



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR**

MYLENA MARIA SILVA REGINALDO FERREIRA GOMES

**OS IMPACTOS DAS DECISÕES JUDICIAIS NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

**FORTALEZA
2019**

MYLENA MARIA SILVA REGINALDO FERREIRA GOMES

**OS IMPACTOS DAS DECISÕES JUDICIAIS NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional (PPGD), da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Direito Constitucional.

Área de Concentração: Direito Constitucional Público e Teoria Política.

Orientado: Prof. Dr. Rômulo Guilherme Leitão.

**FORTALEZA
2019**

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor através do programa de geração automática da Biblioteca Central da Universidade de Fortaleza

Gomes, Mylena Maria Silva Reginaldo Ferreira.

Os Impactos das Decisões Judiciais nas Políticas Públicas de Saúde do Município de Fortaleza / Mylena Maria Silva Reginaldo Ferreira Gomes. - 2019
261 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade de Fortaleza. Programa de Mestrado Em Direito Constitucional, Fortaleza, 2019.

Orientação: Rômulo Guilherme Leitão.

1. Direito à saúde. 2. Judicialização. 3. Políticas públicas de saúde. I. Leitão, Rômulo Guilherme. II. Título.

MYLENA MARIA SILVA REGINALDO FERREIRA GOMES

**OS IMPACTOS DAS DECISÕES JUDICIAIS NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Dissertação julgada e aprovada para obtenção do título de Mestra em Direito Constitucional, outorgado pela Universidade de Fortaleza.
Área de Concentração: Direito Constitucional Público e Teoria Política.

Aprovada em: 29/07/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rômulo Guilherme Leitão
(Orientador/Universidade de Fortaleza - UNIFOR)

Prof. Dr. Martônio Mont'Alverne Barreto Lima
(Membro/Universidade de Fortaleza - UNIFOR)

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

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus três amores: ao meu marido Rafael, grande incentivador do meu retorno aos estudos e que, muito pacientemente, tem entendido minha ausência do convívio familiar, e aos meus filhos, Mateus e Isabela pelo amor diário.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José e Elzenir, pela vida, amor e carinho, tão necessários ao meu ser.

Ao meu orientador Professor Doutor Rômulo Guilherme Leitão pela paciência e compromisso na condução desta orientação. Sempre disponível para escutar, questionar e sugerir, obrigada por tudo.

Ao Professor Doutor Martônio Mont' Alverne, meu professor da graduação da Disciplina de Processo Constitucional e, 16 anos depois, professor do mestrado na Disciplina de Pensamento Constitucional Brasileiro.

À minha querida Professora Lírida Calou, professora da graduação e do mestrado, foi muita honra ter sido novamente sua aluna.

Aos meus professores do Curso de Mestrado em Direito Constitucional, que contribuíram efetivamente para a construção deste trabalho, Professores Doutores Gustavo Raposo, Rafael Xerez, Antônio Jorge e Rosendo Amorim.

À Defensoria Pública Estadual do Ceará, minha segunda casa, pelo apoio financeiro e material na concretização deste trabalho.

À Universidade de Fortaleza (UNIFOR), responsável por toda minha formação acadêmica, desde a graduação.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional (PPGD) da UNIFOR, em especial ao Márcio e Nadja, sempre tão atenciosos.

Aos colegas da Turma 19 do Mestrado em Direito Constitucional da UNIFOR.

RESUMO

Com o advento da atual Constituição Federal, o direito à saúde foi erigido à categoria de direito fundamental, de acesso universal e integral, tratando-se, ainda, de um dever do Estado. Em decorrência dessa constitucionalização do direito à saúde e das políticas públicas de saúde promovidas pelo Estado, o Poder Judiciário tem sido acionado a se manifestar acerca da concretização desse direito fundamental, determinando, v.g., que medicamentos, insumos, leitos de enfermaria e diversos procedimentos cirúrgicos sejam disponibilizados pela Administração Pública. Assim, a presente dissertação objetiva analisar os impactos dessas decisões judiciais na efetivação das políticas públicas de saúde do Município de Fortaleza, isto é, pretende observar quais os reflexos delas na Administração Pública, que é a responsável pela execução desse conjunto de ações governamentais na área de saúde. O que se tem verificado é que a atribuição do Poder Judiciário se deslocou da mera competência de aplicar as normas jurídicas, ou seja, de um papel outrora secundário, para a salvaguarda de direitos fundamentais que clamam por efetivação, tal qual o direito à saúde. Como se trata de um âmbito de atuação amplo, a dissertação em apreço analisará as demandas de saúde ajuizadas, em primeira instância, na Comarca de Fortaleza, em face do Município desta mesma cidade, durante os anos de 2016 a 2018. Tendo sido feito um levantamento do total de ações durante o período em referência, constatou-se que foram ajuizadas 6.337 (seis mil, trezentas e trinta e sete) ações. Além da pesquisa empírica, foi feita pesquisa jurisprudencial e bibliográfica. Esta última, por meio da compilação, reunião de material disponível em livros, revistas, dissertações e teses, publicações avulsas, entre outras fontes de pesquisa e, em seguida, com o respectivo fichamento, consistente nas observações colhidas durante a leitura do material compilado, quando da pertinência temática com o objeto de estudo proposto. Isto posto, por intermédio da análise empírica dos processos ajuizados e da pesquisa bibliográfica, conclui-se que o Poder Judiciário tem sido o responsável pela mudança da atuação do poder público, em se tratando de saúde pública, uma vez que parte dos valores destinados para a atenção básica, são desviados para atendimento de demandas que não são consideradas de saúde, como fornecimento de fraldas descartáveis e equipamentos. De outro lado, verifica-se que nos pedidos de medicamentos, a judicialização tem permitido o acesso da população a medicamentos não disponibilizados pelo sistema público.

Palavras-chave: Direito à saúde. Judicialização. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

Through the advent of the Federal Constitution, the right to health was promoted to the category of fundamental right, of universal access or, besides that, a duty of the State. Because of this constitutionalisation of the right to health and the inefficiency of the State to promote public health policies, the Judiciary has been triggered to talk about the achievement of this fundamental right, determining, for example, that medicines, inputs, nursing beds and various surgical procedures can be available by the Public Administration. Thus, the present dissertation aims to analyze the impacts of these judgments in the implementation of public health policies of the city of Fortaleza, in other words, intends to observe how this actions reflexes in the public administration, which is responsible for the implementation of this set of governmental actions in the area of health. What is verified is that the role of the Judiciary has been moved from mere competence to apply and interpret legal norms, i.e, a role once secondary to safeguarding fundamental rights that calls for effectiveness, such as the right to health. As this is an area of extensive performance, the dissertation in question shall examine the health demands filed in the trial court, in Fortaleza District Court, against the Municipality of this city, during the years 2016 to 2018. It has been made a survey of the total action during the period in reference and it was found that were filed 6.337 judicial proceedings. In addition to the empirical research, case law and literature search was made. This last one, through the compiling, gathering of material available in books, magazines, dissertations and theses, occasional publications, among other research sources and then with annotations consistent in observations taken during the reading of the material compiled, by the thematic relevance with the object of study. Through the empirical analysis of brought lawsuits and bibliographic research, consequently it is concluded that the Judiciary has been responsible for the change of public power, in relation to public health, since part of the values destined for primary care is diverted to the attendance of demands that are not considered health, such as supply of disposable diapers and equipment. On the other hand, it is noted that, in respect of the applications for medicinal products, the Judicialization has allowed the population to access the medicines that are not available by the public system.

Keywords: Right to health. Judicialization. Public health policies.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO Nº DE PROCESSOS DE SAÚDE EM 1ª INSTÂNCIA DISTRIBUÍDOS POR ANO.....	107
GRÁFICO 2 – EVOLUÇÃO Nº DE PROCESSOS DE SAÚDE EM 2ª INSTÂNCIA DISTRIBUÍDOS POR ANO.....	107
GRÁFICO 3 – TOTAL DE DEMANDAS EM 2016.....	116
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DE PROCESSOS ENTRE OS JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDÁRIOS E VARAS COMUNS DA FAZENDA PÚBLICA EM 2016.....	117
GRÁFICO 5 – CONSULTAS AO NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO JUDICIÁRIO PARA DEMANDAS DA SAÚDE (NAT-JUS), JULGAMENTOS FAVORÁVEIS, IMPROCEDENTES E PENDENTES DE JULGAMENTO EM 2016.....	117
GRÁFICO 6 – NATUREZA DAS DEMANDAS EM 2016.....	118
GRÁFICO 7 – TOTAL DE DEMANDAS EM 2017.....	120
GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO DE PROCESSOS EM 2017.....	120
GRÁFICO 9 – CONSULTAS AO NAT-JUS, JULGAMENTOS FAVORÁVEIS, IMPROCEDENTES E PENDENTES DE JULGAMENTO EM 2017.....	121
GRÁFICO 10 – NATUREZA DAS DEMANDAS EM 2017.....	121
GRÁFICO 11 – TOTAL DE DEMANDAS EM FACE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA EM 2018.....	123
GRÁFICO 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS EM 2018.....	123
GRÁFICO 13 – CONSULTAS AO NAT-JUS, JULGAMENTOS FAVORÁVEIS, IMPROCEDENTES E PENDENTES DE JULGAMENTO EM 2018.....	124
GRÁFICO 14 – NATUREZA DAS DEMANDAS EM 2018.....	124
GRÁFICO 15 – PERCENTUAL EXECUTADO.....	126
GRÁFICO 16 – GASTOS COM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS ÚLTIMOS 3 ANOS.....	129

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – AÇÕES EM FACE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	109
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS.....	109
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR.....	109
TABELA 4 – NATUREZA DA DEMANDA.....	110
TABELA 5 – JUDICIALIZAÇÃO EM FORTALEZA NOS ANOS DE 2016 A 2018....	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Audiência Pública da Saúde
Art.	Artigo
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB/CE	Comissão de Intergestores Bipartite do Ceará
CITEC	Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rural
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DUDH/ONU	Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NAT-JUS	Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUDESA	Núcleo de Defesa da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIDESC	Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PMS	Plano Municipal da Saúde
PNAB	Política Nacional em Atenção Básica
PREV-SAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAJ	Sistema de Automação da Justiça
STA AgR	Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	
1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O DIREITO À SAÚDE.....	
2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SUA EFETIVAÇÃO NO CONTEXTO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	
3 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	
4 OS IMPACTOS DAS DECISÕES DA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ DE PRIMEIRO GRAU EM MATÉRIA DE SAÚDE EM FACE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	106
CONCLUSÃO.....	130
REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICE A – LEVANTAMENTO DE PROCESSOS AJUIZADOS NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ, ANO 2016.....	151
APÊNDICE B – LEVANTAMENTO DE PROCESSOS AJUIZADOS NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ, ANO 2017.....	184
APÊNDICE C – LEVANTAMENTO DE PROCESSOS AJUIZADOS NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ, ANO 2018.....	219

INTRODUÇÃO

Charles-Louis de Secondat, o barão de la Brède e de Montesquieu, em *O espírito das leis*, no livro décimo primeiro, que trata das leis que formam a liberdade política em sua relação com a Constituição, acentua que a liberdade política somente existe nos Estados moderados e que a experiência tem demonstrado que todo homem que tem o poder é tentado a abusá-lo. Ou seja, a própria virtude da liberdade necessita de limites. Assim é que Montesquieu formulou sua teoria de que cada Estado deve possuir três espécies de poder, como forma de impedir o abuso: o poder legislativo, o poder executivo das coisas que dependem do direito das gentes e o executivo das que dependem do direito civil. Este último foi denominado por Montesquieu simplesmente de poder de julgar.

Dessa forma, formulou-se uma das principais teorias acerca do Estado Moderno, que diz respeito à necessidade da separação dos poderes, como medida necessária para a continuidade do Estado, sob pena de retorno ao absolutismo. Essa teoria defendida por Montesquieu serviu de base para as formulações dos atuais Estados Modernos que, em sua maioria, tendem a ter bem definidas as atribuições de competência dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

Qual a correlação da teoria da separação dos poderes com a judicialização das políticas públicas de saúde? Analisando-se sob o prisma estritamente da teoria do poder, conclui-se que a função de julgar não concentra em suas atribuições aquela de exercer as funções de executivo de forma prioritária, sob pena de desvirtuamento da separação dos poderes.

Ocorre que o que se tem verificado é que, de forma reiterada, o Poder Judiciário tem se manifestado em temas que, de início, não dizem respeito à sua atribuição original. Essa nova forma de atuação do Poder Judiciário, diferentemente do que ressaltava Montesquieu, ganhou funções outrora inexistentes, a ponto de passar a atuar de forma mais dinâmica e, assim, a alcançar novos contornos.

Na contemporaneidade, fica a cargo do Poder Judiciário a interpretação e a aplicação, bem como o controle de constitucionalidade das normas. Ou seja, a atribuição de guardião da interpretação dos preceitos fundamentais previstos constitucionalmente pertence ao Judiciário.

Destarte, a depender da extensão do conteúdo albergado pela Constituição Federal, que eleva diversos temas ao *status* de matéria constitucional, pode ocorrer o fato de o assunto ser objeto de controle de constitucionalidade e, portanto, de análise pelo Poder Judiciário. Desse modo, esse poder é constantemente instigado a se manifestar acerca de temas que estão inseridos nas normas constitucionais, adotando, portanto, papel de protagonista na vanguarda dos direitos e garantias fundamentais.

Ao se analisar a Constituição Federal de 1988 (CF/88), verifica-se que os direitos e garantias fundamentais nela contidos, além do caráter da fundamentabilidade para o Estado Democrático de Direito, gozam de aplicabilidade imediata, tal qual é definido no artigo (art.) 5º, § 1º. E mais, ainda que os ditos direitos fundamentais não estivessem expressamente no texto constitucional, seria possível o seu reconhecimento, posto que os direitos e garantias fundamentais expressos na Constituição Federal não excluem outros decorrentes dos princípios e dos tratados internacionais que o Brasil faz parte, isto é, o reconhecimento de direitos e garantias fundamentais implícitos. No caso do Brasil, o direito fundamental à saúde consta de forma expressa.

Quanto ao rol dos direitos fundamentais, tanto inserido por força do art. 6º, quanto no art. 196 da CF/88, temos o direito à saúde, que além de um direito fundamental, configura-se também como um dever do Estado, que o assegura tanto de forma preventiva como curativa, em todos os níveis, portanto. Essa expressa previsão de proteção da saúde, no texto constitucional, possui raízes históricas e representa um grande avanço pós 1988. Ao se analisar todas as constituições anteriores, o direito à saúde não era tratado como de acesso universal e gratuito.

Portanto, em decorrência da relevância conferida ao direito à saúde na CF/88, não apenas por tratá-lo como um direito, mas também como um dever do Estado, ao tema saúde foi conferido o seu caráter fundamental. Cumpre salientar que, devido ao seu valor, é previsto textualmente na Constituição que a saúde goza de Orçamento da Seguridade Social (OSS), bem como de outras formas de financiamento do seu custeio.

O que se tem demonstrado é que, para uma plena efetivação do direito à saúde, é salutar o entendimento de que esta concretização ocorra por intermédio das políticas públicas, as quais são efetivadas, em grande medida, por meio da atuação do Poder Executivo, que orienta e executa as diretrizes em matéria de saúde. No entanto, o que se tem observado é que a

atuação na promoção da saúde não tem albergado de forma efetiva as reais necessidades da população. Então como efetivar o direito fundamental à saúde, diante de políticas públicas não exitosas disponibilizadas aos usuários dos serviços públicos de saúde? Como promover a saúde de forma universal e integral, nos moldes previstos constitucionalmente?

A presente dissertação tem como foco a saúde pública, não sendo objetivo de pesquisa a saúde suplementar, portanto. A importância que envolve essa análise pode ser verificada pela complexidade com que o tema é tratado no Poder Judiciário, pois é crescente a quantidade de demandas judiciais pugnando pelo deferimento de tratamentos, órteses e próteses, medicamentos e intervenções cirúrgicas. Essas ações têm impactado diretamente nas políticas públicas de saúde promovidas pelo Poder Executivo, que se vê obrigado a se readequar, diante das constantes decisões judiciais acerca do tema em questão.

Portanto, prosperam-se demandas judiciais com o objetivo de determinar a concretização e a promoção da saúde. Esse fenômeno de atuação do Poder Judiciário em matérias de política não está adstrito ao Brasil. Não mais ao Estado, mas é à Justiça que se encaminha a realização da ação política. Esta nova maneira de se concretizar direitos fundamentais deve-se à forma como o Estado vem promovendo determinadas políticas públicas e que são objeto de controvérsia.

No caso do Brasil, a judicialização da saúde obteve seu marco inicial com a atuação do Supremo Tribunal Federal (STF), ao tratar do fornecimento de medicamentos retrovirais para pacientes aidéticos. O *leading case* em relação à matéria ocorreu com o julgamento do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286/RS, tendo como relator o Ministro Celso de Melo. Tal acórdão firmou o caráter fundamental do direito à saúde, como prerrogativa jurídica indisponível, assegurada a generalidade das pessoas pela Constituição Federal, como consequência indissociável do direito à vida.

Ocorre que, com o passar dos anos, a noção de direito à saúde não ficou adstrita apenas aos medicamentos para pacientes soropositivos, mas a uma gama de procedimentos, *e.g.*, consultas, órteses e próteses, leitos de enfermaria e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), cirurgias, tratamentos de alto custo, suplementos alimentares, fraldas descartáveis, entre tantos outros pedidos que chegam ao Poder Judiciário.

Esta sobrevalorização da atuação do Judiciário, em matéria de saúde, tem desencadeado, além da intervenção contínua na política, um redirecionamento da Administração Pública. É

fato que as constantes decisões em matéria de saúde têm refletido na forma como o Estado presta seus serviços públicos. Afere-se, portanto, que, de forma reflexiva, o Estado tem-se reorganizado em se tratando de políticas públicas de saúde, diante da quantidade de demandas judiciais quanto ao fornecimento de medicamentos, aos leitos de enfermaria ou de UTI, à atualização da lista de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), do Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), entre outros. As decisões proferidas nesse viés já não mais ficam adstritas ao Poder Judiciário e seus reflexos são sentidos na execução das políticas públicas de saúde promovidas pelo Poder Executivo.

Desse modo, a presente dissertação tem como objetivo analisar os impactos que as decisões judiciais em matéria de saúde têm nas políticas públicas do setor, tanto do ponto de vista da executividade, quanto do realinhamento que muitas delas passam a ter, a depender da quantidade de decisões judiciais acerca do tema. Pretende analisar, ainda, quais medidas têm sido tomadas por parte do poder público, tendo em vista a constante judicialização da saúde, além de quais áreas da saúde pública têm sido mais efetivamente concretizadas.

Constata-se que o âmbito de atuação se mostra abrangente, daí porque este trabalho não analisará os impactos das decisões judiciais de forma ampla, posto que é necessário o delineamento ainda maior do tema. Desta maneira, a presente dissertação analisou as decisões judiciais proferidas, em primeira instância, pelo Poder Judiciário estadual da Comarca de Fortaleza-CE, especificamente, das ações judiciais que importem em obrigação de fazer, em matéria de saúde, em face do Município de Fortaleza, ajuizadas durante os anos de 2016 a 2018. Não serão objeto desta pesquisa as decisões judiciais no âmbito da justiça federal.

Diante da delimitação do tema a ser estudado e pesquisado, bem como do corte epistemológico feito, iniciou-se o trabalho de coleta dos dados para fins de análise empírica. Em novembro de 2018, por meio de ofício à Diretoria do Fórum Clóvis Beviláqua, da Comarca de Fortaleza, foi solicitada a disponibilização de informações relativas às demandas de saúde, a saber: total de demandas de saúde pública ajuizadas no período em alusão, na Comarca de Fortaleza, bem como a informação do número do processo para a análise das ações. Qual não foi a surpresa ao receber os dados, pois foi averiguada a impossibilidade de precisar a quantidade de processos e o número de ações especificamente em saúde.

Mencione-se que todas as ações ajuizadas na Comarca de Fortaleza, na justiça estadual

do Ceará, qualquer que seja a matéria, são protocolados por intermédio do Sistema de Automação da Justiça (SAJ), sendo necessário que seja especificado o assunto da ação, de acordo com as Tabelas Unificadas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Por conseguinte, quando, por um equívoco, uma ação é ajuizada inserindo-se em um assunto que não o de saúde ou catalogada como assunto genérico, o tribunal não tem como fornecer, com precisão, a quantidade de demandas no tema em análise.

Paralelamente, a Defensoria Pública do Estado do Ceará, desde o ano de 2013, conta com um núcleo especializado em matéria de saúde, na Comarca de Fortaleza. Com efeito, todas as demandas em saúde ajuizadas no Município de Fortaleza, pela Defensoria Pública do Estado do Ceará, devem ser ajuizadas por intermédio do Núcleo de Defesa da Saúde - NUDESA, logo, os dados fornecidos pela Defensoria Pública do Estado do Ceará mostram-se mais fidedignos que aqueles colhidos perante o Tribunal de Justiça do Ceará. Por esse motivo, neste trabalho, foram analisados os dados fornecidos pela Defensoria, em detrimento dos fornecidos pelo próprio Tribunal de Justiça Estadual. Assim, foi oficiada a corregedoria da Defensoria Pública do Ceará solicitando a disponibilização dos referidos dados, fato este que foi prontamente disponibilizado para a investigação empírica.

A dissertação em apreço analisará os impactos que as decisões judiciais estaduais de primeira instância em matéria de saúde têm nas políticas públicas de saúde, no Município de Fortaleza. Ressalte-se que as ações se concentram nas ajuizadas pela Defensoria Pública Estadual do Ceará, por intermédio do NUDESA, no período de 2016 a 2018, o que totalizam o número de 6.337 (seis mil, trezentos e trinta e sete) de processos judiciais.

O trabalho foi dividido em quatro seções, além da conclusão. A primeira seção intitulada *A Constituição Federal e o direito à saúde*, inicia-se com uma abordagem histórica do tema saúde no Estado Brasileiro e com a importância do movimento de reforma sanitária para a efetivação do direito à saúde, nos moldes postos na CF/88.

Esse resgate histórico, apresentado na primeira seção, faz-se necessário para uma prévia compreensão de como a saúde foi tratada durante décadas pelo Estado Nacional. Essa seção também aborda a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) para a concretização do direito à saúde, nos termos dos arts. 6º e 196 da Constituição Federal, pois esta conferência representou uma tentativa de romper com a forma de promover a saúde no Brasil. Ainda nesta seção, analisa-se o texto constitucional e a razão pela qual a saúde é um

direito fundamental e deve ser promovida pelo Estado, sob todas as formas.

Pois bem, na seção seguinte, denominada *As políticas públicas de saúde e sua efetividade no contexto dos direitos fundamentais*, analisa-se, de forma mais detida, a dicotomia entre direitos sociais positivos e negativos, e as implicações na forma de atuar do Estado. Outro ponto abordado nesta seção diz respeito ao entendimento do que seja saúde pública e das políticas públicas desenvolvidas voltadas para a concretização do sistema público de saúde, além da questão do controle judicial. De igual importância também se mostrou as implicações de custos que a execução das políticas públicas de saúde possuem.

Assim, o art. 196 da Constituição Federal enfatiza que *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*. Mas como promover esse acesso à saúde de forma ampla e irrestrita? Afinal, o direito à saúde promovido pelo Sistema Público de Saúde (SUS) é universal e gratuito, sendo financiado pelo OSS e demais fontes, tal qual prevê o art. 198, § 1º, da Constituição Federal. Nessa perspectiva, esta segunda seção também abordará o custo da efetivação do direito fundamental à saúde, bem como o dilema verificado entre as reais necessidades da população, que são amplas, e um contexto de orçamento reduzido.

A terceira seção, com o título *A judicialização do direito à saúde*, passa a abordar as constantes decisões judiciais em matéria de saúde, fato este verificado a partir da década de 1990 e que representou uma nova forma de efetivação das políticas públicas de saúde. De início, a judicialização da saúde resumia-se aos pedidos de fornecimento de medicamentos para pacientes soropositivos. Entrementes, outros pedidos também passaram a ser judicializados, *v.g.*, órteses e próteses, procedimentos cirúrgicos e alimentação. Em que medida a constante judicialização das políticas públicas de saúde tem acarretado uma modificação na forma de atuar da própria Administração Pública, que se vê compelida a cumprir as decisões judiciais e, portanto, dá efetividade ao direito à saúde em diversos segmentos da saúde. Destaca-se ainda o papel do STF vem desempenhando, principalmente a partir da Audiência Pública da Saúde (APS) realizada em 2009.

A última seção aborda as decisões judiciais em matéria de saúde, na Comarca de Fortaleza, ajuizadas pelo NUDESA, da Defensoria Pública do Estado do Ceará, na justiça estadual de primeira instância do Ceará. De acordo com o levantamento feito na instituição,

foram ajuizados, durante os anos de 2016 e 2018, 6.337 (seis mil, trezentos e trinta e sete processos) ações de obrigação de fazer, englobando saúde pública. Destas, apenas as ações de saúde em face do Município de Fortaleza serão analisadas empiricamente. Investigam-se quais os reflexos que estas decisões estão operando nas políticas públicas de saúde do Município de Fortaleza e como a administração pública municipal tem se readequado para dar vazão a esta demanda, que é crescente. Deve-se ainda enfatizar que como justificativa para se analisar apenas as ações judiciais em face do Município de Fortaleza é que com a descentralização administrativa das prestações de saúde, os municípios passaram a ser responsáveis pela atenção básica.

No que diz respeito à metodologia apresentada neste trabalho, além dos dados empíricos levantados junto à Defensoria Pública Estadual, tem-se o fichamento bibliográfico, notadamente nas áreas de teoria do poder, direitos fundamentais, políticas públicas e saúde pública. Foi feita ampla pesquisa jurisprudencial, principalmente, analisando-se os julgados proferidos pelo STF, em sede de controle de constitucionalidade e dos recursos extraordinários em matéria de direito à saúde.

Portanto, a pesquisa analisou como as constantes decisões judiciais têm impactado positivamente, ou negativamente, na formulação e na readequação das políticas públicas de saúde municipal.

1 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O DIREITO À SAÚDE

O direito fundamental à saúde nasceu com a CF/88, a qual determinou que se trata de um direito de todos e cabe ao Estado assegurá-la, de forma universal e integral, por intermédio do SUS. Evidencia-se um grande avanço, sem precedentes, em termos constitucionais, pois anteriormente não havia um sistema de proteção e de promoção da saúde pública e sim, de medidas verticalizadas e centralizadas no Governo Federal para a saúde. Muitas destas se resumiam ao controle de epidemias e de saneamento, este último, principalmente, nas cidades portuárias.

Antes de 1988, a saúde não era tratada como um direito fundamental. Ao revés, apenas aqueles que estavam vinculados aos institutos de previdência gozavam de proteção em face das doenças. Era um sistema eminentemente retributivo e condicionado à capacidade contributiva dos segurados. A concepção de um modelo de saúde pública de acesso universal e sem vinculação a contribuições veio somente após 1988. O sistema atual de saúde pública é fruto das constantes reformas sanitárias que se verificaram desde o século XIX, quando foram introduzidas as primeiras medidas de combate às endemias e de política de saneamento nas cidades portuárias.

Assim, nesta primeira seção faz-se um levantamento histórico de como era a saúde pública desde o século XIX, quando da vinda da Coroa Portuguesa para o Brasil, aborda-se a importância da 8ª CNS para a consolidação do modelo de saúde pública existente até a sua efetivação como um direito fundamental, tal qual consta CF/88.

1.1 A saúde pública no Brasil

Antes de efetivamente se analisar o direito à saúde no âmbito da CF/88 é necessário que se tenham considerações históricas acerca do que se entende por saúde pública, excluindo-se a saúde privada. Qual a importância da saúde individual e coletiva? Deve ser entendida como um direito de acesso irrestrito a todos os cidadãos? Deve ser tutelada pelo Estado de forma irrestrita? Deve albergar a todos os cidadãos ou apenas àqueles que contribuem? Essas

indagações devem ser respondidas não apenas a partir da análise do atual texto constitucional, mas, sobretudo, analisando-se os aspectos históricos e a trajetória da saúde pública no Brasil, que desencadeou as disposições contidas no texto constitucional vigente.

Procura-se contribuir, com a primeira parte desta seção, seguindo linha de raciocínio trazida por Lima (2005, p. 27), com as reflexões acerca da importância da história das políticas públicas de saúde e a sua relação com a construção do Estado Nacional e com o atual modelo de saúde implementado.

1.1.1 Início da saúde pública no Brasil

De início, cabe enfatizar que as primeiras ações de saúde pública foram executadas no período colonial. Com a vinda da família real nos idos de 1808, havia interesse na manutenção de uma mão de obra saudável, daí porque a preocupação da nobreza com a saúde dos trabalhadores¹. De salientar que, durante esse período, o maior contingente populacional abrangia os negros e indígenas, que possuíam costumes e tradições próprios em se tratando de tratamento de saúde. A população se socorria com os métodos que existiam: curandeiros, pajés, barbeiros ou práticos que havia, já que a quantidade de médicos era reduzida e as condições financeiras não permitiam um maior acesso.

A vinda da família real, além de introduzir as primeiras medidas de proteção da saúde, possibilitou também o aumento da quantidade de profissionais de saúde, no caso de médicos², bem como permitiu a regulamentação do ensino e das práticas de saúde. Permitiu, destarte, que houvesse fiscalização dos serviços de saúde, mormente quando se analisa que era comum a prática ilegal da medicina exercida por charlatões e curandeiros. Nesse período, foram criados os primeiros hospitais públicos para atender a população e permitir maior controle sobre as doenças consideradas nocivas à população, *verbi gratia*, tuberculose, hanseníase e doenças mentais³. Nada obstante, com acesso restrito àqueles que pudessem pagar por seus

¹

A propósito cabe destacarmos o estudo feito pela pesquisadora Tatiana Wargas de Faria Baptista acerca da história das políticas públicas em saúde no Brasil, publicado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no ano de 2007, em parceria com outros pesquisadores, sob o título Políticas de saúde: a organização do Sistema Único de Saúde, organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes.

² É importante ressaltarmos que o quadro da educação superior anterior à vinda da família real centrava-se em encaminhar os estudantes para a Europa, mais especificamente a Portugal, para a conclusão dos ensinamentos superiores. Não havia esse tipo de formação no Brasil colonial. O quadro da educação superior em saúde somente começa a modificar-se com a chegada da Família Real a corte em 1808, pois nesse período foram criadas as Escolas de Medicina do Rio de Janeiro e de Salvador (1813 e 1815), respectivamente. Assim, de acordo com Carvalho (2003, p. 73-74), as famílias com recursos poderiam mandar seus filhos para estudarem em Portugal ou então escolhiam uma das escolas superiores fundadas pela Coroa Real no Brasil.

³ Em se tratando de doenças mentais, cabe destacarmos que apenas em 1852 foi criado o primeiro hospital para

serviços.

O que se observou durante o período colonial, quando se iniciou a política sanitária nacional, também foi observado em outros países, notadamente na Europa, no que diz respeito ao fato de que a regulamentação da saúde estava vinculada aos interesses políticos e econômicos do Estado para, assim, garantir a produção das riquezas. Corroborando com essa assertiva, Foucault (2018, p. 148), ao analisar o surgimento da medicina social⁴ na Europa, no século XVII, em que esta forma de desenvolvimento da prática médica era mais voltada para a coletividade, concluiu que esta prática tinha como objetivo permitir que a mão de obra utilizada nas indústrias tivesse maior eficiência e que estivessem à disposição da produção.

Assim, verifica-se que o modelo de saúde implementado pelo Brasil, ainda que timidamente observado, tinha como principal objetivo assegurar melhores condições de saúde aos trabalhadores e, desta forma, permitir que os interesses da classe política e econômica fossem resguardados, daí porque as principais medidas de saúde tinham como objetivo conter a propagação de moléstias entre os trabalhadores.

Entre as principais medidas para regulamentação da saúde destacam-se: a criação das primeiras escolas de medicina no Rio de Janeiro e em Salvador, respectivamente, em 1813 e 1815; em 1828, por decreto imperial, os serviços de saúde passaram a ser de responsabilidade da municipalidade, sendo que tal medida não se mostrou efetiva e em 1843, o Serviço de Inspeção em Saúde passou a ser de responsabilidade do Império; em 1850, foi criada uma junta de higiene pública encarregada de conservar a salubridade pública, tendo como objetivo dar unidade aos serviços sanitários do Império.

Em decorrência da quantidade de casos de varíola registrados, foi introduzida a vacinação para imunização da população a partir de 1804, contudo, a imunização não era obrigatória. Houve também a criação do Hospício D. Pedro II, que se destinava ao

tratamento das doenças mentais, no caso o Hospício Dom Pedro II, que efetivamente somente começa a funcionar em 1880 e anos depois se inaugurou a assistência médico-legal de alienados. O Hospício Nacional dos Alienados foi criado em 1890; já as colônias de alienados foram criadas com o objetivo de recuperar mendigos e indivíduos ociosos. Esses indivíduos, muitas vezes, de acordo com Schwarcz (2017, p. 79), não possuíam problemas mentais de saúde, mas devido a condição de mendicância eram encaminhados para essas colônias.

⁴ Foge do objeto dessa dissertação a análise mais acurada do que se entende por medicina social, mas a título de registro, Foucault (2018, p. 144), em seu Livro *Microfísica do Poder*, passa a analisar o surgimento da medicina social em oposição a prática da medicina individualista que se desenvolveu durante a Idade Média, centrada no binômio paciente-médico, em que não havia uma dimensão coletiva da medicina. A partir do século XVIII, com o desenvolvimento do capitalismo passa-se a operar uma nova forma de medicina de dimensão mais coletiva.

recolhimento dos alienados. Ademais, consoante Baptista (2007, p. 32), por força do Decreto nº 464, de 17 de agosto de 1846, foi instituída a obrigatoriedade da vacinação anti-varíola; o início do saneamento nas cidades portuárias; o controle e a observação das doenças existentes; a introdução à quarentena⁵; a teorização acerca das doenças e a construção do conhecimento para adoção de práticas de controle das moléstias e a assistência médica aos demais tipos de doença, durante o período do Império, que, de acordo com Raeffray (2005, p. 152-154), era de responsabilidade das instituições particulares, a maioria de caráter religioso e sem fins lucrativos. Cabe destacar, ainda, que a Constituição Imperial de 1824 não fazia alusão expressa à saúde, quer pública ou individual, apesar do art. 179 assegurar que *a Constituição garante os socorros públicos*⁶.

Assim, não se deve olvidar que, ainda de forma incipiente, as primeiras medidas de regulação da saúde foram implementadas durante esta fase, como a instituição dos primeiros centros de formação profissional, a edição de alguns decretos em medidas de saúde, a introdução das políticas de saneamento, notadamente das cidades portuárias, e a obrigatoriedade das vacinas de controle de pestes. Por fim, saliente-se que estas iniciais políticas, no fundo, tinham como objetivo não o de promoverem o bem-estar da população em geral e sim, de assegurar que a mão de obra, tão necessária para o desenvolvimento da economia, fosse resguardada das moléstias e assim não comprometesse a produção.

1.1.2 A reforma sanitária na primeira República (1889-1930)

Com o advento da República é que se verificou, efetivamente, que as primeiras políticas públicas de saúde foram implantadas e que contribuíram para a formação do Estado Nacional. A República teve início com a proclamação em 1889 e sua primeira fase estende-se até 1930, com a eclosão do movimento armado, liderado por Getúlio Vargas, e que dá início a uma nova fase da República. Caracteriza-se esta primeira fase como o período de consolidação das oligarquias como dirigentes da política econômica do país e, portanto, ocorre a fusão de seus

⁵ A quarentena, de acordo com Baptista (2007, p. 32), consistia em isolar o doente do ambiente que habitava e circulava, sendo evitada para coibir a propagação, pelo período de 40 (quarenta) dias, sem preocupação efetiva com o tratamento. A título de informação a quarentena em referência teve origem no final da Idade Média e era praticado em vários países da Europa. Tratava-se de um mecanismo de exclusão praticado em períodos de epidemias como as pestes e consistia em excluir o doente do convívio com as pessoas sadias e assim evitar a propagação da doença entre os sãos. Por conseguinte, conforme as palavras de Foucault (2018, p. 155-156), uma medicina de exclusão.

⁶ A Constituição do Império outorgada em 25 (vinte e cinco) de março de 1824, por Dom Pedro I, em seu art. 179, determinava que a inviolabilidade dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade, é garantida pela Constituição do Império, pela maneira seguinte: a constituição também garante os socorros públicos (inciso XXXI).

interesses com os da nação. Enfim, os ideais liberais passaram a servir a uma pequena parte da população, que detinha o poder econômico e, conseqüentemente, o político. Este período é também conhecido como república oligárquica, república dos “coronéis” ou ainda república “café com leite”.

Nesse primeiro período republicano, o movimento sanitarista foi importante para a consolidação da autoridade estatal em relação ao território, pois foram as políticas públicas de saúde, desenvolvidas pelo Estado, que contribuíram para a formação da identidade nacional. Anteriormente, o que se observava é que as teses relacionadas à inferioridade climática do país e à racial da população (inferioridade dos negros, indígenas e mestiços) tinham grande relevância. Neste contexto, de acordo com Lima (2005, p. 30), o desenvolvimento das políticas públicas de saúde foi fundamental para mudança dessa concepção ideológica⁷.

Outro fator característico desse período refere-se ao fato de que a população nacional era eminentemente rural e de que havia uma forte oposição às tendências de fortalecimento do governo federal, pelas oligarquias regionais. Nesta quadra, a política sanitária foi importante para a formação de uma autoridade estatal. Assim, as políticas de saúde desempenharam papel relevante na autoridade do governo federal, isto se deve aos encontros que foram realizados quanto a essas políticas, pois era necessário enfrentar problemas que faziam parte da realidade da população, como as epidemias e a necessidade de saneamento das cidades, tudo isso tendo o governo federal como responsável.

A importância dessas políticas redundou na criação dos principais centros de controle de

⁷ De salientar que durante esse período a elite intelectual brasileira estava voltada para a construção de uma identidade nacional, autores como Oliveira Vianna defendiam a tese de que devido à formação da população brasileira, centrada no modelo paternalista, clânico, em que não existia uma diferenciação entre os interesses particulares e interesses estatais, não seria possível uma mudança de identidade nacional sem uma intervenção estatal efetiva. Vianna (1987, p. 104) assevera: “nenhuma destas inovações liberais ou ditas liberais tiveram aqui, em boa verdade, êxito real. O *self-government* regional, a autonomia das províncias e dos Estados, na generalidade dos casos, falhou – como falhou a autonomia dos municípios. Falhou também a democracia – como o sufrágio direto e universal. Falhou o governo de partidos – falhou no império e também na república”. Oliveira Vianna defendia que devido a estrutura clânica da sociedade nacional durante a época da primeira república as mudanças da estrutura social deveriam ser realizadas de forma autoritária, pois a ausência de sentimento público não permitia que mudanças significativas fossem operadas espontaneamente. Vianna (1987, p. 126-127) ressalta ainda: “que modificações na estrutura social, ou mesmo do espírito do povo, através da ação política do Estado são possíveis, temos exemplo disso entre nós mesmos – e recentes. É o caso da sindicalização profissional urbana. É o caso da lei do serviço militar. É o caso da legislação trabalhista. É o caso da lei de acidentes. Estas leis modificaram sensivelmente velhas atitudes ou velhas tradições nossas e criaram outras, novas em substituição. [...] Note-se, porém que estas leis citadas apresentaram todas elas este traço comum: em todas elas há uma utilização direta ou indireta do princípio fundamental da técnica autoritária”. Ora, em se tratando de políticas sanitárias de saúde o que se verificou foi que as mudanças introduzidas foram operadas pela atuação estatal, grande exemplo disso foi a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, imposta como medida estatal coativa e que redundou em uma revolta durante o governo do Rodrigues Alves (1902/1906).

epidemias e pesquisas em saúde. Conforme Lima (2005, p. 32), em 1900, foram criados, *e.g.*, as duas principais instituições de pesquisas biomédicas em saúde do país: o Instituto Soroterápico Federal, que posteriormente foi transformado em Instituto Oswaldo Cruz e Fundação Oswaldo Cruz; e o Instituto Butantan⁸.

Em 1903, assume, como responsável pela diretoria de saúde pública, Oswaldo Cruz, momento em que ocorreram significativas mudanças na condução das políticas públicas de saúde, entre as quais a criação do código sanitário^{9, 10}. Digno de registro que com a regulação sanitária, que era uma das metas do Governo de Rodrigues Alves (1902/1906), a lei da vacina passou a ser obrigatória e desencadeou uma revolta da população que ficou conhecida como Revolta da Vacina.

Segundo Sevckenko (2018, p. 31), a imposição obrigatória da vacina, por parte das autoridades locais, acarretou uma ampla revolta na população a ponto do governo perder o controle em relação aos revoltosos, utilizando-se da força policial e das tropas do Exército e da Marinha para conter os rebeldes. Destaque-se que não apenas a população de baixa renda era contrária aos métodos utilizados, mas também a elite intelectual como, *e.g.*, Rui Barbosa que se mostrou inseguro quantos aos métodos utilizados para a aplicação da vacina como a introdução de um vírus em seu sangue. Portanto, a Revolta da Vacina encontrou forte oposição em vários segmentos da sociedade.

Como consequência do movimento sanitaria e da necessidade de regulação da saúde, foi criado, em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)¹¹, que reforçou o papel do governo central, bem como verticalizou as ações de combate às doenças. Foi ainda

⁸ Estes institutos, de acordo com Lima (2005, p. 33), foram consequência da verificação da necessidade de se desenvolver mais pesquisas em se tratando das epidemias, como a que ocorreu em 1899 no Porto de Santos, quando do controle da peste bubônica que ocorreu nesta região.

⁹ É com a instituição do código sanitário que uma série de medidas impopulares foram introduzidas, a saber: desinfecção, o arrasamento de edifícios considerados nocivos à saúde, notificação permanente de casos de doenças graves, bem como instituição da quarentena para isolamento dos doentes. Contudo, de acordo com Baptista (2007, p. 34), a principal estratégia verificada com a edição do código sanitário foi a campanha de obrigatoriedade da vacinação. Devido aos métodos nada ortodoxos de vacinação, esta acarretou grande insatisfação da população que deu origem a Revolta da Vacina, verificada na capital da república, em 1904.

¹⁰ Conforme Barroso (2009a, p. 39), foram ainda introduzidas neste período por Oswaldo Cruz como elementos de ações de saúde: o registro demográfico da população, a introdução de laboratório para auxiliar no diagnóstico das doenças e a fabricação de produtos profiláticos para distribuição em massa.

¹¹ A importância da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, de acordo com Fonseca (1999, p. 76), pode ser verificada a partir das atribuições que ficaram a cargo deste departamento, pois se tratava de uma agência maior, mais complexa e mais centralizada. Conforme Hochman (1998, p. 40), foi criada em substituição à antiga Diretoria Geral de Saúde Pública, com atuação mais ampla que a extinta diretoria. Com sua criação os Estados passaram a obter auxílio federal mediante acordos para as ações de saúde para o saneamento. Esses convênios viabilizaram a ação do poder central nos Estados, sem ferir suas respectivas autonomias.

durante a década de 1920 que se intensificou a política de saneamento na região rural¹².

Paralelamente ao combate das epidemias que assolavam a população, praticado pelo Poder Público, consoante Baptista (2007, p. 35), também ocorreram movimentos da classe trabalhadora que pressionavam por ações mais efetivas do Estado nas disposições de saúde pública. Como fruto destes movimentos, foi que o Deputado Eloi Chaves propôs, em 1923, uma lei que regulamentasse a formação das caixas de aposentadorias e pensões (CAPS), que era de restrito alcance das classes trabalhadoras mais bem organizadas e que detivessem condições financeiras de bancar a criação das caixas de assistência. Essas caixas funcionavam como um verdadeiro seguro social. Por conseguinte, esta forma de assistência era restrita a uma parcela da classe trabalhadora e os benefícios estavam restritos à condição de segurado. Insta mencionar que esse modelo serviu como esboço do sistema de proteção previdenciária, introduzido na Era Vargas.

Portanto, ainda que de forma centralizada no Governo Federal, não se deve perder de vista a importância que a primeira República representou, em se tratando de consolidação da política pública de saúde. O movimento sanitário representou, portanto, uma das formas de fixação da autoridade estatal, pois era necessário o combate efetivo às epidemias que assolavam os trabalhadores, ou seja, a proteção da mão de obra tão necessária para o desenvolvimento da economia. As péssimas condições de saneamento básico contribuíam para a proliferação de epidemias entre a classe trabalhadora, que vivia em condições precárias, razão pela qual era necessária a intervenção estatal com as políticas de saúde, como forma de fiscalizar e diminuir os efeitos das moléstias em relação aos trabalhadores.

1.1.3 Políticas públicas de saúde na Era Vargas (1930/1945)

A derrubada das oligarquias e a centralização política implementadas no período de 1930 a 1945, desencadeou uma nova fase da história do período republicano nacional. Esta nova fase da política nacional tinha como liderança Getúlio Vargas, que representava os interesses políticos do grupo que estava excluído das oligarquias antigas e que não representava a “política do café com leite”. Esse quadro foi desencadeado a partir da Revolução de 1930.

As principais medidas na política sanitária introduzidas após 1930 tinham como base as

¹² Nas décadas de 1910 e 1920, consoante Fonseca (1999, p. 76), intensificaram as políticas de saneamento da região rural, em especial no combate a três endemias rurais: ancilostomíase, malária e mal de Chagas.

já introduzidas na década anterior, ou seja, a política de saneamento e de combate às endemias. Outro ponto que teve destaque nesse período foram as medidas de introdução da seguridade social a categorias de trabalhadores como bancários, comerciários e marítimos. Foi nesse período que surgiram o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

Segundo Baptista (2007, p. 36), é nesse período que o Estado assume ativamente o papel de regulador da atividade econômica, a partir de 1930, e passa a definir seu projeto econômico baseado na industrialização. Assim, o modelo e a assistência social oriundos das caixas de assistência previdenciárias, embora tenham servido de parâmetro inicial para o surgimento de um modelo de previdência, passaram a necessitar de uma maior regulação estatal, pois havia dispersão e o número de beneficiados eram exíguos. O que se passou a propor foi um modelo de previdência que albergasse mais trabalhadores e houvesse maior intervenção estatal¹³, ¹⁴. Sob essa perspectiva, concebeu-se como modelo propício o dos institutos de assistência previdenciários. A necessidade de unificação das previdências existentes já era objeto de debate nesta nova fase da República, muito embora apenas três décadas depois é que tenham sido unificadas, com a aprovação, em 1966, da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), e unificação da legislação dos institutos.

O fato é que a necessidade de se conceber um novo modelo previdenciário também é fruto das reivindicações da classe operária, que passou a se organizar e exigir do Estado uma maior intervenção nos assuntos de previdência social, pois não havia uma previdência pública devidamente constituída e de acesso universal. Os trabalhadores, em sua maioria, estavam desprotegidos dos riscos sociais como invalidez, morte ou aposentadoria, salvo aqueles casos excepcionais de trabalhadores devidamente organizados e que pudessem contribuir para seus fundos de previdência. Assim, cada categoria obtinha e criava seus benefícios, a depender dos recursos políticos e do capital financeiro que dispunham. Tratava-se, portanto, consoante Baptista (2007, p. 37), de um modelo excludente e que apenas beneficiava aos que contribuía.

É oportuno inferir que as políticas públicas de saúde e as políticas previdenciárias,

¹³ Cabe ressaltar, segundo Hochman (1998, p. 78), que ainda em 1930, surgiram várias propostas para organizar a previdência social. No ano seguinte surge proposta de Décio Coutinho, integrante do Ministério de Justiça e Negócios Internos do Governo Provisório para unificar todas as CAPs, que passasse a englobar toda a população, além de criar outros benefícios além dos já existentes.

¹⁴ Posteriormente, de acordo com Fonseca (1999, p. 79), em 1935 foi emitido parecer da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sugerindo uma reformulação do modelo de previdência social, e reconhecendo como solução ideal e mais radical a criação de único Instituto Nacional de Seguros Sociais.

embora com temas em comum, ocorreram de forma paralela, sem que houvesse comunicação em suas políticas. Essa distinção é decorrente da divisão política feita a partir da criação de dois ministérios com atribuições distintas, o MTIC e o MESP. Segundo Lima (2005, p. 41), de um lado, estabeleceu-se o arcabouço jurídico e institucional da assistência médica individual previdenciária, sob o comando do MTIC. Por outro lado, atribuições quanto à saúde pública, que não se encontrava albergada pela assistência médica previdenciária, sob o comando do MESP.

Por conseguinte, essa dualidade observada se caracteriza pelo reconhecimento dos direitos sociais no Brasil e que necessitavam de disciplina própria, de acordo com suas peculiaridades. Nasce efetivamente um Estado Social, no caso pátrio. Foi, portanto, no Governo Vargas que se iniciou a distinção institucional entre as duas áreas de gestão das políticas públicas de saúde no Brasil.

Especificamente, no que concerne às atribuições do recém-criado MESP¹⁵, estas também se caracterizaram por ser uma continuidade das medidas tomadas durante a primeira fase da República. Ou seja, houve a necessidade de continuar a agenda de combate às endemias, bem como às doenças infectocontagiosas. Durante este período, o MESP promoveu uma reforma ampla no processo de estrutura administrativa em saúde pública. Os eixos de atuação do Ministério, pós-reforma administrativa, foram saúde, educação, assistência social e cultura. Essas linhas de atuação persistiram até a extinção do MESP e criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953. A principal tônica de atuação do Ministério, de acordo com Lima (2005, p. 43), era a centralização normativa das políticas públicas sanitárias, muito embora houvesse uma descentralização da aplicação concreta das medidas de saúde, cabendo aos Estados e aos municípios a executoriedade das medidas saúde.

Foi ainda, nesse período, que se criaram as delegacias federais de saúde, os serviços nacionais de saúde e as conferências nacionais de saúde (CNS). A importância da criação das CNS baseia-se nos fóruns que contam com a participação das delegações do Estado para discutir assuntos de saúde¹⁶. O perfil delineado para as conferências era o de fórum, sob a

¹⁵ De acordo com Fonseca (1999, p. 82), quando o Ministério da Educação e Saúde Pública foi criado na Era Vargas representou a incorporação das atribuições do antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e, durante a Era Vargas, foi comandado por Francisco Campos, Belisário Penna, Washinton Pires e por último Gustavo Capanema, este último assumiu o ministério em 1943 e ficou até o fim do Governo Vargas em 1945. Efetivamente, a política de saúde do Governo de Getúlio Vargas foi desenvolvida no ministério de Gustavo Capanema e das reformas de saúde verificadas nesta fase republicana.

¹⁶ As CNS foram instituídas pela Lei de nº 378, de 13 de janeiro de 1937, quando o MESP era presidido por Gustavo Capanema. Mais informações acerca das CNS: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/timeline.php>.

coordenação do Poder Executivo e composto por administradores de órgãos da saúde das esferas federal e estadual. O objetivo era o fortalecimento do modelo de gestão centralizador, tal qual como o restante da política desenvolvida no Governo de Getúlio Vargas.

A 1ª CNS, que ocorreu em 1941, na Capital Federal, e contou com a participação de administradores e técnicos dos órgãos de saúde, sem a participação da população. Nessa conferência foi reafirmada a necessidade de centralização da normatização em matéria de saúde nas mãos do MESP, muito embora os principais executores das medidas de saúde fossem os Estados e Municípios. Os temas que foram objeto de debate nesta conferência foram: organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra doenças como lepra e tuberculose; necessidade de medidas para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e a necessidade de amplo debate acerca da proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941, p. 9).

Conseqüentemente, o que se conclui é que durante o Governo Vargas assentou-se efetivamente a importância das políticas públicas de saúde como um direito social. Houve, ainda, uma divisão de atribuições entre as competências do MITC e do MESP, pois as políticas públicas de assistência médica para aqueles vinculados aos institutos de previdência social e para aqueles que não possuíam vínculo com esses institutos, ficavam a cargo do MESP. Contudo, embora se trate de um grande avanço das políticas públicas de saúde, o direito à saúde integral não era um direito do cidadão.

1.1.4 As políticas públicas de saúde na fase desenvolvimentista (1945/1964)

Essa nova fase da República inicia-se com a queda de Getúlio Vargas, em 1945, e com a ascensão ao Poder de Eurico Gaspar Dutra. No ano seguinte, é promulgada uma nova Constituição Federal. O período que vai de 1945 a 1964 trata-se da primeira experiência democrática do país. Parte desta mudança de concepção de Estado, doravante democrático, deve-se também ao fim de Segunda Guerra Mundial e ao combate aos regimes totalitários.

Neste contexto, em conformidade com Lima (2005, p. 46), os rumos da saúde pública são conseqüências deste movimento democrático, sendo práticas comuns que os rumos da saúde sejam decididos e debatidos de forma ampla, caracterizado pelo funcionamento das instituições políticas, eleições livres e da liberdade de imprensa.

Outro ponto que também passou a ser objeto de análise durante esse período diz respeito

à questão do desenvolvimento humano, pois estava atrelada ao combate das doenças que assolavam a população. Passou-se a fazer uma conexão entre o desenvolvimento econômico e o combate à pobreza como forma de neutralizar as doenças que afligiam a população. Surge, assim, um novo modelo de sanitarismo, conhecido como “sanitarismo desenvolvimentista”. No Brasil não se configurou, nos anos 50, de acordo com Baptista (2007, p. 39), uma política do bem-estar social, mas ganhou força a ideologia “desenvolvimentista”, que apontava para a necessidade de que pobreza, doença e subdesenvolvimento necessitavam de políticas públicas que desencadeassem uma melhora no nível de saúde da população como condição para o desenvolvimento.

Foram acontecimentos como a criação do Ministério da Saúde (MS)¹⁷, em 1953, atribuindo papel político específico para a saúde no contexto do Estado nacional e a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu)¹⁸, em 1956, que possibilitaram o desenvolvimento das ações de saúde. Por ser um país eminentemente rural, na década de cinquenta, é que se torna tão necessário o combate às endemias rurais e às doenças transmissíveis, caracterizando-se como a principal preocupação da política sanitária nacional. Daí a importância da criação do DNERu, voltado para o combate das doenças de massa e que congregava as pesquisas, bem como a autonomia do MS em relação ao Ministério da Educação e Cultura e Desporto.

Cabe destacar que no decorrer deste primeiro período democrático da história política nacional, foi realizado, em 1963, no então Governo de João Goulart, a 3ª CNS. Os principais pontos que foram objeto de discussão nesta conferência giraram em torno da análise da situação sanitária da população brasileira; da distribuição das atividades médico sanitárias nos níveis federal estadual e municipal; da municipalização dos serviços de saúde e da fixação de um Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2009). Tratam-se, portanto, dos antecedentes para a descentralização do Sistema Nacional de Saúde, com a discussão acerca da municipalização dos serviços de saúde.

¹⁷ A propósito, segundo Fonseca (2001, p. 300), as atribuições política de educação e saúde foram condensadas numa única pasta no governo provisório de Getúlio Vargas, em 1930. Separaram-se em 1953, permitindo, assim, que o setor de saúde adquirisse autonomia gerencial. O projeto de lei para sua criação data de 1950, proposta do Deputado Federal Rui Santos, tendo sido aprovado em primeira votação na câmara dos deputados em 1951, mas somente foi aprovado pelo Senado Federal em 1953, através da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953.

¹⁸ O Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), segundo Fonseca (2001, p. 300), foi criado em 06 (seis) de março de 1956, pela Lei nº 2.743, e tinha como objetivo organizar e executar o combate as principais endemias do país, ou seja, as doenças de massa. Além da questão dos combates as doenças, era, de igual modo, responsável pelas pesquisas em saúde.

Contudo, em decorrência do Golpe Militar de 1964, os anseios da 3ª CNS foram postergados, tendo em vista o fim do primeiro período democrático da república brasileira e, conseqüentemente, a ascensão de um regime de governo autoritário e centralizador da gestão pública. Não se deve olvidar, portanto, da importância das discussões realizadas no âmbito de tal conferência, pois a descentralização das políticas de saúde, por meio da municipalização, somente foi discutida efetivamente no decorrer da 8ª CNS.

1.1.5 A saúde pública no período militar (1964/1985)

Concernente aos anos sessenta pode-se afirmar que foi um período de intensas transformações políticas, tanto no âmbito internacional, quanto nacional. Foi o período de intensificação da Guerra Fria, em que a disputa entre as ideologias liberais e comunistas estavam em constante discussão. Em qual dos dois lados se posicionar? Esta foi a pauta deste período.

No Brasil, esse contexto acarretaria grandes mudanças políticas, notadamente após 1964, quando ascendeu ao poder um regime de governo autoritário e centralizador, menos de duas décadas depois de o país voltar a um regime democrático¹⁹. Este novo governo, conforme Paiva e Teixeira (2014, p. 17), assume o poder prometendo restaurar a ordem e fortalecer a economia, sob a necessidade de combate à inflação.

Os impactos do novo regime ditatorial, de acordo com Carvalho (2017, p. 164), acarretaram mudanças não apenas na condução da economia e na representação partidária, mas também na repressão em relação aos direitos políticos, repressão feita por meio dos instrumentos legais denominados de atos institucionais.

No que concerne, de modo específico, ao direito à saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema de saúde em que de um lado tinha-se o modelo de medicina previdenciária e na outra ponta, o modelo de saúde pública. O primeiro setor, sob a fiscalização do MTIC, era voltado para ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores e, prioritariamente, para a população urbana. Já a saúde pública ficava sob a fiscalização do MS, mais direcionada à

¹⁹ Ao analisar o fim da democracia no período que antecedeu ao golpe militar de 1964, Carvalho (2017, p. 156) assevera: “o país entraria em nova fase de supressão das liberdades, em novo regime ditatorial, desta vez sob o controle direto dos militares. Sintomaticamente, os direitos sociais quase não evoluíram durante o período democrático. Desde o final do Estado Novo, os técnicos da previdência buscavam, com o apoio de Vargas, unificar o sistema e expandi-lo para abranger toda a população trabalhadora. Mas eram grandes as resistências. Como cada instituto tinha leis próprias e burocracia própria, os que estavam em melhores condições, como os bancários e ferroviários, se opunham à unificação”.

zona rural e aos setores mais pobres da população, ou seja, que não contribuíam para os institutos de previdência.

A primeira ação significativa deste período ocorreu em 1966, com a unificação dos institutos de previdência e de aposentadoria na figura do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que foi criado permitindo não somente a unificação da legislação previdenciária, mas também uma maior centralização da tomada de decisões. Segundo Baptista (2007, p. 17), com o aumento da centralização das tomadas de decisões, houve uma menor participação dos trabalhadores nas tomadas de decisões em termos de assistência à saúde. Por conta da criação do INPS, houve uma maior expansão da cobertura assistencial médica estatal aos mais desfavorecidos. Para Paiva e Teixeira (2014, p. 18), esta última aconteceu de várias formas, como no caso da extensão da proteção previdenciária aos trabalhadores rurais e da inclusão, na cobertura previdenciária, das empregadas domésticas e trabalhadores autônomos.

Relativamente à saúde pública, o período ditatorial foi caracterizado pelas medidas de enfraquecimento do MS, principalmente com a redução da verba orçamentária deste Ministério²⁰. Ora, a redução da verba destinada ao MS foi justificada pela política econômica do regime militar, que preconizava pela ruptura entre a diretriz econômica e os investimentos em políticas sociais. Assim, o que se verificava era uma forte expansão da economia, contudo, isto não estava vinculado a um contínuo aumento de repasses de valores às políticas sociais. Dessa maneira, o crescimento econômico não representou a melhoria das condições de vida da população. Ou seja, a transição demográfica e epidemiológica que ocorreu nos países desenvolvidos não havia se efetivado nos países em desenvolvimento. No caso do Brasil, mesmo com todo o vigoroso crescimento econômico no regime militar, nos primeiros anos²¹, não ocasionou um desenvolvimento econômico. A principal razão desta estagnação social foi o descaso dos dirigentes com as políticas sociais.

No plano internacional, o final da década de 70 (setenta) representou uma ascensão de

²⁰ Consoante Baptista (2007, p. 42), a título de informação, na década de 70 (setenta), a esperança de vida ao nascer era de 52,7 e a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 (mil) nascidos vivos. As doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito.

²¹ Conforme Paiva e Teixeira (2014, p. 18), o período compreendido entre o final da década de 60 (sessenta) e os primeiros anos da década seguinte, em virtude da diretriz econômica adotada pelo regime ditatorial, de redução dos gastos com políticas sociais e de uma conjuntura internacional favorável, que possibilitou o aporte de uma grande quantidade de capital estrangeiro, o país viveu um período de grande crescimento econômico. Esse período ficou conhecido como milagre econômico. Contudo, em decorrência da crise internacional do petróleo, iniciada em 1974, atingiu fortemente o país, que caracterizou o fim do período de crescimento significativo da economia nacional.

políticas econômicas neoliberais²², em que existe uma redefinição do papel do Estado e dos principais setores em que deve atuar. Portanto, o que se observou no regime militar, acerca da decadência do ciclo de prosperidade econômica e social, foi um reflexo das políticas econômicas que passaram a ser aplicadas no âmbito internacional.

Portanto, o cenário existente era de exclusão de significativa parcela da população brasileira, que não podia estar vinculada à assistência médica prestada pela Previdência Social, pois não contribuía, e a assistência prestada pelo MS era deficitária. Neste contexto, ganha força o movimento sanitarista²³, que buscava reverter a lógica do sistema de saúde existente. Consoante Baptista (2007, p. 42), a proposta de reforma do setor de saúde pelo movimento sanitarista era assentada nas seguintes premissas: a saúde é um direito de todo cidadão, independentemente de qualquer contribuição; as ações de saúde devem ser integradas em um único sistema; a gestão administrativa e financeira dos recursos da saúde deve ser descentralizada entre os estados e municípios; e o Estado deve primar pela participação e o controle social nas ações de saúde. Mais do que uma proposta de reforma da saúde, significava também uma proposta de reforma do próprio Estado.

As pressões de determinados seguimentos da sociedade acarretaram concretamente em mudanças nas políticas de saúde durante o governo militar, sendo instituído, por intermédio da Lei nº 6.229²⁴, de 17 de julho de 1975, o Sistema Nacional de Saúde, que tratava das ações de interesses da saúde, abrangendo atividades que visavam à promoção, proteção e recuperação da saúde. A aludida lei enumerava as competências das ações que cabiam ao MS e as ações a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Ora, anteriormente, já existia uma divisão de atribuições, contudo, com a edição da lei em referência, ocorreu uma consolidação das atribuições de cada ministério.

Cumprе salientar que devido às medidas defendidas pelo movimento sanitarista e pela reestruturação dos serviços de saúde, ocorridos com o advento da Lei nº 6.229/75, é que houve um processo de democratização das políticas públicas de saúde. Fato este verificado,

²² Em 1979 é eleita primeira-ministra britânica Margareth Thatcher que introduz efetivamente as políticas de redução do tamanho do Estado.

²³ Por conta do fim do milagre econômico e conseqüentemente da insatisfação gerada pela repressão política é que foram estabelecidos o II Plano Nacional de Desenvolvimento e a política de abertura do governo. Não será objeto desta dissertação a análise do II PND e da abertura do governo, contudo, foi a partir destas medidas que se fortaleceu o movimento sanitarista pátrio. Este sim, teve papel de destaque na implementação das políticas públicas de saúde e no desenho do acesso à saúde de forma universal, descentralizada e gratuita. Tal qual foi efetivado posteriormente com o advento da Constituição Federal de 1988.

²⁴ Esta lei posteriormente foi revogada pela Lei nº 8.080, de 19 (dezenove) de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

com maior ênfase, no decorrer na década de oitenta. Segundo Souza (2014, p. 37), cabe registrar, ainda, que o modelo de previdência social entrava em crise, necessitando de medidas de reestruturação.

