



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, AMBIENTE E
QUALIDADE DE VIDA**

LUDIMILLA DAYARA PELEJA AZEVEDO

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: UM ESTUDO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NA REGIÃO METROPOLITANA DE SANTARÉM-PA**

**SANTARÉM-PA
2022**

LUDIMILLA DAYARA PELEJA AZEVEDO

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: UM ESTUDO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NA REGIÃO METROPOLITANA DE SANTARÉM-PA**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do grau de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida (PPGSAQ) do Centro de Formação Interdisciplinar (CFI) da Universidade Federal do Oeste do Pará.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Tania Suely Azevedo Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas, Diversidade Cultural e Desenvolvimento Amazônico.

**SANTARÉM-PA
2022**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

A994j Azevedo, Ludimilla Dayara Peleja
 Judicialização do direito à saúde: um estudo da assistência farmacêutica na região metropolitana de Santarém - PA. / Ludimilla Dayara Peleja Azevedo. – Santarém, 2022. 171 p. : il. Inclui bibliografias.

Orientadora: Tânia Suely Azevedo Brasileiro.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação Tecnológica, Centro de Formação Interdisciplinar, Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida.

1. Judicialização. 2. Direito à saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. medicamentos. 5. Amazônia paraense. I. Brasileiro, Tânia Suely Azevedo, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 344.8104

Bibliotecária - Documentalista: Cátia Alvarez – CRB/2 843



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR E
INTERCULTURAL**



ATA Nº 30 / 2022 - IFII (11.01.05)

Nº do Protocolo: 23204.018753/2022-02

Santarém-PA, 20 de dezembro de 2022.

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

No vigésimo nono dia do mês de novembro do ano de dois mil e vinte e dois, às quatorze horas, por meio remoto, instalou-se a banca examinadora de dissertação de mestrado da discente **Ludimilla Dayara Peleja Azevedo**. A banca examinadora foi composta pelos professores: Dra. Klaudia Yared Sadala, Examinadora Externa, Dr. Jarsen Luís Castro Guimarães, Examinador Externo ao Programa, Dr. Maxwell Barbosa de Santana, Examinador Interno, e Dra. Tânia Suely Azevedo Brasileiro, Orientadora da discente. Deu-se início a abertura dos trabalhos por parte da professora Tânia Suely Azevedo Brasileiro, Presidente da Banca, que após apresentar os membros da banca examinadora e esclarecer a tramitação da defesa, solicitou a discente que iniciasse a apresentação da dissertação, intitulada "Judicialização do Direito à Saúde: um Estudo da Assistência Farmacêutica na Região Metropolitana de Santarém-PA", marcando um tempo de quarenta minutos para sua apresentação. Concluída a exposição, a presidente da banca, professora Tânia Suely Azevedo Brasileiro, passou a palavra aos examinadores para arguir a discente. Terminadas as arguições, a presidente da banca solicitou aos presentes que se retirassem da sala, para a realização do julgamento do trabalho, concluindo a Banca Examinadora por sua **APROVAÇÃO**, conforme as normas vigentes na Universidade Federal do Oeste do Pará. A versão final da dissertação deverá ser entregue ao programa no prazo máximo de sessenta dias, contendo as modificações sugeridas pela banca examinadora. Conforme o Artigo 57 do Regimento Interno do Programa, a discente não terá o título se não cumprir as exigências acima.

Profa. Dra. Tânia Suely Azevedo Brasileiro
Presidente e Orientadora

Profa. Dra. Klaudia Yared Sadala
Examinadora Externa - UNAMA/SESAU - Bélem

Prof. Dr. Jarsen Luís Castro Guimarães
Examinador Externo ao Programa/PPGSND - Ufopa

Prof. Dr. Maxwell Barbosa de Santana
Examinador Interno

Ludimilla Dayara Peleja Azevedo
Mestranda

(Assinado digitalmente em 20/12/2022 20:58)
JARSEN LUIS CASTRO GUIMARAES
DIRETOR - TITULAR

(Assinado digitalmente em 20/12/2022 14:17)
MAXWELL BARBOSA DE SANTANA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR

ICS (11.01.08)
Matrícula: 1190535

ICTA (11.01.47)
Matrícula: 1562643

(Assinado digitalmente em 21/12/2022 11:56)

TANIA SUELY AZEVEDO BRASILEIRO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
ICED (11.01.07)
Matrícula: 1030394

(Assinado digitalmente em 20/12/2022 17:01)

LUDIMILLA DAYARA PELEJA AZEVEDO
DISCENTE
Matrícula: 2020101793

(Assinado digitalmente em 29/12/2022 11:29)

KLAUDIA YARED SADALA
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 601.540.472-87

Visualize o documento original em <https://sipac.ufopa.edu.br/public/documentos/index.jsp>
informando seu número: **30**, ano: **2022**, tipo: **ATA**, data de emissão: **20/12/2022** e o código de
verificação: **69a31d4a8a**

AGRADECIMENTOS

Direciono meus agradecimentos a Deus pelo amor, graça e sabedoria e a todos que contribuíram para esta conquista em minha jornada acadêmica e profissional.

Primeiro gostaria de agradecer aos meus familiares pelo profundo apoio e estímulo nos momentos difíceis.

Ao meu marido, Marcelo Goes, pelo companheirismo e compreensão, ao meu filho, Lucas, peço desculpas pelos momentos de ausência, mas, ao mesmo tempo, agradeço por partilhar comigo tanto amor.

Aos meus pais, Maria da Conceição Peleja e Hilton Azevedo, pelos valores que me tornaram o que sou, permitindo que alcance minhas realizações.

Aos meus irmãos, Hilton e Filipe, pela parceria de toda uma vida. Aos meus avós, fontes de inspiração na minha vida.

Em especial, agradeço a minha orientadora, Prof.^a Dr^a Tânia Brasileiro, que em todo esse tempo manteve acesa a chama que me estimulou na elaboração deste trabalho. Muito obrigada, pela sua paciência, pelo seu estímulo e, principalmente, por acreditar sempre.

À Cendy Castro, e a todos os colegas de trabalho da Universidade Federal do Oeste Pará, com quem divido diariamente os desafios da Coordenação de Contratos e Convênios. Obrigada pela amizade, pela atenção e por serem tão solícitos.

A todos os meus amigos que estiveram ao meu lado, me apoiando e torcendo por mim.

Aos professores do PPGSAQ que possibilitaram o acesso a caminhos antes impensáveis, a partir do conhecimento compartilhado.

Aos colegas da turma 2020, assim como aqueles das demais turmas com quem pude partilhar a árdua caminhada do mestrado.

À Universidade Federal do Oeste do Pará, por ser referência de oportunidades de estudo e pesquisa em nossa região.

O presente trabalho foi realizado com o apoio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Acadêmico – PROAC.

Agradeço a todos.

RESUMO

Esta dissertação objetiva analisar o fenômeno da judicialização do direito à saúde, especialmente no que tange ao fornecimento de medicamentos, no Tribunal de Justiça do Estado do Pará – Comarca de Santarém, sede da região metropolitana de Santarém, no Oeste do Pará. O estudo precede de uma abordagem interdisciplinar, que resgata a concepção histórica de saúde, a evolução dos direitos fundamentais sociais, versa sobre o direito à saúde, o Sistema Único de Saúde, e busca elucidar os elementos envolvidos no fenômeno da judicialização da saúde na prestação da assistência farmacêutica. Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica e documental, com abordagem mista quantitativa e qualitativa. A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida a partir de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) na base de dados *scopus* de obras relacionadas à judicialização, direito à saúde e fornecimento de medicamentos. A pesquisa documental é exploratória e descritiva aplicando a análise de conteúdo de Bardin (2017) para o tratamento dos dados produzidos a partir de processos judiciais tramitados na Comarca de Santarém no período entre 2018 e 2021, a amostra conta com 34 processos analisados, nos quais foi possível apresentar algumas características, dentre elas: predominância da litigação individual; foco curativo das demandas; tendência ao deferimento de tutela antecipada; pouca menção aos enunciados do Conselho Nacional de Justiça; nenhuma consulta prévia ao Núcleo de Assessoria Técnica e predominância por pedido de medicamento não contemplado em políticas públicas. A análise dos dados demonstra ainda uma gama de literatura voltada para pesquisas sobre judicialização do direito à saúde, no entanto, concluiu-se que é necessário estimular o debate multidisciplinar entre os gestores da saúde, os profissionais médicos e os operadores do direito, principalmente em torno dos novos contornos, discussões e propostas que surgiram após a atuação do Conselho Nacional de Justiça, no sentido de fomentar a sustentabilidade e a racionalidade da judicialização da saúde. Apesar desta consistir em uma alternativa viável para concretização do direito à saúde individual, é um tema controverso, por não alcançar efetivamente as políticas públicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Judicialização. Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde. Medicamentos. Amazônia paraense.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the phenomenon of judicialization of the right to health, especially with regard to the supply of medicines, in the Court of Justice of the State of Pará - Comarca de Santarém, headquarters of the metropolitan region of Santarém, in the west of Pará. The study precedes an interdisciplinary approach, which rescues the historical conception of health, the evolution of fundamental social rights; it deals with the right to health; the Unified Health System and seeks to elucidate the elements involved in the phenomenon of judicialization of health in the provision of pharmaceutical care. This is a bibliographic and documentary study, with a mixed quantitative and qualitative approach. The bibliographic research was developed from a Systematic Literature Review (RSL) in the scopus database of works related to judicialization, right to health and supply of medicines. The documentary research is exploratory and descriptive, applying the content analysis of Bardin (2017) for the treatment of data produced from legal proceedings in the District of Santarém in the period between 2018 and 2021, the sample has 34 analyzed processes, in which it was possible to present some characteristics, among them: predominance of individual litigation; curative focus of demands; tendency to grant early injunction; little mention of the statements of the National Council of Justice; no prior consultation with the Technical Advisory Center and predominance of medication requests not covered by public policies. Data analysis also shows a range of literature focused on research on the judicialization of the right to health, however, it was concluded that it is necessary to stimulate a multidisciplinary debate between health managers, medical professionals and legal practitioners, especially in around the new contours, discussions and proposals that emerged after the work of the National Council of Justice, in the sense of promoting the sustainability and rationality of the judicialization of health. Despite this being a viable alternative for the realization of the individual's right to health, it is a controversial topic, as it does not effectively reach public health policies.

KEYWORDS: Judicialization. Right to health. Unified Health System. Medicines. Pará Amazon.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Arranjos institucionais da judicialização da saúde no Brasil.	65
Figura 2 - Localização Geográfica da região Metropolitana de Santarém.	70
Figura 3 - Mapa das unidades judiciárias do TJPA.	71
Figura 4 - Mapa da Comarca de Santarém.	72
Figura 5 - Detalhamento da Demanda de processos da Comarca de Santarém.	77
Figura 6 - Nuvem de palavras-chave.	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis analisadas no <i>corpus</i> da pesquisa.	78
Quadro 2 - Demonstrativo dos artigos analisados no período de 2009 a 2015.	82
Quadro 3 - Demonstrativo dos artigos analisados no período de 2016 a 2019.	84
Quadro 4 - Demonstrativo dos artigos analisados no ano de 2020.	85
Quadro 5 - Trabalhos mais citados na bibliometria.	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Representação jurídica das ações.	95
Tabela 2 - Natureza da ação	96
Tabela 3 - Tipo de ação.	97
Tabela 4 - Das tutelas (pedidos liminares) analisadas pelo juízo.	98
Tabela 5 - Das sentenças prolatadas pelo juízo.	99
Tabela 6 - Medicamentos contemplados ou não em política pública do SUS.	101
Tabela 7 - Demandas judiciais, por assunto, no período de 2018 a 2021.	103

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição temporal dos trabalhos pesquisados.	87
Gráfico 2 - Relação de autores com maior publicação.	87
Gráfico 3 - Distribuição dos artigos por países.	88
Gráfico 4 - Distribuição dos trabalhos por afiliação.	89
Gráfico 5 - Publicações por áreas de estudo.	89
Gráfico 6 - Quantidade de casos novos sobre medicamentos ingressados na justiça estadual, segundo a região, entre 2015 e 2020.	93
Gráfico 7 - Números de processos por mil habitantes, por região.	94
Gráfico 8 - Representação jurídica das ações.	95
Gráfico 9 - Polo passivo.	96
Gráfico 10 - Tipo de ação.	97
Gráfico 11 - Das tutelas (pedidos liminares) analisadas pelo juízo.	99
Gráfico 12 - Das sentenças prolatadas pelo juízo.	100
Gráfico 13 - Medicamentos contemplados ou não em política pública do SUS.	102

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEME	Central de Medicamentos
CIRADS	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DPNJ	Dados Primários de Natureza Jurídica
FNEM	Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas
INSPER	Instituto de Ensino e Pesquisa
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NATJUS	Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RE	Recurso Extraordinário
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TJPA	Tribunal de Justiça do Pará
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 SAÚDE COMO PROCESSO SOCIAL E CULTURAL	23
2.1 Direitos sociais e o direito à saúde: evolução histórica, elementos conceituais e suas políticas públicas	25
2.1.1 A configuração histórica dos direitos sociais	26
2.1.2 Eficácia dos direitos sociais prestacionais à luz das teorias da justiça de Rawls e Dworkin	33
2.2 Políticas públicas de saúde no Estado brasileiro	37
2.2.1 O direito à saúde na Constituição da República de 1988 e à dignidade da pessoa humana	42
2.2.2 Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes	43
2.2.3 Políticas de assistência farmacêutica	46
3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	48
3.1 Reflexões sobre a judicialização da saúde	48
3.2 Mínimo existencial x reserva do possível	53
3.3 Parâmetros para concreção do direito à saúde através da judicialização em matéria de medicamentos	55
3.4 Aspectos interinstitucionais referentes à judicialização da saúde no Brasil	62
4 METODOLOGIA DO ESTUDO	67
4.1 Aspectos metodológicos da pesquisa	67
4.2 Área de estudo e delimitação da pesquisa	69
4.3 Sujeitos e produção de dados	72
4.4 Análise dos dados	73
5 RESULTADOS DO ESTUDO	81
5.1 Dados da pesquisa bibliográfica	81
5.2 Dados da pesquisa documental	92
5.2.1 Quando a justiça entra em cena - análise das demandas judiciais na comarca de Santarém-Pará	92
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICE A	116
APÊNDICE B	124
APÊNDICE C	130
APÊNDICE D	140
APÊNDICE E	152
APÊNDICE F	164
APÊNDICE G	165

1 INTRODUÇÃO

O trabalho que ora se apresenta centra-se na área interdisciplinar, explorando o tema judicialização do direito à saúde, uma questão que vai além do debate puramente normativo, alcançando a necessidade de uma maior participação das ciências jurídicas com outras ciências como a política, a farmacologia, a medicina, a economia política e os direitos sociais e culturais. Nada obstante, o estudo impescinde de uma análise contextual, prévia, de certos pressupostos dos direitos sociais, explorando a dogmática desses direitos e as teorias da justiça. Além disso, será necessário estabelecer contornos doutrinários ao direito fundamental à saúde, sem, entretanto, exaurir a questão doutrinária, tanto pelo foco do tema proposto quanto pela limitação temporal do desenvolvimento da pesquisa em âmbito de mestrado.

A concretização de direitos sociais fundamentais continua levantando inúmeros debates na doutrina e jurisprudência e a sua plena garantia ainda encontra obstáculos. Os direitos da chamada segunda geração, também denominados de direitos de igualdade juntamente aos direitos econômicos e culturais, vieram a ser instrumento político e jurídico que visam a redução do déficit democrático perante o sistema das revoluções liberais do século XIX (BASTOS; DAOU, 2021).

Os direitos sociais, entre os quais se aborda nesta dissertação o direito à saúde, consubstanciam-se em direitos fundamentais e garantias constitucionais providas de eficácia plena e de exigibilidade imediata, ou seja, demandam regulamentação e investimento para a sua concretização. Diante disso, impõe-se ao Poder Público o dever jurídico de implementá-los mediante o planejamento e a execução de políticas públicas adequadas, bem como a prestação material de serviços públicos.

A saúde, além de um bem jurídico digno de proteção constitucional, configura também um dever fundamental, proclamado no texto do Artigo 196 da Constituição da República de 1988 (CRFB/1988). Os deveres decorrentes do direito à saúde, a exemplo do fornecimento de medicamentos, guardam atributos com as diferentes formas pelas quais esse direito social se efetiva (SARLET, 2007).

No que compete aos deveres prestacionais, sendo o Estado o seu principal destinatário, impõe-se a implementação de políticas públicas de regulamentação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que concerne ao

acesso ao sistema, à participação da comunidade —no processo de controle das ações de saúde e na adesão individual aos programas de saúde pública.

Nesse sentido, as obrigações impostas possuem tanto caráter originário de proteção jurídica-constitucional —a exemplo das políticas de inserção do SUS e da aplicação básica dos recursos em saúde— quanto caráter derivado cuja execução envolve a adição de normas legais infraconstitucionais regulamentadoras (BASTOS; DAOU, 2021).

Por conta disso, foram criadas a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), ambas com o intuito de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Criada em 1998, a PNM foi elaborada para garantir o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, além de promover orientações e diretrizes para o uso racional desses medicamentos. Instituída pela Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 6 de maio de 2004, a PNAF consiste em uma política que integra um “[...] conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, em âmbito individual e coletivo” (BRASIL, 2014c, p.1).

De acordo com Marques e Dallari (2007), para que o Estado brasileiro possa atender a esses preceitos legais, é preciso que sejam implementadas políticas e serviços públicos de saúde e assistência farmacêutica de abrangência coletiva, a fim de garantir à sociedade o direito social ao acesso de medicamentos.

Com o advento da CRFB/1988, que proclama a saúde como um direito social, e com a Lei do Sistema Único de Saúde (Lei Federal nº. 8.080/1990) e normas correlatas no âmbito das esferas federal, estadual e municipal, o Brasil desenvolveu um dos maiores sistemas públicos de saúde do meio internacional.

O SUS, pautado na integralidade do atendimento de seus usuários em todos os níveis de assistência e na universalização do acesso aos serviços prestados, garante o acesso gratuito à assistência terapêutica integral. É um direito garantido a todos os cidadãos, expressamente previsto no Art. 6º da Lei nº 8.080/90 e na própria CRFB/1988.

Assim, o acesso a medicamentos é uma temática relevante e se constitui como uma das metas relacionadas à saúde inserida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda de 2030, ambos documentos firmados entre os países em conferências custodiadas pela Organização

das Nações Unidas (ONU) para o desenvolvimento sustentável das nações (ONU, 2015).

Nos ODS, consta a Meta 3.8, diretamente relacionada ao acesso universal aos serviços de saúde, cujos pesquisadores defendem que os resultados relacionados à saúde necessariamente devem se articular a políticas sociais de outras áreas, reforçando-se a importância da articulação das políticas públicas de saúde, educação, infraestrutura, saneamento básico (FIOCRUZ, 2018).

Ademais, outra emergência desse tema advém do contexto de crise humanitária para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia de COVID-19. Ressalta-se a observância da Lei Federal nº 13.979/2020 e do Artigo 24, inciso IV, da Lei Federal nº 8.666/93, os quais tratam do regime de contratações, no estado de situação emergencial ou de calamidade pública; e os ditames da Lei Complementar nº 101/2000 e Lei Federal nº 12.527/2011 que apresentam os pressupostos de transparência, para garantia do controle dos atos e despesas.

A crise sanitária global causada pela COVID-19 sobrecarregou os sistemas de saúde em todo o mundo e trouxe à baila a importância da existência de uma infraestrutura pública de saúde bem estruturada e resiliente (BENJAMIN, 2020). Ademais, outros fatores, como o envelhecimento da população brasileira e o consequente aumento da demanda por novas tecnologias —os quais pressionam para que sejam rapidamente incorporadas ao sistema público de saúde—, o gestor do SUS vem sendo desafiado constantemente.

De acordo com Biehl, Socal e Amon (2020), nas últimas três décadas, o Brasil desenvolveu um sistema de saúde universal descentralizado e obteve avanços significativos nos principais indicadores de saúde, procurando garantir serviços de saúde com equidade e qualidade. No entanto, juntamente com as conquistas na expectativa de vida da população, a redução de mortalidade infantil e as iniciativas de acesso a medicamentos, o país enfrentou grandes desafios para: sustentar o financiamento das suas políticas de saúde; construir sólidas instituições; e estabelecer mecanismos regulatórios que garantam a qualidade equitativa dos serviços prestados. Outros fatores relacionados à descentralização da prestação de cuidados, à capacidade técnica e à crescente privatização dos serviços têm comprometido a eficiência do sistema (AMON; BIEHL; SOCAL, 2020).

Uma resposta que surgiu para enfrentar alguns desses desafios e deficiências foi o aumento acentuado nos litígios de direito à saúde cuja demanda maior é pelo acesso a medicamentos. Na década de 90 do século passado, ativistas e pacientes, em busca de acesso a medicamentos para HIV/AIDS, entraram com as primeiras ações judiciais visando a garantia do direito individual aos antirretrovirais. A partir de então a judicialização se expandiu e indivíduos que necessitavam de outros medicamentos começaram a recorrer aos tribunais (AMON; BIEHL; SOCAL, 2020).

Conforme Boaventura de Sousa Santos (2010), diante do rol de direitos e garantias positivados, principalmente em se tratando do direito à saúde e de todos seus atributos constitucionais, houve um aumento da expectativa dos cidadãos de verem cumpridos seus direitos de forma que a inexistente ou a deficiente execução das políticas sociais e o descumprimento às garantias previstas na Constituição Federal, transformou-se em um dos principais propulsores das demandas judiciais.

O fenômeno da judicialização da saúde inclui o Judiciário no campo dos conflitos sociais e se refere ao não cumprimento pelos Poderes Públicos de obrigações pré-estabelecidas na esfera legislativa e nas instâncias da Administração Pública. Este fenômeno consiste, em síntese, no crescente número de ações ajuizadas, especificamente no Brasil, vinculados à concretude do direito social e fundamental à saúde, a exemplo da prestação de serviços públicos, o fornecimento de medicamentos e insumos, leitos hospitalares, cirurgias e outros procedimentos.

Segundo Callucci (2009, p. 03), entre 2003 e 2009, o “Ministério da Saúde respondeu a 5.323 demandas judiciais com solicitações de medicamentos, o que provocou um gasto de mais de R\$ 159 milhões aos cofres públicos”. De acordo com o mesmo autor, cerca de 25,7 mil ações foram ingressadas, em desfavor do Estado, para obtenção de medicamentos e tratamentos de saúde.

A partir de dados apresentados em uma pesquisa divulgada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), de 2019, revelou-se que entre 2008 a 2017 o número de demandas judiciais relativas à saúde registrou um aumento de 130% (cento e trinta por cento). O referido estudo, elaborado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), apontou que o impacto no orçamento do Ministério da Saúde teve um aumento de 13 vezes nos gastos em atendimento a demandas judiciais.

Em outra pesquisa, denominada “Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade”, publicada pelo CNJ em 2021, o número de casos novos de ações judiciais tem aumentado a cada ano no Brasil, com um número

que ultrapassa 2,5 milhões de processos, entre os anos de 2015 e 2020 (CNJ, 2021). O estudo revela que “Medicamentos” e “Tratamento médico-hospitalar” são os assuntos mais demandados pela sociedade ao Poder Judiciário.

Esta pesquisa ainda alerta que, entre as possíveis causas do aumento da judicialização, estão o desabastecimento de remédios que constam na Relação de Medicamentos Essenciais (Rename e Remune) que são cobertos pelo SUS e a má gestão de recursos ou falta de logística. Os certames licitatórios e a demora do fornecimento da medicação especializada ou de alto custo, mesmo após a autorização dos Estados e Municípios, também foram citados pelos entrevistados.

O Ministro Luiz Fux (Agência CNJ de Notícias, 2021, online), Presidente do CNJ, aponta a “[...] importância de uma atuação interinstitucional sistêmica, coordenada, harmônica e permanente entre todos os sistemas de Saúde e de Justiça no enfrentamento dessa questão tão sensível para o nosso país”. É mister conhecer a realidade da saúde brasileira de forma regionalizada e estabelecer um diálogo entre os Poderes Judiciário, Legislativo e Executivo com a participação da sociedade civil, dos membros do judiciário e dos representantes das instituições de saúde. Isso tudo para que, no âmbito das políticas públicas, os debates possam avançar e mitigar as consequências do excesso de judicialização dos casos revelados pelo levantamento.

No Estado do Pará, segundo mapeamento realizado por Lamarão Neto (2019, p. 12), constatou-se que:

O acervo ativo (processos inclusive julgados, porém ainda em grau de recurso impedindo o trânsito em julgado) até o ano de 2019 (consultas até 22 de agosto de 2019) é de 9.568 processos, dos quais 6.313 em matéria de dispensação de medicamentos (registrados sob as codificações ‘Fornecimento de Medicamentos’ e ‘Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos’), indicando aproximadamente 65,98% da demanda.

Na perspectiva de Biehl, Socal e Amon (2020), embora a judicialização possa ter o efeito indireto de melhorar temporariamente a prestação de cuidados de saúde, seus desdobramentos podem gerar impactos na gestão da saúde. É mais conveniente processar do que melhorar os serviços de saúde pública e, apesar dos litígios individuais maciços não representarem uma mudança estrutural sustentável, ainda assim ajudam a fortalecer o direito à saúde e os direitos sociais de forma mais ampla (AMON; BIEHL; SOCAL, 2020).

As demandas judiciais por medicamentos, objeto deste estudo, são consideradas um dos grandes desafios do SUS: assim como possuem efeito positivo, ao permitir a garantia do acesso, principalmente quando há problemas de abastecimento ou atraso na incorporação de fármacos, também podem gerar efeitos negativos (PEPE et al., 2010). Os efeitos negativos, possivelmente, comprometem os princípios do SUS; dificultam a gestão da assistência farmacêutica; promovem o uso não racional de medicamentos; e submetem a saúde dos demandantes a riscos ou agravos que poderiam ser evitados (OSÓRIO-DE-CASTRO *et al.*, 2014).

Em seu ponto de vista, o Ministro Barroso (2019) aponta que a assistência farmacêutica, por meio da atividade jurisdicional, é repleta de complexidade devido a uma série de fatores, destacando-se: o excessivo aumento de gastos para aquisição; o gerenciamento e distribuição dos fármacos; o aumento expressivo da demanda de medicamento pela população; e o avanço acelerado da indústria farmacêutica que incorpora cada vez mais produtos no mercado.

O Ministro Barroso (2019, p. 10) ainda embasa seu posicionamento na Teoria de Dworkin, alegando que “[...] não podemos oferecer a todos a assistência médica que os mais ricos dentre nós podem comprar para si”. E argumenta que o Judiciário, ao assumir o papel de implementar políticas públicas de saúde, acaba por privilegiar aqueles que possuem acesso qualificado à justiça, por serem detentores de conhecimento dos direitos e por arcarem com os custos do litígio judicial.

Dessa forma, estudos voltados à avaliação dos impactos da judicialização na saúde podem trazer contribuições significativas para esse debate. A presente pesquisa, assim, parte do pressuposto de que o número crescente de demandas judiciais reflete a insuficiência das políticas públicas e de seus mecanismos de implementação. E, quando a análise se dá a partir da perspectiva das políticas públicas, nota-se que os desafios da efetivação do direito à saúde são potencializados por fatores institucionais de política administrativa que orientam e organizam o SUS.

Ao abordarmos a perspectiva individual do direito à saúde, faz-se necessário apontar a correlação entre a concepção de dignidade da pessoa humana e a maneira como essa foi incorporada no ordenamento jurídico brasileiro. E nesta discussão inserem-se também as questões de natureza orçamentária, como os recursos disponíveis no orçamento público, frente à Teoria da Reserva do Possível e a suposta violação da autonomia da Administração Pública em determinar como serão distribuídos os recursos.

Embora estudos anteriores sobre judicialização no Brasil tenham enfatizado as características individuais dos litigantes e os tipos e custos dos medicamentos solicitados, nesta investigação o enfoque recai sobre a problemática da judicialização do acesso ao medicamento sob o enfoque das políticas públicas, buscando-se compreender essas políticas públicas, a partir dos dados obtidos das ações judiciais interpostas no Fórum de Justiça da Comarca de Santarém/PA, nos anos de 2018 a 2021.

Considerando que as ações individuais representam grande parte das demandas judiciais, visamos demonstrar que, mesmo nesse tipo de demanda, o aspecto coletivo do direito à saúde deve ser sobreposto, enquanto direito social, contribuindo com o desenvolvimento de uma judicialização responsável e que de fato busque a concretização do direito à saúde enquanto um bem coletivo.

A partir desse cenário, justifica-se também a presente pesquisa em uma abordagem interdisciplinar, capaz de propiciar uma ótica das ciências sociais em saúde e do direito, para tentar responder às seguintes questões norteadoras: a judicialização da saúde para o fornecimento de medicamentos é um mecanismo adequado à concretização do direito social à saúde? A judicialização contribui em que medida para o fortalecimento das políticas públicas de saúde? Como viabilizar as decisões judiciais assegurando o diálogo e a integração das relações institucionais para o enfrentamento da judicialização da saúde? Quais características assume esse fenômeno na Comarca de Santarém-PA para acesso a medicamentos de alto custo ou em falta no SUS?

O objetivo geral é analisar o fenômeno da judicialização, no que se refere às ações para obtenção de medicamentos na Comarca de Santarém – Pará, como forma de concretização do direito à saúde. Como objetivos específicos, a presente pesquisa pretende: caracterizar as ações distribuídas em face do Estado do Pará e dos Municípios da Região Metropolitana de Santarém, visando fornecimento de medicamentos; apresentar, através das decisões judiciais, os argumentos do Poder Judiciário nas demandas por medicamentos; e discutir a efetivação das políticas em saúde através da judicialização.

Para compreender a problemática e os objetivos, adotou-se como marco teórico da pesquisa os modelos desenvolvidos a partir dos ensinamentos de John Rawls e Ronald Dworkin. Além das teorias do direito, a presente pesquisa utilizará

como referencial teórico os estudos sobre o fenômeno da judicialização da saúde, na perspectiva de Ingo Wolfgang Sarlet, Maria Paula Dallari Bucci e Ana Paula Barcellos.

Nesse sentido, sob análise da realidade da judicialização no Estado do Pará, na região metropolitana de Santarém —incluindo-se os municípios de Santarém, Belterra e Mojuí dos Campos—, realizou-se a investigação sobre as ações de saúde, interpostas no período de 2018 a 2021, que visam compelir o Estado do Pará e os municípios ao fornecimento de medicamentos. Foram, assim, obtidas informações quanto: ao número total de ações; às características das ações distribuídas; aos tipos de medicamentos demandados; à contemplação ou não do fármaco em política pública; ao tipo de interesse tutelado; e ao perfil das decisões e argumentos judiciais.

A pesquisa de natureza mista ou quali-quantitativa tem como sede o Tribunal de Justiça do Pará - Comarca de Santarém, localizado na região oeste do Pará da Amazônia brasileira, em que foram analisados os dados de processos judiciais identificados em consulta ao site eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (www.tjpa.jus.br), utilizando-se as abas de pesquisa “Processos em Primeira Instância” catalogados de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2021.

Foram excluídos desta análise os pedidos considerados periciais e sob sigilo de justiça e incluídos todas as demais ações que solicitam medicamentos. No total, foram analisados 41 processos judiciais e todos apresentaram informações de domínio público, no entanto, os nomes das partes envolvidas foram omitidos visando preservar o direito dos requerentes à privacidade.

Quanto à estrutura, esta dissertação na área interdisciplinar da CAPES encontra-se dividida em cinco seções, desdobrando-se em subseções. A introdução, enquanto primeira seção, apresenta a temática, a justificativa, a problemática, a questão norteadora da pesquisa e os seus objetivos, bem como uma abordagem preliminar sobre o estudo.

A segunda seção realiza uma abordagem acerca da concepção histórica da saúde, reconhecendo a importância do caráter histórico-social do processo saúde-doença, para além das concepções focadas nos aspectos biológicos causais, dos direitos sociais, o qual influenciou, sobremaneira, na compreensão que serviu de base para a evolução do modelo de intervenção social promovido pelo Estado — contribuindo com a mudança paradigmática do Estado Liberal para o Estado Social. Serão revisitados conceitos das teorias da justiça que contribuíram para a conformação da eficácia dos direitos sociais prestacionais. Ainda, na segunda seção,

resgata-se a trajetória institucional da saúde pública no Estado brasileiro e o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental e sua positivação no texto constitucional de 1988. Além disso, perfaz-se uma análise sobre as políticas públicas como instrumento de concretização do direito, apresentando os princípios que norteiam as ações e os serviços públicos de saúde, através do SUS, bem como as políticas que possibilitam o acesso a medicamentos.

Na terceira seção, serão discutidos os contornos da judicialização e da legitimidade do Poder Judiciário, bem como a judicialização da saúde e o fornecimento de medicamentos, seus efeitos, problemas e soluções, abordando-se as teorias do mínimo existencial e da reserva do possível.

A quarta seção descreve os procedimentos metodológicos, a natureza da pesquisa e apresenta a caracterização do locus do estudo, demonstrando-se a produção de dados através da pesquisa bibliográfica, com seus procedimentos e fontes, e da pesquisa documental, origem e tipos de documentos, além da análise dos dados.

Na quinta seção, foram apresentados os resultados do estudo em duas subseções: a primeira, intitulada de “Dados da Pesquisa Bibliográfica”, são destacados os métodos e técnicas utilizadas nesta investigação, como a aplicação da Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sobre a base de dados *scopus* que resultou na coleta de obras relacionadas à judicialização, ao direito à saúde e ao fornecimento de medicamentos; na segunda, denominada de “Dados da Pesquisa Documental”, discute-se a produção dos dados documentais, por meio da análise de conteúdo de Bardin (2017), a partir de processos judiciais tramitados na Comarca de Santarém-PA no período entre 2018 e 2021.

Na sexta seção, apresentam-se as considerações finais do estudo, tendo em vista os objetivos propostos.

2 SAÚDE COMO PROCESSO SOCIAL E CULTURAL

À luz dos aspectos sócio históricos e culturais, a produção científica centrada na saúde é diversa e densa. E, para que possamos discorrer sobre a caracterização do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, faz-se mister, de forma sucinta e prévia, contextualizar e elucidar os contornos conceituais.

Durante a história da humanidade, primeiramente, Hipócrates, filósofo grego que viveu no século IV a.C., fez referência à influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde, destacando que quando o médico de determinada localidade compreende adequadamente as determinantes lá presentes, não comete falhas (DALLARI, 1998). De acordo com Moacyr Scliar (2007, p. 31), a obra hipocrática caracteriza-se pela “[...] valorização da observância empírica, como demonstram os casos clínicos nela registrados, reveladores de uma visão epidemiológica do problema de saúde-enfermidade”.

