

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO
REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE
CURSO DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE

PHILIPPE JEAN RANGEL ABREU ARÊAS

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS DECISÕES DA CÂMARA DE
RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS
GOYTACAZES, RJ, BRASIL**

CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ

2020

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO
REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE
CURSO DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE

PHILIPPE JEAN RANGEL ABREU ARÊAS

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS DECISÕES DA CÂMARA DE
RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS
GOYTACAZES, RJ, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Regional e Gestão da Cidade da Universidade Candido Mendes – Campos dos Goytacazes, para a obtenção do título de Mestre em Planejamento Regional e Gestão de Cidades.

Orientadora: Prof.^a Lia Hasenclever, D.Sc.

CAMPOS DOS GOYTACAZES

2020

Catálogo na Fonte

Preparada pela Biblioteca da **UCAM – CAMPOS** 011/2021

Arêas, Philippe Jean Rangel Abreu.

Judicialização da saúde: uma análise das decisões da câmara de resolução de litígios de saúde no município de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. / Philippe Jean Rangel Abreu Arêas – 2020.

89 f.

Orientador(a): Lia Hasenclever.

Dissertação de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade – Universidade Candido Mendes – Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, 2020.

Referências: f. 66-70

1. Saúde pública. 2. Políticas públicas. 3. Campos dos Goytacazes, RJ. I. Hasenclever, Lia, orient. II. Universidade Candido Mendes – Campos. III. Título.

CDU – 614(815.3)

Bibliotecária Responsável: Flávia Mastrogirolamo CRB 7ª-6723

PHILIPPE JEAN RANGEL ABREU ARÊAS

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS DECISÕES DA CÂMARA DE
RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS
GOYTACAZES, RJ, BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento Regional e Gestão da Cidade da Universidade Cândido Mendes – Campos dos Goytacazes, para a obtenção do título de Mestre em Planejamento Regional e Gestão da Cidade.

Aprovado em 21 de maio de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Lia Hasenclever, D.Sc. – Presidente da Banca Examinadora
Universidade Cândido Mendes – Orientadora

Prof.^a. Ana Paula Serpa Nogueira de Arruda, D.Sc.
Universidade Cândido Mendes

Prof. Flávio Villela Ahmed, D.Sc.
Universidade Cândido Mendes

Aos meus pais, Aryovaldo Arêas Filho e Virgínia Maria Rangel Abreu Arêas, e irmão, Pierre Willian Rangel Abreu Arêas, pelo incentivo e apoio em todas as minhas escolhas e decisões. Dedico a vitória desta conquista com todo meu amor a vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre ao meu lado.

À Prof.^a Dr.^a Lia Hasenclever, minha orientadora, meu respeito e admiração pela sua serenidade, capacidade de análise do perfil de seus alunos, e pelo seu Dom na condução de um trabalho acadêmico, inibindo sempre a vaidade em prol da simplicidade e eficiência.

Aos amigos e colegas do mestrado, pelo companheirismo.

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Ana Paula Serpa Nogueira de Arruda e Prof. Dr. Flávio Villela Ahmed, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

RESUMO

O fenômeno da judicialização, especialmente na área da saúde, tem ganhado contornos bastante expressivos no cenário jurídico brasileiro, por essa razão, faz-se necessário identificar estratégias políticas e sociais orquestradas com outros mecanismos e instrumentos de garantia democrática, que aprimorem os sistemas de saúde e de justiça com vistas à efetividade do direito à saúde, em contraponto ao ajuizamento de ações junto ao Poder Judiciário, bem como reconhecer forças e fraquezas na atuação em rede por órgãos estatais na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS). O objetivo da dissertação é analisar o funcionamento da CRLS do município de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, de forma a verificar a efetividade de sua missão na redução da intervenção judicial. A metodologia de pesquisa averiguou quantitativa e qualitativamente as demandas por saúde recebidas pela CRLS no período de 2018 a 2019. Os resultados mostraram que a atuação em rede de órgãos governamentais geraram ganhos sociais para os cidadãos do município de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

Palavras-Chave: Direito à saúde. Políticas públicas. Judicialização.

ABSTRACT

The phenomenon of judicialization, especially in the health area, has been gaining very expressive contours in the Brazilian legal scenario, for this reason, it is necessary to identify political and social strategies orchestrated with other mechanisms and instruments of democratic guarantee, which improve health systems and justice with a view to the effectiveness of the right to health, as opposed to filing lawsuits with the Judiciary, as well as recognizing strengths and weaknesses in the convergent network action by state agencies in the Health Dispute Resolution Chamber (CRLS in portuguese). The purpose of the dissertation is to analyze the functioning of the CRLS of the Municipality of Campos dos Goytacazes, RJ, Brazil, in order to verify the effectiveness of its mission in reducing judicial intervention. The research methodology investigated quantitatively and qualitatively the health demands received by CRLS in the period from 2018 to 2019. The results showed that the network of actions agencies generated social gains for the citizens of Campos dos Goytacazes, RJ, Brazil.

