da-saude-divulga-cartilha-informativa-sobre-os-servicos-do-nucleo-e-como-acessa-los>>. Acesso em: 23 nov. 2023.

VASCONCELOS, F. J. L. et al. Judicialização da Saúde: Análise de ações judiciais demandadas na comarca de Sobral, Ceará. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 2, 2017.

VASCONCELOS et al. **Judicialização da saúde nos municípios: teses Jurídicas, diagnósticos e experiências de gestão**. 1ª ed. Brasília: Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, 2022.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VIÇOSA. **Portal da Transparência**. 2023a. Disponível em:

<<https://transparencia.vicosa.mg.gov.br/despesas>>. Acesso em 10 fev. 2023.

VIÇOSA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME**. 2023b.

Disponível em:

<https://www.vicosa.mg.gov.br/arquivo/download/22464/categoria/10085/remume_2023>.

Acesso em 24 set. 2023.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 365-369, abr. 2008.

VIEIRA, F. S. **Indutores do Gasto Direto do Ministério da Saúde em Medicamentos (2010-2019)**. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília/Rio de Janeiro: Ipea, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37611&Itemid=457>. Acesso em 15 nov. 2023.

VILELA, L. M.; MOLITERNO, M. P.; SANTOS, A. de O. Judicialização da Saúde: um fenômeno a ser compreendido. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Toledo (Org.). **Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. 1ª ed. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, 2018. v. 2.

VILVERT, S. H. et al. Perfil das ações judiciais em assistência à saúde com bloqueio de verbas públicas no Estado de Santa Catarina. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, 8(4): out./dez., 2019.

WANG, D. W. L. *Can litigation promote fairness in healthcare?: the judicial review of rationing decisions in Brazil and England*. 2013. 328 f. Tese (Doutorado) - Curso de Direito, *London School Of Economics*, Londres, 2013. Disponível em: <<http://etheses.lse.ac.uk/739/>>. Acesso em: 10 out. 2023

WANG, D. W. L. *Right to health litigation in Brazil: the problem and the Institutional Responses*. **Human Rights Law Review**, v. 15, p. 617-641, 2015.

WANG, D. W. L. *From Wednesbury unreasonableness to accountability for reasonableness*. **The Cambridge Law Journal**, [S.L.], v. 76, n. 3, p. 642-670, 22 ago. 2017.

WANG, D. W. L. Entre o consequenciachismo e o principiachismo, fico com a deferência. **JOTA**, 20 set. 2018. Disponível em: <<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/entre-o-consequenciachismo-e-o-principiachismo-fico-com-a-deferencia-20092018>>. Acesso em 30 nov. 2023.

WANG, D. W. L. et al. *Health technology assessment and judicial deference to priority-setting decisions in healthcare: Quasi-experimental analysis of right-to-health litigation in Brazil*. **Social Science & Medicine**, v. 265, p. 113401, nov. 2020.

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, out. 2014.

WANG, D. W. L. **Judicialização da saúde: como responder**. 1ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, 2021a. v. 3.

WANG, D. W. L. Revisitando dados e argumentos no debate sobre judicialização da saúde. **REI - Revista Estudos Institucionais**, v. 7, n. 2, p. 849-869, 31 ago. 2021b.

WERBA, G. C. Um universo paralelo: empoderando as mulheres na saúde. In: STREY, Marlene Neves; NOGUEIRA, Conceição; AZAMBUJA, Mariana Ruwer de. **Gênero e Saúde: diálogo ibero-brasileiros**. Porto Alegre: Edupucrs, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE I

Teses e Dissertações contempladas no referencial teórico

Dissertações				
N.	Título	Autor (a)	Ano	Programa /Instituição
1	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS: O Impacto das Decisões Judiciais na Estrutura da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG	Lucimara Ribeiro Pereira	2012	Programa de Pós-Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho – Fundação João Pinheiro
2	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: COMO DECIDE O PODER JUDICIÁRIO FEDERAL? Análise das Demandas de Saúde na Seção Judiciária de Minas Gerais	Silvana Regina Santos Junqueira	2013	Programa de Pós-Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho – Fundação João Pinheiro
3	A JUDICIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O COMPROMETIMENTO ORÇAMENTÁRIO DA COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO CEARÁ (COASF-CE)	Daniel Angelim de Alcântara	2014	Programa de Pós-Graduação em Administração de Empresas da Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
4	ATUAÇÃO EM REDE DE INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS NA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS SOBRE DEMANDAS SANITÁRIAS NO RIO DE JANEIRO	Anderson Monteiro De Souza	2016	Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas
5	A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: COMO REDUZIR OS GASTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE?	Israel Silva De Moraes	2016	Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília
6	JURISPRUDÊNCIA MINEIRA ACERCA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA	Márcia Valéria Calsavara	2017	Programa de Pós-Graduação em Administração Pública da Universidade Federal de Lavras (UFLA)
7	A FUNÇÃO DO PROCESSO COLETIVO NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: um estudo de caso sobre o Estado de Minas Gerais	Luíza Viana Melo	2017	Programa de Pós-Graduação em Administração Pública da Escola de