Da mesma forma, Paracelso, médico que viveu no século XVI e Enels, filósofo alemão do século XIX, salientaram a importância do mundo exterior para a compreensão do organismo humano e da influência do tipo de vida na cidade sobre o nível de saúde da sociedade (DALLARI, 1998). Historicamente, pode-se considerar esses os pontos de partida para a compreensão do que é saúde.

Todavia, as primeiras tentativas sistemáticas de construir teoricamente o conceito de saúde, ainda na década de 70, partiram da noção de saúde como ausência de doença. Um dos primeiros conceitos foi estabelecido por Christopher Boorse (1975, 1977) que a definiu como a “[...] simples ausência de doença” (BOORSE, 1975 apud FILHO, 2002, p. 2).

No contexto político e social do final do século XIX e primeira metade do século XX, em meio à Revolução Industrial, surgiu o debate entre duas correntes que buscaram conceituar a saúde. De um lado, grupos marginais ao processo de produção, em condições de vida precárias, destacavam a compreensão de saúde como diretamente relacionada ao ambiente, ao trabalho, à moradia e à alimentação (DALLARI, 1998).

Por outro lado, no contexto do cientificismo, da anatomia e da fisiologia, a descoberta dos agentes causadores de doenças e seu subsequente isolamento com o desenvolvimento de aparelhamento tecnológico, cientistas a exemplo de Robert Koch e Louis Pasteur possibilitaram individualizar as causas, os mecanismos de

transmissão, as medidas preventivas e higiênicas para muitas doenças infecciosas, da peste a varíola, da tuberculose a malária. Com efeito, consolidou-se a conceituação da saúde como ausência de doença (BERLINGUER, 1988).

Não obstante, um marco importante para uma aproximação do conceito de saúde é o que fora reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, no contexto do pós-guerra. A Constituição da OMS (1946, p. 1) proclamava que: “A saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”.

Apesar da influência e do reconhecimento, essa definição não ficou livre de críticas. Estudiosos sanitaristas questionaram o que equivale esse estado de felicidade e completo bem-estar. Para Giovanni Berlinguer (1996), um conceito assim tão amplo estabelece uma verdadeira utopia, já que dificilmente se encontraria qualquer indivíduo que gozasse de um pleno estado de plenitude em todas essas dimensões. De acordo com Scliar (1987), a expressão “bem-estar” exprime um componente subjetivo dificilmente quantificável. Na visão de Ferraz (1997), tal perfeição é inatingível e impossível.

No entanto, apesar de possuir trabalhos de crítica a esta conceituação, conclui Sueli Dallari (2008, p. 12) que, embora o estado de completo bem-estar não exista, a “[...]saúde dever ser entendida como a busca constante de tal estado, uma vez que qualquer redução na definição objeto o deformará irremediavelmente”.

A definição da OMS superou aquela negativa de saúde ou ausência de doença e propostas subsequentes, evoluindo para um conceito de saúde de caráter dinâmico e complexo, envolvendo múltiplas variáveis que se desenvolvem no tempo e no espaço.

Uma formulação enfatizada no contexto latino-americano é a proposta pela Primeira Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Pública, realizada em 1994, na cidade do Rio de Janeiro, na qual a saúde integral é definida como a capacidade e o “[...] direito individual e coletivo de realização do potencial humano (biológico, psíquico e social) que permita a todos participar amplamente dos benefícios do desenvolvimento” (CONFERÊNCIA, 1994, p. 4).

A conceituação formulada apresenta a saúde sob uma perspectiva dinâmica, como um potencial e um direito cuja realização deve ser buscada no âmbito individual e coletivo. O tema da saúde circunda a questão distributiva cujo objetivo é

o de permitir a todos participação ampla dos benefícios do desenvolvimento (GLOBEKNE, 2009).

Este conceito de saúde, que resulta da contextualização social, delinea o direito à saúde. Uma definição, comunitariamente construída, reporta-se ao legislador, ao administrador, ao aplicador do Direito, em busca da efetivação do direito social à saúde. E enfatiza a necessidade de pensar coletiva ou socialmente as questões de saúde e não apenas pelas características peculiares do processo saúde/doença (GLOBEKNE, 2009).

2.1 Direitos sociais e o direito à saúde: evolução histórica, elementos conceituais e suas políticas públicas

O delineamento conceitual dos direitos sociais é uma tarefa complexa, que envolve uma gama de direitos, a exemplo dos de proteção à saúde, à educação, à moradia, ao trabalho etc. E, antes de tratar dos direitos sociais como arcabouço de direitos juridicamente protegidos e da discussão sobre o direito à saúde, é necessário entender a origem e a evolução do seu conceito.

Este tópico tem como objetivo, então, discorrer a respeito das concepções dos direitos fundamentais, sociais e do direito à saúde. A proteção à saúde como direito social e a sua inclusão no rol de garantias consideradas essenciais à condição da dignidade humana é uma conquista relativamente recente. E para a compreensão da temática da judicialização do direito à saúde, especialmente no que diz respeito às políticas públicas de fornecimento de medicamentos, é imperioso traçar um breve recorte histórico sobre a transição paradigmática do Estado Liberal para o Estado do Bem-Estar Social, vigente atualmente no Brasil.

A questão da judicialização da saúde requer um alargamento hermenêutico e interdisciplinar cujos fundamentos teóricos podem auxiliar na compreensão das questões problemáticas que envolvem a satisfação plena do direito à saúde em seu viés prestacional. A subseção está dividida em dois subitens, a saber: A configuração histórica dos direitos sociais e Eficácia dos direitos sociais prestacionais à luz das Teorias da Justiça de Rawls e Dworkin.

2.1.1 A configuração histórica dos direitos sociais

Ao abordar a temática da judicialização da saúde e do fornecimento de medicamentos, de antemão, verifica-se a importância do estudo do direito humano e social à saúde, reconhecido como fundamental para qualquer cidadão visto que, sem a sua garantia, seriam obstados os demais direitos.

Ao longo do tempo, busca-se explicar e compreender a complexidade da pessoa humana, as suas relações e especialmente os direitos e obrigações a ela inerentes. Nesse sentido, Norberto Bobbio (1992, p. 7), afirma que:

Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.

O direito à saúde, um direito fundamental que protege todos os indivíduos, está inserido no ordenamento jurídico do país como resultado da luta e evolução histórica dos direitos humanos de segunda dimensão, principalmente após os percalços da primeira guerra mundial. Sob essa ótica, Sueli Gandolfi Dallari (1998, p. 327) entende que

A reivindicação do 'Direito à Saúde' é moderna, não obstante ela esteja, hoje, agregada ao rol dos 'Direitos Humanos', cuja reivindicação é antiga. Imemorial mesmo. Não existe uniformidade na enumeração dos chamados direitos humanos, uma vez que a saúde, por exemplo, só foi incluída no elenco contemporâneo desses direitos. É indispensável, portanto, conhecer se a evolução da ideia de direitos humanos para que se possa compreender a reivindicação moderna do 'Direito à Saúde'.

Em termos iniciais, a análise política dos direitos sociais encontra-se imbuída na conexão de basicamente dois movimentos distintos de legitimação de direitos que repercutiram no ambiente histórico da perspectiva de Estado: o liberal e o social.

Na órbita jurídica, nota-se pacificada a ideia de que os direitos fundamentais, na esfera subjetiva, consistem na tutela da liberdade, autonomia e segurança dos cidadãos perante o Estado e em face de outros cidadãos (LUÑO, 2005). Em contrapartida, tais direitos consubstanciam subsídios elementares de um ordenamento objetivo, caracterizados pela “[...] convivência humana justa e pacífica” (SARLET, 2007, p. 67).

Desta forma, os direitos fundamentais são classificados basicamente em duas ordens: a primeira, formada pelos direitos de defesa e, a segunda, pelos direitos das prestações (SARLET, 2007). No rol dos direitos de defesa estão incluídos os clássicos direitos de liberdade e de igualdade e as garantias individuais. Já os direitos das prestações são classificados em sentido amplo e sentido estrito: os de sentido amplo são formados pelos direitos à proteção e a participação na organização e procedimento; os de sentido estrito são formados pelos direitos sociais de natureza prestacional (SARLET, 2007).

Historicamente e juridicamente, os direitos de liberdade, consagrados no final do século XIX, ganham destaque na Declaração de Direitos do Povo da Virgínia, de 1776 (contexto da Revolução Americana) e na Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789 (contexto da Revolução Francesa), documentos fundamentados na perspectiva da filosofia jusnaturalista e iluminista (SARLET, 2009). Reconheciam-se, desta maneira, direitos naturais, inalienáveis, invioláveis e imprescritíveis, que pertenceriam a todos os homens, indistintamente (LUÑO, 1995).

Como afirma Moraes (2007, p. 28), a “[...] consagração normativa dos direitos humanos fundamentais coube a França, quando em 26-08-1789, a Assembleia Nacional promulgou a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão”. Tal documento previu dentre outros, o direito à vida, à igualdade, à liberdade, à propriedade e a outras garantias de âmbito processual.

Essa fase dos direitos humanos, produto do pensamento liberal-burguês do século XVIII e influenciada pela doutrina iluminista e jusnaturalista (como Hobbes, Locke, Rousseau e Kant), foi denominada de “primeira geração”. A primeira geração surgiu e se firmou como uma dimensão de direitos dos indivíduos frente ao Estado, ou seja, são os direitos de defesa da sociedade frente ao Estado Moderno, no declínio do absolutismo monárquico e do feudalismo. Tais direitos demarcam a não-intervenção do Estado à esfera de autonomia individual (SARLET, 2007).

De acordo com as teorias políticas liberais, a principal atribuição do Estado seria garantir os direitos individuais, de modo que aquele interferisse minimamente nas relações sociais —a exemplo do direito à propriedade privada, considerada, na concepção de John Locke (1632-1704), como direito natural.

Para Ingo Wolfgang Sarlet (2007), esses direitos são ainda apresentados como de cunho negativo, porque visavam uma abstenção e não uma conduta positiva por parte dos poderes públicos. Devido a isso, esses direitos eram considerados como

“direitos de resistência, de oposição ao Estado, de liberdade ou de defesa” (SARLET, 2017, p. 56-57).

Sob a matriz liberal-burguesa, o Estado assegurou o estabelecimento de uma ordem de economia livre de mercado e intensas desigualdades sociais, sob a égide institucionalizada dos direitos civis e políticos que favoreciam os interesses das relações privadas e a defesa de direitos individuais. O Estado liberal estava comprometido com os interesses e necessidades de cunho particular, como ensina Barreto (2013, p. 219):

O Estado liberal, por trás de sua aparente neutralidade, na realidade estava a serviço de uma classe social, a classe dos detentores do meio de produção, que necessitavam de um sistema jurídico que regulasse de forma igual os conflitos que ocorressem na sociedade civil e garantisse a atividade econômica da intervenção do Estado, para que assim pudesse ser realizado o reino da autonomia e da liberdade individual. Ao mesmo tempo, os mecanismos de produção e distribuição de riquezas da economia liberal produziram prosperidade econômica crescente na sociedade como um todo, acompanhada de profundas desigualdades. Essas desigualdades, que puniram durante décadas as massas de trabalhadores, serviram como condições sociais objetivas para o surgimento da categoria de direitos sociais como direitos humanos, pois tinham relação com a sobrevivência do indivíduo. Os direitos sociais vieram a servir como instrumento político e jurídico para democratização do sistema econômico e social da sociedade liberal.

Portanto, os direitos de defesa já não eram suficientes para garantir condições dignas de vida aos cidadãos. Em decorrência da mudança nas relações sociais e com os movimentos reivindicatórios do século XIX, as antigas liberdades formais reclamavam por outros direitos capazes de consubstanciar o efetivo gozo de liberdades materiais concretas. O Estado deveria garantir direitos como assistência social, saúde, educação e trabalho, por meio de sua atuação, em uma perspectiva positiva, bem como promover ações concretas para efetivar a igualdade material dos cidadãos (BONAVIDES, 2011).

Também denominados direitos de segunda dimensão, estes surgiram do impacto da industrialização e dos graves problemas sociais e econômicos que acompanharam essa fase, exigindo do Estado comportamento ativo na esfera econômica e na realização da justiça social (SARLET, 2007). Com o fracasso do Estado liberal, essa nova constituição de direitos obtém uma dimensão positiva, uma vez que não mais se busca evitar a intervenção do Estado, mas, sim, estabelecer o direito de participar do bem-estar social.

Cabe destacar que as intituladas gerações de direitos não são dicotômicas entre si, nem muito menos se apresentam dentro de uma escala linear de evolução. Na verdade, os direitos humanos evoluíram de forma dialética, transpassando pelos avanços, retrocessos e contrassenso, até serem legitimados pelos ordenamentos jurídicos internos das nações. Assim, as situações de injustiça e de agressões a bens fundamentais dos cidadãos contribuíram intensamente para a evolução do direito materialmente mutável (BOBBIO, 2004).

Nesse sentido, a figura do Estado interventor favoreceu a diminuição das diferenças sociais, compreendendo direitos complementares às liberdades individuais, dando relevância aos pressupostos da justiça distributiva, justiça social e políticas sociais. Para Bonavides (2013), os meios intervencionistas para se estabelecer os bens sociais garantiram uma concepção concreta, objetiva e democrática de função e de fruição dos direitos fundamentais, em contrapartida às teses liberais subjetivistas do regime anterior.

Karl Marx (1818-1883), filósofo alemão precursor da teoria marxista, por sua vez, confronta as ideias liberais, de forma a determinar que Estado não é um poder que se impôs de forma externa para o âmbito da sociedade, pelo contrário, é fruto do seio social, marcado pelos interesses distintos de classes. Assim, tal processo surgiu da necessidade de conter o antagonismo das classes, mas que via de regra está a serviço de uma classe economicamente dominante (MARX; ENGELS, 1984).

De acordo com Sueli Dallari (1995, p. 2):

Tratava-se, portanto, de reconhecer a existência de desigualdades materiais que inviabilizavam o gozo dos direitos liberais e de responsabilizar o Estado pelo oferecimento – inicialmente aos trabalhadores e, em seguida, a todos aqueles que necessitassem – daquelas condições que permitissem a igualdade real de oportunidades. Caracterizam as conquistas desse período, a adoção do sufrágio universal, a inclusão de um capítulo nas Constituições garantindo direitos trabalhistas e a implementação do chamado 'Estado do Bem-Estar Social', que presta serviços públicos para garantir direitos, entre outras.

Com efeito, surgiram a Constituição alemã de Weimar e a Constituição Mexicana que passaram a garantir direitos fundamentais com fortes tendências sociais, tal como a efetivação da saúde, da educação e dos direitos trabalhistas.

Como ensina Comparato (2011, p.190), a Carta Política mexicana de 1917 “[...] foi a primeira a atribuir aos direitos trabalhistas a qualidade de direitos fundamentais, juntamente com as liberdades individuais e os direitos políticos”. A

Constituição do México promoveu a constitucionalização dos direitos de proteção do trabalho e das relações trabalhistas, lançando as bases para a construção do moderno Estado Social de Direito, com fortes tendências sociais (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

Nesse contexto, os direitos sociais e econômicos estavam sendo garantidos e reconhecidos ao lado dos direitos individuais. Porém, conforme Afonso da Silva (2005, p.47), foi a Constituição de Weimar que “[...] exercera maior influência no constitucionalismo pós Primeira Guerra Mundial, gerando reflexos até na Constituição Brasileira de 1934”.

A Constituição de Weimar —embora não tenha assinalado os direitos trabalhistas como fez sua precursora, a Constituição mexicana— consubstanciou importantes avanços na seara dos direitos fundamentais. Isso porque, além de estabelecer a República da Alemanha, instituiu um rol mais amplo de direitos sociais, com especial relevância à educação, preceituando o direito ao ensino básico em escolas públicas e a anuência da atuação das escolas particulares mediante autorização do poder público (MAPELLI JÚNIOR, 2017).

As linhas de um Estado Democrático e Social, já traçadas pela Constituição Mexicana, adquiriu na Alemanha de 1919 uma estrutura mais elaborada por ter como objeto a organização do Estado e a declaração dos direitos e deveres fundamentais, acrescentando às clássicas liberdades individuais os novos direitos de cunho social (COMPARATO, 2011).

Sueli Dallari (1998, p. 4) destaca:

Desse modo, o conceito de Estado Democrático de Direito reconhece, respeita e incorpora as conquistas representadas pelo Estado de Direito e pelo Estado Social de Direito, mas soma, à igual possibilidade de participação na elaboração das normas gerais que devem reger a organização social, o controle de sua aplicação aos casos particulares. Trata-se, enfim, de instaurar a cidadania, onde o ‘cidadão é aquele que tem uma parte legal na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária’, como ensina Aristóteles.

Essa concepção de cidadania, influenciada pela teoria do sociólogo britânico Thomas H. Marshall no início do século XX, concretiza a ideia de seguridade social como meio de proteção que a ser assegurada pelo Estado, por meio de firmamento de obrigações e responsabilidades na promoção do bem-estar no aspecto político-jurídico da sociedade, de modo a reparar as desigualdades geradas na geração de recursos e na distribuição de riquezas.

Nesse primeiro momento de movimento de positivação dos direitos sociais, o direito à saúde destacou-se em decorrência, principalmente, da crescente urbanização ocorrida no século XIX decorrente da industrialização e da estrutura capitalista, acompanhadas das precárias condições de higiene e das mais diversas doenças. A proteção à saúde dos trabalhadores mostrava-se essencial à sustentação da indústria produtiva. Nesse contexto, a própria elite econômica passou a pressionar o Estado para que este garantisse a saúde pública (FIGUEIREDO, 2007).

De acordo com Felipe de Melo Fonte (2021, p. 30):

O processo de industrialização promoveu a migração de um grande contingente de pessoas para as grandes cidades, já que as indústrias precisavam de mão de obra barata e em larga escala. Com o passar do tempo e a superveniência de crises econômicas, formou-se um excedente de trabalhadores desempregados, de modo que os empresários e empregadores acabaram por desejar transferir ao Estado os encargos de cuidar destas pessoas. O assistencialismo estatal tornou-se, assim, uma vontade da burguesia.

Contudo, foi somente no século XX que se expandiu a responsabilidade do Estado em matéria sanitária: arrasados pela guerra e pela crise econômica que causou desemprego e empobrecimento em massa, muitos países europeus reestruturaram a organização de proteção sanitária, a fim de retomar a produção e o desenvolvimento de suas economias. Assim, foram instituídos os sistemas de previdência social, juntamente aos sistemas de seguridade social e a saúde, com reflexos, inclusive, na organização da seguridade social inscrita na CRFB/1988 (DALLARI; VENTURA, 2003).

Fonte (2021) revela que os direitos sociais ainda devem ser vistos como uma rede de proteção à sociedade em face dos arranjos e efeitos negativos da globalização, da crescente inovação tecnológica, das mudanças nas relações de trabalho e de demais fenômenos inerentes.

Ademais, é no segundo pós-guerra, frente às tragédias e atrocidades vividas, que surge uma nova ordem internacional, ou seja, um modelo de conduta empenhado na manutenção da paz, na segurança das relações internacionais e na adoção de um plano econômico, social e cultural que vislumbre proteção à saúde, ao meio ambiente, à economia e aos direitos humanos (PIOVESAN, 2012).

Com base nisso, foi instituída a Carta das Nações Unidas, assinada em 20 de Junho de 1945, cujos povos declararam o compromisso pela preservação das

gerações futuras da guerra, bem como pela promoção do progresso social e instauração de melhores condições de vida. Ademais, as nações proclamaram a fé nos direitos fundamentais do Homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, bem como na igualdade de direitos entre homens e mulheres, assim como entre as nações (PIOVESAN, 2012).

De modo geral, passam a ser consagradas as constituições dos países ocidentais, bem como a adoção de vários pactos internacionais, com grande destaque para a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (DUDH/1948), adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Este documento estabeleceu um amplo rol de dispositivos referentes aos direitos sociais, em especial ao da saúde. O Artigo XXV da DUDH prenuncia que “[...] todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar [...] inclusive cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis” (ONU, 1948, p. 2).

Comparato (2011) defende que a DUDH define a democracia como único regime político compatível com o pleno respeito aos direitos humanos, sendo a solução legítima para a organização de qualquer Estado-Nação. Com efeito, resta nítido o profundo adensamento de conteúdo político dos direitos sociais.

Posteriormente, surge uma terceira dimensão dos direitos fundamentais, e sua notável peculiaridade reside basicamente na titularidade coletiva e difusa, trazendo consigo princípios de solidariedade e de fraternidade. Esta dimensão destina-se à proteção de grupos humanos (família, povo, nação) e, dentre os direitos mais citados, constam: o direito à paz; à autodeterminação dos povos; ao desenvolvimento; ao meio ambiente; à qualidade de vida; à conservação e utilização do patrimônio histórico e cultural; e à comunicação (SARLET, 2007).

Esses direitos são na verdade resultado de novas reivindicações fundamentais do ser humano, já que foram instituídos a partir do impacto tecnológico, do processo de descolonização do segundo pós-guerra e suas expressivas consequências, entre outros determinantes (SARLET, 2007).

É oportuno ressaltar que a doutrina ainda concebe a existência de mais duas gerações de direitos humanos, a quarta e a quinta gerações. Paulo Bonavides (2011) entende, assim, a quarta geração como aquela composta pelo direito à democracia, à informação e ao pluralismo; a quinta consiste no direito à paz, na perspectiva global, compondo-se numa dimensão autônoma.

A partir desse panorama de consagração dos direitos fundamentais e sociais, os Estados nacionais buscaram garantir internamente os direitos humanos assentados no plano internacional. O Brasil, sob tal influência, ampliou o compromisso em promover políticas públicas e mecanismos para garantir o direito à saúde, tendo como apogeu a promulgação da CRFB/1988.

Cumprido ressaltar que a constituição brasileira deixou nítido o papel do Estado como principal ente garantidor do direito social à saúde. No entanto, a norma perde seu impulso ao se deparar com distorções interpretativas e com a ausência de sua aplicação prática. Ferreira (2011) aponta, a respeito da efetivação da tutela de proteção da saúde, a complexidade que envolve a interpretação do direito, mediante múltiplos determinantes, no tocante da esfera coletiva e difusa coexistido com a individual e questões inerentes de alocação de recursos públicos, com afeto na esfera política.

Na sequência, buscar-se-á discorrer sobre a efetividade dos direitos sociais. E, para se compreender os motivos que levam doutrina e jurisprudência a se equivocarem no tema, será considerada a estruturação de modelos teóricos consistentes como formas de se analisar as mais variadas compreensões e ensinamentos.

2.1.2 Eficácia dos direitos sociais prestacionais à luz das teorias da justiça de Rawls e Dworkin

Com o objetivo de conferir a eficácia dos direitos sociais surgem as teorias que buscam reconhecer a efetividade das prestações do Estado (FONTE, 2021). Este estudo não pretende exaurir o cunho filosófico, mas apresenta brevemente as teorias da fundamentalidade dos direitos em grupo, atendo-se aos preceitos teóricos da teoria liberal, fundada na “liberdade individual” e na chamada teoria da “igualdade distributiva”.

John Rawls (1997, p. 3) instituiu a teoria da Justiça, conhecida como teoria rawlsiana, que prescreve que a justiça deve ser equitativa. O estudioso retrata em sua obra que a justiça é a “[...] primeira virtude das instituições sociais”. Ronald Dworkin, por outro lado, aborda a teoria do Direito, tratando, preliminarmente, da distribuição igual de recursos na comunidade ou igualdade distributiva.

A concepção liberal de John Rawls, em linhas gerais, fundamenta o seu estudo nos princípios de liberdade e de igualdade, definindo que “[...] cada pessoa deve ter um direito igual ao mais amplo sistema total de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema de liberdade para todos” (RAWLS, 1993, p. 239). Seu pensamento é complexo e pretende introduzir alguns princípios de justiça para nortear uma sociedade mais ordenada.

Na visão de Rawls, os princípios são construídos em uma estrutura que coloca os cidadãos sob o denominado véu da ignorância a qual consiste no desconhecimento dos sujeitos de suas posições de classe social, pois conhecer tais vantagens gera um elemento de injustiça frente à situação proposta de equidade entre todos (FONTE, 2021). Nesse sentido, o filósofo faz alusão ao contrato social com uma finalidade distinta daquela proposta por Hobbes, Locke e Rousseau: para esses, o objetivo do contrato social consiste em delinear a sociedade e fundamentar a relação de obediência ao Estado; segundo Rawls, o contrato social dinamiza a ideia de justiça presente na sociedade, elevando-a a um tipo de moralidade política embasada na cooperação social (AMORIM; LEITE, 2021).

A liberdade, enquanto princípio, decorre da capacidade de autodeterminação dos indivíduos, condição necessária para que sejam feitas as escolhas de cada um. Para Rawls, o fato de uma pessoa pretender alcançar a *vida boa* não significa que, por si só, a vida idealizada será alcançada. Deste modo, as opções relativas ao ideal de vida dependem de nós mesmos e não do Estado ou de grupos sociais (FONTE, 2021). Portanto, a adoção desse princípio ressalta estreita relação com os preceitos do liberalismo político, já que a liberdade defendida restringe o poder estatal e sua interferência em alguns direitos fundamentais, como as concepções individuais de vida.

A igualdade, de acordo com Rawls (1999, p. 215-216), está correlacionada à liberdade, vez que “[...] determina que as políticas sociais e econômicas visam maximizar as expectativas a longo prazo dos menos favorecidos, em condições de igualdade equitativa de oportunidades e obedecendo à manutenção das liberdades iguais”. Dessa forma, o filósofo aborda a igualdade democrática e argumenta que é possível haver diferenças na distribuição de riqueza, desde que beneficie a todos.

Segundo Fonte (2021), os direitos sociais não poderão suplantiar os princípios da liberdade e igualdade de oportunidades. E por não possuírem a prioridade absoluta, os princípios elucidados acima estão condicionados à

discricionabilidade legislativa. Portanto, infere-se que o direito à saúde, por exemplo, não poderia ser suplementado pelo judiciário, haja vista não ter o atributo essencial de liberdade e de oportunidade nos moldes dos aspectos distributivos (AMORIM; LEITE, 2021).

Por sua vez, Ronald Dworkin (2015) propõe concepções de Justiça e de Direito na corrente do liberalismo igualitário, assim como Rawls (1993). No entanto, Dworkin, Winfried Brugger e Jürgen Habermas defendem o chamado *comunitarismo igualitarista liberal* que consiste na defesa da tese de que há igualdade intrínseca a todos os indivíduos. De acordo com Brugger (2008, p. 63),

Ronald Dworkin expressou em *Taking Rights Seriously* com a fórmula 'igual preocupação e respeito' – ou seja, igual consideração das necessidades básicas e do interesse de autodeterminação para todas as pessoas, bem como igual respeito entre diferentes estilos de vida para todos os indivíduos e grupos.

Dworkin (2005), em sua teoria denominada de teoria do Direito, trata preliminarmente da igual distribuição de recursos na comunidade— o que intitula de igualdade distributiva— e distingue a igualdade de bem-estar da igualdade de recursos: não se pode alcançar uma igualdade de recurso para garantir a igualdade de bem-estar, bem como não se pode fazer distinção de distribuição de recursos, visto que os indivíduos devem se encontrar em igualdade de condições (AMORIM; LEITE, 2021).

Dworkin (2011) sustenta, em sua obra “Virtude soberana: teoria e prática da igualdade”, que existem dois princípios básicos do individualismo ético em qualquer teoria liberal, a saber: o princípio de igual importância e o princípio da responsabilidade especial. Brito Filho e Lamarão Neto (2016, p. 50) elucidam que o princípio de igual importância se destina a “[...] assegurar que toda vida humana deveria ser bem sucedida, em vez de desperdiçada, partindo de um ponto objetivo”. Portanto, nas relações do Estado com o indivíduo, torna-se necessário que os governantes promovam políticas públicas baseadas por esse pensamento, para alcançar a igual consideração.

Nesse sentido, Dworkin (2011) enfatiza que as políticas públicas devem contemplar a racionalidade para a efetiva distribuição de recursos na qual não se pode afastar a moral do direito na aplicação das medidas políticas e judiciais. A observância das razões de justiça, equidade e moralidade opõe-se criticamente ao positivismo

normativo de Hans Kelsen o qual embasa as transformações sociais somente através da lei e de uma ordem social justa, que considera as justificativas morais perante as regras positivadas (AMORIM; LEITE, 2021).

O segundo princípio de Dworkin (2015) assevera que as pessoas possuem responsabilidade por suas escolhas, embora admita que as influências da biologia, psicologia, cultura, educação e circunstâncias materiais que levam o indivíduo a viver como vive.

Ambos os princípios, relacionados ao ideal do liberalismo, impõem neutralidade ética do Estado diante das escolhas das pessoas para a *vida boa* e seus melhores planos de vida. Logo, não há interferência do Estado no âmbito de decisão ou de reflexão sobre o ideal de vida dos sujeitos, desde que este plano não interfira e não viole seus direitos e garantias (BRITO FILHO; LAMEIRÃO NETO, 2016).

Tanto Rawls quanto Dworkin admitem a injustiça da distribuição inicial de talentos da sociedade, tais como força, inteligência e beleza. E, na tentativa de neutralizar este fator, Rawls sugere o princípio da diferença, visto anteriormente (FONTE, 2021). Dworkin, por sua vez, critica este princípio por considerá-lo fonte de injustiças, contestando a ideia de que os esforços devem ser recompensados. Para Dworkin (2011, p. 4), a igualdade de recursos se baseia em um sistema distributivo que trata as pessoas “[...] como iguais quando distribui ou transfere de modo que nenhuma transferência adicional possa deixar mais iguais suas parcelas do total de recursos”.

Oliveira (2012, p.84) aborda, sob a perspectiva doutrinária de Dworkin, que os princípios por ele adotados estabelecem uma “[...] direção a ser tomada como garantia de uma segurança política, econômica e social numa dimensão da moralidade política”. Percebe-se que os princípios são necessários para aplicação em decisões fundamentadas, com uma inclinação para solução de conflitos sociais.

Salienta-se que, na teoria proposta por Dworkin, a igualdade de recursos e neutralização das desvantagens naturais, trabalhada no sistema norte-americano, estão disciplinados na legislação ordinária, cabendo ao Legislativo decidir acerca dos direitos prestacionais, diferentemente do Brasil, que possui tais direitos assegurados na Constituição, efetivando o papel do Poder Judiciário na esfera de concretização deles (FONTE, 2021).

Para o autor, no contexto das democracias constitucionais contemporâneas, a função do Judiciário deve ser compreendida de forma estratégica,

capaz de salvaguardar os princípios normativos constitucionais, não devendo ser compreendida em uma postura passiva no contexto democrático- constitucional, no entanto, o judiciário deve pautar suas decisões com base nas regras jurídicas e não em argumentação política (AMORIM; LEITE, 2021).

Acerca da temática do direito à saúde, enquanto direito social, deve-se levar em consideração a obrigação estatal, no entanto, observada a inoperância política, não se deve ignorar a judicialização apenas sob o argumento da dimensão coletiva, resta concebido o direito fundamental que faz jus a proteção individual e coletiva. Dessa forma, atrelado aos princípios desenvolvidos por Dworkin, se aduz o planejamento social em saúde importante para a correta distribuição dos bens e serviços de saúde (AMORIM; LEITE, 2021).

No contexto do sistema de saúde brasileiro, e por se tratar de um dos direitos sociais que acompanhou a evolução histórica e as tendências políticas e econômicas atreladas ao movimento pós-revolução industrial, há necessidade de se discutir as políticas públicas de saúde no Estado brasileiro, objeto do próximo tópico.

2.2 Políticas públicas de saúde no Estado brasileiro

As políticas públicas constituem a necessidade de compreensão como campo interdisciplinar, ainda que seja abordada com enfoque jurídico prestacional, à medida que se apresenta como forma de concretização dos direitos fundamentais, em particular os direitos sociais (BUCCI, 2006).

Nesse sentido, a autora Maria Paula Bucci (2006, p. 2), em sua obra “O conceito de política pública em direito”, afirma que:

Não obstante, definir as políticas públicas como campo de estudo jurídico é um movimento que faz parte de uma abertura do direito para a interdisciplinariedade. Alguns institutos e categorias jurídicas tradicionais, hoje despidos de seu sentido legitimador original, buscam novo sentido ou nova força restabelecendo contato com outras áreas do conhecimento, das quais vinha se apartando desde a caminhada positivista que se iniciou no século XIX.

Embora existam várias definições, política pública parte-se da ideia de Eduardo Marques (2013, p. 24) ensina a concepção de que política pública é um “[...] conjunto de ações implementadas pelo Estado e pelas autoridades governamentais em sentido amplo”. Em consonância com essas ideias de política e direito como

instrumentos capazes de consolidar ações sociais de cunho prestacional do Estado, convém mencionar o conceito inicial de política pública proposto por Maria Paula Dallari Bucci (2002, p. 241), qual seja: “[...] políticas públicas são programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados”.

O paradigma dos direitos sociais, que institui a intervenção estatal mediante prestações positivas, demonstra, um modelo jurídico e social de políticas públicas. Na análise do direito positivo brasileiro, as políticas públicas possuem distintas disposições legais. Ou seja, podem estar expostas em “[...] normativas constitucionais, ou em leis, ou ainda em normas infralegais, como decretos e portarias e até mesmo em instrumentos jurídicos de outra natureza, como contratos de concessão de serviço público” (BUCCI, 2006, p. 11).

Assim, em decorrência das normativas constitucionais compete à Administração Pública efetivar, garantir e promover os direitos fundamentais a todos os cidadãos brasileiros. Para tanto, será necessário a concretização de ações e programas cujas “[...] políticas públicas constituem atualmente a forma precípua dessa ação estatal” (ARZABE, 2006, p.52), com a finalidade de satisfazer as pretensões sociais.

Com efeito, por meio das políticas públicas o Estado garante tais preceitos de forma ordenada e abrangente, no que consiste os direitos sociais. A partir dessas considerações e, especialmente, considerando o direito fundamental à saúde, trataremos a seguir um breve histórico da saúde pública brasileira e o processo sociocultural pelo qual a sociedade sofreu gradual transformação.

Nessa perspectiva, observa-se que até o final do século XIX, o Estado brasileiro não dispunha de hospitais e programas públicos de saúde para a população, apenas entidades filantrópicas, mantidas por contribuições e auxílios governamentais prestavam serviços médicos. A assistência à saúde passou a desenvolver-se a partir da evolução da previdência social, porém, com ênfase na medicina curativa e lucrativa, serviços esses adquiridos de cunho privado. Na mesma época, consolidou-se a dicotomia entre as ações preventivas e de caráter coletivo e as ações curativas de caráter individual, sendo a primeira de responsabilidade do Estado e a segunda, cuidada pela Previdência Social e Medicina Liberal (AGUIAR, 2011).