Keywords: Right to health. Public policy. Judicialization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: TOTAL DE SOLICITAÇÕES CRLS - ANO 2018	53
Tabela 2: TOTAL DE SOLICITAÇÕES CRLS - ANO 2019	53
Tabela 3 : TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE MEDICAMENTOS (NÚMERO E PERCENTUAL) CRLS - ANO 2018.....	54
Tabela 4 : TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE MEDICAMENTOS (NÚMERO E PERCENTUAL) CRLS - ANO 2019	54
Tabela 5: ENTREVISTAS - USUÁRIOS DO SERVIÇO	55
Tabela 5: ENTREVISTAS - USUÁRIOS DO SERVIÇO	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS
ADI	AÇÃO DECLARATÓRIA DE INCONSTITUCIONALIDADE
CF	CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CFM	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CNJ	CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA
CONITEC	COMISSÃO NACIONAL DE TECNOLOGIAS DO SUS
CRLS	CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS EM SAÚDE
DPERJ	DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
EC	EMENDA CONSTITUCIONAL
GESPÚBLICA	PROGRAMA NACIONAL DE GESTÃO PÚBLICA E DESBUROCRATIZAÇÃO
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (<i>HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS</i>)
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
INEP	INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA
INSPER	INSPIRAR, PERTENCER – INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA
IPCA	ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO
IPEA	INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA
NAT-JUS	NÚCLEOS DE APOIO TÉCNICO DO PODER JUDICIÁRIO
NATS	NÚCLEOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
PIB	PRODUTO INTERNO BRUTO
RCL	RECEITA CORRENTE LÍQUIDA
STF	SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL
STJ	SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TJSP	TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
US\$	DÓLAR AMERICANO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 OBJETIVO GERAL.....	12
1.1.1 Objetivos específicos	12
1.1.2 Estrutura da dissertação	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO E EMPÍRICO	14
2.1. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS CRITÉRIOS DE JUSTIÇA DE DISTRIBUIÇÃO DE BENS ESCASSOS.....	14
2.2. DA CONSTITUCIONALIZAÇÃO SIMBÓLICA À JUDICIALIZAÇÃO: A DIFICULDADE DE CONCRETIZAR DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL	25
2.2.1 Os direitos fundamentais sociais.....	26
2.2.2. Constitucionalização simbólica, subintegração e sobreintegração	31
2.2.3. A insuficiência de efetividade dos direitos sociais	34
2.2.4. A judicialização dos direitos sociais	39
2.3. CONTEXTO EMPÍRICO: CENÁRIO ATUAL DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	42
3. METODOLOGIA.....	48
3.1. RELEVÂNCIA.....	48
3.2. TIPO DE PESQUISA	49
3.3. FONTES, COLETA DE DADOS E SISTEMATIZAÇÃO	49
4 . RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5. CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	71
ANEXOS	73

1 INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde transformou-se em um dos assuntos mais complexos da atualidade. No contexto democrático brasileiro, a judicialização pode expressar reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e de instituições, mas em um cenário de recursos escassos e demanda contínua e crescente, o problema do modo de distribuição desses recursos torna-se central.

Alguns estudiosos apontam que a relação estabelecida entre acesso à justiça e à saúde pode ter “um efeito benéfico na responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos adequados de incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública” (BAPTISTA, 2009, p. 829). Já os efeitos negativos desta atuação podem estar relacionados à alta e persistente demanda judicial, combinada com respostas automáticas e insatisfatórias sem uma devida e cuidadosa análise crítica da demanda, pelos atores envolvidos.

A combinação desses elementos pode causar um tipo de “disfunção nos sistemas” (BARROSO, 2009), com “o risco de se desenvolver a via judicial como principal meio para se garantir o acesso (...)” (BAPTISTA, 2009, p. 836) e, nesse sentido, causar prejuízos significativos à efetividade (individual e coletiva) do direito à saúde.

Pode-se dizer, portanto, que a ampliação da atuação do sistema de justiça no acesso à assistência à saúde tem repercussões sobre a gestão, influenciando na tomada de decisão dos profissionais envolvidos, e que, ao menos em parte, decorre das deficiências da própria administração pública.

No Brasil, a relação entre direito e saúde ganhou sua versão atual há pouco mais de trinta anos, a partir da Constituição de 1988, e sua cristalização foi fruto de amplos debates com grupos de pressão, sociedade civil e Estado. A progressiva constitucionalização que os direitos sociais passaram a ter no final da década de 1980 e década de 1990, associada aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez que tais direitos fossem cada vez mais submetidos ao crivo das instituições jurídicas para sua efetivação (ASENSI, 2015).

A judicialização do direito à saúde, mais especificamente, tem se direcionado a diversos serviços públicos e privados, tais como o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames, cobertura de tratamentos para doenças entre outros (ASENSI, 2015).

Não é difícil observar em qualquer nível de governo no Brasil a existência de ações judiciais que buscam o deferimento de pedidos sobre estes e outros assuntos. O resultado

deste processo é a intensificação do protagonismo do Judiciário na efetivação da saúde e uma presença cada vez mais constante deste Poder no cotidiano da gestão em saúde. Seja em uma pequena comarca ou no Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF), cada vez mais o Judiciário tem sido chamado a decidir sobre demandas de saúde, o que o alçou a ator privilegiado e que deve ser considerado quando o assunto é política de saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Durante algum tempo, esta atuação judicial esteve fortemente orientada pelo convencimento pessoal dos magistrados pelo Brasil afora. Em regra, as decisões judiciais não tinham uma sólida padronização dos limites da decisão judicial ou não traziam uma discussão mais aprofundada sobre as questões específicas de saúde. Isso fez que os magistrados decidissem com frequência de maneira “solitária” as demandas de saúde apresentadas. O resultado foi uma ampliação decisiva dos serviços de saúde pela via judicial, e um dos exemplos mais paradigmáticos dessa “virada judicial” foi o reconhecimento do dever do Estado de concessão de antirretrovirais para portadores de HIV/Aids, em 1996. No entanto, nos últimos anos, o Judiciário buscou se debruçar de forma mais sistemática sobre o ato de julgar em saúde e tem buscado fazer que este ato não seja necessariamente uma decisão “solitária” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

O crescimento da importância e do protagonismo judicial em matéria de saúde trouxe a necessidade de se estabelecer uma ação mais coordenada e estratégica. Não é por acaso que, ao longo dos últimos anos, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem liderado e estimulado de maneira mais sistemática a atuação do Judiciário, buscando estabelecer uma política judiciária para a saúde. As estratégias oriundas dessa política judiciária envolvem desde a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde até Comitês Estaduais de Saúde e recomendações sobre como os juízes podem decidir as demandas que lhes são apresentadas (HOSSEPIAN, 2019).