				Governo Professor Paulo Neves de Carvalho – Fundação João Pinheiro
8	A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM TEÓFILO OTONI: Análise das Demandas Judiciais e seus Reflexos na Administração Pública Municipal	Kellen dos Santos Evangelista	2018	Programa de Pós-Graduação em Administração Pública da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
9	MÉTODOS AUTOCOMPOSITIVOS NA GOVERNANÇA PÚBLICA PARA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS NA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE ARIQUEMES/RO	Taís Bringhenti Amaro Silva	2018	Pós-Graduação Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional (PROFIAP), vinculado à Universidade Federal de Rondônia (UNIR)
10	DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DE DIRETRIZES PARA OS ADMINISTRADORES PÚBLICOS CONSIDERANDO O ENUNCIADO Nº 03 DE I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE	Bruna Letícia Teixeira Ibiapina Chaves	2018	Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública do Instituto Brasiliense de Direito Público – IDP
11	DEMANDAS JUDICIAIS POR MEDICAMENTO: Análise da judicialização da saúde no município de Uberaba/MG (2016-2018)	Luís Mário Leal Salvador Caetano	2018	Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
12	A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS MAGISTRADOS: o entendimento dos juízes de primeira instância que mais determinaram o cumprimento de demandas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo entre 2005 e 2017	Cristiane Marly Dos Santos Segatto	2018	Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas
Teses				
13	A IMPLEMENTAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	Samara Haddad Simões Machado	2016	Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília
14	Análise visual aplicada em processos de judicialização de doenças raras do Estado de São Paulo	Pâmela de Souza Dias	2022	Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações da Universidade de São Paulo

Fonte: elaboração própria.

APÊNDICE II

Roteiro semi-estruturado para as entrevistas

Perguntas Gerais

- 1) **Idade:** () Entre 18 e 30 anos; () Entre 31 e 45 anos; () Entre 45 e 60 anos;
() Mais de 60 anos

Tempo de atuação como Magistrado (a)/ Defensor (a) Público (a) / Promotor (a) de Justiça: () Entre 1 a 5 anos; () Entre 6 a 10 anos; () Entre 11 a 20 anos;
() Mais de 20 anos

- 2) O (a) Sr (a) possui alguma formação ou experiência relacionada a área de saúde ou em Direito Sanitário?
- 3) O (a) Sr (a) costuma julgar/atuar em processos nos quais se pleiteiam prestações de saúde? Em caso positivo, com qual frequência?

Perguntas relacionadas à burocracia de nível de rua

- 4) Qual é a familiaridade do (a) Sr (a) com os diplomas normativos infralegais específicos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Por exemplo, resoluções, portarias, deliberações, etc)? Na sua opinião essas normas são de fácil acesso?
- 5) Na sua opinião, os diplomas infralegais específicos do Sistema Único de Saúde (SUS) são redigidos de forma clara e de fácil compreensão?
- 6) Na sua opinião, o que pode ser feito para suprir eventuais dificuldades relacionadas ao acesso e/ou a compreensão de regulamentos do SUS?
- 7) Na sua opinião, há excesso de regulamentação no SUS? Há algo que deveria ser regulamentado que, na sua opinião, ainda não foi?
- 8) O (a) Sr (a) sente empatia ou se comove de alguma forma com a narrativa trazida pelo paciente no processo?
- 9) Há algum fator subjetivo, ético, moral, filosófico ou religioso que influencie na sua atuação ou tomada de decisão em um processo de saúde?
- 10) Qual é o sentimento do (a) Sr (a) em relação à responsabilidade de decidir se – ou atuar para que - um cidadão terá/tenha acesso a uma prestação de saúde? Qual é a percepção do (a) Sr (a) diante disso?

- 11) Na sua opinião, os entendimentos dos tribunais superiores sobre a judicialização da saúde são coerentes e claros para nortear a atuação das instâncias inferiores?
- 12) O (a) Sr (a) tem acesso a alguma ferramenta técnica que possa auxiliar na colheita de informações sobre a prestação de saúde pretendida? Em caso positivo, tem costume de acessar essa (s) ferramenta (s) na sua atuação cotidiana?
- 13) Conhece ou sente falta de algum mecanismo, ferramenta ou procedimento que poderia auxiliá-lo (a) na atuação em processos de saúde?