O perfil sanitário do Brasil colonial e imperial foi caracterizado pelas assustadoras doenças endêmicas e epidêmicas tais como, tuberculose, hanseníase, malária, entre outras. Nesse momento ainda não se pode falar em política pública de saúde. Eram apenas tomadas medidas que visavam amenizar as moléstias de saúde que afetavam as altas produções econômicas e do comércio internacional (AGUIAR, 2011).

A assistência médica, advinda raramente da Europa, limitava-se às classes dominantes, basicamente constituídas pelos coronéis do engenho e do café e seus agregados. Encerrado esse período, marcado pelo término da monarquia, a sociedade Brasileira inicia a organização de seu Estado moderno, portanto, a Primeira República (AGUIAR, 2011).

Dentre outros fatores importantes, daremos relevância à situação da saúde, a qual apresentava o mesmo panorama do período anterior. Predominavam as doenças endêmicas e as condições de saneamento básico eram precárias. As ações e programas de saúde visavam o controle dessas doenças e as de saneamento e infraestrutura eram realizadas, a priori, nos espaços de circulação de pessoas e mercadorias (AGUIAR, 2011).

Em 1920, esse modelo adotado por Oswaldo Cruz deu vez à nova gestão de Carlos Chagas, o qual iniciou a implantação de programas de propaganda e educação sanitária, com vistas a promover a prevenção de doenças junto à população. Nessa ocasião:

Observa-se nesse período o nascimento da saúde pública, cujo modelo de intervenção chamado de sanitarismo campanhista estrutura-se sob a influência dos saberes fundamentados pela bacteriologia, contrapondo-se à concepção tradicional baseada na teoria miasmas que era utilizada para explicar o processo saúde-doença. Por outro lado surge a Previdência Social que vai incorporar a assistência médica aos trabalhadores como uma de suas atribuições a partir de contribuição com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (AGUIAR, 2011, p. 21).

Esse cenário acontece em 1923, quando o governo preocupado com a insatisfação do operariado urbano, regulamentou a Lei Elói Chaves, através do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 que dispunha da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões. Foi a primeira vez que o Estado criou um mecanismo destinado a garantir alguma assistência ao trabalhador.

A partir de 1930, inicia-se uma nova fase, as oligarquias perdem sua hegemonia, dando início a Revolução de 1930, sob o comando de Getúlio Vargas. Na época foi promovida uma ampla reforma administrativa, econômica e política que culminou com a Constituição de 1934, iniciando-se o governo constitucional até 1937 e a ditadura do Estado Novo de 1937 a 1945 (AGUIAR, 2011). Esta fase foi marcada por uma forte centralização política e participação do Estado nas políticas públicas populistas, característica do governo Vargas.

A economia cede grande investimento no setor industrial e urbano, o Estado como Regulador das políticas e da relação capital- trabalho estabelece o salário mínimo e promulga algumas leis trabalhistas. Foram criados em várias empresas e indústrias os Institutos de Aposentadorias e Pensões, os quais eram organizados por categorias profissionais, considerados marco na medicina previdenciária do país (PERES, 1998).

Esses institutos, que eram geridos gradativamente pelo Estado, tinham seu financiamento tripartite, sendo, empregados, empregadores e Estado. O período de 1945 a 1964 caracterizou-se pela crise do regime Vargas e pela tentativa de implantação de um projeto de desenvolvimento econômico industrial. No país as condições de saúde da população pioravam e surgiam propostas por parte dos movimentos sociais reivindicando reformas de bases imediatas (PERES, 1998).

Nesse contexto, a saúde pública obtém modestas conquistas de forma paliativas, sob influência dos padrões americanos de saúde, foram construídos grandes hospitais, sendo colocadas em segundo plano as políticas de saúde pública, como a construção de postos de saúde e ambulatórios. Esta situação serviu como forte tendência para implantação de serviços médicos particulares, ampliando o modelo médico – assistencial.

Já em 1975, a crise do setor saúde foi discutida na V Conferência Nacional de Saúde, levantadas questões de má distribuição, insuficiência, ineficácia e falta de gestão dos serviços de saúde. Nessa ocasião o Governo propõe a criação de um sistema Nacional de Saúde através da Lei nº. 6.229, que define as atribuições dos diversos ministérios envolvidos na saúde, bem como as atribuições das esferas federal, estadual e municipal.

Em 1977, efetivou-se uma nova reordenação burocrática e administrativa no sistema de saúde, ocorreu a unificação dos Institutos Assistenciais, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Encarregado da prestação

de assistência médica individual e curativa por meio de serviços contratados e conveniados aos trabalhadores urbanos e rurais. Esse fato dificultou ainda mais o controle do orçamento previdenciário, haja vista ausência de fiscalização (PERES, 1998).

Surge então uma crise no setor de saúde brasileiro, os Institutos não dispunham mais dos recursos necessários para manter a assistência médica nem as aposentadorias e pensões. Desta forma, os recursos da Previdência não eram mais suficientes para cobrir os gastos com assistência médica.

No início da década de 80, junto a esse fator ocorreu à crise econômica no Brasil, e a população começava a se organizar e lutar pela democratização do país, exigindo que o governo reconhecesse a necessidade de mudar o sistema de saúde que só era, até então, assegurada aos contribuintes da Previdência Social (AGUIAR, 2011).

Em 1986, no Brasil, a tônica era a saúde. Nesse cenário de redemocratização a sociedade e as diversas entidades e movimentos sociais se mobilizaram para participar do processo de discussão da nova Carta Constitucional.

E em meio a estas propostas de Reforma, reuniram-se em Brasília mais de quatro mil delegados de todas as regiões e classes sociais, para um marco que foi a Oitava Conferência Nacional de Saúde, com esta ampla participação, discutiu-se a situação da saúde no país, sendo aprovado um relatório com recomendações de descentralização, participação popular e eficiência da gestão local.

Uma proposta de reforma que visava reorientar o sistema de saúde e implantar o Sistema Único de Saúde (SUS) que seria posteriormente regulamentado e implantado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8.080 de 1990. Desta feita, observa-se no Brasil que a saúde pública passou por diversas fases, marcadas por lutas e reivindicações para tornar-se um direito fundamental, instituído na Constituição da República.

Não obstante, antes de prosseguir à discussão sobre *judicialização da saúde*, faz-se necessário focar a devida importância ao texto da Constituição Federal de 1988, já que foi nela onde se definiram os conceitos que vêm norteando as ações de saúde na atualidade.

2.2.1 O direito à saúde na Constituição da República de 1988 e à dignidade da pessoa humana

O marco histórico relacionado aos direitos fundamentais no Brasil ocorreu com o advento da Constituição da República de 1988, foi a primeira a conferir a devida importância à saúde, a qual passou a ser de maneira expressa um direito fundamental. De acordo com Sueli Dallari (1995, p. 13), não há constituição da república brasileira que se remeta a “[...] saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social até a promulgação da Carta de 1988”.

A mesma, por sua vez, está intimamente ligada ao princípio da dignidade humana. Tal princípio encontra-se previsto no artigo 1º, inciso III da Constituição da República. A dignidade da pessoa humana vem reconhecida desde 1948, no artigo I da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” (ONU, 1948, p. 6).

A dignidade é um valor moral e espiritual inerente à pessoa, que se manifesta no gozo da própria vida e que traz consigo a pretensão de não prejudicar ninguém, considerando um mínimo invulnerável que deve ser assegurado em todo estatuto jurídico (MORAES, 2007).

No mais, devido à dignidade está fundamentada no direito à vida, no direito de viver. Ela abrange a existência biológica e física, pressupostos para utilização de todos os direitos fundamentais. Essa proteção abrange à vida individual, não apenas à vida humana em geral (SARLET, 2009).

Em suma, complementa Ingo Sarlet (2004, p. 84) que o não reconhecimento dos direitos fundamentais inerentes aos indivíduos é negar-lhes a “própria dignidade”.

Com efeito, ensina Lidiane Leão (2008, p. 7):

A Constituição Republicana não só contemplou a saúde como bem jurídico digno de tutela constitucional, mas foi mais além, consagrando a saúde como direito fundamental, garantindo uma proteção jurídica diferenciada no âmbito da ordem jurídico-constitucional pátria.

Portanto, o direito à saúde na Constituição da República de 1988 ficou configurado tanto como um direito fundamental, como um direito que recebeu

destaque, pois para o cumprimento dele foram estabelecidos princípios a serem seguidos na construção e execução das políticas públicas de saúde (LEÃO, 2008).

Não se pode falar em concretização de direitos fundamentais se o Estado, que os contemplou em sua Carta Magna, não planejar e implementar políticas públicas eficazes. Em seu Artigo 6º, a CRFB/1988 determina a saúde como um direito social. E o conteúdo implícito desta disposição pode ser visto como o atendimento médico, o atendimento hospitalar, o atendimento fisioterápico, a realização de exames, o tratamento necessário e eficaz, bem como o acesso a assistência farmacêutica.

Nesse sentido, tem-se a saúde, especialmente, regulamentada no Artigo 196 da CRFB/1988, conforme segue:

Artigo 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 51).

Fica assinalado, portanto, que saúde é direito de todos, indistintamente, constituindo-se em dever de o Estado assegurar o seu acesso às ações e serviços de saúde, observado o papel de cada esfera dos poderes. O Artigo 198 formulou a estrutura geral do sistema e das polícias de saúde pública, reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário.

2.2.2 Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes

As diretrizes, os princípios e as competências administrativas do Poder Público, no que diz respeito ao direito à saúde estão contidos, principalmente, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Para essa lei, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros, são fatores condicionantes e determinantes da saúde, contemplados em seu Artigo 3º.

Em seu Artigo 4º, por sua vez, explicita que o sistema de saúde compreende o “[...] conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por

órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”, incluída a participação da iniciativa privada de modo complementar.

A fim de complementar a legislação e as normatizações do SUS, foi publicada a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (Lei orgânica do SUS), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. A Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Por sua vez, o SUS é um modelo de ação social integrada e descentralizada de matiz constitucional, que visa um novo ordenamento dos serviços e ações das políticas públicas de saúde. Esse sistema não é similar nem substituto de qualquer outra organização política e organizacional já existente no Brasil (DALLARI, 2008).

O texto constitucional, define a concepção do SUS, baseada em um modelo de saúde voltado para as demandas da população, resgatando o compromisso do Estado com o *bem-estar Social*, principalmente ao que se refere à saúde coletiva e à cidadania (AGUIAR, 2011).

Ele é um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional, sob a responsabilidade das três esferas de Governo: Federal, Estadual e Municipal. É um conjunto de ações, serviços e unidades que se integram visando atividades de promoção, proteção e recuperação.

A Lei nº. 8.080/90 que, em seus Artigos 5º e 6º, cuidou dos objetivos e das atribuições do SUS. Esse sistema tem por objetivos a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco doença de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e a prevenção, proteção e recuperação. (KAWAMOTO, 2004).

Quanto aos princípios doutrinários que regem as políticas do SUS, destacam-se o princípio da universalidade, que determina atendimento a todas as pessoas, independentemente, de raça, cor, religião, moradia, emprego ou renda; o princípio da integralidade, que são as ações de saúde em todos os níveis: preventivos e curativos; individuais e coletivos; de baixa, média e alta complexidade; e o princípio da equidade, que assegura a disponibilidade de serviços de saúde consideradas as

diferenças entre os grupos populacionais e indivíduos; descentralização, entendido como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde; regionalização e hierarquização do sistema que refere-se a forma de organização do sistema e a participação e controle social que garante a participação da população nas formulação das políticas (BRASIL, 1990).

Assim, compete aos entes federativos, de forma comprometida e solidária, por meio de seu sistema de saúde, assegurar ao cidadão a promoção, proteção e recuperação da saúde. Cabendo à União a normatização e coordenação do sistema; aos Estados a criação de condições para que o município implemente a gestão do seu território.

Para além da Constituição Federal e do Sistema Único de Saúde, o fortalecimento da saúde pública brasileira também está pautado, no contexto internacional, à Agenda 2030, que é a mais ampla referência na atualidade no campo da construção de modelos de desenvolvimento inclusivos e de justiça social. Os objetivos de Desenvolvimento Sustentável foram pensados no sentido de articular as “[...] três dimensões do desenvolvimento sustentável: a dimensão econômica, a dimensão social e a dimensão ambiental” (ONU, 2015, p.1). Abrange o desenvolvimento econômico, a erradicação da pobreza, da miséria e da fome, a inclusão social, a sustentabilidade ambiental e a boa governança em todos os níveis, incluindo paz e segurança (ONU, 2015).

Promulgado em 2015, esse programa foi adotado formalmente através de um acordo estabelecido por países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que buscam atingir 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) previstos. Especificamente para a área da saúde, o ODS 3 - Saúde e Bem-estar almeja “[...] assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ONU, 2015, p.1).

A saúde, por sua vez, está presente no ODS 3 - saúde e bem estar e o acesso universal aos serviços de saúde - relacionada ao compromisso da Meta 3.8:

Meta 3.8 - Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos. (ONU, 2015, p. 6).

A adesão à Agenda 2030, no Brasil, teve suas metas ajustadas de forma a se adequar ao contexto nacional e representa um grande passo para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde. No entanto, os recursos insuficientes no financiamento público do SUS e de outras políticas sociais que impactam nos determinantes sociais da saúde, ou ainda sem o estabelecimento de prioridades das atuais políticas de saúde, os compromissos firmados no ODS 3 podem não ser atingidos, uma vez que dependem da boa governança e da melhoria da qualidade na prestação de serviços de saúde (VIEIRA, 2020).

2.2.3 Políticas de assistência farmacêutica

Como já se acentuou, é dever do Estado assegurar aos indivíduos o direito à saúde, que abrange, a sua obrigação de fornecer medicamentos indispensáveis à vida. Portanto, é parte integrante das políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, em 1971 deu início a implantação de assistência farmacêutica no Brasil com a Central de Medicamentos (Ceme), que distribuía fármacos aos mais necessitados e que não tinham condições de adquiri-los. Porém, foi em 30 de outubro de 1998, através da Portaria nº 3.916 do Ministério da Saúde que o Brasil instituiu a Política Nacional de Medicamentos e definiu assistência farmacêutica:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998, p. 2).

Tal política dispõe que, além da acentuada utilidade dos medicamentos, a comercialização e sua produção devem se enquadrar em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais que direcionem com eficácia a segurança e a qualidade do fármaco, seguindo uma série de requisitos necessários.

E com o objetivo de promover o abastecimento de medicamentos no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde, com amparo na legislação infraconstitucional, formulou uma lista para dispensação farmacêutica regulada e fiscalizada pela Agência

Nacional de Vigilância Sanitária, à qual foi atribuída o nome de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). É prioritária para o tratamento das doenças mais relevantes e prevalentes no país, e serve para orientar a prescrição, padronização e abastecimento de medicamentos. A mesma tem aplicação gratuita e universal, respeitadas as diferenças regionais do país.

A Portaria GM/MS nº 2.577, de 27 de outubro de 2006, regulamentou o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, definindo, entre outros, a lista de medicamentos, as doenças para as quais sua prescrição é autorizada, conforme a CID-10, e as normas de acesso ao Programa.

Esta regulamentação sofreu pequena alteração foi a inclusão de novos medicamentos e novas doenças a serem atendidas pelo Programa, realizada em setembro de 2008, modificando o anexo da Portaria nº 2.577, por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 1.869. Em novembro de 2009, a Portaria GM/MS nº 2.981 constituiu outro marco importante, pois alterou a definição e denominação do programa, que passou a ser tratado como Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

A incorporação de novos medicamentos ao Programa deve utilizar os preceitos da medicina baseada em evidências. Assim, os solicitantes devem apresentar estudos que demonstrem a eficácia e segurança do medicamento, além de sua vantagem com relação à opção terapêutica disponibilizada, maior eficácia ou segurança ou menor custo (VIEIRA, 2007).

Face à taxatividade da legislação constitucional e infralegal, ressalte-se que a saúde é direito e dever fundamental do Estado. A complexidade do sistema que lhe é peculiar, e de relevância reforça as expressivas e numerosas demandas intentadas no Poder Judiciário debatendo o caráter prestacional de tal direito, mormente no que tange à distribuição de medicamentos, cuja abordagem será tratada na seção 3, a seguir.

3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Esta seção busca apresentar reflexões acerca da judicialização da saúde, de forma a compreender quais causas motivaram o aumento de demandas em matéria de saúde e o que esse fenômeno representa diante dos ditames constitucionais que já garantem, por si próprios, a universalidade do direito de acesso à saúde no que concerne o fornecimento de medicamentos.

O fenômeno da judicialização tem sido objeto de estudo em diversas investigações cujos resultados mais recentes orientam para uma melhor operacionalização e racionalização das demandas judiciais. Na medida em que crescem as ações por acesso à saúde mediante provocação jurisdicional, relevantes se mostram tais estudos em suas múltiplas perspectivas.

3.1 Reflexões sobre a judicialização da saúde

Para se firmar um conceito de direitos fundamentais, dentro de uma concepção de democracia pautada no bem comum e na cidadania, o Poder Judiciário acaba por assumir um papel decisivo, na medida em que representa o espaço público de participação democrática, principalmente após a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual permitiu uma ampliação do acesso dos cidadãos às instâncias desse poder.

A crescente expansão do direito, dos seus procedimentos e instituições sobre a política, reflete diretamente nas relações entre Estado e sociedade civil, permitindo maior participação da população ao Poder Judiciário, haja vista maior abertura e acesso às demandas individuais e coletivas (VERBICARO, 2008).

E no Brasil, a partir da CRFB/1988, como consequência desses fatores, observou-se também uma expressiva inserção do Poder Judiciário em questões essencialmente políticas, o que se convencionou denominar, mesmo no âmbito internacional como judicialização da política.

Vários foram os conceitos atribuídos a judicialização da política, Torbjörn Vallinder que conceituou a expressão e apontou as duas mais notáveis. A primeira, e mais difundida foi denominada *from without* que é a “[...] reação do Judiciário à provocação de terceiro e que tem por finalidade revisar a decisão de um poder político

tomando como base a Constituição” (VALLINDER, 1995 apud CARVALHO, 2004, p. 116).

O conceito de *from without* resultaria, então, da atuação dos tribunais por meio da revisão judicial dos atos do Legislativo e do Executivo, baseada na Constituição de 1988, avaliando-se uma ponderação entre os danos causados e os resultados obtidos. Representando uma expansão do poder dos tribunais ou dos juízes em detrimento da esfera política ou administrativa.

A segunda, *from within*, é a “[...] utilização do aparato judicial na administração pública; portanto, juntamente com os juízes vão os métodos e procedimentos judiciais que são incorporados pelas instituições administrativas que eles ocupam” (VALLINDER, 1995 apud CARVALHO, 2004, p. 116).

Esse conceito se daria através da introdução ou expansão dos métodos de tomada de decisão utilizados pelos tribunais para fora da esfera propriamente judicial. Em outras palavras, pode-se dizer que a judicialização da política corresponde à expansão do poder judicial e decorre da relação entre direito e política.

No contexto brasileiro, dentre as condições propiciadoras ou facilitadoras do processo de judicialização da política, destacam-se: a promulgação da Constituição da República de 1988; a ampliação do espaço reservado ao Supremo Tribunal Federal; a modificação da base econômica do Brasil e a ineficiência das instituições políticas.

O advento da Constituição da República trouxe significativas mudanças ao direito. Segundo Loiane Verbicaro (2008, p. 393), este fato “[...] atribuiu crescente importância aos princípios constitucionais e consagrou a existência e os fundamentos do Estado Democrático de Direito”.

Fatores como a cidadania, a dignidade da pessoa humana, a redução das desigualdades sociais, o reconhecimento de direitos individuais e sociais, foram contemplados como garantias de proteção jurídica. Essas amplas garantias de cunho individual, social e democrático, resguardaram aos indivíduos uma proteção estatal, bem como a possibilidade de apelarem para o Judiciário o cumprimento de seus direitos, quando lesados.

Quanto à ampliação do espaço reservado ao Supremo Tribunal Federal, que passou a resolver conflitos no âmbito constitucional através do controle de constitucionalidade dos atos normativos, apresentou posição de destaque para

efetivação dos direitos fundamentais do cidadão e condição para o surgimento da judicialização da política no Brasil (VERBICARO, 2008).

Para Ribeiro (2014, p. 12), a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal tem legitimado o controle jurisdicional das políticas públicas:

[...] dos anos 2000 até a atualidade, constata-se, à luz da jurisprudência do STF, a consolidação de critérios aptos a legitimar o controle jurisdicional de políticas públicas. Se, antes, o problema era viabilizar a atuação dos magistrados, atualmente, percebe-se o deslocamento do enfoque para a efetividade dos atos decisórios, sobretudo quando se está diante de problemas estruturais.

Outro fator propiciador e facilitador do fenômeno judicialização, foi à mutação da base econômica do país, fato já discorrido anteriormente, onde as classes dominantes da década de 40 migraram de forma relevante para a sociedade industrializada, influenciada pela concepção capitalista. Nesse sentido, esse novo modelo do Estado brasileiro, construído em bases instáveis, viabilizou uma desestruturação social pela precariedade de políticas públicas e crescentes crises e conflitos sociais. Tais consequências refletem, portanto, na demanda por justiça na sociedade brasileira (VERBICARO, 2008).

Portanto, a carência da efetivação dos direitos sociais ocasionada pela omissão do Estado, acaba por induzir um maior controle da atuação estatal através do Poder Judiciário, a fim de corrigir omissões ou violações cometidas pelas esferas competentes; soma-se as lacunas contidas na Constituição e em normas gerais, para a implementação dos direitos sociais. Desta forma, pode-se evidenciar que a atuação institucional do Poder Judiciário, em matéria de direito à saúde, também configura um reflexo da crise do Estado Brasileiro (SCHULZE, 2019).

O último ponto a ser exposto diz respeito à ineficácia do sistema político na implementação de políticas públicas. Esse fato refere-se à incapacidade dessas instituições de dar provimento às demandas sociais. Seja pela insuficiência de recursos as questões que agregam altos custos, seja pela inércia dos entes políticos, o Judiciário acaba obrigado a interferir nesses conflitos que deveriam ser resolvidos no âmbito político (CARVALHO, 2004).

Oliveira (2014, p. 29) defende a atuação do Poder Judiciário nos casos em que há política pública previamente elaborada para garantia do direito pleiteado:

O ingresso de ações judiciais é uma forma que os cidadãos encontram para garantir seus direitos, sendo, portanto, legítima uma ação judicial que vise obrigar o poder público a fornecer um medicamento contemplado em suas políticas públicas previamente elaboradas e não disponível no sistema SUS, em que vise garantir um direito fundamental.

Esses fatores, ora apresentados acabam por gerar reflexos na população, fato que os levam a buscar ainda mais o seu papel de cidadania e inclusão social. E resulta no fenômeno do Judiciário adquirir novas atribuições e responsabilidades, com o intuito de proporcionar uma via de acesso nas instâncias de poder a esses cidadãos.

E o resultado desses reflexos, seja ele a complexa idéia de Judicialização da Política, vem sendo estudado por vários autores no Brasil, e destaca-se o estudo de caráter divergente de Rogério Arantes e de Werneck Vianna. Nesse sentido, elucida o autor:

O Judiciário, assim, não substituiria a política, mas preencheria um vazio, que, nas sociedades de massa com intensa mobilização social (como a brasileira), poderia vir a conceder 'consistência democrática' a um excedente de soberania popular que escapa à expressão do sufrágio (VIANNA, 1999, p. 258).

Dessa forma, a expressão foi ganhando o debate público e doutrinário, com isso, adquiriu vários usos e sentidos, por vezes contraditórios. E considerando este cenário de limitações e de busca ao direito à saúde que tem-se assistido nas últimas décadas a judicialização da saúde pode ser compreendida pela seguinte definição:

A judicialização da saúde é definida como uma situação de acionamento do Poder Judiciário por parte de indivíduos ou grupos de indivíduos, na condição de cidadãos ou de consumidores, com a finalidade de que este poder arbitre conflitos destes com o Poder Executivo, com empresas privadas e até mesmo com pessoas físicas, em matéria de saúde. (VIEIRA, 2020, p.25).

E dentre os doutrinadores que também esboçaram um estudo acerca da judicialização e das Políticas Públicas de Saúde, destaca-se Ingo Sarlet (2007, p. 254) que prediz que o direito à saúde representa:

[...] a presunção a favor da aplicabilidade imediata e a máxima da maior eficácia possível devem prevalecer, não apenas autorizando, mas impondo aos juízes e tribunais que apliquem as respectivas normas aos casos concretos, de tal sorte, o pleno exercício dos direitos.

De acordo com esse posicionamento, o direito à vida e à saúde como princípio fundamental, devem ser obrigatoriamente observados pelo Estado, independente de quaisquer condicionantes. Os doutrinadores entendem tratar-se de um direito inegável e universal, não havendo como se estabelecer reservas para o direito à saúde.

Outro posicionamento, defendido por Ana Paula de Barcellos, visualiza o fornecimento de determinado medicamento ou tratamento não disponível no SUS, de forma mais cautelosa e criteriosa. Sob esse prisma, a autora questiona a competência do Poder Judiciário para intervir em questões que fogem a sua alçada. Para ela, é delicada a questão dos juízes poderem intervir no mérito administrativo, ou seja, na escolha feita pelo administrador público sobre os medicamentos que seriam distribuídos e sobre a verba destinada para a saúde, sob pena de ferir, por exemplo, o princípio constitucional da separação dos poderes (BARCELLOS, 2008).

Sob esse ponto de vista, entende-se que o Poder Judiciário não dispõe de informações técnicas suficientes para decidir essas questões, o executivo por sua vez teria um vasto corpo técnico que balizam políticas públicas, porém não tem legitimidade política. Esses doutrinadores questionam a competência do magistrado para intervir em questões que fogem a sua alçada (RAMOS, 2014).

Nesse sentido, os limiares do direito à saúde, de uma forma geral, não são totalmente compreendidos pelos operadores de direito, que muitas vezes concedem liminares sem solicitar uma análise técnica especializada. Os juízes tendem a deferir os pedidos por entender que negá-los seria sinônimo de *sentença de morte* para aquele requerente. Tal interpretação, muitas vezes coloca este direito como individualizado, absoluto e ilimitado, por estar atrelado ao direito à vida (STIVAL; GIRÃO, 2016).

Portanto, em meio a esse embate doutrinário, ao qual não esgotar-se-á o assunto, serão feitas algumas considerações a respeito deste direito fundamental que é à saúde, entrelaçado à judicialização.

3.2 Mínimo existencial x reserva do possível

Dois fatores a serem considerados, no tocante ao tema, são as teorias do mínimo existencial e da reserva do possível.

O chamado mínimo existencial teve como objetivo a possibilidade de o indivíduo garantir seu direito subjetivo contra o Poder Público quando houver diminuição da prestação de direitos básicos, garantidores da existência digna do ser humano. Essa menciona a necessidade de a dignidade estar condicionada com o espaço e com o tempo do padrão socioeconômico de cada Estado (SARLET, 2007).

Em síntese, consiste nas condições materiais básicas para a existência e a dignidade da pessoa humana, condições estas que devem ser prestadas pelos poderes governamentais por força principalmente da Constituição Federal, no tocante da saúde, especialmente tendo em conta o Artigo 196, o qual corresponde à situação de que todas as pessoas têm acesso a todas as prestações necessárias e suficientes para preservar, manter ou restabelecer a saúde. Conforme ensina Barcelos (2008, p. 288):

O mínimo existencial é composto de quatro elementos, três materiais e um instrumental, a saber: a educação fundamental, a saúde básica, a assistência aos desamparados e o acesso a justiça, e continua: Educação e saúde formam um primeiro momento da dignidade humana, no qual se procuram assegurar condições iniciais tais que o indivíduo seja capaz de construir, a partir delas, sua própria dignidade autonomamente.

Com esse entendimento, compete ao Judiciário determinar o fornecimento do mínimo existencial independentemente de qualquer outra coisa, como decorrência das normas constitucionais sobre a dignidade humana e sobre a saúde.

No Brasil, apesar desse conceito não vir expresso na Carta Magna, pode ser interpretado a partir do que consta no seu Artigo 170: “A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna”. Não se pode deixar de efetivar os direitos sociais, no caso, à saúde, pois deve ter o mínimo para garantia da dignidade da pessoa humana. Assim, cabe ao judiciário corrigir as distorções que ocorrerem contra a sociedade.

No entanto, opõe-se ao atendimento do mínimo existencial a insuficiência dos recursos financeiros do Estado para sua concretização. Essa insuficiência vem sendo mencionada pela doutrina e pela jurisprudência, inclusive do Supremo Tribunal

Federal como reserva do possível. É assim designada a impossibilidade financeira do Estado, no que toca à disponibilidade de recursos materiais para o eventual cumprimento de condenação do Poder Público na prestação de assistência de medicamentos.

A reserva do possível abrange três dimensões, de efetiva disponibilidade de recursos; de disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos e de proporcionalidade da prestação, em especial à sua razoabilidade (SARLET, 2007).

A ótica e o argumento da reserva do possível somente deverão ser observados quando de fato o Poder Público demonstrar de forma convincente que a decisão judicial causará mais danos do que vantagens à efetivação de direitos fundamentais (SARLET, 2007).

O administrador tem a obrigação de observar as autorizações e limites constantes em leis orçamentárias, sob pena de crime de responsabilidade, sendo vedado realizar despesas que excedam o orçamento, conforme dispõe o Artigo 167, II, da Constituição da República (SARLET, 2007).

Para aplicação dessa teoria, deve ser considerado aquilo que é desejado, dentro do possível economicamente. Importante salientar, que se o Poder público a invocar, a fim de não cumprir sua obrigação constitucional, caberá a ele o ônus da prova que não há recursos (SARLET, 2007).

Há quem defenda tese que privilegia os entes federativos, em que pese à possibilidade de se deixar de assegurar um direito fundamental, no caso à saúde, em virtude de insuficiência de recursos.

Entretanto, destacam que o julgador, ao fazê-lo, deve ter a máxima cautela e responsabilidade, analisando as provas, a prescrição médica e as alegações trazidas pela gestão responsável pela negativa de prestação.

Nestes termos, o princípio da razoabilidade é mensurador fundamental para a intervenção do Judiciário em políticas públicas, pois “[...] estará apreciando, pelo lado do autor, a razoabilidade da pretensão individual/social deduzida em face do Poder Público. E, por parte do Poder Público, a escolha do agente público deve ter sido desarrazoada” (GRINOVER, 2011, p.137).

O princípio da razoabilidade é considerado um critério de avaliação do ato dessa prestação, na perspectiva das consequências que recaiam sobre a esfera pessoal de quem foi atingido. Ficando vedada a exagerada garantia do direito fundamental, protegendo-se, por conseguinte, os direitos de outrem, constituindo-se

em verdadeiro limite material para a intervenção do Judiciário em sede de políticas públicas.

Há de se reconhecer que tanto as ações individuais como as coletivas são legítimas para se questionar as políticas públicas diante do Judiciário, existindo, ainda, senão limite, uma necessidade de proposta para direcionar a intervenção do Judiciário em sede de políticas públicas na seara do direito à saúde.

Sob esse prisma, manifestou-se em o Supremo Tribunal Federal, através de Decisão monocrática proferida pelo Ministro Gilmar Ferreira Mendes nos autos da Suspensão de Tutela 378, julgado em 22 de outubro de 2008:

As divergências doutrinárias quanto ao efetivo âmbito de proteção da norma constitucional do direito à saúde decorrem, especialmente, da natureza prestacional desse direito e da necessidade de compatibilização do que se convencionou denominar de 'mínimo existencial' e da 'reserva do possível' (Vorbehalt des Möglichen).[...] é preciso levar em consideração que a prestação devida pelo Estado varia de acordo com a necessidade específica de cada cidadão [...] no caso de um direito social como a saúde, por outro lado, deve dispor de valores variáveis em função das necessidades individuais de cada cidadão. Gastar mais recursos com uns do que com outros envolve, portanto, a adoção de critérios distributivos para esses recursos. [...] Portanto, ante a impreterível necessidade de ponderações, são as circunstâncias específicas de cada caso que serão decisivas para solução da controvérsia [...] (BRASIL, 2008).

Contudo, existe cautela ao se falar da teoria da reserva do possível como limite para concretização do direito fundamental à saúde, uma vez que a Constituição protege e não autorizaria a ofensa à vida e à dignidade humana, em detrimento das despesas e da organização da Administração Pública.

3.3 Parâmetros para concreção do direito à saúde através da judicialização em matéria de medicamentos

É na perspectiva do Estado Democrático de Direito que se observou a ocorrência de fatos como a judicialização da saúde que, conforme já discorrido, possibilitou a sociedade, de forma individual ou coletiva, buscar a satisfação do direito social e fundamental que, não obstante consagrado constitucionalmente, nem sempre foi garantido de forma concreta através das políticas públicas vigentes, principalmente no que tange ao fornecimento de prestações essenciais, como os medicamentos listados pelo SUS.

As primeiras decisões judiciais no contexto da judicialização da saúde foram proferidas no final da década de 1990, mediante as quais foi determinado ao Estado a distribuição gratuita de medicamentos para pacientes portadores do vírus HIV, que junto à luta de movimentos sociais, culminou em políticas públicas para esses pacientes. A partir de então, inicia-se uma fase de interpretação do direito à saúde como um direito individual, de execução imediata e instrumental, através do qual se garante o acesso a bens e serviços de saúde requeridos (VIEIRA, 2020).

E de forma a promover a confrontação de algumas propostas para a abordagem do assunto, traz-se à luz as constatações de Ribas (2013) na qual a legitimidade da intervenção do Judiciário impõe a análise dos seguintes fatores: a) a legitimidade da demanda judicial para adentrar a seara do planejamento, execução e avaliação de políticas públicas; b) as condições econômicas daquele que pleiteia o direito; c) a falta de conhecimentos técnicos dos magistrados sobre matérias alheias a sua competência e d) a disponibilidade orçamentária da Administração Pública.

O Ministro Barroso também apresenta contribuições e expõe seus parâmetros em forma de enunciados:

- a) No âmbito de ações individuais, a atuação jurisdicional deve ater-se a efetivar a dispensação dos medicamentos constantes das listas elaboradas pelos entes federativos (2008, p. 29);
- b) A alteração das listas pode ser objeto de discussão no âmbito de ações coletivas (2008, p. 30);
- c) O Judiciário só pode determinar a inclusão, em lista, de medicamentos de eficácia comprovada, excluindo-se os experimentais e os alternativos (2008, p. 33);
- d) O Judiciário deverá optar por substâncias disponíveis no Brasil (2008, p. 34);
- e) O Judiciário deverá optar pelo medicamento genérico, de menor custo (2008, p. 34);
- f) O Judiciário deverá considerar se o medicamento é indispensável para a manutenção da vida (2008, p. 35); e
- g) O ente federativo que deve figurar no polo passivo é aquele responsável pela lista da qual consta o medicamento requerido (STF, 2008, p. 35).