Desde então, em meio a avanços e desafios, o CNJ tem estimulado, discutido, desenvolvido e implementado diversas ações e estratégias que visam, em alguma medida, oferecer parâmetros e diretrizes para a atuação judicial em saúde. No Brasil, a efetivação judicial do direito à saúde tem recebido um debate cada vez mais público e em diversos espaços (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Especialmente com o fomento do CNJ, tem sido analisada e desenhada uma política judiciária da saúde, que envolve não somente a atuação das instituições jurídicas, mas também sua interface com instituições políticas e participativas, culminando, por exemplo, na celebração de convênios de cooperação técnica entre os atores estatais.

A necessidade de celeridade das decisões, a relação direta com o direito à vida e a complexidade do que significa tratamento e prevenção são elementos que diferenciam o direito à saúde dos demais direitos sociais, e a política judiciária de saúde tem procurado considerar isso (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

O principal desafio, nesse trabalho, é identificar as estratégias políticas e sociais orquestradas com outros mecanismos e instrumentos de garantia democrática, que aperfeiçoem os sistemas de saúde e de justiça com vistas à efetividade do direito à saúde.

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o funcionamento da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS) do Município de Campos dos Goytacazes, de forma a verificar a efetividade de sua missão na redução da intervenção judicial, por meio da análise dos dados quantitativos de demandas por saúde recebidas em 2018 e 2019, e igualmente, verificar o grau de satisfação dos usuários do serviço.

1.1.1 Objetivos específicos

- ✓ Estudar os critérios de justiça de distribuição de bens escassos e suas especificidades na saúde pública a partir da literatura;
- ✓ Estudar o cenário atual do sistema de saúde brasileiro sobre o tema judicialização da saúde a partir da literatura;
- ✓ Estudar, a luz dos critérios de justiça distributiva e do cenário atual do sistema de saúde brasileira a efetividade das alternativas ao processo convencional de justiça;
- ✓ Esmiuçar o convênio firmado entre a municipalidade de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, no qual se originou a denominada CRLS;
- ✓ Examinar e problematizar as demandas analisadas pela CRLS de Campos dos Goytacazes em 2018 e 2019;

1.1.2 Estrutura da dissertação

A dissertação se estrutura em cinco capítulos: “**Introdução**” que descreveu o problema que será estudado na dissertação e os objetivos propostos; no capítulo dois,

denominado “**Referencial Teórico e Empírico**” apresenta-se e problematiza-se alguns conceitos fundamentais para realização da pesquisa, quais sejam: justiça, equidade e direitos; proatividade / ativismo judicial; judicialização da saúde e os critérios de justiça de distribuição de bens escassos; constitucionalização e judicialização, mormente dos direitos sociais; concretização de direitos sociais no Brasil e, por fim, o cenário atual do sistema de saúde brasileiro; o capítulo três “**Metodologia**” informa o método utilizado e traz uma descrição do objeto de estudo – a CRLS no município de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, sua criação e seus objetivos; o capítulo quatro “**Resultados e Discussão**” destina-se a apresentar os aspectos positivos e negativos extraídos das informações – quantitativas e qualitativas – obtidas. Por fim, no capítulo cinco, as conclusões.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E EMPÍRICO

2.1 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS CRITÉRIOS DE JUSTIÇA DE DISTRIBUIÇÃO DE BENS ESCASSOS

Na clássica obra “Leviatã”, Thomas Hobbes enxerga a criatura humana, a única pretensamente considerada racional, em permanente conflito com o próximo. “O homem é o lobo do homem”. Não há espaço no planeta em que a paz seja permanente, mas vivencia-se a guerra de todos contra todos e a vocação humana seria um eterno litígio (NALINI, 2017).

Nesse ínterim, experimenta-se no Brasil um vertiginoso crescimento de ações judiciais, a continuar nessa escala, o esgotamento do sistema é um passo irreversível, faz-se necessário pensar outros caminhos. O contencioso judicial não pode ser a única solução para resolver um conflito entre as pessoas, sobretudo porque a exaustão do modelo é algo que não pode ser desprezado, é urgente construir alternativas à justiça, bem como repensar/sopesar a proatividade do Poder Judiciário (FLEURY, 2012).

O problema central de qualquer sociedade, independentemente de sua situação financeira, é a escassez que conseqüentemente traz a necessidade de escolha para a população. A escassez de recursos sugere a ideia de que os recursos materiais são limitados e que não é possível produzir uma quantidade infinita de bens, tendo em conta que os desejos e as necessidades humanas são ilimitados e insaciáveis.

O debate sobre a judicialização da saúde deve partir da premissa de que o cenário de escassez de recursos é inescapável e as necessidades serão sempre maiores do que as possibilidades do orçamento público, o que parece óbvio para economistas e gestores públicos, mas nem sempre o é para juristas (WANG, 2007, p. 239). Dessa forma, escolhas devem ser feitas, pois não é possível prover todos os direitos sociais em grau máximo a todas as pessoas (FERRAZ, 2008).

A questão é quem deve fazer essas escolhas, e os críticos da judicialização da saúde defendem que não deve ser o Judiciário a cumprir essa tarefa. Primeiramente porque em um Estado democrático é indispensável que decisões sobre alocação de recursos sejam reservadas aos poderes políticos, pois estes foram democraticamente eleitos pelo povo para tanto e estão sujeitos a avaliações, principalmente nas eleições periódicas, o que não ocorre com os membros do Poder Judiciário (SILVA, 2007).

Outra crítica afirma que o caráter coletivo dos direitos sociais requer que políticas sejam pensadas coletivamente, o que os juízes, em regra, não fazem, principalmente porque

não possuem informações essenciais para pensar uma política pública e também pela própria estrutura de um processo judicial, que se concentra no caso concreto objeto da disputa (AMARAL, 2001, p. 38).