Em decorrência das conjecturas políticas verificadas, foi realizada, em 1980, a 7ª CNS²⁵. O tema central da conferência era “extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” e o eixo de debates contemplou a formulação e implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que propunha a criação da rede básica de saúde de cobertura universal, além da reformulação da política de saúde. Não obstante, consoante Baptista (2007, p. 46), por pressões políticas verificadas pelo setor privado, que se beneficiava com o modelo a assistência previdenciária, o PREV-SAÚDE não foi efetivado.

Importante ressaltar que lideranças pertencentes ao movimento sanitaria passaram a ocupar cargos diretos dentro do MPAS, passando a consolidar a ideia de necessidade de fusão da medicina previdenciária com a saúde pública. Este era um dos anseios do movimento sanitaria, corroborando com o ressaltado neste trabalho, quanto à busca por um sistema de saúde de acesso universal e gratuito. Era de consenso a necessidade de se diminuir os gastos com o setor privado e ampliar a rede de atuação do setor público, como forma de diminuir o *deficit* verificado no orçamento do MPAS.

Portanto, o período de 1964 a 1985 foi marcado, primeiramente, por uma fase de dissociação entre o crescimento econômico e a diminuição das políticas sociais, em matéria de saúde. Isso se deve ao modelo econômico adotado pelo governo autoritário e é cancelado pelo vertiginoso crescimento econômico, verificado entre os anos de 1968 a 1973, denominado de o milagre econômico. No entanto, na segunda metade da década de setenta, devido à crise internacional em relação ao petróleo, isto comprometeu a fase de crescimento econômico verificada no Brasil.

Assim, verificou-se a necessidade de se rediscutir, no modelo adotado pela economia, a questão das desigualdades sociais, que havia aumentado. Dá-se, assim, início ao período de abertura política e de reestruturação da saúde. O período quanto à abertura política permitiu

²⁵ A 7ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto nº 84.106, de 02 (dois) de setembro de 1980, o tema para debate “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”, dividindo-se nos seguintes subtemas: 'saneamento e habitação'; 'regionalização e organização de serviços nas unidades federadas'; desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos de saúde'; 'responsabilidade e articulação interinstitucional nos níveis federal, estadual e municipal'; 'alimentação e nutrição'; 'saúde mental e doenças crônico-degenerativas'; 'participação comunitária'; e 'articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde'. (BRASIL, 1980, p. 3).

que seguimentos que estavam à margem do governo passassem a ocupar cargos de direção, por exemplo, no MPAS e, assim, passou-se a permitir que medidas de aproximação entre a medicina previdenciária e a saúde pública fossem implementadas. Era o início do processo de redemocratização, que culminaria com o início do modelo de acesso à saúde, previsto no art. 196, da Constituição Federal do Brasil, de acesso universal, gratuito e descentralizado.

1.2 A 8ª Conferência Nacional em Saúde e seus reflexos no texto constitucional de 1988

Em 1985, tem fim o regime autoritário militar, com a eleição de Tancredo Neves para a Presidência da República. Como forma de proporcionar efetivamente uma nova redemocratização, são realizadas eleições diretas para prefeitos das capitais do país, bem como o Congresso Nacional encarrega-se de instaurar uma nova Assembleia Nacional Constituinte, para criação de uma nova Constituição Federal.

No entanto, o otimismo gerado pelo fim da ditadura militar e, conseqüentemente, pela retomada da supremacia civil, não pôs fim aos problemas econômicos e sociais existentes. Os problemas sociais na área de saúde mantinham-se em pauta e necessitavam de medidas mais significativas, era premente uma ampla reforma do sistema de saúde. Assim é que em 1986 foi realizada a 8ª CNS. As disposições debatidas na conferência refletiam o anseio da sociedade civil por modificações na área de saúde e que estas reflexões fossem incorporadas pela CF/88, daí a sua importância.

A 8ª CNS tinha como desiderato analisar as principais propostas de reorganização do sistema de saúde, tendo sido convocada por força do Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985, sendo responsável pela comissão organizadora, Antônio Sérgio da Silva Arouca, uma das principais lideranças do Movimento de Reforma Sanitária. A principal iniciativa vitoriosa do movimento sanitarista, de acordo com Serra e Rodrigues (2007, p. 204), foi a articulação da sociedade para participar da 8ª CNS e a defesa das teses da reforma sanitária, tanto na CNS, quanto na Assembleia Nacional Constituinte de 1987.

Os temas a serem abordados na conferência eram: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor²⁶.

²⁶ Acerca das conferências nacionais de saúde consultar: BRASIL. As conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009. Neste trabalho estão compiladas todas as conferências de saúde e suas principais diretrizes.

Historicamente, consoante Souza (2014, p. 42), a 8ª CNS é considerada uma continuidade da 3ª CNS, ocorrida em 1963, quando o país ainda vivia em um regime democrático. Temas como a necessidade de reforma do sistema de saúde e descentralização, já haviam sido debatidos, no entanto, com o advento, logo em seguida, do Golpe Militar de 1964, era inconcebível que os anseios da 3ª CNS fossem efetivados.

A importância da 8ª CNS no período da República Nova pode ser mensurada pela quantidade de participantes, pois contou com um amplo processo de mobilização social, com a participação de cerca de 4.000 (quatro mil) pessoas em Brasília, dos quais mais de mil eram delegados. As plenárias contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, bem como dos representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos²⁷.

No relatório final da conferência vários enunciados foram lavrados, sendo que muitos destes foram repetidos no texto constitucional. Exemplo disso pode-se mencionar os enunciados 3 (três) e 4 (quatro) do Tema 1 (saúde como direito).

- 3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
- 4 – Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população. (BRASIL, 1986, p. 4).

Inferese do enunciado nº 03 supra que o direito à saúde é um dever do Estado, não cabendo delegação ou atuação de forma subsidiária. A prestação deve ser por parte do Estado e não por parte do setor privado, contudo, não é vedada a atuação deste. Ora, se analisarmos o art. 196 da Constituição Federal, logo de partida é reconhecido o dever do Estado na promoção da saúde, posta que se trata de um direito de todos, de forma irrestrita. Fica ainda assente, consoante Oshiro (2017, p. 14), um dos princípios norteadores do direito à saúde, no caso, o princípio da universalidade de acesso. Assim, independentemente de qualquer contribuição, era obrigatória a promoção da saúde por parte do Estado.

Mais adiante o mesmo enunciado nº 03 do tema 1 destaca que o direito à saúde requer

²⁷ Teor do relatório final da 8ª CNS. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/reatorio_8.pdf. Acesso em: 18 set. 2018.

promoção, proteção e recuperação da saúde, ou seja, ressaltou o caráter integral da saúde. Ora, se analisarmos a repartição das atribuições em matéria de saúde nas décadas anteriores, verifica-se que prevalecia seu caráter dicotômico, pois antes tínhamos um modelo de saúde previdenciária, para aqueles que estivessem contribuindo para a previdência social, e um modelo da saúde pública, para aqueles que não contribuíssem. Neste último caso, a atuação em nível de saúde era mais preventiva e voltada para o controle das doenças que afligiam significativa parcela da população. Ao passo que o modelo de medicina previdenciária era de caráter curativo e havia intervenção dos entes privados, pois sua execução era terceirizada para a iniciativa privada. Assim, ao promover a 8ª CNS, a atuação em saúde deveria ser nas áreas de promoção, proteção e recuperação primava, com o fito de promover o fim desta dualidade.

Pertinente ao enunciado 13, do tema 01, que tem o seguinte teor:

É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

- a caracterização da saúde de cada indivíduo como interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;
- a garantia da extensão do direito à saúde e de acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;
- a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais. (BRASIL, 1986, p. 8).

Trata-se, portanto, dos objetivos políticos da conferência em relação ao constituinte e que constam com redação bem similar no texto constitucional, em seu art. 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Veja-se a semelhança entre os textos. Dessa forma, foram concretizados os objetivos da 8ª CNS no texto da Constituinte, no que diz respeito à saúde como um direito. Observe-se, ainda, que o enunciado nº 13 do tema 1 enfatiza o caráter universal e igualitário dos serviços de saúde.

O tema 2 do relatório final da 8ª CNS aborda a reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Neste tema estão as principais disposições da conferência e que serviram de base para o desenvolvimento do SUS, sua forma de gerenciamento e executoriedade, mediante gestão descentralizada. A propósito cabe, de igual modo, a transcrição dos principais enunciados do

tema 2 da 8ª CNS:

1- A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária.

3 - O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referentes à organização dos serviços:

- descentralização na gestão dos serviços;
- integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
- unidade na condução das políticas setoriais;
- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;
- fortalecimento do papel do Município;
- introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito de escolher a terapêutica preferida. (BRASIL, 1986, p. 10-11).

Da análise destes enunciados acima transcritos se conclui que eles serviram de base para a redação do art. 198 da Constituição Federal, que prevê que as ações de saúde integram uma rede regionalizada, descentralizada e com a participação popular. É ainda previsto, no mesmo artigo, a criação do SUS. Frise-se que as disposições da conferência não tiveram apenas influência em relação as disposições constitucionais, mas também na legislação posterior que diz respeito ao SUS²⁸.

Pois bem, os temas 1 e 2 do relatório final da 8ª CNS trataram, respectivamente da saúde como direito e da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, ou seja, dos direitos e da estrutura deste novo sistema de saúde que se desenhava. Era necessário, sobretudo, analisar como este sistema seria financiado. Assim, o tema 3 do relatório final analisa justamente o financiamento do setor.

Por oportuno, convém ressaltar, que as disposições constantes no relatório final acerca do financiamento do setor da saúde, não tiveram tanta receptividade, tendo em vista que os enunciados constantes no tema 3 são mais indicativos do que conclusivos. A propósito, o enunciado nº 1 do tema 3 tem a seguinte redação:

- Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga. (BRASIL, 1986, p. 19).

Ao se analisar o teor dos enunciados referentes ao financiamento da saúde, verifica-se,

²⁸ As Leis nº 8.080, de 19 (dezenove) de setembro de 1990 e 8.142, de 28 (vinte e oito) de dezembro de 1990, regulamentam o Sistema Único de Saúde, bem como seu financiamento e a participação popular na gestão.

segundo Oshiro (2017, p. 21), o seu caráter meramente indicativo, constante de disposições e que mereciam, portanto, mais aprofundamento no debate. Não obteve, assim, tanta receptividade pelo texto constitucional de 1988, que se mostrou sucinto quando da abordagem das formas de financiamento da saúde: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do OSS, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras formas” (BRASIL, 1988, grifo nosso). Assim, embora previsse o financiamento tripartite com recursos do OSS, manteve-se omissivo em relação às demais formas de financiamento da saúde²⁹.

Evidencia-se, portanto, que a 8ª CNS foi relevante para a configuração das disposições constantes na CF/88, em matéria de direito à saúde, pois previu, de forma enfática, a ampla participação popular, a gestão descentralizada, o fortalecimento dos municípios e a unidade na condução das políticas públicas setoriais. O modelo de gestão de saúde proposto nessa conferência também procurava romper com a lógica existente de saúde imposta ao Brasil, que foi observada desde o fim do século XIX e perdurou por várias décadas do século XX.

Daí porque a necessidade de se analisar a história do direito sanitário nacional, que, preferencialmente, era voltado para aqueles que contribuía financeiramente, cabendo aos que não contribuía, uma assistência médica deficitária e, em grande medida, apenas preventiva. Esta lógica excluía a maioria da população que não era vinculada a categorias profissionais devidamente constituídas e pagadoras de contribuição previdenciária e, assim, da saúde. Esta forma atroz de tratar os assuntos de saúde teve seu ápice no período da ditadura militar, em que houve uma redução das verbas públicas para a políticas públicas de saúde, aumentando o fosso das desigualdades sociais.

Em um regime democrático, como o que está por vir no final da década de 80 (oitenta), do século passado, a participação popular era a legitimadora da efetivação das políticas públicas de saúde. Desta forma, a 8ª CNS é considerada a pedra fundamental na construção da saúde como um direito de acesso irrestrito, universal e independente de contribuição. Além do que inaugurou o processo de participação da sociedade civil nas deliberações concernentes à

²⁹ Este subcapítulo não abordará, em seus pormenores, o financiamento da saúde até porque seu objetivo é analisar os impactos que a 8ª CNS de saúde teve nas disposições de saúde da Constituição Federal de 1988. Contudo, cabe ressaltar que, segundo Porto (2006, p. 576), o Orçamento da Seguridade Social foi esvaziado em seu objetivo maior que era do financiamento do sistema único de saúde. Foram alterações pontuais que permitiram tirar recursos do OSS, que deveriam ser vertidas para o financiamento do SUS, para outros objetivos. E.g., a contribuição sobre a folha de salários passou a financiar exclusivamente a Previdência Social; e as contribuições sociais baseadas no faturamento e no lucro das empresas foram apropriadas como recursos do Tesouro Nacional. Ademais, a regulamentação do SUS somente ocorreu com a Emenda Constitucional nº 29, de 13 (treze) de setembro de 2000.

política de saúde.

1.3 O direito fundamental à saúde na Constituição Federal de 1988 (CF/88)

A partir da análise dos tópicos anteriores desta primeira seção, que disseram respeito, respectivamente, à história do movimento sanitarista nacional, bem como à importância que teve a 8ª CNS, é que se tem a compreensão do motivo pelo qual o direito à saúde é um direito fundamental. Portanto, a positivação de direitos fundamentais sociais em seu texto, notadamente, o direito à saúde, consoante Sarlet e Figueiredo (2008, p. 126), é considerado um dos principais avanços da CF/88, ligando-se, portanto, ao constitucionalismo de cunho social-democrático desenvolvido, sobretudo, após a II Guerra Mundial.

Anteriormente à normatização imposta pela CF/88, o direito à saúde não possuía um comando constitucional expresso, apenas algumas disposições esparsas. Tratar o direito à saúde como um direito fundamental e voltar-se para sua sistematização, somente foi possível a partir desta³⁰. Essa tomada de consciência da importância de conferir *status* constitucional a muitos direitos sociais, embora tenha se consolidado em 1988, no âmbito do Brasil, já estava consolidada em muitas constituições no plano internacional.

De enfatizar que desde 1787, quando do surgimento da Constituição dos Estados Unidos da América, primeira Constituição escrita da modernidade, não se questionou a necessidade de tutela de direitos como propriedade e liberdade, ou seja, dos direitos civis e políticos dos cidadãos. Assim como não se questionou a necessidade de estarem previstos constitucionalmente, muito menos das medidas processuais para a defesa destes direitos, como o *habeas corpus*. Isto, em grande medida, deve-se à concepção de que se tratavam de direitos do cunho negativo, isto é, que não havia necessidade de intervenção estatal para sua concretização. A atuação estatal caracterizava-se por um não fazer. No entanto, este entendimento acerca do caráter negativo dos direitos individuais e políticos é contestado, uma vez que o atuar estatal, nestes casos, também se faz presente. O respeito aos direitos civis e políticos requer também uma atuação positiva do Estado, caracterizando-se por um fazer. Para

³⁰ Como informa Sarlet e Figueiredo (2008, p. 126), antes de 1988, o direito à saúde contava com algumas disposições esparsas nos textos constitucionais anteriores a 1988, dentre os quais pode-se citar: a garantia dos socorros públicos (art. 179, XXXI da Constituição Federal de 1824) e a garantia de inviolabilidade do direito à subsistência (art. 113, caput da Constituição Federal de 1824). Indiretamente, no que concerne a competência entre os entes federados, que assim englobavam a saúde, podemos elencar: art. 5º, XIX, “c”, e art. 10, II da Constituição Federal de 1934; art. 16, XXVII e art. 18, “c” e “e”, da Constituição Federal de 1937; art. 5º, XV, “b” e art. 6º, da Constituição Federal de 1946; art. 8º, XIV e XVII, “c”, e art. 8º, § 2º da Constituição Federal de 1967. Percebe-se que tratar o direito à saúde como um direito social e fundamental apenas pós 1988.

tanto, em conformidade com Abramovich e Courtis (2011, p. 32), cite-se alguns exemplos de aparatos existentes para a efetivação dos direitos civis e políticos: a existência dos tribunais, a convocação de eleições, a organização de um sistema partidário e a existência de medidas processuais de proteção da propriedade, tudo isto requer um fazer do Estado³¹.

Pois bem, durante dois séculos, os direitos civis e políticos detiveram proteção constitucional exclusiva, sem que se questionasse o aparato estatal existente para sua realização. Paralelamente à concretização desses direitos civis e políticos no texto constitucional, verificou-se a necessidade de se tutelar, por parte do Estado, outros direitos. Surge, assim, a necessidade de proteção mais efetiva dos direitos sociais, econômicos e culturais.

Historicamente, o primeiro país a albergar em seu texto constitucional os direitos sociais, econômicos e culturais, foi o México que, em 1917, ao dispor acerca da organização da atividade econômica, inseriu uma série de direitos sociais. Como informa Tavares (2017, p. 713), é esta a primeira constituição a prever expressamente direitos sociais em favor das classes mais desprotegidas. Anteriormente, tínhamos um constitucionalismo sem preocupação com assuntos socioeconômicos, de matriz político liberal, em que a pauta de reivindicações era a proteção à propriedade privada, à liberdade e a igualdade, esta última apenas formal³².

Outro país a também introduzir direitos sociais no texto constitucional foi a Alemanha, que, por intermédio da Constituição de Weimar, a qual criou a Primeira República alemã em 1919, introduziu direitos sociais. Tal Constituição, segundo Auad (2008, p. 338), possuía um núcleo voltado para a estrutura administrativa do Estado e um outro que dispunha sobre os direitos e obrigações do povo alemão, entre os quais, saúde, educação, proteção à infância e à maternidade e proteção do trabalho. Este segundo núcleo da Constituição de Weimar albergava a tutela dos direitos sociais.

Bastou, no entanto, em conformidade com Sarlet (2006, p. 2), que fossem contemplados no texto constitucional os direitos sociais, tais como saúde, educação, assistência social, previdência social, enfim, todos os direitos fundamentais que necessitem de atuação estatal

³¹ Segundo destaca Abramovich e Courtis (2011, p. 33), a estrutura dos direitos civis e políticos pode ser entendida como um complexo de obrigações tanto de cunho negativas, quanto positivas do Estado.

³² De acordo com Tavares (2017, p. 708), não havia uma preocupação com a proteção de direitos que não apenas os individuais como os direitos sociais. Isto desencadeou a necessidade de que estes direitos, ditos sociais, também fossem albergados no texto constitucional, sob pena de perpetuação da invisibilidade do coletivo. A primeira Constituição a tratar dos direitos sociais foi a do México que rompeu com a lógica do individualismo exacerbado, de preocupação com o social, com a coletividade e seus interesses.

positiva, inclusive com aporte de recursos materiais, para que se questionasse acerca da sua fundamentalidade.

No caso do Brasil, não havia preocupação com a proteção aos direitos sociais. Consoante já exposto, as disposições constitucionais que passaram a prever direitos sociais estiveram presentes de forma esparsa e não havia uma sistematização. Ora, o direito à saúde, por estar elencado entre os direitos sociais, não possuía esta proteção constitucional ampla que compreendesse suas múltiplas necessidades. Ocorre que o advento de uma nova ordem democrática, proporcionado pelo fim do regime militar de 1964, exigia uma tomada de atitude e mudança da ordem imposta. Isto efetivamente ocorreu com a CF/88.

Aliando-se à compreensão sobre a importância que os direitos fundamentais possuem dentro da estrutura constitucional atual, de acordo com Sarlet e Figueiredo (2008, p. 127), estão os tratados de direito internacional que versam sobre saúde e que pressionam os Estados quanto à necessidade de proteção dos direitos de saúde, inclusive como direito fundamental. Exemplificativamente, citem-se a Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (DUDH/ONU), de 1948, arts. 22 e 25, que dispõem sobre direitos à segurança social e a um padrão de vida capaz de assegurar a saúde; Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), de 1996, art. 12, que prevê direito ao mais alto nível possível de saúde; Convenção Americana de Direitos Humanos, mais conhecida como “Pacto de São José da Costa Rica”, arts. 4º e 5º, que dispõem acerca do direito à vida e à integridade física; Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em seu art. 10, que trata do direito à saúde; Declaração de Alma-Ata, de 1978, item I, que versa sobre a realização do mais alto nível possível de saúde, dependendo da atuação de diversos setores sociais e econômicos, para além do setor da saúde propriamente dito.

Cabe ainda inferir acerca de outra característica dos direitos sociais e fundamentais que é a intersetorialidade. Significa dizer que a saúde não está jungida apenas como objetivo do SUS, mas está emparelhada com outros setores do Estado, que devem atuar de forma conjunta para a consecução do direito fundamental à saúde. Desta forma, as políticas públicas de saúde devem estar atreladas a outras políticas públicas de redução das desigualdades sociais, que digam respeito à melhoria das condições de vida da população, e não apenas a certos segmentos. Portanto, o direito social à saúde caminha junto a outros direitos sociais como a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a

previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Esses direitos sociais estão previstos no art. 6º da CF/88, existindo, portanto, uma relação de intersectorialidade.

Quanto aos aspectos que dizem respeito ao direito fundamental à saúde, estes estão previstos no texto constitucional, tanto sob seu aspecto formal, quanto material. O direito fundamental à saúde, formalmente previsto na Constituição Federal, refere-se à sua positivação, que se desdobra em três elementos:

- a) como parte integrante da Constituição escrita, sendo que os direitos fundamentais encontram-se no ápice;
- b) na condição de normas fundamentais insertas na Constituição escrita, encontrando-se submetidas a condições especiais para sua alteração, tanto materiais (cláusulas pétreas), quanto formais (procedimento agravado), da reforma constitucional;
- c) de acordo com o art. 5º, § 1º, da Constituição Federal, trata do caráter vinculante e diretamente aplicável das normas definidoras de direitos e garantias fundamentais.

Ou seja, neste último caso, em conformidade com Sarlet (2006, p. 3), não há que se esperar pela concretização do direito fundamental pelo legislador infraconstitucional. Já o direito fundamental à saúde, sob seu ponto de vista material, diz respeito à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional.

Destaque-se que, de acordo com o art. 196 da CF/88, o direito à saúde, além de ser um direito do cidadão, é dever do Estado a sua promoção, razão pela qual se está diante de um direito e de um dever fundamental. Nessa perspectiva, Sarlet e Figueiredo (2008, p. 130-131), informam que os deveres fundamentais relacionados ao direito à saúde podem impor obrigações de cunho originárias, como as políticas de implementação do SUS, ou impor obrigações derivadas, que dependem da legislação infraconstitucional reguladora da matéria. Além do que a dimensão do direito fundamental à saúde, prevista no art. 196, alberga além da prevenção, a promoção e recuperação da saúde. Diferentemente do que se verificou em outras épocas, em que a dimensão da saúde prevista era apenas preventiva³³. Prevê-se, portanto, o direito fundamental à saúde com ampla dimensão, ou seja, além da concepção preventiva,

³³ Conforme já destacado neste trabalho, as medidas de proteção à saúde estavam vinculadas ao fato do indivíduo contribuir ou não para a previdência social. Para aqueles que não estavam vinculados mediante o pagamento de contribuições as medidas de saúde eram restritas ao combate de endemias que atingiam à população em geral e medidas de saúde preventiva. As medidas curativas, consoante Baptista (2007, p. 29-60), eram atribuições da assistência médica previdenciária e que albergava apenas aqueles que contribuíssem ao regime previdenciário.

também alberga a concepção curativa e, assim, aproxima o direito fundamental à saúde à concepção de saúde prevista pela Organização Mundial de Saúde (OMS)³⁴. A Lei nº 8.080, publicada em 19 de setembro de 1990, dispõe, em seu art. 2º, que a saúde “é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. A garantia da saúde deve ser promovida pelo Estado por intermédio da reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde.

Quanto aos titulares do direito fundamental à saúde previstos constitucionalmente, tem-se que, dado o seu caráter universal, é reconhecido a todos o direito à fruição das políticas públicas de saúde, independentemente de estar ou não vinculada a critérios de renda ou de nacionalidade, estendendo-se a todos, brasileiros ou estrangeiros.

Portanto, a primeira seção, em sua gênese, abordou a questão do movimento sanitário e da importância que a 8ª CNS tiveram para a construção do direito à saúde, que foi erigido à categoria constitucional. O direito à saúde, mais do que uma política pública, constituiu-se como um direito fundamental e, portanto, requer todo um aparato para sua concretização. À evidência de ainda ser um direito de caráter universal e que englobe todas as formas de promoção da saúde, quer preventivas ou curativas. Constitui, portanto, um bem essencial à pessoa humana. Verifica-se que a opção da Constituição Federal em promover expressamente o direito à saúde como um direito fundamental (art. 196), também tem relação com o fato de se tentar romper com as décadas anteriores em que a saúde era privilégio de poucos, isto é, daqueles que estavam vinculados às categorias profissionais organizadas. A saúde pública era voltada apenas para tratar do controle de doenças de massa e a atuação era basicamente preventiva. Assim, a nova saúde vigente, após 1988, tenta romper com esta lógica permissiva e excludente.

³⁴ De acordo com os ensinamentos de Dallari (1988, p. 58), a saúde, reconhecida como um direito humano, passou a ser objeto da Organização Mundial da Saúde que, no preâmbulo de sua constituição, em 1946, conceituou saúde “como sendo o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença”.

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SUA EFETIVAÇÃO NO CONTEXTO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Na seção anterior, verificou-se a importância da compreensão dos fatos históricos que marcaram a saúde pública no Brasil, principalmente o movimento de reforma sanitária e a 8ª CNS, para se ter compreensão do atual modelo de saúde pública existente, pós CF/88. Trata-se, portanto, de uma mudança em relação à ordem posta em se tratando saúde, tendo sido, inclusive, erigido à categoria de direito fundamental.

No entanto, deve-se ponderar que para sua efetivação não é necessário apenas que esteja posto constitucionalmente, muito embora não se questione sua aplicabilidade imediata, tal qual estatui o art. 5, § 1º, do texto constitucional³⁵, mas também que exista uma política de efetivação dos direitos e garantias fundamentais, sob pena de se tornar letra morta. Desta forma, conforme ensinamentos de Sarlet (2011, p. 274), importante que haja um alinhamento entre a efetivação desses direitos e as políticas públicas que o tornam factíveis, pois o postulado da imediata aplicabilidade dos direitos fundamentais não elucida de que forma se dará sua aplicação.

Como bem destaca Silva (2002, p. 81-82), ao tratar da aplicabilidade e eficácia das normas constitucionais, tais normas irradiam efeitos jurídicos, acarretando inovações à ordem jurídica preexistente, e as disposições anteriores aderem à nova ordem imposta. O que se admite é que a eficácia de certas normas previstas na Constituição não se manifeste na

35

Dispõe o art. 5º, § 1º da Constituição Federal: as normas definidoras de direitos e garantias fundamentais têm aplicabilidade imediata.

Cabe destacar que o tema da eficácia e aplicabilidade dos direitos constitucionais é matéria de longa data debatida no meio acadêmico. No final da década de 1960, o Professor José Afonso da Silva publicou livro acerca do tema intitulado *Aplicabilidade das normas constitucionais*, em que foi difundida uma classificação tricotômica no tocante à eficácia e aplicabilidade:

- a) normas constitucionais de eficácia plena e aplicabilidade imediata;
- b) normas constitucionais de eficácia contida e aplicabilidade imediata, porém passíveis de restrição e
- c) normas constitucionais de eficácia limitada ou reduzida.

Aludida classificação, foi objeto de reformulação por parte de outros constitucionalistas, como Luís Virgílio Afonso da Silva, para quem as normas constitucionais estão sujeitas à restrição, quer decorrentes da atuação do legislador ou decorrentes do sopesamento feito a partir da interpretação. De mais ainda, segundo esse mesmo autor, todos os direitos dependem de atuação estatal. Enfim, o tema da eficácia dos direitos constitucionais comporta várias interpretações (BARROSO, 2019, p. 213-215).

plenitude dos efeitos jurídicos almejados pelo constituinte, necessitando de normatização a *posteriori* para sua plena eficácia.

Registre-se que a aplicabilidade e eficácia imediata dos direitos fundamentais, previstas constitucionalmente, não faz distinção entre os direitos individuais – que, nesta senda, encontram-se os direitos civis e políticos – e os direitos econômicos, sociais e culturais. Assim, muito embora o § 1º se refira à aplicabilidade e à eficácia imediata, exposto no art. 5º da Constituição Federal, que trata dos direitos individuais e coletivos, é inquestionável que tais disposições não ficam restritas aos direitos individuais. Pela interpretação sistemática, a aplicabilidade e eficácia imediata também devem albergar os direitos sociais, que estão previstos no texto constitucional, no art. 6º: “são direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados”³⁶. Portanto, o constituinte originário não pretendeu excluir do âmbito do art. 5º, § 1º, os direitos sociais, cuja fundamentabilidade não se discute.

Neste âmbito, não se questiona o caráter fundamental que os direitos individuais e sociais possuem dentro do atual Estado. Destarte, a forma como se dará a concretização desses direitos fundamentais tem sido objeto de controvérsias, pois, a depender do tipo de direito, exigir-se-á ou não maior intervenção do Estado³⁷. Neste ponto, a divergência centra-se na maior ou menor intervenção estatal, se estamos ou não diante de direitos que exigem, para sua efetivação, um atuar estatal ou se a abstenção tem o condão de efetivá-los. Surge, assim, a dicotomia entre direitos fundamentais positivos e negativos.

O direito à saúde, por ser um direito social, está imbricado nessa controvérsia acerca da efetivação, posto que, embora esteja previsto constitucionalmente e não se questione sua plena aplicabilidade, a dicotomia está na forma como ela ocorrerá, mormente na atuação estatal junto às políticas públicas, evidenciando-se como objeto desta seção. Trata-se de um

³⁶ Cabe inferir que o art. 6º da Constituição Federal foi objeto de várias emendas constitucionais que incluíram direitos sociais não previstos pelo constituinte de 1987, a saber: o direito à moradia foi inserido por força da Emenda Constitucional nº 26, publicada em 14 de fevereiro de 2000; o direito à alimentação foi introduzido pela Emenda Constitucional nº 64, publicada em 04 de fevereiro de 2010; e pôr fim a Emenda Constitucional nº 90, publicada em 15 de setembro de 2015 incluiu entre os direitos sociais o direito ao transporte.

³⁷ A respeito ainda da aplicabilidade das normas constitucionais Mendes e Branco (2019, p. 68) acentuam: “de fato, a Constituição não é um código, nem pretende tudo resolver nas suas disposições, como se fosse um sistema cerrado e bastante em si. Percebe-se no texto constitucional, entretanto, uma abertura à ação complementar e integradora do legislador não ocorre de modo sempre idêntico. Há, no conjunto das normas constitucionais, variações do grau de abertura às mediações do legislador. Há normas densas, em que a disciplina disposta pelo constituinte é extensa e abrangente, dispensando ou pouco deixando para a interferência do legislador no processo de concretização da norma”.

direito fundamental positivo ou negativo? Como se dará a consecução das políticas públicas de saúde? Qual a importância destas políticas? Poderão ser objeto de controle judicial? Todas essas questões e o custo para a efetivação do direito à saúde serão analisadas detalhadamente.

2.1 Os direitos fundamentais positivos e negativos

Antes de iniciar-se a divisão dos direitos fundamentais em positivos ou negativos é necessário que se analise, *en passant*, as origens e o desenvolvimento do que se entende por direitos subjetivos e a sua importância dentro dos direitos fundamentais. A expressão direitos subjetivos, ainda que comporte vários significados³⁸, está atrelada à ideia de conferir ao indivíduo o direito de ação diante do descumprimento de um dever jurídico³⁹. Ou seja, é um interesse juridicamente protegido e que confere ao seu titular o poder de querer algo. Nesse contexto, é importante que se destaque que os direitos fundamentais, segundo Galdino (2007, p. 213-216), se caracterizam como direitos públicos subjetivos, cujo traço é que se tratam de direitos em que um dos polos é o Estado, responsável por garanti-los.

Assim, a pedra angular dos direitos fundamentais, posto que são direitos de cunho subjetivo, de acordo com Bobbio (2004, p. 25), não diz respeito à necessidade de se saber quais e quantos são os direitos, qual a sua natureza ou o seu fundamento, mas, sim, qual o modo mais seguro de serem garantidos e respeitados. Neste azo, a atuação do Estado em uma das pontas é fundamental para a concretização destes direitos. A partir de então surgem as indagações acerca da sindicabilidade ou exigibilidade dos ditos direitos. O fato é que a divisão dos direitos fundamentais em positivos e negativos depende da atuação estatal para sua conformação, muito embora não seja um tema uníssono no meio acadêmico⁴⁰.

³⁸ Acerca da importância dos direitos subjetivos dentro entendimento dos direitos sociais, digno de nota as lições do Professor José Reinaldo de Lima Lopes, no Livro *Direitos Humanos, direitos sociais e justiça*, In: FARIA, José Eduardo (Org.), no capítulo 6º, analisa-se os direitos subjetivos dentro do contexto dos direitos sociais. Neste capítulo aborda-se os vários significados do termo direito subjetivo à luz de vários jusfilósofos como Hans Kelsen, Alf Ross, Hohfeld e Carlos Nino.

³⁹ Conforme Lopes (1998, p. 116-117), historicamente, os direitos subjetivos foram entendidos como um direito de ação conferido aos cidadãos, diante da existência de um direito violado. O desenvolvimento do direito subjetivo, em seu nascedouro, remonta do direito romano, que embora não tenha desenvolvido um conceito do que se entende por direito subjetivo, através da proteção do direito de propriedade que era conferida sempre que ocorre a violação do direito de propriedade desenvolveu-o de forma a se tornar eminentemente privatista. Daí ser uma relação desenvolvida entre particulares, portanto, eminentemente privada e individualista. De igual modo também ressalta Galdino (2007, p. 220), que esta concepção privada dos direitos subjetivos não guarda correlação com os direitos públicos subjetivos, posto que nestes há uma atuação estatal como forma de garantir a concretização dos direitos ditos públicos

⁴⁰ Registre-se que a respeito da natureza dicotômica dos direitos fundamentais há diversos entendimentos, como, *exempli gratia*, dos Professores Stephen Holmes e Cass R. Sustein, através da obra *O custo dos direitos*, asseveram que a questão da efetivação dos direitos fundamentais está atrelada ao que supostamente o Estado pode suportar, muito embora, segundo estes autores, todos os direitos sejam de cunho positivo. Já Victor Abramovich e Cristian Courtis, na obra *Direitos sociais exigíveis*, entendem que tanto os direitos negativos

Quanto ao conceito de direitos fundamentais, historicamente, eles têm origem a partir da era moderna, com a difusão das ideias de dignidade, liberdade e igualdade, que antes já existiam, mas não eram formuladas sob a concepção de direitos. Segundo Amaral (2001, p. 50), os direitos fundamentais afloraram em três âmbitos: no debate acerca da tolerância, dos limites do poder e da humanização do processo penal. Estas se traduziram nas três formas históricas iniciais dos direitos fundamentais e foram difundidas nas primeiras declarações de direitos nas Constituições liberais que tratavam acerca da defesa das liberdades individuais, do respeito aos direitos políticos e das garantias processuais.

Em verdade, o nascedouro das primeiras constituições modernas explica-se pela necessidade de rompimento com a ordem anterior vigente, dos estados absolutistas, em que não havia uma distinção entre os interesses de Estado e os interesses individuais. Consoante ensina Bonavides (1996, p. 41), surgiu, dessa forma, na Idade Moderna, a oposição histórica entre a liberdade do indivíduo e o absolutismo do monarca, passando o Estado a ser responsável pela defesa e proteção da liberdade. O nascedouro desse Estado de Direito⁴¹, de caráter formal, que lança o Estado de conteúdo, sem força criadora, tem como preocupação a proteção da liberdade em face do despotismo.

Assim, as primeiras constituições da modernidade, de cunho liberal, surgiram como forma de romper com a ordem posta e garantir que os direitos individuais, que se traduziam nos direitos de liberdade, fossem tutelados pelo Estado. O Estado passou a reconhecer como direitos subjetivos as liberdades individuais que, positivadas, passaram a constituir-se como direitos públicos subjetivos exigíveis. Tais direitos, em conformidade com Galdino (2007, p. 225), seriam os únicos direitos exigíveis por parte do Estado, caracterizando-se como abstenções. Em se tratando de direitos civis e políticos, que compõem o bloco dos direitos individuais, predominantemente, haverá uma abstenção ou uma omissão por parte do Estado para sua concretização. Tratam-se dos direitos de cunho negativo e que, portanto, têm visibilidade e eficácia mais notadas.

A crítica que se faz à proteção aos direitos individuais, por parte do Estado, é que estes direitos não se traduziriam na representação de vontade de toda a comunidade, pois nem todos

quanto os direitos positivos necessitam de uma atuação estatal para sua concretização, sendo que há uma prevalência de atuação estatal quando estamos diante dos direitos ditos positivos.

⁴¹ Segundo Paulo Bonavides (1996, p. 42-44), as origens deste Estado de Direito estão atreladas ao surgimento da classe burguesa que antes era dominada e passa a condição de dominante, daí a razão pela qual seus interesses deveriam ser resguardados por parte do Estado, fato este que não existia no *ancien régime*. Daí porque os valores do liberalismo foram tão acentuados e necessitava que fossem protegidos. Por conseguinte, o Estado de Direito desta primeira fase tinha como objetivo a proteção dos direitos de liberdade.

possuiriam acesso aos direitos individuais, sendo excluídos de sua fruição. Digno de nota que o advento do constitucionalismo moderno, que emergiu das constituições francesa, inglesa e americana, representou o predomínio dos interesses da classe burguesa, que até então era a responsável pela riqueza gerada pelas nações, contudo não detinha poder político. Ao ascender ao poder político, além do já existente poder econômico, a classe burguesa detinha-se em se perpetuar no poder e, para tanto, necessitava que uma nova revolução se impusesse. Trata-se, portanto, da revolução burguesa, que representou uma consolidação tanto dos poderes econômicos e políticos nas mãos de um mesmo segmento da sociedade. As constituições modernas surgiram como forma de assegurar que os interesses desta classe fossem protegidos pelo Estado, no entanto, não representavam os interesses da maioria.

Com efeito, o desenvolvimento do capitalismo e, conseqüentemente, a ascensão da classe burguesa foram responsáveis por aprofundar a miséria e as desigualdades sociais existentes, e, portanto, a necessidade de que a classe dominada tomasse consciência dessa situação e tentasse modificá-la, por meio da luta de classes⁴². Muito embora as ideias marxistas não tenham proporcionado o desencadeamento de modificações estruturais durante o século XIX, período em que Karl Marx e Friedrich Engels viveram, suas ideias foram fundamentais para desencadear uma série de mudanças no século passado, notadamente a partir de 1917. É inegável a contribuição do pensamento marxista a partir da leitura dos fenômenos sociais e políticos que têm como marca a luta de classes.

Portanto, o modelo estatal de cunho liberal, a partir da difusão do pensamento marxista, passou a ser repensado, pois uma série de movimentos sociais passaram a ser verificados na Europa, frutos da consciência da classe proletariada, que deveria se organizar e promover uma revolução. No decorrer do século XX, ocorreram transformações sociais e econômicas⁴³ que

⁴² Não é objeto desta pesquisa a análise do pensamento marxista, contudo, é importante que se mencione sua importância para a modificação do constitucionalismo então vigente e surgimento dos direitos sociais. Nas palavras de Aron (2005, p. 51), Karl Marx e Friedrich Engel, principalmente através d'*O Manifesto do Partido Comunista*, apontam as duas contradições verificadas dentro do regime capitalista. A primeira é a contradição entre as forças e as relações de produção. Com efeito, a burguesia cria meios de produção mais poderosos. No entanto, as relações de produção não se transformam no mesmo ritmo. Basta verificar, *verbi gratia*, com o desenvolvimento dos meios de produção houve uma especialização do trabalho e conseqüentemente do aumento da produção, contudo, isto não foi acompanhado de um aumento do valor dos salários de seus empregados e tampouco da diminuição das horas de trabalho. A segunda contradição verificada diz respeito ao crescimento da riqueza gerada, contudo, isto foi acompanhado do aumento da miséria da maioria, pois a riqueza ficava concentrada nas mãos de uma minoria.

⁴³ As transformações econômicas foram desencadeadas pela Revolução Industrial que se verificou principalmente na Europa nos séculos XVIII e XIX, em que as relações de capital e trabalho foram modificadas. Em 1917, surge a primeira Constituição a trazer para o bojo de sua estrutura a proteção à ordem econômica e aos direitos sociais, como forma de promover maior distribuição de renda e diminuir as desigualdades sociais verificadas.

acarretaram modificações das estruturas do poder e das liberdades públicas, passando a trazer, para o bojo das constituições, a necessidade de tutela de direitos fundamentais em sentido amplo, especificamente, os referentes aos direitos sociais. Portanto, os direitos sociais representaram uma mudança de paradigma do direito, pois a postura do Estado de albergar a proteção aos direitos individuais, por meio da abstenção estatal, não representava os anseios da sociedade, mormente se analisarmos que parte da população não possuía seus interesses tutelados pelo Estado.

Dessa forma, houve, de acordo com o que ressalta Galdino (2007, p. 226), a transição do Estado Liberal para o Estado Social, que longe da postura omissiva, deveria intervir nas relações sociais e garantir que maior parcela da população tivesse acesso aos direitos. Verificou-se, assim, que a introdução dos direitos sociais não ocorreu de forma espontânea por parte dos Estados, mas aconteceu a partir da constatação de que se não houvessem reformas que introduzissem tais direitos, poder-se-ia ocasionar uma revolução proletária que comprometeria a hegemonia da classe burguesa.

Os direitos sociais que emergiram da constatação de que o Estado deveria também albergar a proteção de direitos que não apenas aqueles jungidos aos direitos e as garantias individuais, são considerados, nas palavras de Bucci (2006, p. 03), direitos meios, cuja principal função era assegurar que um contingente maior da população tivesse proteção de seus interesses por parte do Estado.

Nesta senda, consoante Abramovich e Courtes (2011, p. 30), têm-se os direitos econômicos, sociais e culturais que implicaram no nascimento de obrigações positivas por parte do Estado para sua concretização, inclusive com recursos do erário. Estes direitos são concretizados a partir de uma prestação estatal, que pode ser de natureza fática ou normativa. Ao se analisar precisamente a efetividade desses direitos, circundam dúvidas a respeito de sua aplicabilidade imediata, pois a atuação positiva estatal exige, em muitos casos, o dispêndio do erário como forma de provê-los.

Destarte, passa a imperar dentro do constitucionalismo contemporâneo a divisão entre direitos individuais e políticos - estes teoricamente se caracterizariam por uma abstenção estatal - e direitos sociais, culturais e econômicos, que trariam a necessidade de atuação positiva do Estado. No entanto, essa dualidade não retrata a realidade dos direitos fundamentais. Não se deve olvidar que os direitos sociais, econômicos e culturais também são

direitos fundamentais e, portanto, exigíveis de forma imediata e com plena aplicabilidade. Há que se destacar que os próprios direitos civis, muito embora sejam considerados de cunho negativo, também exigem uma atuação positiva do Estado. Consoante tão bem obtemperaram Abramovich e Courtis (2011, p. 31), a divisão existente entre direitos de cunho negativo e direitos de cunho positivo, trata-se de uma visão parcial e distorcida do funcionamento do Estado, que, na lógica do Estado mínimo, deve promover a justiça, a segurança e a defesa, sem a tutela estatal em relação aos direitos sociais

Cabe destacar que quando o Estado dispõe do seu aparato estatal para a proteção da propriedade, por meio dos vários institutos processuais⁴⁴, ou quando garante o acesso à justiça, o direito de casar-se, de associação, de eleger e ser eleito, está atuando positivamente na proteção dos direitos civis e políticos. Nesse sentido, a tutela desses direitos não ocorre com uma abstenção do Estado. Os direitos civis e políticos podem ser caracterizados tanto a partir da atuação positiva, quanto da atuação negativa por parte do Estado.

Assim, as distinções entre os direitos sociais, culturais, econômicos e os direitos civis e políticos são mais do que substanciais, são diferenças de graduação, posto que em ambos há atuação tanto positiva quanto negativa por parte do Estado. Da mesma forma, quando o Estado atua não causando danos à saúde, ou quando não piora o meio ambiente, está atuando negativamente. Daí porque se fala em diferenças de graduação, pois em se tratando dos direitos sociais, culturais e econômicos e, portanto, direitos de prestação, estes exigem maior atuação positiva estatal, mas não se olvide que também há abstenções. Por outro lado, ao tratar-se de direitos civis e políticos, existe maior atuação negativa, apesar de também se caracterizarem pela atuação positiva. Ou seja, tanto os direitos individuais e políticos, quanto os direitos sociais, culturais e econômicos se caracterizam pela existência de obrigações positivas e negativas.

No que diz respeito à judicialização dos direitos, o que se verifica é a existência de mecanismos processuais mais voltados para a efetivação dos direitos individuais e políticos do que, propriamente, dos direitos sociais, culturais e econômicos. Como justificativa para essa distinção, pode-se mencionar, conforme preleciona Ferrajoli (1999, p. 60), que a tradição jurídica não se preocupou em elaborar técnicas e garantias tão eficazes quanto as verificadas

⁴⁴ Convém ressaltar, segundo Vícola (2011, p. 104), que os institutos processuais como os interditos proibitórios, que remontam o direito romano pretoriano, desde a antiguidade clássica, ou seja, muito antes do surgimento do Estado Moderno e, portanto, das Constituições escritas, tratava-se de uma ordem dada por um pretor a um particular, em atenção à solicitação de um outro particular, em casos que se caracterizavam como turbação, ameaça ou esbulho à posse.

em se tratando de proteção aos direitos civis e políticos. Esse atraso das ciências jurídicas e políticas na promoção e proteção dos direitos sociais tem acarretado uma menor proteção destes por parte do Poder Judiciário. Ferrajoli (1999) ainda ressalta que a deficiência de proteção jurídica dos direitos sociais é agravada pois eles demandam satisfação mediante prestações positivas, que nem sempre são preestabelecidas de maneira geral e abstrata, e, portanto, são eminentemente discricionárias

Cabe registrar, ainda, que a dicotomia existente entre direitos de cunho negativo e positivo é contestada por Cass R. Sustein e Stephen Holmes. A partir da obra *The cost of rights*, os autores propuseram um entendimento diverso acerca dos direitos fundamentais subjetivos, pois objetivaram demonstrar que todos os direitos são positivos, e, portanto, requerem uma prestação pública para sua efetivação⁴⁵. Conforme Galdino (2007, p. 253), embora se reconheça que se tratam de recursos públicos, a fruição desses direitos pode ser afetada pela ausência de recursos.

Portanto, de acordo com a tese defendida por Sustein e Holmes (2011, p. 69)⁴⁶, o Estado é indispensável para o reconhecimento e efetivação dos direitos, contudo, este Estado somente dará vazão às demandas da sociedade se dispor de recursos financeiros e econômicos que possam custeá-las. Assim, o reconhecimento de que os direitos fundamentais subjetivos são positivos implica também na necessidade da existência de recursos orçamentários para sua concretização e, conseqüentemente, da consecução das políticas públicas.

2.2 A saúde pública e o contexto das políticas públicas

A partir do enfoque dado à seara do direito fundamental à saúde, urge a necessidade de compreender as políticas públicas como meio para a concretização desse direito social. Dessa

⁴⁵ A propósito, o livro em questão tem como parâmetro a análise da Constituição Americana, sendo que na primeira parte do livro destina-se a demonstrar que todos os direitos, mesmo os individuais que são considerados negativos, são, na verdade, positivos, isto é, necessitam de uma atuação do Estado. Este trabalho teve como base a obra em referência traduzida para o espanhol: *El costo de los derechos: por qué la libertad depende de los impuestos*. O supracitado livro é dividido em quatro partes: por que um Estado sem dinheiros não pode proteger os direitos; por que os direitos não podem ser absolutos; por que os direitos implicam em responsabilidade e os direitos entendidos como pactos (tradução livre). Com base nesta obra, autores nacionais passaram a analisar a efetivação dos direitos fundamentais e o custo destes direitos. Para pesquisa: GALDINO, Flávio. O custo dos direitos. In: TORRES, Ricardo Lobo. **Legitimação dos direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007. Na mesma linha: AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez & escolhas**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

⁴⁶ Holmes e Sunstein (2011, p. 69) asseveram que: “la financiación de derechos básicos através de ingresos derivados de los impuestos nos ayuda aver con claridad que los derechos son bienes públicos: servicios sociales financiados por los contribuyentes y administrados por el Estado para mejorar el bienestar colectivo e individual. Todos los derechos son, entonces, derechos positivos. ”.

forma, esta subseção abordará a importância que as políticas públicas possuem como forma de efetivação do direito à saúde. Independente de se tratar de um direito fundamental de cunho positivo ou negativo, existe a necessidade de se entender que os direitos sociais, sem uma atuação prestacional do Estado, tendem ao insucesso. Assim, as políticas públicas atuam como categoria jurídica que busca concretizar os direitos sociais.

Procura-se analisar em que medida as políticas públicas devem ser entendidas como um direito previsto em lei ou como uma medida de política, pois, consoante Bucci (2006, p. 01), apesar de o direito e de a política serem temas aparentemente conflitantes, devem caminhar juntos, tendo em vista que o direito é permeado por valores e pela dinâmica da política.

Ao se reconhecer que os direitos sociais, mais especificamente o direito à saúde, necessitam estar alinhados às políticas públicas para sua concretização, e, portanto, para a sua efetividade, surgem dúvidas a respeito de catalogar a saúde, seja como um princípio, seja como medida alinhada à política.

2.2.1 O entendimento a respeito do que deve ser saúde pública

Poder-se-ia asseverar o conceito de saúde estritamente fisiológico, no entanto, o que se entende por saúde também está atrelado às conjunturas social, econômica, política e cultural. Assim, não se trata de conceito fácil, pois depende de fatores que muitas vezes estão interligados ou não, *v.g.*, as condições econômicas e sociais dos membros da comunidade. Isto é, em consonância com Scliar (2007, p. 30), a saúde pode não representar a mesma coisa para duas pessoas e dependerá não só das condições físicas, mas também do período, do lugar e das condições econômicas e sociais.

Hipócrates de Cós (460-377 a.C⁴⁷), que é considerado o pai da medicina, asseverou a existência de quatro fluídos principais do corpo humano: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. A saúde seria a representação do equilíbrio destes quatro elementos. Para Hipócrates, quando ocorria uma desorganização destes fluídos a doença se desencadeava. Este pensamento, de acordo com os ensinamentos de Scliar (2007, p. 33), foi difundido por todo o ocidente e era baseado na observação empírica. Contudo, no Oriente, o entendimento de saúde e de doença seguem um rumo distinto, mas, de certa forma, análogo à concepção hipocrática, pois fala-se acerca das forças vitais que existem no corpo e que a saúde ou a doença são representadas pelo equilíbrio ou desequilíbrio, respectivamente, destas forças

⁴⁷ Antes de Cristo.

vitais.

Posteriormente, foram incorporados novos fatores culturais e econômicos ao que se entende por saúde. A saúde na Idade Média sofreu influência do pensamento religioso cristão, estando a saúde atrelada à fé e a doença ao pecado. Até então, a saúde não era tratada como preocupação do Estado. Tal fato, segundo o que preleciona Scliar (2007, p. 36), começou a modificar-se após 1779, na Alemanha, quando se iniciou a ideia de intervenção do Estado na saúde. No entanto, o primeiro sistema de saúde e seguridade social somente ocorreu em 1883, no governo alemão de Bismarck. Este modelo posteriormente se espalhou para outros Estados, como o caso da França.

Mesmo já havendo o sistema de saúde e seguridade social, consoante verificamos, não havia uma consensualidade acerca do entendimento do que seria saúde. Tal conceito, de forma universal, surgiu após a Segunda Guerra Mundial, quando houve a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS. Segundo a OMS⁴⁸ “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Trata-se de um conceito de saúde que necessariamente não se traduz em conceito de saúde pública. Então, o que se deve entender por saúde pública?

O atual conceito de saúde pública, de acordo com Dallari (2006, p. 247), começa a se desenvolver no Renascimento, conquanto possam ser encontradas normas em matéria sanitária, desde os primórdios da história dos povos. Nesse período, um fato relevante para a compreensão de saúde pública foi a preocupação das cidades em prestar cuidados aos doentes pobres, domiciliarmente ou através de hospitais, aumentando, portanto, o controle da higiene das cidades. Deve-se destacar que foi no Renascimento que surgiu a polícia médica⁴⁹, que consistia no fato de o Estado agir para proteger a saúde da comunidade⁵⁰. Essa atuação deveria

⁴⁸ O conceito da saúde formulado pela OMS consta da carta de princípios que foi apresentada em 07 de abril de 1948 e implicou no reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na sua promoção e proteção. Trata-se, conforme Scliar (2007, p. 37), de um conceito amplo, tanto sob o ponto de vista técnico (a saúde seria algo ideal e inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde) e outros de natureza política, pois permitiria abusos por parte dos Estados na formulação das políticas públicas.

⁴⁹ A polícia médica surge na Prússia no século XVIII e consistiu:

I- em um sistema mais amplo de observação da morbidade, que não apenas a quantidade de mortos e nascidos;

II- A normatização das práticas e saberes médicos. A formação médica passa a ser decidida pelo próprio corpo médico;

III – No suporte dado pela organização administrativa para controlar e fiscalizar a atividade dos médicos.

Assim, nas palavras de Foucault (2018, p. 148-151): “nenhum Estado ousou propor uma medicina tão nitidamente funcionalizada, coletivizada, estatizada quanto a Alemanha dessa época”.

⁵⁰ Digno ainda de nota que no Reino da Prússia, no então governo do Kaiser Frederico Guilherme de Hohenzollern, foi criado o *Collegium Sanitaris*, que era definida, de acordo com Dallari (2006, p. 248-249), uma autoridade médica para supervisionar a saúde pública. Para tanto era necessário que medidas de saúde

contar com a plena participação do aparato estatal com o intuito de fiscalizar e normatizar as práticas da medicina, como o exercício da profissão. Dallari (2006, p. 249) afirma que saúde passa a se profissionalizar, rompendo com as explicações sobrenaturais outrora vigentes. É nesse período também que a investigação científica das doenças ganha força, por decorrência do desenvolvimento e fiscalização da atividade médica, que passa a contar com um novo *status*, até então inexistente na Idade Média.

Seguindo linha de raciocínio exposta por Dallari (2006, p. 250), a saúde pública começa a ganhar maior nitidez com o advento do Estado Liberal burguês, pois é nesse período que surgem as primeiras leis que tratam da saúde e conceitos como higiene urbana, locais insalubres e controle sanitário. Não obstante, no período do desenvolvimento do liberalismo, a conjugação do entendimento de saúde pública sofria fortes influxos do que a classe dominante, no caso burguesa, entendia como saúde pública. Daí a razão pela qual, ainda nessa época, o entendimento do que seria saúde pública estava atrelado a uma concepção individualista e restrita ao mínimo necessário. No entendimento de Foucault (2018, p. 169), a medicina seria, essencialmente, o controle da saúde e do corpo da classe proletariada como forma de propiciar mão de obra sadia para o desenvolvimento da indústria.

Adiante, no decorrer do século XX, em consonância com Dallari (2006, p. 251), a proteção sanitária passa a ser política de Estado, isto é, decorre da constatação de que a prevenção é fundamental para o controle das endemias e manutenção da população sadia. As atuais três formas de prevenção⁵¹, primária, secundária e terciária, hoje ainda vigentes, decorrem deste período. Ora, com o advento do Estado Social, ocorre a efetiva mudança de atuação, pois o Estado passa a tomar para si o encargo de promover a prevenção sanitária, o que é considerado imprescindível para o controle das doenças e melhoria das condições de saúde da população. Registre-se ainda que além da prevenção sanitária, surgem os sistemas de previdência social.

O modelo de seguridade social, oriundo do século anterior, foi desenvolvido sob duas perspectivas: a da assistência social, voltada para a população mais carente, com recursos públicos como forma de custeio, e a da previdência social, voltada para os trabalhadores,

como estimular a prática da medicina, regulamentar o exercício profissional, do controle farmacêutico e combate a práticas costumeiras como o charlatanismo, tudo isto através da atuação estatal.

⁵¹ *En passant*, pode-se apresentar as três formas de prevenção:

“I- a primária: que se preocupa com a eliminação das causas e condições de aparecimento das doenças;

II – a secundária: que busca o controle das doenças determinadas;

III – a terciária: que visa limitar as incapacidades crônicas ou recidivas” (DALLARI, 2006, p. 251).

financiada mediante contribuições destes e de acesso restrito. Contudo, como a prevenção sanitária era um dos objetivos do Estado, reformulou-se a divisão anterior. Doravante, conforme Bucci (2006, p. 251), a previdência e a assistência social passaram a coexistir com a saúde pública. Ora, se analisarmos o atual modelo de seguridade social nacional, instituído mediante a promulgação da CF/88, evidencia-se que estamos diante de um sistema de seguridade nestes moldes, pois temos o capítulo II, do título VIII, da ordem social, tratando exclusivamente de seguridade social tripartite.

Especificamente, analisando o art. 196, que trata da saúde, verifica-se que não há um conceito de saúde, no entanto, o dispositivo enfatiza que se trata de “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário”. Assim, embora não conste expressamente um conceito do que deve ser entendido como saúde pública, pela análise do art. 196 constitucional conclui-se que a saúde pública é de acesso universal e deve ser mantida pelo Estado independentemente, de forma gratuita e de acesso universal. O conceito de saúde encontra-se em dispositivos da Lei nº 8.080/1990.

Dessa forma, há uma estreita relação entre a saúde pública e as políticas públicas para sua efetivação, sempre levando em consideração os princípios e os valores constitucionais. Interessante salientar que, ao se analisar a saúde pública brasileira no período anterior à Constituição Federal, vislumbra-se que a promoção da saúde, na maioria das vezes, esteve a cargo do poder público, razão pela qual é indispensável a atuação estatal na concretização.

Destarte, muito embora política e princípio sejam vistas com distinção, quando se fala em saúde pública esses valores devem ser conjugados e podem caminhar harmonicamente. Assim, está-se diante de um direito social e para que seja concretizado, via de regra, requer-se uma atuação positiva do Estado, havendo a necessidade de instituição de políticas públicas para sua efetivação.

2.2.2 A saúde como princípio ou política

No pós-positivismo⁵², Ronald Dworkin⁵³ disserta que na atividade de julgar os juízes têm se deparado, comumente, com três questões: as fáticas, as de direito e as interligadas à política. Esses fatores têm desencadeado um atuar dos julgadores muitas vezes questionável, sob o ponto de vista da legitimidade, mormente quando se constata que as questões de política se sobrepõem às questões de direito.

Para explicar sua teoria, Dworkin (2010) faz distinção entre regras (*rules*), princípios (*principles*) e políticas públicas (*policies*). Segundo esse jusfilósofo, as regras jurídicas são normas de direito positivo, ou seja, normas jurídicas escritas, que impõem direitos e obrigações. Assim, a regra pode ser válida ou não, a depender do direito posto. Não existe um meio termo. Já os princípios devem ser entendidos como as demais proposições presentes na ciência do direito, mas que não estão positivadas, i.e., transcendem ao direito escrito. Quando um determinado caso, de acordo com Simioni (2012, p. 207), não apresenta uma resposta perante as regras, aplica-se os princípios, que são todas aquelas proposições morais e políticas a que os julgadores recorrem para embasar uma decisão não justificável diante das regras. Não existe um princípio mais válido que outro e, em caso de colisão, deve-se ponderar os existentes. Afasta-se a máxima do certo ou errado. Portanto, os princípios vão além das regras.

Portanto, a diferença entre regras e princípios em Dworkin (2010, p. 42) enfatiza que os princípios possuem uma dimensão inexistente em relação às regras – a dimensão do peso e da importância –, pois quando dois princípios entram em conflito deverá ser levado em consideração o peso de cada um dentro do conflito existente. Já as regras não possuem esta dimensão, pois estas são funcionalmente importantes ou desimportantes. Caso duas regras entrem em conflito a resolução dá-se pela opção por uma e exclusão da outra.

Ainda na linha do entendimento de Dworkin (2010), os princípios subdividem-se em objetivos políticos e princípios morais. Os objetivos políticos são nominados pelo jusfilósofo

⁵² No Brasil, a introdução acerca dos estudos sobre o pós-positivismo deu-se a partir da obra do Professor Paulo Bonavides, em seu Curso de Direito Constitucional.

⁵³ Não é objeto deste trabalho a difusão do pensamento dos juspositivistas, mas de significativa importância os estudos feitos por Ronald Dworkin que é considerado um dos principais representantes do pós-positivismo jurídico. Conforme Simioni (2012, p. 205), trata-se, o pós-positivismo jurídico, de uma corrente jusfilosófica que procura resgatar os princípios morais e valores éticos para dentro da racionalidade do direito. Em linhas gerais, esta subseção analisará o pensamento de Ronald Dworkin, tendo como base o livro *Levando os direitos a sério*, publicado pela Martins Fontes.

como *policies*, que para o sistema brasileiro são conhecidos como políticas públicas, tais como as políticas econômicas, de saúde, ambientais, entre outras. Esses objetivos políticos, consoante Simioni (2012, p. 208), são padrões que as decisões judiciais têm utilizado para justificar suas conclusões. Já os princípios morais constituem os fundamentos que permitem uma decisão adequada e justificada em favor de uma solução jurídica.

Diferentemente, portanto, de outras teorias hermenêuticas que tentam interpretar o direito a partir da distinção entre regras e princípios, tal qual faz Robert Alexy⁵⁴, Dworkin parte de uma compreensão do direito não encastelado na divisão entre regras e princípios, mas, sim, que além destes se deve incluir as políticas públicas. Essa distinção apresentada pelo jusfilósofo americano é importante porque permite, de maneira mais plausível, um equilíbrio na tensão verificada entre o constitucionalismo e a democracia. Isto, principalmente, se tivermos como parâmetro que muitas decisões jurídicas começam a interferir na definição das políticas públicas que serão priorizadas pela sociedade. Assim, a questão da legitimidade democrática emerge no sentido de justificar se a decisão judicial pela opção de determinada política pública é ou não mais prioritária que outra.

Ora, se analisarmos sob a prisma da legitimidade democrática, que deve permear as políticas públicas, têm-se que não deve ser conferido ao julgador, entre suas atribuições, a de decidir qual política deve ser priorizada, pois trata-se de uma análise que cabe, em maior medida, aos demais poderes constituídos. No entanto, diante da não opção pelas possíveis políticas públicas, indaga-se como deve se portar o julgador. Estas questões são abordadas por Dworkin (2010), que tenta explicar a colisão de direitos fundamentais não apenas sob o prisma da distinção entre regras e princípios.

Em se tratando de decisões difíceis (*hard case*)⁵⁵, ou seja, naqueles casos em que não há uma regra clara no direito, os julgadores recorrem a fundamentos que muitas vezes não estão presentes no direito positivo, no caso, questões exteriores ao direito. Dessa forma, as questões de direito e de política estão presentes não apenas no campo da filosofia, mas também nas questões práticas e que tratam de valores distintos, mas que não são excludentes.

⁵⁴ Cumpre mencionar que a presente dissertação não adotou uma teoria como paradigmática em exclusão a outra, mas apenas tenta apresentar as teorias hermenêuticas existentes que abordam a questão das tensões no direito. Nestes termos, importante as contribuições de Alexy e Dworkin deram para explicar a possível colisão de direitos.

⁵⁵ Para Dworkin (2010, p. 127), são considerados *hard case* aqueles que, do ponto de vista do positivismo jurídico, não podem ser submetidos a uma regra clara do direito, nestes casos o juiz passa a ter um poder discricionário para decidir o caso de uma maneira ou de outra.