Em termos gerais os parâmetros delineados se pautam na necessidade atender as relações de medicamentos elaboradas pelos entes da federação, de forma a “[...] assegurar a universalidade das prestações e preservar a isonomia no atendimento aos cidadãos, independentemente de seu acesso ao Poder Judiciário” (BARROSO, 2008, p. 29); na presunção de que as listas de medicamentos disponibilizadas pelo Poder Público estão adequadas às prioridades dos usuários do sistema de saúde e as suas adequações deverão ser discutidas em juízo, respeitando

os posicionamentos técnicos majoritários, comprovadamente eficazes, e não meramente frutos de casos isolados de tratamento; devendo-se prezar pelo comércio nacional de medicamentos e por aqueles estabelecimentos conveniados com o SUS, dada a prevalência para o fornecimento de medicamentos genéricos ou de menor custo e a preferência para aqueles incluídos nas listagens oficiais de medicamentos que comprovadamente sejam essenciais à vida do usuário.

Vale destacar que tais critérios propostos pelo jurista, antecedem sua atuação no Supremo Tribunal Federal, cujos posicionamentos divergem em poucos aspectos. Barroso (2012, p. 30) busca o equilíbrio, defendendo a ideia de que o poder da decisão final não autoriza abusos e excessos:

No arranjo institucional em vigor, em caso de divergência na interpretação das normas constitucionais ou legais, a palavra final é do Judiciário. Essa primazia não significa, porém, que toda e qualquer matéria deva ser decidida em um tribunal. Nem muito menos legítima a arrogância judicial.

Ocorre também que esta forma como os membros do judiciário vem exercendo a sua interpretação constitucional, com práticas relacionadas a judicialização e ao ativismo judicial, faz, aos poucos, com que o Legislativo reaja contra decisões do STF, motivo pela qual o diálogo institucional pode representar alternativa viável contra tal conflito entre os poderes e a crítica do monopólio hermenêutico do Judiciário (NERI; SCHUELER, 2016).

Tocante ao tema do ativismo judicial – isto é, a suposta ingerência ilegítima do Judiciário nos assuntos de cunho político mais determinantes ao Executivo e Legislativo –, a análise de Vianna (2008, p. 4) corrobora que:

A judicialização da política não deriva de um eventual sistema de orientação dos juízes, mas da nova trama institucional trazida pela moderna sociedade capitalista, que pôs o direito, seus procedimentos e instituições no centro da vida pública, e, neste preciso sentido, ela já é parte constitutiva das democracias contemporâneas.

A narrativa do ativismo judicial esbarra no clássico princípio da separação ou harmonização entre os poderes; e, não somente, nas razões de ordem fiscal e orçamentária para sustentar que a judicialização, quando avocada por magistrados facilmente sensibilizados ou sem vasto conhecimento técnico das causas com que lidam, resultaria sempre em uma Justiça particular, contrária aos interesses coletivos.

Vianna (2008) alerta que a atuação judicial exacerbada, pautada em critérios morais e éticos, divergentes às aspirações jurídicas positivistas-legais que predominaram até os anos 1980, quando se vigorou o pós-positivismo jurídico enquanto paradigma teórico no campo do direito, e que queira se aplicar às vias políticas regulares e institucionalizadas, foi “[...] longe de ampliar apoios e alianças para os fins perseguidos pode, muito contrariamente, indispor contra eles, em razão do meio utilizado, o sistema político e seus principais personagens”. (VIANNA, 2008, p. 05).

A esse respeito, no caso da judicialização das políticas públicas, Gebran Neto (2014, p. 17) diz que:

[...] o Poder Judiciário é o menos legitimado para realizar escolhas políticas, seja porque não se submete ao crivo do escrutínio popular, seja porque não é o detentor das condições ideais para examinar o impacto político e econômico e suas decisões. [...] Não se quer, com isso, defender a ideia de vedação da atuação do Poder Judiciário quanto às políticas públicas, mas que as políticas já existentes devem merecer deferência por parte do julgador, bem como a preferência da atuação negativa, invalidando aquelas que estejam em desconformidade com a Constituição Federal ou com as leis.

Na sua análise da norma constitucional, Neri e Schueler (2016, p. 633) também consideram o ativismo judicial quando o “[...] judiciário ao adotar uma postura ativista não leva em consideração a existência de limitações de cunho institucional”, tendo em vista que as controvérsias acerca dos direitos são cabíveis de um arranjo que permita a colaboração entre os atores políticos e os poderes na interpretação e aplicação da lei. Dessa forma, a alternância de grupos políticos no poder, por exemplo, impacta, na expansão do judiciário, inclusive na seara da judicialização, pois a afirmação da democracia também se revela com o alargamento das funções judiciais (BRANDÃO, 2016).

Por fim, não se nega que existem condições cabíveis de viabilizar condições preponderantes para expansão do fenômeno da judicialização, inclusive no STF, destacando o fortalecimento da democracia. A medida que a perda de confiança da sociedade em seus agentes políticos e nas próprias instituições, bem como o contexto de descentralização da Administração Pública, na medida em a estrutura administrativa sofre arranjos nas próprias instituições e por seus agentes políticos, faz com que os indivíduos depositem todas as esperanças no Poder Judiciário (BRANDÃO, 2016).

Piovesan (2006) desenvolveu um estudo da justiciabilidade, que em suma consiste na possibilidade de buscar os direitos sociais e econômicos por meio do Poder Judiciário nas Cortes nacionais. A autora, através de uma análise jurisprudencial, realizada no Supremo Tribunal Federal e no Supremo Tribunal de Justiça, em um caso específico do fornecimento de medicamentos e assistência médico-hospitalar, verificou que o STF assegurou o direito à saúde como uma prerrogativa constitucional inalienável e indisponível, decorrente do direito à vida (PIOVESAN, 2006).

Outra questão relevante na pesquisa de Piovesan (2006) diz respeito à jurisprudência dos Tribunais Superiores que notou-se que as demandas de saúde são em sua expressiva maioria individuais. No entanto, a autora ensina que também existem ganhos num montante expressivo de ações individuais, sobretudo as de saúde, na medida em que podem formular e implementar políticas que visem garantir a todos o acesso universal e igualitário ao direito à saúde, por exemplo, a edição de uma lei que garanta o fornecimento obrigatório de determinado medicamento que seria negado pela via administrativa, como ocorreu no caso utilizados para o tratamento do HIV, mencionado anteriormente.

A justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos no estudo brasileiro é capaz de acionar um legado transformador e emancipatório, com a ruptura gradativa de uma visão conservadora e positivista do Poder Judiciário. Contudo, é necessário avançar em estratégias que otimizem o mecanismo e a exigibilidade dos direitos em questão (PIOVESAN, 2006).

Portanto, revela-se a importância das instâncias superiores no avanço da concretização de direitos, visto que a jurisprudência é fonte concebível no ordenamento jurídico pátrio, capaz de orientar a hermenêutica jurídica e direcionar o entendimento dos magistrados, especialmente, em questões complexas atreladas à judicialização da saúde.

Analisando o judiciário brasileiro de forma estrutural, nota-se muitas vezes, diante da tensão existente entre os diversos atores envolvidos em tais demandas de saúde, que ao se deparar com questões complexas, as quais extrapolam a compreensão meramente jurídica, os juízes acabam seguindo as orientações jurisprudenciais e as utilizando como fundamento de suas decisões.

Superada a exposição das propostas teóricas acima, e levando em consideração o escopo da presente pesquisa, deve-se abordar em seguida um

panorama acerca do tratamento jurisprudencial da matéria, ou seja, de que forma os tribunais vêm lidando com o tema. Neste sentido, cada órgão, o STJ e o STF, exercem suas funções jurisdicionais e desempenham, cada qual, seus papéis constitucionais.

No que importa, o STJ, atua como órgão jurisdicional protetor da legislação federal, encarregado de julgar os recursos especiais, nos quais suas decisões apenas não serão definitivas quando de alguma maneira descumprir a Constituição, momento em que caberá a provocação do STF. E o STF, por sua vez, no topo da estrutura judiciária brasileira, atua como guardião máximo da Constituição Federal de 1988.

Na prática forense, Ingo Sarlet (2018) aponta como exemplificadoras para o enfrentamento do assunto os seguintes julgados: a) Recurso Repetitivo REsp n.º 1.657.156/RJ, 1ª Seção do STJ, Relator Ministro Benedito Gonçalves; b) Suspensão de Tutela Antecipada (STA) n.º 175, julgada em 2010 pelo STF, Relator Ministro Gilmar Mendes, STF; c) Recurso Extraordinário (RE) n.º 566.471/RN7, com repercussão geral reconhecida pelo STF, Relator Ministro Marco Aurélio; e d) Recurso Extraordinário (RE) n.º 657.718/MG, também com relatoria do Ministro Marco Aurélio.

Quanto ao julgado mais recente do STJ, do REsp n.º 1.657.156, de 25 de abril de 2018, estabeleceu como critérios objetivos norteadores das decisões em matéria de fornecimento de medicamentos, mesmo quando ausentes nas listagens do SUS, que: o autor da demanda é quem deve comprovar a imprescindibilidade ou necessidade do medicamento pleiteado, assim como da eficácia, para o tratamento da patologia indicada, devendo apresentar laudo médico fundamentado e circunstanciado; o autor deve comprovar, ainda, sua incapacidade financeira para arcar por conta própria com os custos do medicamento pretendido; e, por fim, o medicamento prescrito deve necessariamente possuir registro junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O STJ determinou ainda que, com o trânsito em julgado das decisões em cada caso concreto, sejam oficiados o Ministério da Saúde e a Comissão Nacional de Tecnologias do SUS, de modo a estudarem a viabilidade de incorporação dos novos medicamentos ao sistema. (SARLET, 2018).

Quanto ao STF, dada a importância histórica, destaca-se o julgamento da STA n.º 175, ocasião em que aquela Corte estabeleceu os primeiros critérios subjacentes ao tema em juízo após a audiência pública de 2009.

Os primeiros parâmetros estipulados pela Suprema Corte brasileira para tratar do assunto foram delineados, em resumo, quando do seu julgamento definitivo em plenário, com as seguintes questões: afronta ao princípio da separação dos

poderes, que se operaria pela indevida interferência do Judiciário nas políticas públicas levadas a cabo pelo Executivo; inexistência de previsão legal-normativa determinando a solidariedade passiva dos entes federativos integrantes do SUS, pelo que se defendia que fosse acionado em juízo apenas o ente em cuja listagem de medicamentos constasse o medicamento pleiteado pelo jurisdicionado; e, ainda, grave lesão às finanças e saúde públicas e possibilidade de efeito multiplicador.

Partiu-se da premissa de verificação da existência ou não de políticas públicas que incorpore a prestação solicitada pelo autor da ação. Cabendo tal recurso, o Judiciário não estaria criando uma política, senão determinando o cumprimento de uma já existente. Inexistindo política pública, passa-se a verificar questões pertinentes à omissão legislativa ou administrativa, decisão administrativa prévia para não fornecer determinada prestação ou expressa vedação legal à dispensação de tal pleito. Ademais, em se tratando de medicamentos, ficou determinada a obrigatoriedade de que haja registro do fármaco perante a ANVISA, e somente em casos excepcionais seria permitida a importação de medicamento não registrado, nos termos da Lei n.º 9.782/1999. (MENDES; BRANCO, 2013).

Já no STA n.º 175, o STF julgou o caso dos tratamentos puramente experimentais, que não podem ser alvo de determinação judicial por encontrarem-se em fase de testes, sem comprovação científica quanto à sua eficácia, podendo apenas ser dispensados no âmbito de estudos clínicos. E quanto aos novos tratamentos ainda não incorporados pelo SUS, só poderão ser reivindicados em juízo se comprovada a omissão ou demora administrativa em atualizar protocolos clínicos do SUS, ainda assim, mediante os seguintes critérios: a) pedido de registro do medicamento no Brasil; b) registro do medicamento pleiteado em renomadas agências de regulação no exterior; e c) inexistência de substituto terapêutico registrado na ANVISA (MENDES; BRANCO, 2013).

Por fim, o julgado do Recurso Extraordinário (RE) n.º 657.718/MG, que trata do fornecimento de medicamentos não registrados na Anvisa, ainda que o autor tenha falecido no trâmite do processo, teve sua repercussão geral da matéria reconhecida, por tratar de tema de interesse coletivo e por ser assunto recorrente em outras demandas, o julgamento do STF firmou o seguinte entendimento:

Decisão: O Tribunal, apreciando o tema 500 da repercussão geral, deu parcial provimento ao recurso extraordinário, nos termos do voto do Ministro Roberto Barroso, Redator para o acórdão, vencidos os Ministros Marco Aurélio (Relator) e Dias Toffoli (Presidente). Em seguida, por maioria, fixou-se a seguinte tese: “1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União”, vencido o Ministro Marco Aurélio. Ausente, justificadamente, o Ministro Celso de Mello (STF, 2019, p. 23).

As contribuições da decisão sancionam que os medicamentos a serem fornecidos pela tutela jurisdicional devem deter registros perante a Anvisa, não podendo, portanto, ser experimentais, e nem encontrar-se em fase de testes; podendo apenas, excepcionalmente, ser fornecidos judicialmente medicamentos sem registro no Brasil (contudo já tenham sido testados ou registrados em outros países), quando os processos de registro dos medicamentos pleiteados estejam tramitando por tempo excessivamente extenso na referida agência, o que, todavia, cabe ao requerente provar.

Sarlet (2018) pontua uma sugestão de contribuição do ministro Barroso, que por meio de voto-vista, que não constou na ementa da decisão final necessidade de um diálogo interinstitucional entre o Poder Judiciário e os entes ou áreas técnicas da saúde, destacando, por exemplo, núcleos de apoio técnico em saúde dos Tribunais, bem como os profissionais do sistema de saúde e os técnicos da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

3.4 Aspectos interinstitucionais referentes à judicialização da saúde no Brasil

Recentemente, a partir dos anos 2000, na tentativa de enfrentamento dos impactos da judicialização da saúde, as instituições relacionadas aos Poderes Judiciário, Executivo e Legislativo, ainda o Ministério Público, Defensoria Pública e agentes sociais não estatais mobilizaram-se para propiciar a criação de instrumentos

para o diálogo interinstitucional, inclusão de novas políticas na agenda governamental, além da efetiva garantia do direito.

Segundo Oliveira (2019), essas interações foram suscitadas tanto pela reação negativa aos aspectos da judicialização, como por exemplo, uma possível elitização do acesso ao direito à saúde pela via judicial, a limitação técnica dos magistrados acerca das demandas relacionadas a saúde pública, quanto pela inobservância do planejamento orçamentário ou dos princípios do SUS, dentre outras. Esta aproximação das esferas institucionais em torno da temática promoveu algumas iniciativas de ampliação e difusão do conhecimento, como a publicação de resoluções específicas pelo Conselho Nacional Justiça (CNJ) e a criação do Fórum Nacional da Saúde em 2010.

Foi também em 2010 que o CNJ aprovou a Resolução nº 107, instituindo o Fórum Nacional da Saúde, com a missão de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos. O seu principal objetivo consistiu em estabelecer ferramentas para subsidiar os magistrados com informações técnico-científicas e garantir decisão baseada em evidências (CNJ, 2021).

Atinente com a progressiva judicialização, o CNJ iniciou sua atuação na área de saúde em 2009, com a ocorrência da Audiência Pública nº 4, que teve por objetivo de ampliar a análise dos aspectos técnicos para subsidiar as decisões pelos magistrados. Através da Recomendação nº 31, o CNJ fixou prazo para que os Tribunais de Justiça adotassem medidas para subsidiar os magistrados e garantir maior eficiência na resolução de processos judiciais envolvendo assistência à saúde, incluindo a adoção dos centros de assistência técnica em saúde. Essa normativa foi reiterada por meio da Recomendação nº 36, de 2011 (GEBRAN NETO, 2019).

Ao reconhecer a necessidade de oferecer subsídios aos juízes acerca das questões de saúde levadas ao Poder Judiciário, o CNJ, recomendou a criação dos NATs em 2011 e instituiu a obrigatoriedade destes núcleos em todos os Estados com a aprovação em plenário da 18ª Sessão Virtual a Resolução nº 238 de 06/09/2016, que estabelece a criação e a manutenção de comitês estaduais de saúde, bem como a especialização em comarcas com mais de uma vara de fazenda pública. Por força desta resolução foram implantados os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), formados por profissionais da saúde, estes núcleos são responsáveis pela

elaboração de pareceres técnicos acerca da medicina baseada em evidências, servindo de prova pericial nessas demandas.

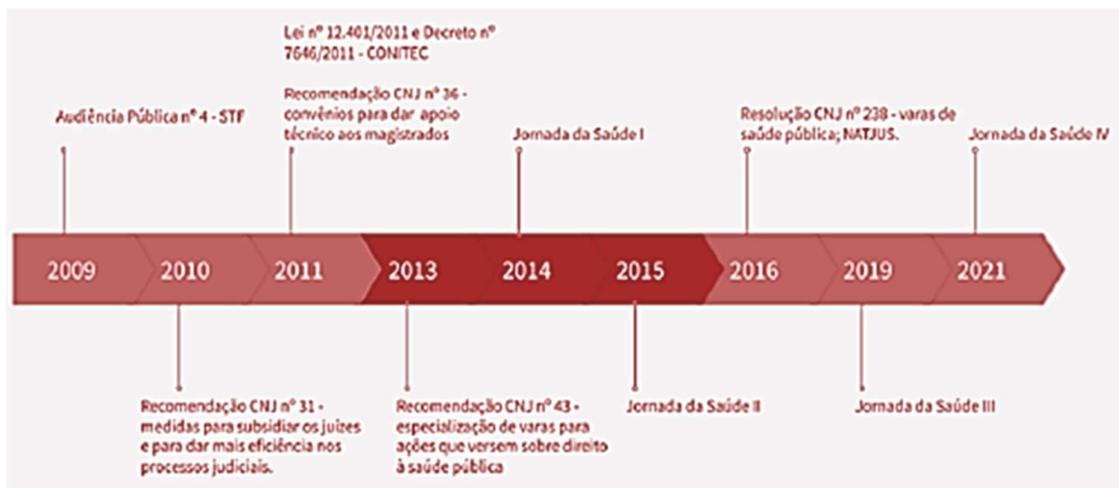
A criação desses núcleos favoreceu ainda a amplitude de segurança aos magistrados em suas decisões, ao propor um modelo instrumental e de caráter interativo. Entretanto, o avanço dessa grande estrutura de documentos técnicos elaborados pelo NATJUS tem sido subutilizada para indeferir ações judiciais relacionadas à saúde (Insper, 2019).

Outra iniciativa diferente dos NATs foi a criação do CONITEC, a partir da promulgação da Lei nº 12.401/2011, é parte de uma tentativa do Ministério da Saúde em tornar as decisões por incorporações de novas tecnologias ao SUS mais transparente e responsiva a diferentes atores – pacientes, médicos, indústria farmacêutica e gestores (WANG, 2015).

Cumprir destacar, na perspectiva de melhorias no modelo da judicialização brasileira, indícios de novas diretrizes para os casos de demandas que geram gastos financeiros expressivos ao sistema público e que estão em desacordo com os princípios de segurança, sustentabilidade e equidade do SUS. Nesse contexto, a III Jornada Nacional da Saúde do CNJ, ocorrida em 2019, aprovou enunciados que recomendam que a judicialização de medicamentos deva ser evitada para tratamentos ainda não registrados na ANVISA ou em fase experimental, bem como no caso de medicamentos e tratamentos experimentais devem-se observar as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e ANVISA, vedada a imposição o provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais pelos entes federados (CNJ, 2019).

Nesta Jornada, também orientou-se que as ações de saúde que almejam fornecimento de medicamentos, insumos ou tratamentos, busque a prévia oitiva do gestor do SUS, com intuito de identificar e mapear a solicitação prévia do requerente, alternativas terapêuticas e competência do ente federado, quando aplicável (CNJ, 2019). Medidas estas que configuram um passo para a construção coletiva eficaz do sistema público de saúde brasileiro. Na Figura 1, apresentam-se os arranjos institucionais para enfrentar os desafios da judicialização da saúde no Brasil:

Figura 1 - Arranjos institucionais da judicialização da saúde no Brasil.



Fonte: Elaboração pela própria (2022).

Além disso, os entes federativos do Brasil devem investir em uma política de Incentivo às Soluções Extrajudiciais de Conflitos sobre Saúde, através da criação de órgãos ou processos extrajudiciais de solução de conflitos sobre saúde. Essa política terá a incumbência de mediar as demandas por produtos e serviços que não estão previstos no fornecimento do SUS e analisar estas demandas em etapa prévia à judicialização. Estes organismos devem atuar para filtrar as demandas que têm potencial de solução extrajudicial, podendo servir como importante base técnica para os processos judiciais, auxiliando os magistrados na tomada de decisão (INSPER, 2019).

Sendo assim, quando as demandas forem analisadas previamente pelo órgão administrativo, elas podem ser solucionadas tanto nesta via, ou, não ocorrendo assim, e na necessidade de haver a judicialização do conflito, há hipótese dos processos judiciais serem impetrados e instruídos com documentos mais robustos. Tal mecanismo possibilitará ao Estado e ao Judiciário identificar a real necessidade daquele tratamento ou serviço ao paciente, também, a pertinência ou não de seu fornecimento pelo sistema público de saúde, considerando os critérios de custo e eficácia terapêutica (INSPER, 2019).

É importante ressaltar que a implementação dessa política já vem sendo executada em alguns estados, nos locais onde já ocorre, o processo judicial é muitas vezes evitado devido as “[...] partes encontrarem soluções alternativas do conflito, seja

pelo fornecimento do que é requerido, seja pelo fornecimento da alternativa terapêutica já disponível no sistema” (INSPER, 2019, p. 231).

No contexto do Estado do Pará destaca-se a implantação do comitê executivo nos moldes da Resolução nº 107/2011 do CNJ – o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas de Saúde, ou CIRADS, constituído no âmbito do Acordo de Cooperação Técnica nº 04/2014 (INSPER, 2019). De acordo com a pesquisa do Insper (2019, p. 137), o comitê tem se “[...] esforçado especialmente para padronizar e melhorar a atuação de juízes na área através de uma aproximação mais frequente com membros de outros setores do sistema de 142 justiça e da Secretaria de Saúde do Estado”.

Contudo, enfrenta o grande desafio de receber maior adesão dos próprios magistrados do Estado, para que sigam as orientações deliberadas através das normativas estabelecidas pelo Comitê. A pesquisa enfatiza, por exemplo, que “[...] muitos magistrados cedem aos pedidos dos pacientes sem perceber que estão sendo influenciados pela indústria farmacêutica” (INSPER, 2019, p. 137). Esta resistência também seria ocasionada pela falta de conhecimento aplicado sobre o tema da saúde pelos juízes.

Quanto ao núcleo de apoio ao judiciário que concede assistência no âmbito do Estado do Pará, o NAT-JUS/PA, foi instituído pela Resolução nº 03 de 21 de fevereiro de 2018 pelo Tribunal de Justiça do Estado do Pará.

Como se vê, no âmbito do Estado do Pará, têm-se buscado uma atuação coordenada no sentido de alcançar maior eficiência na prestação jurisdicional referente às demandas para saúde. Estas ações têm contribuído para aproximar os magistrados e servem ainda como um espaço interinstitucional importante para organizar a comunicação entre atores envolvidos com a judicialização (INSPER, 2019).

A seção seguinte versará sobre a metodologia do estudo para o desenvolvimento da presente pesquisa.

4 METODOLOGIA DO ESTUDO

Esta seção, dividida em subseções, apresenta os aspectos metodológicos da pesquisa, sua natureza, a abordagem epistemológica, área e delimitação de estudo, sujeitos, instrumentos, produção e a análise dos dados.

4.1 Aspectos metodológicos da pesquisa

Esta pesquisa se pauta em uma abordagem quali-quantitativa (MINAYO, 2003). Apesar de possuir uma natureza interdisciplinar, o estudo apresenta um enfoque nas ciências sociais, buscando-se conhecer as ações e as relações humanas, para além das questões objetivas e positivistas. A combinação dos dados quantitativos e qualitativos se complementam nesta interação dinâmica (MINAYO, 2003).

A metodologia proposta se configura no método hipotético-dedutivo. De acordo com Monteiro (2003), uma teoria científica pode fornecer soluções temporárias para os problemas que enfrenta, pois assim que uma eventual nova teoria responder diferente ao problema suscitado, a primeira deverá ser refutada.

A pesquisa parte de um pressuposto geral para materializar o estudo da atuação do Poder Judiciário na área da concessão judicial de medicamentos no município de Santarém sobre a análise da judicialização e da efetivação do direito à saúde e ao fornecimento de medicamento, observados os posicionamentos do Tribunal de Justiça do Pará – Comarca de Santarém.

Enquanto hipótese de trabalho, assume-se que a judicialização da saúde, no que se refere ao fornecimento de medicamentos, é alternativa adequada para a garantia do direito fundamental e social à saúde desde que seja considerada a estrutura e a viabilidade de políticas públicas, na medida do possível e a depender do caso concreto.

A respeito do método teórico de investigação, adota-se o método crítico, desenvolvido sob a ótica do pensamento de Boaventura de Sousa Santos (1987; 1999). O aporte da fundamentação teórica visa articular a teoria e prática no estudo do fenômeno da judicialização da saúde, buscando correlacionar os modelos de políticas públicas do Estado e a concretização do direito à saúde (SANTOS, 1987).

Do ponto de vista objetivo, a proposta metodológica é exploratória e descritiva, baseada em dados primários, delineada em bibliográfica e documental.

A pesquisa bibliográfica, segundo Macedo (1994, p. 13), trata-se do “[...] primeiro passo em qualquer tipo de pesquisa científica, com o fim de revisar a literatura existente e não redundar no tema de estudo ou experimentação”. Consiste no levantamento ou revisão de obras publicadas sobre a temática do trabalho que servirão de aporte para aprimorar os fundamentos teóricos do trabalho científico.

Desta forma, para Lakatos e Marconi (2003, p. 183), a pesquisa bibliográfica não é “[...] mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”. A pesquisa bibliográfica busca, por meio de referenciais teóricos, o levantamento e análise crítica dos documentos publicados sobre o tema a ser pesquisado com intuito de atualizar, desenvolver o conhecimento e contribuir com a realização da pesquisa (BOCCATO, 2006).

Para Gil (2002, p. 44), a pesquisa bibliográfica é “[...] desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Esta pesquisa foi desenvolvida através de Revisão Sistemática da Literatura, uma modalidade de pesquisa, que segue protocolos específicos, e que busca entender de forma lógica a um grande conjunto documental, especialmente, verificando o que funciona e o que não funciona num dado contexto (GALVÃO, 2019). Assim, foi realizada uma busca na base de dados *Scopus*, relacionada às temáticas do direito à saúde, judicialização e medicamentos, seguida de uma análise bibliométrica que será detalhada nos dados da pesquisa bibliográfica.

A pesquisa documental é a fonte de produção de dados e será restrita a documentos, escritos, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Esta pesquisa é fundamental para a compreensão da problemática, dos estudos já realizados acerca do tema e dos posicionamentos predominantes sobre o assunto (LAKATOS, 2003).

De acordo com Schütz e Oliveira (2010), qualquer tipo de informação gerada diretamente no âmbito de atuação do Poder Judiciário, configura como dados Primários de Natureza Jurídica (DPNJ) e abrangem, por exemplo, informações pertinentes ao ator, o réu, a causa (serviço de saúde requerido, tipo de medicamento) e aos agentes, bem como as argumentações e/ou justificativas dos envolvidos entre outras informações. A fonte de DPNJ pode ser declarações dos membros do Judiciário

e peças processuais (petições, defesas, contestações, sentenças, instrumentos de agravo, dentre outras).

Para descrever o fenômeno, no aspecto quantitativo, foram definidos os seguintes determinantes: sujeito demandante; Poder Judiciário e medicamento. Por meio desses determinantes é possível elaborar um perfil dos solicitantes e dos medicamentos, dispor os elementos e etapas dos processos judiciais e, ainda, estabelecer a análise qualitativa e a discussão proposta nos objetivos deste estudo.

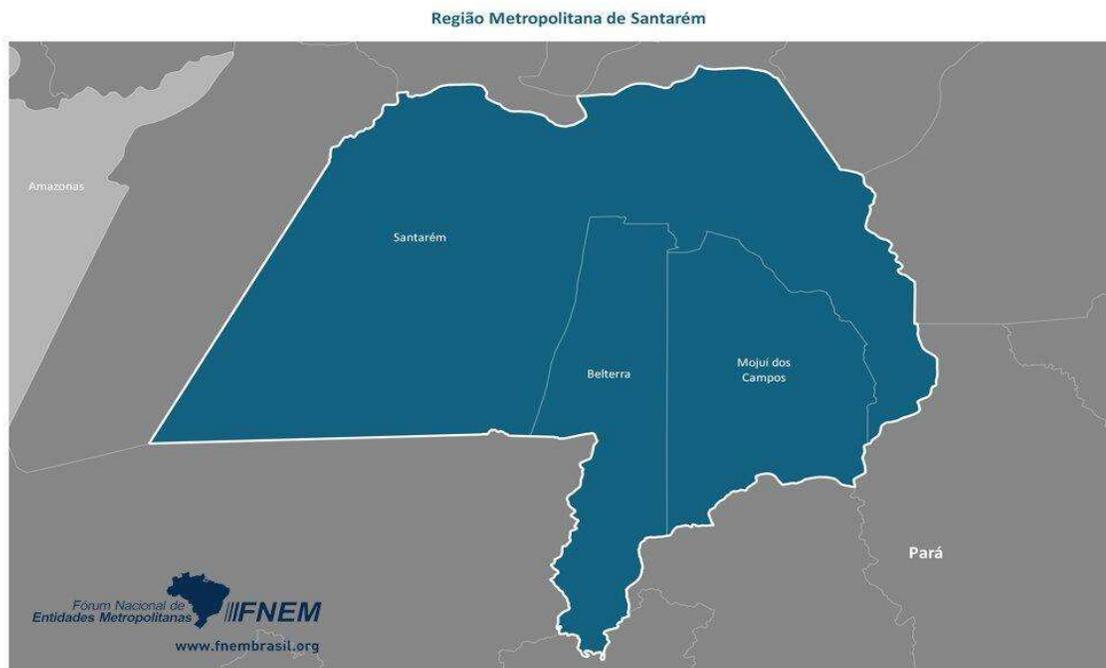
O processo de produção de dados, forma de análise e a abordagem de dados quantitativos e qualitativos das demandas judiciais e seus envolvidos, considera, além de revisão de literatura, normativos legais, relatórios e pesquisas acerca da questão da judicialização da saúde.

4.2 Área de estudo e delimitação da pesquisa

Situado na região Norte da Amazônia brasileira, o Estado do Pará é a segunda maior Unidade Federativa em extensão territorial do país, com 1 245 870,798 km², e está distribuído em 144 municípios. Com 8,7 milhões de habitantes, é o estado mais populoso da região. No território paraense existem duas regiões metropolitanas: a de Belém e Santarém, com população de 2,5 milhões e 335 mil habitantes, respectivamente.

A região metropolitana de Santarém, contexto geográfico desta pesquisa, foi instituída pela Lei Complementar Estadual nº 079, de 17 de janeiro de 2012 e está situada na região oeste do Pará. É composta pelos municípios de Santarém, Belterra e Mojuí dos Campos, considerada o segundo maior aglomerado urbano do Pará (IPEA, 2021), ilustrada na Figura 2, na página seguinte:

Figura 2 – Localização Geográfica da região Metropolitana de Santarém.



Fonte: Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas (FNEM/2018).

A área de integração visa contribuir para o desenvolvimento político, social, cultural e estrutural enfrentados na região. Na esfera judicial, todos os três municípios são atendidos pelo Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA), Comarca de Santarém - o *locus* desta pesquisa.

Havia no Judiciário paraense, até 1933, somente a Comarca do Pará - com sede em Belém e a Comarca de Ilha Grande de Joanes, com sede na Vila do Marajó. A partir de 14 de maio de 1833, por determinação do Conselho do governo da província do Grão Pará, foi efetuada a divisão judiciária da Província em treze Termos, em nova sessão realizada no dia 14 de maio do mesmo ano, criou-se mais 11 termos, incluindo o Termo de Santarém e dividiu a Província do Grão Pará em três Comarcas, a do Grão Pará, que abrangia a cidade de Belém e mais treze vilas, a do Baixo Amazonas - com oito vilas e a do Alto Amazonas - com quatro vilas (TJPA, 2021).

Com o advento da Proclamação da República, o Poder Judiciário passou a se chamar Tribunal Superior de Justiça, com sede em Belém, no Palacete Azul. A Constituição do Estado do Pará, de 1º de agosto de 1935, mudou a denominação de Tribunal Superior de Justiça para Corte de Apelação e através da Constituição Estadual de 8 de julho de 1947, passou a denominar-se Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA, 2021).

O Tribunal de Justiça, órgão supremo do Poder Judiciário do Estado, permanece sediado na cidade de Belém e possui jurisdição em todo o Estado do Pará, composto de 30 (trinta) desembargadores. As Unidades Judiciárias, cuja localização encontra-se ilustrada na Figura 3, estão dispostas através dos Pólos Administrativos, que viabilizam a coordenação e controle administrativo de forma descentralizada (TJPA, 2021).

Figura 3 - Mapa das unidades judiciárias do TJPA.



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado do Pará – TJPA (2021).

A Comarca de Santarém (Figura 4), denominada Fórum Desembargador Ernesto Adolfo de V. Chaves, foi instalada desde 10/05/1933 e está localizada na Av. Mendonça Furtado, s/n, Liberdade, Santarém/Pará.

Figura 4 - Mapa da Comarca de Santarém.



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado do Pará – TJP (2021).

O Fórum compreende a 20ª Região do Tribunal de Justiça do Estado do Pará e possui 19 Varas, dentre elas a 6ª Vara Cível – Santarém, a qual absorve a maioria das ações referentes à obtenção de medicamentos; 15 secretarias; 07 Cartórios e 8 Juizados Especiais. Até o presente, a Comarca de Santarém também é responsável pelo expediente judiciário dos municípios de Belterra e Mojuí dos Campos, integrando a região metropolitana de Santarém (TJP, 2021).

4.3 Sujeitos e produção de dados

Para a etapa de produção de dados, variáveis e a forma de análise foram considerados como universo da pesquisa os processos judiciais, em busca de tratamento de saúde, movimentados contra o Estado do Pará os Municípios da Região Metropolitana de Santarém, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2021, que serão as fontes primárias escolhidas como objeto de pesquisa.