Por conseguinte, uma atuação do Judiciário que favoreça indivíduos ou grupos em um caso concreto pode minar os esforços de um planejamento de política pública de longo prazo que beneficie um número maior de pessoas (SUNSTEIN; HOMES, 1999, p.95). O juiz decide qual a melhor forma de se aplicar esses recursos escassos, mesmo sabendo pouco ou quase nada sobre a política pública em questão, as finanças públicas e a capacidade de gasto do poder público, ou a respeito de outros problemas sociais que competem por ação governamental (SUNSTEIN; HOMES, 1999, p.95).

Não há análise dos custos de oportunidade gerados por determinada decisão alocativa de acordo com essa linha de argumentação, a tarefa de alocar recursos escassos deve ser deixada para o processo político, pois ele possui maior “qualidade decisória”, no sentido de clareza das prioridades e dos meios para realizá-las (BUCCI, 1997, p.97).

Semelhante crítica, ligada às já apresentadas, é a de que a judicialização da saúde gera iniquidade na distribuição de recursos porque uma quantia significativa do orçamento destinado ao sistema público de saúde é usufruída por uma parcela pequena e já favorecida da população. Vieira e Zucchi (2007), analisaram ações judiciais com pedido de fornecimento de medicamentos movidos por cidadãos contra a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, durante o ano de 2005, e concluíram que a maioria dos pacientes foi representada por advogados privados (54%) e morava nas áreas do município com menor grau de exclusão (63%), o que, para as autoras, indica iniquidade na distribuição de recursos.

Terrazas (2008), por meio de entrevistas realizadas com pessoas que vão buscar medicamentos na “Farmácia de Ação Judicial” – uma estrutura física montada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para atender exclusivamente pessoas que recebem medicamentos cujo fornecimento foi ordenado por via judicial –, mapeou a condição socioeconômica daqueles que conseguiram medicamentos por meio de uma ação judicial.

Dentre as conclusões que os dados obtidos pela pesquisa apresentaram, destacam-se:

1. 60,63% dos solicitantes tiveram a prescrição do medicamento proveniente de estabelecimento de saúde privado; 26,25% tiveram atendimento em estabelecimentos do SUS-Referência, que são normalmente ligados a alguma instituição de ensino superior e que se distinguem dos demais estabelecimentos do SUS por oferecerem, em regra, serviços considerados de excelência e por serem de acesso mais restrito; somente 13,13% dos entrevistados são provenientes dos serviços públicos de saúde ordinários, ou seja, que

atendem à maioria da população e não são centros de referência.

2. 60% dos beneficiados tiveram ação proposta por serviços particulares de advogados (38,75%) ou associações/ONGs (21,25%); 28,75% pela Procuradoria de Assistência Judiciária; apenas 1,88% pelo Ministério Público; e 9,38% por outros meios.

3. Em relação à renda dos entrevistados, a autora identificou dois grupos: um primeiro, de baixa renda, proveniente do SUS e assistido pela Procuradoria de Assistência Judiciária, que requisita geralmente material de enfermagem e remédios mais simples, mas que aparece também nas ações com pedidos de medicamentos para diabetes. O segundo grupo é formado por pessoas de renda mais elevada, provenientes da rede privada de saúde, assessorados por advogados particulares e que solicitam remédios de custos mais elevados (dos medicamentos oncológicos, a prescrição foi feita em hospital particular em 84,38% dos casos) e insulinas mais modernas para diabetes.

A conclusão a que essa pesquisa chegou é que são os cidadãos privilegiados que fazem uso do Judiciário para conseguir medicamentos. São as pessoas com melhores condições socioeconômicas que conseguem usar o Judiciário para intervir na política pública de fornecimento de medicamentos o que deixa patente a iniquidade do recebimento de medicamentos pela via judicial.

Em um Estado Democrático de Direito, é indispensável que decisões de alocação de recursos, para serem legítimas, sejam tomadas em processos de deliberação nos quais esteja garantida a participação e a contestação pública. Escolhas que envolvam justiça distributiva e alocação de recursos escassos possuem um caráter multilateral, pois dizem respeito à apropriação por alguns de bens financiados por toda a sociedade, o que reforça a importância da participação democrática na tomada dessas decisões.

Outrossim, traz maior legitimidade para as decisões, um processo democrático de decisão tem o condão de permitir a manifestação dos interesses tanto daqueles que contribuem quanto daqueles que se beneficiam, ou não, da rede de solidariedade social, além de promover um diálogo entre a sociedade civil e o Estado, responsável pela execução daquilo que foi decidido democraticamente.

Ligando a importância da participação democrática com o resultado das políticas públicas, Sen (2000, p.178), defende que as liberdades civis e políticas, além de possuírem um valor intrínseco, proporcionam às pessoas a oportunidade de chamar a atenção eficazmente para suas necessidades e exigir a ação pública apropriada. De acordo com o autor, a resposta do governo ao sofrimento do povo frequentemente depende da pressão exercida sobre esse governo, e, nesse ponto, o exercício dos direitos políticos e civis (votar,

criticar, protestar etc.) pode realmente fazer a diferença. Na área da saúde, essa avaliação não é diferente. Decerto, existem *a priori* desigualdades de oportunidades entre os cidadãos, descortinando situações de iniquidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que qualquer esforço sério para reduzir iniquidades em saúde deve passar pela distribuição de poder em uma sociedade, empoderando (*empowering*) os indivíduos e grupos para representarem suas necessidades e interesses nas agendas das políticas públicas (CSDH, 2008, p.18).

Frisa-se ainda que as demandas que envolvem o direito à saúde devem ser ponderadas e decididas conforme o caso, tendo como base os diversos critérios pertinentes até sua conclusão, no entanto, entre a reserva do possível e o fornecimento do insumo pleiteado, o direito à vida é o que prevalece. Torna-se imperioso destacar que a atuação do judiciário é legítima, pois, além de tornar efetivo o direito social à saúde assegurado na Constituição Federal ele também controla a recusa/inércia por parte da Administração Pública em tornar efetivos os direitos do cidadão (YAMAGUCHI, *et al*, 2017).