No entanto, ressalte-se que as decisões judiciais devem primar pela aplicação dos princípios, sob pena de se prevalecer a política, acarretando uma crise de legitimidade, pois afrontam o sistema representativo. Assim, a necessidade de se observar as atribuições de cada poder, tal qual difundidas em *O espírito das leis* de Montesquieu, deve ser preservada. Ou seja, uma decisão judicial deve embasar-se em questões de princípio e não em questões de política, embora seja possível, eventualmente, analisar questões de política, desde que não estejam afastadas do direito.

Dentro deste contexto, verifica-se a fundamentalidade do direito à saúde e que, portanto, deve ser tratado como política de Estado e não como política de governo.

2.2.3 As políticas públicas e o Sistema Público de Saúde (SUS)

Pois bem, nesta subseção apresenta-se o entendimento acerca do que deve ser saúde pública, não sendo foco deste trabalho a adoção de um determinado conceito de saúde pública fechado. No entanto, a Constituição Federal, em seu art. 196, traçou premissas que devem ser observadas quando se abordar o direito fundamental à saúde. Em ato contínuo, nesta subseção aborda-se o entendimento a respeito de como deve ser entendida a saúde: se como um princípio ou como uma política.

Nesse contexto, em conformidade com o que afirma Lopes (1998, p. 130), a importância da política pública é verificada à medida que os direitos, para terem eficácia, necessitam de uma ação concreta do Estado, e não apenas da possibilidade de agir em juízo. Para tanto, a prestação dos serviços públicos para efetivação do direito à saúde depende da existência de meios concretos: hospitais, postos de saúde, centro de reabilitação, *et cetera*. Assim, as políticas públicas englobam um complexo de decisões, normas e meios para sua efetiva promoção. Ademais, além destes requisitos é necessário que as *policies* estejam alinhadas com as finanças públicas, pois se traduzem em gastos públicos que deverão ser suportados pelo Estado para a consecução dos fins perseguidos.

Assim, de acordo com Bucci (2006, p. 38), pode-se definir políticas públicas como os programas de ação governamental que visam coordenar meios disponíveis pelo Estado para a realização dos objetivos socialmente relevantes e predeterminados⁵⁶. Lopes (1998, p. 133) subdivide as políticas públicas em cinco gêneros: políticas sociais, que dizem respeito à

⁵⁶ Adota-se aqui um conceito de políticas públicas eminentemente público, muito embora não se desconsidere a existência de participação das instituições privadas para a realização das políticas públicas.

prestação de serviços essenciais; políticas sociais compensatórias, como a assistência e previdência social; políticas de fomento e de desenvolvimento industrial; políticas de reforma de base, nesta inclui-se a política de reforma agrária; e política de estabilização monetária. Em todas estas políticas públicas é necessário que os princípios da Administração sejam observados, sobretudo a eficiência.

Nessa perspectiva, outro aspecto importante das políticas públicas reside no critério de legitimidade das ações do gestor público. O agir do administrador, segundo Ohweiler (2013, p. 290-291), deve ser pautado a partir de um conjunto de programas previamente indicados e capazes de gerar resultados eficientes. Registre-se a importância das políticas públicas não apenas em relação aos direitos sociais, mas, de igual modo, sua relevância para a concretização dos direitos individuais. A ação de planejamento das ações governamentais deve voltar-se para o dever, portanto, de realizar a Constituição em sua inteireza, assumindo papel de destaque na normatização dos direitos fundamentais. Em síntese, é irrelevante estar-se diante da divisão dicotômica dos direitos fundamentais, em positivos e negativos ou, até mesmo, no caso de todos os direitos fundamentais serem positivos.

Outrossim, o constitucionalismo moderno, que emergiu do século passado, tem como fundamento o Estado Democrático de Direito, tendo as políticas públicas, significativa relevância como meio de efetivação dos direitos fundamentais. O constitucionalismo moderno introduziu na pauta de discussões a importância das Constituições capazes de indicarem fins, objetos e projetos para a sociedade. Portanto, nesta relação entre a Constituição e as políticas públicas, conforme Ohweiler (2013, p. 292), é fundamental que elas estejam em sintonia, como forma de concretizar direitos fundamentais estatuídos formal e materialmente em seus textos⁵⁷. A atual Constituição Federal possui uma diversidade de indicações do Estado Democrático de Direito⁵⁸ e, portanto, de um Estado em que a ação governamental é necessária para a efetivação dos seus objetivos.

⁵⁷ Ainda segundo Ohlweiler (2013, p. 292), as políticas públicas estão atreladas a concepção de Constituição Dirigente, ou seja: o grande pacto social e político que estabelece um conjunto de indicações formais que servem de pano de fundo para as ações governamentais. Assim, muito embora não seja escopo desta pesquisa abordar o tema da constituição dirigente trata-se de temática que guarda correlação com os fundamentos das políticas públicas como forma de materializar os objetivos previstos na Constituição. Segundo Bercovici (2007, p. 168), tendo como parâmetro os ensinamentos de Canotilho, o núcleo da ideia de constituição dirigente está vinculada a proposta de legitimação material da constituição pelos fins e tarefas previstos em seu próprio texto constitucional.

⁵⁸ Cite-se, *v.g.*, o art. 1º da Constituição Federal na qual constam dentre os fundamentos do Estado Democrático de Direito a dignidade da pessoa humana. Outro exemplo consta no art. 3º em que são elencados os objetivos fundamentais da República federativa do Brasil, dentre os quais erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Por ser a Constituição Federal fruto de um processo de redemocratização, assim, de forte apelo aos valores do Estado Democrático de Direito, consoante mencionado alhures, a saúde pública foi erigida à categoria de direito social subjetivo, tal qual consta em seus arts. 6º e 196, tendo ambos os entes da federação obrigação solidária em se tratando de saúde pública⁵⁹ na sua prestação. Impende gizar que não apenas a responsabilidade pela prestação da saúde é de todos os entes públicos, mas também o financiamento da saúde pública goza de recursos de todos os entes federados⁶⁰. Outrossim, nas palavras de Dallari (2006, p. 254), nenhuma esfera de poder político foi isenta da obrigação de proteger, defender, cuidar e financiar a saúde.

Outra inovação da Constituição Federal foi a instituição do sistema nacional público de saúde, fomentador da atividade de prestação dos serviços públicos de saúde por meio da criação do SUS, que encontra assento constitucional, no art. 198. O dispositivo fala que as ações e os serviços públicos de saúde compõem um sistema único e integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Mencionado sistema tem como diretrizes: a descentralização, o atendimento integral com foco na prevenção e a participação na comunidade. Ademais, o art. 200 do texto constitucional elenca as atribuições do SUS⁶¹.

Como forma de efetivar o sistema público de saúde, consoante Dallari (2006, p. 256), na década de 1990, foram promulgadas as leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que são conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS), que tratam tanto das circunstâncias políticas como as principais disposições acerca da saúde pública. Portanto, a partir da normatização do sistema público de saúde, com a edição das

⁵⁹ De acordo com o art. 23, II, da Constituição Federal: é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Já o art. 30, VII determina: compete aos Municípios [...] VII prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

⁶⁰ Dispõe o art. 198, § 1º da Constituição Federal: o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

⁶¹ A propósito o art. 200 dispõe: ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

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

LOS, traçam-se as atribuições, as diretrizes e as competências nas três esferas de governo na proteção e defesa da saúde. Foi a partir da edição de tais leis que a política sanitária foi implementada, em todas as esferas políticas.

À guisa de conclusão, a implementação do sistema público de saúde, através da normatização do SUS, trata-se de um dos maiores avanços, pós CF/88, pois proporcionou que efetivamente fosse implantado um sistema público de saúde, de acesso gratuito e universal, caracterizando-se como uma das principais políticas públicas do constitucionalismo moderno no âmbito nacional⁶².

2.3 O controle judicial das políticas públicas

Com efeito, a atuação do Poder Judiciário, no que diz respeito à interpretação quanto a aplicação do direito, tem acarretado reflexões sobre a legitimidade da atuação judicial. Em se tratando de controle judicial das políticas públicas de saúde, a atuação interpretativa, muitas vezes, não ocorre apenas na aplicação da norma ao caso concreto, mas também assume papéis do Executivo. Isto fica evidente, *v.g.*, quando se analisa as constantes decisões judiciais na seara da saúde, determinando que o Estado forneça tratamento, medicamento ou procedimento cirúrgico. Segundo levantamento apresentado pelo CNJ, com publicação datada de maio de 2019, verificou-se que houve um crescimento acentuado de 130% (cento e trinta por cento) no número de demandas de primeira instância relativas ao direito à saúde, durante os anos de 2008 a 2017. Nesse mesmo período, o crescimento das demais demandas perante a justiça de primeira instância foi de 50% (cinquenta por cento)⁶³.

Dessa forma, surgem questionamentos sobre se cabe ao juiz determinar apenas o que está posto em lei ou se deve aperfeiçoar o direito, para que os anseios da sociedade sejam concretizados. Nessa toada, o embate da saúde como um princípio ou como uma medida da política surge, pois embora sejam coisas distintas, possuem pontos de convergência.

⁶² Segundo dados publicados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, no ano de 2013, o percentual de 71,1% da população buscou serviços públicos de saúde. Foi considerado como âmbito dos serviços públicos de saúde: atendimentos em unidades básicas de saúde, policlínicas públicas de saúde, unidades de pronto atendimento (UPA) ou emergências de hospitais públicos e ambulatorios públicos. Enquanto que 28,4% da população procurou atendimento em locais privados de saúde e apenas 0,5% em outros locais. Dados disponíveis para consulta pública em Pesquisa Nacional de Saúde, publicação do IBGE no ano de 2014, referente aos dados colhidos em 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2019.

⁶³ Dados disponíveis no Relatório Analítico Propositivo do Conselho Nacional de Justiça, cujo foco da pesquisa é *Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*, p. 46. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2019.

Consoante já asseverado, a efetivação da saúde pública acontece a partir da instituição das políticas públicas e tais medidas podem ser expressas tanto em disposições constitucionais, em leis, ou em normas infralegais, como no caso dos decretos e portarias. Portanto, as políticas públicas têm distintas formas de concretização. Parte-se da premissa de que a atividade política (*politics*) não deve ser confundida com os programas governamentais instituídos (*policy*), pois se tratam de conceitos distintos. Muito embora o direito seja permeado por questões de política, o foco nesta dissertação é a análise sob a perspectiva da *policy*, pois se trata da verdadeira forma de efetivação da saúde pública.

A própria Constituição Federal, a partir dos seus arts. 198 a 200, determina que as ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Destaque-se, ainda, que no plano constitucional temos a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, destinada a assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde. Essa emenda passa a estabelecer obrigações em matéria de saúde para a União, Estados, Municípios, obrigando-os a aumentar a vinculação de recursos para a efetivação da saúde. Portanto, a instituição do SUS e a Emenda Constitucional nº 29/2000 são exemplos de políticas públicas previstas constitucionalmente. Contudo, verifica-se que as políticas públicas em matéria de saúde encontram assento não apenas no texto constitucional, mas, de igual modo, na legislação infraconstitucional⁶⁴.

A partir da compreensão a respeito da importância das políticas públicas como forma de efetivação do direito à saúde e que as ações governamentais em matéria de saúde pública podem ser concretizadas não apenas pela edição de leis, mas também por meio de portarias e resoluções, cumpre analisar como se dará o controle judicial das políticas públicas. *A priori*, cumpre destacar que, de acordo com o que afirma Bucci (2006, p. 22), o controle das políticas públicas caberia não ao Poder Judiciário, mas ao Poder Executivo, dentro dos limites traçados pelo Poder Legislativo. Assim, surge o seguinte questionamento: como pode o controle judicial das políticas públicas não representar uma intervenção indevida na esfera de atuação dos outros poderes? Em que medida esse controle judicial é legítimo?

Para responder a essas indagações é preciso que se tenha em mente que, conforme Comparato (1998, p. 44-45), o conceito de política pública (*policy*) só recentemente passou a

⁶⁴ Temos, ainda, como exemplo de políticas públicas promovidas por legislação infralegal, a Portaria nº 2.203/96 que dispõe a respeito da norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por finalidade promover e consolidar, o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos Municípios.

fazer parte da teoria jurídica. Segundo este autor, a *policy* pode ser denominada como um conjunto organizado de normas e atos tendentes à realização de um objetivo determinado. A política pública como um conjunto de normas e atos é unificada pela finalidade que almejam⁶⁵. No entanto, deve-se ter em mente que os atos e as normas que compõem as políticas públicas possuem natureza heterogênea e se submetem a um regime jurídico que lhes é próprio. Dessa forma, o juízo de validade de uma política pública não se confunde com o juízo de validade das normas que criaram a dita *policy*. Uma lei editada no quadro de determinada política pública pode ser inconstitucional, sem que a política pública que a embasou seja.

A possibilidade de submeter uma política pública à jurisdição constitucional é corolário do que determina o art. 5^a, inciso XXXV, da Constituição Federal: “*a lei não excluirá de apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito*”. No Estado Democrático de Direito, o controle das políticas públicas está atrelado à discricionariedade administrativa dos atos administrativos, uma vez que é atribuição do Poder Executivo a promoção da *policy*, dentro dos marcos definidos pelo Poder Legislativo. Não se deve olvidar que a política pública pressupõe um sujeito ativo, responsável pela elaboração, planejamento, execução e financiamento delas. Esse sujeito ativo é o Estado, seja por via da Administração Direta, seja por meio da Administração Indireta. Portanto, nas palavras de Aith (2006, p. 233), quem deverá promover essa *policy* é quem tem competência constitucional para dar o impulso oficial.

Dessa forma, devem ser excluídos da apreciação do judiciário os juízos a respeito da qualidade ou adequação de determina política escolhida. A lei que dá forma à política pública deve caracterizar-se pela generalidade e abstração, já as políticas públicas, ao revés, têm como meta a realização de objetivos determinados. Para Bucci (2006, p. 36), as políticas públicas não são, à vista disso, categorias definidas e instituídas pelo direito, mas atividades político-administrativas do Estado para a consolidação de direitos. Assim, a atuação judicial não deve ser no sentido de substituir a iniciativa do Poder Executivo, quanto à realização das políticas públicas, e sim de conferir efetiva participação de segmentos da sociedade na fruição de determinada *policy*.

Já o controle judicial das políticas públicas não está atrelado aos princípios da

⁶⁵ Neste ponto, Fábio Konder Comparato (1998), alinha-se ao entendimento de Dworkin de que princípios, regras e políticas são distintas dentro da superestrutura do direito.

discricionariedade administrativa⁶⁶ e da legalidade⁶⁷, pois consoante já asseverado⁶⁸ no início dessa seção, a saúde, por se tratar de um direito social, goza de eficácia imediata, na forma do que dispõe o art. 5º, § 1º, da Constituição Federal. Independente da edição de atos normativos, os ditos direitos possuem plena eficácia e aplicabilidade⁶⁹. Por via de consequência, consoante Cardoso (2017, p. 117), o Poder Judiciário passou a extrair os direitos subjetivos dos preceitos constitucionais, independente de atuação do legislador ordinário.

Para Mello (2019, p. 102-103), quanto ao princípio da legalidade, trata-se de princípio capital para o regime jurídico-administrativo. Disto decorre que a Administração Pública só pode ser exercida na conformidade da lei e, por conseguinte, a atividade administrativa é sub legal, consistente na expedição de comandos complementares à lei. Contudo, incluso na atual estrutura administrativa, os desígnios de atuação, de acordo com os ditames da lei, não devem servir de fundamento para ausência de atuação.

Ainda que o Poder Judiciário tenha extraído do próprio texto constitucional a eficácia e aplicabilidade imediata de muitos direitos fundamentais, em situação oposta encontram-se alguns argumentos apresentados pelo Poder Executivo para quedar-se inerte diante da efetivação dos direitos. Um dos fundamentos apresentados pelo Executivo, como limitador de sua atuação, diz respeito aos limites impostos pela legalidade, isto é, da atuação de acordo com os limites previstos em lei, dependendo, assim, da atuação do Poder Legislativo. Contudo, tal paradigma deve ser superado, posto que deve ser a Constituição, especificamente o sistema de direitos fundamentais nela previsto, a que deve prevalecer. A decisão administrativa deve encontrar seu fundamento nos preceitos constitucionais, não ficando

⁶⁶ De acordo com o Juarez Freitas “pode-se, assim, compreender a discricionariedade administrativa legítima como a competência (não mera faculdade) de avaliar e escolher, no plano concreto, as melhores consequências, mediante justificativas válidas, fáticas ou juridicamente aceitáveis, observados os requisitos da efetividade do direito fundamental à boa administração pública”. (FREITAS, 2013, p. 425). Trata-se do atual entendimento do que deve ser o princípio da discricionariedade, diferentemente do que se observa outrora em que a discricionariedade era entendida “como uma margem de liberdade decisória dos gestores públicos, sem qualquer remissão ou alusão aos princípios e as regras constitucionais”. (BINENBOJM, 2008, p. 03).

⁶⁷ A legalidade no ordenamento jurídico nacional é decorrência do art. 5º, inciso II, da Constituição Federal, que tem por base os arts. 4º e 5º da Declaração Universal dos Direitos Humanos e do Cidadão de 1789. Dessa forma, o art. 37 da Constituição Federal possui em caráter restritivo e legitimador da atuação estatal de acordo com a estrita legalidade. No entanto, trata-se de uma visão superada, tendo em vista que, de acordo com Cordeiro Neto e Mendonça (2015, p. 21), a legalidade deve submeter-se aos preceitos constitucionais de proteção dos direitos fundamentais.

⁶⁸ Digno de nota que Binenbojm (2008) defende que com o atual constitucionalismo o princípio da legalidade deve ser substituído pelo princípio da juridicidade administrativa.

⁶⁹ Segundo Diogo de Figueiredo Moreira Neto (2012, p. 17): “inverteu-se o velho paradigma, que garantia a irresponsabilidade do gestor público de modo que, com o reconhecimento da força normativa das normas constitucionais, tanto as normas preceptivas, quanto as normas principiológicas passaram a vincular juridicamente o exercício de todas as funções estatais e, conseqüentemente, constitucionalizaram a definição política e a administração dos interesses públicos”.

restrita ao que determina a lei.

Já o tema da discricionariedade administrativa guarda relação direta com as políticas públicas, à medida que estas estão imantadas pelo direito à boa administração pública⁷⁰. Tratam-se, em verdade, de categorias entrelaçadas. Freitas (2014, p. 30) afirma que ao destacar que a discricionariedade administrativa precisa estar vinculada às prioridades da Constituição Federal, no que diz respeito às políticas públicas, quer-se deixar nítido que a opção administrativa, com o selo de discricionariedade legítima, só pode ser aquela decorrente do justo sopesamento dos benefícios diretos e indiretos dos programas públicos.

Não obstante, em consonância com Binenbojm (2008, p. 29), deve-se reconhecer que existe certa margem de livre conformação entre os legisladores e os administradores na definição das medidas necessárias para que se promovam a proteção e a promoção dos direitos fundamentais. Pode-se, portanto, compreender a discricionariedade administrativa válida como sendo um dever e não uma mera faculdade de avaliar e escolher, no caso concreto, as melhores consequências, mediante justificativas válidas e juridicamente aceitáveis, da opção por determinada política pública⁷¹.

Portanto, conclui-se que, com a constitucionalização do direito administrativo, isto acarretou uma mudança de enfoque da atuação da Administração Pública e, conseqüentemente, dos princípios norteadores da atuação estatal em se tratando de políticas públicas. Não mais estará no cerne da atuação dos administradores estarem de acordo com a estrita legalidade (art. 5º, inciso II e art. 37, da Constituição Federal), tampouco seus atos gozam de ampla discricionariedade. Com o atual constitucionalismo, o princípio da legalidade deve primar pela vinculação da administração aos preceitos da Constituição Federal, bem como a atuação discricionária dentro dos ditames constitucionais.

Dessa maneira, em se tratando de políticas públicas de saúde, o controle judicial pode ocorrer de diversas formas, não ficando adstrito à legalidade e à discricionariedade

⁷⁰ O direito fundamental à boa administração pública é exposto por Freitas (2014, p. 21): “trata-se de um direito fundamental à administração pública eficiente e eficaz, proporcional cumpridora de seus deveres, com transparência, sustentabilidade, motivação proporcional, imparcialidade e respeito à moralidade, à participação social e à plena responsabilidade por suas condutas omissivas e comissivas”.

⁷¹ Como bem observa Freitas (2013, p. 426): “O que não se pode é prosseguir é a discricionariedade servir de refúgio para devastadores arbítrios, negadores da impessoalidade e dos demais princípios, sem reação proporcional de controles. Direitos fundamentais (como o direito à saúde – que transcende a esfera individual, nos termos do art. 196 da CF) continuam sufocados ou precariamente atendidos, em nome de uma suposta discricionariedade na fixação de prioridades administrativas, sem que pese o núcleo essencial dos direitos fundamentais ser inegociável, por definição”.

administrativa. Essa forma de controle judicial pode acontecer de diversas formas, quer quando atua em sede de controle de constitucionalidade, *v.g.*, por meio das ações de descumprimento de preceito fundamental⁷². Ou, ainda, das ações individuais ou coletivas.

A importância da jurisdição constitucional, conforme Arantes (2007, p. 82), é que esta colocou o Poder Judiciário em pé de igualdade com os demais poderes, à medida que este é chamado para participar da dimensão mais importante do sistema político: o processo decisório de estabelecimento das normas capazes de impor comportamentos. Assim, de papel secundário dentro do sistema político, o Poder Judiciário passa a desempenhar papel de igual modo relevante, dentro do processo de concretização dos direitos previstos na Constituição. Assim sendo, a atuação do Judiciário, outrora restrita ao papel de interpretação e aplicação do direito, quando muito de legislador negativo, segundo afirma Cardoso (2017, p. 142), não mais vige na nova ordem constitucional.

Outra forma de controle judicial das políticas públicas pode ocorrer através das ações processuais existentes no ordenamento jurídico. Nessa toada, pode-se mencionar a existência das ações coletivas como forma de solucionar os direitos sistematizados em políticas públicas. O marco inicial dessa forma de controle foi a edição de Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, conhecida como lei da ação civil pública, valioso mecanismo posto à disposição da sociedade para a responsabilização dos agentes públicos por danos causados aos interesses difusos e coletivos e, conseqüentemente, ao direito à saúde.

Assim, o controle judicial a partir das ações processuais ou, ainda, a partir do controle de constitucionalidade tem o condão de compelir o administrador público a promover os

⁷² Em linhas gerais, o controle pela via concentrada tem provocado manifestações reiteradas do Supremo Tribunal Federal, em se tratando da temática do controle judicial das políticas públicas. Nestes termos, pode-se mencionar a ementa da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, ADPF nº 45-9 do DF: ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. A QUESTÃO DA LEGITIMIDADE CONSTITUCIONAL DO CONTROLE E DA INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, QUANDO CONFIGURADA HIPÓTESE DE ABUSIVIDADE GOVERNAMENTAL. DIMENSÃO POLÍTICA DA JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL ATRIBUÍDA AO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. INOPONIBILIDADE DO ARBÍTRIO ESTATAL À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS. CARÁTER RELATIVO DA LIBERDADE DE CONFORMAÇÃO DO LEGISLADOR. CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA CLÁUSULA DA "RESERVA DO POSSÍVEL". NECESSIDADE DE PRESERVAÇÃO, EM FAVOR DOS INDIVÍDUOS, DA INTEGRIDADE E DA INTANGIBILIDADE DO NÚCLEO CONSUBSTANCIADOR DO "MÍNIMO EXISTENCIAL". VIABILIDADE INSTRUMENTAL DA ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO NO PROCESSO DE CONCRETIZAÇÃO DAS LIBERDADES POSITIVAS (DIREITOS CONSTITUCIONAIS DE SEGUNDA GERAÇÃO), publicada no DJ em 04 de maio de 2004, que embora tenha sido declarada prejudicada, trata-se de um dos exemplos de como se teme analisado o controle judicial das políticas públicas. O teor do julgado em referência encontra-se disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14800508/medida-cautelar-em-arguicao-de-descumprimento-de-preceito-fundamental-adpf-45-df-stf>. Acesso em: 15 maio 2019.

direitos fundamentais. Conforme Bucci (2006, p. 36), não se trata de substituir a iniciativa do Poder Executivo, tal qual determina o art. 61, inciso II, alínea “b” e o art. 84, inciso XI, da Constituição Federal⁷³, mas de oferecer mecanismos à população para a salvaguarda de seus direitos diante da recalcitrância ou desvio de finalidade do poder público em promover os direitos fundamentais.

A crítica que se faz ao controle judicial das políticas públicas é no sentido de que, muito embora seja necessário, tendo em vista o reconhecimento de que a discricionariedade e a legalidade administrativa não podem impedir a concretização dos direitos fundamentais, sua legitimidade é questionada. Sabe-se que a construção das políticas públicas requer a seleção de prioridades, bem como a reserva de meios que necessitam de estudos e de levantamentos acerca das prioridades da comunidade. Então como analisar que ditas prioridades não serão preteridas por uma decisão judicial? Isto fica claro quando se verifica que os recursos disponíveis para a concretização dos direitos são reduzidos diante da demanda.

Com efeito, a expansão da jurisdição constitucional, aliada à força normativa da Constituição, tiveram papel relevante para que o constitucionalismo atingisse seu atual grau de evolução. Ou seja, em conformidade com Cardoso (2017, p. 51), a Constituição passou a exercer a autoridade de norma máxima no ordenamento jurídico. Assim, em se tratando de direitos fundamentais prestacionais, como é o caso do direito à saúde e quando estes direitos se encontram previstos constitucionalmente, o controle judicial das políticas públicas mostra-se legítimo, mormente quando se verifica a recalcitrância em efetivá-los.

No caso do Brasil, em se tratando de políticas públicas de saúde, a atuação do Poder Judiciário mostra-se crescente, mormente se analisarmos que o aumento das demandas judiciais pugnando pelo acesso à saúde têm desencadeado o que comumente é denominado de judicialização da saúde. Conforme Maas e Leal (2018, p. 51), o tema da saúde, quando enfrentado pelo Judiciário, depara-se com a necessidade de concretização do direito à saúde de um lado e do outro, com a complexidade que o tema impõe, tais como a repercussão financeira que as decisões judiciais acarretam no orçamento destinado à saúde pública.

⁷³ O art. 61, inciso II, alínea b da Constituição Federal determina: “a iniciativa das leis complementares e ordinárias cabe a qualquer membro ou Comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos cidadãos, na forma e nos casos previstos nesta Constituição. (...) II - disponham sobre: b) organização administrativa e judiciária, matéria tributária e orçamentária, serviços públicos e pessoal da administração dos Territórios”; Já o art. 84, inciso XI, dispõe: “compete privativamente ao Presidente da República: XI - remeter mensagem e plano de governo ao Congresso Nacional por ocasião da abertura da sessão legislativa, expondo a situação do País e solicitando as providências que julgar necessárias”.

2.4 O custo da efetivação da saúde pública

Consoante demonstrado anteriormente, quando se argumentou acerca da divisão dos direitos fundamentais em positivos ou negativos e, posteriormente, quando se discorreu acerca da possibilidade de controle judicial das políticas públicas, ficou assente que, com o advento do constitucionalismo moderno, as disposições da Constituição são dotadas de normatividade e que, dessa maneira, os poderes públicos estão submetidos à Constituição e devem primar por sua plena aplicabilidade. Disto decorre que as disposições constitucionais que preveem direitos fundamentais têm um *status* diferenciado dentro do sistema constitucional e que, desse modo, por estarem na centralidade, devem fazer com que o Estado prime por protegê-los e promovê-los.

Independente da promoção e proteção desses direitos fundamentais serem decorrentes de uma conduta omissiva ou prestacional do Estado, o fato é que para concretizá-los haverá um custo por parte do Estado. Nesse contexto, é atribuição da Administração Pública efetivar os comandos contidos na Constituição para garantir a promoção dos direitos fundamentais, via de regra, por via das políticas públicas. Ora, as políticas públicas envolvem gastos, contudo, os recursos financeiros disponíveis para o custeio são limitados. Assim, de acordo com Barcellos (2013, p. 106), as escolhas administrativas deverão priorizar em que áreas estes recursos deverão ser investidos. Ou seja, é preciso decidir não apenas em que gastar, mas como gastar.

Percebe-se, em consonância com o que expõe Barcellos (2013, p. 106), que existe uma correlação entre os seguintes temas:

- a) a Constituição preconiza como essencial a garantia e a promoção dos direitos fundamentais;
- b) as políticas públicas constituem o meio pelo qual se pode efetivar os fins constitucionais;
- c) as políticas públicas redundam em gastos do dinheiro público;
- d) existe limitação de recursos públicos, sendo necessário fazer opções de investimentos;
- e) a existência de vinculação entre os gastos públicos e as escolhas em matéria de políticas públicas.

Sendo assim, para que exista uma efetividade dos comandos constitucionais é preciso que exista uma correlação entre os temas apresentados e as escolhas formuladas em concreto pelo poder público. Tratam-se de escolhas democráticas e que devem contar com a plena participação popular. Nesses termos, no que diz respeito aos serviços públicos e às ações de saúde, o art. 198, inciso III, é enfático ao determinar como uma de suas diretrizes a participação da comunidade⁷⁴.

Ainda tratando de saúde pública, deve-se enfatizar que existe determinação constitucional dos valores que devem ser investidos pelos entes federados, além de vincular as receitas das contribuições sociais para o custeio da seguridade social, que engloba a saúde pública⁷⁵. Portanto, a saúde pública fica submetida à determinação constitucional a respeito da limitação orçamentária, daí porque as escolhas dos investimentos públicos não são ilimitados e devem se amoldar aos comandos constitucionais. Finanças públicas, orçamentos públicos⁷⁶ e políticas públicas devem estar em sintonia para que os direitos fundamentais sejam efetivados.

Nesse diapasão, é importante que se ressalte a mudança de concepção de Estado, pois, de início, tinha-se o Estado Liberal, também denominado de Estado Fiscal Minimalista que se

⁷⁴ Expressamente a Constituição Federal determina:

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

III - participação da comunidade.

Cabe ainda destacar que a plena participação da população nas escolhas constitucionais é fundamental para a efetivação do controle social, tal qual preconiza a Professora Ana Paula de Barcellos (2013) e que recentemente esteve em pauta no julgamento do Recurso Extraordinário nº 657718, acerca da possibilidade de custeio de medicamentos de alto custo pelo Estado. As escolhas orçamentárias devem contar com plena participação da população.

⁷⁵ A respeito da vinculação de gastos com saúde pública, a Constituição Federal em seu art. 198, §§ 2º e 3º determinam:

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

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

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

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

Já o art. 195 da Constituição Federal determina: a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (...).

⁷⁶ A Lei nº 4.320/64 é a que dispõe sobre as normas gerais de direito financeiro para elaboração dos orçamentos.

restringia ao exercício do poder de polícia, da administração da justiça e da prestação de poucos serviços públicos. Portanto, sobredito Estado não necessitava de um sistema tributário amplo, pois a atuação predominante do Estado era caracterizada por condutas de abstenção. Nessa fase, os direitos sociais de cunho prestacional eram inexistentes, daí a razão da crise que desencadeou o surgimento do Estado do Social no século passado⁷⁷, que se caracterizava por ampla intervenção do Estado no domínio econômico e aumento da oferta de serviços públicos para a população.

Ocorre que no final do século passado, após sucessivas crises econômicas, conforme Torres (1995, p. 10-11), o modelo de Estado Social passou a ser repensado, pois se verificou o crescimento da dívida pública desencadeada pelo desequilíbrio das contas, já que passaram a ofertar serviços públicos sem a contrapartida financeira. Destarte, o modelo de Estado Social passou a ser reconfigurado, muito embora não tenha desaparecido. O Estado passa a adotar um modelo de restrição no intervencionismo econômico e diminuição dos serviços públicos prestados. Segundo Torres (1995, p. 16), surge o Estado Social Fiscal, procurando-se o equilíbrio entre as receitas e despesas públicas, como forma de garantir que as prestações públicas sejam efetivas, todavia, balizadas pela existência de recursos financeiros finitos.

2.4.1 Escassez e saúde pública

Nessa toada, já que os recursos são escassos e as obrigações do Estado para efetivar os direitos fundamentais são ilimitados, é necessário que se façam escolhas alocativas de recursos, para que os interesses da maioria sejam contemplados. Assim, além da questão da alocação de recursos, duas questões também devem ser analisadas: a divisibilidade e a homogeneidade do bem a ser alocado.

Em se tratando de saúde pública, essa equação é mais complexa, pois as políticas públicas existentes para a efetivação do direito à saúde são variadas e, muitas vezes, não guardam correlação. Basta asseverar, *verbi gratia*, a política nacional de distribuição de medicamentos do Ministério de Saúde⁷⁸. O foco da sobredita política não é apenas a

⁷⁷ Digno de nota que, de acordo com Torres (1995, p. 11), o Estado Social também conhecido como Estado *Welfare State*, ou Estado do Bem-estar Social, ou Estado Pós-liberal ou Estado Providencial, foi influenciado pelas ideias de John Maynard Keynes, em que o Estado aumenta os impostos e as fontes de arrecadação, na outra ponta amplia as prestações de serviços públicos, tendo destaque os incentivos fiscais, a previdência social e a seguridade.

⁷⁸ A respeito da Política Nacional de medicamentos do Ministério da Saúde, esta foi formulada em 1998, através da aprovação da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Trata-se de uma determinação que constava na Lei nº 8.080/90, que em seu art. 6º determina como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a formulação da política nacional de medicamentos. Disponível em:

distribuição de medicamentos no âmbito do sistema público de saúde, mas a formulação de uma política pública assaz heterogênea, que diz respeito também à implementação de medicamentos essenciais⁷⁹, à regulamentação sanitária de medicamentos, à reorientação da assistência farmacêutica, à promoção do uso racional de medicamentos, bem como à produção e ao controle da qualidade destes⁸⁰. Verifica-se a ampla complexidade de sobredita política pública quanto à distribuição de medicamentos, que deverá se adequar à limitação orçamentária, o que é uma realidade.

Dessa forma, a escassez, a divisibilidade e a homogeneidade dos meios materiais desafiam o tratamento igualitário que deve permear o direito fundamental não apenas à saúde, mas a outros direitos. Destarte, o postulado de acesso universal e igualitário dos serviços de saúde redundam em custos ineficazes. Deve-se ponderar que além da escassez de recursos financeiros existe também a questão da escassez não financeira. Em se tratando de saúde pública, segundo Amaral (2001 p. 135-136), há determinados tratamentos médicos que são disponibilizados pelo sistema público de saúde. Trata-se, portanto, de um tipo de escassez não monetária e que deve ser sopesada. Aqui, entra em debate outro aspecto relevante que diz respeito à liberdade médica de prescrever o tratamento que for mais eficaz ou de fornecer o tratamento disponível na rede pública. Dito de outra forma, a liberdade médica pode ser afetada pela limitação orçamentária ou não orçamentária?

Trata-se de tema delicado, pois a autonomia de tratamento é conferida ao médico que acompanha o paciente⁸¹, que pode se deparar, na rede pública, com a ausência de disponibilização de determinado tratamento ou então no diminuto número de leitos disponíveis. Então, como sopesar essa escassez em se tratando de saúde pública? As decisões administrativas tomadas para alocação de recursos, muitas vezes, podem gerar o litígio, tal qual é verificado quando da ausência de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), redundando na judicialização que também tem um custo a ser suportado pelo Estado.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em 03 de junho de 2019.

⁷⁹ No que diz respeito a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), um dos objetivos da Política Nacional de Medicamentos é promover uma constante atualização dos medicamentos que são ofertados pelo SUS e assim proporcionar uma atualização do cadastro de medicamentos com a incorporação ou exclusão de medicamentos, tornando, portanto, a prestação dos serviços públicos de saúde mais eficaz.

⁸⁰ As diretrizes da Política Nacional de Medicamentos encontram-se descritas no documento publicado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Políticas da Saúde, disponível no mesmo endereço eletrônico que consta na nota de rodapé nº 79 desta seção.

⁸¹ De acordo com o Código de Ética Médica, Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.217, publicada em 1º de novembro de 2018, no Capítulo II, inciso II confere ao profissional médico a liberdade de prescrever o tratamento médico mais adequado ao paciente. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2019.

É interessante que se registre que em algumas decisões do STF tem sido reconhecida a natureza prestacional da saúde, o que implica em custos para o Estado e, como consequência, a necessidade de se levar em consideração a escassez de recursos e, por conseguinte, a necessidade de fazer escolhas alocativas⁸².

Destarte, a escassez é inexorável, mesmo em se tratando de saúde. Nessa perspectiva, consoante Amaral (2001, p. 172), a alocação de recursos envolve decisões das seguintes ordens: quanto deve ser disponibilizado para efetivação de determinada política pública, quais os potenciais beneficiários e a ausência de um critério único para balizamento destas decisões. Verifica-se, desta forma, que a questão da alocação de recursos é parte integrante da discussão acerca da efetivação dos direitos fundamentais.

2.4.2 A reserva do possível e o mínimo existencial no contexto do direito à saúde

Tendo em vista o que foi apresentado neste trabalho, acerca do que são os direitos fundamentais, surge, inserido no contexto dos custos desses direitos, a necessidade de análise do que deve ser entendido como reserva do possível e mínimo existencial, levando em consideração a efetividade dos direitos sociais. Assim, muito embora na atualidade predomine o entendimento de que tanto os direitos sociais negativos quanto os prestacionais necessitem de atuação do Estado – que tanto pode se revestir num fazer como em um não fazer para sua concretização –, a questão da finitude dos recursos para a concretização destes direitos merece análise detalhada.

No que diz respeito ao mínimo existencial e sua conexão com os direitos fundamentais, deve-se ter em mente que a noção de direito fundamental está atrelada à existência de condições materiais mínimas que assegurem uma vida com dignidade, o que vai muito além do direito fundamental à liberdade, trazendo, em sua concepção, um mínimo de segurança social, garantido a partir da existência de recursos materiais mínimos para existência digna. Dessa maneira, ao se analisar os postulados presentes na Constituição Federal, mais especificamente os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, verifica-se a necessidade de erradicação da pobreza, da marginalização, bem como a redução das desigualdades sociais e regionais⁸³. Já entre os fundamentos do Estado Democrático de

⁸² Entendimento apresentado nas seguintes suspensões de liminares: nº 228, 238, 268 e 277, todas proferidas pelo Ministro Gilmar Mendes.

⁸³ Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

Direito, tem-se a dignidade da pessoa humana⁸⁴. Portanto, de acordo com Sarlet e Figueiredo (2013, p. 20), o mínimo existencial traduz-se no reconhecimento de um direito subjetivo à garantia de recursos mínimos.

De forma pioneira, no Brasil⁸⁵, o Professor Torres (1989, p. 29-30), ao analisar o mínimo existencial dentro do contexto dos direitos fundamentais, assevera o direito “às condições mínimas de existência humana digna que não pode ser objeto de intervenção do Estado e que ainda exige prestações estatais positivas”. Prossegue o autor destacando que não há dicção constitucional própria, embora seja considerado como uma dimensão essencial, inalienável e imensurável, estando intimamente ligado à questão da pobreza. Assim, o mínimo existencial independe de previsão constitucional para poder ser reconhecido, tendo em vista que é decorrente da dignidade da pessoa humana e da proteção à vida.

Ademais, deve-se enfatizar, conforme Torres (1989, p. 46), que o mínimo existencial se traduz na necessidade de uma proteção positiva e, portanto, necessita da intervenção da Administração Pública para a efetivação das condições mínimas para o alcance de uma vida humana digna. Assim, na qualidade de direito subjetivo é oponível inclusive a Administração Pública, que fica obrigada a prestação de um serviço público.

Impõe observar que como não se trata de um comando expresso constitucionalmente, surgem dúvidas acerca de quais direitos devem ser considerados essenciais quanto ao mínimo existencial. No entanto, conforme ensina Barcellos (2002, p. 305), o direito à educação e à saúde básicas, a necessidade de acesso à justiça e a assistência aos desamparados são considerados essenciais para o entendimento acerca do mínimo existencial. À guisa de conclusão, a compreensão do que vem a ser o mínimo existencial não está restrita à liberdade

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (grifo nosso).

⁸⁴ Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

(grifo nosso).

⁸⁵ Segundo Ingo Wolfgang Sarlet (2013, p. 20), em nível internacional, o primeiro jurista a sustentar a possibilidade de reconhecimento do mínimo existencial foi o alemão Otto Bachof que, já nos idos de 1950, considerou que o princípio da dignidade da pessoa humana é mais amplo do que apenas à garantia da liberdade.

e à dignidade da pessoa humana. A garantia de proteção por parte do Estado para resguardar o mínimo vital é defendida, inclusive, perante a jurisprudência do STF, para tanto, basta a análise de alguns julgados deste tribunal, em sede de jurisdição constitucional, para reconhecer-se a necessidade de proteção do núcleo “consustanciador do mínimo existencial”⁸⁶.

Com efeito, reconhece-se que o Estado deve garantir um mínimo possível para que se viva dignamente e que esta reserva mínima deve ser oponível, inclusive, em face do Estado. Por outro lado, reconhece-se que a efetivação dos direitos sociais requer um custo que deverá ser suportado pelo Estado. Assim, com o surgimento do Estado Social Fiscal, que se traduz em uma nova roupagem do Estado Social, ante o reconhecimento de que a efetivação dos direitos deve estar alinhada aos recursos orçamentários disponíveis, surge a confirmação, em consonância com o que dispõe Torres (1995, p. 16), de que os direitos existem sob a “reserva do possível”⁸⁷. A reserva do possível, de acordo com Sarlet e Figueiredo (2013, p. 30), traduz-se na ideia de que direitos sociais a prestações materiais dependem da disponibilidade de recursos financeiros por parte do Estado. Portanto, não se trata de um princípio, e sim, de uma limitação jurídica e fática dos direitos fundamentais.

Verifica-se ainda que há uma correlação entre os custos dos direitos e a reserva do possível, pois se está diante de uma condição limitadora da efetivação dos direitos fundamentais. Dessa forma, a tarefa seria de maximizar os recursos e minimizar os impactos que a reserva do possível tem na efetivação dos direitos previstos na Constituição. Assim, a análise da questão orçamentária dos Estados mostra-se necessária e fundamental. Nessa perspectiva, a Constituição Federal veda o início de programa ou projetos não incluídos na lei orçamentária anual⁸⁸. Portanto, as possibilidades orçamentárias devem ser cotejadas na efetivação dos direitos fundamentais, posto que a reserva do possível, também entendida como reserva orçamentária, é fator condicionante para a plena realização dos direitos.

No entanto, o que não pode ocorrer é a utilização do condicionamento fático e jurídico

⁸⁶ Já objeto de menção neste trabalho, o julgamento da ADPF nº 45/DF que, embora tenha sido declarada prejudicada, teve como relator o Ministro Celso de Melo, sendo expressamente reconhecida “a integridade e exigibilidade do núcleo consustanciador do mínimo existencial. ”. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14800508/medida-cautelar-em-arguicao-de-descumprimento-de-preceito-fundamental-adpf-45-df-stf>. Acesso em: 15 de maio 2019.

⁸⁷ A construção teórica da reserva do possível, também, assim como a teoria do mínimo existencial, tem origem na Alemanha, na década de 1970. Aqui tem-se a ideia, conforme Sarlet e Figueiredo (2013, p. 29), de que os direitos sociais a prestações materiais dependem da disponibilidade de recursos financeiros, que passam pelo campo de discricionariedade da Administração Pública e pela viabilidade das disposições orçamentárias.

⁸⁸ A vedação em tela está prevista no art. 167, inc. I, da Constituição Federal.

da cláusula da reserva do possível como óbice indeterminado para a efetivação dos direitos sociais, ou seja, a utilização do balizamento da reserva do possível como justificativa para a não efetivação dos direitos sociais. No entendimento de Sarlet e Figueiredo (2013, p. 30), a reserva do possível deve ser analisada sob uma dimensão tríplice, que abrange:

- a) a efetiva existência de recursos para efetivação dos direitos fundamentais;
- b) a disponibilidade jurídica de dispor de recursos e que guarde correlação com a distribuição de receitas e competências orçamentárias, tributárias, legislativas e administrativas e que necessitam de equacionamento dentro do sistema federativo;
- c) proporcionalidade e razoabilidade das prestações.

A partir das dimensões apresentadas, conclui-se que a reserva do possível não é incompatível com a intervenção do Poder Judiciário, desde que se prime pela efetivação dos direitos sociais, isto é, o controle judicial, nesse caso, mostra-se legítimo.

Corroborando com esse entendimento, mais uma vez se faz necessário apresentar o entendimento do STF, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45-9, quanto à reserva do possível:

Não se mostrará lícito, no entanto, ao Poder Público, em tal hipótese – mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa – criar obstáculo artificial que revele o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência. Cumpre advertir, desse modo, que a cláusula da “reserva do possível” –ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível –não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade.

Dessa forma, de acordo com Wang (2013, p. 349), reconhece-se que a escassez de recursos exige que o Estado faça escolhas que, muitas vezes, priorize uma determinada política pública em detrimento de outras, significando dizer que as escolhas pressupõem preferências e preteridos. Não se está contestando essa premissa, mas o que se mostra injustificável é a preterição das políticas públicas, sob o pálio da ausência de recursos de forma indiscriminada.

Destarte, a omissão de forma arbitrária pode ser objeto de tutela por parte do Judiciário. Impende gizar o entendimento reiterado do STF, que se perfaz no fato de a escassez de recursos não ser considerada como fato impeditivo de concessão de tutela para medicamentos,

tratamentos médicos, leitos de UTI, e procedimentos de saúde em geral. O entendimento, em se tratando de saúde, é do reconhecimento de um direito público subjetivo, e, portanto, exigível, e que representa uma prerrogativa jurídica de caráter universal, em que o poder público não pode se mostrar indiferente, sendo, pois, censurável a omissão verificada⁸⁹.

Contudo, deve-se enfatizar que o entendimento acerca do direito à saúde, perante o STF, tem sofrido modificações. O que se tem verificado é que já constam decisões reconhecendo a não secundariedade das finanças públicas como fator limitador das políticas públicas e, dessa forma, a necessidade de racionalização dos gastos públicos para o atendimento de um maior número de pessoas⁹⁰. No entanto, ainda que o posicionamento do STF tenha sofrido condicionantes, o entendimento que prevalece, consoante Wang (2013, p. 358), é a possibilidade de as políticas públicas de saúde poderem ser objeto de controle judicial, não se tratando de indevida interferência quando se defere prestações de saúde já prevista no SUS.

À guisa de conclusão, reconhece-se o efeito limitador, tanto jurídico, quanto material, que a reserva do possível é capaz de gerar, em se tratando de direitos sociais. Contudo, a injustificada e arbitrária falta de prestação dos serviços públicos deve ser objeto de controle judicial, devendo ser deferida a prestação. O direito à vida e a questão financeira não podem ser ponderadas da mesma forma.

2.4.3 As formas de financiamento da saúde pública

Ainda no âmbito dos custos para efetivação das políticas públicas de saúde, não se pode

⁸⁹ Nesse sentido, pode-se mencionar os seguintes julgados:

Agravo regimental no Recurso Extraordinário nº 273.834-4/RS. Ementa: AIDS/HIV. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS EM FAVOR DE PESSOAS CARENTES.LEGISLAÇÃO COMPATÍVEL COM A TUTELA CONSTITUCIONAL DA SAÚDE (CF, ART. 196). PRECEDENTES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL.- A legislação que assegura, às pessoas carentes e portadoras do vírus HIV, a distribuição gratuita de medicamentos destinados ao tratamento da AIDS qualifica-se como ato concretizador do dever constitucional que impõe ao Poder Público a obrigação de garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Precedentes (STF).- O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por omissão, em censurável comportamento inconstitucional [...] O direito público subjetivo à saúde traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público (federal, estadual ou municipal), a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas que visem a garantir a plena consecução dos objetivos proclamados no art. 196 da Constituição da República."(RE 271.286-RS, Rel. Min. CELSO DE MELLO - grifei) Sendo assim, pelas razões expostas, e considerando, ainda, os precedentes mencionados, não conheço dos presentes recursos extraordinários. (STF - RE: 273834 RS, Relator: Min. CELSO DE MELLO, Data de Julgamento: 23/08/2000, Data de Publicação: DJ 18/09/2000 P-00037). Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/25248490/recurso-extraordinario-re-826691-rs-stf>. Acesso em 05 de junho de 2019.

⁹⁰ Sob esse enfoque, a decisão em sede de Suspensão de Liminar nº 91, julgada pela Ministra Ellen Gracie.

olvidar a questão das formas de financiamento da saúde, tratando-se de temática que não obteve a devida relevância quando da promulgação da CF/88, ocasião em que se reconheceu o direito à saúde como de acesso universal e gratuito, além de se caracterizar como um dever do Estado. Trata-se, assim, de um direito subjetivo prestacional. Contudo, as formas de financiamento da saúde passaram muito tempo sem ser objeto de análise.

Digno de nota que anteriormente à promulgação da atual Constituição, durante a realização da 8ª CNS, realizada no ano de 1986, e que foi fundamental para edição do atual sistema público de saúde, um dos eixos temáticos centrou-se nas formas de financiamento da saúde. Naquela época, já se reconhecia a necessidade de constituição de orçamento próprio para financiamento da saúde⁹¹. Contudo, as formas de financiamento foram tratadas de forma superficial, sem que o tema obtivesse a devida relevância.

De acordo com o art. 194 da Constituição Federal, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Isto é, a saúde no texto constitucional faz parte de um conjunto denominado seguridade social. Tal seguridade é financiada de forma indireta, mediante recursos dos orçamentos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e de forma direta, que ocorre por meio da arrecadação das contribuições sociais, sendo esta, da seguridade social. É assim, portanto, que se processa o financiamento da saúde pública, parte componente da seguridade social.

O financiamento é concretizado por meio do pagamento de impostos pelos cidadãos e estes são produto da arrecadação que compõe os orçamentos dos entes federados. Essa forma de financiamento da saúde encontra percentuais reservados para a saúde predefinidos no texto constitucional, isto é, a Constituição Federal determinou percentuais mínimos que deverão ser destinados para gastos com saúde.

Insta salientar que, conforme Santos e Vieira (2018, p. 231), a vinculação de recursos para a saúde somente foi alcançada com o advento da Emenda Constitucional nº 29 de 2000⁹²,

⁹¹ Um dos enunciados do Tema nº 3, que tratava justamente da forma de financiamento da saúde, assim dispunha: “deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga” (grifos nossos) (BRASIL, 1986, p. 19).

⁹² A Emenda Constitucional nº 29, publicada em 13 de setembro de 2000, alterou vários artigos da Constituição Federal que tratavam da questão orçamentária, bem como acrescentou o art. 77 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que fixou recursos mínimos para serem aplicados em serviços públicos de saúde.

que representou um avanço no mecanismo de proteção das despesas com saúde pública. Reconhece-se que a emenda em questão representou um avanço, contudo, foi omissa com relação a determinados pontos que ficaram pendentes de regulamentação. O principal impasse verificado na emenda constitucional em alusão deu-se pela ausência de entendimento do que seriam Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). A regulamentação definitiva das ASPS, disposta no art. 198 da Constituição Federal, somente ocorreu diante da edição da Lei Complementar nº 141, publicada em 13 de janeiro de 2012. A importância dessa regulamentação é que além de definir o percentual de gastos com ASPS, fixou os critérios de rateio.

Ademais, parte da arrecadação dos impostos está atrelada ao financiamento da saúde, permitindo um orçamento mínimo para esta⁹³. No que diz respeito a outra forma de financiamento da saúde, quais sejam, as contribuições sociais, estas estão previstas no art. 195 da Constituição Federal. Há, ainda, a previsão de outras fontes de custeio, não necessariamente públicas, no art. 198, § 1º, da Constituição Federal. Este orçamento, devido a sua importância, é administrado pelo MS, através do Fundo Nacional de Saúde, que está previsto no art. 33, da Lei nº 8.080/90.

Em se tratando das formas de custeio da saúde, deve-se destacar que foram aprovadas as Emendas Constitucionais nº 86 e nº 95, que tiveram reflexos diretos nas formas de financiamento da saúde pública. Com efeito, a Emenda Constitucional nº 86, publicada em 17 de março de 2016, determina que as ações e os serviços de saúde decorrentes das emendas parlamentares dos *royalties* do petróleo - que antes eram recursos aplicados em acréscimos ao mínimo obrigatório - passam a integrar a base de cálculo para o custeio mínimo da saúde pela União⁹⁴. Já a Emenda Constitucional nº 95, publicada em 15 de dezembro de 2016, instituiu o novo regime fiscal que vigorará por vinte exercícios financeiros, determinando que os gastos públicos deverão ser reajustados somente pela correção monetária⁹⁵, sem levar em

⁹³ De acordo com o art. 167, inc. IV, da Constituição: “a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, **a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde**, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, 212 e 37, XXII, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo”. (grifo nosso).

⁹⁴ O art. 3º da Emenda Constitucional nº 86 tem a seguinte redação: “as despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o § 1º do art. 20 da Constituição Federal, serão computadas para fins de cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal.

⁹⁵ A Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, acrescentou vários artigos ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, dentre os quais:

consideração os demais fatores que podem redundar em necessidade de aumento dos investimentos em saúde, *verbi gratia*, envelhecimento populacional, incorporação de novas tecnologias em matéria de saúde, aumento dos investimentos com medicamentos de alto custo, entre outros.

Referidas emendas comprometem o custeio dos serviços públicos de saúde, pois não permitem incremento de receitas para o custeio. Tratam-se, portanto, de emendas que vêm a comprometer os investimentos e as políticas públicas de saúde.

Assim, verifica-se que o sistema de saúde brasileiro está atrelado a uma complexa estrutura de captação de recursos para seu financiamento. Tais recursos possuem tanto fontes indiretas como diretas de arrecadação, fazendo parte do OSS.

À guiza de conclusão, evidencia-se que as políticas públicas voltadas para a efetivação da saúde, tal qual prevista nos arts. 6º e 196 da Constituição Federal, devem estar em consonância com os objetivos do Estado Democrático de Direito. Para tanto, a Administração Pública deve atuar de acordo com o interesse público sem afastar-se da legalidade. Por fim, a questão orçamentária deve ser levada em consideração, pois os recursos públicos disponíveis são limitados frente as necessidades da população, notadamente em se tratando de Sistema Único de Saúde.

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do **caput** do art. 212, da Constituição Federal; e

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. (grifo nosso).

3 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Nas seções precedentes que trataram, respectivamente, do processo histórico de formação da saúde pública, tal qual como consta na Constituição Federal, e das políticas públicas de efetivação da saúde pública, verificou-se que o direito à saúde, mais do que uma norma meramente programática, é um direito público subjetivo e, portanto, deve ser garantido pelo Estado. Nas disposições constitucionais, o direito à saúde é exposto não apenas como direito dos cidadãos, mas, outrossim, como um dever do Estado, que deve ser assegurado mediante efetivas políticas públicas. Nesta seção, passa-se a analisar as implicações das decisões judiciais em matéria de saúde pública.

Dessa forma, a implementação das políticas públicas, embora seja atribuição do Poder Executivo, inserida nos limites fixados pelo legislador, não pode permanecer ao alvedrio da Administração Pública sem que lhe sejam fixados parâmetros para efetivação dos ditames constitucionais. Dito de outra maneira, as políticas públicas, como meio de efetivação dos direitos sociais, devem ser implementadas de forma efetiva pelo Poder Público, sob pena de questionamento judicial. Não se está preterindo o entendimento de que as escolhas administrativas cabem ao Poder Executivo, mas que estas, desde que devidamente fundamentadas, devem ser respeitadas, não cabendo aos demais poderes usurpar as funções típicas de cada um dos outros poderes.

De acordo com Freitas (2004, p. 34), a função típica do Poder Executivo é a efetivação das políticas públicas, por meio da atuação administrativa que respeita sempre o princípio do interesse público, caracterizando-se este pela subordinação das ações administrativas à dignidade humana e ao respeito aos direitos fundamentais. Ocorre que o interesse público não deve ser confundido com o interesse do agente público, tampouco deve ser um interesse absoluto.

Cabe enfatizar, ainda, que, no atual constitucionalismo, a Constituição não deve ser entendida apenas como um simples registro da correlação de forças sociais existentes, mas

como dotada de força normativa, sendo mais do que um documento meramente jurídico⁹⁶. Para Hesse (1991, p. 9-15), a Constituição que deve prevalecer é a Constituição real, que procura imprimir ordem e conformação à realidade social e política. Dessa maneira, ao se reconhecer o caráter normativo da Constituição, significa dizer que suas disposições são vinculantes e obrigatórias.

Convém ressaltar, por oportuno, que com o advento do Estado Social, a Administração Pública não apenas se racionaliza, como acompanha um aumento da burocracia e, conseqüentemente, tem seu papel aumentado dentro do Estado. Isto significa dizer que há a primazia do Executivo em detrimento do Legislativo, principalmente se for analisada a ocorrência de um aumento do tamanho da máquina administrativa, como forma de efetivar o Estado Social. Neste ponto, conforme Viana *et al.* (2014, p. 20), é importante um fortalecimento dos mecanismos de controle entre os poderes, como forma de restabelecer o equilíbrio entre os poderes de Estado e, conseqüentemente, restabelecer o princípio democrático.

A própria Constituição Federal, em seu art. 2º, segundo Martins (2015, p. 311), preconiza que a relação entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, deve ser independente e harmônica, cada um exercendo de forma predominante as suas funções. Cabe assinalar que, para Silva (2019, p. 112), a divisão de atribuições entre os poderes não é absoluta, existindo mecanismos de interferência de um poder em outro, além do sistema de freios e contrapesos, como forma de restabelecer o equilíbrio necessário à realização do bem da coletividade.

Nesta toada, o papel desempenhado pelo Poder Judiciário passa a ser relevantíssimo, pois, com o advento do constitucionalismo moderno, a antiga concepção do Judiciário, circunscrito apenas às questões entre particulares, não vigora mais. Em torno deste poder cria-se uma nova arena, ocasião em que os procedimentos políticos de mediação cedem lugar aos judiciais e, assim, a política e a sociedade são invadidas pelo direito⁹⁷. Nas observações de Garapon (1996, p. 45), o sucesso da justiça é decorrente do descrédito das instituições

⁹⁶ Vale gizar que o entendimento da Constituição como um documento dotado de força normativa primeiramente foi defendido pelo Professor Konrad Hesse, em 1959, que se contrapôs ao entendimento defendido por Ferdinand Lassalle. Segundo este os fatores reais de poder formam a Constituição real do país, portanto, a concretização da Constituição ficava condicionada a atuação do legislador e da Administração Pública. Já a Constituição jurídica seria um pedaço de papel. Para Konrad Hesse (1991, p. 09), a Constituição transforma-se em força ativa caso exista a disposição de orientar a própria conduta segundo a ordem estabelecida.

⁹⁷ Garapon (1996, p.45-47) ressalta que o surgimento destes novos atores, no caso os magistrados, seriam os “guardiões das promessas” em que se depositariam as esperanças na busca por respostas não encontradas dentro das democracias clássicas).

políticas clássicas, tendo em vista o desinteresse público e, a partir disso, a justiça passa de uma posição secundária para o primeiro plano. Deve-se abrir um parêntese para asseverar que o descrédito verificado em relação aos demais poderes é decorrente de um Poder legislativo que não legisla e de um Poder Executivo que, dentro da nova concepção imposta pelo Estado Social, avolumou-se, transformando-se em um superpoder, usurpando, inclusive, as funções dos demais poderes⁹⁸.

Historicamente, o Poder Judiciário deve ser analisado sob duas perspectivas. O modelo advindo da clássica separação de poderes de Montesquieu passou por transformações nos séculos XVIII e XIX, tendo em vista a Revolução Industrial, que ocasionou forte impacto em relações às funções de justiça. Digno de registro que, durante o absolutismo, promoveu-se uma reforma das funções de justiça, pois, anteriormente, estas ficavam a cargo da aristocracia. De acordo com Arantes (2007, p. 80), houve uma centralização da Administração Pública e, conseqüentemente, uma redução do poder aristocrático.

Com o fim de regime absolutista e surgimento dos Estados Liberais, inicia-se uma nova fase de profundas transformações, que acarretaram o surgimento das primeiras constituições modernas. O Estado Liberal não apenas promoveu o surgimento da proteção a nível constitucional dos direitos e garantias individuais, como, de igual modo, desencadeou transformações no papel do tribunal. Este foi reconhecido como autônomo frente aos demais poderes, significando verdadeiro poder de Estado, e não apenas função estatal, valendo mencionar que o reconhecimento como Poder de Estado não se verificou em todos Estados Liberais. Consoante Arantes (2007, p. 80), é interessante que se destaque que a distinção entre o Poder Judiciário como Função de Estado ou como Poder de Estado, é decorrente da análise de dois modelos de justiça: o americano e o francês.

Com efeito, em que pese as constituições liberais americana e francesa terem suas origens no pensamento político liberal⁹⁹, o fato é que deram origem a dois modelos de Poder Judiciário, com acentuadas distinções. Deve-se ressaltar que o modelo americano conferiu ao

⁹⁸ Como exemplo deste superpoder, no caso do Brasil pós Constituição de 1988, verificou-se que as atribuições do Poder Executivo como editar medidas provisórias passaram a influir diretamente inclusive do processo legislativo de forma a provocar erosão no processo legislativo clássico. Muito acertadamente, Vianna *et al* (2014, p. 49-51) nominou de ativismo legislativo do Poder Executivo.

⁹⁹ Streck (2018, p. 37) destaca que há distinções claras entre o processo revolucionário liberal ocorrido na França e nos Estados Unidos. Na França a revolução burguesa empenhou-se em derrubar o *ancien régime*, através do forte componente estatal, conferindo autoridade ao legislador soberano. Já a revolução americana se firma no individualismo e no papel da Constituição como garantidor dos direitos e das liberdades individuais. O poder não deve ser uma ameaça as liberdades individuais. Há uma forte influência das ideias de Locke na Constituição americana; e de Montesquieu na Constituição francesa.

Poder Judiciário verdadeiro *status* de poder de Estado ao conferir à Suprema Corte americana o papel da *judicial review*¹⁰⁰, além da função de dirimir conflitos na seara privada. Assim, no sistema americano, o Poder Legislativo passava a sofrer controle do Judiciário. Já a experiência francesa não conferiu poder de Estado ao Poder Judiciário, mas apenas a atribuição de justiça comum. No modelo constitucional francês, o papel de destaque foi conferido ao Poder Legislativo, que encarna a vontade soberana¹⁰¹. Para Souza Neto e Sarmiento (2016, p. 76), havia uma desconfiança dos franceses em relação ao Poder Judiciário, visto que era associada ao antigo regime.

Portanto, da análise destes dois modelos de justiça conclui-se: nos países em que é conferida a atribuição ao Poder Judiciário de analisar a validade das normas jurídicas, revestindo-se nas funções de um verdadeiro tribunal especial, está-se diante de um sistema em que lhe é conferido a condição de um terceiro poder. Esta importante atribuição que o desloca do papel secundário de resolução de conflitos entre os particulares para o de responsável pela revisão judicial das normas, vem sendo adotado, de maneira crescente, em vários países e, assim, o Judiciário passa a ter maior relevância na estrutura dos Estados. De acordo com Arantes (2007, p. 90), a partir do momento em que se institucionaliza um tribunal com atribuições de proferir a última palavra tanto em matéria de direitos civis, quanto sobre questões relevantes para a sociedade, surgem discussões acerca da delicada interface entre o direito e a política. Dito de outra forma, indaga-se em que medida as decisões judiciais traduzem-se em indevida intervenção na política e se são legítimas, mormente a partir da perspectiva da efetivação dos direitos prestacionais por parte do Poder Judiciário.