Serão incluídas como sujeitos do estudo as ações judiciais (registradas sob as codificações “Fornecimento de Medicamentos” e “Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos”) propostas na Justiça Comum do Estado do Pará - Comarca de Santarém, pleiteando o fornecimento de medicamentos em que o requerido seja os Municípios de Santarém, Belterra e Mojuí dos Campos ou

a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, no período de 2018 a 2021 (Apêndice B). Este período inaugura a criação do Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS), instituído com a finalidade de organizar e promover o atendimento das demandas relativas à saúde no âmbito do Estado do Pará e marca um salto nessas ações no âmbito nacional.

Serão excluídas do estudo as ações judiciais que estão sob o regime de segredo de justiça; cujo teor do pedido não contemple fornecimento de medicamento; processos que ainda não contenham decisão judicial, bem como aqueles requeridos fora do limite temporal preestabelecido.

Quanto aos aspectos éticos do estudo, os documentos que serão fonte de dados encontram-se nos processos judiciais e são informações de acesso público, sobre os quais serão garantidas a privacidade e a confidencialidade dos nomes dos autores das ações judiciais, bem como qualquer dado que possa relacioná-lo a estado e situações de saúde particulares. Em conformidade com a Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016, a qual dispõe em seu Art. 1º, parágrafo único:

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

I - pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;

II - pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011;

III - pesquisa que utilize informações de domínio público. (BRASIL, 2016, p.1)

A metodologia não apresenta riscos ou danos físicos para os sujeitos da pesquisa, uma vez que a coleta dos dados se dará por meio de análise dos processos judiciais. Portanto, serão atendidas todas as diretrizes e recomendações éticas das pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNS) nº 466/2012.

4.4 Análise dos dados

A interpretação dos dados produzidos será realizada através de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011), a qual adota as três fases de análise: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados.

Dentro da análise de conteúdo e de acordo com a metodologia desenvolvida, considera-se as seguintes variáveis de interesse como referência de

análise do objeto de estudo: quanto às partes e seus procuradores, aos medicamentos e aos processos e às decisões proferidas.

No tocante da parte autora, foram registrados o representante legal e a descrição do pedido de assistência judiciária.

Referente às ações judiciais, consiste na análise dos dados referentes ao período de ajuizamento; o tipo e a natureza da ação.

Outra variável a ser examinada está relacionada às decisões judiciais e seus fundamentos. Foram analisados dados quanto ao teor da determinação e os receptores da determinação judicial; o lapso temporal entre o ajuizamento da demanda e os fundamentos da decisão judicial.

Levou-se em consideração à forma de denominação do fármaco na receita médica, e se o profissional de saúde optou por prescrevê-lo das duas formas (nome comercial e princípio ativo); será considerada ainda à inclusão ou não do fármaco nos componentes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais ou outro Programa de Política Sanitária do SUS.

No tocante das ações judiciais, podemos ressaltar que existem várias espécies com características específicas em relação ao tipo de representante legal que pode impetrar a ação, os prazos para atendimento e a sua amplitude na sociedade. serão apresentados os principais tipos de ação que auxiliaram na discussão do estudo.

O mandado de segurança é um instrumento geralmente utilizado quando o requerente, no caso de tratamento médico, precisa resguardar direito líquido e certo:

Conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por habeas corpus ou habeas data, sempre que, ilegalmente ou com abuso de poder, qualquer pessoa física ou jurídica sofrer violação ou houver justo receio de sofrê-la por parte de autoridade, seja de que categoria for e sejam quais forem as funções que exerça (BRASIL, 2009, p.1).

Por sua vez, a ação civil pública é um instrumento processual instituído pela Lei nº 7.347/85 que demanda por direitos difusos da sociedade, como por exemplo, a saúde pública e a educação (DELDUQUE; CASTRO, 2015) ou seja, bens e direitos cuja titularidade recai sobre toda a sociedade (ou parte dela), e não apenas a um único indivíduo. Pode ser ajuizada pelo Ministério Público ou outras pessoas jurídicas, públicas ou privadas, para proteger o patrimônio público e social. A Constituição Federal atribuiu a defesa desses interesses ao Ministério Público,

cabendo aos promotores públicos, dentre outras, a tarefa de [...] “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia” (BRASIL, 1988, p. 44).

A Defensoria Pública, consiste em assessoria jurídica gratuita aos cidadãos, cuja função é atender àqueles que possuem condições financeiras hipossuficientes de pagar os honorários de um advogado, cabendo-lhe:

Garantir assistência jurídica integral, gratuita, judicial e extrajudicial, aos legalmente necessitados, prestando-lhes a orientação e a defesa em todos os graus e instâncias, de modo coletivo ou individual, priorizando a conciliação e a promoção dos direitos humanos (DPEPA, 2022, p. 1).

Quanto aos medicamentos, o Portal da Anvisa compreende “o produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com a finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (BRASIL, 1973).

A pesquisa documental partiu da análise dos processos judiciais eletrônicos em busca de assistência farmacêutica, recolhidos junto ao acervo da sexta Vara da Cível e Empresarial do Fórum de Justiça da Comarca de Santarém, a partir de dados disponibilizados na base do portal eletrônico do Tribunal de Justiça do Oeste do Pará. Identificou-se um total de 48 processos distribuídos (APÊNDICE A). No entanto, foram compiladas 34 ações judiciais entre o período de 2018 e 2021, fornecimento de medicamento, objeto da pesquisa, sendo que 11 processos foram distribuídos em 2018; 15 processos em 2019; 02 processos em 2020 e 06 processos em 2021.

A pesquisa foi realizada através do *site* do TJPA (<https://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/index-consultas>), por meio dos acessos, respectivamente, aos hiperlinks: Consultas; Consulta unificada de processos. Por meio desses acessos, constatou-se as ações, objeto do estudo devidamente listadas no Apêndice B, em busca de fornecimento de medicamentos.

Tais documentos nos oferecem variadas informações sobre as demandas judiciais quanto ao direito à saúde, como por exemplo: os argumentos expostos pelas partes; às decisões proferidas; os fundamentos utilizados pelos magistrados e os aspectos dos casos concretos.

Paralelamente, utilizou-se informações coletadas na plataforma virtual de mapeamento das ações de saúde no *site* do TJPA

(<https://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/institucional/Comite-Estadual-de-Saude-PA/298245-NAT-JUS.xhtml>). Este sistema, pode ser acessado a partir da página do Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas de Saúde (CIRADS), o Comitê Estadual de Saúde do TJPA e ele possui o acesso livre a qualquer usuário, a fim de manter a perspectiva de transparência na informação e facilitação no acompanhamento dos dados pela sociedade (LAMEIRÃO NETO, 2019).

A criação do sistema de mapeamento, similar ao georreferenciamento, utilizou-se do sistema *Power BI*, da *Microsoft*, para permitir melhor visualização dos dados, a fim de atender à gestão racional dos recursos públicos (LAMEIRÃO NETO, 2019). São disponibilizados os seguintes dados processuais para consulta pública: a) acervo ativo; b) número de processos distribuídos no ano em análise; c) número de despachos/decisões proferidas no ano em análise; d) número de sentenças proferidas no ano em análise e e) número de processos parados há mais de 100 dias.

O sistema disponibiliza ainda, os dados da judicialização a partir do ano de 2016, que podem ser consultados por ano isoladamente, no entanto, as informações referentes a comarca de Santarém, somente foram alimentadas neste sistema a partir do ano de 2018. Além da consulta por ano base, os números podem ser analisados através das regiões judiciárias; por comarca; por unidade judiciária na comarca (para aquelas que possuem mais uma vara competente); por assunto (fornecimento de medicamentos; leitos; tratamentos etc); por entrância e pela categoria saúde pública e/ou saúde suplementar.

É importante registrar uma possível limitação da pesquisa, à medida que, na consulta referente ao período de 2018 a 2021, fazendo-se uso do tema “fornecimento de medicamento”, apareceram os resultados referentes a este período, mas não necessariamente iniciados especificamente em 2018, 2019, 2020 ou 2021, senão integrantes também de autos processuais protocolados em 2017, 2016 e 2015 e assim por diante, a depender do desenrolar de cada processo e da dinâmica processual. Portanto, a busca pelo site do TJPA não facilita o trabalho do pesquisador que deseje organizar processos judiciais exclusivamente por ordem cronológica de protocolização, para só então analisar o respectivo trâmite e conteúdo de seus atos.

Outra limitação se impõe a falta de uniformidade e coerência quanto à classificação dos processos quanto ao seu Assunto e Classe processual, campos de preenchimento aos quais, geralmente, são atribuídos os termos Obrigação de Fazer/Não Fazer, Saúde, Assistência à Saúde, Tratamento Médico-Hospitalar e/ou

Fornecimento de Medicamentos, sem uma discriminação mais precisa a respeito do objeto principal demandado, conforme se constatou nesta pesquisa.

A Figura 5 ilustra a visualização geral do mapa da judicialização da saúde, utilizando-se o filtro: Saúde pública; 15° Região Judiciária – Santarém; período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2021; e Assuntos mais demandados no período selecionado.

Figura 5 - Detalhamento da Demanda de processos da Comarca de Santarém.

ASSUNTO	DEMANDA
12483 - Internação/Transferência Hospitalar	36
10069 - Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	12
10069 - Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos 11884 - Fornecimento de Medicamentos	10
11884 - Fornecimento de Medicamentos	8
12484 - Fornecimento de medicamentos	7
12506 - Unidade de terapia intensiva (UTI) / unidade de cuidados intensivos (UCI)	6
11834 - Conselho sobre Drogas 11854 - Saúde Mental	5
11856 - Hospitais e Outras Unidades de Saúde	5
11811 - Práticas Abusivas 12483 - Internação/Transferência Hospitalar	2
11852 - Financiamento do SUS	2
12484 - Fornecimento de medicamentos 12495 - Não padronizado	2
12492 - Registrado na ANVISA	2
12494 - Padronizado	2
10064 - Saúde	1
10064 - Saúde 10381 - Classificação e/ou Preterição	1
10064 - Saúde 11851 - Terceirização do SUS 11856 - Hospitais e Outras Unidades de Saúde	1
10069 - Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos 10433 - Indenização por Dano Moral	1
10244 - Assistência à Saúde 10671 - Obrigação de Fazer / Não Fazer 12484 - Fornecimento de medicamentos	1
10244 - Assistência à Saúde 12484 - Fornecimento de medicamentos 12492 - Registrado na ANVISA 12494 - Padronizado 12496 - Oncológico	1
10263 - Tratamento da Própria Saúde 12496 - Oncológico	1
10294 - Abono Pecuniário (Art. 78 Lei 8.112/1990) 12484 - Fornecimento de medicamentos 12492 - Registrado na ANVISA 12494 - Padronizado 12496 - Oncológico	1
10671 - Obrigação de Fazer / Não Fazer 12483 - Internação/Transferência Hospitalar	1
10671 - Obrigação de Fazer / Não Fazer 12484 - Fornecimento de medicamentos	1
11811 - Práticas Abusivas 12484 - Fornecimento de medicamentos 12495 - Não padronizado	1
11834 - Conselho sobre Drogas 12483 - Internação/Transferência Hospitalar	1
11847 - Assistência Social 12484 - Fornecimento de medicamentos	1
11853 - Vigilância Sanitária e Epidemiológica	1
11854 - Saúde Mental	1
11855 - Controle Social e Conselhos de Saúde	1
11856 - Hospitais e Outras Unidades de Saúde 11884 - Fornecimento de Medicamentos	1
11883 - Tratamento Médico-Hospitalar	1
11885 - Unidade de terapia intensiva (UTI) ou unidade de cuidados intensivos (UCI)	1
12484 - Fornecimento de medicamentos 12494 - Padronizado	1
9196 - Liminar 10069 - Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	1
9196 - Liminar 10671 - Obrigação de Fazer / Não Fazer 12484 - Fornecimento de medicamentos	1
9196 - Liminar 12483 - Internação/Transferência Hospitalar	1
Total	122

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado do Pará – TJP (2022).

Nesse sentido, dentro da abordagem quantitativa, o instrumento para produção de dados foi elaborado um Formulário do *Google Forms* (Apêndice G) o qual serviu de roteiro e possibilitou fácil acesso à pesquisadora; agilidade na coleta de dados e direcionamento para a análise dos resultados e a produção dos dados estatísticos.

Para caracterização geral das ações judiciais, foram gerados dados a partir do formulário da pesquisa documental que permitiu o delineamento de medidas segundo variáveis analisadas. No Quadro 1, encontra-se o detalhamento delas:

Quadro 1 - Variáveis analisadas no *corpus* da pesquisa.

Variáveis	Descrição
Das informações processuais	1.Número do Processo 2.Pólo Passivo 3.Representação Jurídica do Autor (Patrono) <ul style="list-style-type: none"> · Advogado Privado · Defensor Público · Promotor Público · Não informado 4.Data de ajuizamento 5.Data de distribuição do processo à vara da comarca 6.Média de dias entre peticionamento do processo e decisão sobre a tutela de urgência 7.Natureza da Ação <ul style="list-style-type: none"> · Individual · Coletiva 8.Tipo de Ação <ul style="list-style-type: none"> · Ações de Obrigação de Fazer · Ações Cominatórias · Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará) · Ações Ordinárias · Mandados de Segurança · Ações de Execução Provisória Individual de Decisão Interlocutória Coletiva · Ação Civil Pública (promovida pela Defensoria Pública do Estado do Pará) · Ação Cautelar · Processo em sigilo absoluto, sobre o qual não se sabe a natureza da ação.
Das petições dos pacientes substitutos	9.Descrição do pedido principal 10.Descrição dos pedidos secundários (nos casos em que se aplica) 11.Fundamentação Jurídica do pedido
Dos medicamentos	12.Denominação do medicamento (nome comercial/princípio ativo) 13.Indicação da marca ou prestador específico do bem/serviço 14.Medicamento da política nacional SUS? <ul style="list-style-type: none"> · Não contemplado em políticas públicas · Componente especializado/Não atende requisito do protocolo clínico · Componente básico · Componente especializado · Sem especificação 15.Medicamento com registro ANVISA? <ul style="list-style-type: none"> · Sim · Não

Das decisões (liminares e definitivas)	<p>16. Liminar</p> <ul style="list-style-type: none"> · Concedidas · Não Concedidas · Concedidas Parcialmente · Sigilosos (processos prejudicados para análise do conteúdo) · "Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido) <p>17. Consulta prévia ao Núcleo de Assessoria Técnica ou similar?</p> <ul style="list-style-type: none"> · Sim · Não <p>18. Parecer N.A.T. (nos casos em que se aplica)</p> <p>19. Fundamentação de Liminar concedida (integral/parcial)</p> <p>20. Fundamentação de Liminar não concedida</p> <p>21. Há sentença (em primeiro grau)?</p> <ul style="list-style-type: none"> · Sim · Não <p>22. Sentença</p> <ul style="list-style-type: none"> · Procedentes · Sem Sentença até 31/12/2021 · Sigilosos (processos prejudicados para análise do conteúdo) · Extintos sem resolução do mérito · Improcedentes · Parcialmente Procedentes · Acordo entre as partes dando fim ao processo <p>23. Fundamentação de sentença favorável ao Autor (Integral/Parcial)</p> <p>24. Fundamentação de sentença não favorável ao Autor</p> <p>25. Média de dias entre peticionamento e decisão definitiva de mérito</p>
--	---

Fonte: Elaboração própria (2022).

Para auxiliar na operacionalização dos dados, utilizou-se para otimizar na análise estatística e no desenvolvimento de tabelas e gráficos que possibilitem a interpretação detalhada e crítica do tema em estudo, os recursos da *Microsoft Excel*, foram ainda utilizadas informações da *Rename*, dos anos de 2014 e 2020. Os dados consolidados também foram analisados quantitativamente com gráficos elaborados no software *Planilhas Google* (Google LLC).

A partir dos dados obtidos das demandas judiciais, a fim de se organizar a caracterização geral das ações, com ênfase nos medicamentos, foram elaborados tabelas e gráficos que permitiram identificar os aspectos quanto à caracterização dos autores, da ação judicial e seus fundamentos e dos medicamentos demandados.

As descrições relacionadas aos autores do processo referem-se a espécie de autor (coletivo, que representa os interesses de uma coletividade; litisconsórcio, que representa o interesse de duas ou mais pessoas e autor individual);

representação em juízo (advogados particulares; Defensoria Pública; Ministério Público).

Quanto à caracterização da ação judicial e seus fundamentos, foram analisados dados quanto ao período de ajuizamento; o tipo e a natureza da ação; teor da determinação e os receptores da determinação judicial; o lapso temporal entre o ajuizamento da demanda e a decisão e argumentos e fundamentos das decisões judiciais.

Quanto ao medicamento demandado em juízo foram analisados a denominação do fármaco na receita médica; inclusão ou não do fármaco nos componentes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais ou outro Programa de política sanitária do SUS e se possui ou não registro na Anvisa.

Na próxima seção serão apresentados os resultados obtidos no estudo para esta dissertação.

5 RESULTADOS DO ESTUDO

Esta seção apresenta os resultados produzidos por meio da pesquisa bibliográfica e documental para esta dissertação. Na primeira subseção será discorrida uma revisão sistêmica da literatura, na qual foram analisados 35 artigos que atendiam ao objeto da temática, através de uma bibliometria. Na outra subseção, serão apresentados os dados da pesquisa documental, que levou em consideração os processos judiciais distribuídos no Fórum de Justiça da Comarca de Santarém, em busca de medicamentos, no período entre 2018 e 2021.

5.1 Dados da pesquisa bibliográfica

Como método de pesquisa da literatura utilizou-se da busca sistemática, em uma base de dados *on-line*, seguida de uma análise bibliométrica dos resultados, com o objetivo de analisar publicações relacionadas à temática do direito à saúde, judicialização e medicamentos. Entende-se por bibliometria a “[...] técnica quantitativa e estatística de medição dos índices de produção e disseminação do conhecimento científico” (ARAÚJO, 2006, p. 12).

Para a análise bibliométrica o estudo foi definido em três etapas diferentes: planejamento, coleta e resultado. O planejamento se deu no mês de maio de 2021, quando a pesquisa foi iniciada. Neste momento, definiu-se a busca em base digital de dados, excluindo-se bibliotecas e produções físicas, devido a disponibilidade satisfatória de documentos nas bases de pesquisa.

No âmbito do planejamento optou-se para o domínio da busca, a base de dados *Scopus* (www.scopus.com) dada a sua relevância no meio acadêmico e científico e seu caráter interdisciplinar no eixo das pesquisas desta temática. E ainda pelo fato de corresponder uma das maiores bases internacionais de artigos e referências bibliográficas de literatura científica revisada por pares e sua constante renovação.

Haja vista a problemática do estudo, delimitou-se no escopo do planejamento os termos de busca, a saber: *judicialization AND health AND pharmaceutical drugs AND brazil*. A utilização do operador booleano *AND* teve o propósito de direcionar o maior número de estudos que abordem a temática de interesse. E, por fim, ao se planejar a busca, definiu-se utilizar os termos definidos nos

campos *title*, *abstract* e *keyword*, sem realizar restrição de idioma, limitando-se o resultado desde a primeira publicação até o ano de 2020 e trabalhos publicados em artigos.

Doravante ao planejamento da pesquisa, a produção de dados foi realizada no início do mês de junho de 2021, recuperando um total de 190 documentos, o que apontou 178 artigos científicos registrados até 2020 e 117 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 35 artigos que atendiam ao objetivo da revisão. Nos Quadros 2, 3 e 4, constam o portfólio das obras consultadas, subdivididas em diferentes períodos de lapso temporal.

No Quadro 2, foram analisados os artigos referentes ao período de 2009 a 2015, anunciando os autores, os títulos e os objetivos dos mesmos:

Quadro 2 - Demonstrativo dos artigos analisados no período de 2009 a 2015.

Autor	Título	Objetivos
Chieffi e Barata (2009)	Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade	Analisar as ações judiciais para a obtenção de medicamentos na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sob dois ângulos principais: a judicialização das políticas públicas e a violação do princípio da equidade.
Ferraz (2009)	Direito à saúde nos tribunais do Brasil: agravando as iniquidades em saúde?	Analisar o fenômeno recente e crescente do contencioso pelo direito à saúde no Brasil sob a ótica da equidade em saúde.
Ventura <i>et al</i> (2010)	Judicialização do direito à saúde, acesso à justiça e efetividade do direito à saúde	Analisar as ligações entre o acesso à justiça e a eficácia de um aspecto do direito à saúde.
Pepe <i>et al</i> (2010)	Caracterização de ações judiciais por fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil	Analisar ações judiciais para exigir medicamentos essenciais, ajuizadas no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2006.
Sant'ana <i>et al</i> (2011)	Essencialidade e assistência farmacêutica: Considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil.	Aborda as questões no contexto do arcabouço conceitual que sustenta a política brasileira de medicamentos e a política de atenção farmacêutica, especialmente as noções de medicamentos essenciais e alocação de recursos escassos.
Macedo <i>et al</i> (2011)	Uma Análise técnica para a tomada de decisão do medicamento pela via judicial	Analisa os pedidos judiciais de medicamentos contemplados nos componentes da assistência farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS).
Neto <i>et al</i> (2012)	Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil	Descreve a relação entre o médico prescritor, o advogado e a indústria farmacêutica em ações judiciais contra o Estado.
Wang (2013)	Tribunais e racionamento de saúde: o caso do Supremo Tribunal Federal Brasileiro	Analisa as decisões do Supremo Tribunal Federal Brasileiro em casos de direito à saúde, argumentando que as recentes decisões do Tribunal têm sido contrárias à sua posição de longa data contra o racionamento.

Biehl (2013)	Processo de tomada de decisão baseado em evidências na análise das demandas judiciais de medicamentos no Brasil	Analisar a judicialização da saúde revelada em um campo vivencial-político-econômico para além da biopolítica das populações.
Figueiredo <i>et al</i> (2013)	Processo de tomada de decisão baseado em evidências na análise das demandas judiciais de medicamentos no Brasil	Analisar medicamentos demandados por meio de ações judiciais encaminhadas à comarca que abrange a cidade do Rio de Janeiro, Brasil, no período de julho / 2007 a junho / 2008.
Wang <i>et al</i> (2014)	Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: Gasto público e organização federativa	Analisa o impacto dessas decisões judiciais na gestão orçamentária da política de saúde do Município de São Paulo.
De Barcellos (2014)	Direitos de saneamento, litígios de direito público e desigualdade: um estudo de caso do Brasil	Enfoque nas ações judiciais envolvendo determinantes da saúde, a saber, políticas públicas de água e saneamento. Discute os resultados de um estudo empírico de 258 ordens judiciais brasileiras, emitidas em um período de 10 anos.
Leitão <i>et al</i> (2014)	A judicialização da saúde como forma de garantir o acesso aos medicamentos	Visando conhecer o impacto das demandas judiciais sobre a organização dos serviços públicos de saúde, realizou-se uma revisão sistemática com enfoque na <i>judicialização da saúde</i> para fornecimento de medicamentos.
Diniz <i>et al</i> (2014)	A judicialização da saúde no distrito federal, Brasil	Busca analisar a abordagem do Judiciário a respeito das demandas pela judicialização do direito à saúde por meio de um estudo de caso de ações cíveis de acesso à saúde no Distrito Federal.
Wang (2015)	Contencioso de direito à saúde no Brasil: o problema e as respostas institucionais	Analisar como os tribunais, ao aplicar o direito à saúde como um trunfo contra as decisões de racionamento, tornaram-se um importante formulador de políticas de saúde no Brasil.

Fonte: Elaboração própria (2021).

A evolução histórica dos trabalhos listados no Quadro 1 aponta a primeira publicação na base de dados *scopus* no ano de 2009. Neste período os autores desenvolveram estudos com enfoque na análise das ações judiciais, na descrição dos solicitantes e dos medicamentos mais demandados, bem como dos impactos orçamentários provocados pelas decisões judiciais oriundas do fenômeno da judicialização do direito à saúde e acesso a medicamentos. No Quadro 3 encontram-se os artigos publicados no período de 2016 a 2019, com destaque para identificação dos autores, títulos e objetivos dos trabalhos selecionados para análise.

Quadro 3 - Demonstrativo dos artigos analisados no período de 2016 a 2019.

Autor	Título	Objetivos
Biehl (2016)	Paciente-cidadão-consumidor: judicialização da saúde e metamorfose da biopolítica	Analisar a <i>judicialização do direito à saúde</i> enquanto um fenômeno contestado e muito debatido no Brasil.
Ventura <i>et all</i> (2016)	Alternativas para a efetivação do direito à saúde no Brasil.	Discutir o direito como um direito social é um requisito essencial na construção e garantia dos direitos humanos, mais precisamente da dignidade humana.
Biehl <i>et all</i> (2016)	A judicialização da saúde e a busca pela responsabilização do Estado: evidências de 1.262 ações judiciais de acesso a medicamentos no Sul do Brasil	Avaliou-se uma amostra sistemática de 1.262 ações judiciais de acesso a medicamentos movidas contra o Rio Grande do Sul, oferecendo evidências empíricas que vão contra os mitos vigentes da judicialização.
Kavanagh (2016)	O direito à saúde: efeitos institucionais das disposições constitucionais sobre os resultados de saúde	reúne e analisa dados de 144 países entre 1970 e 2010 e conclui que, controlando esses fatores, um direito constitucional à saúde contribui significativamente para o bem-estar.
Chieffi <i>et all</i> (2017)	Acesso legal a medicamentos: uma ameaça ao sistema público de saúde do Brasil?	Caracterizar os processos de medicação movidos entre 2010 e 2014 contra a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no Brasil, seguindo as políticas de AF.
Costa <i>et all</i> (2017)	Judicialização da saúde: a dignidade da pessoa humana e a atuação do Supremo Tribunal Federal no caso dos medicamentos de alto custo.	Investigar a judicialização do direito à saúde, no que se refere especificamente aos medicamentos de alto custo.
Campos Neto <i>et all</i> (2018)	A judicialização da saúde na percepção de médicos prescritores.	Analisa a possível interferência da indústria farmacêutica nas prescrições de medicamentos utilizados em ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde.
Osorio-de-Castro <i>et all</i> (2018)	Assistência farmacêutica e integralidade 30 anos após o advento do sistema único de saúde no Brasil.	Examina a assistência farmacêutica e o acesso a medicamentos essenciais no Brasil durante os 30 anos desde o advento do Sistema Único de Saúde sob uma perspectiva de integralidade.
Bermudez <i>et all</i> (2018)	Assistência farmacêutica e integralidade 30 anos após o advento do sistema único de saúde no Brasil.	Examina a assistência farmacêutica e o acesso a medicamentos essenciais no Brasil durante os 30 anos desde o advento do Sistema Único de Saúde sob uma perspectiva de integralidade.
Borges (2018)	O contencioso individual de saúde no Brasil sob uma ótica diferente: fortalecendo a avaliação de tecnologias em saúde e novos modelos de governança em saúde	Investiga as mudanças na política e na burocracia provocadas pelo litígio individual de direitos à saúde no Brasil, especialmente no que se refere ao acesso a medicamentos, observando os efeitos que produziu em relação à avaliação de tecnologias em saúde e governança.
Biehl <i>et all</i> (2019)	Judicialização 2.0: Noções básicas sobre litígios de direito à saúde em tempo real	Expandir o acesso a informação sobre litígios de acesso a medicamentos a fim de melhor caracterizar a complexidade do fenômeno e, assim, informar novas pesquisas e discussões públicas mais robustas.
Chagas <i>et all</i> (2019)	Casos administrativos: uma alternativa eficaz às ações judiciais para garantir o acesso a medicamentos?	Avaliar em que medida os processos administrativos de solicitações estão de acordo com as políticas e diretrizes públicas.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Neste período, observa-se uma intensificação de trabalhos publicados com a temática da judicialização do direito à saúde e assistência farmacêutica, as pesquisas passaram a abordar temas além das análises dos perfis das demandas judiciais e dos autores das ações, Andrade *et al* (2018), por exemplo, analisaram a possível interferência da indústria farmacêutica nas prescrições de medicamentos utilizados em ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde.

Quadro 4 - Demonstrativo dos artigos analisados no ano de 2020.

Autor	Título	Objetivos
Vieira (2020)	Financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de fracasso	Examinar o financiamento do Sistema Único de Saúde de 2010 a 2019 e analisar as tendências na alocação de recursos federais para grandes áreas de operação do sistema, bem como a possibilidade de cumprimento da Meta de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030.
Araújo <i>et al</i> (2020)	Judicialização da saúde em Manaus: Análise das demandas judiciais entre 2013 e 2017	Analisa a judicialização da saúde como meio de garantir o acesso às tecnologias em saúde (medicamentos, insumos, consultas e procedimentos médicos) no sistema de saúde de Manaus, Brasil.
Oliveira <i>et al</i> (2020)	Judicialização de medicamentos: efetivação de direitos ou quebra de políticas públicas?	Analisar se as ações judiciais por medicamentos movidas contra o estado do Rio Grande do Norte atendem aos critérios de gestão médico-sanitária e da assistência farmacêutica estabelecidos pelas políticas públicas de acesso a medicamentos vigentes no Brasil.
Chagas <i>et al</i> (2020)	Estratégias institucionais como mecanismo de racionalização dos efeitos negativos da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil	Avaliar os efeitos de duas estratégias institucionais implantadas por um município brasileiro para fazer frente às distorções econômicas, sociais e políticas causadas pela judicialização da saúde no acesso a medicamentos.
Socal <i>et al</i> (2020)	Contencioso sobre direito a medicamentos e cobertura universal de saúde: determinantes institucionais da judicialização da saúde no Brasil	Examinar os potenciais impulsores da judicialização em nível comunitário e institucional e seu papel como mecanismos de responsabilização de ações judiciais de acesso a medicamentos movidas contra o estado do Rio Grande do Sul em 2008.
Garcia <i>et al</i> (2020)	Financiamento e Organização de Serviços para Alcançar a Cobertura Universal de Saúde para Medicamentos: Uma Avaliação Econômica da Melhor Organização de Investimentos e Serviços para o Cenário Brasileiro.	Realizou uma avaliação econômica para entender as necessidades de financiamento do SUS brasileiro para reduzir as desigualdades no acesso a medicamentos.
Rocha <i>et al</i> (2020)	Acesso a medicamentos inovadores por empresas farmacêuticas: iniciativas sustentáveis para a saúde global ou propaganda útil?	O estudo avaliou como 44 empresas globais estão se posicionando em relação ao acesso, se essas iniciativas estão alinhadas aos programas de acesso existentes e se as

		ações divulgadas em prol do acesso são sustentáveis.
Carvalho Borin <i>et al</i> (2020)	Programa de detalhamento acadêmico para artrite reumatoide: uma contribuição para a sustentabilidade do sistema público de saúde brasileiro.	Este estudo objetivou avaliar a viabilidade de uma estratégia de detalhamento acadêmico para promover o uso de qualidade dos medicamentos disponíveis no SUS entre os prescritores.

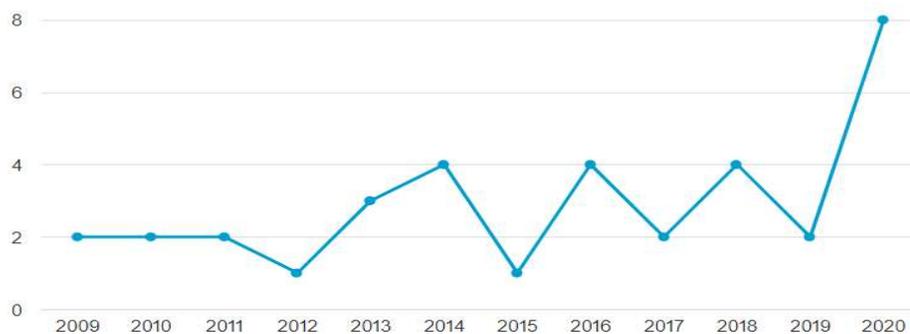
Fonte: Elaboração própria (2021).

Quanto aos trabalhos identificados no Quadro 4, referente às publicações do ano de 2020, observou-se uma tendência às questões atinentes à sustentabilidade. Vieira (2020) examinou o financiamento do SUS e analisou as tendências na alocação de recursos federais para grandes áreas de operação do sistema, bem como a possibilidade de cumprimento da Meta de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030.

Biehl *et al* (2020), analisou possíveis impulsionadores da judicialização em nível comunitário e institucional e seu papel como mecanismos de impacto nas ações judiciais de acesso a medicamentos. Outros trabalhos se posicionaram quanto às iniciativas e ações em prol da sustentabilidade e das desigualdades no acesso a medicamentos.

Em um outro momento analisou-se o arranjo temporal dos trabalhos levantados, identificando-se a primeira publicação na base de dados scopus em 2009, crescendo a partir de 2013, na amostra selecionada, neste ano, com o número de publicação abrangendo 03 artigos na área da judicialização do direito à saúde e acesso a medicamentos. A partir do ano de 2016, as pesquisas se intensificaram atingindo um total de 04 trabalhos. Este número se manteve em 2018, seguido de 02 trabalhos em 2019 e atingindo a sua maior expressão em 2020, com um total de 08 trabalhos publicados. Para melhor visualização, elaborou-se o Gráfico 1, a seguir.

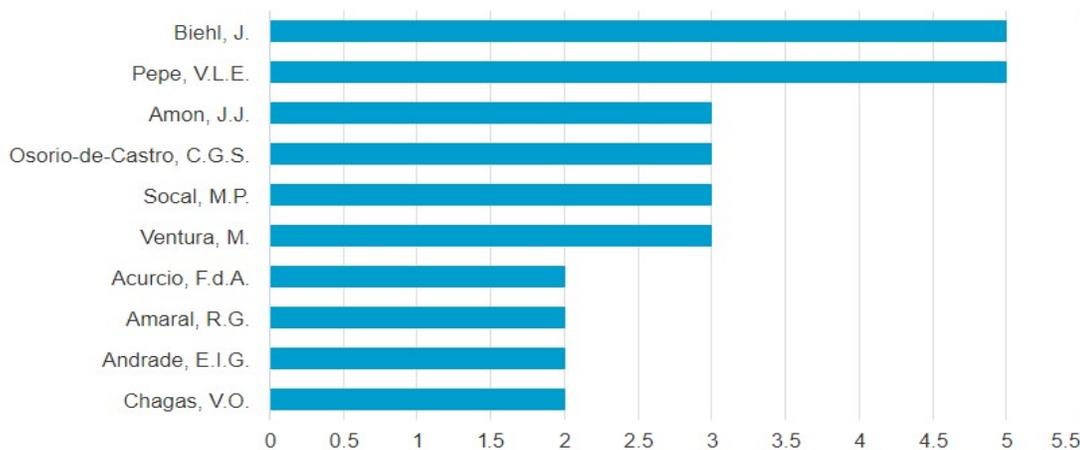
Gráfico 1 – Distribuição temporal dos trabalhos pesquisados.



Fonte: Elaboração própria (2021), a partir da base *Scopus*.

Outra análise realizada diz respeito a distribuição das pesquisas quanto aos autores. Nos 35 trabalhos, observa-se uma variedade de pesquisadores que se destacam nos estudos da judicialização e fornecimento de medicamentos. Buscando organizar esses dados, elaborou-se o Gráfico 2, com os autores de destaques na área e seus respectivos números de publicações.