Segundo Fleury (2012), a judicialização das políticas diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigibilidade do direito, negado na prática das instituições responsáveis pelo serviço, mas a autora defende uma judicialização como tutela coletiva, para a autora, o fato de o SUS ter sido implantado em “condições financeiras adversas, até hoje não superadas, certamente impede a distribuição igualitária de serviços de qualidade, de forma que a população sinta-se segura no usufruto deste direito”, acrescenta ainda que: “está na hora de apoiar a judicialização que garanta a tutela coletiva do direito à saúde, ainda mais quando este se encontra ameaçado com as constantes investidas de interesses privados no interior do sistema público” (FLEURY, 2012).

De acordo com Luís Roberto Barroso, a judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política e social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais. Com isso, segundo o mesmo autor, ocorre uma transferência de poder para juízes e tribunais (BARROSO, 2012).

Como o estado negligencia seu papel constitucional, não disponibilizando os meios necessários para que o cidadão seja atendido em suas demandas sanitárias e assim gozar os direitos preconizados na CF, a exemplo do direito à saúde – “direito de todos e dever do Estado” artigo 196 da CF –, faz-se necessário que o cidadão ingresse com uma ação na justiça para que lhe seja assegurado um direito previsto na Carta Magna. Nessa perspectiva, o crescimento das ações judiciais tratando de questões relacionadas à saúde, tem cada vez mais conquistado relevância na movimentação e no volume de demandas junto ao Poder Judiciário

(BARROSO, 2012).

O autor Barroso (2008, p.30) afirma que as políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais. Contudo, quando o Poder Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, acaba por privilegiar aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial. Ou seja, o autor reforça a ideia de que a judicialização da saúde traz iniquidades para o sistema de saúde pública no atendimento aos cidadãos.

Em pesquisa realizada pelo Insper, encomendada pelo CNJ e divulgada pelo Hospital Sírio-Libanês em São Paulo, março de 2019, constatou-se o aumento de 130% (cento e trinta por cento) de ações judiciais relativas à saúde entre os anos de 2008 e 2017. Nesse período foi contabilizado cerca de 500 (quinhentas) mil ações dessa natureza (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Outrossim, de acordo com a referida pesquisa, a qualidade da prestação jurisdicional em tais ações não tem sido a desejada, tal reconhecimento tem decorrido da própria cúpula do judiciário, tanto que o próprio Presidente do Supremo Tribunal Federal, Min. Dias Toffoli, afirmou que “os magistrados não podem administrar o orçamento das empresas de saúde”, assim como sobre “a necessidade de minorar a participação da Justiça na resolução de conflitos ligados à saúde” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Evidencia-se que, no ano de 2015, o CNJ já tratava do assunto, inclusive, publicou um trabalho da série denominada “Justiça Pesquisa” cujo enfoque se dá em dois eixos estruturantes e complementares entre: i) Direitos e Garantias fundamentais e ii) Políticas Públicas do Poder Judiciário; o retromencionado trabalho consistiu em um estudo multicêntrico desenvolvido no ano de 2013, com abrangência nacional, que buscou analisar o cenário da judicialização da saúde e a política judiciária de saúde em alguns tribunais espalhados pelo Brasil (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Nessa circunstância, será que o judiciário, de fato, tem levado em conta que existe uma demanda muito superior à oferta de serviços de saúde, e que os recursos financeiros são limitados? Há alguns anos as ações judiciais relacionadas às demandas sanitárias se avolumam nos tribunais, pois os cidadãos buscam não só qualidade de vida, mas uma vida mais longa e saudável. Essa busca por viver mais e melhor, ou seja, com saúde, constitui um fator-chave nessa equação, o que leva os cidadãos, massivamente, a pleitear seus direitos sanitários perante os tribunais, somados a isso se tem a omissão e ou ausência/ineficiência dos atendimentos pelos órgãos da Administração Pública (ASENSI, 2013).

A judicialização da saúde tem ocorrido com intensidade cada vez maior no Brasil, o que tem gerado impactos econômicos bastante significativos nas finanças públicas e um grande debate a respeito dos efeitos distributivos dessa atuação do Judiciário em matéria de políticas públicas de saúde.

Por conseguinte, reflexamente, pode-se observar que nos últimos anos vem-se verificando uma tendência de aumento do percentual de participação dos gastos com demandas judiciais sobre o orçamento municipal, por essa razão, faz-se necessário buscar alternativas, com vistas a equilibrar essa equação (ASENSI, 2013).

Essas ações têm em comum o fundamento jurídico para o pedido: à CF, que prevê o direito à saúde como um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado (artigos 6º e 196 da CF) e inaugura um sistema de saúde que tem entre seus princípios a universalidade (acesso a todos os cidadãos), a igualdade (não discriminação) e a integralidade (acesso a todos os níveis de complexidade) no atendimento (artigos 196 e 198 da CF).

Observa-se que o gasto público com compra de medicamentos ordenada por via judicial tem crescido muito nos últimos tempos e seus valores estão longe de ser inexpressivos. O ex-secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde do Brasil, Reinaldo Guimarães, afirmou que há uma espécie de "epidemia de ações judiciais" do setor de saúde (COLLUCI, 2009).

Os gastos com medicamentos do Ministério da Saúde originados por decisões judiciais aumentaram 211,4% de 2005 a 2006, e em 2008 alcançaram a cifra de R\$ 52 milhões de reais. Só no Estado de São Paulo, o governo gastou R\$ 86 milhões de reais para fornecer medicamentos e tratamentos médicos em cumprimento de decisões judiciais, o que representa 30% do gasto no programa oficial de remédios de alto custo (WANG, 2009).

Entretanto, conforme já ponderado, há na literatura mostras, com forte embasamento empírico, de que grande parte desses recursos acaba beneficiando aqueles já socialmente favorecidos, o que agravaria ainda mais as injustiças sociais no que toca ao acesso a bens e serviços de saúde. De acordo com essa literatura, pessoas com boa condição socioeconômica são as que têm acesso ao Judiciário e, por conseguinte, a decisões judiciais que lhes concedem bens e serviços públicos de saúde, o que coloca a questão de a judicialização da saúde ser ou não um mecanismo de injustiça distributiva (WANG, 2009).