Destarte, deve-se registrar que o modelo francês de Judiciário estava presente em muitos países europeus no início do século passado, sendo poucos os países que possuíam um mecanismo de revisão judicial, no molde americano, de suas leis¹⁰². Anteriormente, vigorava a

¹⁰⁰ O *judicial review* nada mais significa do que o controle de constitucionalidade das leis. É derivada da ideia liberal de que a Constituição é norma jurídica e que pode ser invocada pelo judiciário na resolução de conflitos. Ou seja, os juízes podem declarar a invalidade de determinada norma jurídica que seja contrária à Constituição, afastando a lei no caso concreto. Este posicionamento, consoante Souza Neto e Sarmiento (2016, p. 79), foi defendido por Hamilton, no *Federalista* nº 78, sendo utilizado pioneiramente pela Suprema Corte americana, no julgamento *Marbury v. Madison*, pelo juiz John Marshal.

¹⁰¹ Conforme tão bem ressaltou Arantes (2007, p. 82) ao se referir da Constituição francesa: “a primeira constituição democrática moderna não reservou papel político ao Judiciário[...] o texto de 1793 estabelece a supremacia do parlamento como órgão de soberania popular e, com base na ideia rousseauiana de *vontade geral*, fixou a supremacia da lei. ”. Na verdade, de acordo com Souza Neto e Sarmiento (2016, p. 76), o constitucionalismo francês inspirou-se na teoria do poder constituinte em que esta exprimia a vontade da nação, desvencilhando-se do poder anterior. Tal teoria do Poder Constituinte tem sua origem na obra *Qu'est-ce que le Tier État?* Do abade Emmanuel Joseph Sieyès.

¹⁰² Pioneiramente, já em 1920, a Áustria introduziu o controle de constitucionalidade das leis, sob a influência de Hans Kelsen. Embora o modelo austríaco fosse distinto do modelo americano, pois neste a atribuição de

centralidade da lei e a supremacia do parlamento. Consoante destaca Santos *et al.* (1995, p. 7-8), durante o Estado Liberal verifica-se as seguintes características, quando da atuação dos tribunais: a teoria da separação de poderes é acentuada; ocorre a neutralização política do Poder judiciário, que é decorrente do princípio da legalidade; o Judiciário somente atua quando provocado; os litígios de que se ocupam os tribunais são de cunho individual e as decisões só valem entre as partes; o princípio da segurança jurídica é sobrevalorizado e os tribunais estão submetidos ao princípio da subsunção à lei, daí a independência dos tribunais.

Porém, este modelo liberal foi paulatinamente sendo superado pela jurisdição constitucional, a partir do final da Segunda Guerra Mundial. Com a redemocratização de muitos países europeus que eram dominados por regimes totalitários, houve a introdução do princípio do controle de constitucionalidade¹⁰³. Com o advento da jurisdição constitucional, segundo Barroso (2014, p. 3), passou-se a vigorar a centralidade da Constituição e sua supremacia. Ainda conforme Barroso (2019, p. 256), entende-se por jurisdição constitucional a atribuição de interpretação da Constituição pelos órgãos judiciais. Contudo, não se trata apenas de interpretar a Constituição, mas de englobar a constitucionalização dos direitos fundamentais, que passaram a ficar não mais dependentes do processo político, passando a serem tutelados pelo Poder Judiciário.

3.1 Os argumentos desfavoráveis e favoráveis à judicialização das políticas públicas

A despeito dos entendimentos contrários ou favoráveis à judicialização das políticas públicas, não se pode deixar de fazer menção à existência destes argumentos e de sua importância dentro do contexto do atual papel desempenhado pelo Poder Judiciário. Sob este enfoque, surgiram a teoria procedimentalista – contrária à judicialização das políticas públicas – e a teoria substancialista – favorável à judicialização.

Tratam-se de duas propostas distintas de solução dos conflitos jurídicos, sob a perspectiva de valorização dos direitos fundamentais e da necessidade de conferir efetividade aos ditos direitos, imprimidas nas Constituições, principalmente, após a Segunda Guerra

analisar o controle de constitucionalidade é cabível a qualquer juiz conhecido como modelo difuso de controle, no modelo austríaco, consoante Arantes (2007, p. 91), foi criado um tribunal constitucional com monopólio da atribuição de controle de constitucionalidade, conhecido como modelo concentrado de controle das leis.

¹⁰³ De acordo com Barroso (2019, p. 257), atualmente, na Europa, apenas Reino Unido, Holanda e Luxemburgo não aderiram ao modelo da revisão judicial, permanecendo a supremacia do parlamento.

Mundial. As teorias têm como característica em comum o fato de reconhecerem o novel papel desempenhado pelo Poder Judiciário, que é decorrente da constitucionalização dos direitos fundamentais e do controle de constitucionalidade eminentemente concreto.

3.1.1 A tese procedimentalista: contrária à judicialização das políticas públicas

De acordo com o eixo procedimentalista, que tem nos jusfilósofos Habermas-Garapon¹⁰⁴ seus principais expoentes, um aspecto atual é a constatação da presença marcante do direito na política, o que acarretaria, como efeito, a atrofia da sociedade ativa. Essa atrofia verificada na sociedade seria decorrente do próprio Estado Social, haja vista que as conquistas sociais não seriam frutos de lutas dos grupos existentes, mas de uma prestação estatal. Assim, de acordo com Vianna *et al.* (2014, p. 24), os cidadãos acomodaram-se diante deste Estado provedor. A sociedade civil se habituou ao sistema burocrático, ocasião em que houve um superdimensionamento do tamanho da Administração Pública e de suas atribuições.

Segundo Vianna *et al.* (2014, p. 24-25), a democratização social ocasionou um efeito inverso, o qual consistia na estabilização dos movimentos sociais, na decomposição da política e em um processo de erosão do legislativo clássico. Com a retirada progressiva do Estado provedor e surgimento do Estado regulador – tendo em vista que sua atividade principal deixava de ser a prestação efetiva dos serviços públicos e passava a ser a fiscalização das atividades desempenhadas por um terceiro –, ocorreu uma mudança nas relações sociais, pois a segurança decorrente de um Estado Social não mais se fazia presente. Assim, ocorreu a migração da democracia para o Poder Judiciário, como uma nova âncora. Em vez de se promover a cidadania ativa, os indivíduos passaram a delegar a efetivação de seus direitos ao Judiciário. Caracterizar-se-ia, dessa maneira, a aproximação da política e das relações sociais do direito. No lugar de lutar e promover a política, a sociedade passou a delegar esta atribuição à justiça.

Garapon (1996, p. 47) enfatiza que a justiça é objeto de inversão, pois anteriormente se tinha uma posição secundária da justiça e, doravante, é deslocada para primeiro plano. Com isto, se antes os conflitos se constituíam como ameaças às relações sociais, hoje se transformaram numa possibilidade de socialização. Entendida, anteriormente, como conservadora, essa justiça adquire o papel de vanguarda das relações sociais. Os direitos

¹⁰⁴ A contribuição de Antoine Garapon e Jürgen Habermas, como críticos da judicialização das questões políticas, pode ser verificada a partir das obras *O guardador de Promessas: justiça e democracia* e *Direito e Democracia: entre facticidade e validade*, respectivamente.

deixam de ser garantidos pelo Estado para se tornarem garantidos pela justiça.

Convém ressaltar que uma das críticas apresentadas pela Teoria Procedimentalista está no fato de que com o deslocamento da democracia política para a justiça, em que os conflitos passam a ser dirimidos pelo Poder Judiciário, que detém a palavra final, poder-se-ia ocasionar a tirania das minorais, posto que passariam a deter uma legitimidade contestada, sob o ponto de vista da democracia, pois a vontade da maioria não foi delegada ao Poder Judiciário.

Outro crítico da judicialização, Habermas questiona a legitimidade do Poder Judiciário diante da vontade geral, já que este poder não detém esta legitimidade. A questão da separação de poderes mostra-se fundamental pois a atribuição de criar leis é do Legislativo, da mesma forma que não é atribuição do Poder Executivo usurpar a função típica do Judiciário, qual seja, a de julgar. Segundo Habermas (1997, p. 297), uma questão não resolvida é a referente à interpretação e como esta pode operar no âmbito da separação de poderes, sem que a justiça se arvore de competências do legislativo. Em outra passagem de sua obra, Habermas (1997, p. 297-304) enfatiza:

Não obstante, a lógica da divisão de poderes não pode ser ferida pela prática de um tribunal que não possui os meios de coerção para impor suas decisões contra uma recusa do parlamento ou do governo. A concorrência do tribunal constitucional com o legislador legitimado democraticamente pode agravar-se no âmbito do controle abstrato de normas. [...] Os críticos, apoiados mais em considerações históricas ou metódicas, constataam no Estado de direito e no desenvolvimento do sistema jurídico geral, um deslocamento preocupante dos pesos entre parlamentos e tribunais constitucionais.

Habermas, citado por Vianna *et al.* (2014, p. 28-29), menciona também que a comunidade de intérpretes da Constituição se faria presente na vida pública e não mediante a delegação aos tribunais. Tanto em Garapon quanto em Habermas, a cidadania ativa, e não os tribunais, estaria investida na capacidade de autorregulação da legitimidade democrática.

Como bem destaca Lima (2003, p. 203-204), embora o papel desempenhado pela jurisdição constitucional, principalmente nos estados autoritários, tenha apresentado pontos positivos, não se deve olvidar que as cortes constitucionais têm ultrapassado os limites democráticos da separação de poderes. Isto decorre, em grande medida, do controle de constitucionalidade das normas. Dessa forma, esse controle possui um caráter ambíguo, pois tanto é apresentado como um mecanismo de salvaguarda do princípio da separação de poderes, corrigindo os abusos de quem detém o poder, como, ao revés, é um instrumento que tolhe a vontade da maioria, pois confere legitimidade a quem não a detém, ofendendo,

portanto, o princípio democrático. Essa atuação ilegítima se justifica pelo fato de que a escolha dos membros do Judiciário não decorre da vontade direta do povo. Portanto, o produto das interpretações conferidas por estes tribunais não é decorrente da vontade legítima, eleita democraticamente.

O que se verifica, de acordo com Lima (2003, p. 218), é que existe uma incompatibilidade entre o princípio da soberania popular e o controle de constitucionalidade feito pelos tribunais. Em relação à corrente procedimentalista, conclui-se que a assunção e um novo papel por parte do Poder Judiciário é ilegítima, se for analisada sob o prisma da separação de poderes. Desta forma, a implementação das políticas públicas de saúde caberia ao Poder Executivo, sendo vedado aos tribunais usurpar desta função, tutelando-as de forma individual, como crescentemente assim tem feito.

3.1.2 A tese substancialista: favorável a judicialização das políticas públicas

Em entendimento oposto ao defendido pela corrente procedimentalista, podem ser citados os jusfilósofos Mauro Cappelletti e Ronald Dworkin que, a partir de uma perspectiva pragmática e baseada nos novos influxos oriundos do constitucionalismo moderno, tentam justificar a judicialização das políticas públicas. Digno de nota, outrossim, que esses pensadores não são contrários ao republicanismo da Revolução Francesa, mas não descartam a absorção dos novos processos não-revolucionários de modernização, entre estes, o novo papel desempenhado pelo Judiciário. Como decorrência das transformações verificadas na sociedade, de acordo com Vianna *et al.* (2014, p. 32), está a valorização da justiça, como guardiã dos princípios e valores fundamentais da Constituição.

Cappelletti (1999, p. 31) enfatiza que a atividade dos juízes estava atrelada a uma atuação meramente de declaração de direito, sendo incompatível falar-se em criação de direitos. Isso estava ligado a uma visão eminentemente formalista. Contudo, esse entendimento, mormente no século passado, passou a ser objeto de questionamentos, pois a atividade de julgar engloba questões complexas como economia, política e sociologia. O juiz não pode mais se ocultar detrás do entendimento do direito como norma preestabelecida, clara e objetiva, a qual baseia sua decisão, de forma neutra. Outro ponto abordado por Cappelletti (1999, p. 42), que contribui para a vanguarda da atividade do Judiciário, diz respeito às distinções verificadas entre a legislação com finalidade social, decorrente do Estado social, e a legislação tradicional. A atividade do Estado do Bem-estar social implica em prescrever

programas de desenvolvimento futuros e, portanto, de aumento da atividade legislativa que, por vezes, não legisla de forma efetiva.

Interessante salientar também, consoante Cappelletti (1999, p. 61-62), que a introdução dos direitos fundamentais nas Constituições, principalmente a partir do século XX, como reação aos abusos verificados pelos regimes autoritários, foi outro importante fator para o fenômeno da justiça constitucional, e, conseqüentemente, de nova significação do papel do Poder Judiciário.

Outra justificativa apresentada pelos substancialistas é que os Poderes Executivo e Legislativo não traduzem a vontade popular, mas a de grupos dominantes que usam de estratégias para imprimir a vontade de determinados grupos, que não se coadunam com os anseios maioria. Destarte, o Poder Judiciário teria o condão de contribuir para a capacidade dos grupos excluídos da suposta vontade da maioria terem vez e representatividade. Constatase que quando a vontade da maioria não é representada ocorre violação dos direitos e das liberdades fundamentais. Isto é, conforme Vianna *et al.* (2014, p. 34), a democracia não pode se resumir à vontade da maioria, pois muitas vezes esta não está efetivamente representada.

No entendimento de Barroso (2009, p. 19-20), a judicialização das questões políticas decorre de três causas:

- a) da redemocratização do país, que em seu bojo trouxe a vitalidade do Poder Judiciário que, por sua vez, deixou de ser um departamento técnico para se tornar um Poder de Estado;
- b) da constitucionalização abrangente, que trouxe para a Constituição matérias que antes eram afetas ao processo legislativo clássico¹⁰⁵;
- c) do sistema amplo de controle de constitucionalidade, que combina aspectos de dois sistemas diversos: o americano e o europeu, sendo predominante este último.

O produto da judicialização pode ser verificado a partir da aplicação direta da Constituição, da declaração de inconstitucionalidade das normas ou da imposição de condutas ou abstenções ao poder público.

Consoante Cappelletti e Dworkin¹⁰⁶, citados por Vianna *et al.* (2014, p. 34), a atuação na

¹⁰⁵ Para Barroso (2009, p. 20), esse fenômeno se iniciou com as Constituições de Portugal, em 1976, e com a da Espanha, em 1978.

¹⁰⁶ Para Dworkin, citado por Vianna *et al.* (2014, p. 34), a atuação da Suprema Corte americana, a partir do caso *Marbury versus Madison*, através da *judicial review*, contribuiu para a formação de uma sociedade mais

criação da jurisprudência também encontraria seu fundamento na interpretação conferida à Constituição. Portanto, o Poder Judiciário não estaria restrito à função de solucionar conflitos entre particulares, mas, de igual modo, é intérprete dos textos constitucionais, que não representam a vontade da suposta maioria. Assim, a partir de um viés de supremacia da Constituição, a intervenção judicial seria responsável por conferir efetividade aos comandos constitucionais, sendo responsável pela condução e transformação do conteúdo e alcance dos direitos fundamentais, com a interpretação das normas constitucionais. Portanto, de acordo com Barroso (2009, p. 24), questões políticas e sociais passariam a ser atribuição não apenas dos Poderes Executivo e Legislativo, mas também do Poder Judiciário.

3.2 A jurisdição constitucional e o papel do Supremo Tribunal Federal (STF) na efetivação do direito à saúde

O papel desempenhado pela jurisdição constitucional e a sua importância para a efetivação dos direitos sociais está atrelada à análise do papel desempenhado pelos tribunais, quanto ao tipo de postura que adota. Digno de nota que a atual posição de vanguarda, em se tratando de direitos fundamentais, não guarda correlação com a postura verificada pelos tribunais no passado. Como exemplos, podem ser citadas: a atuação da Suprema Corte americana, ao tentar anular a legislação do *New Deal* do Presidente Roosevelt, durante os anos de 1930; ou a atuação do tribunal alemão durante a Constituição de Weimar, quanto aos critérios duplos de punição para os casos de violência. Assim, verifica-se que, no passado, conforme Santos *et al* (1995, p. 2), a atuação dos tribunais marcava-se por uma postura conservadora, sem assimilação das transformações sociais, culturais e econômicas.

Em outras ocasiões, a atuação dos tribunais tem se mostrado garantidora dos direitos fundamentais por concretizá-los, mesmo quando inexistentes as políticas públicas que venham a implementá-los, tendo em vista que é frequente a omissão do Legislativo ou do Executivo. Adota-se, nesse diapasão, uma posição eminentemente garantidora destes direitos, trilhando o caminho da teoria substancialista, apresentada na subseção 3.1 deste trabalho. No entanto, conforme ressalta Santos *et al* (1995, p. 4), o novo protagonismo do Poder Judiciário partilha com o modelo anterior uma característica importante: traduz-se num confronto entre a classe política e a classe soberana (Poder Executivo). Logo, a judicialização dos conflitos políticos equivale a uma politização dos conflitos judiciais.

justa, pois estendeu o processo democrático a outras instituições que não apenas as majoritárias.

No Brasil, o sistema de controle de constitucionalidade existe desde a promulgação da primeira Constituição da República, qual seja a de 1891, e já previa a revisão judicial nos moldes do modelo americano, ou seja, em caráter difuso. A introdução do modelo de controle de constitucionalidade concentrado, tal como presente na Europa após a Segunda Guerra Mundial, somente ocorreu em 1965, a partir da emenda Constitucional nº 16¹⁰⁷. No entanto, o desenvolvimento do sistema de controle de constitucionalidade ocorreu efetivamente a partir da CF/88, já que os modelos de controle de constitucionalidade foram recepcionados e as atribuições do STF de exercer o controle de constitucionalidade concentrado foram, sobremaneira, expandidas¹⁰⁸.

A respeito do papel político desempenhado pelo STF, Cittadino (2000, p. 62-63) destaca que embora não tenha se convertido em uma Corte Constitucional, tal qual era o entendimento originário da constituinte de 1987, foi-lhe conferida a atribuição de guarda da Constituição, conforme previsto no *caput* do art. 102. Assim, a função de guardião da Constituição imprimida pelo atual texto constitucional remete ao caráter político que se assume. Afinal, a atribuição de declarar o sentido e o alcance das normas jurídicas traduz uma ação política ou de inexorável repercussão política. Se a própria Constituição não se definiu como um ordenamento neutro, pois está comprometida com determinados valores, quem dirá os procedimentos interpretativos. Contudo, estes procedimentos devem ser interpretados à luz da Constituição Federal, ou seja, reconhecendo-se a importância dos direitos e garantias fundamentais tidos como valores máximos.

Em conformidade com o que preleciona Vianna *et al.* (2014, p. 47), o controle de constitucionalidade exercido a partir das ações diretas de inconstitucionalidade, das ações declaratórias de constitucionalidade e das ações de arguições de preceitos fundamentais faz com que se tenha instrumentos de significativa importância tanto para a defesa dos direitos da cidadania, quanto para a racionalização da Administração Pública.

Desta forma, verifica-se a relevância que o Poder Judiciário passou a ter dentro das

¹⁰⁷ De acordo com sobredita Emenda Constitucional, o seu art. 2º determinava:
Art. 2º: As alíneas *c*, *f*, *i* e *k* do art. 101, inciso I, passam a ter a seguinte redação:
[...]

¹⁰⁸ k) a representação contra inconstitucionalidade de lei ou ato de natureza normativa, federal ou estadual, encaminhada pelo Procurador-Geral da República;

Registre-se que pós Constituição Federal de 1988 foram introduzidas novas formas de controle de constitucionalidade como a ação declaratória de constitucionalidade e a arguição de descumprimento de preceito fundamental - ADPF. A primeira introduzida pela Emenda constitucional nº 03, de 1993 e pela Lei nº 9.868, publicada em 10 de novembro de 1999. Já a ADPF foi introduzida por força de Lei nº 9.882, publicada em 03 de dezembro de 1999 (Barroso, 2019, p. 257).

democracias modernas e, como consequência, as principais questões políticas, sociais e econômicas passam pelo controle do Poder Judiciário. A atividade jurisdicional, de acordo com o que ensina Cittadino (2000, p. 65), não pode ficar adstrita à legalidade positivista e abstrata, destituída de dimensão política, pois a função de declarar o sentido e o alcance das normas jurídicas, especialmente das normas constitucionais, possui uma clara conotação política. A judicialização é uma decorrência desse novo modelo de justiça, em que o Poder Judiciário, devidamente provocado, deve se manifestar. Sem embargo, a forma como se dará essa manifestação é que tem sido objeto de controvérsias.

Por certo, a atuação judicial de forma a conferir efetividade aos comandos constitucionais, tem desencadeado questionamentos acerca da legitimidade de tais decisões, mormente se forem analisadas as práticas para efetivação dos direitos fundamentais que, a princípio, são de atribuição do Poder Executivo, nos limites impostos pelo Poder Legislativo. Assim, a controvérsia gira em torno da caracterização, ou não, do que se convencionou como ativismo judicial¹⁰⁹, pois, de acordo com Barroso (2014, p. 8), as questões constitucionais também podem estar atreladas às questões políticas e, assim, desaguarem em um uso impróprio do poder judicial.

No entanto, não se deve esquecer que a efetivação dos direitos fundamentais prestacionais deve ser objeto de análise do Poder Judiciário, quando este se deparar com a ausência de concretização destes direitos. Trata-se, portanto, de um uso legítimo da atuação judicial. Mencione-se que a atuação do STF, em matéria de saúde, não ficou adstrita ao campo das ações de controle de constitucionalidade ou ao âmbito das repercussões gerais, em recursos extraordinários. Destaque-se que foi realizada uma Audiência Pública nº 04, oportunidade em que o tema da saúde pública foi o foco¹¹⁰.

Impende gizar que a atuação paradigmática do STF em matéria de saúde pública aconteceu a partir do julgamento do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286/RS, que teve Celso de Melo como Ministro Relator. Naquela oportunidade, o STF assentou o entendimento de que o fornecimento gratuito de medicamentos era um dever

¹⁰⁹ O termo ativismo judicial foi utilizado, primeiramente, em um artigo que analisava a atuação da Suprema Corte americana durante o período do *New Deal*. Contudo, de acordo com Barroso (2014, p. 08), a locução ativismo judicial foi utilizada com mais ênfase para se referir ao período de 1954 a 1969 em que inúmeras decisões progressistas em matéria de direitos fundamentais, contudo, tais decisões foram dadas sem qualquer ato dos poderes legislativo e executivo.

¹¹⁰ Nesse sentido, importante destacar que por determinação do Conselho Nacional de Justiça, foi instituído o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, este fórum teve suas origens na Audiência Pública, nº 04, realizada em abril de 2009.

constitucional do poder público e que o direito à saúde era indissociável do direito à vida. Assim, a interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente¹¹¹. Esse julgamento tinha como objeto de análise a distribuição gratuita de medicamentos retrovirais pelo Poder Público. Esse entendimento foi reiteradamente aplicado pelo STF, não mais se restringindo aos medicamentos para portadores de HIV, e sim para vários procedimentos em saúde, que agora contavam com uma atuação do Judiciário para sua efetivação.

De início, conforme Wang (2013, p. 357), o tema do custo da saúde não era objeto de tutela perante o STF pois não havia discussões acerca do custo de tais direitos, por se entender que as questões orçamentárias eram secundárias e que não poderiam obstar o direito à saúde. Posteriormente, o entendimento do acesso à saúde de forma irrestrita, desvinculado das questões de custos, passou por modificações na corte.

Com efeito, a partir de 2007, observou-se que várias decisões desta corte passaram a reconhecer o direito à saúde, contudo, sem se furtarem à análise das condições orçamentárias existentes para efetivação da saúde. Ademais, passou-se a analisar o direito à saúde conjugado a outros fatores como, *verbi gratia*, a disponibilização ou não de determinado medicamento pelo sistema público de saúde¹¹². Em outros julgados, a questão dos custos dos medicamentos foram objeto de análise, contudo, o pedido de disponibilização dos medicamentos foi deferido, tendo em vista fatores como a hipossuficiência financeira dos postulantes ou a necessidade de continuidade do tratamento¹¹³.

À guisa de explicação, constata-se que a atuação do STF, em matéria de saúde, de início, foi no sentido de conferir máxima efetividade à saúde pública, sem levar em consideração as consequências financeiras, como custo dos medicamentos, e as condições

¹¹¹ Segundo Wang (2013, p. 353), os julgamentos efetuados pelo STF em matéria de saúde, até o ano de 2007, entendiam que o direito à saúde não poderia sofrer contingências financeiras, tratava-se de um direito fundamental e que era incumbência do poder público sua efetivação. A propósito, outros julgados do STF, em matéria de saúde, adotaram o mesmo entendimento do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286/RS, *verbi gratia*, o RE 198.265 e o RE 232.335.

¹¹² Deve-se enfatizar que, anteriormente, não havia restrições para o deferimento por parte do STF em se tratando de medicamentos não disponibilizados pelo SUS, contudo, a primeira decisão negando um medicamento não fornecido pelo sistema público foi dada na Suspensão de Tutela Antecipada nº 91 do Estado de Alagoas, julgado pela Ministra Ellen Gracie. De acordo com Wang (2013, p. 357), nesse julgamento, o STF entendeu que o Estado não estava obrigado ao fornecimento de medicamentos não disponibilizados pelos SUS.

¹¹³ Como exemplos, podem ser citadas as Suspensões de Segurança nº 3205 /AM e 3158/RN. Em ambos os julgados, de acordo com Wang (2013, p. 357), reconheceu-se que os medicamentos não faziam parte dos medicamentos disponibilizados pelos SUS, contudo, devido a condição de hipossuficiência dos postulantes, bem como a necessidade de continuidade do tratamento a obrigatoriedade de fornecimento por parte do Estado deveria ser mantida.

materiais. Posteriormente, algumas decisões passaram a tratar dos custos que as decisões em saúde podem acarretar. Apesar disso, não havia critérios predefinidos para o deferimento ou não de determinada tutela em saúde.

Consoante Maas e Leal (2018, p. 51), a primeira tentativa de sistematização dos requisitos que deveriam ser observados em se tratando de judicialização da saúde foi encampada pelo Ministro Gilmar Mendes, que, analisando os medicamentos de alto custo fornecidos pelo sistema público, por meio do Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175¹¹⁴ do Estado do Ceará e do Agravo Regimental em Suspensão de Liminar nº 47 do Estado de Pernambuco, fixou critérios que deveriam ser observados pelos demais tribunais nos julgamentos que envolvessem direito à saúde.

Ao se analisar o teor das decisões supra verificou-se que muito do que foi fixado, naquela oportunidade, acerca das questões complexas que envolvem a saúde pública, teve como amparo as experiências e os dados colhidos na APS nº 04, realizada pelo STF, em 2009. As questões levantadas na sobredita audiência tiveram o condão de fixar vários elementos que foram utilizados na STA AgR 175, servindo de parâmetros que devem ser observados.

O primeiro diz respeito à existência, ou não, de política estatal que abranja a prestação da saúde objeto de judicialização. Nesses casos das prestações incluídas nas políticas sociais e econômicas, o julgador não está criando política pública. É inconteste o direito subjetivo à parcela da saúde. Já o segundo parâmetro diz respeito ao fato de a prestação de saúde não estar entre as políticas ofertadas pelo SUS. Deve-se distinguir se a não prestação de saúde é decorrente de uma omissão legislativa, de um entendimento da própria Administração Pública em não a fornecer ou de uma vedação legal.

Ainda em relação a sobredita decisão, ficou assentado que os medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) não podem ser objeto de deferimento por parte do judiciário, pois a existência de registro na referida agência sanitária é uma garantia para a própria saúde pública, pois atesta a segurança e benefício do produto¹¹⁵.

¹¹⁴ Lapidar o entendimento do Ministro Gilmar Mendes acerca da necessidade de análise dos direitos sociais sob todos os aspectos “de toda forma, parece sensato concluir que, ao fim e ao cabo, problemas concretos deverão ser resolvidos levando-se em consideração todas as perspectivas que a questão dos direitos sociais envolve. Juízos de ponderação são inevitáveis nesse contexto prenhe de complexas relações conflituosas entre princípios e diretrizes políticas ou, em outros termos, entre direitos individuais e bens coletivos.” (STA AgR nº 175).

¹¹⁵ A própria decisão tratou de enfatizar que a necessidade de registro na ANVISA não é uma regra absoluto e que admite excepcionalidades, quando a própria agência sanitária importa medicamento sem registro de organismos multilaterais internacionais e utiliza-os em programas de Ministério da Saúde (STF, STA AgR nº

No caso da negativa da Administração Pública em fornecer o medicamento, eis que se deve analisar a existência de tratamento alternativo ofertado pelo SUS ou a inexistência de tratamento ofertado na rede pública de saúde. Ficou disposto ainda, neste julgado, que se deve priorizar os tratamentos ofertados pelo sistema público de saúde¹¹⁶. Por fim, a STA AgR nº 175 reconheceu a necessidade de que os protocolos clínicos do SUS estejam em constante atualização.

Em linhas gerais, a fixação de critérios a serem observados pelo Poder Judiciário, a partir das decisões proferidas na STA AgR 175 e repetidas no Agravo Regimental em Suspensão de Liminar nº 47, tiveram o condão de fixar parâmetros que passaram a ser seguidos pelos demais tribunais, quando da análise das ações que envolvam as prestações de saúde. Esses julgados fixaram critérios que, em maior ou em menor medida, começaram a ser observados em decisões posteriores em matéria de saúde. Contudo, deve-se salientar que em pesquisa realizada pelas pesquisadoras Maas e Leal (2018), constatou-se que os critérios utilizados na decisão proferida na STA AgR 175 não foram observados por decisões posteriores do próprio STF¹¹⁷. No entanto, deve-se destacar a importância deste julgado, pois fixou critérios que passaram a ser observados, inclusive, por outros tribunais, como o Superior Tribunal de Justiça¹¹⁸.

Muito embora se esteja analisando nesta subseção os julgados do STF em matéria de saúde pública, é interessante que se ressalte o julgamento do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, em que foi fixado o entendimento, perante o Superior Tribunal de Justiça (STJ), acerca do fornecimento de medicamentos não constantes dos atos normativos do SUS. Tal decisão alberga, exclusivamente, os medicamentos previstos no inciso I do art. 19-M, da Lei nº 8.080/90¹¹⁹. O STJ reconheceu que, em caráter excepcional, é possível o deferimento de

175).

¹¹⁶ Em caráter excepcional, a decisão também reconhece que se o tratamento público ofertado for ineficaz ou a comprovação da impropriedade da política pública ofertada, pode-se afastar o tratamento ofertado pelo SUS.

¹¹⁷ O trabalho em questão analisou 30 (trinta) julgados proferidos pelo STF pós “decisão da saúde”, como ficou conhecida a STA AgR 175. Da análise das decisões posteriores, de acordo com Maas e Leal (2018, p. 21), verificou-se que não há uma efetiva utilização dos parâmetros fixados naquela decisão pelo STF. Referido artigo foi publicado na Revista de Direito Público, sob o título: *A decisão da saúde pelo Supremo Tribunal Federal: uma análise dos parâmetros para judicialização da saúde*.

¹¹⁸ Como exemplo, cite-se o Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, ementado nos seguintes termos: ADMINISTRATIVO. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. TEMA 106. JULGAMENTO SOB O RITO DO ART. 1.036 DO CPC/2015. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTES DOS ATOS NORMATIVOS DO SUS. POSSIBILIDADE. CARÁTER EXCEPCIONAL. REQUISITOS CUMULATIVOS PARA O FORNECIMENTO. Relator do recurso: Ministro Benedito Gonçalves.

¹¹⁹ A propósito o art. 19-M da Lei 8.80/90 diz respeito “a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o

tutelas de saúde pelo Judiciário, desde que presentes cumulativamente os seguintes requisitos:

- a) comprovação, por intermédio de laudo médico devidamente fundamentado da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como ineficácia do tratamento ou fármacos fornecidos pelos SUS;
- b) incapacidade financeira do paciente arcar com o tratamento ou medicamento prescrito;
- c) existência de registro na ANVISA.

Vê-se que os requisitos da necessidade de comprovação da ineficácia do tratamento ofertado pelo SUS e da necessidade de registro já constavam na decisão paradigmática da STA AgR 175, proferida pelo STF e que foi acompanhada pelo STJ.

Por fim, impende gizar que em recente julgamento proferido pelo STF¹²⁰, em relação aos custeio de medicamentos de alto custo pelo Estado, sedimentou-se o entendimento, com repercussão geral, no caso, Tema 500, de que sobreditos medicamentos podem ser fornecidos pela Administração Pública, desde que observados os seguintes requisitos: não se trate de medicamento experimental; que exista registro na ANVISA do medicamento, sendo excepcionalmente admitido o deferimento de medicamentos sem registro sanitário¹²¹; as ações que demandem medicamentos sem registro na ANVISA devem ser ajuizadas em face da União, necessariamente. Digno de registro que o Recurso Extraordinário nº 566.471/RN, que versava a respeito do financiamento de alto custo de medicamentos pelo Poder Público, também foi objeto de julgamento na mesma ocasião.

À guisa de conclusão, verifica-se que o STF desempenha um relevante papel não apenas no que se refere a invalidar leis e atos normativos dos Poderes Executivo e Legislativo, mas é também representativo das demandas sociais que não são satisfeitas pelo Estado, mormente os direitos sociais, que não devem ser entendidos apenas como normas programáticas, mas como normas que possuem plena e imediata aplicabilidade, posto que também se tratam de direitos subjetivos e quem portanto, exigem uma atuação positiva do Estado para sua concretização. Assim, diante de omissão verificada, é legítima a atuação do Poder Judiciário como forma de

disposto no art. 19-P.”.

¹²⁰ Trata-se do Recurso Extraordinário nº 657.718/MG, que teve como relator o Ministro Marco Aurélio.

¹²¹ Os requisitos excepcionais que devem ser observados para o deferimento do medicamento sem registro sanitário são: (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. (RE nº 657.718/RG).

compelir o Poder Público à prestação do direito violado.

3.3 A legitimidade da Audiência Pública da Saúde (APS) no debate da saúde pública perante o STF

No contexto das transformações verificadas pela jurisdição constitucional no Estado Democrático de Direito, a Audiência Pública nº 04, realizada pelo STF, no ano de 2009¹²², foi relevante para debate das questões referentes à judicialização da saúde e tratou-se de uma forma legítima de conduzir o debate dos processos de saúde para o âmbito da sociedade. O tecnicismo que envolve os processos judiciais, naquela oportunidade, contou com a participação de profissionais da saúde, representantes do MS, da Defensoria Pública, do Ministério Público e de diversos representantes da sociedade civil, num total de 50 (cinquenta) participantes, para debater saúde e, assim, contribuir para que as decisões em matéria de saúde – e que são escopo das ações de saúde - contem com maior respaldo técnico.

Embora a audiência pública esteja prevista em leis que tratam do procedimento das ações de controle de constitucionalidade, como a Lei nº 9.868/99¹²³, que disciplina tanto o julgamento da Ação Declaratória de Constitucionalidade, quanto as Ações Diretas de Inconstitucionalidade, e a Lei nº 9.882/99¹²⁴, que trata do procedimento de julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, consoante Rech e Maas (2014, p. 07), trata-se de instituto pouco utilizado em termos de efetiva participação da sociedade no processo de jurisdição constitucional.

É de vigorosa importância o mecanismo das audiências públicas na democracia, tendo em vista que embora o sistema adotado pela República Federativa seja da democracia representativa, não se exclui a existência de mecanismos de democracia direta e que devem ser incentivados, mormente quando se depara com questões que estão em pauta, como o caso da saúde pública. Destarte, a importância da realização das audiências públicas é que permite uma participação mais ampla de segmentos da sociedade, principalmente com segmentos que

¹²² O teor dos debates que ocorreram encontra-se disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude&pagina=Cronograma>.

¹²³ De acordo com o parágrafo 1º do art. 20 da Lei nº 9.868/99: “em caso de necessidade de esclarecimento de matéria ou circunstância de fato ou de notória insuficiência das informações existentes nos autos, poderá o relator requisitar informações adicionais, designar perito ou comissão de peritos para que emita parecer sobre a questão ou fixar data para, em **audiência pública**, ouvir depoimentos de pessoas com experiência e autoridade na matéria” (grifo nosso).

¹²⁴ De acordo com o parágrafo 1º do art. 6º da Lei nº 9.882/99: “se entender necessário, poderá o relator ouvir as partes nos processos que ensejaram a arguição, requisitar informações adicionais, designar perito ou comissão de peritos para que emita parecer sobre a questão, ou ainda, fixar data para declarações, em **audiência pública**, de pessoas com experiência e autoridade na matéria” (grifo nosso).

possuem expertise na matéria versada na audiência. Registre-se que, segundo Rech e Maas (2014, p. 11), já foram realizadas várias audiências públicas junto ao STF, abordando os mais variados temas, tais como: programa mais médico, biografias não autorizadas, interrupção da gravidez em casos de fetos anencéfalos, políticas afirmativas de acesso à educação, *et coetera*.

De acordo com Machado e Dain (2012, p. 1022), especificamente em relação à Audiência Pública da Saúde, convocada pelo Ministro Gilmar Mendes, objetivava-se colher o depoimento de representantes da sociedade com experiência no SUS para esclarecer questões técnicas, administrativas, políticas e econômicas referentes à judicialização da saúde. Tratava-se, portanto, de matéria com amplo debate nos tribunais superiores e juízos singulares, e que, devido à sua complexidade, deveria ser tratada de forma técnica, mas também proporcionar a participação ampla de setores sociais. É interessante que se registre que, como justificativa para a designação da audiência pública em questão, apresentou-se como necessidade de se debater questões complexas. Na oportunidade, eram sopesados não somente as questões de saúde, mas também ade recursos públicos escassos, com vários pedidos de suspensões de segurança ou de tutela antecipada sendo apreciados pelo STF¹²⁵.

Deve-se ainda destacar a relevância que teve sobredita APS, pois possibilitou que temas antes não abordados pelo STF fossem objeto de posicionamento, como, *verbi gratia*, o entendimento do STF sobre medicamentos sem registro na ANVISA. Saliente-se que as justificativas apresentadas pelos técnicos da ANVISA, a respeito da importância de um medicamento contar com registro da agência sanitária, não se restringem ao controle da qualidade do produto, mas englobam outros pontos como a eficácia científica da droga e os efeitos supostamente colaterais. Outros temas que também foram abordados na APS dizem respeito à responsabilidade solidária, ou não, dos entes federados em matéria de saúde, bem como a validade dos laudos médicos subscritos por profissionais da rede privada, sem posterior análise dos profissionais do sistema público de saúde. Além da análise das questões técnicas e processuais que envolvem a judicialização da saúde, também foi objeto de a questão acerca da ausência de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000¹²⁶, suficiente para cobertura efetiva dos gastos que a saúde demanda.

Consoante já assentado nesse trabalho, muitas das decisões tomadas no julgamento da STA AgR 175 tiveram como base os depoimentos colhidos na supracitada audiência pública.

¹²⁵ Citem-se: STA nº 268, STA nº 198, STA nº 223 e a suspensão de liminar 228.

¹²⁶ Digno de nota que a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 apenas ocorreu com a Lei Complementar nº 141, editada 12 (doze) anos após a promulgação da emenda em alusão.

Assim, além das questões técnicas que os debates proporcionados pelo APS acarretaram, outro fator importante foi uma ampliação dos pontos a serem objeto da jurisdição constitucional. Conforme já mencionado alhures, o direito à saúde era entendido como uma decorrência lógica do direito à vida e as questões de custo, ou orçamentárias, não eram levadas em consideração. Assim, tratamentos dos mais diversos – inclusive em fase experimental – e medicamentos sem registro, bem como tratamentos de alto custo, passaram a ser deferidos pelo Judiciário, que à época não detinha respaldo técnico. Dessa forma, verifica-se a importância que a APS teve para a construção de soluções em relação à temática da saúde pública, não ficando adstrita à construção jurisprudencial, consoante se analisará adiante.

3.3.1 A criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no SUS

Com efeito, o desenvolvimento da medicina, a partir do surgimento de medicamentos mais eficazes e de tratamento de ponta, é decorrente das pesquisas desenvolvidas na área a devem, paulatinamente, serem incorporados à saúde. Ocorre que, em se tratando de saúde pública, a incorporação de tecnologias em saúde não ocorre de forma automática, sem que exista um controle da regulação. No caso do Brasil, a atribuição de fiscalizar a atividade sanitária é desempenhada pela ANVISA, que corresponde à edição de normas voltadas para a proteção e defesa da saúde¹²⁷.

No entanto, em se tratando de saúde pública e incorporação de novas tecnologias, além do controle e fiscalização da ANVISA, há a necessidade de observância do que determina a Lei nº 8.080/90. O fluxo de incorporação de tecnologias foi inicialmente feito através da edição da Portaria nº 152, que posteriormente foi revogada pela Portaria nº 3.323, ambas de 2006, editadas pela Secretaria e Atenção à Saúde do MS. O primeiro órgão a promover o controle das tecnologias foi a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC)¹²⁸. Dessa maneira, segundo Capucho (2012, p. 217), a incorporação de tecnologias passou ser cargo deste órgão, contudo, não havia prazo para manifestação acerca

¹²⁷ A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária ocorreu com a edição da Lei nº 9.782, publicada em 26 de janeiro de 1999. As atribuições da ANVISA encontram-se descritas no art. 8º, nos seguintes termos: incumbe à Agência, respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

¹²⁸ O CITEC foi criado através da Portaria nº 2.587, publicada em 30 de outubro de 2008, do Ministério da Saúde. De acordo com a portaria: o processo de incorporação ou retirada de tecnologias de saúde e de revisão de diretrizes clínicas, protocolos terapêuticos e assistenciais organizar-se-á com base em ações articuladas entre a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Secretaria de Atenção à Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (parágrafo único do art. 1º).

dos pedidos e estes eram analisados de acordo com as prioridades do MS.

Ocorre que a judicialização das questões de saúde não se deparou apenas com os pedidos de tratamentos de alto custos, mas também com tratamentos experimentais ou com novos tratamentos sem incorporação aos protocolos clínicos do sistema público de saúde. Isso acarretou um amplo debate acerca do acesso, ou não, a novas tecnologias em saúde, que não estavam albergadas pelo SUS, pois muitas liminares objetivam atender à prescrição de produtos de alto custo, de produtos recém-lançados no mercado internacional e que não foram incorporados ao sistema público nacional. Consoante ressaltaram Chieffe e Barata (2010, p. 422), estes produtos são de alto custo e nem sempre são mais eficazes que outros já existentes no sistema público de saúde, contudo, vem sendo disponibilizados judicialmente, tendo como fundamento a interpretação do direito universal à saúde e da responsabilidade do Estado em promovê-lo.

Ora, essa temática também foi objeto de debates durante a APS de 2009. Naquela oportunidade, se questionou a lentidão da CITEC em analisar os pedidos de incorporação das tecnologias pelo MS e, conseqüentemente, destas inovações serem ofertadas pelo SUS.

Com efeito, de acordo com Capucho (2012, p. 217), a incorporação de novas tecnologias pelo sistema público tem sido verificada e constatada de diversas maneiras, tanto por meios diretos, quanto indiretos, como pressões da indústria farmacêutica, dos profissionais da saúde, das associações que tratam de saúde e pelos cidadãos que buscam o Poder Judiciário para terem acesso às novas tecnologias. Assim, não fugiu aos escopos da APS a análise da necessidade de se discutir o direito ao acesso a meios mais eficazes de tratamento. Desta forma, os debates ocasionados pela sobredita audiência pública tiveram o condão de contribuir para a edição da Lei nº 12.401, publicada em 28 de abril de 2011, que culminou com a criação da CONITEC. A regulamentação desta lei coube ao Decreto nº 7.646, de 2011, que dispôs sobre o caráter permanente da comissão, que prima por assessorar o MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias em matéria de saúde.

A importância da CONITEC foi de conferir maior agilidade aos processos de análise de novas tecnologias, pois, doravante, fixou-se prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias para que os pedidos passassem a ser analisados¹²⁹.

¹²⁹ Na verdade, a Lei nº 12.401/12, alterou o art. 19 da Lei nº 8.080/90. Especificamente em relação ao prazo para análise dos pedidos de novas tecnologias:

Outra inovação é que a CONITEC passou a levar em consideração as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto de análise, além da avaliação econômica comparativa dos custos e dos benefícios em relação às tecnologias já existentes¹³⁰. Assim, em consonância com Capucho (2012, p. 221), só serão incorporados as tecnologias e os tratamentos que comprovarem ser efetivos e seguros. Ademais, a regulação com base em evidências tem o condão de responsabilizar o Poder Público na busca por tecnologias de saúde que se mostrem mais adequadas ao grau de desenvolvimento e disponibilidade da infraestrutura existente.

Como consequência da criação e regulamentação da CONITEC, a (RENAME, fornecida pelo sistema público, passou a contar com uma renovação mais célere, pois os medicamentos, para serem incorporados, passam pela análise de critérios técnicos, mais seguros e eficazes¹³¹. Interessante salientar que na última lista de medicamentos disponibilizados pelo serviço público de saúde – RENAME 2018 – foram incluídos 11 (onze) medicamentos e excluído 01 (um), tendo como fundamento as alterações realizadas pela CONITEC durante o período de março de 2017 a setembro de 2018¹³².

Em síntese, as modificações produzidas pela Lei nº 12.401/11, que desencadearam a criação da CONITEC e incorporaram a medicina baseada em evidências, contaram com os debates promovidos na APS nº 04, realizada pelo STF, criando uma verdadeira política de Estado, à medida que a comissão de incorporação das tecnologias trouxe inovações para o sistema público de saúde.

3.3.2 O Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde (NAT-JUS)

Ainda como consequência dos debates realizados no âmbito da Audiência nº 04, do

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

¹³⁰ Previsão legal: parágrafo 2º do art. 19-Q, da Lei nº 8.080/90.

¹³¹ De acordo com o art. 4º do Decreto nº 7.646/2011: À CONITEC compete:

I - emitir relatório sobre:

- a) a incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde; e
- b) a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; e

II - propor a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) nos termos do [art. 25 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011](#).

¹³² Os dados aqui apresentados tem por base as informações que constam no site do Ministério da Saúde, disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/renome>. Neste mesmo sítio eletrônico consta a última lista de medicamentos essenciais fornecida pelo SUS – RENAME.

STF, foi instituído, perante o CNJ, a Portaria nº 650¹³³, que tinha como objetivo aprofundar os estudos com vistas à prevenção de litígios e à adequada gestão dos processos em curso. A partir dos trabalhos realizados, mormente se for analisado que um dos muitos questionamentos quanto às demandas da saúde é sobre a necessidade constante de suporte técnico do Judiciário para embasar suas decisões, foi editada a Recomendação nº 31 do CNJ.

A recomendação em alusão foi publicada tendo como justificativas:

- a) discutir as questões relativas às demandas judiciais que objetivam o fornecimento de prestações de saúde, bem como a carência de informações clínicas prestadas aos magistrados a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores dessas demandas;
- b) a necessidade de prévia aprovação pela ANVISA, na forma do art. 12 da Lei nº 6.360/76 c/c a Lei nº 9.782/99, as quais objetivam garantir a saúde dos usuários contra práticas com resultados ainda não comprovados ou mesmo contra aquelas que possam ser prejudiciais aos pacientes;
- c) as reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde;
- d) a constatação de práticas não éticas de alguns laboratórios experimentais em não assistir aos pacientes envolvidos nas pesquisas;
- e) diversas autoridades e especialistas, tanto da área médica quanto da jurídica, manifestaram-se acerca de decisões judiciais que versam sobre políticas públicas existentes, assim como a necessidade de assegurar a sustentabilidade e gerenciamento do SUS¹³⁴.

Consoante Mariano *et al.* (2018, p. 182), reconhece-se que, na atividade de julgar demandas de saúde, os magistrados não se deparam apenas com questões jurídicas, mas, de igual modo, com questões médicas que fogem ao senso comum, necessitando, portanto, de suporte técnico que não se encontra à disposição dos julgadores. A importância da Recomendação nº 31 do CNJ foi no sentido de determinar que as escolas responsáveis pela

¹³³ A Portaria nº 650, publicada em 24 de novembro de 2009, pelo Conselho Nacional de Justiça, em seu art. 1º resolvia: “instituir, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, Grupo de Trabalho, para elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas referentes às demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”.

¹³⁴ As justificativas aqui apresentadas constam na Recomendação nº 31 do CNJ como considerações. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1195>. Acesso em: 12 jun. 2019.

formação dos magistrados incorporassem o direito sanitário nos programas de formação e aperfeiçoamento dos profissionais de seus quadros. Outro importante ponto objeto de recomendação foi acerca da necessidade dos tribunais de justiças dos estados, bem como dos tribunais federais, de firmarem convênios de apoio técnico, composto por médicos e farmacêuticos, para auxiliarem os magistrados na tomada de decisões.

Posteriormente, com base na Recomendação nº 107 do CNJ¹³⁵, foi editada a Resolução nº 238 do CNJ, de 06 de junho de 2016, em que foi instituída a implantação do NAT-JUS¹³⁶,¹³⁷, que tem como objetivo firmar parceria do Poder Judiciário com os profissionais da Saúde, para elaborar pareceres acerca da medicina baseada em evidências, observando-se, na sua criação, o disposto no parágrafo segundo, do art. 156, do Código de Processo Civil Brasileiro¹³⁸. Com efeito, conforme Mariano *et al.* (2018, p. 182), muito embora a sistematização do NAT-JUS tenha ocorrido por força da resolução nº 238/16, deve-se ressaltar que a medida já estava sendo estimulada pelo CNJ desde 2014¹³⁹.

Especificamente, no caso do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por meio do Termo de Cooperação Técnica nº 07/2016, foi firmado parceria com o Estado do Ceará, o Município de Fortaleza e o Hospital Universitário Walter Cantídio (UFC/EBSERH), para a prestação de serviços de suporte técnico médico e farmacêutico de assistência à saúde¹⁴⁰.

¹³⁵ A Recomendação nº 107 do CNJ institui o Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde.

¹³⁶ Teor do parágrafo 1º do art. 1ª da Resolução nº 238, de 06 de setembro de 2016, do CNJ.

¹³⁷ Digno de nota que anteriormente à criação do Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde (NAT-JUS), já havia entendimento no CNJ, desde 2014, da necessidade de se proceduralizar as informações de saúde através de consultas técnicas. Nestes termos, foi editado o Enunciado nº 03, da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ, com o seguinte teor: “recomenda-se ao autor da ação, a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária”.

¹³⁸ De acordo com o art. 156 do CPC:

O juiz será assistido por perito quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico.

§ 1º Os peritos serão nomeados entre os profissionais legalmente habilitados e os órgãos técnicos ou científicos devidamente inscritos em cadastro mantido pelo tribunal ao qual o juiz está vinculado.

§ 2º Para formação do cadastro, os tribunais devem realizar consulta pública, por meio de divulgação na rede mundial de computadores ou em jornais de grande circulação, além de consulta direta a universidades, a conselhos de classe, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e à Ordem dos Advogados do Brasil, para a indicação de profissionais ou de órgãos técnicos interessados.

§ 3º Os tribunais realizarão avaliações e reavaliações periódicas para manutenção do cadastro, considerando a formação profissional, a atualização do conhecimento e a experiência dos peritos interessados.

§ 4º Para verificação de eventual impedimento ou motivo de suspeição, nos termos dos arts. 148 e 467, o órgão técnico ou científico nomeado para realização da perícia informará ao juiz os nomes e os dados de qualificação dos profissionais que participarão da atividade.

§ 5º Na localidade onde não houver inscrito no cadastro disponibilizado pelo tribunal, a nomeação do perito é de livre escolha pelo juiz e deverá recair sobre profissional ou órgão técnico ou científico comprovadamente detentor do conhecimento necessário à realização da perícia.

¹³⁹ Nestes termos, de acordo com Mariano *et al.* (2018, p. 182-183), os enunciados da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ já sugeriam a utilização pelos magistrados de consultas ao Núcleo de Apoio Técnico ou Câmara Técnica.

¹⁴⁰ Em relação ao termo em referência, foi editada a Portaria nº 1536/2017, do Tribunal de Justiça do Estado do

Assim, efetivamente, as temáticas que foram objeto de discussão no contexto da Audiência Pública nº 04, do STF, referentes à necessidade de peritos para atuarem embasando os magistrados em questões de saúde, têm sido implementadas, contribuindo, portanto, para a qualificação das decisões prestadas. Em sínteses, os debates promovidos no decorrer da APS tiveram o condão de contribuir para uma discussão mais ampla de temáticas que fogem à questão eminentemente processual, pois auxiliaram a ampla participação de segmentos técnicos atrelados à saúde. Trata-se, portanto, de uma contribuição, dada pelo Judiciário, para a efetivação do direito à saúde, pois os debates promovidos no decorrer dos debates não ficaram circunscritos ao STF.

4 OS IMPACTOS DAS DECISÕES DA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ DE PRIMEIRO GRAU EM MATÉRIA DE SAÚDE EM FACE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

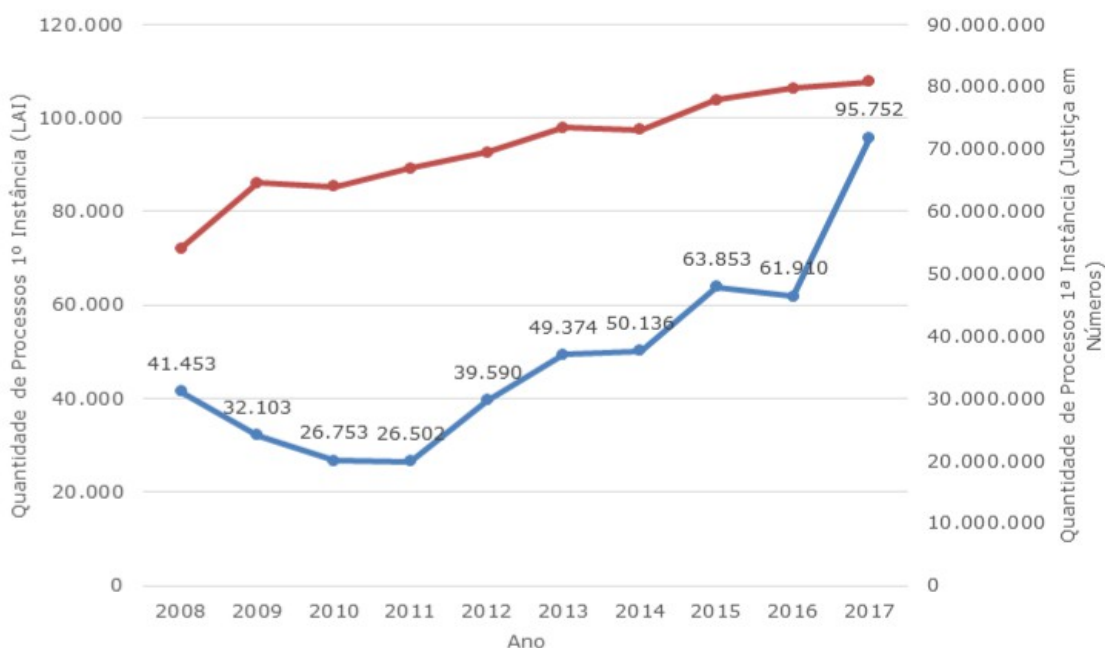
Em recente pesquisa apresentada pelo CNJ¹⁴¹ verificou-se que, durante os anos de 2008 a 2017, na justiça estadual de primeira instância, foram ajuizados 498.715 (quatrocentos e noventa e oito mil, setecentos e quinze), distribuídos em 17 (dezessete) justiças estaduais, e 277.411 (duzentos e setenta e sete mil, quatrocentos e onze) processos de segunda instância distribuídos em quinze tribunais estaduais¹⁴².

Merece relevo que os dados apresentados na citada pesquisa, no que tange à quantidade de processos ajuizados em matéria de saúde, durante os anos de 2008 a 2017, tiveram um aumento de 130% (cento e trinta por cento) nas demandas que tramitaram perante os juízos singulares. Comparativamente, em relação aos processos de segunda instância, houve um aumento de 85% (oitenta e cinco por cento). A seguir, podem ser verificadas os Gráficos 1 e 2, conforme os números apresentados na pesquisa em referência.

¹⁴¹ O último relatório do Conselho Nacional de Justiça foi publicado em maio de 2019, e retrata um levantamento com base na Lei de Acesso à Informação, nº 12.527, publicada em 18 de novembro de 2011. Disponível em <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em: 30 maio de 2019.

¹⁴² De acordo com o relatório foram os seguintes tribunais de justiça que encaminharam os dados: TJMG, TJPI, TJAL, TJPE, TJSP, TJMA, TJMS, TJES, TJAC, TJCE, TJRO, TJRN, TJDF, TJMT, TJSC, TJTO enviaram dados de primeira e segunda instância. Portanto, a pesquisa em apreço não reflete, em sua inteireza, a realidade da judicialização da saúde no Brasil, pois muitos tribunais deixaram de enviar os dados ou enviaram de forma incompleta.

Gráfico 1 – Evolução nº de processos de saúde em 1ª instância distribuídos por ano

Figura 7: Evolução Número de Processos de Saúde Distribuídos por Ano (1ª Instância)⁸

Fonte: Elaboração Própria. Números totais relativos aos tribunais listados na seção 2.1.1.

Fonte: CNJ (2019, p. 46).

Gráfico 2 – Evolução nº de processos de saúde em 2ª instância distribuídos por ano

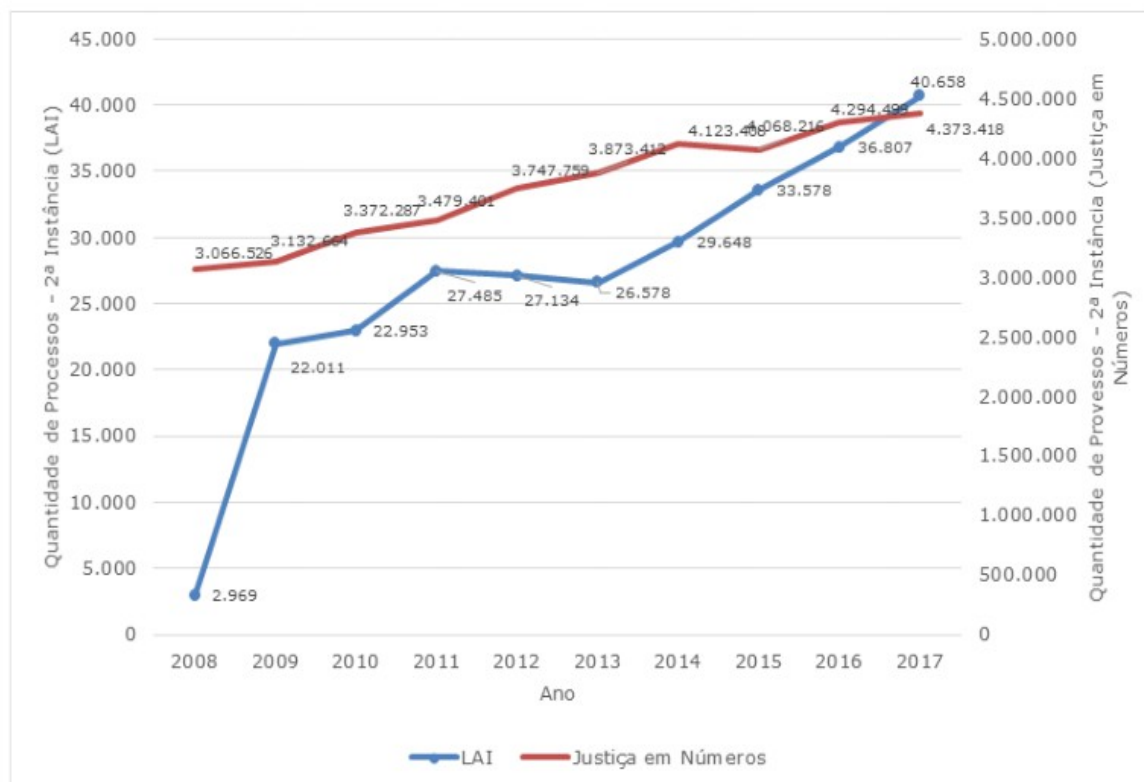


Figura 8: Evolução Número de Processos de Saúde Distribuídos por Ano (2ª Instância)

Fonte: Elaboração Própria.

Fonte: CNJ (2019, p. 47).

Entre objetivos da pesquisa verificou-se:

O principal objetivo desta pesquisa foi o de contribuir para a compreensão da judicialização da saúde por meio de uma análise de representatividade nacional, com classificação que identifique tipos de demandas e características das decisões judiciais. Esse diagnóstico oferece elementos que podem orientar políticas judiciais para o aprimoramento da solução de conflitos na área. (CNJ, 2019, p. 14.).

A pesquisa em alusão apresentou dados em geral acerca da judicialização da saúde, tanto no âmbito das justiças estaduais, quanto no das federais. Assim, a pesquisa coletou dados tanto levando em consideração as decisões proferidas no juízo singular quanto no âmbito do colegiado. É interessante enfatizar o caráter múltiplo que uma pesquisa deste patamar apresenta, pois, as realidades econômicas, sociais e culturais que englobam as diversas regiões do Brasil também devem ser levadas em consideração. Por fim, cabe registrar que as informações coletadas levam em consideração não apenas a saúde pública, mas também a saúde suplementar.

Quanto às conclusões apresentadas, o relatório aponta:

A conclusão síntese que traz a pesquisa é a constatação de que não há um único fenômeno de judicialização da saúde, mas sim uma variedade considerável de assuntos, motivos de litigar e consequências sobre as políticas de saúde pública e de saúde suplementar, sobre oferta de serviços de assistência à saúde e sobre a sociedade de um modo geral. Essa miríade de assuntos está por trás da complexidade já revelada pela literatura ao tratar o tema. Desta conclusão decorre que é fundamental identificar e, na medida do possível, isolar os tipos de judicialização da saúde para que se possa compreender melhor o fenômeno e, a partir dessa compreensão, fundamentar a proposição de ações para os diversos atores envolvidos. (CNJ, 2019, p. 15).

Desse modo, os dados disponibilizados em última pesquisa feita pelo CNJ, intitulada “*A judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*”, apresenta um amplo perfil das ações que englobam a temática da saúde, mas infelizmente a pesquisa não apresentou, de forma detalhada, dados sobre a judicialização em cada unidade da federação, mas apenas de alguns Estados como o de São Paulo. Desta forma, não há como fazer, fidedignamente, uma comparação entre as informações colhidas nessa dissertação e os apresentados pelo último relatório do CNJ, posto que este último mostra um perfil amplo e é apresentado de forma genérica.

No caso deste trabalho, que se restringem aos processos judiciais de primeira instância na Justiça Estadual do Ceará, levou-se em consideração as ações interpostas apenas pela Defensoria Pública do Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza. Destes processos, foram analisados, empiricamente, apenas aquelas em face do Município de Fortaleza, de caráter

individual, que tratem da saúde pública, durante os anos de 2016 a 2018. A justificativa para a análise apenas das ações em face do Município de Fortaleza, consoante mais adiante se verificará, concentra-se no fato de que com a descentralização administrativa, os municípios passaram a ser responsáveis pela principal forma da prestação da saúde pública, que é a atenção básica.

Os dados gerais são os seguintes:

Tabela 1 – Ações em face do Município de Fortaleza

Ações em Face do Município de Fortaleza	Ano 2018	Ano 2017	Ano 2016
Ajuizadas em face do Município de Fortaleza	821	548	466
Ajuizadas em face do Estado do Ceará	1767	1560	1175

Fonte: Pesquisa de campo (2019).

Tabela 2 – Distribuição dos processos por varas

Distribuição dos Processos por Varas	Total Ano 2016	Total Ano 2017	Total em 2018
JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDÁRIOS	364	456	747
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	102	72	40
INFÂNCIA	0	22	26
FAMÍLIA	0	00	01

Fonte: Pesquisa de campo (2019).