Perguntas sobre os custos financeiros

- 14) Com qual frequência o (a) Sr (a) se depara com argumentos relacionados à escassez de recursos ou restrições orçamentárias como fundamento para a negativa de prestações de saúde?
- 15) Qual é a opinião do (a) Sr (a) sobre o argumento da “reserva do possível” em relação a prestações de saúde?
- 16) Na sua opinião, em que medida o custo de uma prestação de saúde deve ser relevante para a sua concessão?
- 17) Na opinião do (a) Sr (a) é possível equilibrar as normas orçamentárias com aquelas que garantem o direito à saúde? Se sim, de que forma?
- 18) Qual é a percepção do (a) Sr (a) acerca da concessão de uma prestação de saúde individual para quem ingressou na Justiça?
- 19) Qual é a opinião do (a) Sr (a) a respeito da seguinte afirmativa: “Os custos e o impacto econômico de decisões são ignorados, expressamente refutados ou, ainda que reconhecidos, não afetam as decisões do Poder Judiciário em matéria saúde”?
- 20) Qual é a percepção do (a) Sr (a) sobre o impacto da judicialização da saúde sobre o SUS? Acha que a judicialização colabora, de algum modo, com as políticas públicas de saúde?

APÊNDICE III
Certificado de Apreciação Ética – CAAE
Parecer consubstanciado - CEP UFV



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Judicialização da saúde na comarca de Viçosa/MG: atuação dos agentes do sistema de justiça de primeira instância, impactos econômicos e custos das decisões judiciais

Pesquisador: Luana Ferreira dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68984923.8.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Administração e Contabilidade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.163.326

APÊNDICE IV

Informações dos processos

Número do processo	Valor da causa	Tem decisão liminar?	Liminar concedida?	Tem sentença?	Resultado do julgamento	Objeto pleiteado
5001590-84.2020.8.13.0713	R\$ 617.487,48	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5005498-81.2022.8.13.0713	R\$ 602.900,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5001384-65.2023.8.13.0713	R\$ 504.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente procedente	Medicamento
5001657-49.2020.8.13.0713	R\$ 387.024,24	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5004662-45.2021.8.13.0713	R\$ 386.341,50	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002147-03.2022.8.13.0713	R\$ 360.000,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5008359-40.2022.8.13.0713	R\$ 278.183,76	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Medicamento
5005945-35.2023.8.13.0713	R\$ 276.130,32	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Medicamento
5005181-49.2023.8.13.0713	R\$ 274.875,60	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Medicamento
5008912-87.2022.8.13.0713	R\$ 265.920,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Tratamento
5005988-69.2023.8.13.0713	R\$ 256.439,88	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5004666-82.2021.8.13.0713	R\$ 254.169,60	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5004287-49.2018.8.13.0713	R\$ 252.744,60	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5000348-61.2018.8.13.0713	R\$ 245.764,80	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5007682-10.2022.8.13.0713	R\$ 231.480,00	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Medicamento
5002131-15.2023.8.13.0713	R\$ 220.000,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Cirurgia
5000668-77.2019.8.13.0713	R\$ 214.832,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5001557-65.2018.8.13.0713	R\$ 202.800,00	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Tratamento Médico
5004740-05.2022.8.13.0713	R\$ 196.415,76	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5004494-48.2018.8.13.0713	R\$ 177.105,60	SIM	Indeferido	Sim	Procedente	Medicamento
5005255-06.2023.8.13.0713	R\$ 159.720,00	SIM	Indeferido	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5005131-96.2018.8.13.0713	R\$ 156.841,79	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5003365-03.2021.8.13.0713	R\$ 151.080,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento

5002667-26.2023.8.13.0713	R\$ 132.954,90	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Medicamento
5000754-19.2017.8.13.0713	R\$ 127.731,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5000106-97.2021.8.13.0713	R\$ 127.470,36	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5008662-54.2022.8.13.0713	R\$ 120.000,00	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Medicamento e Insumo
5006602-11.2022.8.13.0713	R\$ 118.800,00	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Medicamento
5002147-66.2023.8.13.0713	R\$ 117.600,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5002492-03.2021.8.13.0713	R\$ 117.303,00	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Tratamento Médico
5000672-17.2019.8.13.0713	R\$ 105.600,00	SIM	Indeferido	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5002804-13.2020.8.13.0713	R\$ 102.573,62	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Tratamento Médico
5005032-53.2023.8.13.0713	R\$ 99.112,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Cirurgia
5000610-06.2021.8.13.0713	R\$ 98.000,00	SIM	Indeferido	Sim	Parcialmente Procedente	Tratamento Médico
5002129-45.2023.8.13.0713	R\$ 92.544,24	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005626-67.2023.8.13.0713	R\$ 89.180,88	NÃO	Não se aplica	Não	Não se aplica	Medicamento
5005309-69.2023.8.13.0713	R\$ 88.907,62	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Cirurgia
5000304-42.2018.8.13.0713	R\$ 82.800,00	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Medicamento
5000246-73.2017.8.13.0713	R\$ 78.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5001820-29.2020.8.13.0713	R\$ 73.239,96	SIM	Indeferido	Sim	Procedente	Medicamento
5000030-05.2023.8.13.0713	R\$ 72.900,24	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5000224-39.2022.8.13.0713	R\$ 72.702,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003811-69.2022.8.13.0713	R\$ 72.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Tratamento Médico
5008915-42.2022.8.13.0713	R\$ 70.000,00	SIM	Indeferido	Sim	Parcialmente Procedente	Cirurgia
5000177-65.2022.8.13.0713	R\$ 69.316,80	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Insumo
5001522-03.2021.8.13.0713	R\$ 65.352,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5003268-37.2020.8.13.0713	R\$ 64.428,60	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5005689-92.2023.8.13.0713	R\$ 63.259,94	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Equipamento
5004954-35.2018.8.13.0713	R\$ 61.635,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5001061-65.2020.8.13.0713	R\$ 59.200,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004497-03.2018.8.13.0713	R\$ 57.456,00	SIM	Indeferido	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5000148-83.2020.8.13.0713	R\$ 57.379,84	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5000699-34.2018.8.13.0713	R\$ 57.348,00	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Medicamento