A presente dissertação aponta uma alternativa, sugerida por Fleury (2012), serviço extrajudicial de tutela coletiva para atendimento dos cidadãos, implementada no município de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Com vistas a arrefecer o ingresso de ações judiciais, órgãos estatais se uniram, por convênio, com o fito de buscar a solução extrajudicial das

demandas afetas à área da saúde não atendidas pelas vias convencionais disponibilizadas pelo SUS.

A atuação em rede desses órgãos originou a criação da CRLS, dessa forma, busca-se a diminuição da judicialização das políticas públicas da área de saúde, por meio do atendimento das demandas pela via administrativa, de forma consensual com os órgãos envolvidos em conflitos sanitários.

A solução administrativa não é infalível, mas resta possível apontar diversos ganhos pautados por essa atuação conjunta, nesse ínterim, a partir do momento em que a ação é ajuizada, cabe ao poder judiciário agir e, nessa atuação, o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT-JUS) subsidia os magistrados com informações técnicas prestadas por profissionais da saúde, através de pareceres técnicos fundamentados (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Tal procedimento possibilita um melhor embasamento técnico na elaboração de sentenças em processos judiciais que versem sobre demandas sanitárias, impactando a eficiência e efetividade dos tratamentos ministrados aos assistidos a partir de decisões proferidas em processos judiciais. Outro ganho relevante com o NAT-JUS é a possibilidade de os magistrados requisitarem peritos que possuem vínculo com o estado, reduzindo a influência da iniciativa privada sobre os pareceres periciais, o que se reflete também, em muitos casos, no custo e na qualidade dos tratamentos ministrados.

Não obstante, observa-se na prática que muitos magistrados não utilizam esses pareceres técnicos como fundamento (s) da sua decisão, evidencia-se com isso que boa parte da responsabilidade pela má prestação jurisdicional no julgamento de ações afetas à matéria relacionada à saúde é decorrente da postura de magistrados que não utilizam ferramentas criadas pelo próprio CNJ em parceria com conceituadas instituições médicas como Hospital Albert Einstein e Hospital Sírio Libanês. O objetivo de tais ferramentas é melhorar a qualificação das decisões, a título de exemplos, cita-se o NATS, NAT-JUS e CONITEC; conforme dados da retromencionada pesquisa produzida pelo Insper/CNJ, menos de 20% dos acórdãos utilizam pareceres técnicos e fundamentação específica (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Observa-se na prática forense contenciosa, decisões com pouco embasamento técnico à luz da medicina e até mesmo jurídico, à luz das respectivas legislações específicas, o resultado de tais decisões é catastrófico, por vezes injusto e extremamente danoso. De fato, por meio de pesquisa empírica, o autor Zebulum (2018), analisou – a partir da expansão do fenômeno da judicialização da saúde – que os magistrados vêm assumindo um importante

papel na concretização do direito à saúde em nosso país. Objetivou com o estudo averiguar como questões dessa natureza vêm sendo enfrentadas e decididas no âmbito de quatro tribunais estaduais de justiça do país, dos seguintes estados: Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul – os estados foram selecionados tendo em vista a existência de importantes cidades brasileiras alocadas sob as respectivas jurisdições (ZEBULUM, 2018).

O autor ancorou-se no plano da experiência para concluir que algumas questões de saúde pública levadas à apreciação dos juízes geram intensas controvérsias, que não decorrem de uma simples oposição de interesses entre o poder público e o particular requerente, mas sim do fato de o magistrado, no momento de decidir, sofrer forte influência de suas convicções pessoais, de seus próprios princípios morais, e nem sempre se sentir confortável em adotar a solução eventualmente apontada pela simples aplicação da lei – quando a lei não for omissa em relação a esses casos (ZEBULUM, 2018).

Experimenta-se, portanto, situações de conflito moral, assim entendidas como aquelas em que dois ou mais interesses legítimos estão em conflito que não pode ser dirimido, *a priori*, sem que haja a necessária ponderação dos interesses envolvidos (FREITAG, 1989).

São casos em que os magistrados são instados a deliberar sobre situações cuja solução não depende de maiores divagações sobre as normas e os princípios jurídicos, mas que poderão desafiar seus valores enquanto pessoa, sua convicção sobre a justiça, sobre o certo e o errado. Assim, os juízes acabam deixando seus conhecimentos técnico-jurídicos em segundo plano e decidindo mais em função de suas convicções pessoais, de sua sensibilidade, enquanto seres humanos, à dor e aos sofrimentos alheios (ZEBULUM, 2018).

Entre as situações apontadas na referida pesquisa, destacam-se as demandas de saúde, seja pela elevada envergadura do direito envolvido – a saúde ou a própria vida humana –, seja pelas consequências que podem resultar das deliberações no caso concreto, os juízes, nesses casos, decidem mais em função de sua sensibilidade (ZEBULUM, 2018, p.20).

Diversos são os exemplos de pretensões submetidas, diariamente, à apreciação do judiciário, tais como: pedido de fornecimento de medicamento ou tratamento que causará um grande impacto no orçamento do ente público envolvido; pedido de fornecimento de medicamento não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), fora dos casos excepcionalmente admitidos na legislação; pedido de prestação de saúde / insumo cujo procedimento / insumo não consta da tabela de procedimentos do SUS nem está previsto em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS; submetem-se, ainda, à apreciação do juiz pedido de fornecimento de medicamento ou tratamento de saúde de alto custo, que implicaria grave lesão às finanças públicas, a um usuário terminal, sem chance de cura, apenas para

aumentar a sobrevida entre outras situações.