Tabela 3 – Distribuição dos processos por regional/domicílio do autor

Distribuição dos Processos por Regional/Domicílio do Autor	Ano 2016	Ano 2017	Ano 2018
REGIONAL I	66	70	95
REGIONAL II	57	67	90
REGIONAL III	49	75	97
REGIONAL IV	56	52	121
REGIONAL V	102	112	179
REGIONAL VI	130	163	240
CENTRO	5	6	6
EUSÉBIO	1	0	0
ARACOIABA	1	0	0
HORIZONTE	1	1	0
FORTIM	1	1	0
BATURITÉ	0	1	0
JAGUARIBE	0	1	0
JAGUARIBARA	0	0	1
ITAITINGA	0	0	1

Fonte: Pesquisa de campo (2019).

Tabela 4 – Natureza da demanda

Natureza da Demanda	Ano 2016	Ano 2017	Ano 2018
Medicamentos	92	122	156
Procedimentos cirúrgicos	14	11	9
Leitos de UTI/enfermaria	0	3	1
Órteses/próteses	4	3	9
Consultas	20	41	88
Fraldas descartáveis	179	273	429
Equipamentos	126	153	218
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	4	24	26
Alimentação especial	168	103	182
Insumos:	174	146	199
Lentes	1	0	1
Transporte adaptado	0	1	0

Fonte: Pesquisa de campo (2019).

Verifica-se que nos três últimos anos foram ajuizadas 6.337 (seis mil trezentas e trinta e sete) ações pela Defensoria Pública Estadual do Ceará, na justiça estadual de primeira instância, em matéria de saúde pública. Desse total, 1.835 (hum mil oitocentas e trinta e cinco) foram em face do Município de Fortaleza. Dessa forma, a pesquisa em apreço passa a analisar estas informações e as implicações destas decisões nas políticas públicas de saúde do Município de Fortaleza, notadamente quanto à atenção básica.

4.1 A atuação descentralizada na saúde em atenção básica do Município de Fortaleza

Consoante apresentado nas seções anteriores, no que se refere à criação do SUS, analisou-se que este é garantido constitucionalmente de forma universal e igualitária e que foi capaz de proporcionar um amplo acesso aos serviços públicos de saúde, diferenciando-se dos períodos anteriores de desenvolvimento sanitário do país. No entanto, para que estes serviços fossem efetivamente implantados, fazia-se necessária uma modificação da forma como eram prestados. Assim, para que os objetivos fossem atingidos, o SUS deveria ser organizado segundo as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da ampla participação da comunidade, tal qual determina o art. 198 da Constituição Federal.

Com efeito, historicamente, a saúde pública, principalmente nos primeiros anos da república, teve o condão de tornar o Governo Federal como grande responsável pelas principais políticas de saúde pública. Isso contribuiu para reafirmar o papel centralizador do Estado. Destarte, anteriormente à promulgação da atual Constituição, durante a realização da 8ª CNS, debateu-se a necessidade de descentralização dos serviços públicos de saúde, principalmente quanto à postura que o Estado deveria adotar, já que a centralização era uma

das principais características do regime político anterior. Portanto, a partir da ruptura com a ordem anterior, aliada à oportunidade de se redesenhar a atuação da saúde pública, tornou-se possível a implantação do atual modelo de saúde pública.

Outro fator importante para a concretização do atual modelo foi o reconhecimento da atenção básica de saúde como porta de entrada do sistema público de saúde, pois, para tornar a saúde mais efetiva, esta deveria pautar sua atuação na atenção básica, como forma, inclusive, de prevenção das doenças. Assim, o processo de descentralização da saúde pública desencadeou uma mudança na forma de prestação dos serviços públicos de saúde. A descentralização, segundo Bodstein (2002, p. 404), não significou apenas uma nova forma de administrar, mas permitiu um maior controle e participação social na tomada de decisões, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Por conseguinte, a atenção básica da saúde, que outrora ficava a cargo do governo federal, foi transferida para a municipalidade (FANTI, 2009, p. 11).

Não se trata de tarefa fácil, pois como bem destacou Bodstein (p. 404, 2002), os municípios não gozam da mesma organização político-institucional que os estados e a União, destacando-se: a ausência de corpo técnico burocrático, dependência financeira em relação aos demais entes federados, a presença mais enfática de posturas antidemocráticas, como o clientelismo, descontinuidade administrativa e a dificuldade de contratação de corpo técnico mais qualificado. Estes são indicadores que justificam a deficiência constatada em muitos municípios, no que diz respeito à oferta de serviços de saúde pública.

Como dito, entre as diretrizes do atual sistema público de saúde, encontra-se a descentralização administrativa, com direção única em cada uma das esferas de governo (inciso I, do art. 198, da Constituição Federal). A garantia constitucional de um sistema público de saúde, de maneira descentralizada, somente ocorreu com a edição das Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Estas leis, além de estabelecerem as normas gerais para o funcionamento da saúde, determinaram as transferências de recursos financeiros para que os serviços públicos de saúde fossem implementados a nível municipal. Contudo, somente com a edição da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, publicada em 1993, NOB/93, por intermédio da Portaria nº 545/93, é que efetivamente se iniciou o processo de descentralização

administrativa das ações e serviços de saúde^{143, 144}.

Posteriormente, consoante Bodstein (2002, p. 405), novas medidas de incentivo ao processo de descentralização foram incluídas com a edição da NOB/96¹⁴⁵. A importância desta gira em torno da implementação de muitas medidas previstas na NOB/93, passando o Município a gerenciar todo o atendimento à saúde em seu território. Cabe destacar, ademais, que um dos requisitos para a efetivação da descentralização da saúde pública foi a constituição, no âmbito municipal, dos CMS. No caso do Município de Fortaleza, o Conselho Municipal de Saúde foi criado pelo Decreto Municipal nº 8.417, de 05 de dezembro de 1990, que foi alterado pela Lei Municipal nº 8.066 de 08 de outubro e 1997¹⁴⁶.

A atenção básica, que faz parte da Política Nacional em Atenção Básica (PNAB)¹⁴⁷, encontra-se definida no Anexo XXII, nos seguintes termos¹⁴⁸:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Deve ser desenvolvida de forma descentralizada e com o mais alto grau de capilaridade, caso contrário, estará fadada ao insucesso, uma vez que se trata da principal forma de entrada

¹⁴³ Entre os fundamentos do processo de descentralização da gestão da saúde encontram-se:

- a) descentralização deve ser estendida entendida como um processo implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas entre as três esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social;
- b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;
- c) o estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;
- d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regulamente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde.

Tais fundamentos encontram-se na introdução da NOB/93. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em 25 jun. 2019.

¹⁴⁴ Conforme destacou Bodstein (2002, p. 405), a importância da NOB/93 foi que “estabeleceu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS, incluindo estados e municípios, sob três modalidades: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena”.

¹⁴⁵ Com o advento da NOB/96, as modalidades de gestão da saúde municipal deveriam ser enquadradas da seguinte forma: gestão plena da atenção básica ou gestão plena do sistema municipal. A NOB/96 foi publicada no Diário Oficial da União em 06 de novembro de 1996. Disponível https://conselho.saude.gov.br/legislacao/n_obs96.htm. Acesso em 25 jun. 2019.

¹⁴⁶ Legislação disponível em: <http://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/wp-content/uploads/file/download/documentos/legislacao/78.pdf>, sendo regulamentada pelo Decreto nº 12.104, de 10 de outubro de 1996. A competência do CMSF encontra-se descrita no art. 2º da Lei nº 8.066/97.

¹⁴⁷ Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída por intermédio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

¹⁴⁸ A Definição do conceito da atenção básica encontra-se no Anexo XXII, da Portaria de Consolidação nº 2 do Sistema Único de Saúde, disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsoLidacao/Matriz-2-Politic.html>. Acesso em: 12 jul. 2019.

dos usuários no sistema público de saúde.

No nível municipal, a principal forma de planejamento do SUS é por meio do Plano Municipal da Saúde (PMS)¹⁴⁹, que deverá contemplar as principais necessidades da população em um recorte temporal de quatro anos, apontando qual caminho a gestão municipal deverá se basear. O PMS foi instituído e regulamentado, respectivamente, pela Lei nº 8.080/90 e Decreto nº 7.508/11, também constando disposições acerca do PMS na Lei Complementar nº 141/2012.

No caso do Município de Fortaleza, a atuação na atenção básica inicia-se nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ocorre que mesmo que haja a atuação descentralizada, voltada para o atendimento integral, pode haver situações nas quais a população se depare com a ausência de atendimento em determinados serviços que devem ser ofertados pelo sistema público de saúde, por intermédio da atenção básica. Diante da ausência ou deficiência de atendimento, uma das vias encontradas para fazer valer o acesso à saúde de forma ampla a integral, tem sido a judicialização da saúde.

Segundo Cappelletti (1999, p. 8), o acesso à justiça, em que pese ser de difícil definição, deve ser entendido sob duas finalidades básicas: a de resolução de conflitos sob a tutela estatal e/ou a de um sistema pelo qual as pessoas passam a reivindicar e garantir seus direitos. No caso da saúde pública, o acesso à justiça traduz-se como uma das formas de garantia de direitos.

4.2 A delimitação da pesquisa: as decisões judiciais em saúde no âmbito individual

Consoante dito, é de bom alvitre destacar que os dados apresentados neste trabalho levaram em consideração apenas as ações judiciais de cunho individual, ajuizadas perante a Justiça Estadual do Ceará de primeira instância e pelo NUDESA, da Defensoria Pública Estadual do Ceará. Como justificativa para o não detalhamento das ações coletivas, em matéria de saúde pública, tem-se a diminuta quantidade destas ajuizadas pela Defensoria¹⁵⁰.

¹⁴⁹ O Plano Municipal de Saúde de Fortaleza foi editado para o quadriênio 2018-2012. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/_Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021_.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

¹⁵⁰ Registre-se que durante os anos de 2016 a 2018, pela Defensoria Pública Estadual do Ceará, foram aforadas apenas 03 (três) processos coletivos com a temática de saúde pública. A ação nº 0112130-58.2018.8.06.000 trata da necessidade de restabelecimento pelo Município de Fortaleza do tratamento ofertado pela rede pública para pacientes com glaucoma, o qual foi suspenso por falta de repasse financeiro. A ação nº 0120624-09.2018.8.06.0001 trata acerca da necessidade de fornecimento de medicamentos pelo Hospital Albert Sabin

Embora englobem interesses de cunho difuso, coletivo ou individuais homogêneos¹⁵¹ e, portanto, de uma maior quantidade de usuários dos serviços de saúde, a pequena quantidade de ações poderia comprometer o foco da pesquisa, que é o de apresentar um panorama da judicialização da saúde pública no âmbito municipal. Enfatizando que apenas as ações que tiveram como litigante passivo o Município de Fortaleza, o qual é responsável pela atenção básica, é que foram analisadas de forma detalhada.

Em contrapartida, nas demandas individuais há uma ampla atuação, em regra, através de ações de obrigação de fazer, que seguem ou o rito dos juizados especiais fazendários¹⁵², para pedidos cujo valor do proveito econômico não seja superior a 60 salários-mínimos, o rito ordinário do Código de Processo Civil, para as demais ações que excedam o valor de 60 salários-mínimos (fazenda pública comum) ou que digam respeito à interesse de criança ou do adolescente (vara da infância e juventude). Insta enfatizar que uma mesma ação pode englobar vários pedidos de forma cumulada como, *verbi gratia*, alimentação especial, insumos, equipamentos e fraldas descartáveis.

Em relação às informações colhidas foram analisados: a quantidade de ações judiciais, bem como dos tipos de pedidos e de consultas feitas ao NAT-JUS, além do número de julgamentos favoráveis e desfavoráveis. Dessa forma, chegou-se ao total de 1.835 (hum mil oitocentos e trinta e cinco) processos para este perfil, conforme se verificará.

4.2.1 Ações ajuizadas em face do Município de Fortaleza durante o ano de 2016¹⁵³

do Estado do Ceará, tendo em vista que os medicamentos estavam em falta, prejudicando muitas crianças e adolescentes. O processo de nº 0188689-56.2018.8.06.0001 que versa sobre a suspensão do tratamento fornecido a crianças autistas pela Fundação Casa Esperança, que antes era custeado pelo Município de Fortaleza.

¹⁵¹ Embora não seja foco da pesquisa o entendimento do que sejam interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos, tratam-se de direitos transindividuais e a definição encontra-se na Lei nº 8.078/90, no art. 81: A defesa dos interesses e direitos dos consumidores e das vítimas poderá ser exercida em juízo individualmente, ou a título coletivo.

Parágrafo único. A defesa coletiva será exercida quando se tratar de:

I - interesses ou direitos difusos, assim entendidos, para efeitos deste código, os transindividuais, de natureza indivisível, de que sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato;

II - interesses ou direitos coletivos, assim entendidos, para efeitos deste código, os transindividuais, de natureza indivisível de que seja titular grupo, categoria ou classe de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base;

III - interesses ou direitos individuais homogêneos, assim entendidos os decorrentes de origem comum.

¹⁵² Lei nº 12.153, de 22 de dezembro de 2009.

¹⁵³ Os dados aqui apresentados tiveram como base a consulta feita eletronicamente ao portal e-SAJ do Tribunal de Justiça do Ceará durante o mês de maio de 2019. Todos os processos objeto de consulta encontram-se nos apêndices deste trabalho.

De acordo com levantamento feito, durante o ano de 2016, foram ajuizados 1.641 (hum mil seiscientos e quarenta e um) processos (Gráfico 3) com a temática de saúde. Desse total, 466 (quatrocentos e sessenta e seis) tiveram como litigante passivo o Município de Fortaleza. Assim, de acordo com o levantamento dos dados, 71,61% do total de processos individuais ajuizados em 2016, sobre saúde pública, foram em face do Estado do Ceará, e 28,39% foram ajuizados em face do Município de Fortaleza.

Especificamente, em relação à distribuição de processos (Gráfico 4) ajuizados em face do Município de Fortaleza, a maioria foi distribuído para uma das quatro varas dos juizados especiais da Fazenda Pública da Comarca de Fortaleza. Dos 466 (quatrocentas e sessenta e seis) feitos ajuizados, 78,11% foram distribuídas para os juizados especiais fazendários¹⁵⁴ e 28,89% para as varas comuns fazendárias. Portanto, os dados mostram que a grande maioria dos processos são considerados de valor inferior a 60 (sessenta) salários-mínimos.

Outra análise da pesquisa foi em relação ao julgamento das ações (Gráfico 5), bem como às consultas feitas ao NAT-JUS. Constatou-se que 87,55% dos processos tiveram julgamento favorável, 10,51% foram julgados improcedentes e apenas 1,94% dos processos estão pendentes de julgamento.

Relativo às consultas ao NAT-JUS, houve apenas uma consulta¹⁵⁵. Assim, embora seja um recurso disponível para embasar as decisões judiciais, durante o ano de 2016, para os processos que são foco deste trabalho, a utilização foi insignificante.

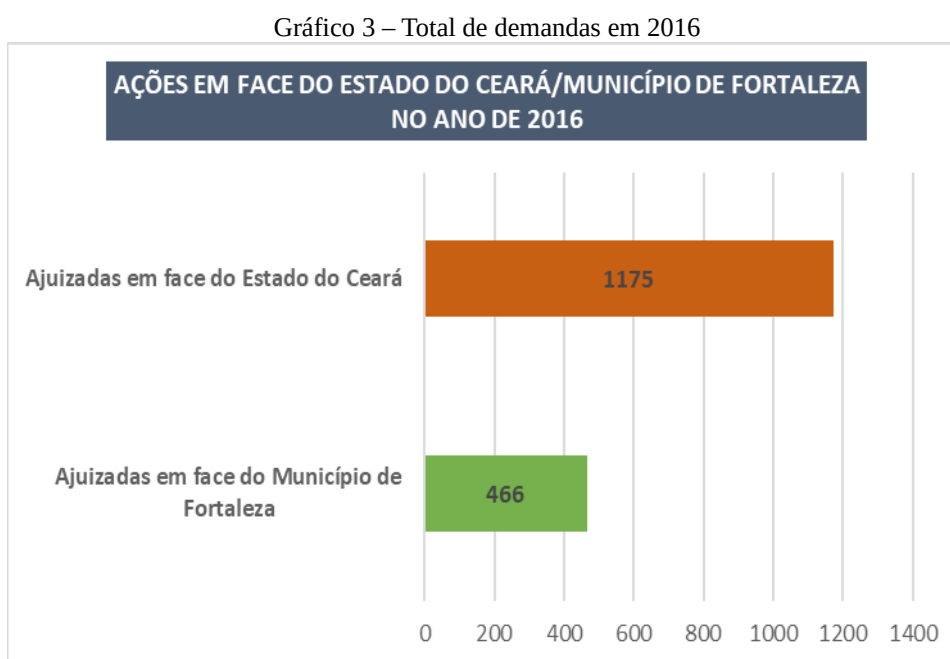
No que diz respeito à natureza das demandas (Gráfico 6), os pedidos mostraram-se diversificados: transporte adaptado, insumos, alimentação especial, tratamento com equipe multidisciplinar, internação compulsória, equipamentos, fraldas descartáveis, consultas médicas, órtese e prótese, procedimentos cirúrgicos e medicamentos. A pesquisa ainda apontou a inexistência de pedidos referentes a leitos ou unidades de terapia intensivas. Os cinco maiores pedidos foram de fraldas, insumos, alimentação especial, equipamentos e

¹⁵⁴ De acordo com a Lei nº 16.397, publicada em 16 de novembro de 2017, existem 11 (onze) varas de fazenda pública e 04 (quatro) varas de juizados especiais fazendárias na Comarca de Fortaleza (art. 50, VI e XVIII).

¹⁵⁵ Ao se analisar o processo de nº 0167024-52.2016.8.06.0001, fl. 82, que tramitou na 9ª Vara da Fazenda Pública da Comarca de Fortaleza, foi feita consulta ao NAT-Jus em relação aos medicamentos trileptal, topiramato e frisium. Em parecer técnico, foi constatado que os medicamentos topiramato e frisium fazem parte da lista de medicamentos do RENAME, e que o fármaco trileptal não está na lista do RENAME e pode ser substituído por outro medicamento ofertado pelo SUS. Desta forma, a decisão judicial liminar foi no sentido de negar o fornecimento público apenas do medicamento trileptal. Posteriormente, em sede de sentença o juízo determinou que este medicamento que não consta da relação do RENAME também fosse disponibilizado pelo Município de Fortaleza.

medicamentos¹⁵⁶.

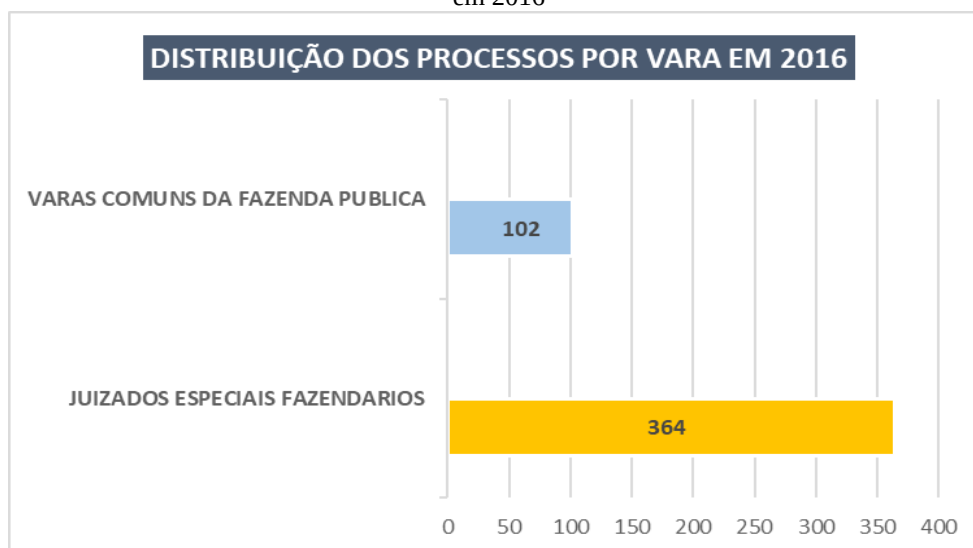
Convém ressaltar, por oportuno, que não obstante a Secretaria de Saúde Municipal ser obrigada a fornecer fraldas descartáveis e equipamentos, estas não se tratam de prestações afetas à saúde pública. Em verdade, há discussões se são itens de asseio pessoal ou se são da área de saúde, pois caso sejam considerados de higiene pessoal devem ser atendidos como assistência social e não saúde pública. Conquanto, haja vista essa controvérsia, o que se tem verificado é que estão sendo disponibilizados como itens de saúde pública.



Fonte: Pesquisa de campo(2019).

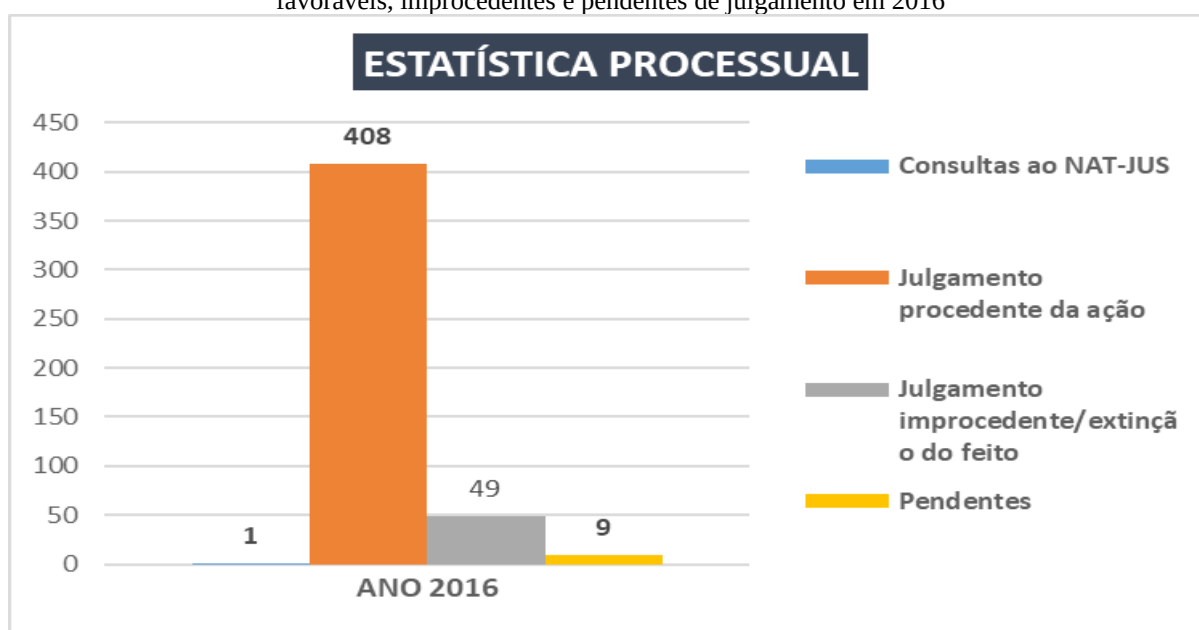
¹⁵⁶ Os principais pedidos englobaram, por ordem decrescente: fraldas (179 pedidos), insumos (174 pedidos), alimentação especial (150 pedidos), equipamentos (126 pedidos) e medicamentos (92 pedidos).

Gráfico 4 – Distribuição de processos entre os juizados especiais fazendários e varas comuns da fazenda pública em 2016



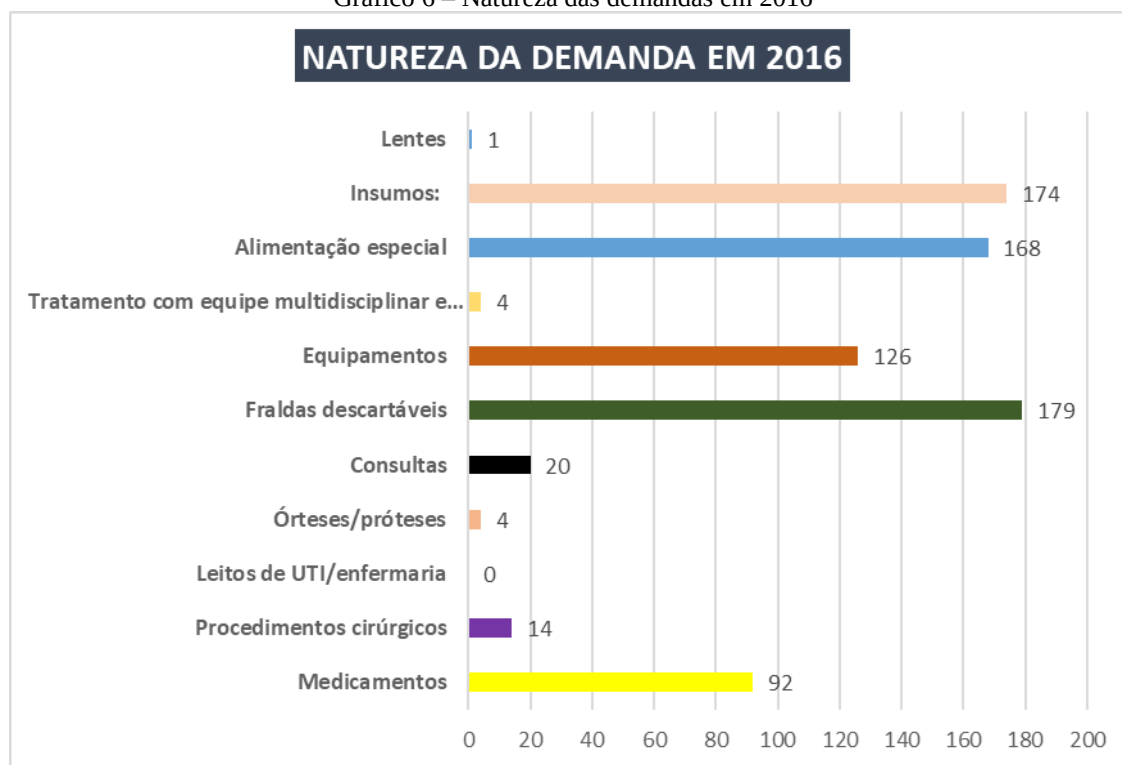
Fonte: Pesquisa de campo (2019).

Gráfico 5 – Consultas ao Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde (NAT-JUS), julgamentos favoráveis, improcedentes e pendentes de julgamento em 2016



Fonte: Pesquisa de campo (2019).

Gráfico 6 – Natureza das demandas em 2016



Fonte: Pesquisa de campo (2019).

4.2.2 Ações ajuizadas em face do Município de Fortaleza durante o ano de 2017¹⁵⁷

Merece relevo que no ano de 2017 foram aforados 2.108 (dois mil cento e oito) processos com a temática de saúde pública, na justiça estadual do Ceará (Gráfico 7). Desse total, 1560 (hum mil quinhentos e sessenta) tiveram como polo passivo o Estado do Ceará em contraposição a 548 (quinhentos e quarenta e oito) ações em face do Município de Fortaleza. Isso significa dizer que 74% dos pedidos judiciais que englobavam saúde pública foram ajuizadas em face do Estado e 26% foram em face do Município de Fortaleza. Comparativamente, em relação à quantidade de ações ajuizadas entre 2016 e 2017 em face do Município de Fortaleza, houve um aumento de 17,6% das demandas propostas.

Especificamente, dos 548 (quinhentos e quarenta e oito) processos que tiveram como litigante passivo o Município de Fortaleza (Gráfico 8), constatou-se que foram distribuídas para as varas dos juizados especiais da Fazenda Pública um total de 456 (quatrocentos e cinquenta e seis) processos, cerca de 83,21%. Já em relação aos processos distribuídos para as

¹⁵⁷ Em relação ao ano de 2017, os dados apresentados tiveram como base pesquisa feita ao sistema eletrônico e-SAJ, do Tribunal de Justiça do Ceará, feita durante o mês de abril de 2019. Todos os processos objeto de consulta encontram-se em anexo nos apêndices.

varas comuns fazendárias foram 72 (setenta e duas) ações, representando a porcentagem de 13,13%. Por fim, constatou-se que foram ajuizados, para a 3ª Vara da Infância e Juventude da Comarca de Fortaleza, 20 (vinte) processos, que representaram 3,6%^{158, 159}.

Verificou-se ainda, no que diz respeito aos julgamentos de processos (Gráfico 9), que houve 91,97% de julgamentos favoráveis e 4,93% de julgamentos improcedentes. Digno de registro que apenas 3,10% dos processos encontram-se pendentes de julgamento até abril de 2019.

No que concerne às consultas feitas ao NAT-JUS, verificou-se que durante o ano de 2017 apenas 03 (três) consultas foram realizadas¹⁶⁰.

Em ato contínuo, referente à natureza das demandas (Gráfico 10), os pedidos foram diversificados: transporte adaptado, insumos, alimentação especial, tratamento com equipe multidisciplinar, internação compulsória, equipamentos, fraldas descartáveis, consultas médicas, órtese e prótese, procedimentos cirúrgicos, leitos, UTI e medicamentos. Os cinco maiores pedidos foram de fraldas, insumos, alimentação especial, equipamentos e

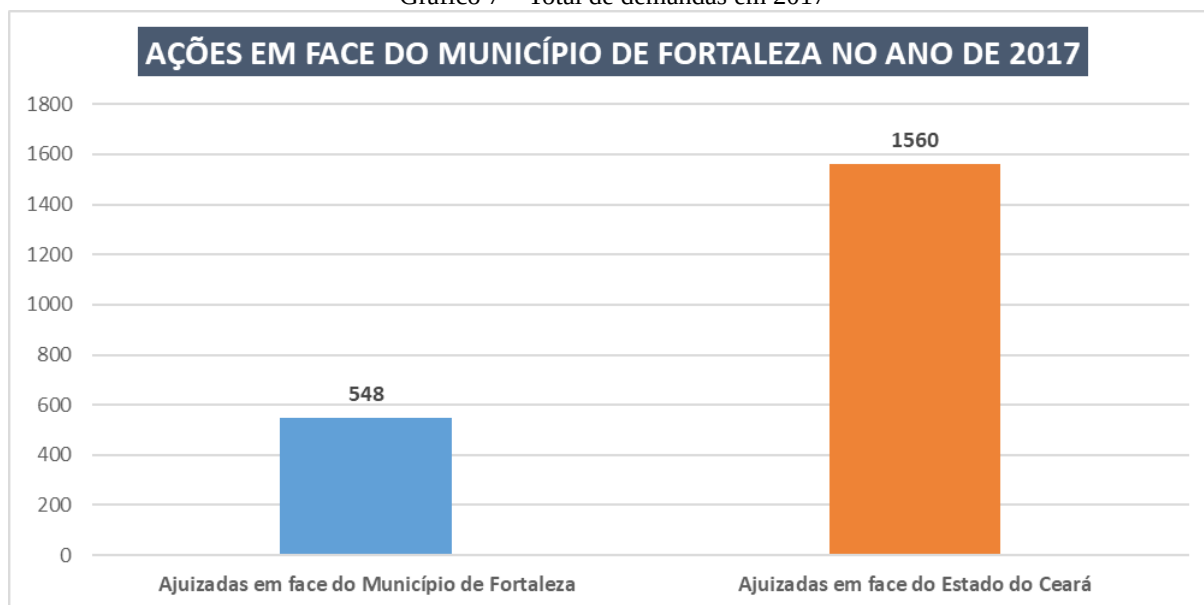
¹⁵⁸ Digno de registro que, a partir de 2016, os juízos fazendários, nas ações que englobavam interesse de criança e/ou adolescente, passaram a suscitar conflito de competência, sob o pálio de que deveriam ser redistribuídas para as varas de infância. Em decisão do Tribunal de Justiça do Ceará foi sedimentado o seguinte entendimento (ementa): PROCESSO CIVIL. CONFLITO NEGATIVO DE COMPETÊNCIA ENTRE JUÍZOS DE JUIZADO ESPECIAL FAZENDÁRIO E DE VARA DA FAZENDA PÚBLICA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA COM PRECEITO COMINATÓRIO. PODER PÚBLICO. NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO A HIPOSSUFICIENTE ECONOMICAMENTE. DIREITO À SAÚDE. POLO ATIVO DA DEMANDA OCUPADO POR MENOR ABSOLUTAMENTE INCAPAZ. INTERESSES INDIVIDUAIS, DIFUSOS OU COLETIVOS INERENTES À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE. COMPETÊNCIA ABSOLUTA DAS VARAS DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE. PRECEDENTES DO STJ. POSSIBILIDADE DE RESOLUÇÃO DA LIDE E REDISTRIBUIÇÃO DO FEITO A JUÍZO ALHEIO AO CONFLITO. PRECEDENTES DO STJ E DESTE TRIBUNAL (Conflito de competência: CC 0000719-47.2017.8.06.0000 CE 0000719-47.2017.8.06.0000).

¹⁵⁹ Na Comarca de Fortaleza existem 05 (cinco) varas privativas de infância e juventude, contudo, apenas a 3ª Vara da Infância e Adolescência possui competência em processar e julgar as ações da natureza cível (arts.50, XV e 67 da Lei Estadual nº 16.397, publicada em 16 de novembro de 2017).

¹⁶⁰ Os processos que foram objeto de consulta ao Núcleo de Apoio Técnico Judiciário para Demandas da Saúde – NAT-Jus, foram:
 1º) 0139506-53.2017.8.06.0001, contudo a resposta à consulta não foi anexada aos autos e o processo encontra-se suspenso;
 2º) 0159972-68.2017.8.06.0001, a ação requeria o fornecimento de insulinas e insumos para tratamento de diabetes tipo 01 de adolescente. O parecer do NAT-Jus concluiu: Os medicamentos com os tipos de insulina ultrarrápida (análogos ultrarrápidos) insulina *Glulisina (Apidra®)*, *Lispro (Humalog®)* e *Asparte (Novorapid®)*, e os de longa duração (análogos lentos) insulina *Glargina (Lantus®)*, *Degludeca (Tresiba®)* e *Detemir (Levemir®)* são aprovados pela ANVISA e têm indicação no tratamento do diabetes mellitus tipo 1. Apesar de não constarem no RENAME 2017, existem evidências científicas quanto ao seu uso e não há contra-indicação ao seu emprego em pacientes pediátricos. O processo foi julgado procedente (Grifo nosso);
 3º) 0192180-08.2017.8.06.0001, consulta em relação ao medicamento trileptal 60 ml/mg, a recomendação do parecer foi no sentido do fornecimento do medicamento pela rede pública. Posteriormente, o processo foi extinto, sem resolução de mérito, pois a parte promovente passou a receber regularmente pelo sistema

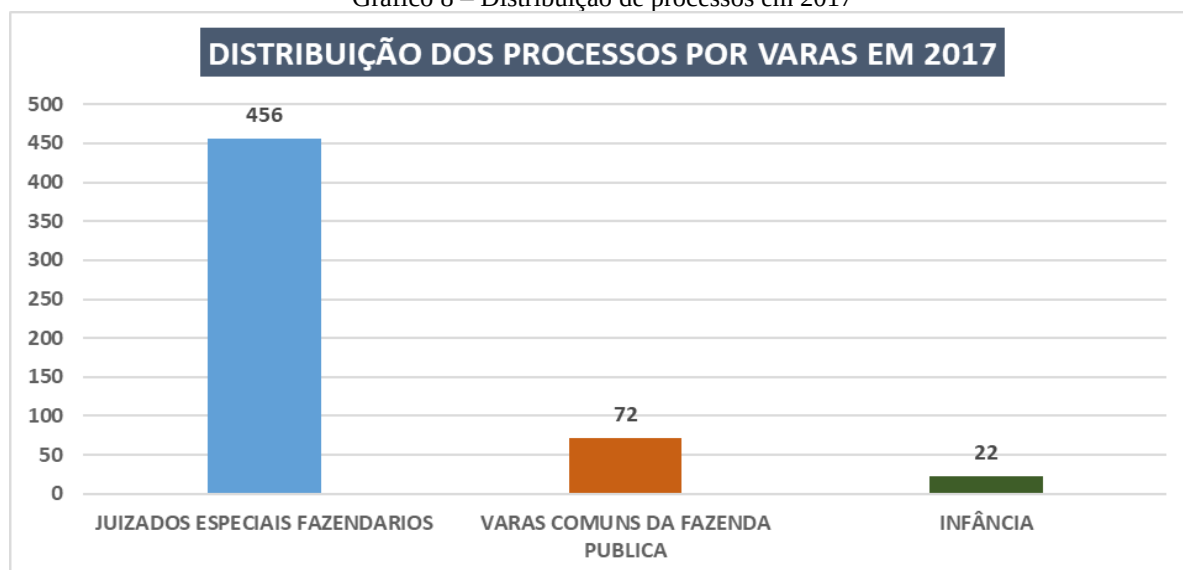
medicamentos¹⁶¹. Consoante já dito, a controvérsia em relação às fraldas descartáveis e aos equipamentos é em relação à natureza de saúde, ou não, que estes pedidos possuem.

Gráfico 7 – Total de demandas em 2017



Fonte: Pesquisa de campo (2019).

Gráfico 8 – Distribuição de processos em 2017

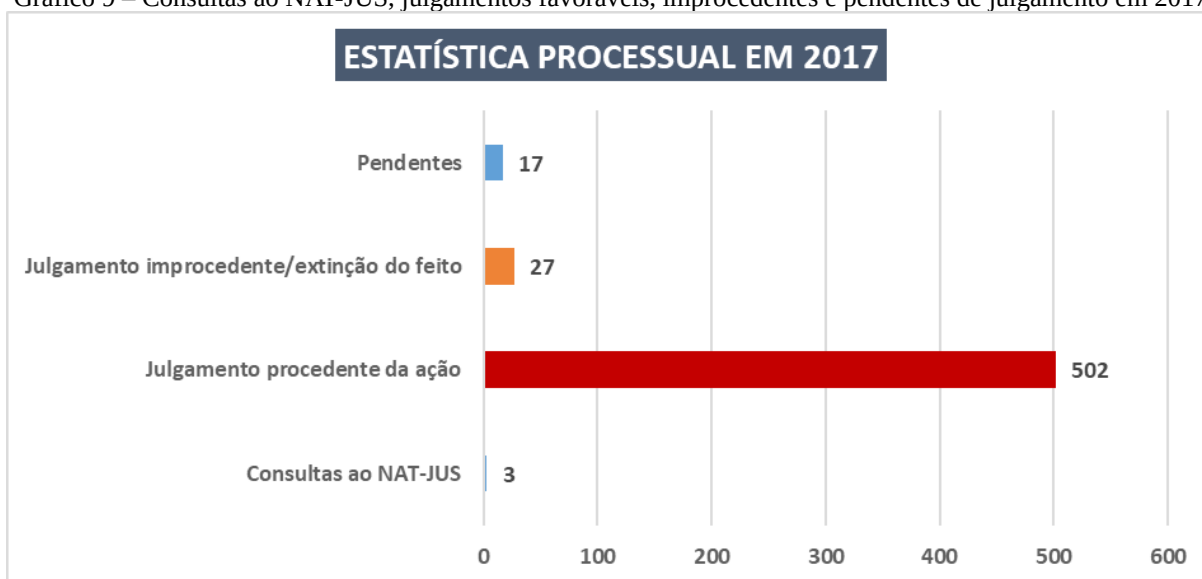


Fonte: Pesquisa de campo (2019).

público, sem necessidade da continuidade do pedido judicial (Grifo nosso).

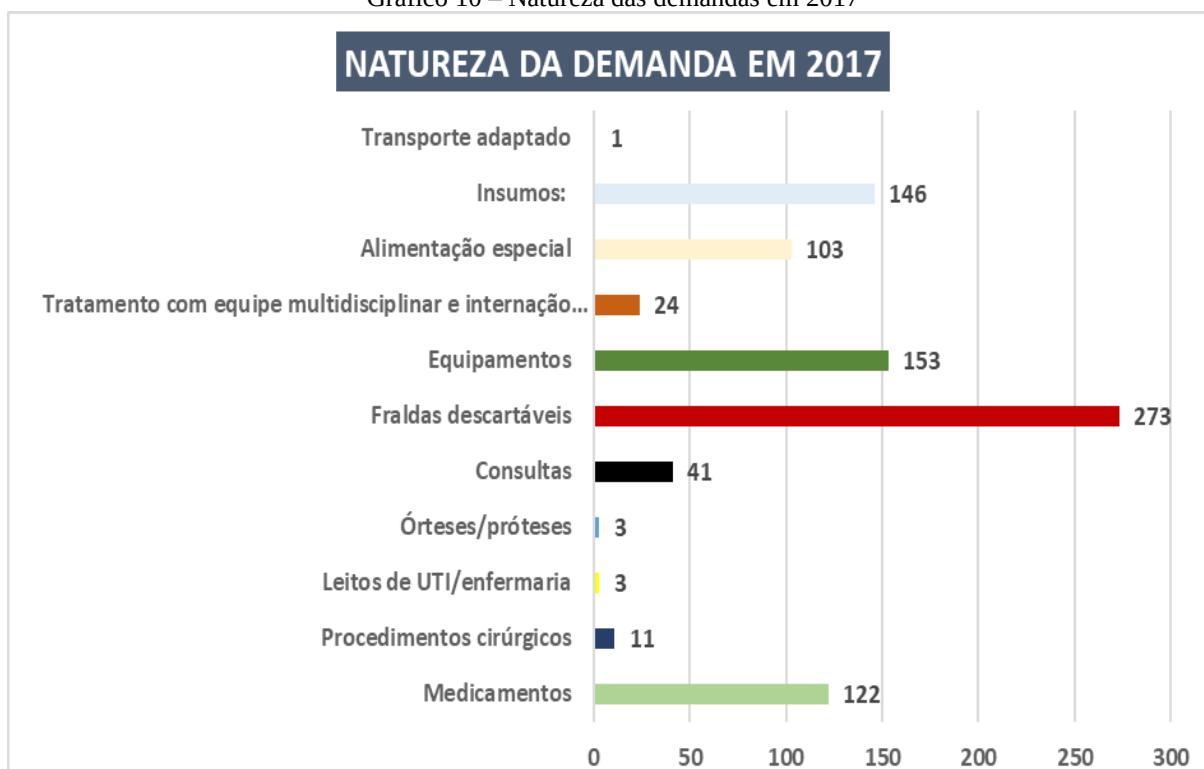
¹⁶¹ De acordo com o levantamento feito, em ordem decrescente, os cinco principais pedidos foram: fraldas descartáveis (273 pedidos), equipamentos (153 pedidos), insumos (146 pedidos), medicamentos (122 pedidos) e alimentação especial (103 pedidos).

Gráfico 9 – Consultas ao NAT-JUS, julgamentos favoráveis, improcedentes e pendentes de julgamento em 2017



Fonte: Pesquisa de campo (2019).

Gráfico 10 – Natureza das demandas em 2017



Fonte: Pesquisa de campo (2019).

4.2.3 As ações ajuizadas em face do Município de Fortaleza durante o ano de 2018¹⁶²

Destaque-se que no ano de 2018 foram ajuizados 2588 (dois mil quinhentos e oitenta e oito) processos (Gráfico 11), referentes à saúde pública na justiça estadual de primeiro grau do Ceará. Desse total, 1767 (hum mil setecentos e sessenta e sete) ações foram em face do Estado do Ceará e 821 (oitocentos e vinte e um) em face do Município de Fortaleza. Ou seja, cerca de 68,27% dos processos tiveram como litigante passivo o Estado do Ceará e 31,73% o Município de Fortaleza. Em comparação com a quantidade de ações ajuizadas em 2017, em face do Município de Fortaleza, houve um aumento de 49,8%.

Os dados apontam que dos 821 (oitocentos e vinte e um) pedidos ajuizados em face do Município de Fortaleza (Gráfico 12), constatou-se que foram distribuídos para as varas dos juizados especiais da Fazenda Pública, em um total de 757 (setecentos e cinquenta e sete) processos, cerca de 92,20%. Referente aos distribuídos para as varas comuns fazendárias, foram 40 (quarenta) ações, perfazendo o percentual de 4,87% dos processos. Ainda foram distribuídos 23 (vinte e três) processos para a 3ª Vara da Infância e Juventude, que representaram 2,80% do total. Por fim, houve um pedido de saúde pública que tramitou na 14ª Vara da Família da Comarca de Fortaleza-CE¹⁶³.

Verificou-se ainda, no que diz respeito aos julgamentos de processos (Gráfico 13), que houve 92,32% de julgamentos favoráveis e 2,68% de julgamentos improcedentes. Ressalte-se que apenas 5% das ações não foram julgadas. Concernente às consultas feitas ao NAT-JUS, a pesquisa apontou que, durante o ano de 2018, apenas 05 (cinco) consultas foram realizadas¹⁶⁴.

Com relação à natureza das demandas (Gráfico 14), os pedidos apresentaram-se

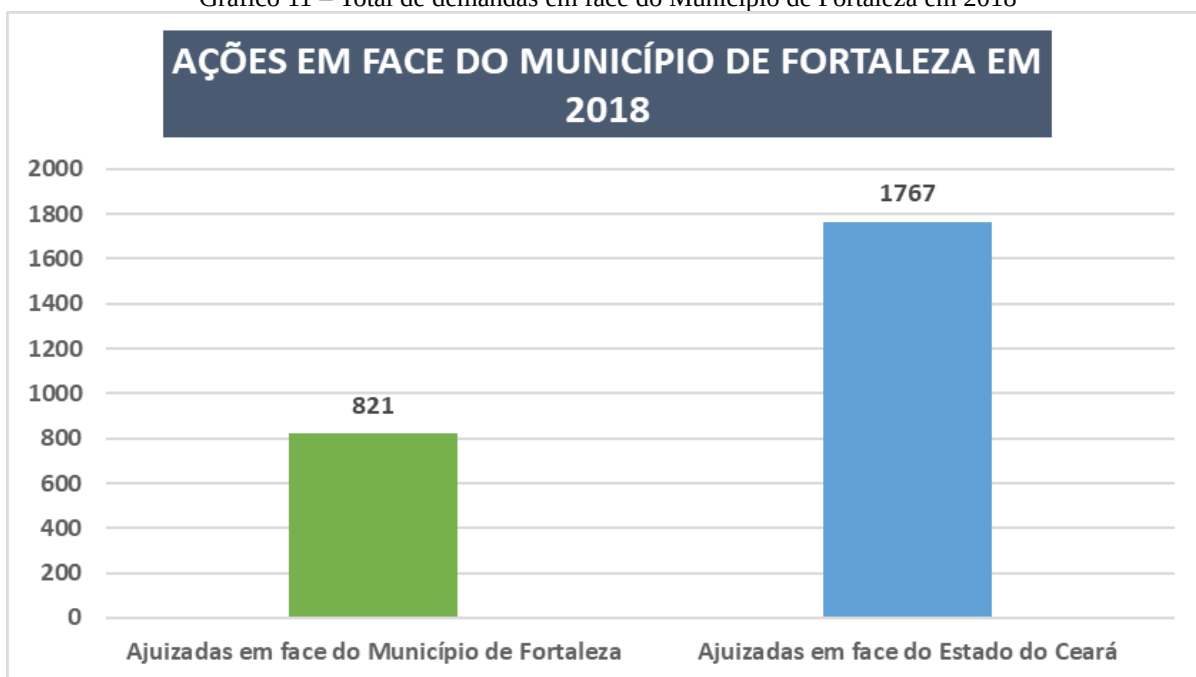
¹⁶² Os dados colhidos dos processos judiciais do ano de 2018 foram feitos a partir de consultas feitas ao sistema eletrônico do e-SAJ do Tribunal de Justiça do Ceará durante os meses de março e abril de 2019, a relação de todos os processos se encontram nos apêndices desta dissertação.

¹⁶³ Por se tratar de processo que corre em segredo de justiça não serão informados dados específicos da ação, mas apenas relatar que se tratava de pedido de internação compulsória para a rede pública municipal.

¹⁶⁴ De acordo com os dados colhidos os processos de 2019 que demandaram consulta ao NAT-Jus foram:
 1º) Processo de nº 0110459-97.2018.8.06.0001: medicamentos ALLERGAN e TIZANIDINA
 2º) Processo de nº 0109170-32.2018.8.06.0001; INSULINA NOVORAPID OU HUMALOG e equipamento
 3º) Processo de nº 0113688-65. 2018.8.06.0001; medicamentos MEMANTINA, QUETIAPINA OU QUETRUS e RIVOTRIL.
 4º) Processo de nº 0181720-25.2018.8.06.0001; kit de bomba de infusão de insulina, embora formalmente não tenha sido solicitada consulta ao NAT-Jus, a decisão negativa do pedido foi com base em laudos anteriores em relação ao pedido, que não é disponibilizado pela rede pública e possuem um alto custo, sem contar que não há evidências científicas do uso do kit.
 5º) Processo de nº 0183971-16.2018.8.06.0001: sistema de infusão de insulina.

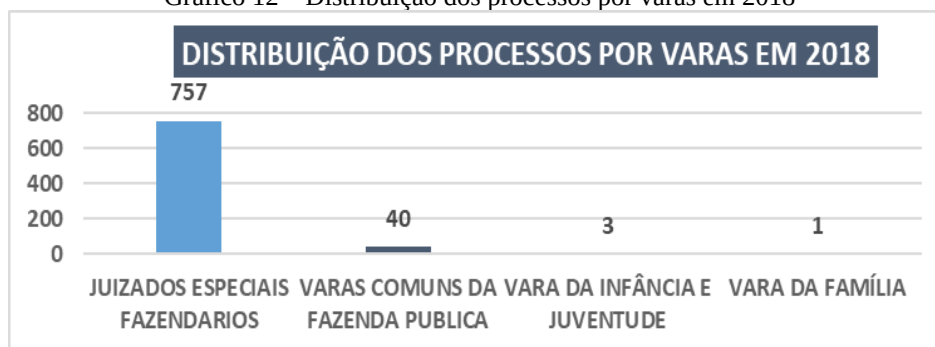
diversificados: pedido de lentes, insumos, alimentação especial, tratamento com equipe multidisciplinar, internação compulsória, equipamentos, fraldas descartáveis, consultas médicas, órtese e prótese, procedimentos cirúrgicos, leitos, UTI e medicamentos. Os cinco maiores pedidos foram de fraldas, insumos, alimentação especial, equipamentos e medicamentos¹⁶⁵.

Gráfico 11 – Total de demandas em face do Município de Fortaleza em 2018



Fonte: Pesquisa de campo (2019).

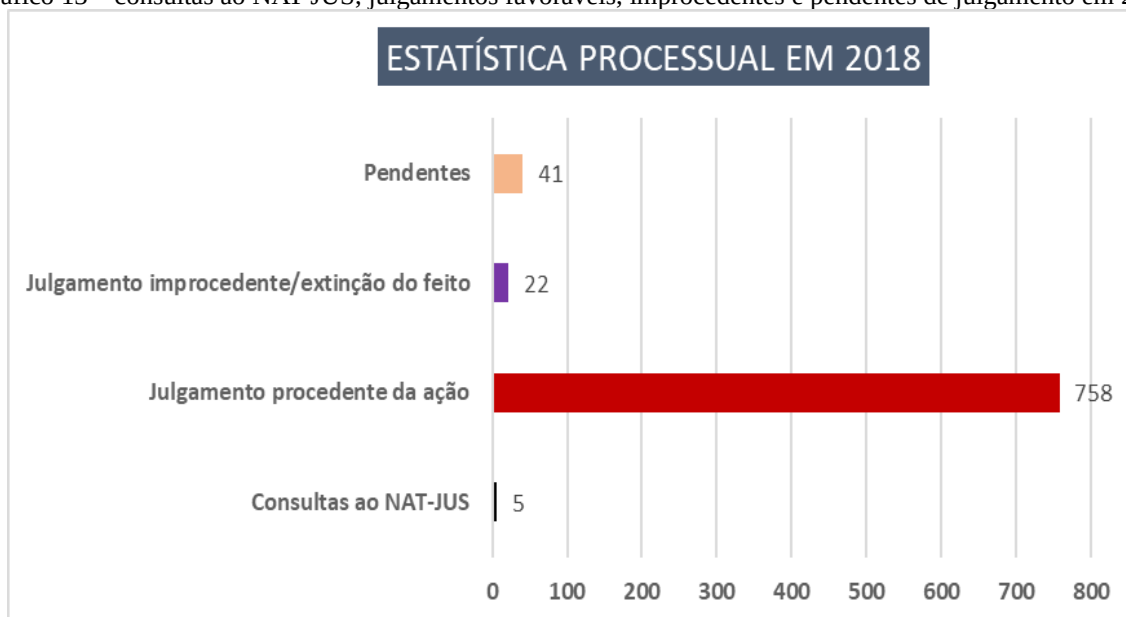
Gráfico 12 – Distribuição dos processos por varas em 2018



Fonte: Pesquisa de campo (2019).

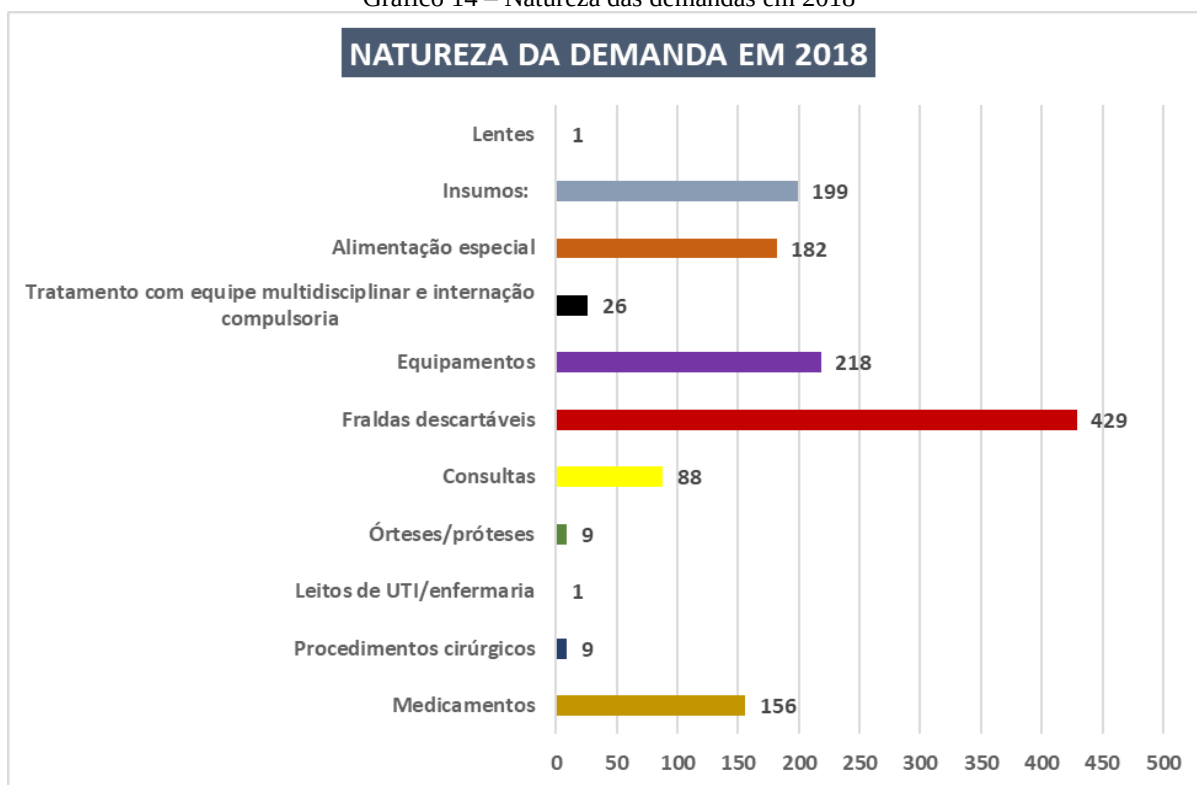
¹⁶⁵ Em ordem decrescente de pedidos, temos: fraldas (429 pedidos), equipamentos (218 pedidos), insumos (199 pedidos), alimentação especial (182 pedidos) e medicamentos (156 pedidos).

Gráfico 13 – consultas ao NAT-JUS, julgamentos favoráveis, improcedentes e pendentes de julgamento em 2018



Fonte: Pesquisa de campo (2019).

Gráfico 14 – Natureza das demandas em 2018



Fonte: Pesquisa de campo (2019).

Verificou-se a existência de duas modalidades de pedidos: aqueles que englobam serviços que deveriam ser ofertados pela rede pública e os de prestações de saúde que não se encontram contemplados dentro do SUS. Neste último caso, utiliza-se da judicialização para se ter acesso a determinado tratamento. Conquanto se reconheça os avanços e vantagens do

processo coletivo, o que se tem verificado é que a individualização, em se tratando direito à saúde, tem predominado. As vantagens desse tipo de processo, segundo Cappelletti (1988, p. 72), podem ser verificadas quando se leva em consideração a capacidade de se reconhecer um direito, poder custear uma pequena causa ou utilizar o Poder Judiciário como forma eficaz de impor um direito ou defendê-lo.

Com efeito, os dados levantados, embora se restrinjam às ações ajuizadas na justiça estadual do Ceará, em primeira instância, refletem o processo de judicialização da saúde que vem se verificando a nível nacional, ou seja, os pedidos não se restringem a uma determinada prestação de saúde, mas se mostram diversificados.

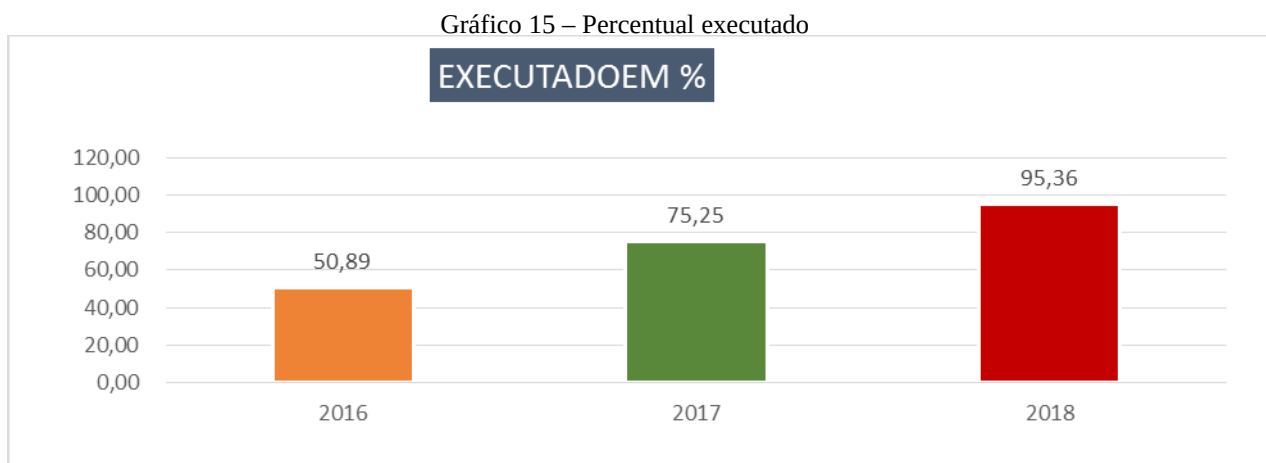
4.2.4 Os impactos financeiros das decisões judiciais no orçamento municipal destinado a saúde

Reconhece-se, portanto, que a judicialização da saúde vem trazendo impactos no sistema público de saúde. Resta agora analisar se esta judicialização tem sido favorável ou desfavorável às políticas públicas de saúde, a nível municipal. Para tanto, é necessário que se prossiga com a questão da repercussão financeira das decisões no orçamento municipal destinado à saúde. De acordo com levantamento feito pela Coordenadoria de Planejamento da Secretaria de Saúde de Fortaleza, nos últimos três anos, os gastos com a judicialização da saúde seguem adiante:

Tabela 5 – Judicialização em Fortaleza nos anos de 2016 a 2018

Judicialização em Fortaleza em Números Referentes a 2016, 2017 E 2018						
Exercício	Dotação Inicial	Dotação Atualizada	Empenhado	Liquidado	Pago	% Executado
2016	6.900.000,00	6.900.000,00	3.511.742,70	3.121.327,65	2.971.556,25	50,89
2017	7.000.000,00	6.950.000,00	5.229.839,47	4.344.518,36	4.169.600,65	75,25
2018	7.100.000,00	5.390.000,00	5.140.088,10	3.292.602,70	3.240.647,53	95,36

Fonte: Coordenadoria de Planejamento da Secretaria de Saúde de Fortaleza (2019).



Fonte: Coordenadoria de Planejamento da Secretaria de Saúde de Fortaleza (2019).

Com efeito, se comparado com o valor orçamentário destinado para a saúde no orçamento municipal, segundo informações da Secretaria de Finanças de Fortaleza¹⁶⁶, durante o ano de 2016, os valores destinados para as funções de saúde foram de R\$ 1.858.041.359,21 (um milhão oitocentos e cinquenta e oito, quarenta e um mil, trezentos e cinquenta e nove reais e vinte e um centavos). Já os valores destinados para a saúde no ano de 2017, foram de R\$ 2.062.868.503,99 (dois milhões e sessenta e dois, oitocentos e sessenta e oito mil, quinhentos e três reais e noventa e nove centavos). Com relação ao ano de 2018, os valores destinados a saúde foram de R\$ 2.297.888.010 (dois milhões e duzentos e noventa e sete, oitocentos e oitenta e oito mil e dez reais). Embora, percentualmente, o valor comprometido por conta das decisões judiciais seja pequeno, isso acarreta um desvio das prestações de saúde, pois uma parcela dos objetivos traçados no Plano Municipal de Saúde pode ser comprometida, já que o valor impactado pelas decisões judiciais é retirado das políticas públicas destinadas à atenção básica da saúde.

Observa-se, portanto, que um dos efeitos da judicialização através das demandas individuais, é que comprometem o planejamento e a gestão dos problemas efetivos de saúde em sua dimensão coletiva, acarretando a desorganização dos serviços, segundo Chieffe e Barata (2010, p. 422). Desta forma, o crescimento das demandas judiciais para fornecimento de prestações de saúde tem interferido na continuidade das políticas públicas de saúde, comprometendo o uso racional dos recursos públicos.

¹⁶⁶ Os dados aqui apresentados referentes aos valores destinados para a saúde constam no balanço das contas públicas da Secretaria de Finanças do Município de Fortaleza, estando discriminados por ano. Disponível em: <https://www.sefin.fortaleza.ce.gov.br/contas-publicas/balanco-geral>. Acesso em: 25 jun. 2019.

4.3 Os impactos da Judicialização da saúde: o exemplo da distribuição de medicamentos no Município de Fortaleza

Entre os aspectos implementados pela política de descentralização do SUS, encontra-se a distribuição de medicamentos pela assistência farmacêutica¹⁶⁷. Cada município passa a ser responsável por definir os medicamentos essenciais que serão distribuídos pela assistência farmacêutica local tendo como parâmetro a RENAME. Para tanto, deve-se levar em consideração os aspectos sociais, culturais, econômicos e também o perfil epidemiológico da população (OLIVEIRA *et al.*, 2010, p. 3562).

A assistência farmacêutica deve ser compreendida como um conjunto de ações e serviços de atenção à saúde dos usuários dos serviços públicos de saúde, que culminem com a aquisição de medicamentos essenciais com eficácia, qualidade e segurança¹⁶⁸. Diante da importância que a assistência farmacêutica possui dentro da atenção básica à saúde, em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que prima pela estruturação da assistência farmacêutica dentro dos municípios.

No caso do Município de Fortaleza, a distribuição dos medicamentos essenciais da atenção básica à saúde está de acordo com os itens descritos no programa de atenção básica. Ocorre que além dos medicamentos essenciais deste, o Município deve cumprir as decisões judiciais que dizem respeito a fármacos e insumos que, em alguns casos, não constam na lista da RENAME, mas que devem ser entregues, por força de decisão judicial.