Gráfico 2 - Relação de autores com maior publicação.



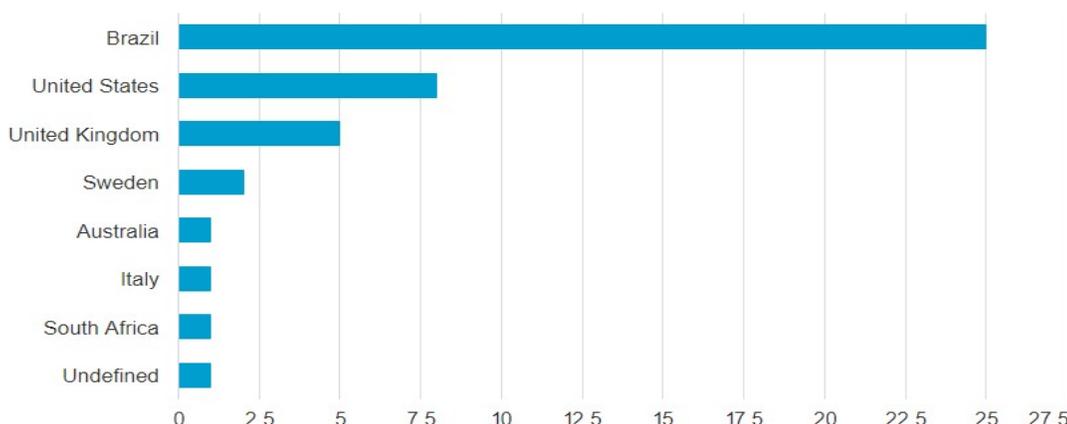
Fonte: Elaboração própria (2021), a partir da base *Scopus*.

Dentre os autores, os que mais se destacam são: Biehl, J. e Pepe, V.L.E., que exibiram um total de 05 trabalhos; Amon, J.J, Osorio-de-Castro, C.G.S., Socal, M.P. e Ventura, M., com 03 artigos; Acurcio, F.A., Amaral, R.G., Andrade E.I.G e Chagas, V.O. com 02 registros de publicação cada um deles na base *Scopus*.

Ao se analisar o país que mais tem publicação na área, pode-se perceber que o Brasil se destaca com um total de 25 trabalhos, podendo ser considerado como o país com maior número de publicações, representando mais de 70% de artigos em periódicos com esta temática. Em segundo lugar, evidencia-se os Estados Unidos,

com 23% das publicações, ou seja, 08 trabalhos. O Gráfico 3 demonstra os principais países envolvidos variando até o mínimo de publicações na área.

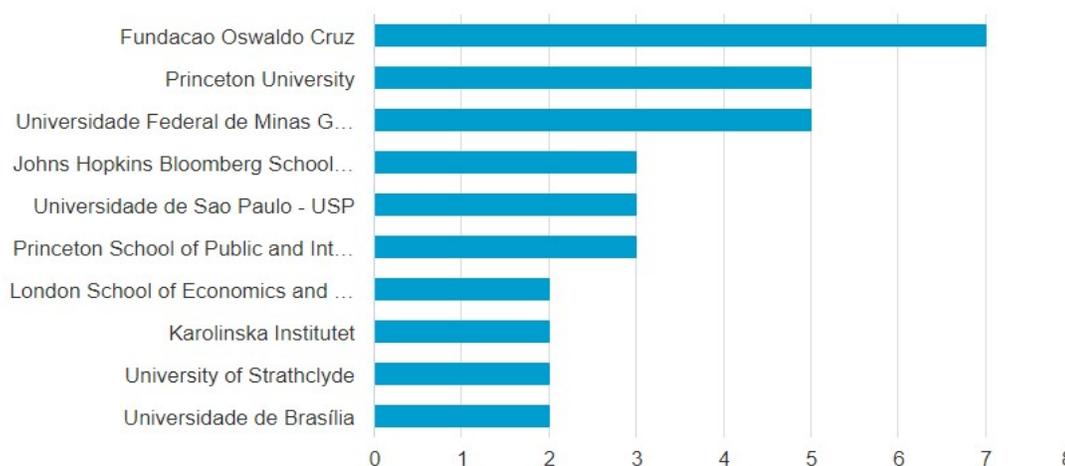
Gráfico 3 - Distribuição dos artigos por países.



Fonte: Elaboração própria (2021), a partir da base *Scopus*.

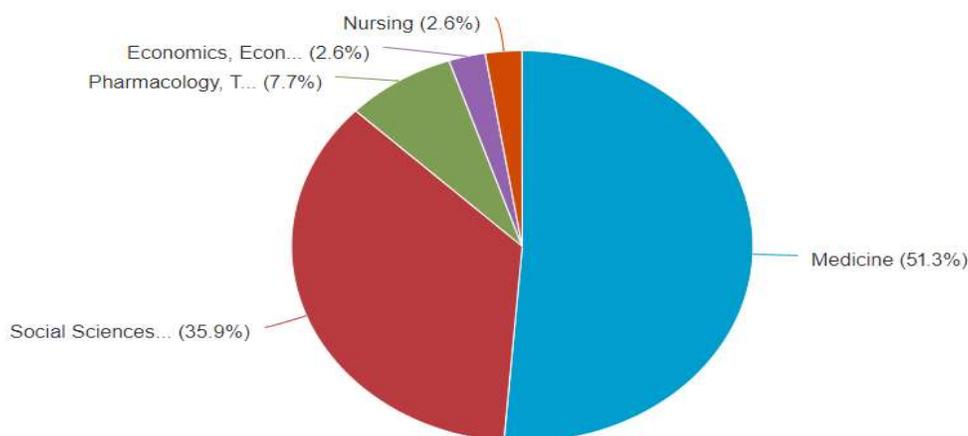
Com base na relação entre os Gráficos 1, 2 e 3 percebe-se que o país de destaque de publicação não é necessariamente onde se encontram os autores com maior número de trabalhos desenvolvidos nas temáticas. O Brasil, por exemplo, que se destaca como país com mais publicações, no período delimitado não aparece em primeiro ao se analisar países, considerando os primeiros cinco autores de destaque. Já os Estados Unidos, país que aparece em segundo lugar no *ranking* geral, traz 03 dos 05 primeiros autores em evidência, Biehl, J., Amon, J.J. e Socal, M.P.

Outra análise realizada é sobre as instituições que as referências em estudo na área do direito à saúde e obtenção de medicamentos por via judicial estão afiliadas, tomando por base a bibliometria gerada. A Fundação Oswaldo Cruz apresenta-se em destaque com 07 afiliações; em segundo lugar, a *Princeton University* e a Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, com um total de 05 artigos, e em terceiro encontram-se as instituições *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, Universidade de São Paulo - USP e *Princeton School of Public and International Affairs*, com 03 publicações afiliadas. Ver gráfico 4, a seguir:

Gráfico 4 - Distribuição dos trabalhos por afiliação.

Fonte: Elaboração própria (2021), a partir da base *Scopus*.

A partir do levantamento geral realizado foi possível se analisar mais detalhadamente as áreas de estudos do direito à saúde e fornecimento de medicamentos. Percebe-se que as publicações se concentram na área de Medicamentos, atingindo um total de 20 artigos, ou seja, mais de 50% das publicações levantadas no período definido. Esse dado retrata não somente o desenvolvimento desta temática na área da saúde, mas também evidencia a importância do conhecimento acerca desse objeto de estudo. Na segunda colocação, encontra-se a área de Ciências Sociais, com um total 14 artigos, correspondendo a 35,9% dos trabalhos. As demais áreas, por apresentarem resultados de menor relevância, foram apenas demonstradas através dos resultados apontados no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Publicações por áreas de estudo.

Fonte: Elaboração própria (2021), a partir da base *Scopus*.

No que tange aos trabalhos mais relevantes sobre a judicialização do direito à saúde e assistência farmacêutica, recuperados pelo registro na base de dados *Scopus*, referente ao número de vezes em que cada artigo foi citado por outros autores, buscou-se organizar os 05 estudos mais citados no Quadro 4. A seguir constatou-se que o autor Ferraz, OLM (2009), foi o destaque, contribuindo com 109 trabalhos, estando, assim, em primeiro lugar no *ranking* dos mais relevantes na temática.

Tamanha relevância do tema tem despertado o interesse de muitos pesquisadores, dos quais se dedicaram à investigação desse fenômeno. Ferraz (2009), analisou o crescente número da judicialização pelo direito à saúde no Brasil sob a ótica da equidade em saúde. Destacaram-se outros pesquisadores, conforme aponta o Quadro 5 a seguir.

Quadro 5 - Trabalhos mais citados na bibliometria.

Título	Autor	Citações
Direito à saúde nos tribunais do Brasil: agravando as iniquidades em saúde?	Ferraz (2009)	109
Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade.	Chieffi e Barata (2009)	77
Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos <i>essenciais</i> no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.	Pepe <i>et all</i> (2010)	45
A judicialização da biopolítica: reivindicando o direito aos medicamentos nos tribunais brasileiros.	Biehl (2013)	43
Judicialização da saúde, acesso à justiça e efetividade do direito à saúde.	Ventura <i>et all</i> (2010)	43

Fonte: Elaboração própria (2021).

A partir da análise bibliométrica, foi possível identificar 160 palavras-chave em diferentes variações. Sendo que destas, as palavras mais utilizadas foram: humano (25); Brasil (23); direito à saúde (16); legislação e jurisprudência (13); drogas essenciais (11) e, direitos humanos (09), conforme ilustra a nuvem de palavras na Figura 6.

Figura 6 - Nuvem de palavras-chave.



Fonte: Elaboração própria (2021).

A garantia do direito à saúde suscita questões como o dever político e legal do governo de garantir atenção integral à saúde e a possibilidade de os cidadãos acionarem o Poder Judiciário, através de ações judiciais para garantir esse direito (PEPE *et al*, 2010). Este litígio força os tribunais a decidir entre uma demanda centrada no paciente individual e uma demanda centrada na população para a saúde pública, escolha esta que obriga os tribunais a avaliar as decisões de racionamento de saúde (WANG, 2015).

Os estudos na área, identificados na pesquisa bibliométrica, geralmente demonstram enfoque nas ações judiciais para exigir medicamentos, buscando-se compreender o perfil dos demandantes, analisar os pedidos e as decisões judiciais e os medicamentos solicitados. O impacto do aumento do número de ações judiciais por acesso a medicamentos no Brasil, principalmente a partir de 2016, tornou o debate mais acalorado, abrangendo-se ainda as diferenças regionais e os impulsionadores e implicações locais da judicialização de medicamentos (BIEHL; SOCAL, 2020).

Nesta perspectiva, Escher *et al* (2018) avaliaram a assistência farmacêutica do ponto de vista dos recursos humanos, medicamentos essenciais, fabricação, avanços tecnológicos, uso racional de medicamentos e regulamentação ética. Ampliando a discussão sobre as complexidades nacionais e a saúde global, diante das mudanças políticas, econômicas e sociais.

A partir de 2020, temas como a sustentabilidade e o desenvolvimento sustentável emergiram nas pesquisas na área, conforme demonstrado nesta revisão. À medida que os países de baixa e média renda buscam alcançar a cobertura

universal de saúde dentro da estrutura dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (UNESCO, 2015), a experiência do Brasil e dos desafios dos sistemas de saúde foram ilustrados em um estudo de Biehl e Socal (2020).

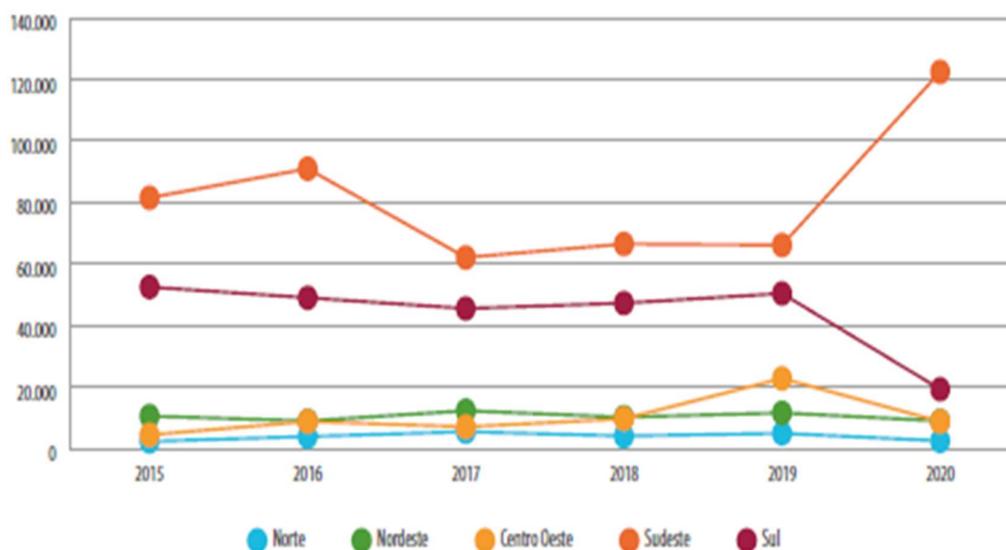
Pesquisa e Desenvolvimento, inclusive de novos medicamentos, desempenham um papel importante na vida e no bem-estar; neste sentido, as iniciativas para melhorar o acesso a medicamentos devem ser socialmente responsáveis e sustentáveis (ANDRADE *et al*, 2020). Isso porque, iniciativas de empresas globais voltadas para a publicidade e imagem pública, bem como de aumentar seu desempenho econômico que supervalorizam o acesso a medicamentos, ao invés de implementar-se também estratégias de responsabilidade social e robusta (ANDRADE *et al*, 2020).

Em suma, verificou-se que não há somente um agente impulsionador para a judicialização farmacêutica e nem um só responsável pelo fenômeno, indicando assim a necessidade de diálogo e ações entre judiciário, legislativo, executivo e sociedade em geral. Incluindo uma rede de diferentes fatores, que vão desde aspectos organizacionais, políticos e sociais. Portanto, a partir desta bibliometria, com os seus achados e as contribuições decorrentes, se inicia na próxima seção a apresentação dos dados documentais da dissertação.

5.2 Dados da pesquisa documental

De acordo com dados do Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, lançado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2022), na Justiça brasileira, existem mais de 540 mil processos judiciais tramitando referentes à saúde. Neste ano, já foram ingressadas mais de 89 mil novas ações sobre saúde pública e entre os assuntos mais judicializados, predominam questões relacionadas ao fornecimento de medicamentos, ao tratamento médico-hospitalar e leitos hospitalares.

Gráfico 6 - Quantidade de casos novos sobre medicamentos ingressados na Justiça Estadual, segundo a região, entre 2015 e 2020.



Fonte: Painel da Justiça em Número (2022).

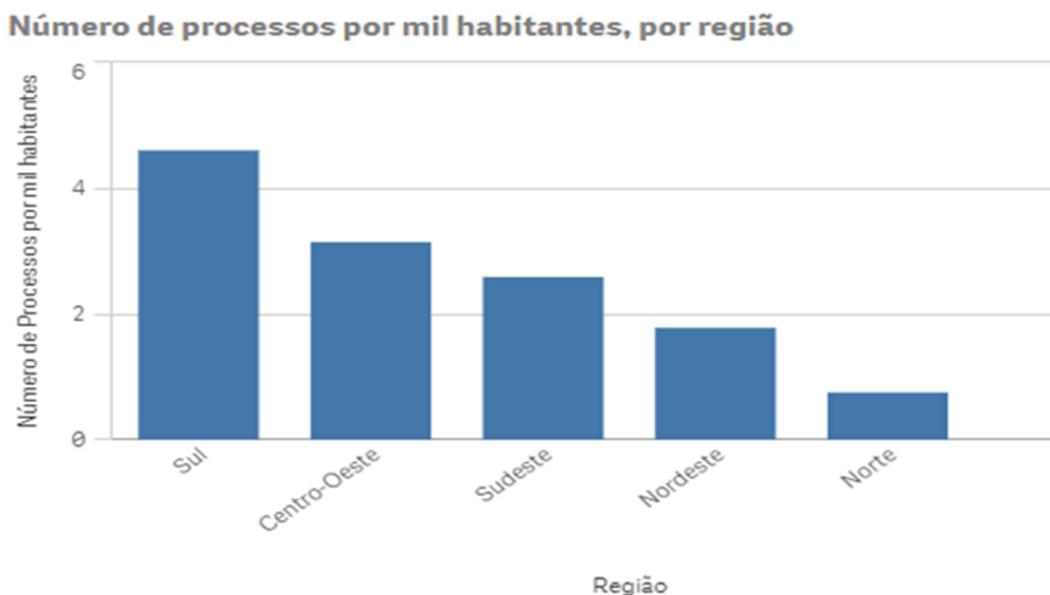
No panorama nacional, a média de tramitação do início da ação até o primeiro julgamento é de 432 dias, e até a primeira baixa, a média é de 721 dias. Quanto às decisões, a grande maioria que corresponde a mais de 95%, é referente às ações individuais, em 2021, por exemplo, foram mais de 700 mil processos nessa modalidade (CNJ, 2022). Neste mesmo ano, outros 13 mil processos tiveram como desfecho sentenças homologatórias, fruto de acordos e negociações entre as partes (CNJ, 2022).

Porém, outro estudo interessante, referente ao período de 2015 a 2020, sinaliza para a movimentação dos processos que têm como tema a saúde pública. Nesse levantamento, observa-se 80,8% de concessão de liminar no total dos processos. Ao analisar por temáticas, processos com o assunto “Saúde Mental” obteve uma taxa de 86,9%; “Hospitais e Outras Unidades de Saúde/ Internações” obteve 86,3%, enquanto “Medicamentos” alcançou um percentual de 83,0% de deferimento de liminar (CNJ, 2021).

Outro aspecto estudado em relação à distribuição geográfica da judicialização no Brasil (Gráfico 7), aponta que nos estados das regiões Sul e Centro oeste concentram-se os maiores índices de litígios. Estando em média, 4,6 ações por mil habitantes no Sul; 3,14 na região centro oeste; 2,59 ações por mil habitantes no

Sudeste; já no Nordeste, foi encontrado o índice de 1,78 ações por mil habitantes e no Norte 0,75 por mil habitantes, conforme gráfico abaixo (CNJ, 2022).

Gráfico 7 - Números de processos por mil habitantes, por região.



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2022).

A seguir serão caracterizadas as ações judiciais, objetos do estudo, no Tribunal de Justiça do Estado do Pará, na Comarca de Santarém.

5.2.1 Quando a justiça entra em cena - análise das demandas judiciais na comarca de Santarém-Pará

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (2022), na região metropolitana de Santarém, existem 97 processos em tramitação, com a temática do direito à saúde, sendo 71 tramitando na justiça estadual e 26 na justiça federal. Em relação à distribuição geográfica, o município de Santarém possui o total 97 ações da região, que corresponde a uma média de 0,31 processos por habitante. Quanto aos municípios de Mojuí dos Campos e Belterra, ambos não possuem processos em tramitação no presente momento (CNJ, 2022).

Ao todo foram catalogados 48 processos, que para os efeitos da análise foram submetidos 34 processos.

A respeito de quem representou e promoveu as demandas dos Requerentes, do total dos processos principais, verificou-se que a maior parte dos processos de judicialização da saúde foram promovidos sob a assistência Ministério Público (18), que em sequência, são mais representativos os processos tocados por advogados particulares (13) e pela Defensoria Pública do Estado do Pará (3), como se explicita na Tabela 1, abaixo:

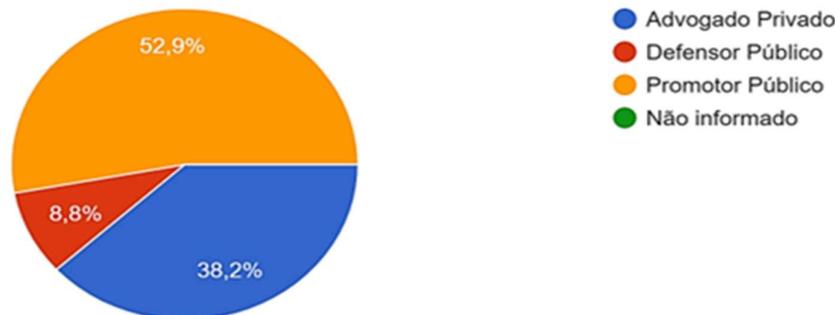
Tabela 1 - Representação Jurídica das Ações.

Representação jurídica	Número	Porcentagem
Promotor público	18	52,9%
Advogado privado	13	38,2%
Defensor público	3	8,8%

Fonte: Elaboração própria (2022).

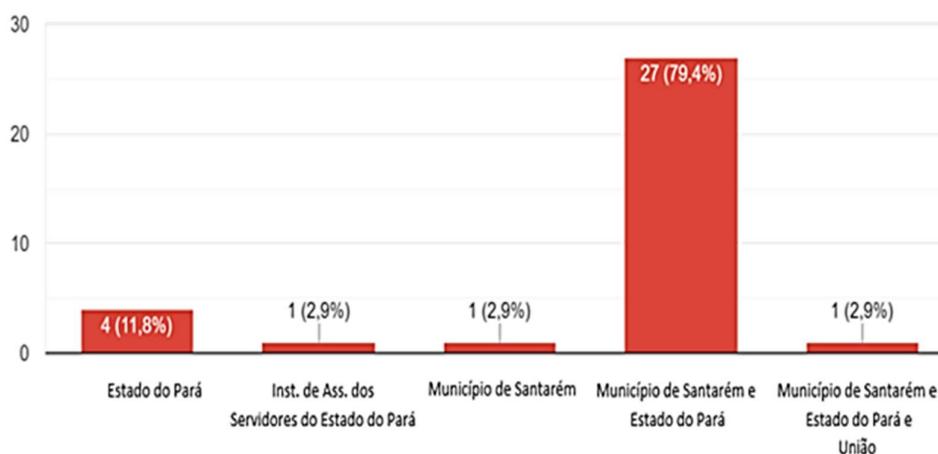
Desta forma, constatou-se que a distribuição de processos jurídicos, assistidos pelos promotores são responsáveis por 52,9% das demandas catalogadas, demonstrando a atuação do Ministério Público Estadual (MPE-PA), ao passo que a participação de advogados privados se dá na proporção de 38,2%, por fim a participação da Defensoria Pública do Estado que é de 8,8% (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Representação Jurídica das Ações.



Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

Nos processos estudados, em 79,4% dos casos o Estado do Pará e o Município de Santarém figuram, solidariamente, como polo passivo da ação, em 11,8% dos processos identificou-se o Estado do Pará como polo exclusivo e em 2,9% o polo passivo configurou o Município de Santarém (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Polo passivo.

Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

Observa-se ainda que, de acordo com a natureza da ação, o total dos 34 processos analisados são movidos por ações individuais, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 - Natureza da ação.

Natureza da ação	Número	Porcentagem
Individual	34	100%
Coletiva	-	-

Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

Este resultado encontrado no estudo reflete a revisão sistemática da literatura apresentada sobre o tema da judicialização da saúde no Brasil, uma vez que apontam que as ações judiciais são predominantemente individuais, não resultando em proveitos coletivos. Já Gomes e Amador (2015) alertam para a ausência de dados suficientes para traçar um perfil socioeconômico dos litigantes nas bases processuais, o que limita o avanço dos estudos científicos sobre o tema, fato este também identificado nos processos judiciais eletrônicos do TJPA, quando se buscou traçar o perfil dos litigantes.

Em se tratando dos tipos de Ação (Tabela 3, abaixo), do total de 34 processos, verificaram-se 18 *Ações de Obrigação de Fazer* e 14 *Ações Cíveis Públicas* promovidas pelo Ministério Público.

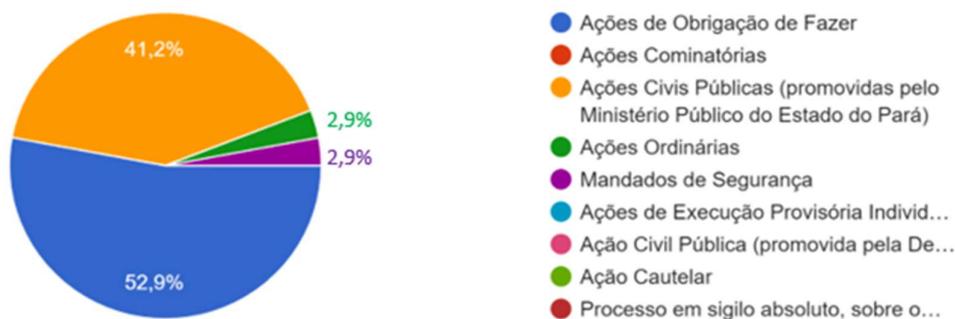
Tabela 3 - Tipo de ação.

Tipo de ação	Número	Porcentagem
Ações de obrigação de fazer	18	52,9%
Ações civis públicas – promovidas pelo ministério público	14	41,2%
Mandado de segurança	1	2,9%
Ações ordinárias	1	2,9%
Ações cominatórias	-	-
Ações de execução provisória individual de decisão interlocutória coletiva	-	-
Ações civis pública – promovidas pela defensoria pública	-	-
Ação cautelar	-	-
Processo sigiloso, sobre o qual não se sabe a natureza da ação	-	-

Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

A ação de obrigação de fazer foi o tipo de ação judicial predominante, com 52,9%, seguido pela ação civil pública com 41,2% e os demais tipos de ação juntos correspondem a 5,8% (Gráfico 11). Além do mais observa-se que a Ação Civil Pública é uma espécie de ação utilizada para demandar medicamentos ocupando o segundo lugar no gráfico 10, no entanto, das 18 Ações Civas Públicas interpostas para requerer o fornecimento de medicamentos, nenhuma tratava de tutela de interesse coletivo, em todos os pleitos protegia interesse individual.

A interposição de demandas individualizadas que não contemplam a forma de execução da política pública dificulta que o tema seja tratado sob a ótica coletiva, de modo que, não alcançará os demais usuários do sistema que também são prejudicados pela deficiência do sistema público de saúde e impede que as ações e programas de assistência farmacêutica seja discutida em sede de Ação tutelando interesse coletivo.

Gráfico 10 - Tipo de ação.

Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

Analisando-se a quantidade de liminares concedidas, conforme a Tabela 4 abaixo, enumera-se 18 pedidos de tutela concedidos, em 14 processos o magistrado não analisou especificamente o pedido de liminar, além de 02 pedidos não concedidos.

Tabela 4 - Das tutelas (pedidos liminares) analisadas pelo Juízo.

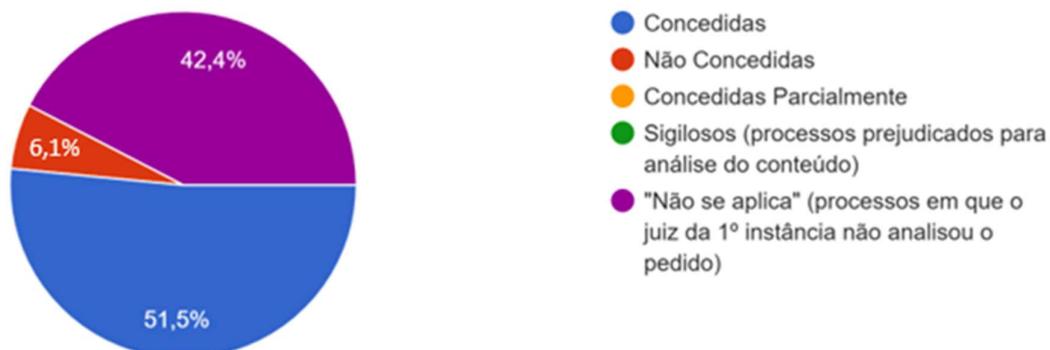
Liminar	Número	Porcentagem
Concedidas	18	51,5%
Não se Aplica (Processos em que o Juiz não analisou o Pedido de Liminar)	14	42,4%
Não Concedidas	2	6,1%

Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

Isto significa que 51,5% dos pedidos foram concedidos, enquanto apenas 6,1% das demandas não foram concedidas (Gráfico 11). Ademais, a Tabela 4, montada a partir de dados advindos da análise de processos judiciais recolhidos via TJPA, remete o leitor aos Apêndices C (Liminares; Fundamentação; Parecer NAT; Decurso temporal) e D (Liminares; Fundamentação; Parecer NAT; Decurso temporal), no qual é possível observar a argumentação e as alegações jurídicas diretamente relacionadas com a demonstração do caso concreto.

Para Machado e Dain (2012) a concessão da liminar tem sido o principal instrumento utilizado pelo Poder Judiciário brasileiro para garantir o acesso imediato de um requerente a um determinado tratamento ou serviço, obrigando o Estado a fornecer determinados bens em caráter imediato. A padronização desse tipo de resposta judicial demonstra que a política pública deixa de ter alcance nos preceitos de parte dos casos concretos postos em análise.

Nesse mesmo sentido, este configura um aspecto importante a ser enfrentado para a redução da judicialização em saúde, uma vez que o deferimento da antecipação de tutela faz o judiciário percorrer um caminho mais curto, com baixo índice de recusa, apesar da possibilidade de ilegitimidade dos pedidos de obtenção de medicamentos. Faz-se necessário, portanto, o constante investimento na formação e atualização dos operadores do direito, a fim de que se tornem sensibilizados do seu papel no meio social, de forma a não restringir sua atuação no campo meramente jurídico, franqueando a integração do conhecimento multidisciplinar com a participação de outros atores sociais.

Gráfico 11 - Das tutelas (pedidos liminares) analisadas pelo Juízo.

Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

Já de acordo com o resultado final dos processos, na Tabela 5, abaixo, verificam-se 13 processos extintos sem resolução de mérito; 12 sem sentença até 31/12/2021 (data de recorte desta pesquisa); 05 processos procedentes; 03 processos improcedentes e 01 caso de sentença parcialmente procedente.

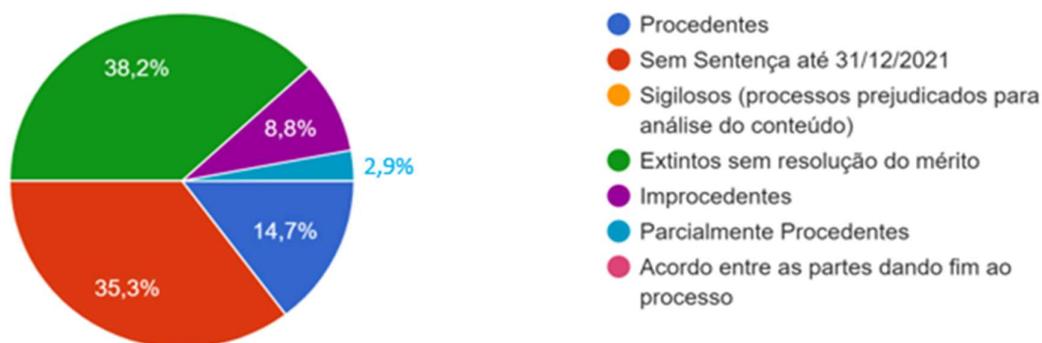
Tabela 5 - Das sentenças prolatadas pelo Juízo.

Sentença	Número	Porcentagem
Extintos sem resolução de mérito	13	38,2%
Sem sentença até 31/12/2021	12	35,3%
Procedentes	5	14,7%
Improcedentes	3	8,8%
Parcialmente procedentes	1	2,9%

Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

Vale-se dizer, nos casos em que uma sentença judicial deva ser cumprida, nesta pesquisa o correspondente a 14,7% dos processos analisados (Gráfico 12), ou até mesmo de uma liminar ou mediação extrajudicial, que encontrou-se uma preocupação quanto ao acompanhamento do cumprimento da decisão. A temática acerca do cumprimento das determinações configura um desafio para os atores jurídicos e para os gestores da saúde, haja vista que não foi identificado nos processos catalogados (Apêndice E) o devido rastreamento por parte do Poder Judiciário quanto a efetividade das sentenças.

Gráfico 12 - Das sentenças prolatadas pelo Juízo.



Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

A respeito do tempo entre o peticionamento do processo e as decisão liminares e definitivas de mérito, remete-se aos Apêndices D e E desta pesquisa, em que se pode visualizar caso a caso o exato tempo entre o peticionamento e a decisão concessiva ou denegatória das tutelas de urgência requeridas.

A partir dos processos catalogados no Apêndice F, foram identificados os 81 medicamentos demandados, enumerados em ordem decrescente.

Dos fármacos mais demandados, o que se apresenta-se em maior escala é o Micofenolato de Mofetila (04 ocorrências), seguido dos Cloridrato de Sertralina; Esilato de Nintedanibe e Insulina Degludeca, todos com 03 ocorrências, dentre outros, 11 medicamentos diferentes com 02 ocorrências cada e 65 solicitações de medicamentos distintos. Vale ressaltar que em alguns dos processos estudados houve a ocorrência de mais de um medicamento solicitado, conforme demonstrado no Apêndice C.

A maior parte dos medicamentos solicitados nas demandas judiciais corresponderam a tecnologias não contempladas em políticas públicas, no total de 40 ações (Tabela 6); 23 ações corresponderam a demanda de medicamentos contemplados em Protocolos Clínicos do componente especializado; em 14 ações não foi possível obter informações sobre o objeto demandado, pois tratava-se de pedido genérico e 04 ações corresponderam ao pleito de medicamentos constantes no componente básico da Rename, porém não estavam disponíveis para dispensação por desabastecimento no setor público.

Tabela 6 - Medicamentos contemplados ou não em política pública do SUS.

Medicamento da Política Nacional do SUS	Número	Porcentagem
Não contemplado em políticas públicas	40	49,4%
Componentes especializado	23	28,4%
Sem especificação	14	17,3%
Componente básico	4	4,9%
Componente estratégico	-	-

Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

Com base no Gráfico 13, nota-se que 49,4% das ações foram interpostas para atendimento de medicamentos não relacionados na Política Nacional de Medicamentos. Trata-se de um grande embate em saúde pública, como viabilizar por meio de políticas públicas, novas tecnologias, diante do grande avanço na pesquisa e desenvolvimento de fármacos, para tratamento de enfermidades raras e complexas.

As inovações tecnológicas oferecidas pela indústria farmacêutica nem sempre podem consistem nas melhores opções para os anseios da população, principalmente quando a temática custo-efetividade é posta em consideração na incorporação dessas tecnologias às políticas públicas de AF. Nesse sentido, faz-se imprescindível a adoção de medidas técnicas para a análise de eficácia, efeitos colaterais, custo e efetividade, para subsidiar a incorporação ou não desses itens às listas do SUS, bem como a deliberação de decisões judiciais.

Porém foi possível observar ainda que 33,3% das ações foram interpostas para o atendimento de medicamentos que estavam desabastecidos nas unidades de dispensação, são fármacos que fazem parte da política da Assistência Farmacêutica do SUS, mas não estão sendo fornecidos pelo Estado. Tal indicativo aponta para possíveis falhas no processo de aquisição ou pela falta do princípio ativo em determinado período.