Outrossim, em que pese a determinação legal e estímulo para realização de audiência de conciliação e mediação, decorrentes do Novo Código de Processo Civil – Lei 13.105/2015, a parte autora, diante da postura reiterada dos advogados públicos de se recusarem terminantemente a qualquer tentativa de conciliação, requer ao magistrado que a audiência não seja designada.

Denota-se com a pesquisa que nos quatro tribunais estaduais pesquisados houve decisões pelo deferimento dos pedidos autorais, sobretudo pedidos de medicamentos, em que pesem os aspectos legais, jurisprudenciais e de preservação da saúde envolvidos. Os juízes, via de regra, abstêm-se de enfrentar a questão de forma técnica e optam por formulações genéricas, princípios gerais etc., fazendo uso, portanto, de argumentação que revela a existência de conflitos (ZEBULUM, 2018).

Nesse íterim, conforme instrui Ferraz Júnior, *apud* Ahmed (2017), a subsunção – aplicação da norma abstrata ao caso concreto -, estaria sendo aos poucos, sobrepujada pela ponderação de princípios, pois os juízes não apenas aplicam a legislação, mas fazem referências aos princípios jurídicos. Antes os princípios eram apresentados para integrar o direito, isto é, apenas nos casos de lacunas (nesse sentido, Lei de Introdução as Normas do Direito Brasileiro), bem como utilizados como mero vetor interpretativo. Com isso, à primeira vista, parece que o juiz, agora, tem uma liberdade muito maior para reconstruir a até construir o direito, que antes era assumido como excepcionalidade (AHMED, 2017).

Araújo Júnior (2016), analisou os acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), no que concerne a demandas individuais que buscam a efetivação do direito à saúde no âmbito do SUS. O autor observou que existia forte intervenção do Poder Judiciário no sentido de estabelecer diversas determinações a Administração Pública no que concerne à prestação das ações e serviços de saúde pública, seja mediante o fornecimento de medicamentos não inseridos em listas padronizadas, seja determinando a realização de alguma intervenção cirúrgica ou até mesmo a disponibilização de leitos hospitalares.

Especificamente em relação ao direito à saúde, existe um quadro inicial de completa falta de efetividade, com sua classificação como norma constitucional programática, não se convertendo, portanto, em direito subjetivo do cidadão, doravante, o Supremo Tribunal Federal alterou esta interpretação inicial, fixando o direito à saúde como um direito individual e imediatamente exigível.

Reflexamente, essa mutação constitucional, faz nascer um campo dinâmico de forte

judicialização, com amplo potencial de promover justamente a iniquidade e, conseqüentemente, desigualdades: efetivando o direito à saúde para poucos, em detrimento de políticas de saúde que visam atender a toda a população (ARAÚJO, 2016).

Neste sentido, Barroso (2008, p.30), afirma que as políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais. Contudo, quando o Poder Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, acaba por privilegiar aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial.

Para Barroso (2008, p.30), a possibilidade do Poder Judiciário determinar a entrega gratuita de medicamentos “mais serviria à classe média que aos pobres. Inclusive, a exclusão destes se aprofundaria pela circunstância de o Governo transferir os recursos que lhes dispensaria, em programas institucionalizados, para o cumprimento de decisões judiciais, proferidas, em sua grande maioria, em benefício da classe média”.

Na análise dos Acórdãos TJSP buscou-se detectar as seguintes características das ações individuais que requerem algum tipo de prestação de saúde: “Qual a prestação de saúde requerida na ação judicial?”; “O medicamento é padronizado pelo SUS?”; “O médico integra o quadro de pessoal do SUS?”. Tendo, por conseguinte, os seguintes resultados:

I - Observou-se que mais de 70% das ações judiciais requerem medicamentos, ou seja, requerem prestações que visam combater doenças que atingem a população e não visam à prevenção, ao menos em tese, não reduzem o risco de contrair novas doenças. No mesmo sentido, é evidente que os cidadãos buscam a efetivação via Poder Judiciário de ações e serviços públicos de saúde que curem suas doenças, potencializando a ideia de medicina meramente curativa, o que não é razoavelmente aceitável tendo em vista o princípio constitucional da integralidade.

A CF de 1988 não adotou a medicina meramente curativa, ao passo que, com base no princípio da integralidade, as ações e serviços públicos de saúde compreendem também medidas preventivas, que visam aumentar os índices de saúde da população e reduzir, conseqüentemente, a busca pelos serviços curativos de saúde.

II – Demonstrou-se que mais de 60% dos medicamentos requeridos nas ações judiciais não são padronizados pelo SUS, ou seja, não estão no rol daqueles oferecidos a toda população atendida pelo sistema, de forma universal. A pesquisa denotou, ainda, que 2% dos medicamentos requeridos são padronizados pelo SUS e oferecido a toda a população, mas tal característica não impediu a sua judicialização. Desta forma, resta evidente que a distribuição de medicamentos, inclusos ou não na lista farmacológica padronizada do SUS é um grande

problema. Com base nos dados, é possível sugerir dois fatores que ocasionam a suposta ineficácia do sistema: a) falhas administrativas que impedem o acesso aos medicamentos; e/ou b) demora na atualização das listas padronizadas de medicamentos, não acompanhando a descoberta de novas tecnologias.

III – Verificou-se que, de forma absoluta, todas as ações judiciais que compuseram a amostra analisada são deferidas, não importando se o medicamento e/ou tratamento requerido é padronizado pelo SUS.

O dado demonstra que, frente ao índice de sucesso absoluto das demandas e o requerimento nas ações de medicamentos e/ou tratamentos não padronizados pelo sistema, o acesso ao Poder Judiciário tem o potencial de definir se um cidadão terá acesso ao direito à saúde de forma muito mais ampla que aquela geralmente oferecida a todos os cidadãos que não utilizam a via judicial.

Desta forma, o acesso à informação e à justiça, bem como a possibilidade financeira de arcar com os custos de um processo judicial determinará em que grau e alcance determinado cidadão terá acesso ao SUS.