Especificamente, encontram-se os casos dos pacientes acometidos de *diabetes mellitus*, tipo 1, em que muitos dos medicamentos e insumos não constavam na lista da RENAME e, conseqüentemente, não eram disponibilizados pelo SUS. A judicialização da saúde teve o condão de permitir que muitos destes pacientes passassem a ter acesso a esses medicamentos não disponíveis na rede pública. Diante disso, a Secretaria de Saúde de Fortaleza, por via da Portaria nº 1.109/2017, normatizou o uso dos análogos de insulina para pacientes portadores

¹⁶⁷ A Política Nacional de Medicamentos foi aprovada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que tem como propósito “assegurar a eficácia, segurança e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

¹⁶⁸ Anteriormente à assistência farmacêutica tinha-se a Central de Medicamentos (CEME) que foi criada em 1971 e tinha uma gestão centralizada, permitindo que a população de baixa renda tivesse acesso a medicamentos essenciais. Era financiada pelo extinto Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e os Estados e Municípios eram excluídos deste programa (OLIVEIRA, 2010, p. 3563). A extinção da CEME ocorreu em 1997 e em 1998 ocorreu a instituição da Política Nacional de Medicamentos

de *diabetes mellitus*, tipo 01¹⁶⁹. Digno de registro que somente em março de 2019, a insulina análoga de uso prolongado, foi incorporada ao SUS¹⁷⁰.

Trata-se, portanto, de um reflexo positivo que a judicialização teve no caso do Município de Fortaleza, pois a população, a partir de uma normatização da Secretaria de Saúde do Município, passou a ter acesso a medicamentos e insumos que não constavam da relação de medicamentos disponibilizados na rede pública. Refere-se, portanto, a uma consequência positiva da judicialização, pois já havia o entendimento de que muito medicamentos destinados a *diabetes mellitus* já deveriam ter sido incorporados ao sistema público. Contudo, somente o foram recentemente, conforme dito.

Outro exemplo de intervenção positiva da judicialização na política de distribuição de medicamentos do Município de Fortaleza diz respeito à adesão ao Programa de Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária¹⁷¹. Este programa foi instituído pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e tem como objetivo a aquisição de medicamentos/insumos que não estão listados nos itens da assistência farmacêutica básica e tais medicamentos passaram a ser adquiridos através de compra centralizada. Entre uma das justificativas apresentadas para a instituição deste programa encontram-se: “os frequentes expedientes administrativos e judiciais para a compra de medicamentos fora das listas padronizadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelas secretarias municipais de saúde”. Em última normatização acerca da relação de medicamentos e insumos, são disponibilizados pelo programa 38 (trinta e oito) itens¹⁷², que não fazem parte da lista de medicamentos essenciais, mas que, por conta das crescentes requisições administrativas e judiciais, estão sendo ofertados na rede pública municipal.

A seguir, de acordo com o Gráfico 16, seguem os valores gastos pela Secretaria Municipal de saúde com a compra de medicamentos em três níveis: com a assistência farmacêutica básica, com a assistência farmacêutica secundária e com as decisões judiciais

¹⁶⁹ A Portaria nº 1109/2017 foi publicada no Diário Oficial do Município de Fortaleza em 22 de setembro de 2017.

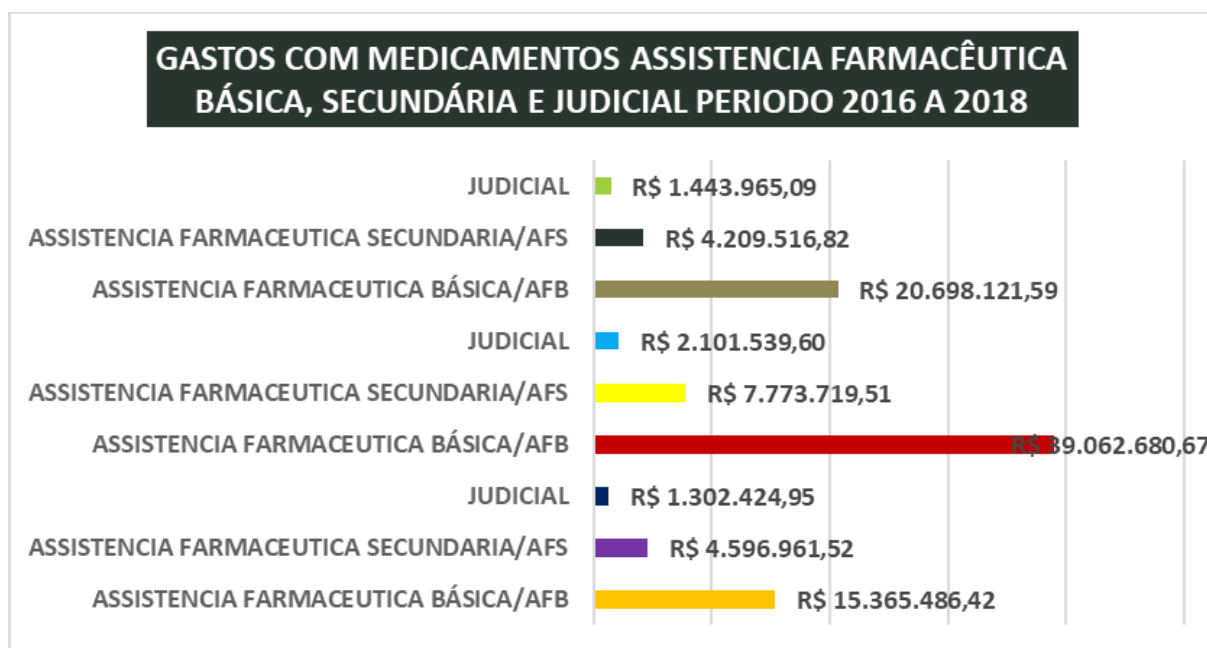
¹⁷⁰ Através de Portaria nº 19/2019, o Ministério da Saúde tornou pública a decisão de incorporar a insulina análoga de efeito prolongado para o tratamento de diabetes mellitus, tipo 1. Portaria disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69182847. Acesso em: 25 jun. 2019.

¹⁷¹ O Programa de Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária foi normatizado pela Resolução nº 145/2009, da Comissão de Intergestores Bipartite do Ceará (CIB/CE), pertencente à Secretaria de Saúde do Ceará. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/resolucoes-cib-2009/>. Acesso em: 25 jun. 2019.

¹⁷² A atual lista de medicamentos e insumos do Programa de Assistência Farmacêutica na Atenção Secundária, está descrita na Resolução nº 171/2018, da Comissão de Intergestores Bipartite do Ceará (CIB/CE). Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucao_171_2018.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

durante os anos de 2016 a 2018¹⁷³.

Gráfico 16 – Gastos com assistência farmacêutica nos últimos 3 anos



Fonte: Secretaria de Saúde de Fortaleza (2019).

Destarte, apesar de a judicialização da saúde não dizer respeito unicamente aos pedidos de medicamentos, pode-se concluir que as decisões judiciais, neste caso, têm provocado uma mudança de postura municipal, mormente se for analisado que foram normatizados programas destinados ao fornecimento de medicamentos que estão fora da rede pública de saúde. Contudo, nos demais itens judicializados, não se verificou uma postura proativa da Administração Pública Municipal no sentido de criar políticas públicas em decorrência das constantes judicializações.

¹⁷³ Os valores apresentados com os gastos nas três esferas de atuação da Secretaria de Saúde Municipal têm como fonte a célula de assistência farmacêutica da Secretaria de Saúde de Fortaleza.

CONCLUSÃO

Com o advento do atual modelo constitucional, a saúde pública passou a ser entendida com um direito fundamental, de acesso universal e gratuito. Sua atuação não ocorre apenas de forma preventiva, mas está presente em todas as fases. Ressalte-se que a institucionalização da saúde pública como vetor de Estado apenas foi efetivamente possível com a institucionalização do SUS.

A criação do SUS teve o condão de efetivar muitos dos desígnios previstos constitucionalmente e permitiu a implementação do sistema público de saúde, que além de garantir o acesso da população aos serviços públicos de saúde, promoveu o amplo debate e contribuiu para modificar a forma de promover a saúde pública.

Em verdade, a saúde pública deve ser entendido como uma das principais garantias do atual Estado Democrático de Direito e, neste ponto, funciona como provedor de um Estado Social, à medida que permite um acesso de forma gratuita e universal, tanto na prevenção como nas diversas fases curativas. Quando distribuído de forma descentralizada, fornece à atenção básica um papel relevante para o sucesso do sistema público de saúde.

Cumprir enfatizar, ainda, que a distribuição das prestações de saúde não deve ser engessada, pois os fatores sociais, culturais e econômicos devem ser levados em consideração, razão pela qual, ao se optar por um sistema descentralizado, passa-se a permitir que as peculiaridades de cada região sejam sopesadas nas escolhas administrativas.

Destarte, este modelo surgiu como consequência de debates efetuados, principalmente, no processo de redemocratização do final do século passado. Tratava-se de uma mudança em relação a ordem anterior vigente, de caráter centralizador, em um sistema seletivo, pois apenas os que contribuíam financeiramente tinham acesso aos serviços de saúde mais amplos. Para os que não estavam vinculados às categorias profissionais e sem vinculação aos planos privados de seguro, restava ficarem adstritos à prestação pública de serviços de saúde. Assim, a promoção pública da saúde ficava jungida essencialmente à prevenção das doenças, pois não havia preocupação com as peculiaridades de cada região.

Dessa forma, o novo modelo rompeu com a ordem anterior e proporcionou melhorias, permitindo o acesso de todos de forma gratuita. Portanto, mais do que um direito social, previsto no art. 6º da Constituição Federal, trata-se de um direito público subjetivo que deve ser garantido pelo Estado de forma prestacional. A atuação estatal, em regra, ocorre por meio de prestações positivas, no caso das políticas públicas desenvolvidas pela Administração Pública.

Em que pese a saúde estar prevista constitucionalmente, para sua efetivação é necessária a atuação estatal e isto gera custos que devem ser suportados pelo Estado. Destarte, o direito à saúde, por ser um direito de cunho prestacional, ocasiona gastos que muitas vezes são maiores que os valores destinados para a efetivação dos direitos sociais. Então, na balança da concretização destes direitos, deve-se sopesar a questão dos custos dos direitos, que são finitos diante da realidade que se impõe. Dessa forma, muitas vezes, deve-se optar por uma determinada política pública em detrimento de outras e estas escolhas, de forma prioritária, devem ser feitas pelo Poder Executivo.

As políticas públicas não devem ser compreendidas como realizações de um determinado governo, mas como políticas de Estado. Assim, as escolhas administrativas devem embasar-se de acordo com as necessidades prementes. No entanto, o que se tem verificado é que além dos custos dos direitos, a efetivação das políticas públicas tem se deparado com escolhas que não se traduzem nos anseios da sociedade. Então, nestes casos, o que se tem visto é uma atuação estatal contestável ou uma verdadeira abstenção no trato das políticas públicas.

Dessa maneira, a questão da judicialização da saúde, muito mais do que possibilitar o acesso ou não às prestações de saúde, também engloba um outro aspecto que se encontra em pauta: sobre o fato de judicialização da saúde ser benéfica ou desfavorável ao desenvolvimento das políticas públicas. A legitimidade das decisões proferidas pelo Poder Judiciário diante das constantes decisões judiciais é questionada e indaga-se qual o impacto na forma de prestação dos serviços públicos por parte do Poder Executivo. Além do que, na outra ponta se encontra o Poder legislativo, que democraticamente detém as atribuições de legislar e, conseqüentemente, normatizar o que deve ser entendido como prioritário para a sociedade. Portanto, as escolhas administrativas que cabem ao Poder Executivo devem ser traçadas dentro dos limites impostos pelo Legislativo.

A anterior concepção de Poder Judiciário restrito ao papel de resolução de conflitos entre particulares mudou com o constitucionalismo moderno, após a II Guerra Mundial. As constituições não se resumiam mais a tratar unicamente da forma de organização dos Estados, mas também asseguraram direitos e garantias, o que acarretou uma assunção de uma nova forma de atuar do Poder Judiciário, não somente adstrito aos interesses entre particulares. Doravante, o papel desempenhado pelos juízos também perpassa as questões afetas à política e à garantia dos direitos fundamentais. Isso é constatado, principalmente, quando o Judiciário tem atuado em sede de controle de constitucionalidade, analisando a constitucionalidade ou a inconstitucionalidade das normas e determinando sua interpretação.

Portanto, este novo papel desempenhado pelos juízes tem acarretado mudanças de perspectiva na atuação judicial. Assim, especificamente nas questões da saúde, os casos de judicialização que intervém nas políticas de saúde são crescentes. O foco desse trabalho, por conseguinte, foi analisar em que isto tem contribuído ou interferido negativamente na saúde pública.

Em última pesquisa apresentada pelo CNJ, com o tema “Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas e propostas de solução”, ocorrido em maio de 2019, apontou-se que houve um aumento de 130% no número de demandas de primeira instância relativas à saúde, segundo dados colhidos entre os anos de 2008 a 2017. De salientar que, embora este percentual não distinga saúde pública de saúde suplementar, a pesquisa mostra que é crescente as questões de saúde na pauta dos julgamentos e, comparativamente às demais matérias, o aumento verificado no mesmo período foi de 50%.

Assim, evidencia-se que a temática da saúde se encontra entre as principais matérias objeto de análise pelo Poder Judiciário, daí a preocupação em estruturar os juízes de mecanismos que permitam decisões mais equânimes e com maior suporte técnico, por meio da criação de varas especializadas e com competência para tratar das causas envolvendo saúde.

A repercussão das questões de saúde pública obteve um grande destaque no STF, que no final do século passado, passou a analisar o direito de acesso a medicamentos. Nesta senda, o entendimento desta corte foi no sentido de que o direito à saúde era um consectário do direito à vida e da dignidade da pessoa humana e, por isso, deveria ser prestado de forma plena e irrestrita à população, destacando-se que as questões orçamentárias não deveriam se sobrepor

ao direito à saúde. As ações, posteriormente, passaram a tratar de outras prestações de saúde como procedimentos cirúrgicos, leitos de enfermagem/UTI, insumos, alimentação especial, *et cetera*. Outras questões mais complexas também passaram a ser objeto de judicialização, tais como, medicamentos de alto custo, experimentais e sem registro na ANVISA.

Destarte, avolumaram-se as ações de saúde e as determinações judiciais para que os entes públicos passassem a fornecer variados procedimentos. Por conseguinte, cresceu o debate acerca da judicialização da saúde e da intervenção nas políticas públicas do setor, já que os recursos destinados para esse fim, além de exíguos, encontravam-se vertidos somente para a cobertura de determinadas políticas públicas previamente aprovadas. Além da questão dos custos, o debate também girou em torno da legitimidade das decisões judiciais e o redesenho dos serviços públicos.

Portanto, a pesquisa se propôs a analisar estas questões, mas, além de ser eminentemente doutrinária, apresenta uma análise empírica e detalhada dos tipos de ações em matéria de saúde. Foram analisados, assim, os dados constantes da judicialização da saúde, nos anos de 2016 a 2018, na justiça estadual do Ceará de primeira instância. Como o atual modelo de saúde pública prima pela prestação da saúde, tendo como prioridade à atenção básica, que é de responsabilidade dos municípios, as ações objeto de análise restringiram-se àquelas em face do Município de Fortaleza. Digno de registro que apenas as ações ajuizadas pela Defensoria Pública do Estado do Ceará foram catalogadas e analisadas.

Os dados colhidos comprovaram que os principais itens de saúde objeto de judicialização foram: fraldas descartáveis, insumos, alimentação especial, medicamentos e equipamentos. A pesquisa ainda apontou que as principais demandas foram ajuizadas perante as varas de juizados especiais, ou seja, o valor dos pedidos não excedeu a 60 (sessenta) salários mínimos e, portanto, foram de pequena monta.

Outro dado apontado na pesquisa se refere às consultas feitas no NAT-JUS. Ainda que instituído no Tribunal de Justiça do Ceará, desde o ano de 2016, as consultas, dentro do recorte feito nesta dissertação, mostraram-se insignificantes. Como justificativa para a não utilização dessa perícia técnica, a pesquisa aponta que as consultas ao NAT-JUS se restringem a medicamentos e equipamentos de saúde, este último entendido como equipamentos destinados a tratamentos de saúde. Ocorre que os dados colhidos apontam para o fato de que a maioria dos itens objetos de judicialização envolvem fraldas descartáveis e equipamentos não

vinculados a tratamentos de saúde, tais como, colchões, camas hospitalares, cadeira de rodas e cadeiras higiênicas. Portanto, itens que não são objeto do foco de perícia pelo NAT-JUS.

Interessante salientar também que a pesquisa apontou um desvirtuamento dos itens objetos de judicialização. Com efeito, o principal item objeto de judicialização tem sido o fornecimento de fraldas descartáveis. Conquanto se trate de itens necessários, mormente ao se analisar que a maioria dos promoventes são pessoas de baixa renda e que foram acometidos de doenças graves como acidentes vasculares cerebrais, paralisia cerebral, Mal de Alzheimer e Parkinson, tornando o uso contínuo de fraldas algo inevitável, tais pedidos apenas, de forma indireta, devem ser considerados de saúde. O questionamento por parte da Secretaria de Saúde de Fortaleza, por intermédio da procuradoria municipal, é que se tratam de itens de asseio pessoal e não efetivamente de prestações de saúde.

Nesta toada, parte-se do princípio de que se comprometeria parte dos recursos que deveriam de fato serem aplicados em saúde pública, já que a compra é de itens de asseio pessoal. Igual raciocínio cabe quando se analisou as determinações judiciais para fornecimento de camas hospitalares, cadeira de rodas, cadeira higiênica e colchões. Impende gizar que, em pesquisa feita perante a Secretaria de Saúde Municipal, não há nenhuma política pública local para fornecimento das fraldas descartáveis ou dos equipamentos descritos.

Situação distinta apresentou-se quando foram analisados os gastos com medicamentos e os impactos que as decisões judiciais estão tendo na política de distribuição destes. Em decorrência da quantidade de pedidos ajuizados quanto ao fornecimento de medicamentos, o Município de Fortaleza firmou parceria com o Estado do Ceará e aderiu à Resolução nº 145/2009, da Comissão de Intergestores Bipartite do Ceará (CIB/CE). De acordo com esta normatização, os medicamentos não relacionados no RENAME e que, portanto, estão fora da atenção básica, passaram a ser disponibilizados pela rede pública municipal, devido aos requerimentos administrativos e judicializados, conforme dados levantados nesta pesquisa.

Nada obstante, deve-se reconhecer que a recente decisão proferida pelo STF, em sede de Recurso Extraordinário nº 657718/MG, que teve como relator o Ministro Marco Aurélio, com repercussão geral (tema 500), especificamente na política de medicamentos, fixou critérios que deverão ser observados pelos juízes quando se depararem com pedidos de medicamentos. Entre os requisitos que deverão ser observados para o deferimento dos pedidos judiciais estão

a obrigatoriedade do registro na ANVISA e que o Estado não está obrigado a custear tratamentos experimentais. Excepcionalmente, os fármacos sem registro na agência reguladora de vigilância sanitária poderão ser requeridos judicialmente, contudo, desde que observados critérios técnicos como, *e. g.*, demora injustificada em análise do pedido de registro na ANVISA.

No que diz respeito aos demais itens objeto de pedidos judiciais, como órteses e próteses, procedimentos cirúrgicos, transporte adaptado, leitos/UTI, consultas diversas, exames clínicos, internação compulsória e equipe multidisciplinar de profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, a judicialização tem interferido de forma negativa, pois as Unidades de Atenção Básica possuem parte destes serviços, e as decisões judiciais intervêm provocando situações de desequilíbrio dentro do sistema público de saúde ofertado.

À guisa de conclusão, diante dos dados analisados nesta pesquisa, conclui-se que, apenas em se tratando da política de medicamentos, a judicialização produziu efeitos positivos, pois permitiu que medicamentos não constantes do RENAME passassem a ser ofertados pela rede municipal de saúde.

Nos casos de pedidos de fraldas descartáveis, equipamentos de suporte, como camas, colchões, cadeiras de rodas, por não serem diretamente itens de saúde, o fato vem impactando negativamente nos valores destinados à saúde, pois não são itens da atenção básica, em que pese o poder público municipal, reiteradamente, ser compelido a fornecê-los. Assim, neste último caso, descobrem-se verbas da saúde para a compra destes itens e compromete-se a destinação de gastos previstos para investimentos na saúde pública. Desta forma, não há que se falar em intervenção positiva.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICH, Victor. COURTIS, Christian. **Direitos sociais exigíveis**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2011.

AITH, Fernando. Políticas públicas de Estado e de governo: instrumento de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez & escolhas**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

ARANTES, Rogério Bastos. Judiciário: entre a justiça e a política. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio O. (org.). **Sistema político brasileiro**: uma introdução. Rio de Janeiro: Unesp, 2007.

ARON, Raymond. **O marxismo de Marx**. São Paulo: Arx, 2005.

AUAD, Denise. Os direitos sociais na Constituição de Weimar como paradigma do modelo de proteção social da atual Constituição Federal Brasileira. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 103, p. 337-355, jan./dez. 2008.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas públicas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia Moura (org.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalidade do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARCELLOS, Ana Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. **Direitos fundamentais**: orçamento e “reserva do possível”. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Jurisprudência Mineira**, Minas Gerais, n. 188, p. 29-60, jan./mar. 2009a. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Anuário Iberoamericano de Justiça Constitucional**, Madri, n. 13, p. 17-32, 2009b. Disponível em: http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf. Acesso em: 16 mar. 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Jurisdição constitucional**: a tênue fronteira entre o direito e a política. 2014. Disponível em: <http://www.migalhas.com.br/arquivos/2014/2/art20140204-06.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.

BERCOVICI, Gilberto. A constituição dirigente e a constitucionalização de tudo (ou de nada). In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. **Teoria da Constituição**: ensaios sobre o lugar da política no direito constitucional. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

BINENBOJM, Gustavo. A constitucionalização do direito administrativo no Brasil: um inventário de avanços e retrocessos. **REPERE - Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, Instituto de Direito Público, n. 13, mar./abr./maio 2008.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Nº 07, p. 401-412, 2002.

BONAVIDES, Paulo. **Do Estado social ao Estado liberal**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 1996.

BRASIL. **Constituição Política do Império**. Brasília, DF, 1824. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde**. 1941. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/timeline.php>. Acesso em: 14 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1964. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 16 de 26 de novembro de 1965. Altera dispositivos constitucionais referentes ao Poder Judiciário. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1965. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc16-65.htm. Acesso em: 8 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **7ª Conferência Nacional de Saúde**. 1980. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/reltorio_8.pdf. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. [Constituição (1989)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 19 jan. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. Brasília, DF, 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 4 jul. 2019.

BRASIL. Lei nº 9.868 de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre o processo e julgamento da ação direta de inconstitucionalidade e da ação declaratória de constitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9868.htm. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 9.882 de 03 de dezembro de 1999. Dispõe sobre o processo e julgamento da arguição direta de descumprimento de preceito fundamental, nos termos do art. 102, §1º, da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9882.htm. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 273834RS. Ementa: AIDS/HIV. Distribuição gratuita de medicamentos em favor de pessoas carentes. Legislação compatível com a tutela constitucional da saúde (CF, art. 196). Precedentes do Supremo Tribunal Federal. Rel. Min. Celso de Mello, Brasília, 23 ago. 2000. **Diário da Justiça**, Brasília, 18 set. 2000. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 5 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 232335RS. Ementa: Paciente com HIV/AIDS. Pessoa destituída de recursos financeiros. Direito à vida e à saúde. Fornecimento gratuito de medicamentos. Dever constitucional do Estado (CF, arts. 5º, caput, e 196). Precedentes (STF). Rel. Min. Celso de Mello, Brasília, 01 ago. 2000. **Diário da Justiça**, Brasília, 25 ago. 2000. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 5 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 3 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 45. Ementa: A questão da legitimidade constitucional do controle e da intervenção do poder judiciário em tema de implementação de políticas públicas, quando configurada hipótese de abusividade governamental. Dimensão política da jurisdição constitucional atribuída ao Supremo Tribunal Federal. Inoponibilidade do arbítrio estatal à efetivação dos direitos sociais, econômicos e culturais. Caráter relativo da liberdade de conformação do legislador. Considerações em torno da cláusula da “reserva do possível”. Necessidade de preservação, em favor dos indivíduos, da integridade e da intangibilidade do núcleo consubstanciador do “mínimo existencial”. Viabilidade instrumental da arguição de descumprimento no processo de concretização das liberdades positivas (direitos constitucionais de segunda geração). Rel. Min. Celso de Mello, Brasília, 29 abr. 2004. **Diário da Justiça**, Brasília, 04 maio 2004. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 2006. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 6 maio 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Segurança n. 325AM. Ementa: 1. O Estado do Amazonas, com fundamento no art. 1º da Lei 9.494/97, c/c o art. 4º da Lei 8.437/92, requer a suspensão da execução da liminar concedida pelo Relator do Mandado de Segurança (fls. 50-51), em trâmite no Tribunal de Justiça daquele Estado, a qual determinou à Secretaria de Estado da Saúde-SUSAM a "imediata aquisição do medicamento Diazóxido, junto ao respectivo laboratório fabricante da droga, e manutenção de seu fornecimento de forma ininterrupta, enquanto perdurar a necessidade médica de sua ingestão" (fl. 51). [...] Precedentes do Supremo Tribunal Federal. Rel. Min. Presidente, Brasília, 31 maio 2007. **Diário da Justiça**, Brasília, 08 jun. 2007. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Antecipada n. 91AL. Ementa: 1. O Estado do de Alagoas, com fundamento no art. 4º da Lei 8.437/92 e no art. 1º da Lei 9.494/97, requer a suspensão da execução da tutela antecipada concedida na Ação Civil Pública n.º 001.06.014309-7 (fls. 27/47), que determinou àquele ente federado o fornecimento de medicamentos necessários para o tratamento de pacientes renais crônicos em hemodiálise e pacientes transplantados (fls. 23/26). O requerente sustenta, em síntese: a) cabimento do presente pedido de suspensão, visto que o Presidente do Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas indeferiu o pedido de suspensão de tutela antecipada ajuizada perante aquela Corte estadual (fls. 88/94), negando seguimento ao agravo regimental intempestivamente interposto (fls. 110/112) e, posteriormente, ao próprio pedido de reconsideração (fls. 116/118);b) ocorrência de grave lesão à economia pública, porquanto a liminar impugnada é genérica ao determinar que o Estado forneça todo e qualquer medicamento necessário ao tratamento dos transplantados renais e pacientes renais crônicos, impondo-lhe a entrega de "(...) medicamentos cujo fornecimento não compete ao Estado dentro do sistema que regulamenta o serviço, (...)" (fl. 08).Nesse contexto, ressalta que ao Estado de Alagoas compete o fornecimento de medicamentos relacionados no Programa de Medicamentos Excepcionais e de alto custo, em conformidade com a Lei n.º 8.080/90 e pela Portaria n.º 1.318 do Ministério da Saúde.c) existência de grave lesão à ordem pública, vista aqui no âmbito da ordem jurídico-administrativa, porquanto o fornecimento de medicamentos, além daqueles relacionados na Portaria n.º 1.318 do Ministério da Saúde e sem o necessário cadastramento dos pacientes, inviabiliza a programação do Poder Público, o que compromete o adequado cumprimento do Programa de fornecimento de medicamentos excepcionais.2. O Presidente do Superior Tribunal de Justiça, Ministro Barros Monteiro, ao afirmar que a causa de pedir, na ação ordinária, ostenta índole constitucional, porque envolve a interpretação e aplicação dos arts. 23, inc. II e 198, inc. I da Constituição Federal negou seguimento ao pedido e determinou o envio dos presentes autos ao Supremo Tribunal Federal (fls. 121/122). [...]verifico estar devidamente configurada a lesão à ordem pública, considerada em termos de ordem administrativa, porquanto a execução de decisões como a ora impugnada afeta o já abalado sistema público de saúde. Com efeito, a gestão da política nacional de saúde, que é feita de forma regionalizada, busca uma maior racionalização entre o custo e o benefício dos tratamentos que devem ser fornecidos gratuitamente, a fim de atingir o maior número possível de beneficiários. Entendo que a norma do art. 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, refere-se, em princípio, à efetivação de políticas públicas que alcancem a população como um todo, assegurando-lhe acesso universal e igualitário, e não a situações individualizadas. A responsabilidade do Estado em fornecer os recursos necessários à reabilitação da saúde de seus cidadãos não pode vir a inviabilizar o sistema público de saúde. No presente caso, ao se conceder os efeitos da antecipação da tutela para determinar que o Estado forneça os medicamentos relacionados "(...) e outros medicamentos necessários para o tratamento (...)" (fl. 26) dos associados, está-se diminuindo a possibilidade de serem oferecidos serviços de saúde básicos ao restante da coletividade. Ademais, a tutela concedida atinge, por sua amplitude, esferas de competência distintas, sem observar a repartição de atribuições decorrentes da descentralização do Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 198 da Constituição Federal. Finalmente, verifico que o Estado de Alagoas não está se recusando a fornecer tratamento aos associados (fl. 59). É que, conforme asseverou em suas razões, "(...) a ação contempla medicamentos que estão fora da Portaria n.º 1.318 e, portanto, não são da responsabilidade do Estado, mas do Município de Maceió, (...)" (fl. 07), razão pela qual seu pedido é para que se suspenda a "(...) execução da antecipação de tutela, no que se refere aos medicamentos não constantes na Portaria n.º 1.318 do Ministério da Saúde, ou subsidiariamente, restringindo a execução aos medicamentos especificamente indicados na inicial, (...)" (fl. 11).6. Ante o exposto, defiro parcialmente o pedido para suspender a execução da antecipação de tutela, tão somente para limitar a responsabilidade da Secre-

taria Executiva de Saúde do Estado de Alagoas ao fornecimento dos medicamentos contemplados na Portaria n.º 1.318 do Ministério da Saúde [...]. Relator: Min. Presidente, Brasília, 26 fev. 2007. **Diário da Justiça**, Brasília, 05 mar. 2007. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Segurança n. 3158RN. Ementa: 1. O Estado do Rio Grande do Norte, com fundamento no art. 4º da Lei 4.348/64, requer a suspensão da execução do acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça daquele Estado nos autos do Mandado de Segurança nº (fls. 121-136), que determinou ao requerente o fornecimento dos medicamentos Pentoxifilina 400mg e Ticlopidina 250mg à impetrante, portadora de doença vascular encefálica isquêmica (fls. 39-40), de forma contínua e ininterrupta, enquanto perdurar a sua necessidade. [...] Precedentes do Supremo Tribunal Federal. Rel. Min. Presidente, Brasília, 31 maio 2007. **Diário da Justiça**, Brasília, 08 jun. 2007. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.587 de 30 de outubro de 2008**. Dispõe sobre a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde e vincula sua gestão à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/28/Legislacao-citec-2587-30out2008.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Liminar n. 228CE. Ementa: Trata-se de pedido de suspensão de liminar, ajuizada pela União, contra decisão proferida pelo Juízo da 18ª Vara Federal de Sobral (Ação Civil Pública nº 2007.81.03.000799-0) e mantida pelo Tribunal Regional Federal da 5ª Região (Agravo de Instrumento no 2007.05.00.077007-0), a qual determinou à União, ao Estado do Ceará e ao Município de Sobral a transferência de todos os pacientes necessitados de atendimento em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) para hospitais públicos ou particulares que disponham de tais unidades, assim como o início de ações tendentes à instalação e ao funcionamento de 10 leitos de UTIs adultas, 10 leitos de UTIs neonatais e 10 leitos de UTIs pediátricas, no prazo máximo de 90 dias [...]. Precedentes (STF). Rel. Min. Presidente, Brasília, 14 out. 2008. **Diário da Justiça**, Brasília, 20 out. 2008. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 5 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 12.153 de 22 de dezembro de 2009. Dispõe sobre os Juizados Especiais da Fazenda Pública no âmbito dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/L12153.htm. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Audiência Pública de Saúde n. 4. Audiência Pública para ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em matéria do Sistema Único de Saúde, objetivando esclarecer as questões técnicas-científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação de saúde: Sistema Único de Saúde – SUS. Rel. Min. Gilmar Mendes, Brasília, DF, 2009. **Diário da Justiça**, Brasília, 05 mar. 2009. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental em Suspensão de Tutela Antecipada n. 175. Ementa: Suspensão de Segurança. Agravo Regimental. Saúde pública. Direitos fundamentais sociais. Art. 196 da Constituição. Audiência Pública. Sistema Único de Saúde - SUS. Políticas públicas. Judicialização do direito à saúde. Separação de poderes. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Fornecimento de medicamento: Zavesca (miglustat). Fármaco registrado na ANVISA. Não comprovação de grave lesão à ordem, à economia, à saúde e à segurança pública. Possibilidade de ocorrência de dano inverso. Agravo regimental a que se nega provimento. Rel. Min. Gilmar Mendes, Brasília, DF, 2010. **Diário da Justiça**, Brasília, 29 abr. 2010. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 3 jun. 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm. Acesso em: 8 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 657718MG. Ementa: Saúde. Medicamento. Falta de registro na agência nacional de vigilância sanitária. Ausência do direito assentada na origem. Recurso Extraordinário. Repercussão Geral. Configuração. Possui repercussão geral a controvérsia acerca da obrigatoriedade, ou não, de o Estado, ante o direito à saúde constitucionalmente garantido de fornecer medicamento não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Rel. Min. Marco Aurélio, Brasília, 17 nov. 2011. **Diário da Justiça**, Brasília, 12 mar. 2012. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 826691RS. Ementa: Recurso Extraordinário. Constitucional. Direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes federados. Precedentes. Recurso ao qual se nega seguimento. Rel. Min. Cármen Lúcia, Brasília, 19 ago. 2014. **Diário da Justiça**, Brasília, 21 ago. 2014. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 5 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.105 de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para disseminação da informação em economia da saúde no SUS**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_disseminacao_informacao_economia_saude.pdf. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 16.397 de 14 de novembro de 2017. Dispõe sobre a organização judiciária do Estado do Ceará. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, Fortaleza, CE, 2017. Disponível em: <https://www.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/Lei-16.397.2017.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017**. 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Portaria nº 1536 de 08 de setembro de 2017. Dispõe sobre a constituição e funcionamento do Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-JUS) voltado a auxiliar a instrução e o julgamento de demandas relacionadas à saúde. **Diário Oficial do Estado do Ceará**, Fortaleza, CE, 2017. Disponível em: <https://www.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2017/10/Portaria-1536-2017.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME)**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/17/170407M2018final.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Especial n. 1657156RJ 2017/0025629-7. Ementa: Administrativo. Recurso especial representativo de controvérsia. Tema 106. Julgamento sob o rito do art. 1.036 do CPC/2015. Fornecimento de medicamentos não constantes dos atos normativos do sus. Possibilidade. Caráter excepcional. Requisitos cumulativos para o fornecimento. 1. Caso dos autos: A ora recorrida, conforme consta do receituário e do laudo médico (fls. 14-15, e-STJ), é portadora de glaucoma crônico bilateral (CID 440.1), necessitando fazer uso contínuo de medicamentos (colírios: azorga 5 ml, glaub 5 ml e optive 15 ml), na forma prescrita por médico em atendimento pelo Sistema Único de Saúde - SUS. A Corte de origem entendeu que foi devidamente demonstrada a necessidade da ora recorrida em receber a medicação pleiteada, bem como a ausência de condições financeiras para aquisição dos medicamentos. 2. Alegações da recorrente: Destacou-se que a assistência farmacêutica estatal apenas pode ser prestada por intermédio da entrega de medicamentos prescritos em conformidade com os Protocolos Clínicos incorporados ao SUS ou, na hipótese de inexistência de protocolo, com o fornecimento de medicamentos constantes em listas editadas pelos entes públicos. Subsidiariamente, pede que seja reconhecida a possibilidade de substituição do medicamento pleiteado por outros já padronizados e disponibilizados. 3. Tese afetada: Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS (Tema 106). Trata-se, portanto, exclusivamente do fornecimento de medicamento, previsto no inciso I do art. 19-M da Lei n. 8.080/1990, não se analisando os casos de outras alternativas

terapêuticas. 4. Tese para fins do art. 1.036 do CPC/2015. A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: (i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento. 5. Recurso especial do Estado do Rio de Janeiro não provido. Acórdão submetido à sistemática do art. 1.036 do CPC/2015. Rel. Min. Benedito Gonçalves, Brasília, 25 abr. 2018. **Diário da Justiça**, Brasília, 04 maio 2018. Disponível em: <http://stf.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 19 de 27 de março de 2019**. Torna pública a decisão de incorporar insulina análoga de ação prolongada para o tratamento de diabetes mellitus tipo I, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69182847. Acesso em: 4 jul. 2019.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de políticas públicas em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

CAPPELLETTI, Mauro. **Juízes legisladores?** Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 1999.

CAPUCHO, Helaine Carneiro. Incorporação de Tecnologias em Saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 13, n. 3, jul. 2012. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122012000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 jun. 2019.

CARDOSO, Diego Brito. **Controle judicial das políticas públicas: fundamentos, limites e consequências**. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, PUC SP, São Paulo, 2017.

CARVALHO, José Murilo de. **A construção da ordem: a elite política imperial. Teatro das sombras: a política imperial**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: um longo caminho**. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CHIEFFE, Ana Luíza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Ações judiciais: estratégias da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, p. 421-429, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300005. Acesso em: 12 jul. 2019.

CITTADINO, Gisele. **Pluralismo, direito e justiça distributiva: elementos da filosofia constitucional contemporânea**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. **Conselho Federal de Medicina**, Brasília, 2019. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2019.

COMPARATO, Fábio Konder. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 35, n. 138, abr./jun. 1998.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional De Justiça**. São Paulo, 2014. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Portaria nº 650 de 20 de novembro de 2009**. 2009. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=496>. Acesso em: 12 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1195>. Acesso em: 12 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação nº 107 de 06 de abril de 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2831>. Acesso em: 12 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Lei nº 8.066 de 08 de outubro de 1997**. Reestrutura o Conselho Municipal de Saúde Fortaleza – CMS e dá outras providências. 1997. Disponível em: <http://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/wp-content/uploads/file/download/documentos/legislacao/78.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2019.

CORDEIRO NETO, H; MENDONÇA, M. L. C. A. E. A fuga da legalidade para a juricidade e os efeitos para a administração pública. In: Ana Paula Maria Araujo Gomes; Francisco José Mendes Vasconcelos; Pedro Rafael Malveira Deocleciano; Saulo Nunes de Carvalho Almeida. (org.). **Ensaio Jurídico**: homenagem aos 10 anos do Curso de Direito da Faculdade Católica Rainha do Sertão - FCRS. São Paulo: Reflexão, 2015, v. 1, p. 13-32.

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

DALLARI, Sueli Gandolfi. Políticas de Estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FANTI, Fabíola. **Políticas de saúde em juízo**: um estudo sobre o Município de São Paulo. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FERRAJOLI, Luigi. El derecho como sistema de garantías. **Nuevo Foro Penal**, n. 60, abr. 1999.

FONSECA, Cristina M. As campanhas sanitárias do Ministério da Saúde, 1953-1990. In: BENCHIMOL, J. L. (org.). **Febre amarela**: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 14 jan. 2019.

FONSECA, Cristina M. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdenciária, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/6762/142.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 7. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

FREITAS, Juarez. **Direito fundamental à boa administração pública**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

FREITAS, Juarez. Discrecionalidade administrativa: o controle das prioridades constitucionais. **Revista NEJ – Eletrônica**, v. 18, n. 3, p. 416-434, set./dez. 2013.

FREITAS, Juarez. **O controle dos atos administrativos e os princípios fundamentais**. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

GALDINO, Flávio. O custo dos direitos. In: TORRES, Ricardo Lobo (org.). **Legitimação dos direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia**: entre factibilidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 1991.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **El costo de los derechos**: por qué la libertad depende de los impuestos. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2019.

LIMA, Martônio Mont'Alverne Barreto de. Jurisdição constitucional: um problema da teoria da democracia política. In: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de et al. **Teoria da constituição: estudos sobre o lugar da política no direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

LIMA, Nélia Trindade. A saúde na construção do Estado Nacional do Brasil reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LOPES, José Reinaldo de Lima. Direito subjetivo e direitos sociais: o dilema do judiciário no Estado Social de direito. In: FARIA, José Eduardo (org.). **Direitos humanos, direitos sociais e justiça**. São Paulo: Malheiros, 1998.

MAAS, Rosana Helena; LEAL, Mônica Clarissa Hennig. A decisão da saúde pelo Supremo Tribunal Federal: uma análise dos parâmetros para a judicialização da saúde. **RDU [online]**, Porto Alegre, v. 15, n. 82, p. 50-70, jul./ago. 2018.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, 1017-36, jul./ago. 2012.

MARIANO, Cynara Monteiro; FURTADO, Emanuel Teófilo; ALBUQUERQUE, Felipe Braga; PEREIRA, Fabrícia Helena Linhares Coelho da Silva. Diálogos Sanitários Interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 169-188, jan./abr. 2018.

MARTINS, Urá Lobato. A judicialização das políticas públicas e o direito subjetivo individual à saúde, à luz da teoria da justiça distributiva de John Rawls. **Revista Brasileira De Políticas Públicas**, Brasília, v. 5, número especial, p. 309-328, 2015.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EIAPSVJ/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de Mello. **Curso de Direito Administrativo**. 34. ed. São Paulo: Malheiros, 2019.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Constitucionalização do Direito Administrativo. RPGMJF**, Belo Horizonte, ano 2, n. 2, p. 13-23, jan./dez. 2012.

OHLWEILER, Leonel Pires. Políticas públicas e controle jurisdicional: uma análise hermenêutica à luz do Estado democrático de direito. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do advogado, 2013.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Nº 15 (Supl. 03), p. 3.561 a 3.567, 2010.

OSHIRO, Glauco Ney Shiroma. **A saúde como direito e a repercussão das decisões judiciais sobre o direito à saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Direito, Estado e Constituição) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Revista História, Ciência, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. 2014.

PORTO, Sílvia Marta. Avanços e problemas no financiamento da saúde da saúde pública no Brasil (1967-2006). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 576-578, 2006. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2006.v40n4/576-578/pt>. Acesso em: 19 jan. 2019.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da saúde: de acordo com a Constituição Federal**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RECH, Luciana Cremonese; MAAS, Rosana Helena. A experiência do Supremo Tribunal Federal brasileiro na Audiência Pública da Saúde: espécie de intervenção de instituto do amicus curiae e de abertura da jurisdição constitucional. **XI Seminário internacional de demandas sociais e políticas públicas na sociedade contemporânea**. 2014. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/11706/1623>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MARQUES, Maria Manuel Leitão; PEDROSO, João. Os tribunais nas sociedades contemporâneas. **Centro de Estudos Sociais**, Coimbra, n. 65, 1995.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabíola Sulpino. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência&Saúde Coletiva**, n. 23, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>. Acesso em: 15 out. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição. **PANOPTICA**, v. 1, n. 4, p. 01-22, dez. 2006. Disponível em: <http://www.panoptica.org/seer/index.php/op/article/view/117>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito Administrativo**, n. 67, p. 125-171, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. (orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Lima Barreto: triste visionário**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 29-41, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Plano municipal de saúde de Fortaleza**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2017. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/_Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021_.pdf. Acesso em: 03 jul. 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Resolução nº 145/2009 da Comissão de Intergestores Bipartite - CIB/CE**. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2009. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucao_146_2009.pdf. Acesso em: 04 jul. 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Resolução nº 171/2018 da Comissão de Intergestores Bipartite - CIB/CE**. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2018. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/resolucao_171_2018.pdf. Acesso em: 4 jul. 2019.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique. O financiamento da saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia Moura (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalidade do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes**. São Paulo: Unesp, 2018.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional positivo**. 42. ed. São Paulo: Malheiros, 2019.

SIMIONI, Rafael Lazzarotto. Regras, princípios e políticas públicas em Ronald Dworkin: a questão da legitimidade democrática das decisões jurídicas. **Revista de Direito Mackenzie**, v. 5, n. 1, p. 203-218, 2012.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. **Direito Constitucional: teoria, história e métodos de trabalho**. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SOUZA, Naiara Prato Cardoso. **A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um sistema nacional de saúde público e descentralizado**. 2014. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

STRECK, Lênio Luiz. **Jurisdição constitucional**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

TAVARES, André Ramos. **Influência de 1917 na doutrina e nas Constituições econômicas brasileiras**. México: Universidade Nacional Autónoma de México; Secretaria de Cultura – Instituto nacional de estudos históricos de las revoluciones de México, 2017.

TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. **Revista de Direito Administrativo**, n. 177, p. 29-49, jul./set. 1989.

TORRES, Ricardo Lobo. **O orçamento na Constituição**. Rio de Janeiro: Renovar, 1995.

VIANNA, Francisco José de Oliveira. **Instituições políticas brasileiras**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1987.

VIANNA, Luiz Werneck; CARVALHO, Maria Alice Rezende de; MELO, Manuel Palacios Cunha; BURGOS, Marcelo Baumann. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

VÍCOLA, Nivaldo Sebastião. Os interditos possessórios nas ordenações filipinas. **Revista FMU Direito**, São Paulo, ano 25, n. 35, p. 102-114, 2011.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (orgs.). **Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

APÊNDICE A – LEVANTAMENTO DE PROCESSOS AJUIZADOS NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ, ANO 2016

1. ANO DE 2016

Levantamento de dados das ações judiciais na justiça estadual de primeiro grau do Ceará, pela Defensoria Pública Estadual.

1.1 TOTAL DE AÇÕES EM JANEIRO/2016

- Total de petições iniciais: 148
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 15
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 127
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR):
06

1.1.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDÁRIOS	15
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	00

1.1.2 Distribuição dos processos por regional/Domicílio do autor

REGIONAL I	02
REGIONAL II	02
REGIONAL III	00
REGIONAL IV	02
REGIONAL V	03
REGIONAL VI	05
CENTRO	0

Eusébio (1)

1.1.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	15
Julgamento improcedente/extinção do feito	00

Pendente:00

1.1.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	08
Procedimentos cirúrgicos	07
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	00
Fraldas descartáveis	00
Equipamentos	00
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	00
Alimentação especial	00

Insumos: 07

1.2- TOTAL DE AÇÕES EM FEVEREIRO/2016

- Total de petições iniciais: 162
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 09
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 146
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 07

1.2.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	09
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	00

Infância: 00

1.2.2 Distribuição dos processos por regional/Domicílio do autor

REGIONAL I	00
REGIONAL II	01
REGIONAL III	01
REGIONAL IV	02
REGIONAL V	02
REGIONAL VI	03
CENTRO	0

1.2.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	08
Julgamento improcedente/extinção do feito	01

Pendente:00

1.2.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	02
Procedimentos cirúrgicos	04
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	02
Fraldas descartáveis	00
Equipamentos	01
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	00

Insumos: 02

1.3- TOTAL DE AÇÕES EM MARÇO/2016

- Total de petições iniciais: 126
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 04
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 120
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 02

1.3.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	03
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	01

Infância: 00

1.3.2 Distribuição dos processos por regional/Domicílio do autor

REGIONAL I	01
REGIONAL II	03
REGIONAL III	00
REGIONAL IV	00
REGIONAL V	00
REGIONAL VI	00
CENTRO	0

1.3.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	04
Julgamento improcedente/extinção do feito	00

Pendente:00

1.3.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	01
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	00
Fraldas descartáveis	03
Equipamentos	00
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	00
Alimentação especial	00

Insumos: 01

1.4- TOTAL DE AÇÕES EM ABRIL/2016

- Total de petições iniciais: 157
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 28
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 122
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 07

1.4.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	25
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	03

Infância: 00

1.4.2 Distribuição dos processos por regional/Domicílio do autor

REGIONAL I	03
REGIONAL II	06
REGIONAL III	02
REGIONAL IV	03
REGIONAL V	08
REGIONAL VI	05
CENTRO	01

1.4.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	25
Julgamento improcedente/extinção do feito	03

Pendente:00

1.4.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	08
Procedimentos cirúrgicos	01
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	00
Fraldas descartáveis	21
Equipamentos	01
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	00
Alimentação especial	06

Insumos: 09

1.5- TOTAL DE AÇÕES EM MAIO/2016

- Total de petições iniciais: 147

- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 52

- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 89

-Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR):

06

1.5.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	43
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	09

INFÂNCIA: 00

1.5.2 Distribuição dos processos por regional/domicílio do autor

REGIONAL I	08
REGIONAL II	05
REGIONAL III	06
REGIONAL IV	07
REGIONAL V	13
REGIONAL VI	13
CENTRO	0

Aracoiaba (1)

1.5.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	45
Julgamento improcedente/extinção do feito	07

Pendente:00

1.5.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	09
Procedimentos cirúrgicos	01
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	01
Fraldas descartáveis	27
Equipamentos	08
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	18

Insumos: 22

1.6 - TOTAL DE AÇÕES EM JUNHO/2016

- Total de petições iniciais: 175

- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 73

- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 95

-Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR):

07

1.6.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	55
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	18

Infância: 00

1.6.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	09
REGIONAL II	10
REGIONAL III	04
REGIONAL IV	09
REGIONAL V	20
REGIONAL VI	20
CENTRO	01

1.6.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	62
Julgamento improcedente/extinção do feito	09

Pendente:02

1.6.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	04
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	03
Fraldas descartáveis	27
Equipamentos	20
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	37

Insumos: 34

TRANSPORTE ADAPTADO: 01

1.7- TOTAL DE AÇÕES EM JULHO/2016

- Total de petições iniciais: 147
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 68
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 73
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 06

1.7.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	45
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	23

Infância: 00

1.7.2 Distribuição dos processos por regional/domicílio do autor

REGIONAL I	08
REGIONAL II	09
REGIONAL III	10
REGIONAL IV	08
REGIONAL V	15
REGIONAL VI	18
CENTRO	0

1.7.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	51
Julgamento improcedente/extinção do feito	15

Pendente:02

1.7.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	19
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	01
Consultas	03
Fraldas descartáveis	15
Equipamentos	13
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	31

Insumos: 18

1.8- TOTAL DE AÇÕES EM AGOSTO/2016

- Total de petições iniciais: 147
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 52
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 93
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 04

1.8.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	35
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	17

INFÂNCIA: 00

1.8.2 Distribuição dos processos por regional/domicílio do autor

REGIONAL I	07
REGIONAL II	05
REGIONAL III	05
REGIONAL IV	09
REGIONAL V	08
REGIONAL VI	17
CENTRO	01

1.8.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	47
Julgamento improcedente/extinção do feito	04

Pendente:01

1.8.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	09
Procedimentos cirúrgicos	01

Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	01
Consultas	04
Fraldas descartáveis	22
Equipamentos	08
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	00
Alimentação especial	18

Insumos: 17

Lentes: 01

1.9- TOTAL DE AÇÕES EM SETEMBRO/2016

- Total de petições iniciais: 138

- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 58

- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 78

-Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR):

02

1.9.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	40
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	18

INFÂNCIA: 00

1.9.2 Distribuição dos processos por regional/domicílio do autor

REGIONAL I	10
REGIONAL II	06
REGIONAL III	05
REGIONAL IV	08
REGIONAL V	12
REGIONAL VI	15
CENTRO	02

1.9.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	01
Julgamento procedente da ação	53
Julgamento improcedente/extinção do feito	04

Pendente:01

1.9.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	11
--------------	----

Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	02
Consultas	07
Fraldas descartáveis	15
Equipamentos	19
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	00
Alimentação especial	11
Insumos:	15

1.10- TOTAL DE AÇÕES EM OUTUBRO/2016

- Total de petições iniciais: 149
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 54
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 93
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 02

1.10.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	46
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	08
INFÂNCIA:	00

1.10.2 Distribuição dos processos por regional/domicílio do autor

REGIONAL I	07
REGIONAL II	07
REGIONAL III	07
REGIONAL IV	02
REGIONAL V	12
REGIONAL VI	19
CENTRO	0

1.10.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	49
Julgamento improcedente/extinção do feito	02
Pendente:	03

1.10.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	07
--------------	----

Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	00
Fraldas descartáveis	21
Equipamentos	25
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	00
Alimentação especial	25

Insumos: 24

1.11- TOTAL DE AÇÕES EM NOVEMBRO/2016

- Total de petições iniciais: 125

- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 40

- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 82

-Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR):

03

1.11.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	37
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	03

INFÂNCIA: 04

1.11.2 Distribuição dos processos por regional/domicílio do autor

REGIONAL I	08
REGIONAL II	03
REGIONAL III	07
REGIONAL IV	05
REGIONAL V	06
REGIONAL VI	11
CENTRO	0

Horizonte (1) e Fortim (1)

1.11.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	37
Julgamento improcedente/extinção do feito	03

Pendente:00

1.11.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	10
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	00
Fraldas descartáveis	20
Equipamentos	22
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	00
Alimentação especial	20

Insumos: 21

1.12- TOTAL DE AÇÕES EM DEZEMBRO/2016

- Total de petições iniciais: 71
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 13
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 57
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 01

1.12.1 Distribuição dos processos por varas

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	11
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	02

INFÂNCIA: 00

1.12.2 Distribuição dos processos por regional/domicílio do autor

REGIONAL I	03
REGIONAL II	00
REGIONAL III	02
REGIONAL IV	01
REGIONAL V	03
REGIONAL VI	04
CENTRO	0

1.12.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	12
Julgamento improcedente/extinção do feito	01

Pendente:00

1.12.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	04
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	00
Fraldas descartáveis	08
Equipamentos	09
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	00
Alimentação especial	02

Insumos: 04

Gráfico 1

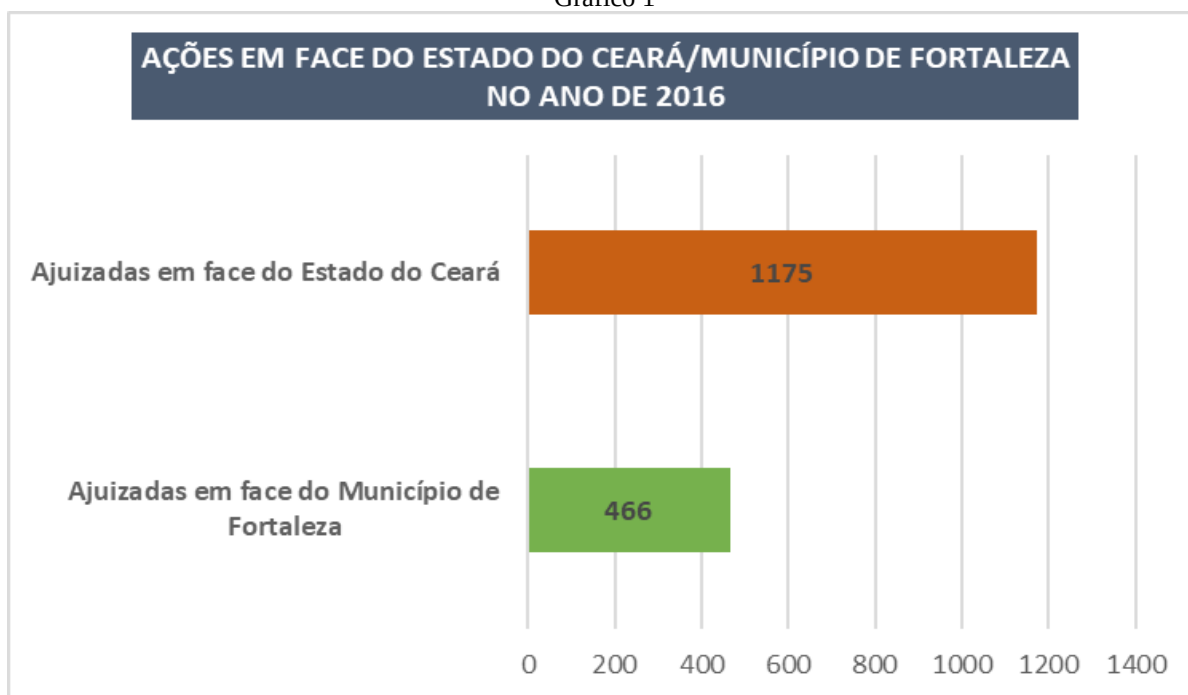


Gráfico 2

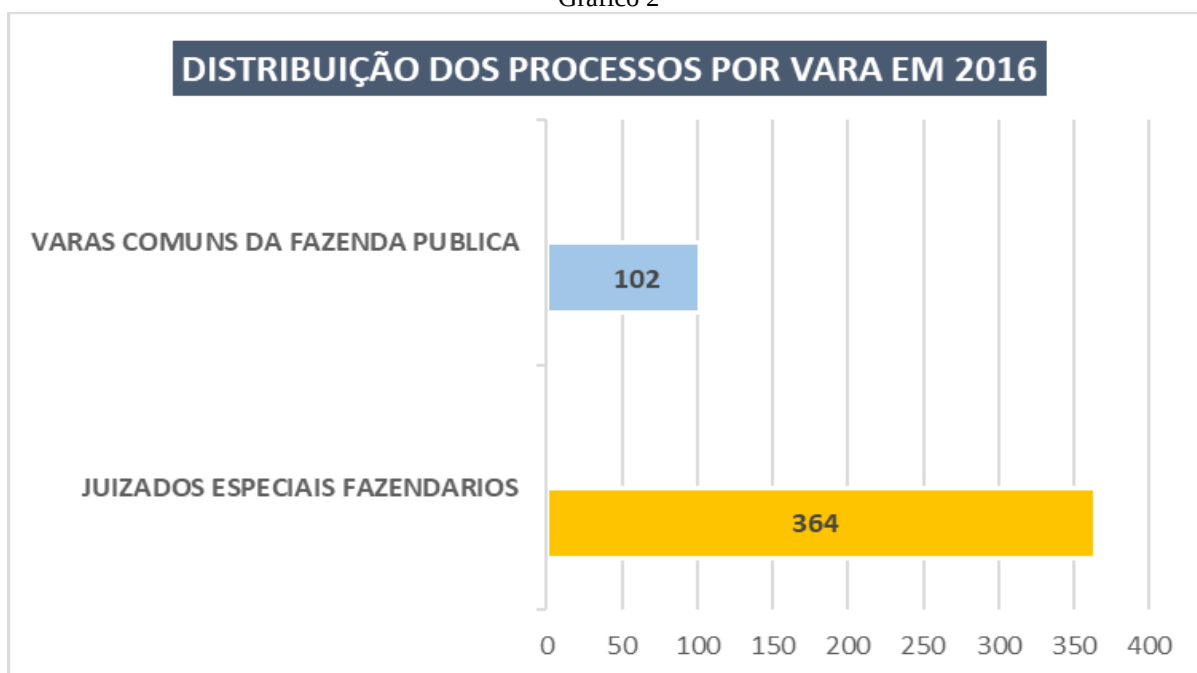


Gráfico 3

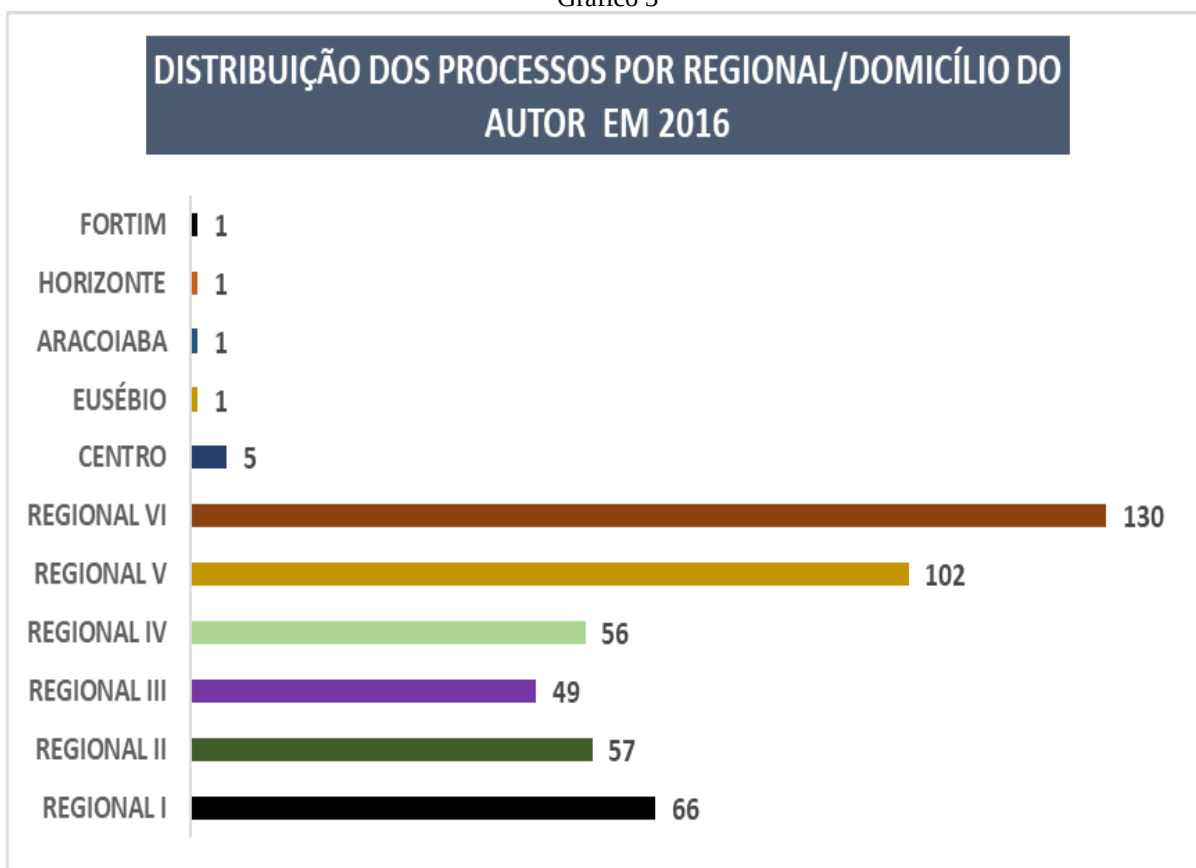


Gráfico 4

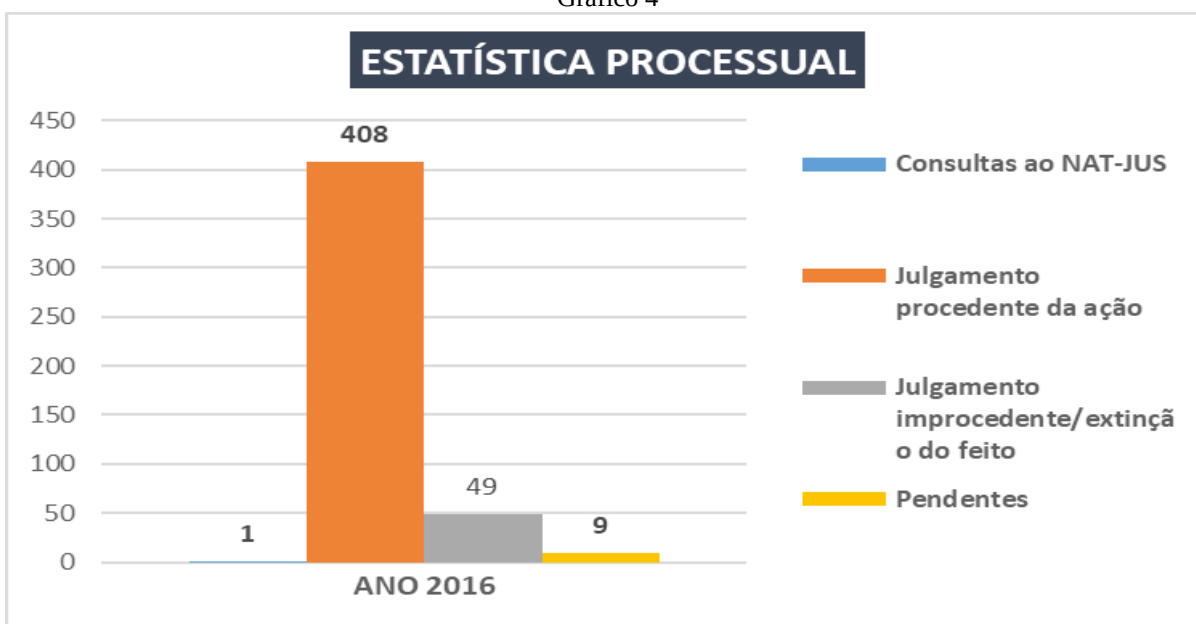
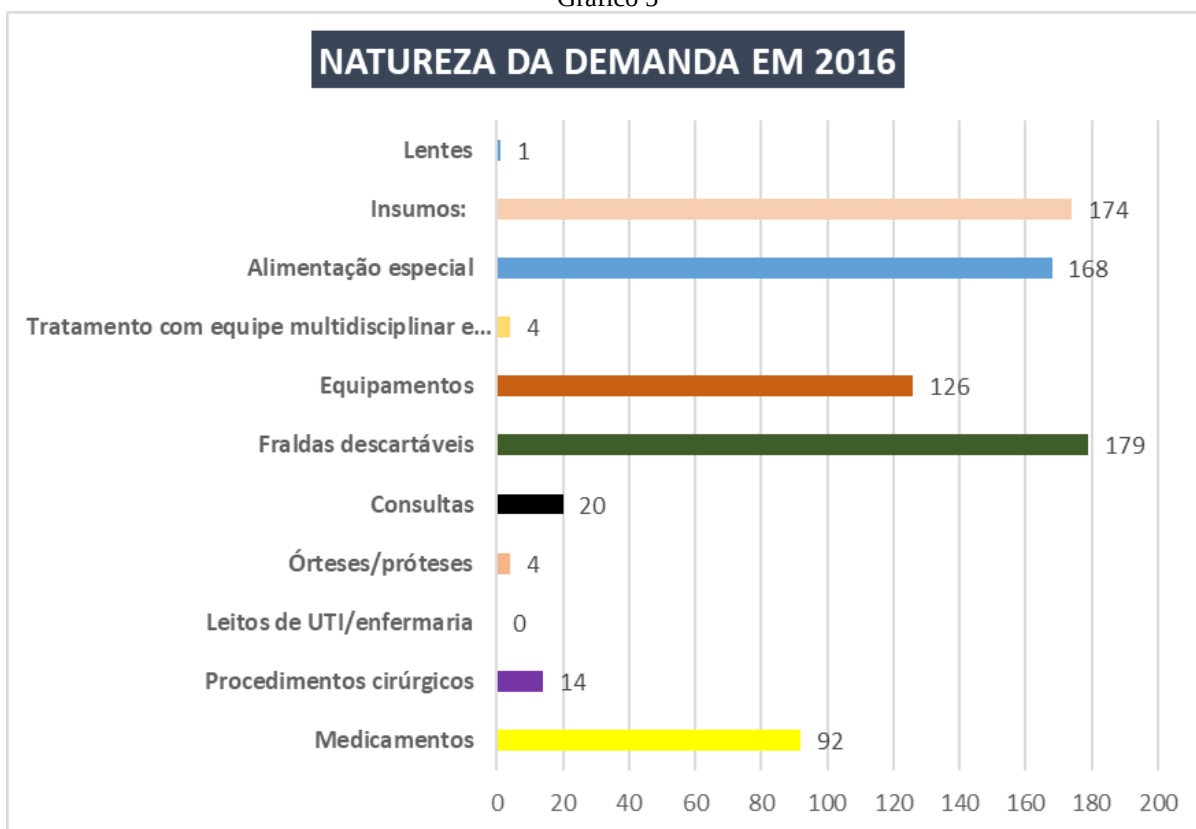