Nos casos em tela, embora a demanda possa ser de um usuário requerente a sua discussão versa sob o aspecto coletivo, pois outros pacientes poderão estar sendo prejudicados com o desabastecimento.

Gráfico 13 - Medicamentos contemplados ou não em política pública do SUS.



Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

As inúmeras demandas judiciais para acesso a saúde que tramitam nas Varas dos Tribunais do Brasil, estão fundamentadas, muitas vezes, na defesa do direito à vida e da dignidade da pessoa humana, no entanto, discussão não pode fugir do aspecto coletivo do direito, afinal as políticas públicas em saúde são planejadas e executadas com vistas à coletividade, como já mencionado, precisam ser incluídos nesse debate.

Podemos sintetizar que a interferência do Poder Judiciário nas políticas de saúde pode acarretar um acesso desigual ao SUS, rompendo o princípio da equidade, ao favorecer as demandas daqueles que litigam e tem acesso a justiça e a um rol mais amplo de ações e serviços de saúde, em detrimento daqueles que só podem contar com o que está definido nas políticas públicas, ampliando a iniquidade existente (GOMES *et al*; 2014; PEPE *et al*, 2010; ARCÚCIO, 2014; CHEIFII, BARATA, 2009).

Em contrapartida, a judicialização das políticas públicas de saúde assegura o direito constitucional à saúde, e o uso desta via —por exemplo, para o fornecimento de medicamentos garantidos nos Programas de Assistência Farmacêutica— consiste em uma forma legítima de garantir a dispensação dos terapêuticos no âmbito do SUS (PEPE *et al*, 2010).

Outro dado importante que chamou a atenção corresponde ao panorama da judicialização, durante a crise sanitária gerada pela Covid 19. No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou como pandemia a situação epidemiológica da doença causada por um novo vírus (Sars-CoV-2) e, no Brasil, a situação tornou mais evidente as carências de profissionais de saúde, leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), equipamentos, fármacos e outros insumos.

E, diante desse cenário, o Judiciário passou a ser provocado por ações relacionadas especificamente à pandemia. No contexto desta pesquisa, como se observa na Tabela 7, no período estudado de 2018 a 2021, foram distribuídos 48 processos jurídicos na Comarca de Santarém solicitando medicamentos e 46 pedidos de internação/transferência hospitalar.

Tabela 7 - Demandas Judiciais, por assunto, no período de 2018 a 2021.

Demanda	2018	2019	2020	2021
Internação/transferência hospitalar		1	14	31
Fornecimento de medicamentos	10	20	7	11
Unidade de terapia intensiva				
Saúde mental		6		
Hospitais e outras unidades de saúde	2	2	1	
Práticas abusivas			2	1
Financiamento do SUS	1			1
Registrado na ANVISA				1
Padronizado		2		
Classificação e/ou preterição		1		
Terceirização do SUS		1		
Indenização por danos morais	1			
Oncológico				
Vigilância sanitária e epidemiológica		1		

Fonte: Elaboração própria (2022), com base na pesquisa documental.

Apesar da predominância das ações em busca de medicamentos, durante o período pandêmico houve um brusco crescimento das demandas por acesso a leitos hospitalares, alcançando o pico de 31 ações em 2021, apontando que a oferta desses

leitos eram insuficientes diante do crescimento da disseminação da pandemia. As demandas judiciais indicavam a necessidade de ampliação da oferta de internação, a fim de minimizar os impactos da Covid-19 e das desigualdades sociais (WANG, 2020).

Ademais, constatou-se um menor número de ações que demandam por medicamentos, no período de 2020 e 2021, o que pode ser justificado por uma demanda reprimida devido à crise sanitária gerada pelo coronavírus (CNJ, 2021). Muitas consultas médicas e tratamentos eletivos foram suspensos, quer por receio dos pacientes em irem aos hospitais e instituições de saúde, quer pela necessidade das unidades estarem direcionadas aos atendimento dos casos de covid- 19. Além do mais, as unidades judiciárias restringiram os seus atendimentos presenciais, em virtude das medidas de proteção e enfrentamento da pandemia.

Esta preocupação, de um possível aumento da judicialização, já está sendo analisada pelo CNJ, por meio do Fórum Nacional da Saúde, que está estudando o desenvolvimento de ações e o diálogo interinstitucional (CNJ, 2021). As medidas incluem discussão no âmbito dos Comitês Estaduais da Saúde, especialmente com o reforço para as ações conciliatórias que consigam identificar e suprir as falhas da política pública local.

As informações decorrentes das análises realizadas acima fornecem um panorama do reflexo do fenômeno da judicialização na atuação do Poder Judiciário do Pará, na sua primeira instância – na Comarca de Santarém. Os dados aqui produzidos e compilados deverão contribuir para o aperfeiçoamento do sistema de prestação da tutela jurisdicional, a partir de suas várias partes funcionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor nesta dissertação analisar o fenômeno da judicialização da saúde, no que se refere às ações para obtenção de medicamentos na Comarca de Santarém – Pará, como forma de concretização do direito à saúde e de discutir a efetivação do direito à saúde através da judicialização sob a ótica do Poder Público e do Judiciário nas demandas por medicamentos, e considerando o cenário de grandes desafios aos gestores da saúde e aos operadores do direito, contextualizado sob o reflexo da pandemia da Covid-19, o trabalho pretendeu trazer elementos da realidade para a análise do problema.

Investigando a temática em seu nível teórico, realizou-se um recorte histórico acerca dos aspectos conceituais e socioculturais da saúde que se expressa no processo social de *saúde-doença*, o qual ascendeu a base das concepções do movimento sanitaria que vislumbrou a saúde em um viés também preventivo, não meramente curativo-terapêutico, alinhado com políticas sociais de inclusão democrática. Buscou-se ainda apresentar a origem e evolução dos direitos sociais e do direito à saúde.

Ao compreender os fundamentos dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais que garantem a proteção à vida, permitiu-se identificar que houve um avanço na compreensão da eficácia de direitos de caráter prestacional (saúde, educação, seguridade social, etc), mas a sua concretização ainda é um desafio percebido ao longo da história, cujas previsões constitucionais não são suficientes para dar efetividade a estas garantias jurídicas.

No caso do direito à saúde se destaca a dificuldade de se estabelecer parâmetros exigíveis a sua concreção, nesse sentido se evidencia a falha no cumprimento da garantia constitucional de acesso integral e universalizado, ocasionando o excesso de demandas judiciais para reivindicar esse direito. A atuação do Poder Judiciário, por meio da judicialização da saúde, é uma realidade fundamental para a sociedade, principalmente por conta do surgimento de novas teorias que prezam pela eficácia das normas constitucionais e pela dignidade da pessoa humana.

No entanto, os recursos do Estado são limitados e as demandas protetivas devem ser efetivadas com a devida observância de critérios e de seus efeitos. Nesse prisma, entende-se o fenômeno da judicialização da saúde como um instrumento democrático de afirmação de direito, quando observados os fundamentos da saúde

pública e coletiva, no contexto das limitações financeiras e tecnológicas, atento aos aspectos sociais, epidemiológicos e culturais da população brasileira. No que tange aos atores envolvidos, deve-se evitar conflitos ou decisões que desestruturam a organização administrativa e orçamentária do Poder Público há a necessidade de uma integração efetiva de profissionais multidisciplinares do Poder Judiciário e das instâncias gestoras do SUS.

Tais medidas institucionais postas em prática de um diálogo qualificado entre os operadores do direito, os profissionais da saúde e os gestores públicos podem contribuir na busca de soluções adequadas para o enfrentamento da judicialização da saúde, superando os seus elevados índices. Os avanços já promovidos pelas relações dos poderes Judiciário e Executivo, além de impactarem uma redução do litígio individual no aspecto quantitativo, também elevam a eficiência dos serviços públicos ao promover a equidade no SUS.

E para buscar compreender a complexidade da matéria, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, através da revisão sistêmica da literatura que consistiu na análise da produção de artigos científicos, nos quais foi possível demonstrar os resumos dos trabalhos mais relevantes, os autores mais citados, as regiões com os respectivos quantitativos de trabalhos, dentre outros dados. Verificou-se uma gama de literatura voltada para as pesquisas sobre judicialização do direito à saúde e obtenção de medicamentos, no entanto, um número limitado, por exemplo, de estudos realizados na região Norte e na Amazônia paraense.

A pesquisa documental, foi realizada com o levantamento dos processos judiciais distribuídos na Justiça Comum do Estado do Pará, no Fórum de Justiça da Comarca de Santarém, pleiteando o fornecimento de medicamentos em que o requerido no período de 2018 a 2021 seja os Municípios de Santarém, Belterra e Mojuí dos Campos ou as Secretarias Municipais e Estadual de Saúde.

As informações percebidas a partir da base de dados do PJE - TJPA, obtidas de documentos públicos, apontam algumas constatações importantes que podem servir para o desenho de estratégias de desenvolvimento e articulação entre os diversos atores que lidam com o processo de judicialização da saúde na região metropolitana de Santarém.

Verificou-se que a maior parte dos processos foram promovidos sob a assistência Ministério Público, seguido pelos processos representados por advogados particulares. E em 79,4% dos casos o Estado do Pará e o Município de Santarém

configuraram, solidariamente, como polo passivo da ação. Observou-se ainda, de acordo com a natureza da ação, o alto percentual de 100% de processos movidos por ações individuais, em detrimento das ações coletivas.

Ao abordar o tipo de ação constatou-se que a Ação Civil Pública, apesar de consistir uma espécie de ação utilizada para demandar medicamentos, correspondendo ao percentual de 41,2% das ações interpostas para requerer o fornecimento de medicamentos, nenhuma tratava de tutela de interesse coletivo.

O medicamento mais demandado foi o Micofenolato de Mofetila, com 04 ações e a maior parte dos terapêuticos solicitados corresponderam a tecnologias não contempladas em políticas públicas.

Um dado importante foi a constatação de uma tendência de queda anual no impacto quantitativo das demandas por medicamentos. A diminuição dos pedidos precisa ser melhor elucidada, haja vista as preconizações e deliberações do CNJ e os impactos da pandemia da Covid 19.

Desse modo, tendo em vista os objetivos propostos, o presente resultado desse estudo, para além de traçar um panorama da judicialização da saúde, colaboraram para elucidar nuances que permeiam o fenômeno na região estudada. Torna-se fundamental sugerir a maior exploração dos seguintes aspectos relevantes: maior análise da saúde no âmbito coletivo; favorecimento das demandas pertinentes à atenção primária, em detrimento das curativas; tomadas de decisão sobre a viabilidade de incorporação de novas tecnologias, levando-se em consideração as políticas públicas; maior representatividade no debate multidisciplinar entre os gestores públicos, os profissionais da saúde e os operadores do direito e maior adesão às recomendações e enunciados do Conselho Nacional de Justiça, proporcionando maior uniformidade nas decisões do Poder Judiciário.

Todavia, o estudo possui limitações, uma vez que foi desenvolvido por meio de processos judiciais eletrônicos que não dispunham de todos os atos judiciais transparentes. Assim, algumas questões não puderam ser respondidas com os dados disponíveis, a exemplo do perfil socioeconômico dos requerentes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 1ª edição. São Paulo: Editora Martinari, 2011.

ALMEIDA Filho, Naomar de; Jucá, Vlândia, Richard Magregory. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência coletiva**. São Paulo, 2002. Disponível em: www.scielo.br Acesso: 19 ago. 2014.

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA Y 5975 DEL CARIBE DE EDUCACIÓN EN SALUD PÚBLICA. **I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública**. XVI Conferência de ALAESP. Informe final, Rio de Janeiro, 1994.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2007.

BARRETO, Vicente de Paulo. **O fetiche dos Direitos Fundamentais e outros temas**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

BENJAMIN, Georges. Ensuring health equity during the COVID-19 pandemic: The role of public health infrastructure. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 44, p. 1–4, 2020.

BERLINGUER, Giovanni. **A Doença**. São Paulo: Editora Hucitec-CEBES, 1988.

_____. **Ética da Saúde**. Tradução de Shirley Morales Gonçalves. São Paulo: Hucitec, 1996.

BIEHL, João et al. Between the Court and the Clinic: Lawsuits for Medicines and the Right to Health in Brazil. **Health and Human Rights: An International Journal**, v. 14, n. 1, p. 1-17, 2012.

BIEHL, João; SOCAL, Mariana P.; AMON, Joseph J. Response to letter to the editor - On the Heterogeneity and Politics of the Judicialization of Health in Brazil. **Health and Human Rights**, v. 18, n. 2, p. 269-271, 2016.

_____. The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. **Health and Human Rights**, v. 18, n. 1, p. 209-220, 2016.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos** (trad. Carlos Nelson Coutinho). 9ª reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **A Constituição Aberta: temas políticos e constitucionais da atualidade, com ênfase no federalismo das regiões**. 3ª ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

_____. **Curso de Direito Constitucional**. 27ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

BRASIL. **Constituição da República de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso: 20 dez. 2021.

_____. **Lei Ordinária nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Institui sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080. Acesso: 11 jun. 2021.

_____. **Lei Ordinária nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142. Acesso: 11 jun. 2021.

_____. **Portaria n. 3.916**, de 30 de outubro de 1998, cria a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso: 07 set. 2014.

_____. **Resolução nº 510**, de 7 de abril de 2016. Disponível em https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso: 02 ago. 2022.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário nº 855.178**. Relator: Ministro Luiz Fux. Brasília, DF, data de julgamento: 23 de maio de 2019. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=752469853>. Acesso: 18 mar. 2022.

_____. Supremo Tribunal Federal, **Recurso Extraordinário 657.718** Minas Gerais. Relator: Ministro Marco Aurélio, julgado em 22 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE657718.pdf>. Acesso: 28 jun. 2020.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Revista Odontol. Univ. Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index>. Acesso: 03 fev. 2022.

BORGES, Danielle da Costa Leite e UGA, Maria Alicia Dominguez. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. **Rev. Direito Sanitário** [online], 2009. Acesso: 05 fev. 2022.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas Públicas: Reflexões sobre o Conceito Jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. Contribuição para a redução da judicialização da saúde: uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo** [S.l.: s.n.], 2017.

BRUGGER, Winfried. O comunitarismo como teoria social e jurídica por trás da Constituição alemã. **Revista de Direito do Estado** n. 11, 2008.

CARVALHO, Ernani Rodrigues. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, 23, nov. 2004.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020>. Acesso: 05 de mar. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Demandas judiciais relativas à saúde crescem 130 vezes em dez anos**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/8862>. Acesso: 02 de jul. 2020.

_____. **Judicialização e sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade/ Conselho Nacional de Pesquisa/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Brasília, 2021.

_____. **Ação do CNJ garantiu a manutenção da prestação jurisdicional na pandemia**, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/jornada-da-saude-acao-do-cnj-garantiu-a-manutencao-da-prestacao-jurisdicional-na-pandemia/>. Acesso: 02 de out. 2022.

_____. **Agenda 2030 no Poder Judiciário: comitê interinstitucional**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/04/Segundo-Relatorio-Comite-Interinstitucional-14022020.pdf>. Acesso: 13 de out. 2022.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7ª edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2011.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista Saúde pública**, São Paulo, 1988.

_____. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo, Editora Hucitec, 1995.

_____. Organização Jurídica do Sistema de Saúde Brasileiro. In: ROCHA, Aristides; CESAR, Chester Luiz Galvão (orgs.). **Saúde Pública: Bases Conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

_____. O conteúdo do direito à saúde. In: COSTA, Alexandrino Bernardino et al. (Org.). **O direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/UnB, 2008.

DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana**: teoria e prática da igualdade. 1. ed. Trad. Jussara Simões, rev. Cícero Araújo e Luiz Moreira. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde**: parâmetros para a sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. **Percepção de especialistas em saúde sobre a Agenda 2030**: Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: CEE, 2018. 32p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28278>. Acesso: 20 jul. 2022.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. **Logeion**: Filosofia da informação, v. 6, n. 1, p. 57-73, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, SP: Atlas, 2002.

GOMES, Vanessa Santana; AMADOR, Tânia Alves. Studies published in indexed journals on lawsuits for medicines in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 451–462, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000300451. Acesso: 05 jul. 2022.

GLOBEKNER, Osmir Antônio. A construção do conceito de saúde e de direito à saúde e a participação cidadã. **Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI**, São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/sao_paulo/1866.pdf. Acesso: 25 de fev. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Agenda 2030**. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3>. Acesso: 20 de jul. 2022.

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA (INSPER). Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. **Justiça Pesquisa**: Relatório Analítico Propositivo. Brasília, 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2014. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=22538. Acesso: 16 jul. 2022.

KAWAMOTO, Emilia Emi; Thalita Maia de Mattos. **Saúde Comunitária**. São Paulo: editora pedagógica e universitária Ltda, 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo, SP: Atlas 2003.

LEÃO, Lidiane Nascimento. **Proteção judicial do direito à saúde**: análise à luz da justiça distributiva. Manaus. 2008. Disponível em: www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/lidiane_nascimento_leao.pdf> Acesso: 18 set. 2014.

MACEDO, N. D. **Iniciação à pesquisa bibliográfica**: guia do estudante para a fundamentação do trabalho de pesquisa. São Paulo, SP: Edições Loyola, 1994.

MAPELLI JÚNIOR, Reinaldo. **Judicialização da saúde**: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MARQUES, Eduardo C. L. As políticas públicas na Ciência Política. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (orgs.). **A Política Pública como Campo Multidisciplinar**. São Paulo: Editora UNESP/Editora Fiocruz, 2013.

MARQUES, Sílvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 1, 2007.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 8 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **ABC do SUS**: Doutrinas e Princípios. Brasília, 1990. Disponível em: portal.saude.gov.br. Acesso: 20 jun. 2020.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais**: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

NERI, Bianca Garcia; SCHUELER, Luciana Benevides de. As Teorias do Constitucionalismo Popular e dos Diálogos Institucionais na construção de um desenho constitucional democrático. In: BOLONHA, Carlos; BONIZZATO, Luigi; MAIA, Fabiana (coord.). **Teoria Institucional e Constitucionalismo Contemporâneo**. Curitiba: Editora Juruá, 2016.

OLIVEIRA, Francisco de. O surgimento do antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. **Novos Estudos**, n. 22, p. 8-28, outubro 1988. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2654154&forceview=1>. Acesso: 20 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015.

PERES, Laerte Aparecido. **Breve histórico das políticas de saúde deste século no Brasil. 1998.** Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem>. Acesso: 20 jul. 2014.

PEREZ LUÑO, Antonio Enrique. **Los derechos fundamentales.** 6ª ed. Madrid: Tecnos, 1995.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional.** São Paulo: Editora Saraiva, 2012.

_____. **Temas de direitos humanos.** São Paulo: Editora Saraiva, 2012.

_____. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos: Desafios e perspectivas. In: CANOTILHO, J. J. Gomes; CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha (coord.). **Direitos Fundamentais Sociais.** São Paulo: Saraiva, 2010.

SABINO, Marcos Antônio da Costa. **Saúde & judiciário: a atuação judicial - limites, excessos e remédios.** Curitiba: Juruá, 2016.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para uma Revolução Democrática da Justiça.** São Paulo: Cortez Editora, 3ª edição, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1998.** 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

_____. **A eficácia dos direitos fundamentais.** 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

_____. **Dimensões da dignidade. Ensaio de filosofia do direito e direito constitucional.** 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SCHULZE, Clenio Jair. Direito à saúde e Poder Judiciário. In: SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro (org.). **Revista Direito à Saúde.** Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p.25-64. 2019.

SCHÜTZ, G. E.; OLIVEIRA, M. H. B. Pesquisa jurídica em saúde: uma proposta metodológica para o levantamento de dados primários. **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde,** Rio de Janeiro, v.4, n.5, p.53-61, dez. 2010.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 24 ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

STIVAL, S. L. M; GIRÃO, F. A judicialização da saúde: breves comentários. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário.** V. 5, n. 2, p.142-159., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i2.285>. Acesso: 2 jun. 2021.

RAMOS, Leandro Ferreira. **Fornecimento de Medicamentos pelo Poder Judiciário**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: www.ambitojuridico.com.br/artigo. Acesso: 15 jul. 2021.

RIBAS, Carolline Leal. O controle do judiciário nas políticas públicas na área da saúde. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 119, dez 2013. Disponível em: . Acesso: 22 jul. 2022.

RIBEIRO, Danielle Sachetto. O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos? **Dissertação** (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG, 2014.

VERBICARO, Loiana Prado. Um estudo sobre as condições facilitadoras da judicialização da política no Brasil. **Revista Direito FGV**. São Paulo, dezembro de 2008.

VIANNA, Luiz Werneck; CARVALHO, Maria Alice Rezende de; MELO, Manuel Palácios Cunha; BURGOS, Marcelo Baumann. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

VIEIRA, F. S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Rev Saúde Pública**, v. 54, n, 127, 2020.

WANG, Daniel Wei Liang. Courts and health care rationing: the case of the Brazilian Federal Supreme Court. **Health Economics, Policy and Law**, v. 8, n. 1, p. 75-93, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1744133112000291>. Acesso: 03 jun. 2021.

_____. Right to Health Litigation in Brazil: The Problem and the Institutional Responses. **Human Rights Law Review**, v. 15, n. 4, p. 617-641, out. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/hrlr/ngv025>. Acesso: 25 fev. 2022.

WANG, Daniel; LUCCA-SILVEIRA, Marcos de. Escolhas dramáticas em contextos trágicos: alocação de vagas em UTI durante a crise da COVID-19. (Nota técnica n. 5. abr., 2020, 3 p.). **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)**. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/03/NT5-IEPS.pdf>. Acesso: 08 mai. 2022.

WERNECK VIANNA, Luiz. O ativismo judicial mal compreendido. **Boletim CEDES** [on-line], Rio de Janeiro, julho e agosto de 2008, pp. 03-05. Disponível em: <http://www.cedes.iuperj.br>. Acesso: 07 jun. 2022.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - PROCESSOS DISPONIBILIZADOS PELO TRIBUNAL DE
JUSTIÇA DO PARÁ (COMARCA DE SANTARÉM-PA)**

Quantitativo: 48 processos

Número do Processo	Polo Passivo	Patrono	Data de Ajuizamento	Data de Distribuição para o juízo da vara	Natureza da Ação	Tipo de Ação
0002369-51.2017.8.14.0051	Polo cumulativo: Estado do Pará e Município de Santarém	Promotor Público	03/02/2017	13/02/2017	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0009534-86.2016.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	15/06/2016	20/06/2016	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0016188-89.2016.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	13/10/2016	15/10/2016	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0064133-09.2015.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	15/10/2015	21/10/2015	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0800331-91.2021.8.14.0051	Estado do Pará	Advogado Privado	15/01/2021	17/03/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer

0800795-86.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	29/01/2019	29/01/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0800796-71.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	29/01/2019	29/01/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0801577-93.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	23/02/2019	23/02/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0801827-58.2021.8.14.0051	Polo Cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Defensor Público	04/03/2021	05/03/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0803421-15.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	10/06/2018	10/06/2018	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0803641-76.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém, Estado do Pará e União	Advogado Privado	24/04/2019	24/04/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer

0804280-94.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	10/05/2019	12/05/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0804481-23.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	11/07/2018	11/07/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0804482-08.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	05/07/2018	11/07/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0804483-90.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	11/07/2018	11/07/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0805389-80.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	13/08/2018	14/08/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0805390-65.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	13/08/2018	14/08/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)

0806056-66.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	06/09/2018	06/09/2018	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0806306-31.2020.8.14.0051	Polo cumulativo: Estado do Pará e Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - PRÓ SAUDE	Advogado Privado	28/10/2020	28/10/2020	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0806331-15.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	15/09/2018	15/09/2018	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0807347-33.2020.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	08/12/2020	08/12/2020	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0002369-51.2017.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	03/02/2017	13/02/2017	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0803177-52.2019.8.14.0051	Município de Santarém	Advogado Privado	11/04/2019	11/04/2019	Individual	Mandados de Segurança

0064133-09.2015.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	15/10/2015	21/10/2015	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0803005-47.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	22/05/2018	29/05/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0804483-90.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	11/07/2018	11/07/2018		Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0806306-31.2020.8.14.0051	Polo cumulativo: Estado do Pará e Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - PRO SAUDE	Advogado Privado	28/10/2020	28/10/2020	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0806396-10.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	19/09/2018	19/09/2018	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0806946-68.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém	Advogado Privado	16/07/2019	16/07/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer

	m e Estado do Pará					
0807730- 11.2020.8.14. 0051	Estado do Pará	Advoga do Privado	17/12/20 20	07/01/202 1	Individ ual	Ações de Obrigaçã o de Fazer
0807772- 94.2019.8.14. 0051	Polo cumulati vo: Municípi o de Santaré m e Estado do Pará	Promot or Público	09/08/20 19	09/08/201 9	Individ ual	Ações Civis Públicas (promovi das pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0807773- 79.2019.8.14. 0051	Polo cumulati vo: Municípi o de Santaré m e Estado do Pará	Promot or Público	09/08/20 19	09/08/201 9	Individ ual	Ações Civis Públicas (promovi das pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0807774- 64.2019.8.14. 0051	Polo cumulati vo: Municípi o de Santaré m e Estado do Pará	Promot or Público	09/08/20 19	09/08/201 9	Individ ual	Ações Civis Públicas (promovi das pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0807775- 49.2019.8.14. 0051	Polo cumulati vo: Municípi o de Santaré m e Estado do Pará	Promot or Público	09/08/20 19	09/08/201 9	Individ ual	Ações Civis Públicas (promovi das pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0807828- 30.2019.8.14. 0051	Polo cumulati vo: Municípi o de Santaré m e Estado do Pará	Advoga do Privado	13/08/20 19	13/08/201 9	Individ ual	Ações de Obrigaçã o de Fazer

0807849-06.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	13/08/2019	13/08/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0808548-94.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	05/09/2019	05/09/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0809010-85.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	28/11/2018	28/11/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0811362-79.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	28/11/2019	29/11/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0811495-24.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	30/11/2019	30/11/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0806483-58.2021.8.14.0051	Estado do Pará	Advogado Privado	05/07/2021	05/07/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0808666-02.2021.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Defensor Público	30/08/2021	30/08/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer

0810300-33.2021.8.14.0051	Estado do Pará	Defensor Público	08/10/2021	08/10/2021	Individual	Ações Ordinárias
0812453-39.2021.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	07/12/2021	07/12/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0812814-56.2021.8.14.0051	Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Pará	Advogado Privado	16/12/2021	16/12/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0812978-21.2021.8.14.0051	Polo cumulativo: Estado do Pará e Sociedade Beneficente São Camilo	Advogado Privado	19/12/2021	19/12/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0812979-06.2021.8.14.0051	Polo cumulativo: Estado do Pará e Sociedade Beneficente São Camilo	Advogado Privado	12/01/2022	12/01/2022	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0812980-88.2021.8.14.0051	Polo cumulativo: Estado do Pará e Sociedade Beneficente São Camilo	Advogado Privado	12/01/2022	12/01/2022	Individual	Ações de Obrigação de Fazer

Fonte: Elaboração própria (2022).

APÊNDICE B - PROCESSOS SELECIONADOS
Critérios: “temporal (2018-2021)” e “demanda por fornecimento de medicamentos”
Quantitativo: 34 processos

Número do Processo	Polo Passivo	Patrono	Data de Ajuizamento	Data de Distribuição	Natureza da Ação	Tipo de Ação
0800331-91.2021.8.14.0051	Estado do Pará	Advogado Privado	15/01/2021	17/03/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0800795-86.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	29/01/2019	29/01/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0801577-93.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	23/02/2019	23/02/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0803005-47.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	22/05/2018	29/05/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0803421-15.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	10/06/2018	10/06/2018	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0803641-76.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município	Advogado Privado	24/04/2019	24/04/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer

	o de Santarém, Estado do Pará e União					
0804280-94.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	10/05/2019	12/05/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0804481-23.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	11/07/2018	11/07/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0804482-08.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	05/07/2018	11/07/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0805389-80.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	13/08/2018	14/08/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0805390-65.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	13/08/2018	14/08/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0806056-66.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de	Promotor Público	06/09/2018	06/09/2018	Individual	Ações de Obrigação de Fazer

	Santarém e Estado do Pará					
0806306-31.2020.8.14.0051	Polo cumulativo: Estado do Pará e PRO SAUDE	Advogado Privado	28/10/2020	28/10/2020	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0806331-15.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	15/09/2018	15/09/2018	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0803177-52.2019.8.14.0051	Município de Santarém	Advogado Privado	11/04/2019	11/04/2019	Individual	Mandados de Segurança
0804483-90.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	11/07/2018	11/07/2018		Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0806396-10.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	19/09/2018	19/09/2018	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0807730-11.2020.8.14.0051	Estado do Pará	Advogado Privado	17/12/2020	07/01/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0807772-94.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	09/08/2019	09/08/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)

0807773-79.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	09/08/2019	09/08/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0807774-64.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	09/08/2019	09/08/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0807775-49.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	09/08/2019	09/08/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0807828-30.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	13/08/2019	13/08/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0807849-06.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	13/08/2019	13/08/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0808548-94.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	05/09/2019	05/09/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer

0809010-85.2018.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	28/11/2018	28/11/2018	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0811495-24.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	30/11/2019	30/11/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0806483-58.2021.8.14.0051	Estado do Pará	Advogado Privado	05/07/2021	05/07/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0808666-02.2021.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Defensor Público	30/08/2021	30/08/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0812453-39.2021.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	07/12/2021	07/12/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0812814-56.2021.8.14.0051	Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Pará	Advogado Privado	16/12/2021	16/12/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer
0801827-58.2021.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Defensor Público	04/03/2021	05/03/2021	Individual	Ações de Obrigação de Fazer

0800796-71.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Promotor Público	29/01/2019	29/01/2019	Individual	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)
0806946-68.2019.8.14.0051	Polo cumulativo: Município de Santarém e Estado do Pará	Advogado Privado	16/07/2019	16/07/2019	Individual	Ações de Obrigação de Fazer

Fonte: Elaboração própria (2022).