5003983-79.2020.8.13.0713	R\$ 52.800,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5007579-03.2022.8.13.0713	R\$ 50.400,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5007675-18.2022.8.13.0713	R\$ 50.400,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5007681-25.2022.8.13.0713	R\$ 50.400,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5007684-77.2022.8.13.0713	R\$ 50.400,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5007716-82.2022.8.13.0713	R\$ 50.400,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5007986-09.2022.8.13.0713	R\$ 50.400,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Internação compulsória
5002103-47.2023.8.13.0713	R\$ 48.000,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5002308-76.2023.8.13.0713	R\$ 46.800,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5005253-36.2023.8.13.0713	R\$ 46.224,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5002301-26.2019.8.13.0713	R\$ 39.449,83	SIM	Indeferido	Sim	Parcialmente Procedente	Insumo
5003812-54.2022.8.13.0713	R\$ 37.500,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Tratamento Médico
5003436-39.2020.8.13.0713	R\$ 37.298,40	SIM	Indeferido	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5004891-68.2022.8.13.0713	R\$ 33.640,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5004826-10.2021.8.13.0713	R\$ 32.784,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004040-97.2020.8.13.0713	R\$ 32.400,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5003364-18.2021.8.13.0713	R\$ 32.400,00	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Internação compulsória
5001842-53.2021.8.13.0713	R\$ 32.400,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5000094-20.2020.8.13.0713	R\$ 31.200,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Internação compulsória
5005327-61.2021.8.13.0713	R\$ 31.200,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Internação compulsória
5003816-96.2019.8.13.0713	R\$ 30.619,44	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004559-09.2019.8.13.0713	R\$ 30.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Tratamento Médico
5003962-06.2020.8.13.0713	R\$ 30.000,00	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Tratamento Médico
5007674-33.2022.8.13.0713	R\$ 30.000,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5001266-89.2023.8.13.0713	R\$ 30.000,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5002316-53.2023.8.13.0713	R\$ 30.000,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Internação compulsória
5005308-84.2023.8.13.0713	R\$ 30.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Internação compulsória
5003921-39.2020.8.13.0713	R\$ 29.956,20	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004825-25.2021.8.13.0713	R\$ 29.500,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5007671-78.2022.8.13.0713	R\$ 29.277,24	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento

0059097-59.2018.8.13.0713	R\$ 29.160,00	SIM	Indeferido	Sim	Procedente	Medicamento
5002071-47.2020.8.13.0713	R\$ 26.760,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002140-11.2022.8.13.0713	R\$ 26.280,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5002844-24.2022.8.13.0713	R\$ 26.280,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5004658-08.2021.8.13.0713	R\$ 26.099,88	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Produto (cateter urinário)
5002132-97.2023.8.13.0713	R\$ 25.000,00	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Cirurgia
5000620-50.2021.8.13.0713	R\$ 24.840,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004651-16.2021.8.13.0713	R\$ 23.960,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5000041-39.2020.8.13.0713	R\$ 23.475,00	SIM	Indeferido	Sim	Procedente	Tratamento Médico
5001409-78.2023.8.13.0713	R\$ 23.400,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5005831-96.2023.8.13.0713	R\$ 23.400,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Produto
5003293-84.2019.8.13.0713	R\$ 23.370,24	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005306-17.2023.8.13.0713	R\$ 22.800,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Tratamento
5000763-73.2020.8.13.0713	R\$ 21.900,00	NÃO	Não se aplica	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5001247-88.2020.8.13.0713	R\$ 21.900,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5004819-18.2021.8.13.0713	R\$ 21.600,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Tratamento Médico
5002849-46.2022.8.13.0713	R\$ 21.528,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003644-57.2019.8.13.0713	R\$ 21.396,01	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005315-18.2019.8.13.0713	R\$ 21.352,80	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002443-93.2020.8.13.0713	R\$ 20.760,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Insumo
5002489-48.2021.8.13.0713	R\$ 20.160,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004213-53.2022.8.13.0713	R\$ 20.000,00	NÃO	Não se aplica	Não	Não se aplica	Leito
5002560-79.2023.8.13.0713	R\$ 20.000,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5000709-10.2020.8.13.0713	R\$ 19.800,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5001877-81.2019.8.13.0713	R\$ 19.750,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Tratamento Médico
5005523-02.2019.8.13.0713	R\$ 19.151,52	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
0021210-07.2019.8.13.0713	R\$ 18.300,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004198-89.2019.8.13.0713	R\$ 18.000,00	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5004814-93.2021.8.13.0713	R\$ 17.992,80	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Suplemento
5006589-12.2022.8.13.0713	R\$ 17.100,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento

5004589-44.2019.8.13.0713	R\$ 16.692,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002442-11.2020.8.13.0713	R\$ 16.380,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5000178-50.2022.8.13.0713	R\$ 16.200,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5001204-54.2020.8.13.0713	R\$ 15.740,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Internação compulsória
5003333-32.2020.8.13.0713	R\$ 15.740,00	NÃO	Não se aplica	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5003918-84.2020.8.13.0713	R\$ 15.740,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5003924-91.2020.8.13.0713	R\$ 15.600,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5000606-66.2021.8.13.0713	R\$ 15.600,00	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Internação compulsória
5000612-73.2021.8.13.0713	R\$ 15.600,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
0024073-33.2019.8.13.0713	R\$ 15.406,44	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002361-57.2023.8.13.0713	R\$ 15.260,16	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5002666-41.2023.8.13.0713	R\$ 15.060,60	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5007597-24.2022.8.13.0713	R\$ 15.000,00	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Cirurgia
5000346-91.2018.8.13.0713	R\$ 14.790,00	NÃO	Não se aplica	Não	Não se aplica	Medicamento
5004591-14.2019.8.13.0713	R\$ 14.700,00	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Internação compulsória
5000038-84.2020.8.13.0713	R\$ 14.700,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Internação compulsória
5002846-91.2022.8.13.0713	R\$ 14.604,48	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002344-21.2023.8.13.0713	R\$ 14.520,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5001656-64.2020.8.13.0713	R\$ 14.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Internação compulsória
5001830-73.2020.8.13.0713	R\$ 14.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Internação compulsória
5001938-05.2020.8.13.0713	R\$ 14.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Internação compulsória
5003362-48.2021.8.13.0713	R\$ 13.908,96	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003956-33.2019.8.13.0713	R\$ 13.764,96	SIM	Indeferido	Sim	Procedente	Medicamento
5001208-57.2021.8.13.0713	R\$ 13.464,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002166-43.2021.8.13.0713	R\$ 13.426,92	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5005252-51.2023.8.13.0713	R\$ 13.000,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Cirurgia
5002665-56.2023.8.13.0713	R\$ 12.640,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Tratamento
5006504-26.2022.8.13.0713	R\$ 12.200,00	SIM	Indeferido	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Cirurgia
5004579-92.2022.8.13.0713	R\$ 12.175,96	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003864-55.2019.8.13.0713	R\$ 12.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Internação compulsória

5000641-94.2019.8.13.0713	R\$ 11.900,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
0005072-62.2019.8.13.0713	R\$ 11.600,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Internação compulsória
5005993-33.2019.8.13.0713	R\$ 11.429,52	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5004126-68.2020.8.13.0713	R\$ 11.400,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Tratamento Médico
5007590-32.2022.8.13.0713	R\$ 11.388,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5001928-24.2021.8.13.0713	R\$ 11.280,00	SIM	Totalmente	Sim	Improcedente	Medicamento
5003597-78.2022.8.13.0713	R\$ 11.271,60	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003361-63.2021.8.13.0713	R\$ 11.200,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5000179-35.2022.8.13.0713	R\$ 10.300,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5002843-39.2022.8.13.0713	R\$ 10.049,52	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5001520-33.2021.8.13.0713	R\$ 10.028,28	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5005901-55.2019.8.13.0713	R\$ 10.000,00	SIM	Indeferido	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Internação compulsória
5005553-37.2019.8.13.0713	R\$ 10.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Improcedente	Transferência Hospitalar
5007576-48.2022.8.13.0713	R\$ 10.000,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5003083-91.2023.8.13.0713	R\$ 10.000,00	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Transporte
5004581-62.2022.8.13.0713	R\$ 9.696,48	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005992-48.2019.8.13.0713	R\$ 9.600,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Procedimento
5001258-15.2023.8.13.0713	R\$ 9.500,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Cirurgia
5000028-40.2020.8.13.0713	R\$ 9.300,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Internação compulsória
5002299-56.2019.8.13.0713	R\$ 8.901,60	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003733-80.2019.8.13.0713	R\$ 8.756,30	SIM	Indeferido	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Tratamento Médico
5002097-45.2020.8.13.0713	R\$ 8.640,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002503-66.2020.8.13.0713	R\$ 8.577,75	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002309-61.2023.8.13.0713	R\$ 8.280,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5000577-45.2023.8.13.0713	R\$ 7.989,99	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Medicamento
5004653-83.2021.8.13.0713	R\$ 7.959,72	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004660-75.2021.8.13.0713	R\$ 7.711,68	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
0029015-11.2019.8.13.0713	R\$ 7.662,48	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5002845-09.2022.8.13.0713	R\$ 7.465,92	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004659-90.2021.8.13.0713	R\$ 7.464,92	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento

5006605-63.2022.8.13.0713	R\$ 7.464,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002313-98.2023.8.13.0713	R\$ 7.392,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5002367-64.2023.8.13.0713	R\$ 7.392,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5001519-48.2021.8.13.0713	R\$ 7.344,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004304-80.2021.8.13.0713	R\$ 7.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5003357-26.2021.8.13.0713	R\$ 6.991,68	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5001318-56.2021.8.13.0713	R\$ 6.991,20	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5007672-63.2022.8.13.0713	R\$ 6.820,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Tratamento
5007700-31.2022.8.13.0713	R\$ 6.802,68	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004041-82.2020.8.13.0713	R\$ 6.773,04	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5003086-51.2020.8.13.0713	R\$ 6.720,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004197-07.2019.8.13.0713	R\$ 6.588,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5007685-62.2022.8.13.0713	R\$ 6.516,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003552-45.2020.8.13.0713	R\$ 6.456,00	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Medicamento
5002312-16.2023.8.13.0713	R\$ 6.344,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5003264-97.2020.8.13.0713	R\$ 6.282,84	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5008514-43.2022.8.13.0713	R\$ 6.277,68	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002847-76.2022.8.13.0713	R\$ 6.247,68	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003406-67.2021.8.13.0713	R\$ 6.197,22	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004823-55.2021.8.13.0713	R\$ 6.094,32	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002934-66.2021.8.13.0713	R\$ 6.048,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5003953-78.2019.8.13.0713	R\$ 5.989,68	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004567-78.2022.8.13.0713	R\$ 5.940,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5001210-27.2021.8.13.0713	R\$ 5.928,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002929-10.2022.8.13.0713	R\$ 5.900,00	SIM	Indeferido	Sim	Procedente	Tratamento Médico
5008916-27.2022.8.13.0713	R\$ 5.728,92	SIM	Parcialmente	Sim	Procedente	Medicamento
5007581-70.2022.8.13.0713	R\$ 5.713,32	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5000163-81.2022.8.13.0713	R\$ 5.700,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5006156-71.2023.8.13.0713	R\$ 5.625,12	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5003261-45.2020.8.13.0713	R\$ 5.593,44	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento

5000392-75.2021.8.13.0713	R\$ 5.593,44	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005987-84.2023.8.13.0713	R\$ 5.593,20	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5004654-68.2021.8.13.0713	R\$ 5.551,44	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5001212-94.2021.8.13.0713	R\$ 5.548,80	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004822-70.2021.8.13.0713	R\$ 5.472,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Suplemento
5002517-16.2021.8.13.0713	R\$ 5.450,16	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
0023927-89.2019.8.13.0713	R\$ 5.400,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Insumo
5005020-15.2018.8.13.0713	R\$ 5.300,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5000019-78.2020.8.13.0713	R\$ 5.233,08	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002518-98.2021.8.13.0713	R\$ 5.200,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Exame
5005311-10.2021.8.13.0713	R\$ 5.200,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Exame
5002149-70.2022.8.13.0713	R\$ 5.200,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Tratamento Médico
5002130-30.2023.8.13.0713	R\$ 5.000,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Cirurgia
5000149-68.2020.8.13.0713	R\$ 4.944,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5001521-18.2021.8.13.0713	R\$ 4.800,00	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
0096307-81.2017.8.13.0713	R\$ 4.788,00	SIM	Totalmente	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5002133-82.2023.8.13.0713	R\$ 4.548,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5000194-72.2020.8.13.0713	R\$ 4.310,40	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002341-66.2023.8.13.0713	R\$ 4.202,88	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
0095762-11.2017.8.13.0713	R\$ 4.176,36	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5001585-57.2023.8.13.0713	R\$ 4.167,64	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5000216-62.2022.8.13.0713	R\$ 4.128,48	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002358-05.2023.8.13.0713	R\$ 4.066,80	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005690-77.2023.8.13.0713	R\$ 4.000,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Procedimento
5004824-40.2021.8.13.0713	R\$ 3.999,84	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002851-16.2022.8.13.0713	R\$ 3.936,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005595-47.2023.8.13.0713	R\$ 3.854,00	NÃO	Não se aplica	Não	Não se aplica	
5000609-21.2021.8.13.0713	R\$ 3.840,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5002848-61.2022.8.13.0713	R\$ 3.790,68	SIM	Totalmente	Sim	Improcedente	Medicamento
5003439-91.2020.8.13.0713	R\$ 3.745,56	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento

5000040-54.2020.8.13.0713	R\$ 3.629,40	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5000259-67.2020.8.13.0713	R\$ 3.628,44	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003363-33.2021.8.13.0713	R\$ 3.621,60	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004818-33.2021.8.13.0713	R\$ 3.570,32	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004665-97.2021.8.13.0713	R\$ 3.563,88	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5001256-45.2023.8.13.0713	R\$ 3.559,92	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5002164-10.2020.8.13.0713	R\$ 3.495,84	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Medicamento
5003553-30.2020.8.13.0713	R\$ 3.495,84	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
0018653-47.2019.8.13.0713	R\$ 3.453,48	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004657-23.2021.8.13.0713	R\$ 3.348,12	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005307-02.2023.8.13.0713	R\$ 3.344,40	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5001518-63.2021.8.13.0713	R\$ 3.319,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Exame
5002314-83.2023.8.13.0713	R\$ 3.304,38	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5007040-37.2022.8.13.0713	R\$ 3.240,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5007676-03.2022.8.13.0713	R\$ 3.240,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5000473-24.2021.8.13.0713	R\$ 3.239,40	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5000615-28.2021.8.13.0713	R\$ 3.226,20	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5006076-10.2023.8.13.0713	R\$ 3.219,40	NÃO	Não se aplica	Não	Não se aplica	Medicamento
5003356-41.2021.8.13.0713	R\$ 3.185,28	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002554-43.2021.8.13.0713	R\$ 3.182,40	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Medicamento
5000060-45.2020.8.13.0713	R\$ 3.180,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002333-89.2023.8.13.0713	R\$ 3.068,64	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5001771-80.2023.8.13.0713	R\$ 3.000,00	NÃO	Não se aplica	Não	Não se aplica	Tratamento
5002664-71.2023.8.13.0713	R\$ 2.982,12	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004671-07.2021.8.13.0713	R\$ 2.947,80	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005994-18.2019.8.13.0713	R\$ 2.902,80	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005310-54.2023.8.13.0713	R\$ 2.900,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Procedimento
5004973-07.2019.8.13.0713	R\$ 2.858,88	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5001319-41.2021.8.13.0713	R\$ 2.843,16	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5001517-78.2021.8.13.0713	R\$ 2.838,96	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento

5000622-20.2021.8.13.0713	R\$ 2.739,84	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003866-25.2019.8.13.0713	R\$ 2.709,24	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002070-62.2020.8.13.0713	R\$ 2.700,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002162-40.2020.8.13.0713	R\$ 2.697,60	SIM	Indeferido	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5001859-60.2019.8.13.0713	R\$ 2.688,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005180-64.2023.8.13.0713	R\$ 2.537,64	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5001855-23.2019.8.13.0713	R\$ 2.520,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002311-31.2023.8.13.0713	R\$ 2.511,60	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
0006205-76.2018.8.13.0713	R\$ 2.450,40	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5004598-98.2022.8.13.0713	R\$ 2.400,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
0079436-73.2017.8.13.0713	R\$ 2.353,84	SIM	Indeferido	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5008294-45.2022.8.13.0713	R\$ 2.353,08	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5000617-95.2021.8.13.0713	R\$ 2.202,40	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Insumo
5003913-62.2020.8.13.0713	R\$ 2.107,80	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004817-48.2021.8.13.0713	R\$ 2.098,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004278-53.2019.8.13.0713	R\$ 2.064,00	SIM	Indeferido	Sim	Procedente	Medicamento
5002300-41.2019.8.13.0713	R\$ 2.032,88	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002307-91.2023.8.13.0713	R\$ 2.006,52	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5004196-22.2019.8.13.0713	R\$ 1.979,40	SIM	Indeferido	Sim	Procedente	Medicamento
5002356-35.2023.8.13.0713	R\$ 1.951,68	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004576-40.2022.8.13.0713	R\$ 1.919,76	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002310-46.2023.8.13.0713	R\$ 1.800,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002338-14.2023.8.13.0713	R\$ 1.800,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003868-92.2019.8.13.0713	R\$ 1.760,40	SIM	Indeferido	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5008913-72.2022.8.13.0713	R\$ 1.690,00	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Medicamento
5000039-69.2020.8.13.0713	R\$ 1.615,20	SIM	Indeferido	Sim	Procedente	Medicamento
5004846-69.2019.8.13.0713	R\$ 1.560,80	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5001872-59.2019.8.13.0713	R\$ 1.558,80	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005022-48.2019.8.13.0713	R\$ 1.480,08	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002274-09.2020.8.13.0713	R\$ 1.435,20	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Medicamento