Gráfico 5



PROCESSOS AJUIZADOS EM JANEIRO DE 2016

Número do Processo 0101481-05.2016.8.06.0001;

Número do Processo 0102821-81.2016.8.06.0001

Número do Processo 0103111-96.2016.8.06.0001

Número do Processo 0103770-08.2016.8.06.0001

Número do Processo 0103653-17.2016.8.06.0001

Número do Processo 0105184-41.2016.8.06.0001

Número do Processo 0105804-53.2016.8.06.0001

Número do Processo 0106896-66.2016.8.06.0001

Número do Processo 0107407-64.2016.8.06.0001

Número do Processo 0101327-84.2016.8.06.0001

Número do Processo 0102208-61.2016.8.06.0001

Número do Processo 0103498-14.2016.8.06.0001

Número do Processo 0104154-68.2016.8.06.0001

Número do Processo 0107347-91.2016.8.06.0001

Número do Processo 0107636-24.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM FEVEREIRO DE 2016

Número do Processo 0109028-96.2016.8.06.0001

Número do Processo 0112071-41.2016.8.06.0001

Número do Processo 0115046-36.2016.8.06.0001

Número do Processo 0115099-17.2016.8.06.0001

Número do Processo 0109146-72.2016.8.06.0001

Número do Processo 0111139-53.2016.8.06.0001

Número do Processo 0111275-50.2016.8.06.0001

Número do Processo 0114904-32.2016.8.06.0001

Número do Processo 0115618-89.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM MARÇO DE 2016

Número do Processo 0120848-15.2016.8.06.0001

Número do Processo 0124647-66.2016.8.06.0001

Número do Processo 0124665-87.2016.8.06.0001

Número do Processo 0124653-73.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM ABRIL DE 2016

Número do Processo 0124824-30.2016.8.06.0001

Número do Processo 0125611-59.2016.8.06.0001

Número do Processo 0126565-08.2016.8.06.0001

Número do Processo 0126996-42.2016.8.06.0001

Número do Processo 0127311-70.2016.8.06.0001

Número do Processo 0127294-34.2016.8.06.0001

Número do Processo 0127851-21.2016.8.06.0001

Número do Processo 0129064-62.2016.8.06.0001

Número do Processo 0129087-08.2016.8.06.0001

Número do Processo 0129527-04.2016.8.06.0001

Número do Processo 0130797-63.2016.8.06.0001

Número do Processo 0130658-14.2016.8.06.0001

Número do Processo 0131063-50.2016.8.06.0001

Número do Processo 0126085-30.2016.8.06.0001

Número do Processo 0126438-70.2016.8.06.0001

Número do Processo 0126675-07.2016.8.06.0001

Número do Processo 0126593-73.2016.8.06.0001

Número do Processo 0127039-76.2016.8.06.0001

Número do Processo 0127053-60.2016.8.06.0001

Número do Processo 0127340-23.2016.8.06.0001

Número do Processo 0127385-27.2016.8.06.0001

Número do Processo 0128084-18.2016.8.06.0001

Número do Processo 0128017-53.2016.8.06.0001

Número do Processo 0128867-10.2016.8.06.0001

Número do Processo 0128838-57.2016.8.06.0001

Número do Processo 0129237-86.2016.8.06.0001

Número do Processo 0130016-41.2016.8.06.0001

Número do Processo 0131128-45.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM MAIO DE 2016

Número do Processo 0131660-19.2016.8.06.0001

Número do Processo 0132454-40.2016.8.06.0001

Número do Processo 0132440-56.2016.8.06.0001

Número do Processo 0133134-25.2016.8.06.0001
Número do Processo 0133668-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0134931-36.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136798-64.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136839-31.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140179-80.2016.8.06.0001
Número do Processo 0132260-40.2016.8.06.0001
Número do Processo 0132574-83.2016.8.06.0001
Número do Processo 0132856-24.2016.8.06.0001
Número do Processo 0133322-18.2016.8.06.0001
Número do Processo 0133732-76.2016.8.06.0001
Número do Processo 0133614-03.2016.8.06.0001
Número do Processo 0133754-37.2016.8.06.0001
Número do Processo 0133737-98.2016.8.06.0001
Número do Processo 0134139-82.2016.8.06.0001
Número do Processo 0134101-70.2016.8.06.0001
Número do Processo 0134416-98.2016.8.06.0001
Número do Processo 0134424-75.2016.8.06.0001
Número do Processo 0134983-32.2016.8.06.0001
Número do Processo 0134956-49.2016.8.06.0001
Número do Processo 0135022-29.2016.8.06.0001
Número do Processo 0135418-06.2016.8.06.0001
Número do Processo 0135725-57.2016.8.06.0001
Número do Processo 0135781-90.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136227-93.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136289-36.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136276-37.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136234-85.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136644-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136578-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136549-16.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136902-56.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136909-48.2016.8.06.0001
Número do Processo 0136945-90.2016.8.06.0001

Número do Processo 0137537-37.2016.8.06.0001
Número do Processo 0137655-13.2016.8.06.0001
Número do Processo 0137662-05.2016.8.06.0001
Número do Processo 0137711-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0138509-07.2016.8.06.0001
Número do Processo 0138880-68.2016.8.06.0001
Número do Processo 0138848-63.2016.8.06.0001
Número do Processo 0138939-56.2016.8.06.0001
Número do Processo 0138931-79.2016.8.06.0001
Número do Processo 0138840-86.2016.8.06.0001
Número do Processo 0139713-86.2016.8.06.0001
Número do Processo 0139606-42.2016.8.06.0001
Número do Processo 0139610-79.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140113-03.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140097-49.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140091-42.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM JUNHO DE 2016

Número do Processo 0140749-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0145281-83.2016.8.06.0001
Número do Processo 0145262-77.2016.8.06.0001
Número do Processo 0145300-89.2016.8.06.0001
Número do Processo 0145254-03.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146820-84.2016.8.06.0001
Número do Processo 0147281-56.2016.8.06.0001
Número do Processo 0147742-28.2016.8.06.0001
Número do Processo 0147281-56.2016.8.06.0001
Número do Processo 0147801-16.2016.8.06.0001
Número do Processo 0148179-69.2016.8.06.0001
Número do Processo 0148029-88.2016.8.06.0001
Número do Processo 0148121-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0148158-93.2016.8.06.0001
Número do Processo 0148003-90.2016.8.06.0001
Número do Processo 0148099-08.2016.8.06.0001

Número do Processo 0140470-80.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140543-52.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140525-31.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140908-09.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140924-60.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140902-02.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140891-70.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140872-64.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141229-44.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141207-83.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141232-96.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141244-13.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141221-67.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141560-26.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141622-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141547-27.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141659-93.2016.8.06.0001
Número do Processo 0140749-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141954-33.2016.8.06.0001
Número do Processo 0141921-43.2016.8.06.0001
Número do Processo 0142257-47.2016.8.06.0001
Número do Processo 0142632-48.2016.8.06.0001
Número do Processo 0142914-86.2016.8.06.0001
Número do Processo 0142931-25.2016.8.06.0001
Número do Processo 0142883-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0142932-10.2016.8.06.0001
Número do Processo 0143311-48.2016.8.06.0001
Número do Processo 0143340-98.2016.8.06.0001
Número do Processo 0143288-05.2016.8.06.0001
Número do Processo 0143282-95.2016.8.06.0001
Número do Processo 0143346-08.2016.8.06.0001
Número do Processo 0143293-27.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144056-28.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144150-73.2016.8.06.0001

Número do Processo 0144107-39.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144049-36.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144110-91.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144653-94.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144556-94.2016.8.06.0001
Número do Processo 0142257-47.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144898-08.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144889-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144876-47.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144893-83.2016.8.06.0001
Número do Processo 0144899-90.2016.8.06.0001
Número do Processo 0142685-29.2016.8.06.0001
Número do Processo 0145252-33.2016.8.06.0001
Número do Processo 0145315-58.2016.8.06.0001
Número do Processo 0145633-41.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146015-34.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146043-02.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146058-68.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146092-43.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146069-97.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146124-48.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146030-03.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146601-71.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146511-63.2016.8.06.0001
Número do Processo 0147013-02.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146916-02.2016.8.06.0001
Número do Processo 0146944-67.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM JULHO DE 2016

Número do Processo 0151517-51.2016.8.06.0001
Número do Processo 0151497-60.2016.8.06.0001
Número do Processo 0151595-45.2016.8.06.0001
Número do Processo 0151899-44.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152131-56.2016.8.06.0001

Número do Processo 0151982-60.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152122-94.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152401-80.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152395-73.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152467-60.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152429-48.2016.8.06.0001
Número do Processo 0153046-08.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152905-86.2016.8.06.0001
Número do Processo 0153017-55.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152942-16.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152964-74.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152984-65.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152989-87.2016.8.06.0001
Número do Processo 0153385-64.2016.8.06.0001
Número do Processo 0153353-59.2016.8.06.0001
Número do Processo 0153376-05.2016.8.06.0001
Número do Processo 0153650-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0154026-52.2016.8.06.0001
Número do Processo 0154343-50.2016.8.06.0001
Número do Processo 0154429-21.2016.8.06.0001
Número do Processo 0154347-87.2016.8.06.0001
Número do Processo 0154381-62.2016.8.06.0001
Número do Processo 0154335-73.2016.8.06.0001
Número do Processo 0154667-40.2016.8.06.0001
Número do Processo 0154656-11.2016.8.06.0001
Número do Processo 0155302-21.2016.8.06.0001
Número do Processo 0155178-38.2016.8.06.0001
Número do Processo 0155236-41.2016.8.06.0001
Número do Processo 0155272-83.2016.8.06.0001
Número do Processo 0155207-88.2016.8.06.0001
Número do Processo 0155580-22.2016.8.06.0001
Número do Processo 0156123-25.2016.8.06.0001
Número do Processo 0156427-24.2016.8.06.0001
Número do Processo 0156348-45.2016.8.06.0001

Número do Processo 0156474-95.2016.8.06.0001
Número do Processo 0156455-89.2016.8.06.0001
Número do Processo 0148820-57.2016.8.06.0001
Número do Processo 0148804-06.2016.8.06.0001
Número do Processo 0148889-89.2016.8.06.0001
Número do Processo 0148003-90.2016.8.06.0001
Número do Processo 0149490-95.2016.8.06.0001
Número do Processo 0149536-84.2016.8.06.0001
Número do Processo 0149596-57.2016.8.06.0001
Número do Processo 0149483-06.2016.8.06.0001
Número do Processo 0149870-21.2016.8.06.0001
Número do Processo 0149887-57.2016.8.06.0001
Número do Processo 0150203-70.2016.8.06.0001
Número do Processo 0150419-31.2016.8.06.0001
Número do Processo 0150561-35.2016.8.06.0001
Número do Processo 0150595-10.2016.8.06.0001
Número do Processo 0150612-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0150618-53.2016.8.06.0001
Número do Processo 0150575-19.2016.8.06.0001
Número do Processo 0151023-89.2016.8.06.0001
Número do Processo 0151062-86.2016.8.06.0001
Número do Processo 0151089-69.2016.8.06.0001
Número do Processo 0151045-50.2016.8.06.0001
Número do Processo 0151032-51.2016.8.06.0001
Número do Processo 0151052-42.2016.8.06.0001
Número do Processo 0151908-06.2016.8.06.0001
Número do Processo 0152396-58.2016.8.06.0001
Número do Processo 0153691-33.2016.8.06.0001
Número do Processo 0154023-97.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM AGOSTO DE 2016

Número do Processo 0158152-48.2016.8.06.0001
Número do Processo 0159662-96.2016.8.06.0001
Número do Processo 0159616-10.2016.8.06.0001

Número do Processo 0160326-30.2016.8.06.0001
Número do Processo 0161228-80.2016.8.06.0001
Número do Processo 0161545-78.2016.8.06.0001
Número do Processo 0161592-52.2016.8.06.0001
Número do Processo 0161502-44.2016.8.06.0001
Número do Processo 0161872-23.2016.8.06.0001
Número do Processo 0163187-86.2016.8.06.0001
Número do Processo 0164487-83.2016.8.06.0001
Número do Processo 0157508-08.2016.8.06.0001
Número do Processo 0157454-42.2016.8.06.0001
Número do Processo 0157413-75.2016.8.06.0001
Número do Processo 0157485-62.2016.8.06.0001
Número do Processo 0157822-51.2016.8.06.0001
Número do Processo 0157791-31.2016.8.06.0001
Número do Processo 0158123-95.2016.8.06.0001
Número do Processo 0158168-02.2016.8.06.0001
Número do Processo 0158114-36.2016.8.06.0001
Número do Processo 0158175-91.2016.8.06.0001
Número do Processo 0159084-36.2016.8.06.0001
Número do Processo 0160064-80.2016.8.06.0001
Número do Processo 0160069-05.2016.8.06.0001
Número do Processo 0160076-94.2016.8.06.0001
Número do Processo 0161346-56.2016.8.06.0001
Número do Processo 0161624-57.2016.8.06.0001
Número do Processo 0161994-36.2016.8.06.0001
Número do Processo 0161917-27.2016.8.06.0001
Número do Processo 0153742-44.2016.8.06.0001
Número do Processo 0162489-80.2016.8.06.0001
Número do Processo 0162515-78.2016.8.06.0001
Número do Processo 0162422-18.2016.8.06.0001
Número do Processo 0162931-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0162846-60.2016.8.06.0001
Número do Processo 0162828-39.2016.8.06.0001
Número do Processo 0163234-60.2016.8.06.0001

Número do Processo 0163276-12.2016.8.06.0001
Número do Processo 0163586-18.2016.8.06.0001
Número do Processo 0163629-52.2016.8.06.0001
Número do Processo 0163957-79.2016.8.06.0001
Número do Processo 0163936-06.2016.8.06.0001
Número do Processo 0163991-54.2016.8.06.0001
Número do Processo 0163998-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0164623-80.2016.8.06.0001
Número do Processo 0164614-21.2016.8.06.0001
Número do Processo 0164594-30.2016.8.06.0001
Número do Processo 0164572-69.2016.8.06.0001
Número do Processo 0164616-88.2016.8.06.0001
Número do Processo 0164949-40.2016.8.06.0001
Número do Processo 0165240-40.2016.8.06.0001
Número do Processo 0164978-90.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM SETEMBRO DE 2016

Número do Processo 0166992-47.2016.8.06.0001
Número do Processo 0165660-45.2016.8.06.0001
Número do Processo 0164978-90.2016.8.06.0001
Número do Processo 0166139-38.2016.8.06.000
Número do Processo 0166197-41.2016.8.06.0001
Número do Processo 0166582-86.2016.8.06.0001
Número do Processo 0166688-48.2016.8.06.0001
Número do Processo 0166605-32.2016.8.06.0001
Número do Processo 0167008-98.2016.8.06.0001
Número do Processo 0167024-52.2016.8.06.0001
Número do Processo 0167410-82.2016.8.06.0001
Número do Processo 0167424-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0167763-25.2016.8.06.0001
Número do Processo 0167782-31.2016.8.06.0001
Número do Processo 0167772-84.2016.8.06.0001
Número do Processo 0168290-74.2016.8.06.0001
Número do Processo 0168212-80.2016.8.06.0001

Número do Processo 0168274-23.2016.8.06.0001
Número do Processo 0168201-51.2016.8.06.0001
Número do Processo 0168308-95.2016.8.06.0001
Número do Processo 0168254-32.2016.8.06.0001
Número do Processo 0168945-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0168884-88.2016.8.06.0001
Número do Processo 0168942-91.2016.8.06.0001
Número do Processo 0169265-96.2016.8.06.0001
Número do Processo 0169196-64.2016.8.06.0001
Número do Processo 0169187-05.2016.8.06.0001
Número do Processo 0169991-70.2016.8.06.0001
Número do Processo 0170243-73.2016.8.06.0001
Número do Processo 0170229-89.2016.8.06.0001
Número do Processo 0170612-67.2016.8.06.0001
Número do Processo 0170626-51.2016.8.06.0001
Número do Processo 0170617-89.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171099-37.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171055-18.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171108-96.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171132-27.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171122-80.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171006-74.2016.8.06.0001
Número do Processo 0170996-30.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171370-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171324-57.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171361-84.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171713-42.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171784-44.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171757-61.2016.8.06.0001
Número do Processo 0172145-61.2016.8.06.0001
Número do Processo 0172228-77.2016.8.06.0001
Número do Processo 0172196-72.2016.8.06.0001
Número do Processo 0172286-80.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171763-68.2016.8.06.0001

Número do Processo 0172551-82.2016.8.06.0001
Número do Processo 0172964-95.2016.8.06.0001
Número do Processo 0172600-26.2016.8.06.0001
Número do Processo 0172590-79.2016.8.06.0001
Número do Processo 0173308-76.2016.8.06.0001
Número do Processo 0173281-93.2016.8.06.0001
Número do Processo 0168201-51.2016.8.06.0001
Número do Processo 0173291-40.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM OUTUBRO DE 2016

Número do Processo 0173606-68.2016.8.06.0001
Número do Processo 0173600-61.2016.8.06.0001
Número do Processo 0173637-88.2016.8.06.0001
Número do Processo 0173621-37.2016.8.06.0001
Número do Processo 0173910-67.2016.8.06.0001
Número do Processo 0173915-89.2016.8.06.0001
Número do Processo 0174321-13.2016.8.06.0001
Número do Processo 0174625-12.2016.8.06.0001
Número do Processo 0174597-44.2016.8.06.0001
Número do Processo 0174681-45.2016.8.06.0001
Número do Processo 0174683-15.2016.8.06.0001
Número do Processo 0174601-81.2016.8.06.0001
Número do Processo 0174590-52.2016.8.06.0001
Número do Processo 0174936-03.2016.8.06.0001
Número do Processo 0175312-86.2016.8.06.0001
Número do Processo 0175341-39.2016.8.06.0001
Número do Processo 0175276-44.2016.8.06.0001
Número do Processo 0175638-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0175680-95.2016.8.06.0001
Número do Processo 0171784-44.2016.8.06.0001
Número do Processo 0175951-07.2016.8.06.0001
Número do Processo 0175974-50.2016.8.06.0001
Número do Processo 0175985-79.2016.8.06.0001
Número do Processo 0175962-36.2016.8.06.0001

Número do Processo 0175341-39.2016.8.06.0001
Número do Processo 0176699-39.2016.8.06.0001
Número do Processo 0176685-55.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177016-37.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177009-45.2016.8.06.0001
Número do Processo 0176992-09.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177027-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177262-33.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177270-10.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177251-04.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177277-02.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177260-63.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177287-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177582-83.2016.8.06.000
Número do Processo 0177570-69.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177578-46.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177590-60.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177573-24.2016.8.06.0001
Número do Processo 0178506-94.2016.8.06.0001
Número do Processo 0178609-04.2016.8.06.0001
Número do Processo 0178648-98.2016.8.06.0001
Número do Processo 0179198-93.2016.8.06.0001
Número do Processo 0179205-85.2016.8.06.0001
Número do Processo 0179575-64.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180108-23.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180035-51.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180054-57.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180071-93.2016.8.06.0001
Número do Processo 0176919-37.2016.8.06.0001
Número do Processo 0177164-48.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM NOVEMBRO DE 2016

Número do Processo 0180470-25.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180485-91.2016.8.06.0001

Número do Processo 0180548-19.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180834-94.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180843-56.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180810-66.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180814-06.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180828-87.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180854-85.2016.8.06.0001
Número do Processo 0181150-10.2016.8.06.0001
Número do Processo 0181173-53.2016.8.06.0001
Número do Processo 0181109-43.2016.8.06.0001
Número do Processo 0181524-26.2016.8.06.0001
Número do Processo 0181533-85.2016.8.06.0001
Número do Processo 0181978-06.2016.8.06.0001
Número do Processo 0182062-07.2016.8.06.0001
Número do Processo 0181989-35.2016.8.06.0001
Número do Processo 0182384-27.2016.8.06.0001
Número do Processo 0182333-16.2016.8.06.0001
Número do Processo 0182681-34.2016.8.06.0001
Número do Processo 0183032-07.2016.8.06.0001
Número do Processo 0180570-77.2016.8.06.0001
Número do Processo 0183050-28.2016.8.06.0001
Número do Processo 0183035-59.2016.8.06.0001
Número do Processo 0183447-87.2016.8.06.0001
Número do Processo 0183439-13.2016.8.06.0001
Número do Processo 0183970-02.2016.8.06.0001
Número do Processo 0183964-92.2016.8.06.0000
Número do Processo 0184269-76.2016.8.06.0001
Número do Processo 0184473-23.2016.8.06.0001
Número do Processo 0185043-09.2016.8.06.0001
Número do Processo 0185052-68.2016.8.06.0001
Número do Processo 0185866-80.2016.8.06.0001
Número do Processo 0186225-30.2016.8.06.0001
Número do Processo 0187488-97.2016.8.06.0001
Número do Processo 0185443-23.2016.8.06.0001

Número do Processo 0187798-06.2016.8.06.0001

Número do Processo 0180530-95.2016.8.06.0001

Número do Processo 0186087-63.2016.8.06.0001

Número do Processo 0186136-07.2016.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM DEZEMBRO DE 2016

Número do Processo 0189865-41.2016.8.06.0001

Número do Processo 0188198-20.2016.8.06.0001

Número do Processo 0188919-69.2016.8.06.0001

Número do Processo 0189230-60.2016.8.06.0001

Número do Processo 0189300-77.2016.8.06.000

Número do Processo 0191137-70.2016.8.06.0001

Número do Processo 0191186-14.2016.8.06.0001

Número do Processo 0191555-08.2016.8.06.0001

Número do Processo 0191497-05.2016.8.06.0001

Número do Processo 0191547-31.2016.8.06.0001

Número do Processo 0191969-06.2016.8.06.0001

Número do Processo 0191925-84.2016.8.06.0001

Número do Processo 0191894-64.2016.8.06.0001

APÊNDICE B – LEVANTAMENTO DE PROCESSOS AJUIZADOS NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ, ANO 2017

2- ANO DE 2017

Levantamento de dados das ações judiciais na justiça estadual de primeiro grau do Ceará, pela Defensoria Pública Estadual.

2.1- TOTAL DE AÇÕES EM JANEIRO/2017

- Total de petições iniciais: 87
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 31
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 54
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR):
02

2.1.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	25
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	06

2.1.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	0
REGIONAL II	3
REGIONAL III	7
REGIONAL IV	1
REGIONAL V	9
REGIONAL VI	11
CENTRO	0

2.1.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	31
Julgamento improcedente/extinção do feito	00

2.1.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	05
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	01
Fraldas descartáveis	13
Equipamentos	16
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	00
Alimentação especial	15

Insumos: 10

2.2- TOTAL DE AÇÕES EM FEVEREIRO DE 2017

- Total de petições iniciais: 125
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 27
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 95
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 03

2.2.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	21
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	06

2.2.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	07
REGIONAL II	03
REGIONAL III	05
REGIONAL IV	02
REGIONAL V	03
REGIONAL VI	07
CENTRO	0

Obs: um domiciliado em Baturité

2.2.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	31
Julgamento improcedente/extinção do feito	00

2.2.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	05
Procedimentos cirúrgicos	01

Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	01
Consultas	02
Fraldas descartáveis	12
Equipamentos	07
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	02
Alimentação especial	05

Insumos: 03

2.3- TOTAL DE AÇÕES EM MARÇO DE 2017

- Total de petições iniciais: 272
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 52
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 217
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 03

2.3.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	37
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	15

2.3.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	02
REGIONAL II	05
REGIONAL III	11
REGIONAL IV	10
REGIONAL V	10
REGIONAL VI	13
CENTRO	1

2.3.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	42
Julgamento improcedente/extinção do feito	07

PENDENTES: 03

2.3.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	07
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	01

Consultas	04
Fraldas descartáveis	29
Equipamentos	13
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	07
INSUMOS: 07	

2.4- TOTAL DE AÇÕES EM MARÇO DE 2017

- Total de petições iniciais: 151
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 29
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 120
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 02

2.4.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	24
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	05

2.4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	03
REGIONAL II	03
REGIONAL III	02
REGIONAL IV	06
REGIONAL V	05
REGIONAL VI	09
CENTRO	0

JAGUARIBE/CE 1

2.4.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	25
Julgamento improcedente/extinção do feito	03
PENDENTE 01	

2.4.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	01
Procedimentos cirúrgicos	03
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0

Consultas	04
Fraldas descartáveis	14
Equipamentos	09
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	04
INSUMOS: 07	

2.5- TOTAL DE AÇÕES EM MAIO DE 2017

- Total de petições iniciais: 246
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 45
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 197
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 04

2.5.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	38
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	06
INFÂNCIA: 01	

2.5.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	7
REGIONAL II	5
REGIONAL III	6
REGIONAL IV	4
REGIONAL V	9
REGIONAL VI	14
CENTRO	0

2.5.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	42
Julgamento improcedente/extinção do feito	01
PENDENTE: 02	

2.5.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	10
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	01
Órteses/próteses	00

Consultas	04
Fraldas descartáveis	26
Equipamentos	09
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	12
INSUMOS: 17	

2.6- TOTAL DE AÇÕES EM JUNHO DE 2017

- Total de petições iniciais: 209
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 62
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 143
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 04

2.6.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	56
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	06
INFÂNCIA 02	

2.6.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	11
REGIONAL II	12
REGIONAL III	3
REGIONAL IV	2
REGIONAL V	11
REGIONAL VI	21
CENTRO	2

2.6.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	1
Julgamento procedente da ação	56
Julgamento improcedente/extinção do feito	2
PENDENTES: 02	

2.6.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	17
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	01

Consultas	08
Fraldas descartáveis	30
Equipamentos	23
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	02
Alimentação especial	11
INSUMOS: 16	

2.7- TOTAL DE AÇÕES EM JULHO DE 2017

- Total de petições iniciais: 218
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 51
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 164
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 03

2.7.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	43
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	04
INFÂNCIA 04	

2.7.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	08
REGIONAL II	06
REGIONAL III	08
REGIONAL IV	06
REGIONAL V	12
REGIONAL VI	11
CENTRO	0

2.7.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	48
Julgamento improcedente/extinção do feito	02
PENDENTES: 01	

2.7.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	09
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	01
Órteses/próteses	0

Consultas	04
Fraldas descartáveis	28
Equipamentos	10
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	07

INSUMOS: 14

TRANSPORTE ADAPTADO 01

2.8- TOTAL DE AÇÕES EM AGOSTO DE 2017

- Total de petições iniciais: 231

- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 79

- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 146

-Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR):

06

2.8.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	65
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	10

INFÂNCIA: 02

2.8.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	12
REGIONAL II	11
REGIONAL III	10
REGIONAL IV	10
REGIONAL V	19
REGIONAL VI	17
CENTRO	0

2.8.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	1
Julgamento procedente da ação	72
Julgamento improcedente/extinção do feito	03

PENDENTES:

2.8.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	23
Procedimentos cirúrgicos	04
Leitos de UTI/enfermaria	01

Órteses/próteses	00
Consultas	06
Fraldas descartáveis	34
Equipamentos	22
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	04
Alimentação especial	14

INSUMOS: 29

2.9 – TOTAL DE AÇÕES EM SETEMBRO DE 2017

- Total de petições iniciais: 192
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 54
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 133
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 05

2.9.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	44
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	06

INFÂNCIA: 04

2.9.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	06
REGIONAL II	06
REGIONAL III	08
REGIONAL IV	04
REGIONAL V	10
REGIONAL VI	18
CENTRO	0

Horizonte (1) e Fortim (1)

2.9.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	47
Julgamento improcedente/extinção do feito	06

Pendente:01

2.9.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	10
Procedimentos cirúrgicos	01

Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	03
Fraldas descartáveis	31
Equipamentos	14
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	11

Insumos: 15

2.10- TOTAL DE AÇÕES EM OUTUBRO DE 2017

- Total de petições iniciais: 181
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 42
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 128
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 11

2.10.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	38
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	02

INFÂNCIA: 02

2.10.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	04
REGIONAL II	02
REGIONAL III	05
REGIONAL IV	00
REGIONAL V	09
REGIONAL VI	21
CENTRO	01

2.10.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	40
Julgamento improcedente/extinção do feito	01

Pendente:01

2.10.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	14
Procedimentos cirúrgicos	01

Leitos de UTI/enfermaria	00
Órteses/próteses	00
Consultas	01
Fraldas descartáveis	21
Equipamentos	07
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	03
Alimentação especial	03

Insumos: 07

2.11 – TOTAL DE AÇÕES EM NOVEMBRO DE 2017

- Total de petições iniciais: 151
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 27
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 114
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 10

2.11.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	21
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	04

INFÂNCIA: 02

2.11.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	04
REGIONAL II	03
REGIONAL III	02
REGIONAL IV	03
REGIONAL V	04
REGIONAL VI	10
CENTRO	01

1.3 Estatística processual:

1. Consultas ao NAT-JUS	2. 0
3. Julgamento procedente da ação	4. 23
5. Julgamento improcedente/extinção do feito	6. 00

Pendente:04

2.11.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	05
Procedimentos cirúrgicos	00

Leitos de UTI/enfermaria	00
Órteses/próteses	00
Consultas	01
Fraldas descartáveis	17
Equipamentos	08
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	02
Alimentação especial	09

Insumos: 10

2.12- TOTAL DE AÇÕES EM DEZEMBRO DE 2017

- Total de petições iniciais: 105
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 49
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 49
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 07

2.12.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	44
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	02

INFÂNCIA: 03

2.12.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	06
REGIONAL II	08
REGIONAL III	08
REGIONAL IV	04
REGIONAL V	11
REGIONAL VI	11
CENTRO	01

2.12.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	01
Julgamento procedente da ação	45
Julgamento improcedente/extinção do feito	02

Pendente:02

2.12.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	16
Procedimentos cirúrgicos	01
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0

Consultas	03
Fraldas descartáveis	18
Equipamentos	15
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	06
Alimentação especial	05

Insumos: 11

Gráfico 1

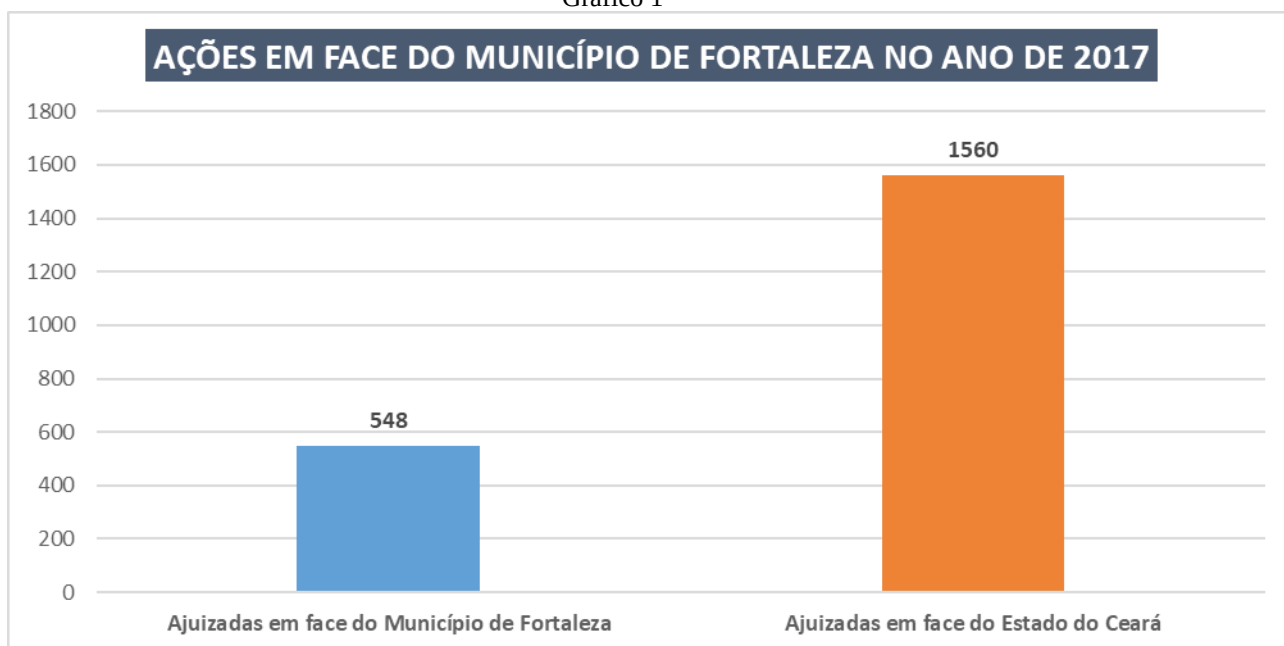


Gráfico 2

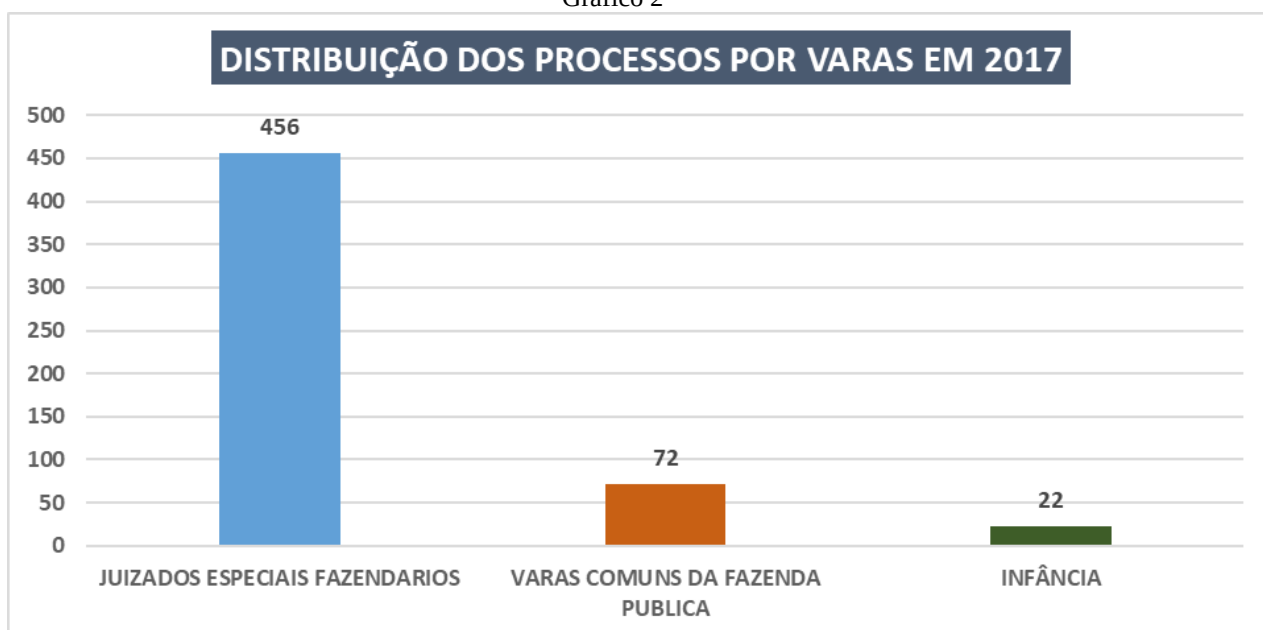


Gráfico 3

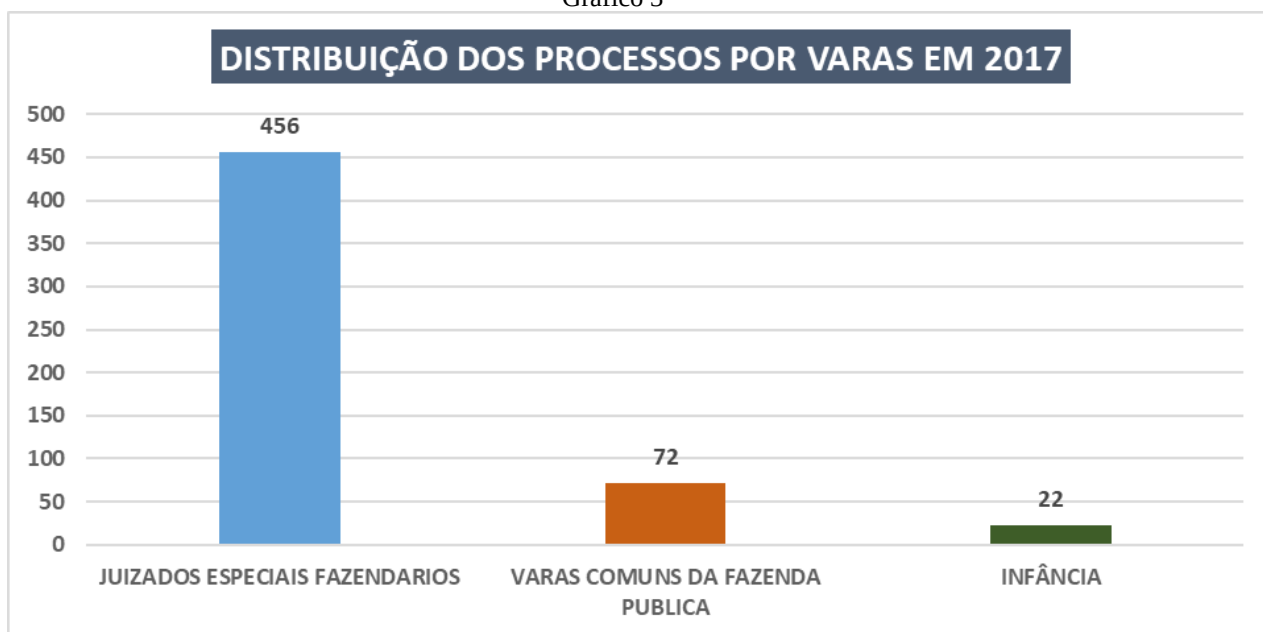


Gráfico 4

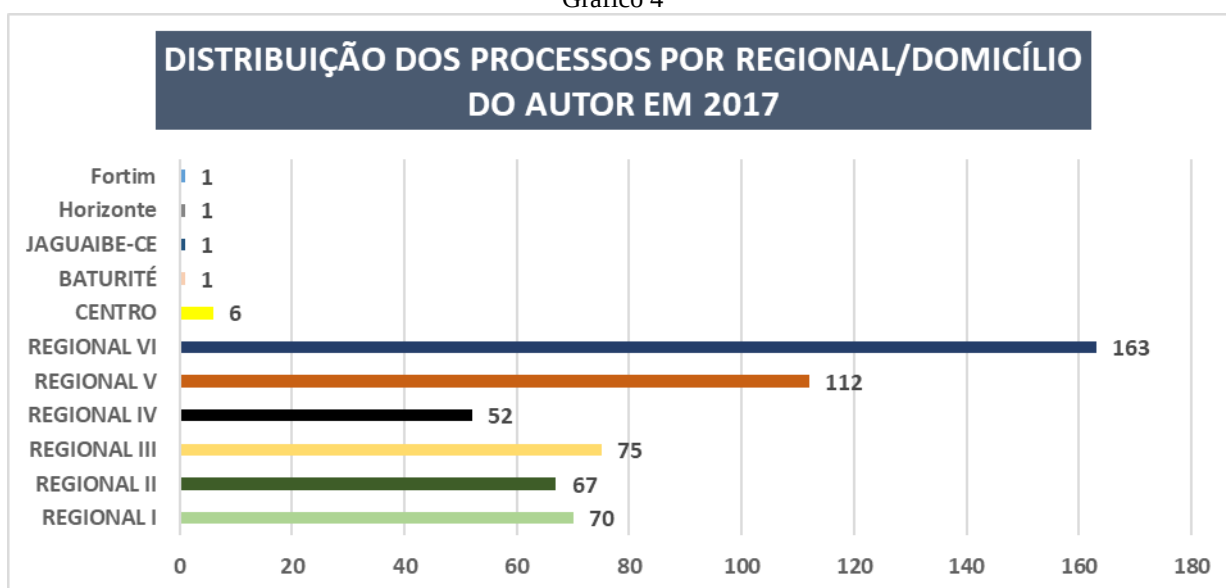


Gráfico 5

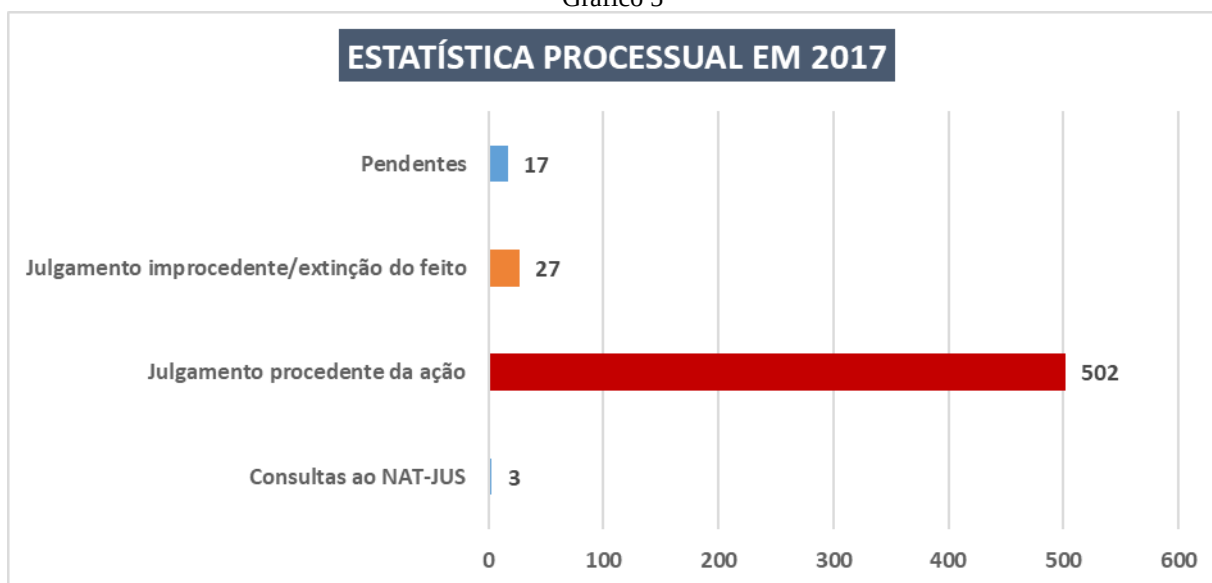
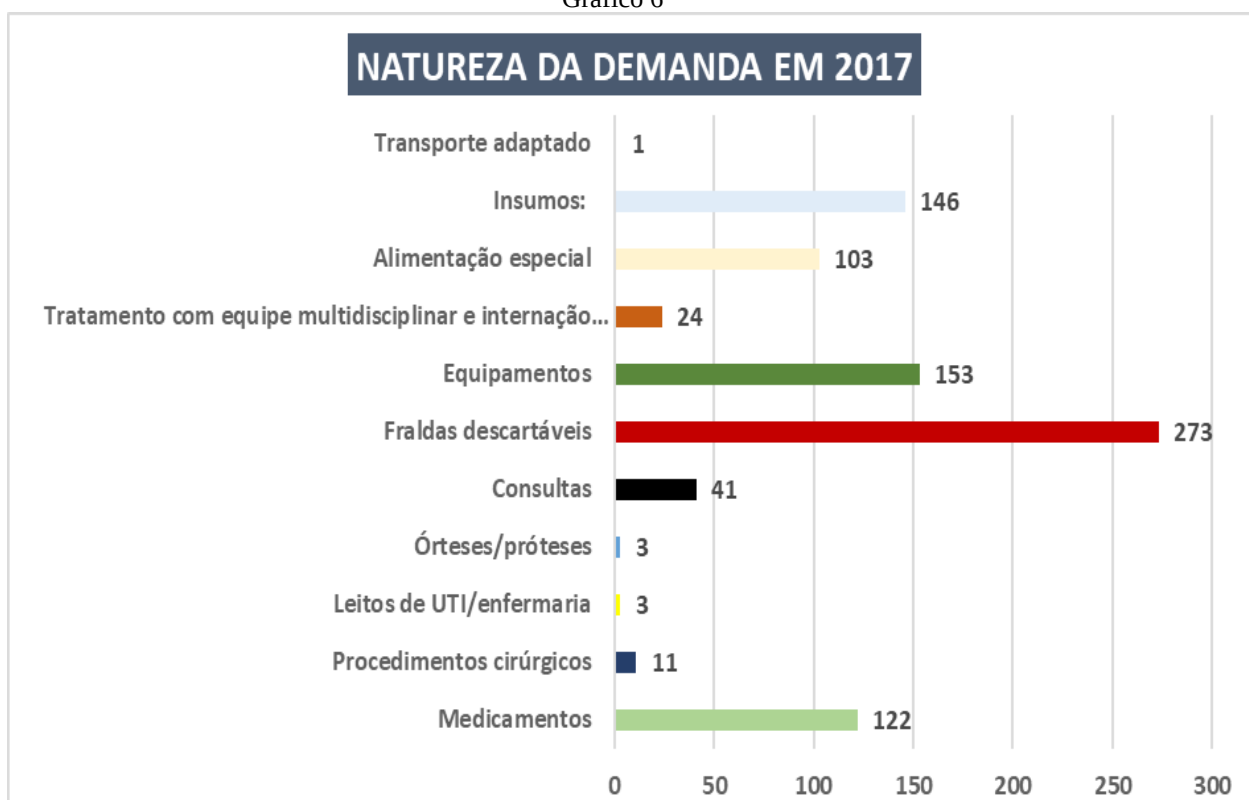


Gráfico 6



PROCESSOS AJUIZADOS EM JANEIRO DE 2017

Número do Processo 0101336-12.2017.8.06.0001

Número do Processo 0101317-06.2017.8.06.0001

Número do Processo 0190391-08.2016.8.06.0001

Número do Processo 0101638-41.2017.8.06.0001

Número do Processo 0101946-77.2017.8.06.0001

Número do Processo 0101949-32.2017.8.06.0001

Número do Processo 0102660-37.2017.8.06.0001

Número do Processo 0102640-46.2017.8.06.0001

Número do Processo 0103025-91.2017.8.06.0001

Número do Processo 0103072-65.2017.8.06.0001

Número do Processo 0103047-52.2017.8.06.000

Número do Processo 0103470-12.2017.8.06.0001

Número do Processo 0103592-25.2017.8.06.0001

Número do Processo 0103509-09.2017.8.06.0001

Número do Processo 0103495-25.2017.8.06.0001

Número do Processo 0104297-23.2017.8.06.0001

Número do Processo 0104270-40.2017.8.06.0001

Número do Processo 0103557-65.2017.8.06.0001

Número do Processo 0104259-11.2017.8.06.0001

Número do Processo 0104310-22.2017.8.06.0001

Número do Processo 0105112-20.2017.8.06.0001

Número do Processo 0105521-93.2017.8.06.0001

Número do Processo 0105539-17.2017.8.06.0001

Número do Processo 0105952-30.2017.8.06.0001

Número do Processo 0106692-85.2017.8.06.0001

Número do Processo 0106737-89.2017.8.06.0001

Número do Processo 0106797-62.2017.8.06.000

Número do Processo 0107066-04.2017.8.06.0001

Número do Processo 0105860-52.2017.8.06.0001

Número do Processo 0105873-51.2017.8.06.0001

Número do Processo 0106213-92.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM FEVEREIRO DE 2017

Número do Processo 0109785-56.2017.8.06.0001

Número do Processo 0109758-73.2017.8.06.0001

Número do Processo 0109447-82.2017.8.06.0001

Número do Processo 0109414-92.2017.8.06.0001

Número do Processo 0109473-80.2017.8.06.0001

Número do Processo 0108611-12.2017.8.06.0001

Número do Processo 0110438-58.2017.8.06.0001

Número do Processo 0110732-13.2017.8.06.0001

Número do Processo 0110745-12.2017.8.06.0001

Número do Processo 0111414-65.2017.8.06.0001

Número do Processo 0111683-07.2017.8.06.0001

Número do Processo 0111676-15.2017.8.06.0001

Número do Processo 0112148-16.2017.8.06.0001

Número do Processo 0112997-85.2017.8.06.0001

Número do Processo 0113529-59.2017.8.06.0001

Número do Processo 0113739-13.2017.8.06.0001

Número do Processo 0109596-78.2017.8.06.0001

Número do Processo 0109648-74.2017.8.06.0001

Número do Processo 0109958-80.2017.8.06.0001

Número do Processo 0110047-06.2017.8.06.0001

Número do Processo 0109981-26.2017.8.06.0001

Número do Processo 0110087-85.2017.8.06.0001

Número do Processo 0109635-75.2017.8.06.0001

Número do Processo 0112256-45.2017.8.06.0001

Número do Processo 0113436-96.2017.8.06.0001

Número do Processo 0113794-61.2017.8.06.0001

Número do Processo 0113804-08.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM MARÇO DE 2017

Número do Processo 0113448-13.2017.8.06.0001

Número do Processo 0117348-04.2017.8.06.0001

Número do Processo 0114950-84.2017.8.06.0001

Número do Processo 0116423-08.2017.8.06.0001

Número do Processo 0115434-02.2017.8.06.0001
Número do Processo 0114911-87.2017.8.06.0001
Número do Processo 0116419-68.2017.8.06.0001
Número do Processo 0116670-86.2017.8.06.0001
Número do Processo 0119003-11.2017.8.06.0001
Número do Processo 0119510-69.2017.8.06.0001
Número do Processo 0119785-18.2017.8.06.0001
Número do Processo 0119356-51.2017.8.06.0001
Número do Processo 0120160-19.2017.8.06.0001
Número do Processo 0120229-51.2017.8.06.0001
Número do Processo 0120524-88.2017.8.06.0001
Número do Processo 0116196-18.2017.8.06.0001
Número do Processo 0116222-16.2017.8.06.0001
Número do Processo 0120080-55.2017.8.06.0001
Número do Processo 0116295-85.2017.8.06.0001
Número do Processo 0121035-86.2017.8.06.0001
Número do Processo 0122223-17.2017.8.06.0001
Número do Processo 0121431-63.2017.8.06.0001
Número do Processo 0122542-82.2017.8.06.0001
Número do Processo 0120067-56.2017.8.06.0001
Número do Processo 0121836-02.2017.8.06.0001
Número do Processo 0115057-31.2017.8.06.0001
Número do Processo 0115361-30.2017.8.06.0001
Número do Processo 0116609-31.2017.8.06.0001
Número do Processo 0116582-48.2017.8.06.0001
Número do Processo 0117137-65.2017.8.06.0001
Número do Processo 0117046-72.2017.8.06.0001
Número do Processo 0117156-71.2017.8.06.0001
Número do Processo 0117579-31.2017.8.06.0001
Número do Processo 0117532-57.2017.8.06.0001
Número do Processo 0117629-57.2017.8.06.0001
Número do Processo 0117575-91.2017.8.06.0001
Número do Processo 0117989-89.2017.8.06.0001
Número do Processo 0118358-83.2017.8.06.0001

Número do Processo 0118918-25.2017.8.06.0001
Número do Processo 0118895-79.2017.8.06.0001
Número do Processo 0119295-93.2017.8.06.0001
Número do Processo 0119697-77.2017.8.06.0001
Número do Processo 0119612-91.2017.8.06.0001
Número do Processo 0119997-39.2017.8.06.0001
Número do Processo 0120392-31.2017.8.06.0001
Número do Processo 0120408-82.2017.8.06.0001
Número do Processo 0121305-13.2017.8.06.0001
Número do Processo 0121648-09.2017.8.06.0001
Número do Processo 0122064-74.2017.8.06.0001
Número do Processo 0121998-94.2017.8.06.0001
Número do Processo 0122450-07.2017.8.06.0001
Número do Processo 0122498-63.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM ABRIL DE 2017

Número do Processo 0122940-29.2017.8.06.0001
Número do Processo 0123206-16.2017.8.06.0001
Número do Processo 0123251-20.2017.8.06.0001
Número do Processo 0124212-58.2017.8.06.0001
Número do Processo 0124481-97.2017.8.06.0001
Número do Processo 0124535-63.2017.8.06.0001
Número do Processo 0124537-33.2017.8.06.0001
Número do Processo 0124514-87.2017.8.06.0001
Número do Processo 0124840-47.2017.8.06.0001
Número do Processo 0124915-86.2017.8.06.0001
Número do Processo 0125637-23.2017.8.06.0001
Número do Processo 0125961-13.2017.8.06.0001
Número do Processo 0125978-49.2017.8.06.0001
Número do Processo 0126417-60.2017.8.06.0001
Número do Processo 0126752-79.2017.8.06.0001
Número do Processo 0126812-52.2017.8.06.0001
Número do Processo 0126762-26.2017.8.06.0001
Número do Processo 0127471-61.2017.8.06.0001

Número do Processo 0127476-83.2017.8.06.0001
Número do Processo 0128008-57.2017.8.06.0001
Número do Processo 0128601-86.2017.8.06.0001
Número do Processo 0123009-61.2017.8.06.0001
Número do Processo 0123334-36.2017.8.06.0001
Número do Processo 0128329-92.2017.8.06.0001
Número do Processo 0128307-34.2017.8.06.0001
Número do Processo 0127649-10.2017.8.06.0001
Número do Processo 0127057-63.2017.8.06.0001
Número do Processo 0128874-65.2017.8.06.0001
Número do Processo 0128831-31.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM MAIO DE 2017

Número do Processo 0132882-85.2017.8.06.0001
Número do Processo 0133092-39.2017.8.06.0001
Número do Processo 0133122-74.2017.8.06.0001
Número do Processo 0119003-11.2017.8.06.0001
Número do Processo 0130040-35.2017.8.06.000
Número do Processo 0130115-74.2017.8.06.0001
Número do Processo 0130069-85.2017.8.06.0001
Número do Processo 0130597-22.2017.8.06.0001
Número do Processo 0130575-61.2017.8.06.0001
Número do Processo 0130336-57.2017.8.06.0001
Número do Processo 0131997-71.2017.8.06.0001
Número do Processo 0134230-41.2017.8.06.0001
Número do Processo 0135836-07.2017.8.06.0001
Número do Processo 0136289-02.2017.8.06.0001
Número do Processo 0136339-28.2017.8.06.0001
Número do Processo 0136794-90.2017.8.06.0001
Número do Processo 0137347-40.2017.8.06.0001
Número do Processo 0137380-30.2017.8.06.0001
Número do Processo 0137340-48.2017.8.06.0001
Número do Processo 0138710-62.2017.8.06.0001
Número do Processo 0138742-67.2017.8.06.0001

Número do Processo 0130279-39.2017.8.06.0001
Número do Processo 0124585-89.2017.8.06.0001
Número do Processo 0124601-43.2017.8.06.0001
Número do Processo 0125119-33.2017.8.06.0001
Número do Processo 0125050-98.2017.8.06.0001
Número do Processo 0131740-46.2017.8.06.0001
Número do Processo 0131710-11.2017.8.06.0001
Número do Processo 0134020-87.2017.8.06.0001
Número do Processo 0133680-46.2017.8.06.0001
Número do Processo 0134383-74.2017.8.06.0001
Número do Processo 0134393-21.2017.8.06.0001
Número do Processo 0134469-45.2017.8.06.0001
Número do Processo 0133680-46.2017.8.06.0001
Número do Processo 0126153-43.2017.8.06.0001
Número do Processo 0126187-18.2017.8.06.0001
Número do Processo 0134877-36.2017.8.06.0001
Número do Processo 0135276-65.2017.8.06.0001
Número do Processo 0135206-48.2017.8.06.0001
Número do Processo 0134899-94.2017.8.06.0001
Número do Processo 0134479-89.2017.8.06.0001
Número do Processo 0135639-52.2017.8.06.0001
Número do Processo 0136013-68.2017.8.06.0001
Número do Processo 0137507-65.2017.8.06.0001
Número do Processo 0130827-64.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM JUNHO DE 2017

Número do Processo 0140417-65.2017.8.06.0001
Número do Processo 0139842-57.2017.8.06.0001
Número do Processo 0133195-46.2017.8.06.0001
Número do Processo 0135295-71.2017.8.06.0001
Número do Processo 0132324-16.2017.8.06.0001
Número do Processo 0141152-98.2017.8.06.0001
Número do Processo 0141653-52.2017.8.06.0001
Número do Processo 0141639-68.2017.8.06.0001

Número do Processo 0142330-82.2017.8.06.0001
Número do Processo 0141572-06.2017.8.06.0001
Número do Processo 0142069-20.2017.8.06.0001
Número do Processo 0142017-24.2017.8.06.0001
Número do Processo 0141975-72.2017.8.06.0001
Número do Processo 0143462-77.2017.8.06.0001
Número do Processo 0136607-82.2017.8.06.0001
Número do Processo 0137675-67.2017.8.06.0001
Número do Processo 0134795-05.2017.8.06.0001
Número do Processo 0137475-60.2017.8.06.0001
Número do Processo 0139461-49.2017.8.06.0001
Número do Processo 0135681-04.2017.8.06.0001
Número do Processo 0136496-98.2017.8.06.0001
Número do Processo 0143496-52.2017.8.06.0001
Número do Processo 0139415-60.2017.8.06.0001
Número do Processo 0140387-30.2017.8.06.0001
Número do Processo 0139506-53.2017.8.06.0001
Número do Processo 0139032-82.2017.8.06.0001
Número do Processo 0140356-10.2017.8.06.0001
Número do Processo 0139591-39.2017.8.06.0001
Número do Processo 0139584-47.2017.8.06.0001
Número do Processo 0140674-90.2017.8.06.0001
Número do Processo 0140699-06.2017.8.06.0001
Número do Processo 0142370-64.2017.8.06.0001
Número do Processo 0140299-89.2017.8.06.0001
Número do Processo 0143076-47.2017.8.06.0001
Número do Processo 0139873-77.2017.8.06.0001
Número do Processo 0143533-79.2017.8.06.0001
Número do Processo 0143533-79.2017.8.06.0001
Número do Processo 0132818-75.2017.8.06.0001
Número do Processo 0141017-86.2017.8.06.0001
Número do Processo 0141471-66.2017.8.06.0001
Número do Processo 0142213-91.2017.8.06.0001
Número do Processo 0142591-47.2017.8.06.0001

Número do Processo 0142560-27.2017.8.06.0001
Número do Processo 0142587-10.2017.8.06.0001
Número do Processo 0142614-90.2017.8.06.0001
Número do Processo 0143393-45.2017.8.06.0001
Número do Processo 0143352-78.2017.8.06.0001
Número do Processo 0143783-15.2017.8.06.0001
Número do Processo 0144211-94.2017.8.06.0001
Número do Processo 0144617-18.2017.8.06.0001
Número do Processo 0144597-27.2017.8.06.0001
Número do Processo 0146800-59.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147192-96.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147232-78.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147142-70.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147702-12.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147731-62.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147665-82.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147634-62.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147658-90.2017.8.06.0001
Número do Processo 0148249-52.2017.8.06.0001
Número do Processo 0148645-29.2017.8.06.0001
Número do Processo 0148650-51.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM JULHO DE 2017

Número do Processo 0153602-73.2017.8.06.0001
Número do Processo 0153406-06.2017.8.06.0001
Número do Processo 0153814-94.2017.8.06.0001
Número do Processo 0153828-78.2017.8.06.0001
Número do Processo 0153798-43.2017.8.06.0001
Número do Processo 0154409-93.2017.8.06.0001
Número do Processo 0154432-39.2017.8.06.0001
Número do Processo 0154422-92.2017.8.06.0001
Número do Processo 0155631-96.2017.8.06.0001
Número do Processo 0156517-95.2017.8.06.0001
Número do Processo 0156708-43.2017.8.06.0001

Número do Processo 0156751-77.2017.8.06.0001
Número do Processo 0156809-80.2017.8.06.0001
Número do Processo 0156778-60.2017.8.06.0001
Número do Processo 0156742-18.2017.8.06.0001
Número do Processo 0150806-12.2017.8.06.0001
Número do Processo 0150475-30.2017.8.06.0001
Número do Processo 0148723-23.2017.8.06.0001
Número do Processo 0148693-85.2017.8.06.0001
Número do Processo 0148438-30.2017.8.06.0001
Número do Processo 0144679-58.2017.8.06.0001
Número do Processo 0144266-45.2017.8.06.0001
Número do Processo 0143517-28.2017.8.06.0001
Número do Processo 0149726-13.2017.8.06.0001
Número do Processo 0152287-10.2017.8.06.0001
Número do Processo 0144840-68.2017.8.06.0001
Número do Processo 0145259-88.2017.8.06.0001
Número do Processo 0144309-79.2017.8.06.0001
Número do Processo 0145707-61.2017.8.06.0001
Número do Processo 0144744-53.2017.8.06.0001
Número do Processo 0149091-32.2017.8.06.0001
Número do Processo 0149160-64.2017.8.06.0001
Número do Processo 0150015-43.2017.8.06.0001
Número do Processo 0149990-30.2017.8.06.0001
Número do Processo 0150336-78.2017.8.06.0001
Número do Processo 0150657-16.2017.8.06.0001
Número do Processo 0151056-45.2017.8.06.0001
Número do Processo 0151580-42.2017.8.06.0001
Número do Processo 0151594-26.2017.8.06.0001
Número do Processo 0151599-48.2017.8.06.0001
Número do Processo 0151532-83.2017.8.06.0001
Número do Processo 0152196-17.2017.8.06.0001
Número do Processo 0152246-43.2017.8.06.000
Número do Processo 0152527-96.2017.8.06.0001
Número do Processo 0153621-79.2017.8.06.0001