**APÊNDICE C - PROCESSOS COM MEDICAMENTOS ESPECIFICADOS;
PEDIDOS; FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA**

Número do Processo	Descrição do Pedido Principal	Descrição do Pedido Secundário (nos casos em que se aplica)	Fundamentação Jurídica do Pedido da Inicial
0800331-91.2021.8.14.005 1	Que seja determinado aos demandados: 1- o fornecimento do medicamento IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/50ML, 30 DOSES. 2-a transferência do Autor para a Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Público ou Conveniado		Direito à saúde. Perigo na demora e Fumaça do bom direito. (Arts. 196, 197, CRFB/1988)
0800795-86.2019.8.14.005 1	Que seja determinado aos demandados o fornecimento de 12 (doze) latas do LEITE NEO ADVANCE	Seja determinada a realização de perícia médica do paciente-substituído, as expensas dos requeridos MUNICÍPIO DE SANTARÉM e ESTADO DO PARÁ, a cada trimestre a fim de que seja reavaliada a necessidade de manutenção do fornecimento do insumos e/ou alteração de quantidade e/ou substituição de fórmula prescrita pelo médico; Seja recebida	Do direito fundamental à saúde e à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Responsabilidade solidária dos entes federados (Estado do Pará e Município de Santarém) para a garantia da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (no art. 6º, 196, 197 E 198, inc. II da CRFB/88; artigo 2º, 6º, inc. I, d, e VI da Lei 8.080/90). Da proteção integral, prioridade absoluta e melhor interesse das crianças (1º, 3º, 4º e 100 do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA). Irrelevância da ausência de previsão do medicamento nas listas padronizadas do SUS ante a prevalência do Direito à Saúde e à Vida (TJ-MG - AC: 10153100033932002 MG, Relator: Bitencourt Marcondes, Data de Julgamento: 02/05/2013, Câmaras Cíveis / 8ª CÂMARA CÍVEL, Data

<p>0800796- 71.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento dos medicamentos: 1- DABRAFENIBE 50MG, CAIXA COM 120 CPS.; 2-TRAMETINIBE 2MG, FRASCO COM 30 COMPRIMIDOS</p>		<p>Do direito fundamental à saúde e à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Responsabilidade solidária dos entes federativos para a garantia da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.</p>
<p>0801577- 93.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento do medicamento NIMEGON MET 50/850MG</p>		<p>Direito à saúde. Dignidade da pessoa humana. Universalidade e Integralidade da Assistência. Primazia dos direitos fundamentais. (Arts. 3º, inc. III, 5º, 127 CRFB; Lei 8.080/1990).</p>
<p>0803005- 47.2018.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinada aos demandados o fornecimento dos medicamentos: 1- BOSENTANA 125MG; 2- SILDENAFILA 20MG</p>		<p>Do direito fundamental à saúde e à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Responsabilidade solidária dos entes federativos para a garantia da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Irrelevância da ausência de previsão do medicamento nas listas padronizadas do SUS ante à prevalência do Direito à Saúde e à Vida. (Art. 6º, 196 198, CRFB/1988; Art. 2º, 6º, inc. I, d, VI da Lei 8080/1990)</p>
<p>0803177- 52.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinada à demandada o fornecimento do medicamento IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G INJ (FR) GRUPO 1.A.</p>		<p>Dignidade da Pessoa Humana. Direito à vida. Direito à saúde. Direito a garantir fornecimento de medicamentos e tratamento integral. Responsabilidade Solidárias dos entes federativos.</p>

<p>0803421- 15.2018.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o cumprimento de tutela deferido em outro processo o qual determinou o fornecimento de: 1-medicamentos e insumos necessários ao tratamento das lesões do paciente, quais sejam: KOLLAGENASE COM CLORANFENICOL; sonda urinária nº 14; fraudas geriátricas XG; óleo Dersani;</p>	<p>Que sejam intimados os demandados para que se manifestem sobre o laudo médico, bem como providenciem os aparelhos específicos para progressão do tratamento do paciente substituído,</p>	<p>Pré-existente decisão (Tutela provisória concedida nos autos da Ação Civil Pública. nº 0006752-09.2016.8.14.0051) que não foi cumprida. Fundamentos: execução de título executivo judicial (Art. 297 e 519 a 622 do CPC)</p>
<p>0803641- 76.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento do medicamento NINTEDANIDE, 100MG</p>		<p>Direito à vida, à saúde, ao acesso aos serviços essenciais. Direito à integralidade da assistência (Arts. 6º, 196 a 200 da CRFB/1988; Art. 2º, 6º, inc. I, alínea d da Lei n. 8.080/1990)</p>
<p>0804280- 94.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento de medicamento NINTEDANIBE 100MG (OFEV)</p>		<p>Direito à saúde, à vida, à integridade física e psíquica, à dignidade da pessoa humana. Primazia dos direitos fundamentais. Princípios da universalidade do acesso e integralidade da assistência (Lei n.º 8.080/90; Art. 3º, inc. III, Art. 6º, Artigo 127 da CRFB/1988).</p>
<p>0804481- 23.2018.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento dos medicamentos: 1-BRINZOLAMIDA 10MG; 2-MALEATO DE TIMOLOL 0,5%; 3-BRIMATOPROSTA 0,3 MG</p>		<p>Direito à saúde e assistência terapêutica. Obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME (Arts. 196 da CRFB/1988; Arts. 2º da Lei 8.080/1990; Decreto n. 53.612/1964; Estatuto do idoso, Art. 15)</p>

<p>0804482- 08.2018.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento dos medicamentos: 1- ASSERT 50 MG; 2- DONAREN 150 MG; 3- MOVIMENT C PEPTIDIOS DE COLÁGENO; 4- DESOL SUPLEMENTO DE VITAMINA D 5- MAGNESIO CITRATO 200MG; 6- TRAMADOL 30 MG; 7- PREDNISONA 3MG</p>		<p>Direito à saúde e à assistência terapêutica integral. Responsabilidade solidária dos entes federativos. (Arts. 196 e 198, inc. III da CRFB; Art. 2º,6º, inc. I, alínea a da Lei 8.080/1990)</p>
<p>0805389- 80.2018.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento de: 1- 15 latas da fórmula do LEITE NEO ADVANCE por mês; 2 -8 latas do LEITE APTAMIL PEPTI por mês.</p>	<p>Que seja determinado aos demandados a realização de perícia médica individual de cada paciente-substituído, a cada trimestre a fim de que seja reavaliada a necessidade de manutenção do fornecimento dos insumos e/ou alteração de quantidade e/ou substituição de fórmula prescrita.</p>	<p>Do direito fundamental à saúde e à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Responsabilidade solidária dos entes federados. Da Proteção integral, prioridade absoluta e melhor interesse das crianças. Irrelevância da ausência de previsão do medicamento nas listas padronizadas do SUS ante a prevalência do Direito à Saúde e à Vida. Da necessidade de avaliações periódicas das crianças a cada trimestre, como forma de comprovar a continuidade de necessidade do tratamento. (Art. 6º, 196, 197, 198, inc. II da CF/88; Art. 2º, 6º, inc. I, d da Lei 8.080/1990; Art. 1º, 3º, 4º e 100 do ECA; Ações Civis Públicas nº 0008457-42.2016.8.14.0051 e nº 0008398-20.2017.8.14.0051;Agrav</p>

<p>0806056- 66.2018.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o cumprimento provisório de sentença prolatada nos autos da Ação Civil Pública n. 0064133-09.2015.814.0051 que já havia determinado o fornecimento dos seguintes itens: 1-Sonda Uretral nº 8: 240 (duzentos e quarenta) unidades; 2-Luva Estéril: 240 (duzentos e quarenta) unidades; 3-Clorexidina: 1 (um) frasco; 4-Gazes: 240 (duzentos e quarenta) pacotes; 5-LIDOCAÍNA 2%: 1 (um) tubo; 6-Fraldas mamy poko, tamanho XXG, veste fácil: 270 (duzentos e setenta unidades); 7-Fraldas especiais para uso em piscina: 16 (dezesesseis) unidades;</p>		<p>Cumprimento provisório de sentença. Princípio da Absoluta Prioridade e do Melhor Interesse da Criança e do Adolescente. Dever da família. Direito à vida. Direito à saúde. (Arts. 516, inc. II, 520, §5º, 522, 1012, §1º, inc. V, §2º; Art. 227, caput, da CRFB; Art. 4º da Lei 8.080; Art.4º do ECA)</p>
<p>0806331- 15.2018.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o cumprimento provisório da Tutela de Urgência já deferida no bojo da Ação Civil Pública nº 0016188-89.2016.8.14.0051 a qual delimitou a obrigação de fornecimento do medicamento NEBLOCK 5MG</p>		<p>Cabimento do cumprimento provisório (Arts. 516, inc. II, 520, 522 1012, §1º, inc. V, §2º, 1059 CPC; TJ-PA - AI: 201330123485 PA, Relator: CELIA REGINA DE LIMA PINHEIRO, Data de Julgamento: 02/09/2013, 2ª CÂMARA CÍVEL ISOLADA, Data de Publicação: 05/09/2013)</p>
<p>0806396- 10.2018.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o cumprimento de Sentença prolatada nos autos da Ação Civil Pública nº 0010184-75.2012.8.14.0051 a qual delimitou a obrigação do fornecimento dos seguintes medicamentos: INSULIN A ASPARTE 10UL/MI e INSULINA DEGLUDECA 100UI/ml.</p>		<p>Direito à saúde e à assistência terapêutica integral. Responsabilidade solidária dos entes federativos. (Arts. 196 e 198, inc. III da CRFB; Art. 2º,6º, inc. I, alínea a da Lei 8.080/1990)</p>

<p>0807730- 11.2020.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento do medicamento OFEV 100MG</p>		<p>Direito à assistência terapêutica integral. Princípio da dignidade da pessoa humana. Princípio da universalidade integralidade. Concretização do mínimo existencial. Responsabilidade solidária dos requeridos. Tratamento Fora do Domicílio. Perigo na demora da assistência. Fumaça do bom direito (Arts. 5º, caput, 193, 196 e 227 CRFB/1988; Art. 2º, caput, Art. 7º, inc. I e II da Lei 8.080/1990; Port. 55/1999 do Ministério da Saúde).</p>
<p>0807772- 94.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento do medicamento SITAGLIPTINA (NIMEGON 100MG)</p>		<p>Direito fundamental à saúde. Direito à assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica). Responsabilidade Solidária dos entes federativos. Irrelevância da ausência de previsão do medicamento nas listas padronizadas do SUS ante a prevalência do Direito à Vida. (Art. 196, 198, §1º CRFB/1988; Art. 2º e 4º, inc. I, alínea d da Lei 8.080/1990; RE 855.178 RG)</p>
<p>0807773- 79.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento dos seguintes medicamentos: 1-SETRALINA 100 MG; 2-RISPERIDONA 2 MG, 3- TRAZODONA (DONAREM) 150 MG</p>		<p>Direito fundamental à saúde. Direito à assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica). Responsabilidade Solidária dos entes federativos. Irrelevância da ausência de previsão do medicamento nas listas padronizadas do SUS ante a prevalência do Direito à Vida. (Art. 196, 198, §1º CRFB/1988; Art. 2º e 4º, inc. I, alínea d da Lei 8.080/1990)</p>

<p>0807774- 64.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento dos medicamentos: 1- PIRIDOXINA; 2- CLONAZEPAM; 3- SERTRALINA E 4- ARTANE.</p>		<p>Direito fundamental à saúde. Direito à assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica). Responsabilidade Solidária dos entes federativos. Irrelevância da ausência de previsão do medicamento nas listas padronizadas do SUS ante a prevalência do Direito à Vida. (Art. 196, 198, §1º CRFB/1988; Art. 2º e 4º, inc. I, alínea d da Lei 8.080/1990)</p>
<p>0807775- 49.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento dos medicamentos para Autor 1: 1-COSOPT COLÍRIO; 2- LATANOPROSTA; Que seja determinado aos demandados o fornecimento dos medicamentos para Autor 2: 1- DORZOLAMIDA 20 MG, SOLUÇÃO OFTÁLMICA, 2-MALEATO DE TIMOLOL 5M (0,5%), SOLUÇÃO OFTÁLMICA; 3-BRIMONIDINA 2MG (0,2%), SOLUÇÃO OFTÁLMICA</p>		<p>Direito fundamental à saúde. Direito à assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica). Responsabilidade Solidária dos entes federativos.(Art. 196 CRFB/1988; Art. 2º e 6º, inc. I, alínea d da Lei 8.080/1990)</p>
<p>0807828- 30.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento do medicamento INSULINA TRESIBA 100UI/ml</p>		<p>Dignidade da pessoa humana. Direito à vida. Direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes federativos. Princípio da Legalidade (Arts. 196 e 198, inc. II da CRFB/1988; Lei 8.080/1990, Arts. 2º e 6º, inc. I, alínea d)</p>

<p>0807849- 06.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento dos medicamentos: 1- SETRALINA 100 MG; 2- RISPERIDONA 2 MG; 3- TRAZODONA (DONAREM) 150 MG</p>		<p>Direito fundamental à saúde. Direito à assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica). Responsabilidade Solidária dos entes federativos. Irrelevância da ausência de previsão do medicamento nas listas padronizadas do SUS ante a prevalência do Direito à Vida. (Art. 196 CRFB/1988; Art. 2º e 6º, inc. I, alínea d da Lei 8.080/1990)</p>
<p>0808548- 94.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento dos medicamentos: 1- XARELTO 15 MG; 2- XARELTO 20 MG;</p>		<p>Do Direito ao Fornecimento de Medicamentos. Do direito à vida. Do Mínimo Existencial e a Prevalência da Dignidade da Pessoa Humana. Da Possibilidade do Sequestro de Verbas Públicas (art. 6º, 196, 197 e 198, inc. II da CRFB/88; artigo 2º, 6º, inc. I, d, e VI da Lei 8.080/90; arts. 297 e 536 do Código de Processo Civil)</p>
<p>0809010- 85.2018.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento do medicamento RIVAROXABANA (XARELTO) 20MG.</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento de: Tratamento integral da paciente-substituído até quando clinicamente necessário, incluindo fármacos, insumos, consultas e demais procedimentos que se tornem necessários.</p>	<p>Do direito fundamental à saúde e à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Responsabilidade solidária dos entes federados para a garantia da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Irrelevância da ausência de previsão do medicamento nas listas padronizadas do SUS ante a prevalência do Direito à Saúde e à Vida (Art. 6º, 196, 197 E 198, inc. II da CRFB/88; artigo 2º, 6º, inc. I, d, e VI da Lei 8.080/90; TJ-MG - AC: 10153100033932002 MG, Relator: Bitencourt</p>

<p>0811495- 24.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento do medicamento IMUNOGLOBINA HUMANA 5 G INJ (FR) GRUPO 1.A.</p>		<p>Direito à saúde, à vida, à integridade física e psíquica e, sobretudo, a dignidade da pessoa humana. universalidade do acesso e integralidade da assistência (CF, artigo 3º, inciso III; Lei 8.080/1990).</p>
<p>0806483- 58.2021.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado ao demandado o fornecimento do medicamento RITUXIMAG 500MG (FRASCO AMPOLA), 6 frascos</p>		<p>Direito fundamental à saúde e assistência terapêutica integral. Autonomia do médico. (Arts. 3º, inc. II, 5º, 6º, 24, inc. XII, 194, 196 e 198, inc. II da CRFB/1988; Lei 8.080/1990, Arts. 2º e 6º, inc. I, alínea d; Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 2.217/2018, item XVI).</p>
<p>0808666- 02.2021.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento dos seguintes medicamentos: 1-SABRIL 500 MG; 2-FRISIUM 10 MG; 3-AMATO 25MG; 4-VIDMAX 50 MG</p>		<p>Direito à vida, à dignidade da pessoa humana, à saúde. Universalidade e integralidade da assistência à saúde. Responsabilidade solidária dos entes federados para a garantia da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (no art. 6º, 196, 197 E 198, inc. II da CRFB/88; artigo 2º, 6º, inc. I, d, e VI da Lei 8.080/90).</p>
<p>0812453- 39.2021.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento do medicamento NINTEDANIB 100MG (OFEV)</p>		<p>Direito à vida, à dignidade da pessoa humana, à saúde. Universalidade e integralidade da assistência à saúde. Responsabilidade solidária dos entes federados para a garantia da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (no art. 6º, 196, 197 E 198, inc. II da CRFB/88; artigo 2º, 6º, inc. I, d, e VI da Lei 8.080/90).</p>

<p>0812814- 56.2021.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado à demandada: 1- a continuidade do tratamento de quimioterapia; 2- a utilização do medicamento PEMBROLIZUMAB (KEYTRUDA), para o tratamento completo, juntamente com outros fármacos ou procedimentos clínicos que se façam necessários.</p>		<p>Direito à vida, à saúde. Princípio da razoabilidade. (Lei federal n. 9.656/1998, Art. 10, inc. V; Resolução Normativa RN nº 167, de 09 de janeiro de 2007 da ANS)</p>
<p>0806946- 68.2019.8.14.005 1</p>	<p>Que seja determinado aos demandados o fornecimento do medicamento MICOFENOLATO DE MOFETIL</p>		<p>Direito à saúde e à assistência terapêutica integral. Responsabilidade solidária dos entes federativos. (Arts. 196 e 198, inc. III da CRFB; Art. 2º,6º, inc. I, alínea a da Lei 8.080/1990)</p>

Fonte: Elaboração própria (2022).

APÊNDICE D - LIMINARES; FUNDAMENTAÇÃO; PARECER NAT; DECURSO TEMPORAL

Número do Processo	Liminar	Consulta prévia ao N.A.T ou similar	Parecer N.A.T.	Fundamentação de Liminar concedida (integral/parcial)	Fundamentação de Liminar não concedida	Média de dias entre peticionamento do processo e decisão sobre a tutela de urgência
0800331-91.2021.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Direito à saúde. (Art.6º e 196 da CRFB/1988; Arts. 263 e 264 da CE)		0A2M17D
0800795-86.2019.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Direito à saúde e fornecimento de atendimento integral (Art.6º e 196 da CRFB/1988; Arts. 263 e 264 da CE)		0A0M1D

<p>0800796-71.2019.8.14.0051</p>	<p>Concedida</p>	<p>Não</p>	<p>Não</p>	<p>Como a demanda trata de fornecimento de medicamento oncológico (o qual não se dá por meios dos Componentes da Assistência Farmacêutica) e cujo fornecimento destes medicamentos ocorre por meio da sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APAC-SIA (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade e do Sistema de Informação Ambulatorial) do SUS, o Juízo determinou o encaminhamento de ofício ao Hospital Regional do Baixo Amazonas, na pessoa de seu Diretor, para informar qual o procedimento a ser adotado para a dispensação dos medicamentos necessários ao Autor.</p>	<p>0A0M1D</p>
----------------------------------	------------------	------------	------------	--	---------------

0801577-93.2019.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Direito à saúde. (Arts. 6º e 196 CRFB/1988; Arts. 263 e 264 da CE)		0A2M1D
0801827-58.2021.8.14.0051	Não Concedida	Não	Não		<p>Não foi concedido o primeiro pleito de liminar, por conta do princípio da equidade, ou seja, o Autor não demonstrou que sua situação é desigual perante aos pacientes que estão na mesma fila aguardando procedimentos cirúrgicos. Diante disso, o Juízo determinou que a SESMA se manifestasse sobre as condições e vagas de procedimentos cirúrgicos, para que o Douto Juízo perfaça novamente a análise do pleito liminar.</p>	Pedido não apreciado

0803005-47.2018.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Garantia do direito à saúde. Dignidade da pessoa humana. (Art. 196 CRFB/1988)		0A0M7D
0803177-52.2019.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)
0803421-15.2018.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)
0803641-76.2019.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)

0804280-94.2019.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)
0804481-23.2018.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)
0804482-08.2018.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)
0805389-80.2018.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Direito à saúde (Arts. 6º e 196 da CRFB; Arts. 263 e 264 CE).		0A0M11D

0805390-65.2018.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Direito à saúde (Arts. 6º e 196, CRFB/1988; Arts. 263 e 264, CE)		0A2M5D
0806056-66.2018.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Utilizou-se como fundamentação o próprio título judicial (Sentença presente no processo 0064133-09.2015.814.0051)		0A1M6D
0806331-15.2018.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)
0806396-10.2018.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)

0806946-68.2019.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)
0807730-11.2020.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). REsp 1.657.156 (tese firmada de obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS- Tema 106); Direito à saúde (Art. 196 da CRFB)		0A2M17D
0807772-94.2019.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). REsp 1.657.156 (tese firmada de obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados		0A0M4D

				em atos normativos do SUS- Tema 106); Direito à saúde (Art. 196 da CRFB)		
0807773-79.2019.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)
0807774-64.2019.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)

<p>0807775-49.2019.8.14.0051</p>	<p>Concedida</p>	<p>Não</p>	<p>Não</p>	<p>Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Direito à saúde, preconizado e garantido pela Constituição Federal em seus artigos 6º e 196º e pela Constituição Estadual do Pará, em seus artigos 263 e 264 e jurisprudência do STJ (AgInt no REsp: 1654716 RN 2017/003421 4-3, Relator: Ministro SÉRGIO KUKINA, Data de Julgamento: 28/08/2018, T1 - PRIMEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 03/09/2018; AgInt no REsp: 1665760 RJ 2017/008809 9-4, Relator: Ministro FRANCISCO FALCÃO, Data de Julgamento: 24/10/2017.</p>	<p>0A1M3D</p>
----------------------------------	------------------	------------	------------	---	---------------

0807828-30.2019.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)
0807849-06.2019.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	Pedido não apreciado
0808548-94.2019.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)
0809010-85.2018.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Direito à saúde. Dever do Estado em fornecer os atendimentos emergenciais. (Arts. 6º e 196 da CRFB/1988;		0A8M2D

				Arts. 263 e 264 da CE)		
0811495-24.2019.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Direito à saúde. (Arts. 6º e 196 CRFB/1988; Arts. 263 e 264 da CE)		0A1M10D
0806483-58.2021.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Direito à saúde. Dever do Estado em fornecer os atendimentos emergenciais. (Arts. 6º e 196 da CRFB/1988; Arts. 263 e 264 da CE)		0A0M3D
0808666-02.2021.8.14.0051	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	Não	Não	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)	"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)

0812453-39.2021.8.14.0051	Concedida	Não	Não	O juízo emitiu decisão liminar favorável ao Autor, utilizando-se da jurisprudência do Colendo STJ que assentou, em Recurso Especial representativo de controvérsia (Tema 106), a obrigatoriedade do Estado em fornecer medicamentos que não constem dos atos normativos do SUS, desde que o paciente comprove o preenchimento concomitante de três requisitos, quais sejam: (i) Comprovação, por meio de laudo		0A0M3D
0812814-56.2021.8.14.0051	Concedida	Não	Não	Probabilidade do direito (fumus boni iuris). Perigo na demora (periculum in mora). Direito à saúde (Arts. 6º e 196 da CRFB; Arts. 263 e 264 CE).		Pedido não apreciado

Fonte: Elaboração própria (2022).

APÊNDICE E - SENTENÇAS, FUNDAMENTAÇÃO E DECURSO TEMPORAL

Número do Processo	Há sentença (em primeiro grau)?	Sentença	Fundamentação de sentença favorável ao Autor (Integral/Parcial)	Fundamentação de sentença não favorável ao Autor	Média de dias entre a petição e decisão definitiva de mérito
0800331-91.2021.8.14.0051	Não	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021
0800795-86.2019.8.14.0051	Sim	Procedente	<p>Direito à saúde, Direito à vida e à dignidade humana (Art. 193 CRFB). Responsabilidade do Estado em efetivar, por meio de acesso e fornecimento ao tratamento integral, tais direitos. Os direitos fundamentais não podem ser negados sob a justificativa de que o Estado</p> <p>não possui verbas ou infraestrutura suficientes para atendê-los. A alegação do princípio da reserva do possível invocada pelo Estado do Pará não pode ser invocada com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações</p>		0A7M9D

			constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais.		
0800796-71.2019.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		Juízo indaga o Autor sobre interesse em litigar perante a União e este demonstrou desinteresse, carecendo a ação de um de seus pressupostos (interesse de agir).	0A3M4D
0801577-93.2019.8.14.0051	Sim	Procedente	Direito à saúde. Direito à vida. Dignidade humana. Responsabilidade solidária dos entes federativos (Art. 193, Art. 198, §1º CRFB/1988)		0A8M10D
0801827-58.2021.8.14.0051	Não	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021
0803005-47.2018.8.14.0051	Sem Sentença até 31/12/2021	Parcialmente Procedente	O direito à saúde é estabelecido pelo artigo 196 da Constituição Federal como (1) "direito de todos" e (2) "dever do Estado", (3) garantido mediante "políticas sociais e econômicas (4) que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos", (5) regido pelo princípio do		0A7M2D

			<p>“acesso universal e igualitário” (6) “às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.</p> <p>A fundamentação foi parcialmente procedente, quando o Juízo reconheceu que somente o Estado do Pará (não o Município) é obrigado a fornecer os referidos documentos.</p>		
0803177-52.2019.8.14.0051	Não	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021
0803421-15.2018.8.14.0051	Não	Extintos sem resolução do mérito		Por existir outro processo, a informação de descumprimento e eventual pleito de cumprimento e imposição de sanções deveria ter se dado nos mesmos autos em que proferida a decisão.	0A0M1D
0803641-76.2019.8.14.0051	Não	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021
0804280-94.2019.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		Há outro processo 0803641-76.2019.8.14.0051, com as mesmas partes e mesmo pedidos	0A0M5D

				(litispendência).	
0804481-23.2018.8.14.0051	Não	Extintos sem resolução do mérito		Por conta do óbito do Autor, a Ação perdeu o objeto, dando causa à extinção do processo.	0A5M10D
0804482-08.2018.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		Por conta da mudança de médico que assiste o Autor, o Juízo solicitou desta última parte que emendasse a inicial tratando do atual médico e dos atuais receituários. Como o Autor restou silente, para o Juízo houve a perda de interesse processual, dando causa à extinção do processo sem resolução de mérito.	0A4M9D
0805389-80.2018.8.14.0051	Sim	Procedente	Direito à saúde, à vida, à dignidade humana. Responsabilidade solidária dos entes. O Poder Público não pode justificar a não efetivação dos direitos fundamentais por inexistir verbas/infraestrutura (Art. 193, 196, 198, §1º da CRFB/1988)		1A1M5D

0805390-65.2018.8.14.0051	Sim	Procedente	Direito à vida. Direito à saúde. Dever de prestar assistência à saúde. Obrigação solidária de todos os entes federativos. Dignidade da pessoa humana.		1A0M15D
0806056-66.2018.8.14.0051	Sim	Improcedente		Foi indeferido o cumprimento provisório de sentença, uma vez que o exequente não cumpriu requisito indispensável, ainda quando oportunizado sua apresentação qual seja, não juntou certidão de interposição de recurso (dos autos do processo principal 0064133-09.2015.814.0051) não dotado de efeito suspensivo, nos termos do art. 522, parágrafo único, inciso II, do CPC.	0A6M28D
0806331-15.2018.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		O Autor foi intimado, por meio de seu representante legal (Ministério Público), a demonstrar se tinha interesse no prosseguimento do feito,	0A7M19D

				tendo permanecido silente.	
0806396-10.2018.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		Mesmo após sido intimada para emendar a inicial, a parte autora permaneceu silente.	0A1M18D
0807730-11.2020.8.14.0051	Sim	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Improcedência de competência para julgar, ou seja, o Juízo reconheceu a competência da União (Responsabilidade solidária dos entes federativos), pelo ato de medicamento não constar na lista do RENAME e ser de alto custo. Diante disso, os autos foram encaminhados ao Juízo federal (TRF 1ª região), para análise e decisão.	Sem Sentença até 31/12/2021
0807772-94.2019.8.14.0051	Não	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021
0807773-79.2019.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		Juízo intimou o Autor para apresentar laudos e receituários mais atualizados do que os	0A9M23D

				apresentados em inicial, entretanto, a parte permaneceu silente.	
0807774-64.2019.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		Juízo, antes de apreciar pedido de liminar, intimou o Autor a se manifestar sobre se os medicamentos estão inseridos na lista Rename. O Autor permaneceu silente, tendo por isso extinguido o processo sem analisar os pedidos liminares e principais.	0A9M1 2D
0807775-49.2019.8.14.0051	Sim	Procedente	Direito à saúde, à vida e à dignidade humana (direitos fundamentais preconizados e garantidos pela CRFB/1988) e Responsabilidade Solidária dos entes federativos.		0A7M2 1D

0807828-30.2019.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		O autor acostou petição desistindo da Ação, pelo fato de a SESPÁ se prontificar, administrativamente e sem decisão judicial, a fornecer o medicamento.	0A2M1 9D
0807849-06.2019.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		O juízo solicitou do Ministério Público a correção do nome do Autor da Ação, bem como de informações confusas presentes na petição. O Ministério Público, mesmo sendo notificado, permaneceu inerte, dando causa à extinção processual.	0A9M2 8D

0808548-94.2019.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		<p>O juízo determinando, antes de analisar pedido liminar, que a Autora juntasse aos altos documentos sobre os medicamentos, para comprovar ou não que os mesmos constam na lista do RENAME. Ainda, o Juízo pediu, caso o medicamento não conste na lista do RENAME, que a Autora comprovasse:</p> <p>"a) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; b) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; c) existência de registro na</p>	0A2M16D
---------------------------	-----	----------------------------------	--	--	---------

0809010-85.2018.8.14.0051	Sim	Improcedente		<p>Estado do Pará acostou aos autos Nota Técnica nº 869/2018, disponibilizada pelo Núcleo de Apoio Técnico do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais NATJUS-TJMG (ID nº 11900988), que dispõe que o medicamento em questão, RIVAROXABANA, pode ser substituído pela Varfarina, ofertada pelo SUS. Desta forma, tendo em vista que o medicamento solicitado pela parte autora não é padronizado (RIVAROXABANA), haveria necessidade do preenchimento de dois requisitos cumulativos para o seu deferimento: impossibilidade e financeira da parte autora de adquiri-lo e fundamento científico para sua utilização, requisitos esses que o Autor não comprovou.</p>	1A6M5D
---------------------------	-----	--------------	--	---	--------

0811495-24.2019.8.14.0051	Não	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	O juízo, após decisão de Agravo de Instrumento pela 2ª instância do TJPA, determinou o encaminhamento dos autos à Justiça Federal.	Sem Sentença até 31/12/2021
0806483-58.2021.8.14.0051	Não	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	O Juízo determinou a remessa dos autos à Justiça Federal, por ter a parte Autora incluído a União no polo passivo.	Sem Sentença até 31/12/2021
0808666-02.2021.8.14.0051	Não	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021
0812453-39.2021.8.14.0051	Não	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021
0812814-56.2021.8.14.0051	Não	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021	Sem Sentença até 31/12/2021
0806946-68.2019.8.14.0051	Sim	Extintos sem resolução do mérito		O juízo solicitou ao Autor que emendasse a inicial com a especificação do medicamento nos pedidos e com a indicação de vínculo do remédio ao renome ou não. Como o Autor	0A1M4D

				permaneceu silente, o Juízo não analisou tutela de urgência e prolatou sentença extinguindo o processo.	
--	--	--	--	---	--

Fonte: Elaboração própria (2022).

APÊNDICE F - MEDICAMENTO, POLÍTICA NACIONAL DO SUS, REGISTRO ANVISA

Qual o nome comercial/princípio ativo	Medicamento da política nacional SUS?	Medicamento com registro ANVISA?	Frequência	Porcentagem
Nome comercial: Micofenolato de Mofetila/Princípio Ativo: Micofenolato de Mofetila	Componente especializado	Sim	4	6%
Nome comercial: Cloridrato de Sertralina/Princípio Ativo: Cloridrato de Sertralina	Não contemplado em políticas públicas	Sim	3	4,5%
Nome comercial: Esilato de Nintedanibe/Princípio ativo: Esilato de Nintedanibe	Não contemplado em políticas públicas	Sim	3	4,5%
Nome comercial: Tresiba/ Princípio Ativo: Insulina Degludeca	Não contemplado em políticas públicas	Sim	3	4,5%
Nome comercial: Leite Neo Advance/ Princípio Ativo: composto complexo vitamínico	Não contemplado em políticas públicas	Sim	3	4,5%
Nome Comercial: Mekinist/Princípio Ativo: Dimetilsulfóxido de Trametinibe	Não contemplado em políticas públicas	Sim	2	3%
Nome comercial: Bosentana/Princípio Ativo: Bosentana Monoidratada	Componente especializado	Sim	2	3%
Nome comercial: Donaren/Princípio Ativo: Cloridrato de trazodona	Não contemplado em políticas públicas	Sim	2	3%
Nome comercial: Imunoglobina Humana 5G INJ (FR)/Princípio Ativo: Imunoglobina Humana	Componente especializado	Sim	2	3%

Nome comercial: Imunoglobina Humana Hemobrás/Princípio Ativo: Imunoglobina Humana	Componente especializado	Sim	2	3%
Nome comercial: Nimegon Met/Princípios Ativos: Fosfato de Sitagliptina Monoidratado, Cloridrato de Metformina	Não contemplado em políticas públicas	Sim	2	3%
Nome comercial: Novorapid/Princípio Ativo: Insulina Asparto	Não contemplado em políticas públicas	Sim	2	3%
Nome comercial: Risperidona/Princípio Ativo: Risperidona	Componente especializado	Sim	2	3%
Nome comercial: Sildenafil/Princípio ativo: Citrato de Sildenafil	Componente especializado	Sim	2	3%
Nome comercial: Tafinlar/Princípio Ativo: Mesilato de Dabrafenibre	Não contemplado em políticas públicas	Sim	2	3%
Nome comercial: Xarelto/Princípio Ativo: Rivaroxabana	Não contemplado em políticas públicas	Sim	2	3%
Nome comercial: Neblock/ Princípio Ativo: Cloridrato de Nebivolol	Não contemplado em políticas públicas	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Neuri - B6/Princípio Ativo: Cloridrato de Piridoxina	Componente básico	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Bimatoprosta/ Princípio Ativo: Bimatoprosta	Componente especializado	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Azopt/Princípio Ativo: Brinzolamida	Componente especializado	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Rutuximabe/Princípio Ativo: Rituximabe	Componente especializado	Sim	1	1,5%

Nome comercial: Herceptin/Princípio Ativo: Trastuzumabe	Não contemplado em políticas públicas	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Sabril/Princípio Ativo: Vigabatrina	Componente especializado	Sim	1	1,5%
Nome Comercial: Kollagenase com Cloranfenicol/Princípios Ativos: Colagenase, Cloranfenicol	Não contemplado em políticas públicas	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Frisium/Princípio Ativo: Clobazam	Componente especializado	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Keytruda/Princípio Ativo: pembrolizumabe	Não contemplado em políticas públicas	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Assert/Princípio Ativo: cloridato de sertranila	Não contemplado em políticas públicas	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Alphabrin/Pr incípio Ativo: Dextrotartarato de Brimonidina	Componente especializado	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Cloridrato de Tramadol/ Princípio Ativo: Cloridrato de Tramadol	Não contemplado em políticas públicas	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Ofev/Princípio Ativo: Esilato de Nintenanibe	Não contemplado em políticas públicas	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Cosopt Colírio/Princípio Ativo: Cloridrato de dorzolamida e Maleato de timolol	Não contemplado em políticas públicas	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Artane/Princípio Ativo: Cloridrato de triexifenidil	Componente especializado	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Maleato de Timolol/Princípio Ativo: Maleato de Timolol	Componente especializado	Sim	1	1,5%

Nome comercial: Lidocaína/Princípio Ativo: Cloridrato de Lidocaína	Componente básico	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Vidmax/Princípio Ativo: Topiramato	Componente especializado	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Amato/Princípio Ativo: Topiramato	Componente especializado	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Xalatan/Princípio Ativo: Latanoprost	Componente especializado	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Clorexidina/ Princípio Ativo: Clorexidina	Não contemplado em políticas públicas	Não	1	1,5%
Nome comercial: Ciclorten/ Princípio Ativo: Prednisona	Componente básico	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Trazodona/Princípio Ativo: Cloridrato de trazodona	Não contemplado em políticas públicas	Sim	1	1,5%
Nome comercial: Clonazepam/Princípio Ativo: Clonazepam	Componente básico	Sim	1	1,5%
Desol suplemento de vitamina D	Não contemplado em políticas públicas	Não	1	1,5%
Magnésio citrato	Não contemplado em políticas públicas	Não	1	1,5%
Moviment C peptídios de colágeno	Não contemplado em políticas públicas	Não	1	1,5%
Nome comercial: Leite Aptamil Pepti/Princípio Ativo: composto complexo vitamínico	Não contemplado em políticas públicas	Sim	1	1,5%

Fonte: Elaboração própria (2022).

APÊNDICE G: FORMULÁRIO GOOGLE.**ANÁLISE DE DADOS PESQUISA****PESQUISA QUALITATIVA AÇÕES JUDICIAIS DIREITO À SAÚDE MEDICAMENTOS**

1. Número do Processo

2. Polo Passivo

3. Representação Jurídica do Autor (Patrono)

Marcar apenas uma oval.

Advogado

Privado

Defensor

Público

Promotor

Público Não

informado

4. Data de Ajuizamento

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

5. Data de Distribuição para o juízo da vara

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

6. Média de dias entre peticionamento do processo e decisão sobre a tutela de urgência

7. Natureza da Ação

Marcar apenas uma oval.

Individual Coletiva

8. Tipo de Ação

Marcar apenas uma oval.

Ações de Obrigação de

Fazer Ações Cominatórias

Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Pará)

Ações Ordinárias

Mandados de Segurança

Ações de Execução Provisória Individual de Decisão Interlocutória Coletiva

Ação Civil Pública (promovida pela Defensoria Pública do Estado do Pará)

Ação Cautelar

Processo em sigilo absoluto, sobre o qual não se sabe a natureza da ação

9. Descrição do Pedido Principal

10. Descrição do Pedido Secundário (nos casos em que se aplica)

11. Fundamentação Jurídica do Pedido da Inicial

12. Denominação do medicamento (nome comercial/princípio ativo)

13. Indicação da marca ou prestador específico do bem/serviço

14. Medicamento da política nacional SUS?

Marcar apenas uma oval.

Não contemplado em políticas públicas

Componente especializado/Não atende requisito do protocolo clínico

Componente básico

Componente especializado

Sem especificação

15. Medicamento com registro ANVISA?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. Liminar

Marcar apenas uma oval.

Concedidas

Não Concedidas

Concedidas Parcialmente

Sigilosos (processos prejudicados para análise do conteúdo)

"Não se aplica" (processos em que o juiz da 1º instância não analisou o pedido)

17. Consulta prévia ao Núcleo de Assessoria Técnica ou similar?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

18. Parecer N.A.T. (nos casos em que se aplica)

19. Fundamentação de Liminar concedida (integral/parcial)

20. Fundamentação de Liminar não concedida

21. Há sentença (em primeiro grau)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

22. Sentença

Marcar apenas uma oval.

Procedentes

Sem Sentença até 31/12/2021

Sigilosos (processos prejudicados para análise do conteúdo)

Extintos sem resolução do mérito

Improcedentes

Parcialmente Procedentes

Acordo entre as partes dando fim ao processo

23. Fundamentação de sentença favorável ao Autor (Integral/Parcial)**24. Fundamentação de sentença não favorável ao Autor****25. Média de dias entre peticionamento e decisão definitiva de mérito**

Fonte: Elaboração própria (2022).