5004195-37.2019.8.13.0713	R\$ 1.419,60	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Insumo
5003494-37.2023.8.13.0713	R\$ 1.320,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Cirurgia
5001264-22.2023.8.13.0713	R\$ 1.309,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Cirurgia
5001989-11.2023.8.13.0713	R\$ 1.302,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Leito
5004575-55.2022.8.13.0713	R\$ 1.262,40	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003505-03.2022.8.13.0713	R\$ 1.212,00	SIM	Indeferido	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5008413-06.2022.8.13.0713	R\$ 1.212,00	SIM	Indeferido	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Internação compulsória
5007650-05.2022.8.13.0713	R\$ 1.212,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Leito
5008668-61.2022.8.13.0713	R\$ 1.212,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Procedimento
5009169-15.2022.8.13.0713	R\$ 1.212,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Consulta
5004802-11.2023.8.13.0713	R\$ 1.212,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Cirurgia
5002167-28.2021.8.13.0713	R\$ 1.211,64	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5002602-02.2021.8.13.0713	R\$ 1.169,55	SIM	Indeferido	Sim	Improcedente	Produto (aparelho glicométrico)
5004668-52.2021.8.13.0713	R\$ 1.161,24	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005431-19.2022.8.13.0713	R\$ 1.161,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5005524-84.2019.8.13.0713	R\$ 1.124,40	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004337-70.2021.8.13.0713	R\$ 1.100,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Procedimento
5003133-88.2021.8.13.0713	R\$ 1.100,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Tratamento Médico
5007594-69.2022.8.13.0713	R\$ 1.062,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5001615-68.2018.8.13.0713	R\$ 1.000,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5000137-88.2019.8.13.0713	R\$ 1.000,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Medicamento
5001296-66.2019.8.13.0713	R\$ 1.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Tratamento Médico
0020170-87.2019.8.13.0713	R\$ 1.000,00	NÃO	Não se aplica	Sim	Procedente	Tratamento Médico
5001407-11.2023.8.13.0713	R\$ 1.000,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5001482-50.2023.8.13.0713	R\$ 1.000,00	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Internação compulsória
5001412-33.2023.8.13.0713	R\$ 1.000,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Cirurgia
5005183-58.2019.8.13.0713	R\$ 991,80	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5005130-14.2018.8.13.0713	R\$ 954,00	SIM	Indeferido	Sim	Extinto sem resolução de mérito	Internação compulsória
5002359-87.2023.8.13.0713	R\$ 798,90	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Insumo
5004663-30.2021.8.13.0713	R\$ 703,80	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Produto (equipamento)

5008917-12.2022.8.13.0713	R\$ 679,20	SIM	Indeferido	Sim	Procedente	Medicamento
5008946-62.2022.8.13.0713	R\$ 630,00	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Medicamento
5002290-26.2021.8.13.0713	R\$ 600,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Consulta
5007593-84.2022.8.13.0713	R\$ 570,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003596-64.2020.8.13.0713	R\$ 546,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Tratamento Médico
5003870-91.2021.8.13.0713	R\$ 500,00	SIM	Parcialmente	Sim	Parcialmente Procedente	Medicamento
5002739-47.2022.8.13.0713	R\$ 500,00	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5003600-96.2023.8.13.0713	R\$ 493,22	SIM	Indeferido	Não	Não se aplica	Medicamento
5003434-98.2022.8.13.0713	R\$ 423,80	SIM	Totalmente	Não	Não se aplica	Medicamento
5004820-03.2021.8.13.0713	R\$ 114,49	SIM	Totalmente	Sim	Procedente	Medicamento
5004653-49.2022.8.13.0713	R\$ 100.000,00	-	-	-	-	Ação Civil Pública destinada ao controle de política pública de vacinação
5007949-79.2022.8.13.0713	R\$ 10.000,00	-	-	-	-	Ação Civil Pública destinada ao controle de política pública de divulgação de filas de espera de usuários para a realização de procedimentos e exames no SUS
5006240-09.2022.8.13.0713	R\$ 73.239,85	-	-	-	-	Ação de ressarcimento entre entes federativos
5005720-15.2023.8.13.0713	R\$ 10.000,00	-	-	-	-	Ação Civil Pública destinada ao controle de política pública de atenção primária à saúde
5005194-87.2019.8.13.0713	R\$ 10.000,00	-	-	-	-	Ação Civil Pública destinada à controle de política pública de vigilância epidemiológica
5005335-09.2019.8.13.0713	R\$ 10.000,00	-	-	-	-	Ação Civil Pública destinada ao controle de política pública de vigilância sanitária
5003587-05.2020.8.13.0713	R\$ 1.000.000,00	-	-	-	-	Ação Civil Pública destinada à implantação do SAMU em Viçosa/MG
5000850-34.2017.8.13.0713	R\$ 70.000,00	-	-	-	-	Ação Civil Pública destinada à implantação do CAPS AD em Viçosa/MG

5001466-67.2021.8.13.0713	R\$ 40.050,00	-	-	-	-	Ação de ressarcimento entre entes federativos
5000386-73.2018.8.13.0713	R\$ 6.144.358,64	-	-	-	-	Ação de ressarcimento entre entes federativos
5004364-53.2021.8.13.0713	R\$ 15.300,00	-	-	-	-	Ação de ressarcimento entre entes federativos