Número do Processo 0153651-17.2017.8.06.0001
Número do Processo 0153615-72.2017.8.06.0001
Número do Processo 0154000-20.2017.8.06.0001
Número do Processo 0153997-65.2017.8.06.0001
Número do Processo 0153937-92.2017.8.06.0001
Número do Processo 0153972-52.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM AGOSTO DE 2017

Número do Processo 0160357-16.2017.8.06.0001
Número do Processo 0160392-73.2017.8.06.0001
Número do Processo 0160858-67.2017.8.06.0001
Número do Processo 0161257-96.2017.8.06.0001
Número do Processo 0161655-43.2017.8.06.0001
Número do Processo 0161661-50.2017.8.06.0001
Número do Processo 0161701-32.2017.8.06.0001
Número do Processo 0162700-82.2017.8.06.0001
Número do Processo 0162623-73.2017.8.06.0001
Número do Processo 0162687-83.2017.8.06.0001
Número do Processo 0163083-60.2017.8.06.0001
Número do Processo 0163817-11.2017.8.06.0001
Número do Processo 0163848-31.2017.8.06.0001
Número do Processo 0163888-13.2017.8.06.0001
Número do Processo 0164346-30.2017.8.06.0001
Número do Processo 0164759-43.2017.8.06.0001
Número do Processo 0165119-75.2017.8.06.0001
Número do Processo 0165065-12.2017.8.06.0001
Número do Processo 0165110-16.2017.8.06.0001
Número do Processo 0165104-09.2017.8.06.0001
Número do Processo 0165542-35.2017.8.06.0001
Número do Processo 0165531-06.2017.8.06.0001
Número do Processo 0157121-56.2017.8.06.0001
Número do Processo 0157169-15.2017.8.06.0001
Número do Processo 0160915-85.2017.8.06.0001
Número do Processo 0157803-11.2017.8.06.0001

Número do Processo 0157710-48.2017.8.06.0001
Número do Processo 0157726-02.2017.8.06.0001
Número do Processo 0158051-74.2017.8.06.0001
Número do Processo 0158089-86.2017.8.06.0001
Número do Processo 0158085-49.2017.8.06.0001
Número do Processo 0158453-58.2017.8.06.0001
Número do Processo 0158844-13.2017.8.06.0001
Número do Processo 0158949-87.2017.8.06.0001
Número do Processo 0158814-75.2017.8.06.0001
Número do Processo 0159215-74.2017.8.06.0001
Número do Processo 0159157-71.2017.8.06.0001
Número do Processo 0159213-07.2017.8.06.0001
Número do Processo 0159205-30.2017.8.06.0001
Número do Processo 0159176-77.2017.8.06.0001
Número do Processo 0159972-68.2017.8.06.0001
Número do Processo 0159693-82.2017.8.06.0001
Número do Processo 0160943-53.2017.8.06.0001
Número do Processo 0160875-06.2017.8.06.0001
Número do Processo 0161042-23.2017.8.06.0001
Número do Processo 0161662-35.2017.8.06.0001
Número do Processo 0162369-03.2017.8.06.0001
Número do Processo 0162240-95.2017.8.06.0001
Número do Processo 0162376-92.2017.8.06.0001
Número do Processo 0162413-22.2017.8.06.0001
Número do Processo 0162916-43.2017.8.06.0001
Número do Processo 0165228-89.2017.8.06.0001
Número do Processo 0148498-03.2017.8.06.0001
Número do Processo 0151986-63.2017.8.06.0001
Número do Processo 0151267-81.2017.8.06.0001
Número do Processo 0151329-24.2017.8.06.0001
Número do Processo 0151353-52.2017.8.06.0001
Número do Processo 0150749-91.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147339-25.2017.8.06.0001
Número do Processo 0143451-48.2017.8.06.0001

Número do Processo 0151731-08.2017.8.06.0001
Número do Processo 0152660-41.2017.8.06.0001
Número do Processo 0152748-79.2017.8.06.0001
Número do Processo 0149750-41.2017.8.06.0001
Número do Processo 0158680-48.2017.8.06.0001
Número do Processo 0160471-52.2017.8.06.0001
Número do Processo 0158601-69.2017.8.06.0001
Número do Processo 0158668-34.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147379-07.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147313-27.2017.8.06.0001
Número do Processo 0149726-13.2017.8.06.0001
Número do Processo 0142739-58.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147859-82.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147406-87.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147953-30.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147028-34.2017.8.06.0001
Número do Processo 0146444-64.2017.8.06.0001
Número do Processo 0147882-28.2017.8.06.0001
Número do Processo 0146398-75.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM SETEMBRO DE 2017

Número do Processo 0165807-37.2017.8.06.0001
Número do Processo 0165853-26.2017.8.06.0001
Número do Processo 0165827-28.2017.8.06.0001
Número do Processo 0166279-38.2017.8.06.0001
Número do Processo 0166646-62.2017.8.06.0001
Número do Processo 0166621-49.2017.8.06.0001
Número do Processo 0167410-48.2017.8.06.0001
Número do Processo 0167413-03.2017.8.06.0001
Número do Processo 0167849-59.2017.8.06.0001
Número do Processo 0168550-20.2017.8.06.0001
Número do Processo 0168563-19.2017.8.06.0001
Número do Processo 0168599-61.2017.8.06.0001
Número do Processo 0168537-21.2017.8.06.0001

Número do Processo 0168532-96.2017.8.06.0001
Número do Processo 0168508-68.2017.8.06.0001
Número do Processo 0168601-31.2017.8.06.000
Número do Processo 0168493-02.2017.8.06.0001
Número do Processo 0168907-97.2017.8.06.0001
Número do Processo 0169372-09.2017.8.06.0001
Número do Processo 0169352-18.2017.8.06.0001
Número do Processo 0169325-35.2017.8.06.0001
Número do Processo 0169296-82.2017.8.06.0001
Número do Processo 0170920-69.2017.8.06.0001
Número do Processo 0170828-91.2017.8.06.0001
Número do Processo 0170895-56.2017.8.06.0001
Número do Processo 0171230-75.2017.8.06.0001
Número do Processo 0171233-30.2017.8.06.0001
Número do Processo 0171242-89.2017.8.06.0001
Número do Processo 0171764-19.2017.8.06.0001
Número do Processo 0171758-12.2017.8.06.0001
Número do Processo 0172138-35.2017.8.06.0001
Número do Processo 0172913-50.2017.8.06.0001
Número do Processo 0172975-90.2017.8.06.0001
Número do Processo 0172951-62.2017.8.06.0001
Número do Processo 0173282-44.2017.8.06.0001
Número do Processo 0173337-92.2017.8.06.0001
Número do Processo 0150121-05.2017.8.06.0001
Número do Processo 0153062-25.2017.8.06.0001
Número do Processo 0161040-53.2017.8.06.0001
Número do Processo 0163935-84.2017.8.06.0001
Número do Processo 0167950-96.2017.8.06.0001
Número do Processo 0145707-61.2017.8.06.0001
Número do Processo 0167263-22.2017.8.06.0001
Número do Processo 0167266-74.2017.8.06.0001
Número do Processo 0166753-09.2017.8.06.0001
Número do Processo 0167194-87.2017.8.06.0001
Número do Processo 0167859-06.2017.8.06.0001

Número do Processo 0168610-90.2017.8.06.0001
Número do Processo 0168894-98.2017.8.06.0001
Número do Processo 0170889-49.2017.8.06.0001
Número do Processo 0171771-11.2017.8.06.0001
Número do Processo 0172996-66.2017.8.06.0001
Número do Processo 0172929-04.2017.8.06.0001
Número do Processo 0173005-28.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM OUTUBRO DE 2017

Número do Processo 0174102-63.2017.8.06.0001
Número do Processo 0174072-28.2017.8.06.0001
Número do Processo 0174061-96.2017.8.06.0001
Número do Processo 0174484-56.2017.8.06.0001
Número do Processo 0174476-79.2017.8.06.0001
Número do Processo 0174852-65.2017.8.06.0001
Número do Processo 0175142-80.2017.8.06.0001
Número do Processo 0175658-03.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176021-87.2017.8.06.0001
Número do Processo 0175936-04.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176431-48.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176419-34.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176851-53.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176888-80.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176837-69.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176825-55.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176882-73.2017.8.06.0001
Número do Processo 0177667-35.2017.8.06.0001
Número do Processo 0177617-09.2017.8.06.0001
Número do Processo 0178027-67.2017.8.06.0001
Número do Processo 0178035-44.2017.8.06.0001
Número do Processo 0178067-49.2017.8.06.0001
Número do Processo 0178444-20.2017.8.06.0001
Número do Processo 0178389-69.2017.8.06.0001
Número do Processo 0178381-92.2017.8.06.0001

Número do Processo 0179069-54.2017.8.06.0001
Número do Processo 0180046-46.2017.8.06.0001
Número do Processo 0179940-84.2017.8.06.0001
Número do Processo 0179987-58.2017.8.06.0001
Número do Processo 0180435-31.2017.8.06.0001
Número do Processo 0180869-20.2017.8.06.0001
Número do Processo 0180727-16.2017.8.06.0001
Número do Processo 0180843-22.2017.8.06.0001
Número do Processo 0181325-67.2017.8.06.0001
Número do Processo 0181805-45.2017.8.06.0001
Número do Processo 0181832-28.2017.8.06.0001
Número do Processo 0181825-36.2017.8.06.0001
Número do Processo 0175581-91.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176172-53.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176559-68.2017.8.06.0001
Número do Processo 0176492-06.2017.8.06.0001
Número do Processo 0178008-61.2017.8.06.0001
Número do Processo 0178421-74.2017.8.06.0001
Número do Processo 0180054-23.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM NOVEMBRO DE 2017

Número do Processo 0153079-61.2017.8.06.0001
Número do Processo 0152063-72.2017.8.06.0001
Número do Processo 0183601-71.2017.8.06.0001
Número do Processo 0183902-18.2017.8.06.0001
Número do Processo 0184360-35.2017.8.06.0001
Número do Processo 0184338-74.2017.8.06.0001
Número do Processo 0184385-48.2017.8.06.0001
Número do Processo 0184729-29.2017.8.06.0001
Número do Processo 0184802-98.2017.8.06.0001
Número do Processo 0184753-57.2017.8.06.0001
Número do Processo 0185261-03.2017.8.06.0001
Número do Processo 0185246-34.2017.8.06.0001
Número do Processo 0185635-19.2017.8.06.0001

Número do Processo 0185675-98.2017.8.06.0001
Número do Processo 0187022-69.2017.8.06.0001
Número do Processo 0187024-39.2017.8.06.0001
Número do Processo 0187787-40.2017.8.06.0001
Número do Processo 0188168-48.2017.8.06.0001
Número do Processo 0188174-55.2017.8.06.0001
Número do Processo 0188570-32.2017.8.06.0001
Número do Processo 0189024-12.2017.8.06.0001
Número do Processo 0189814-93.2017.8.06.0001
Número do Processo 0189801-94.2017.8.06.0001
Número do Processo 0190232-31.2017.8.06.0001
Número do Processo 0190251-37.2017.8.06.0001
Número do Processo 0189369-75.2017.8.06.0001
Número do Processo 0189408-72.2017.8.06.0001
Número do Processo 0190282-57.2017.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM DEZEMBRO DE 2017

Número do Processo 0190789-18.2017.8.06.0001
Número do Processo 0190806-54.2017.8.06.0001
Número do Processo 0190874-04.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191255-12.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191298-46.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191291-54.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191508-97.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191478-62.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191561-78.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191616-29.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191990-45.2017.8.06.0001
Número do Processo 0192186-15.2017.8.06.0001
Número do Processo 0192254-62.2017.8.06.0001
Número do Processo 0192191-37.2017.8.06.0001
Número do Processo 0192215-65.2017.8.06.0001
Número do Processo 0192180-08.2017.8.06.0001
Número do Processo 0192273-68.2017.8.06.0001

Número do Processo 0193083-43.2017.8.06.0001
Número do Processo 0193040-09.2017.8.06.0001
Número do Processo 0193412-55.2017.8.06.0001
Número do Processo 0193423-84.2017.8.06.0001
Número do Processo 0193596-11.2017.8.06.0001
Número do Processo 0193618-69.2017.8.06.0001
Número do Processo 0193567-58.2017.8.06.0001
Número do Processo 0194441-43.2017.8.06.0001
Número do Processo 0194173-86.2017.8.06.0001
Número do Processo 0194171-19.2017.8.06.0001
Número do Processo 0194476-03.2017.8.06.0001
Número do Processo 0194431-96.2017.8.06.0001
Número do Processo 0196121-63.2017.8.06.0001
Número do Processo 0196057-53.2017.8.06.0001
Número do Processo 0193084-28.2017.8.06.0001
Número do Processo 0193044-46.2017.8.06.0001
Número do Processo 0193603-03.2017.8.06.0001
Número do Processo 0193648-07.2017.8.06.0001
Número do Processo 0194912-59.2017.8.06.0001
Número do Processo 0194869-25.2017.8.06.0001
Número do Processo 0195592-44.2017.8.06.0001
Número do Processo 0190750-21.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191149-50.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191479-47.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191394-61.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191831-05.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191860-55.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191766-10.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191786-98.2017.8.06.0001
Número do Processo 0191848-41.2017.8.06.0001
Número do Processo 0192139-41.2017.8.06.0001
Número do Processo 0192166-24.2017.8.06.0001
Número do Processo 0192143-78.2017.8.06.0001

APÊNDICE C – LEVANTAMENTO DE PROCESSOS AJUIZADOS NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ, ANO 2018

ANO DE 2018

Levantamento de dados das ações judiciais na justiça estadual de primeiro grau do Ceará, pela Defensoria Pública Estadual.

3.1- TOTAL DE AÇÕES EM JANEIRO DE 2018

- Total de petições iniciais: 157
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 41
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 108
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR):
08

3.1.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	39
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	2

3.1.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	3
REGIONAL II	4
REGIONAL III	7
REGIONAL IV	8
REGIONAL V	6
REGIONAL VI	12
CENTRO	1

3.1.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	0
Julgamento procedente da ação	38
Julgamento improcedente/extinção do feito	3

1.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	14
Procedimentos cirúrgicos	1
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas	0
Fraldas descartáveis	21
Equipamentos	11
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	1
Alimentação especial	9

Insumos: 14

3.2- TOTAL DE AÇÕES EM FEVEREIRO DE 2018

- Total de petições iniciais: 197
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 77
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 113
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 07

3.2.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	64
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	10

INFÂNCIA 03

3.2.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	07
REGIONAL II	14
REGIONAL III	11
REGIONAL IV	12
REGIONAL V	11
REGIONAL VI	20
CENTRO	2

3.2.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	2
Julgamento procedente da ação	60
Julgamento improcedente/extinção do feito	5

PENDENTES 10

3.2.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	19
Procedimentos cirúrgicos	02

Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	0
Consultas e exames	11
Fraldas descartáveis	37
Equipamentos	21
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	02
Alimentação especial	17

Insumos: 21

lentes: 01

3.3- TOTAL DE AÇÕES EM MARÇO DE 2018

- Total de petições iniciais: 234

- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 71

- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 154

-Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR):
12

3.3.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	59
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	06

INFÂNCIA 06

3.3.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	07
REGIONAL II	08
REGIONAL III	14
REGIONAL IV	12
REGIONAL V	15
REGIONAL VI	14
CENTRO	0

Itaitinga/CE: 01

3.3.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	01
Julgamento procedente da ação	67
Julgamento improcedente/extinção do feito	00

PENDENTES 04

3.3.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	14
--------------	----

Procedimentos cirúrgicos	02
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	01
Consultas e exames	07
Fraldas descartáveis	37
Equipamentos	21
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	02
Alimentação especial	20
Insumos:	22

3.4- TOTAL DE AÇÕES EM ABRIL DE 2018

- Total de petições iniciais: 224
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 69
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 146
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 09

3.4.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	62
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	04
INFÂNCIA 00	

3.4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	05
REGIONAL II	07
REGIONAL III	07
REGIONAL IV	09
REGIONAL V	13
REGIONAL VI	26
CENTRO	1

Jaguaribara/CE: 01

3.4.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	00
Julgamento procedente da ação	63
Julgamento improcedente/extinção do feito	01
PENDENTES 05	

3.4.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	10
--------------	----

Procedimentos cirúrgicos	01
Leitos de UTI/enfermaria	0
Órteses/próteses	00
Consultas e exames	06
Fraldas descartáveis	32
Equipamentos	19
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	03
Alimentação especial	09

Insumos: 17

3.5- TOTAL DE AÇÕES EM MAIO DE 2018

- Total de petições iniciais: 205

- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 69

- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 129

-Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR):

07

3.5.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	64
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	05

INFÂNCIA 03

3.5.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	11
REGIONAL II	05
REGIONAL III	13
REGIONAL IV	06
REGIONAL V	10
REGIONAL VI	24
CENTRO	0

3.5.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	00
Julgamento procedente da ação	66
Julgamento improcedente/extinção do feito	02

PENDENTES 01

3.5.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	12
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	00
Órteses/próteses	02
Consultas e exames	08
Fraldas descartáveis	37
Equipamentos	19
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	00
Alimentação especial	14

Insumos: 14

3.6- TOTAL DE AÇÕES EM JUNHO DE 2018

- Total de petições iniciais: 202
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 76
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 117
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 09

3.6.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	76
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA INFÂNCIA	00

3.6.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	10
REGIONAL II	06
REGIONAL III	06
REGIONAL IV	12
REGIONAL V	24
REGIONAL VI	18
CENTRO	0

3.6.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	01
Julgamento procedente da ação	76
Julgamento improcedente/extinção do feito	02

Um parcialmente procedente por conta do resp. tema 106.

3.6.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	18
Procedimentos cirúrgicos	01
Leitos de UTI/enfermaria	01
Órteses/próteses	01
Consultas e exames	07
Fraldas descartáveis	38
Equipamentos	18
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	04
Alimentação especial	15

Insumos: 16

3.7- TOTAL DE AÇÕES EM JULHO DE 2018

- Total de petições iniciais: 164
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 48
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 111
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 05

3.7.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	47
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	01

INFÂNCIA 00

3.7.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	06
REGIONAL II	06
REGIONAL III	05
REGIONAL IV	15
REGIONAL V	11
REGIONAL VI	14
CENTRO	1

3.7.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	00
Julgamento procedente da ação	45
Julgamento improcedente/extinção do feito	02

Pendente de julgamento: 01.

3.7.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	05
Procedimentos cirúrgicos	01
Leitos de UTI/enfermaria	00
Órteses/próteses	00
Consultas e exames	05
Fraldas descartáveis	34
Equipamentos	11
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	12

Insumos: 09

3.8- TOTAL DE AÇÕES EM AGOSTO DE 2018

- Total de petições iniciais: 245
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 75
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 161
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 09

3.8.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	73
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	01

FAMILIA 01 (pedido de internação compulsória e que foi julgado extinto sem res de merito)

3.8.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	12
REGIONAL II	06
REGIONAL III	07
REGIONAL IV	11
REGIONAL V	14
REGIONAL VI	25
CENTRO	0

3.8.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	00
Julgamento procedente da ação	71
Julgamento improcedente/extinção do feito	01

Pendente de julgamento: 03.

3.8.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	08
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	00
Órteses/próteses	00
Consultas e exames	11
Fraldas descartáveis	42
Equipamentos	15
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	06
Alimentação especial	19

Insumos: 14

Lente: 01

3.9- TOTAL DE AÇÕES EM SETEMBRO DE 2018

- Total de petições iniciais: 228
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 67
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 159
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 02

3.9.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	65
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	02

3.9.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	07
REGIONAL II	06
REGIONAL III	07
REGIONAL IV	08
REGIONAL V	16
REGIONAL VI	23
CENTRO	0

3.9.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	00
Julgamento procedente da ação	64
Julgamento improcedente/extinção do feito	02

Pendente de julgamento: 01.

3.9.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	17
Procedimentos cirúrgicos	00

Leitos de UTI/enfermaria	00
Órteses/próteses	00
Consultas e exames	04
Fraldas descartáveis	37
Equipamentos	15
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	03
Alimentação especial	17

Insumos: 19

3.10- TOTAL DE AÇÕES EM OUTUBRO DE 2018

- Total de petições iniciais: 238
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 63
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 169
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 06

3.10.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	59
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	04

3.10.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	10
REGIONAL II	08
REGIONAL III	07
REGIONAL IV	06
REGIONAL V	19
REGIONAL VI	12
CENTRO	1

3.10.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	00
Julgamento procedente da ação	58
Julgamento improcedente/extinção do feito	01

Pendente de julgamento: 04

3.10.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	10
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	00
Órteses/próteses	00
Consultas e exames	05
Fraldas descartáveis	40
Equipamentos	18
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	02
Alimentação especial	14

Insumos: 17

3.11- TOTAL DE AÇÕES EM NOVEMBRO DE 2018

- Total de petições iniciais: 374
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 114
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 251
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 09

3.11.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	102
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	04
VARA DA INFÂNCIA 08	

3.11.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	11
REGIONAL II	13
REGIONAL III	11
REGIONAL IV	18
REGIONAL V	26
REGIONAL VI	34
CENTRO	0

3.11.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	01
Julgamento procedente da ação	108
Julgamento improcedente/extinção do feito	01

Pendente de julgamento: 05

3.11.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	18
Procedimentos cirúrgicos	01
Leitos de UTI/enfermaria	00
Órteses/próteses	04
Consultas e exames	17
Fraldas descartáveis	52
Equipamentos	37
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	27

Insumos: 26

3.12- TOTAL DE AÇÕES EM DEZEMBRO DE 2018

- Total de petições iniciais: 210
- Ajuizadas em face do Município de Fortaleza: 51
- Ajuizadas em face do Estado do Ceará: 149
- Ajuizadas em face do ISSEC/GEAP/UNIMED/AMIL e outros (SAÚDE SUPLEMENTAR): 10

3.12.1 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR VARAS

JUIZADOS ESPECIAIS FAZENDARIOS	47
VARAS COMUNS DA FAZENDA PUBLICA	01

INFÂNCIA 03

3.12.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROCESSOS POR REGIONAL/DOMICÍLIO DO AUTOR

REGIONAL I	06
REGIONAL II	07
REGIONAL III	02
REGIONAL IV	04
REGIONAL V	14
REGIONAL VI	18
CENTRO	0

3.12.3 Estatística processual:

Consultas ao NAT-JUS	01
Julgamento procedente da ação	42
Julgamento improcedente/extinção do feito	02

Pendente de julgamento: 07

3.12.4 Natureza da demanda:

Medicamentos	11
Procedimentos cirúrgicos	00
Leitos de UTI/enfermaria	00
Órteses/próteses	01
Consultas e exames	07
Fraldas descartáveis	22
Equipamentos	13
Tratamento com equipe multidisciplinar e internação compulsória	01
Alimentação especial	09

Insumos: 10

Gráfico 11

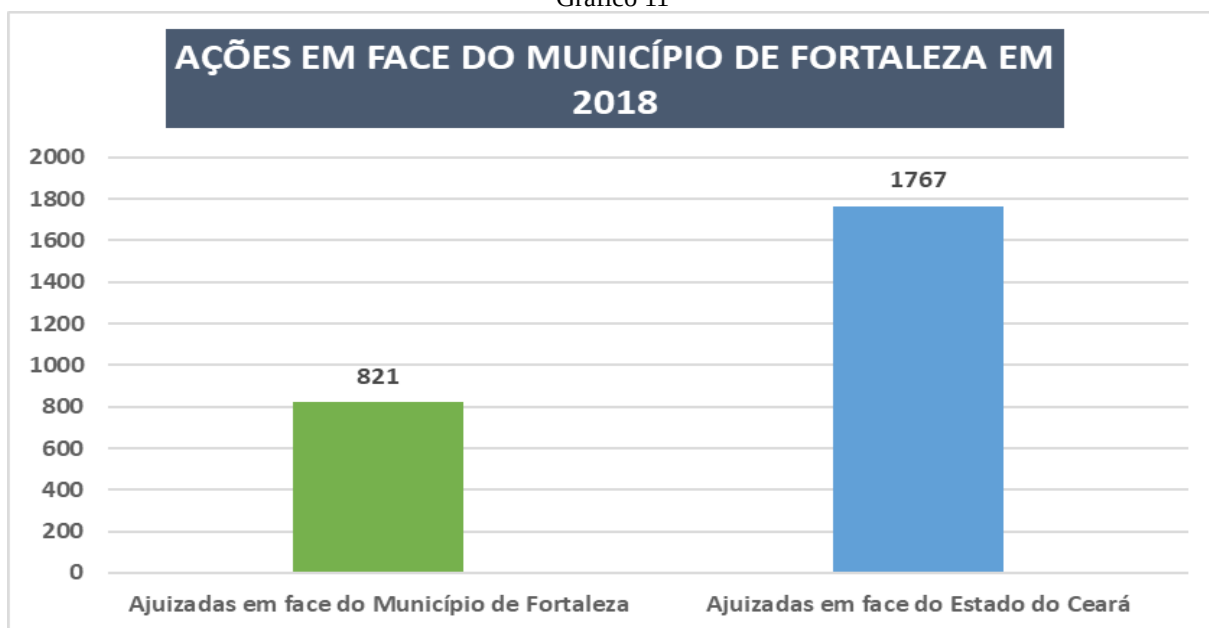


Gráfico 12

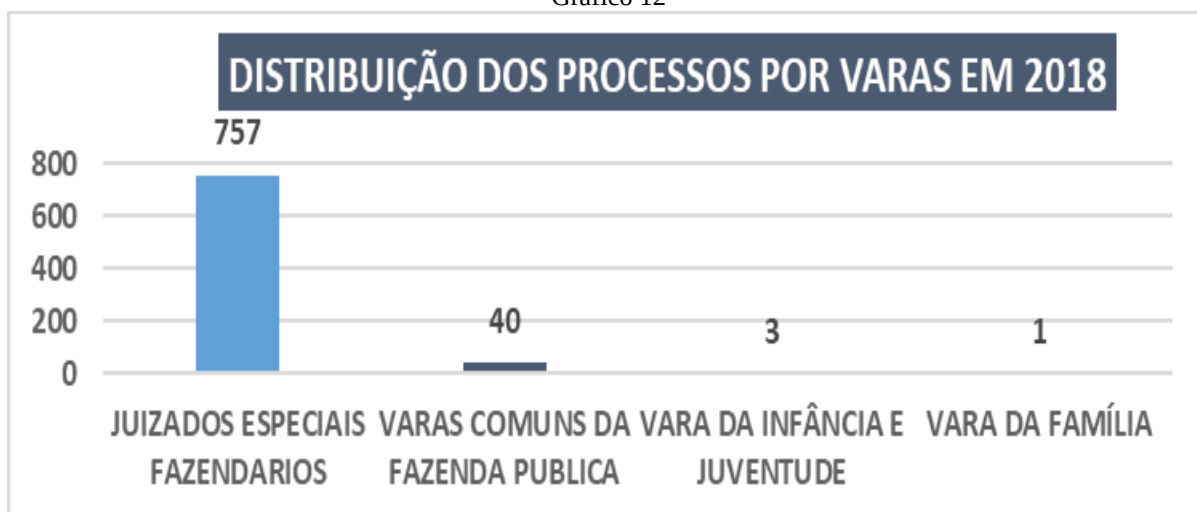


Gráfico 13

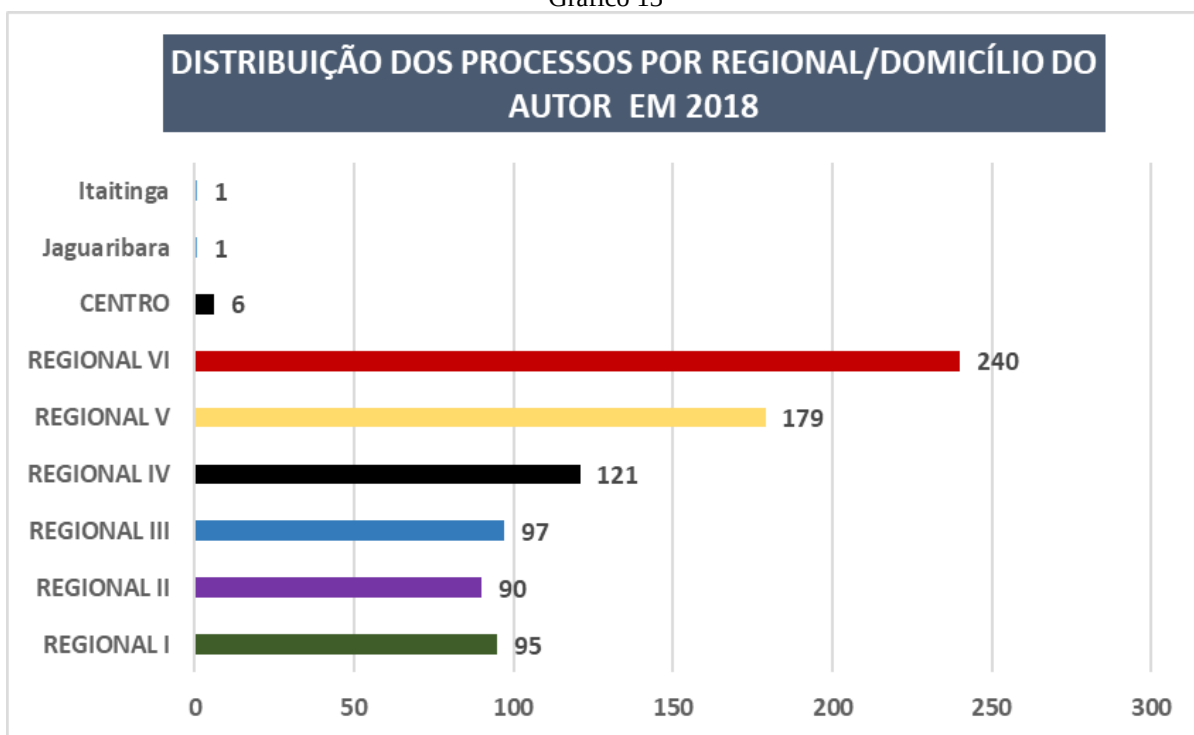


Gráfico 14

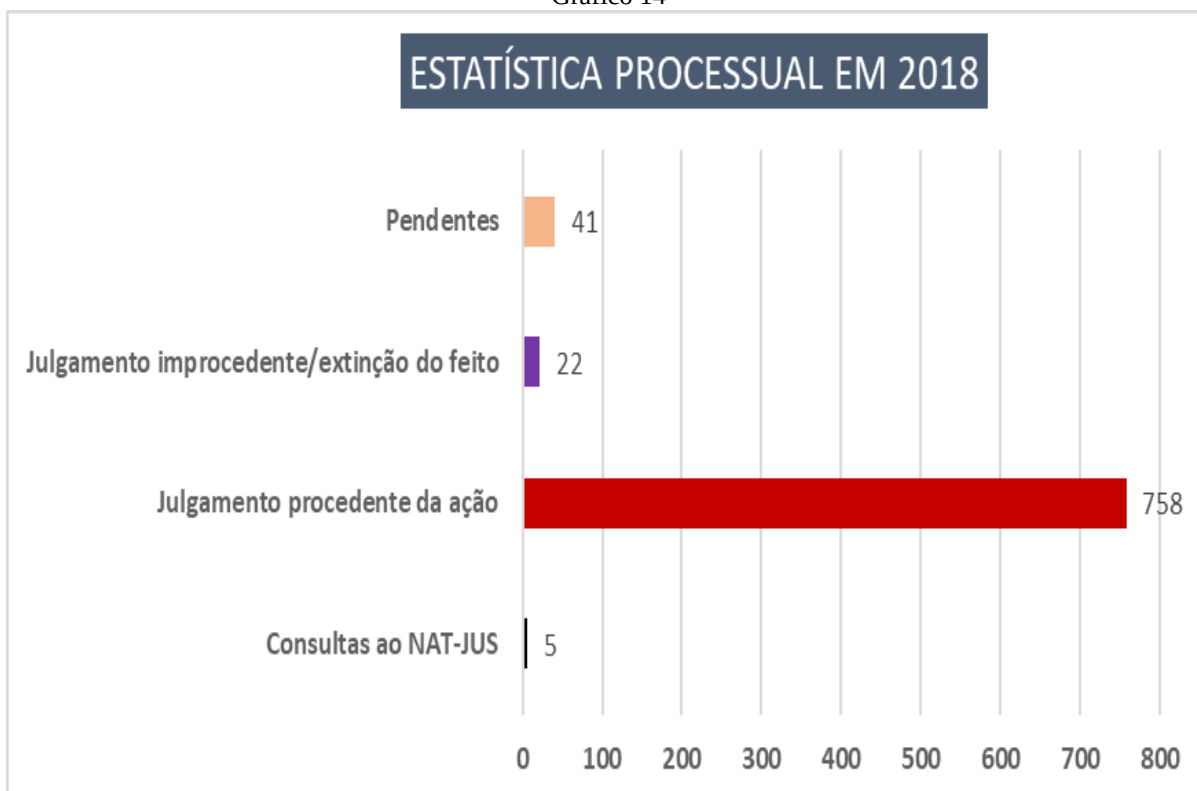
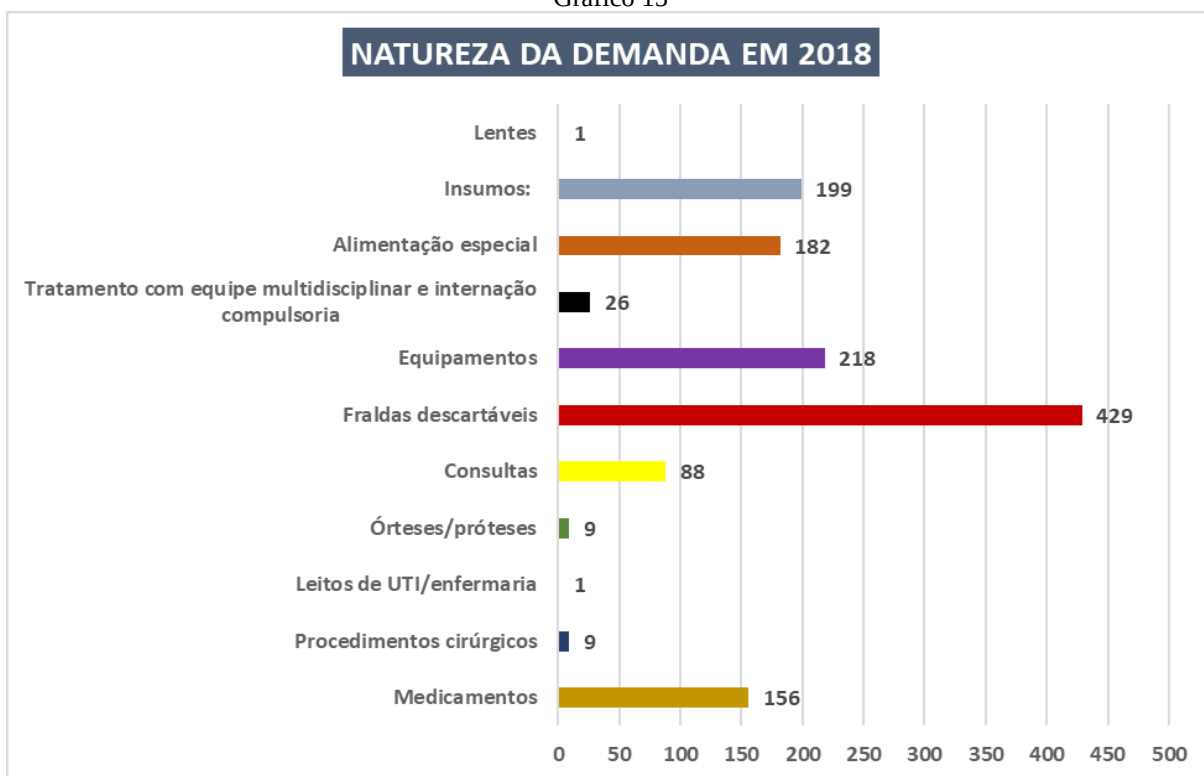


Gráfico 15



PROCESSOS AJUIZADOS EM JANEIRO DE 2018

Número do Processo 0104906-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0104920-53.2018.8.06.0001
Número do Processo 0105275-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0105223-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0105599-53.2018.8.06.0001
Número do Processo 0105586-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0105895-75.2018.8.06.0001
Número do Processo 0106390-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0106717-64.2018.8.06.0001
Número do Processo 0106435-26.2018.8.06.0001
Número do Processo 0106342-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0106758-31.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107747-37.2018.8.06.0001
Número do Processo 0101054-37.2018.8.06.0001
Número do Processo 0101080-35.2018.8.06.0001
Número do Processo 0101360-06.2018.8.06.0001
Número do Processo 0101334-08.2018.8.06.0001
Número do Processo 0101315-02.2018.8.06.0001
Número do Processo 0101648-51.2018.8.06.0001
Número do Processo 0101644-14.2018.8.06.0001
Número do Processo 0102211-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0102638-42.2018.8.06.0001
Número do Processo 0102920-80.2018.8.06.0001
Número do Processo 0103539-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0103589-36.2018.8.06.0001
Número do Processo 0103883-88.2018.8.06.0001
Número do Processo 0103886-43.2018.8.06.0001
Número do Processo 0104401-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0104393-04.2018.8.06.0001
Número do Processo 0105499-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0105440-13.2018.8.06.0001
Número do Processo 0105462-71.2018.8.06.0001
Número do Processo 0105813-44.2018.8.06.0001

Número do Processo 0105761-48.2018.8.06.0001
Número do Processo 0105771-92.2018.8.06.0001
Número do Processo 0106266-39.2018.8.06.0001
Número do Processo 0106228-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0106252-55.2018.8.06.0001
Número do Processo 0106676-97.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107113-41.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107103-94.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107093-50.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM FEVEREIRO DE 2018

Número do Processo 0107499-71.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107849-59.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107747-37.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107805-40.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108258-35.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108313-83.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108283-48.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108589-17.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108655-94.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108536-36.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108967-70.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109219-73.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109254-33.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109233-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109555-77.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109535-86.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109978-37.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109962-83.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109914-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0110227-85.2018.8.06.0001
Número do Processo 0110200-05.2018.8.06.0001
Número do Processo 0110543-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0110505-86.2018.8.06.0001

Número do Processo 0110459-97.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111013-32.2018.8.06.0001
Número do Processo 0110951-89.2018.8.06.0001
Número do Processo 0110985-64.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111337-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111360-65.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111668-04.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111643-88.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111648-13.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111640-36.2018.8.06.0001
Número do Processo 0112202-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0112184-24.2018.8.06.0001
Número do Processo 0112306-37.2018.8.06.0001
Número do Processo 0112690-97.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113097-06.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113466-97.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113490-28.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113398-50.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113433-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107398-34.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107413-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107415-70.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107376-73.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107391-42.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107702-33.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107685-94.2018.8.06.0001
Número do Processo 0107715-32.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108141-44.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108490-47.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108510-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108861-11.2018.8.06.0001
Número do Processo 0108824-81.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109138-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109170-32.2018.8.06.0001

Número do Processo 0109480-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109449-18.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109410-21.2018.8.06.0001
Número do Processo 0109466-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0110085-81.2018.8.06.0001
Número do Processo 0110347-31.2018.8.06.0001
Número do Processo 0110809-85.2018.8.06.0001
Número do Processo 0110827-09.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111221-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111217-76.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111557-20.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111528-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111552-95.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111849-05.2018.8.06.0001
Número do Processo 0111823-07.2018.8.06.0001
Número do Processo 0112096-83.2018.8.06.0001
Número do Processo 0112102-90.2018.8.06.0001
Número do Processo 0112084-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0112123-66.2018.8.06.0001
Número do Processo 0112979-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113356-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0112947-25.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM MARÇO DE 2018

Número do Processo 0113794-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0114031-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115576-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0114568-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0114899-39.2018.8.06.0001
Número do Processo 0114780-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115184-32.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115119-37.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115209-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115149-72.2018.8.06.0001

Número do Processo 0115441-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115576-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115526-43.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115808-81.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116178-60.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116240-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116162-09.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116547-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116938-09.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116575-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117697-70.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117039-46.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117384-12.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117400-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117758-28.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117741-89.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117722-83.2018.8.06.0001
Número do Processo 0118265-86.2018.8.06.0001
Número do Processo 0118773-32.2018.8.06.0001
Número do Processo 0118825-28.2018.8.06.0001
Número do Processo 0119641-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0120013-56.2018.8.06.0001
Número do Processo 0120533-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113708-56.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113688-65.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113716-33.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113694-72.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113937-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113953-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0114422-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115019-82.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115055-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115024-07.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115406-97.2018.8.06.0001

Número do Processo 0115359-26.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115652-93.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115660-70.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115703-07.2018.8.06.0001
Número do Processo 0115683-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116049-55.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116061-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116463-53.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116471-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116439-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0116818-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117215-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117207-48.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117597-18.2018.8.06.0001
Número do Processo 0118111-68.2018.8.06.0001
Número do Processo 0118153-20.2018.8.06.0001
Número do Processo 0118447-72.2018.8.06.0001
Número do Processo 0118437-28.2018.8.06.0001
Número do Processo 0118442-50.2018.8.06.0001
Número do Processo 0118687-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0119089-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0119107-66.2018.8.06.0001
Número do Processo 0119571-90.2018.8.06.0001
Número do Processo 0119546-77.2018.8.06.0001
Número do Processo 0119926-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0119847-24.2018.8.06.0001
Número do Processo 0120254-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113687-80.2018.8.06.0001
Número do Processo 0113964-96.2018.8.06.0001
Número do Processo 0117696-85.2018.8.06.0001
Número do Processo 0119627-26.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM ABRIL DE 2018

Número do Processo 0121272-86.2018.8.06.0001

Número do Processo 0121229-52.2018.8.06.0001
Número do Processo 0121231-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0121961-33.2018.8.06.0001
Número do Processo 0122122-43.2018.8.06.0001
Número do Processo 0122149-26.2018.8.06.0001
Número do Processo 0122931-33.2018.8.06.0001
Número do Processo 0122878-52.2018.8.06.0001
Número do Processo 0122908-87.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123234-47.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123848-52.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123868-43.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125160-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125164-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125208-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125253-26.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125227-28.2018.8.06.0001
Número do Processo 0126064-83.2018.8.06.0001
Número do Processo 0126043-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0126770-66.2018.8.06.0001
Número do Processo 0126802-71.2018.8.06.0001
Número do Processo 0126863-29.2018.8.06.0001
Número do Processo 0127589-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0128371-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0128380-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0121114-31.2018.8.06.0001
Número do Processo 0121041-59.2018.8.06.0001
Número do Processo 0121538-73.2018.8.06.0001
Número do Processo 0121490-17.2018.8.06.0001
Número do Processo 0121810-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0121802-90.2018.8.06.0001
Número do Processo 0122073-02.2018.8.06.0001
Número do Processo 0122055-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0122069-62.2018.8.06.0001
Número do Processo 0122342-41.2018.8.06.0001

Número do Processo 0122755-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0122764-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123024-93.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123072-52.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123411-11.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123390-35.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123400-79.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123704-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123697-86.2018.8.06.0001
Número do Processo 0124481-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125068-85.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125469-84.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125477-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125480-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125809-28.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125830-04.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125806-73.2018.8.06.0001
Número do Processo 0123373-96.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125821-42.2018.8.06.0001
Número do Processo 0125865-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0126364-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0126321-11.2018.8.06.0001
Número do Processo 0126271-82.2018.8.06.0001
Número do Processo 0126746-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0127216-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0127079-87.2018.8.06.0001
Número do Processo 0127169-95.2018.8.06.0001
Número do Processo 0127419-31.2018.8.06.0001
Número do Processo 0127394-18.2018.8.06.0001
Número do Processo 0127781-33.2018.8.06.0001
Número do Processo 0128023-89.2018.8.06.0001
Número do Processo 0128015-15.2018.8.06.0001
Número do Processo 0127743-21.2018.8.06.0001
Número do Processo 0128409-22.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM MAIO DE 2018

Número do Processo 0128797-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0129116-87.2018.8.06.0001
Número do Processo 0129081-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0129414-79.2018.8.06.0001
Número do Processo 0129836-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0130152-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0130163-96.2018.8.06.0001
Número do Processo 0130596-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0131058-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0131454-34.2018.8.06.0001
Número do Processo 0131894-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132674-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132668-60.2018.8.06.0001
Número do Processo 0133011-56.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132963-97.2018.8.06.0001
Número do Processo 0133326-84.2018.8.06.0001
Número do Processo 0133390-94.2018.8.06.0001
Número do Processo 0133884-56.2018.8.06.0001
Número do Processo 0133843-89.2018.8.06.0001
Número do Processo 0133908-84.2018.8.06.0001
Número do Processo 0134229-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0134639-80.2018.8.06.0001
Número do Processo 0134903-97.2018.8.06.0001
Número do Processo 0134606-90.2018.8.06.0001
Número do Processo 0142893-42.2018.8.06.0001
Número do Processo 0142865-74.2018.8.06.0001
Número do Processo 0135194-97.2018.8.06.0001
Número do Processo 0135648-77.2018.8.06.0001
Número do Processo 0136028-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0136000-35.2018.8.06.0001
Número do Processo 0134495-09.2018.8.06.0001
Número do Processo 0134481-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0134491-69.2018.8.06.0001

Número do Processo 0134798-23.2018.8.06.0001
Número do Processo 0134769-70.2018.8.06.0001
Número do Processo 0135484-15.2018.8.06.0001
Número do Processo 0135500-66.2018.8.06.0001
Número do Processo 0135469-46.2018.8.06.0001
Número do Processo 0135916-34.2018.8.06.0001
Número do Processo 0135798-58.2018.8.06.0001
Número do Processo 0135853-09.2018.8.06.0001
Número do Processo 0136285-28.2018.8.06.0001
Número do Processo 0136289-65.2018.8.06.0001
Número do Processo 0136318-18.2018.8.06.0001
Número do Processo 0129664-15.2018.8.06.0001
Número do Processo 0129654-68.2018.8.06.0001
Número do Processo 0129684-06.2018.8.06.0001
Número do Processo 0130498-18.2018.8.06.0001
Número do Processo 0131243-95.2018.8.06.0001
Número do Processo 0131511-52.2018.8.06.0001
Número do Processo 0131802-52.2018.8.06.0001
Número do Processo 0131736-72.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132075-31.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132034-64.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132028-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132078-83.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132085-75.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132052-85.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132031-12.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132073-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132395-81.2018.8.06.0001
Número do Processo 0132308-28.2018.8.06.0001
Número do Processo 0133257-52.2018.8.06.0001
Número do Processo 0133244-53.2018.8.06.0001
Número do Processo 0133236-76.2018.8.06.0001
Número do Processo 0133721-76.2018.8.06.0001
Número do Processo 0134024-90.2018.8.06.0001

Número do Processo 0134084-63.2018.8.06.0001

Número do Processo 0135386-30.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM JUNHO DE 2018

Número do Processo 0137116-76.2018.8.06.0001

Número do Processo 0137139-22.2018.8.06.0001

Número do Processo 0137163-50.2018.8.06.0001

Número do Processo 0137414-68.2018.8.06.0001

Número do Processo 0137397-32.2018.8.06.0001

Número do Processo 0137450-13.2018.8.06.0001

Número do Processo 0137458-87.2018.8.06.0001

Número do Processo 0137762-86.2018.8.06.0001

Número do Processo 0138044-27.2018.8.06.0001

Número do Processo 0138650-55.2018.8.06.0001

Número do Processo 0138682-60.2018.8.06.0001

Número do Processo 0138720-72.2018.8.06.0001

Número do Processo 0138666-09.2018.8.06.0001

Número do Processo 0138669-61.2018.8.06.0001

Número do Processo 0138700-81.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139154-61.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139169-30.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139500-12.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139541-76.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139524-40.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139469-89.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139885-57.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139923-69.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139870-88.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139931-46.2018.8.06.0001

Número do Processo 0139892-49.2018.8.06.0001

Número do Processo 0140218-09.2018.8.06.0001

Número do Processo 0140234-60.2018.8.06.0001

Número do Processo 0140240-67.2018.8.06.0001

Número do Processo 0140663-27.2018.8.06.0001

Número do Processo 0141277-32.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141303-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141291-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141260-93.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141636-79.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141627-20.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141690-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141665-32.2018.8.06.0001
Número do Processo 0142372-97.2018.8.06.0001
Número do Processo 0142360-83.2018.8.06.0001
Número do Processo 0142312-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0142706-34.2018.8.06.0001
Número do Processo 0142746-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0142726-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0143723-08.2018.8.06.0001
Número do Processo 0136860-36.2018.8.06.0001
Número do Processo 0137237-07.2018.8.06.0001
Número do Processo 0137284-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0137571-41.2018.8.06.0001
Número do Processo 0137904-90.2018.8.06.0001
Número do Processo 0138179-39.2018.8.06.0001
Número do Processo 0138969-23.2018.8.06.0001
Número do Processo 0138947-62.2018.8.06.0001
Número do Processo 0139665-59.2018.8.06.0001
Número do Processo 0140008-55.2018.8.06.0001
Número do Processo 0140767-19.2018.8.06.0001
Número do Processo 0140807-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0140723-97.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141478-24.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141407-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141867-09.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141815-13.2018.8.06.0001
Número do Processo 0142937-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0143579-34.2018.8.06.0001

Número do Processo 0143537-82.2018.8.06.0001
Número do Processo 0143591-48.2018.8.06.0001
Número do Processo 0143613-09.2018.8.06.0001
Número do Processo 0136770-28.2018.8.06.0001
Número do Processo 0137123-68.2018.8.06.0001
Número do Processo 0140956-94.2018.8.06.0001
Número do Processo 0140971-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0141240-05.2018.8.06.0001
Número do Processo 0142261-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0143142-90.2018.8.06.0001
Número do Processo 0143429-53.2018.8.06.0001
Número do Processo 0143487-56.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM JULHO DE 2018

Número do Processo 0144472-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0144482-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0144411-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0145158-17.2018.8.06.0001
Número do Processo 0145876-14.2018.8.06.0001
Número do Processo 0145862-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0145891-80.2018.8.06.0001
Número do Processo 0145786-06.2018.8.06.0001
Número do Processo 0144320-74.2018.8.06.0001
Número do Processo 0144361-41.2018.8.06.0001
Número do Processo 0144932-12.2018.8.06.0001
Número do Processo 0144956-40.2018.8.06.0001
Número do Processo 0145000-59.2018.8.06.0001
Número do Processo 0145719-41.2018.8.06.0001
Número do Processo 0146063-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0146423-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0146477-20.2018.8.06.0001
Número do Processo 0146437-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0147220-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0147190-92.2018.8.06.0001

Número do Processo 0147209-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0147130-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0147226-37.2018.8.06.0001
Número do Processo 0147208-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0147223-82.2018.8.06.0001
Número do Processo 0147172-71.2018.8.06.0001
Número do Processo 0151671-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0147548-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0147951-26.2018.8.06.0001
Número do Processo 0148393-89.2018.8.06.0001
Número do Processo 0148423-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0148772-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0148685-74.2018.8.06.0001
Número do Processo 0149027-85.2018.8.06.0001
Número do Processo 0149125-70.2018.8.06.0001
Número do Processo 0149618-47.2018.8.06.0001
Número do Processo 0149633-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0149909-47.2018.8.06.0001
Número do Processo 0149915-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0150271-49.2018.8.06.0001
Número do Processo 0150289-70.2018.8.06.0001
Número do Processo 0150232-52.2018.8.06.0001
Número do Processo 0150239-44.2018.8.06.0001
Número do Processo 0150241-14.2018.8.06.0001
Número do Processo 0150532-14.2018.8.06.0001
Número do Processo 0150594-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0150848-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0150856-04.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM AGOSTO DE 2018

Número do Processo 0152471-29.2018.8.06.0001
Número do Processo 0153287-11.2018.8.06.0001
Número do Processo 0153892-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0153884-77.2018.8.06.0001

Número do Processo 0153946-20.2018.8.06.0001
Número do Processo 0154273-62.2018.8.06.0001
Número do Processo 0153892-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0155099-88.2018.8.06.0001
Número do Processo 0155076-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0155029-71.2018.8.06.0001
Número do Processo 0155066-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0155925-17.2018.8.06.0001
Número do Processo 0155839-46.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157210-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157487-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157762-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0152371-74.2018.8.06.0001
Número do Processo 0153518-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0154075-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0154498-82.2018.8.06.0001
Número do Processo 0154891-07.2018.8.06.0001
Número do Processo 0156338-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157375-92.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157326-51.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157697-15.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157756-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157666-92.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159167-81.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159522-91.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159961-05.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159801-77.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159923-90.2018.8.06.0001
Número do Processo 0152010-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0151996-73.2018.8.06.0001
Número do Processo 0152320-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0152681-80.2018.8.06.0001
Número do Processo 0153478-56.2018.8.06.0001
Número do Processo 0153465-57.2018.8.06.0001

Número do Processo 0153774-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0153811-08.2018.8.06.0001
Número do Processo 0154164-48.2018.8.06.0001
Número do Processo 0154175-77.2018.8.06.0001
Número do Processo 0154446-86.2018.8.06.0001
Número do Processo 0154919-72.2018.8.06.0001
Número do Processo 0154947-40.2018.8.06.0001
Número do Processo 0154938-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0155293-88.2018.8.06.0001
Número do Processo 0156111-40.2018.8.06.0001
Número do Processo 0156125-24.2018.8.06.0001
Número do Processo 0156156-44.2018.8.06.0001
Número do Processo 0156133-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0156672-64.2018.8.06.0001
Número do Processo 0156715-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0156717-68.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157077-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157063-19.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157088-32.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157404-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157400-08.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157387-09.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157665-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0157651-26.2018.8.06.0001
Número do Processo 0158047-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0158082-60.2018.8.06.0001
Número do Processo 0158565-90.2018.8.06.0001
Número do Processo 0158574-52.2018.8.06.0001
Número do Processo 0158854-23.2018.8.06.0001
Número do Processo 0158881-06.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159180-80.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159210-18.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159239-68.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159206-78.2018.8.06.0001

Número do Processo 0159527-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159547-07.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159884-93.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159892-70.2018.8.06.0001
Número do Processo 0159869-27.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM SETEMBRO DE 2018

Número do Processo 0161004-74.2018.8.06.0001
Número do Processo 0161341-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0161729-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162080-36.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162422-47.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162438-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162744-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162752-44.2018.8.06.0001
Número do Processo 0163135-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0163581-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0163991-83.2018.8.06.0001
Número do Processo 0163977-02.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164270-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164613-65.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164632-71.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164936-70.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166172-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166216-76.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166200-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166580-48.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166577-93.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166935-58.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166891-39.2018.8.06.0001
Número do Processo 0163719-89.2018.8.06.0001
Número do Processo 0163809-97.2018.8.06.0001
Número do Processo 0163783-02.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164123-43.2018.8.06.0001

Número do Processo 0164020-36.2018.8.06.0001
Número do Processo 0163982-24.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164149-41.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164359-92.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164342-56.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164382-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164727-04.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164751-32.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164720-12.2018.8.06.0001
Número do Processo 0165643-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0165572-36.2018.8.06.0001
Número do Processo 0165837-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166007-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166403-84.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166249-66.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166425-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166366-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166705-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166747-65.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166726-89.2018.8.06.0001
Número do Processo 0160807-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0160726-73.2018.8.06.0001
Número do Processo 0161065-32.2018.8.06.0001
Número do Processo 0161409-13.2018.8.06.0001
Número do Processo 0161830-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0161803-20.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162151-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162539-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162613-92.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162903-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162894-48.2018.8.06.0001
Número do Processo 0162959-43.2018.8.06.0001
Número do Processo 0163576-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0164326-05.2018.8.06.0001

Número do Processo 0164626-64.2018.8.06.0001
Número do Processo 0165475-36.2018.8.06.0001
Número do Processo 0165853-89.2018.8.06.0001
Número do Processo 0165841-75.2018.8.06.0001
Número do Processo 0165886-79.2018.8.06.0001
Número do Processo 0165825-24.2018.8.06.0001
Número do Processo 0166320-68.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167232-65.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM OUTUBRO DE 2018

Número do Processo 0167366-92.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167532-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167358-18.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167400-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167508-96.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167375-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167395-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167469-02.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167371-17.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167440-49.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167493-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167739-26.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167795-59.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167808-58.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167635-34.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167839-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167833-71.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167730-64.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167718-50.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167696-89.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167813-80.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167849-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0168053-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0168699-79.2018.8.06.0001

Número do Processo 0169263-58.2018.8.06.0001
Número do Processo 0171387-14.2018.8.06.0001
Número do Processo 0172139-83.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167345-19.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167686-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167703-81.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167720-20.2018.8.06.0001
Número do Processo 0167731-49.2018.8.06.0001
Número do Processo 0168021-64.2018.8.06.0001
Número do Processo 0168032-93.2018.8.06.0001
Número do Processo 0168017-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0168331-70.2018.8.06.0001
Número do Processo 0168644-31.2018.8.06.0001
Número do Processo 0168656-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0169020-17.2018.8.06.0001
Número do Processo 0169005-48.2018.8.06.0001
Número do Processo 0169032-31.2018.8.06.0001
Número do Processo 0169073-95.2018.8.06.0001
Número do Processo 0169412-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0170188-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0170718-58.2018.8.06.0001
Número do Processo 0171058-02.2018.8.06.0001
Número do Processo 0171103-06.2018.8.06.0001
Número do Processo 0171409-72.2018.8.06.0001
Número do Processo 0171385-44.2018.8.06.0001
Número do Processo 0171808-04.2018.8.06.0001
Número do Processo 0171814-11.2018.8.06.0001
Número do Processo 0171822-85.2018.8.06.0001
Número do Processo 0172108-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0172111-18.2018.8.06.0001
Número do Processo 0172869-94.2018.8.06.0001
Número do Processo 0172861-20.2018.8.06.0001
Número do Processo 0173245-80.2018.8.06.0001
Número do Processo 0173562-78.2018.8.06.0001

Número do Processo 0173950-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0173935-12.2018.8.06.0001
Número do Processo 0174674-82.2018.8.06.0001
Número do Processo 0174623-71.2018.8.06.0001
Número do Processo 0175091-35.2018.8.06.0001
Número do Processo 0175026-40.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM NOVEMBRO DE 2018

Número do Processo 0170765-32.2018.8.06.0001
Número do Processo 0176921-36.2018.8.06.0001
Número do Processo 0176733-43.2018.8.06.0001
Número do Processo 0175199-64.2018.8.06.0001
Número do Processo 0173261-34.2018.8.06.0001
Número do Processo 0173019-75.2018.8.06.0001
Número do Processo 0177143-04.2018.8.06.0001
Número do Processo 0177154-33.2018.8.06.0001
Número do Processo 0177173-39.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178106-12.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178002-20.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178077-59.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178401-49.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178749-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178740-08.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178730-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178850-07.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178664-81.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178687-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178763-51.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179475-41.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179524-82.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179662-49.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179639-06.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179648-65.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179592-32.2018.8.06.0001

Número do Processo 0179547-28.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179667-71.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179594-02.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179493-62.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179506-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179472-86.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179565-49.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179929-21.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179665-04.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179989-91.2018.8.06.0001
Número do Processo 0180036-65.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179982-02.2018.8.06.0001
Número do Processo 0180034-95.2018.8.06.0001
Número do Processo 0180036-65.2018.8.06.0001
Número do Processo 0180268-77.2018.8.06.0001
Número do Processo 0180238-42.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181503-79.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181400-72.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181424-03.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181420-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181394-65.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181440-54.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181520-18.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181429-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0180774-53.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181481-21.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181388-58.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181793-94.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181774-88.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181882-20.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182544-81.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182562-05.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182551-73.2018.8.06.0001
Número do Processo 0175428-24.2018.8.06.0001

Número do Processo 0176023-23.2018.8.06.0001
Número do Processo 0176040-59.2018.8.06.0001
Número do Processo 0176402-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0176386-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0176381-85.2018.8.06.0001
Número do Processo 0176735-13.2018.8.06.0001
Número do Processo 0176758-56.2018.8.06.0001
Número do Processo 0176724-81.2018.8.06.0001
Número do Processo 0177395-07.2018.8.06.0001
Número do Processo 0177392-52.2018.8.06.0001
Número do Processo 0177850-69.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178253-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0178599-86.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179025-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179454-65.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179408-76.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179394-92.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179785-47.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179796-76.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179780-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0180148-34.2018.8.06.0001
Número do Processo 0180507-81.2018.8.06.0001
Número do Processo 0180494-82.2018.8.06.0001
Número do Processo 0180874-08.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181368-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181698-64.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181710-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181694-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181720-25.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182057-14.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182083-12.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182359-43.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182412-24.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182841-88.2018.8.06.0001

Número do Processo 0182790-77.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182822-82.2018.8.06.0001
Número do Processo 0176823-51.2018.8.06.0001
Número do Processo 0177494-74.2018.8.06.0001
Número do Processo 0179110-84.2018.8.06.0001
Número do Processo 0181174-67.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182002-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182041-60.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182438-22.2018.8.06.0001
Número do Processo 0182860-94.2018.8.06.0001

PROCESSOS AJUIZADOS EM DEZEMBRO DE 2018

Número do Processo 0183557-18.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183572-84.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183587-53.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183971-16.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183952-10.2018.8.06.0001
Número do Processo 0184347-02.2018.8.06.0001
Número do Processo 0184370-45.2018.8.06.0001
Número do Processo 0184755-90.2018.8.06.0001
Número do Processo 0185904-24.2018.8.06.0001
Número do Processo 0186294-91.2018.8.06.0001
Número do Processo 0186648-19.2018.8.06.0001
Número do Processo 0186684-61.2018.8.06.0001
Número do Processo 0187231-04.2018.8.06.0001
Número do Processo 0187194-74.2018.8.06.0001
Número do Processo 0187666-75.2018.8.06.0001
Número do Processo 0187698-80.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188186-35.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188197-64.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188147-38.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183341-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183354-56.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183321-66.2018.8.06.0001

Número do Processo 0183614-36.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183687-08.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183642-04.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183650-78.2018.8.06.0001
Número do Processo 0184069-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0184490-88.2018.8.06.0001
Número do Processo 0184443-17.2018.8.06.0001
Número do Processo 0185632-30.2018.8.06.0001
Número do Processo 0185621-98.2018.8.06.0001
Número do Processo 0185641-89.2018.8.06.0001
Número do Processo 0186048-95.2018.8.06.0001
Número do Processo 0186445-57.2018.8.06.0001
Número do Processo 0186405-75.2018.8.06.0001
Número do Processo 0186391-91.2018.8.06.0001
Número do Processo 0186465-48.2018.8.06.0001
Número do Processo 0187349-77.2018.8.06.0001
Número do Processo 0187362-76.2018.8.06.0001
Número do Processo 0187293-44.2018.8.06.0001
Número do Processo 0187321-12.2018.8.06.0001
Número do Processo 0187786-21.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188291-12.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188245-23.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188193-27.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188201-04.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188314-55.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188234-91.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188884-41.2018.8.06.0001
Número do Processo 0188792-63.2018.8.06.0001
Número do Processo 0189974-84.2018.8.06.0001
Número do Processo 0183411-74.2018.8.06.0001