Eis que as decisões estão sendo proferidas, presumivelmente, sob forte interferência das convicções morais e dos sentimentos pessoais de cada magistrado, daí a grande dificuldade que experimentam em fundamentá-las adequadamente, o que os leva a fazer uso de tais artifícios.

Em perspectiva comparada, observa-se que o fenômeno da judicialização da saúde não é exclusividade do Brasil e registra índices muito altos em várias nações vizinhas. As discussões e preocupações com os reflexos da judicialização da saúde são muito semelhantes em vários países, a exemplo da Colômbia; em que pese à adoção de esforços para reduzi-los, como a “Sentencia T-760” (Colômbia) e as inúmeras estratégias adotadas no Brasil, ambos os países se encontram mergulhados num contexto de intenso ativismo judicial, que só tende a aumentar (NAKAMURA; CAOBIANCO, 2019).

Conforme preleciona Nery Júnior e Abboud *apud* Didier (2013), o Ativismo Judicial pode ser definido como: “toda decisão judicial que se fundamenta em convicções pessoais, senso de justiça do intérprete em detrimento da legalidade vigente, legalidade aqui entendida como legitimidade do sistema jurídico e não como mero positivismo estrito ou subsunção do fato ao texto normativo” (DIDIER, 2013).

Nesse contexto, surgem os seguintes questionamentos conforme preleciona Campos (2019): “No ativismo judicial estrutural, cortes possuem a última ou mesmo a única palavra? É possível o ativismo judicial estrutural não se converter em supremacia judicial?”

(CAMPOS, 2019, p.225).

Faz-se necessário buscar o equilíbrio entre as dimensões estrutural e dialógica do ativismo judicial, ou seja, deve-se praticar o ativismo judicial estrutural dialógico: interferir na formulação e na implementação de políticas públicas sem excluir a participação e as margens de liberdade decisória dos atores políticos (HIRSCH, 2007).

2.2 DA CONSTITUCIONALIZAÇÃO SIMBÓLICA À JUDICIALIZAÇÃO: A DIFICULDADE DE CONCRETIZAR DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL

O reconhecimento normativo-constitucional dos direitos sociais foi a resposta do constitucionalismo às desigualdades socioeconômicas que sucederam a industrialização, bem como outros marcos históricos. A insuficiência dos direitos liberais clássicos para fazer frente a uma crescente demanda por igualdade material e justiça social exigiu do Estado uma presença mais robusta no campo social, capaz de redistribuir parcela do produto da cooperação social por meio de prestações sociais materiais, ou seja, o mero abstencionismo estatal passou a dar lugar ao “fazer” estatal, atuações positivas (GROSS, 2019).

Não obstante, embora amplamente reconhecidos pela ordem constitucional inaugurada em 1988, direitos sociais sofrem com uma inefetividade crônica que condena suas promessas a um futuro longínquo e incerto. Em um país marcado pela intensa fragmentação social, onde o fortalecimento da função redistributiva dos direitos sociais é urgente, ocorre, como resultado do recrudescimento das crises econômicas e políticas, um esvaziamento do financiamento dos programas e políticas públicas da área, que submete sua efetividade às contingências da reserva do financeiramente possível (GROSS, 2019).

À inefetividade da Constituição relaciona-se a sua função hipertroficamente simbólica. Isto é, de um lado, sobressai a incapacidade da norma constitucional em regular e dirigir condutas e assegurar expectativas normativas generalizantes; de outro, para a maioria da população, os direitos sociais sobrevivem apenas na retórica constitucional que encontra na categoria das normas programáticas, realizáveis em um futuro remoto, seu lugar na dogmática constitucional e no discurso político. Para a massa de pessoas vivendo a margem da sociedade os direitos sociais assumem o lugar de eternas promessas, que só serão realizadas acaso um dia se reúnam as condições econômicas e sociais necessárias à sua concretização.

Nesse ínterim, a judicialização surge como uma resposta do sistema de justiça à constitucionalização simbólica, que significou a transferência do *locus* de disputa pelos direitos sociais da política para o Judiciário. O ativismo se apresenta como uma aposta no

potencial redistributivo do sistema de justiça, que, diante da propagada negligência dos demais poderes, poderia concretizar direitos sociais e integrar a massa de excluídos na esfera de exercício da cidadania.

Uma análise mais detalhada, contudo, revela o caráter igualmente simbólico da judicialização. A adjudicação de prestações de saúde pelo Judiciário ocasiona apenas uma superação pontual e não generalizante do caráter simbólico dos direitos sociais. A maneira como o Judiciário os concretiza não escapa das amarras da subintegração e da sobreintegração. Favorece grupos sociais específicos em detrimento da massa de subintegrados, a qual se submete às regras de acessibilidade do SUS e é atingida pelas externalidades negativas deste processo (NEVES, 2011).

Observa-se um deslocamento dos efeitos simbólicos para a judicialização: ao passo em que se concretizam as disposições constitucionais para aqueles que acessam o Poder Judiciário, não se promove a congruente generalização das expectativas normativas ou a inserção igualitária na cidadania.

2.2.1 Os direitos fundamentais sociais

A expressão “direitos fundamentais” relaciona-se a outras expressões como “direitos humanos”, “direitos do homem”, “direitos subjetivos públicos”, “direitos individuais” e “liberdades públicas”. A Constituição da República se vale da liberdade semântica para utilizar os termos “direitos humanos” (art. 4º, II, art. 5º, §3º e art. 7º, do ADCT), “direitos e garantias fundamentais” (art. 5º, §1º), “direitos e liberdades constitucionais” (art. 5º, LXXI), “direitos e garantias individuais” (art. 60, §4º, IV), “direitos da pessoa humana” (art. 34, VII, “b”), dentre outros (DIMOULIS; MARTINS, 2007, p.52).

Essa profusão terminológica não é necessariamente negativa, mas aponta, segundo Sarlet (2001, p.31), para uma ausência de consenso quanto aos seus conteúdos e significados. O autor, a exemplo de muitos outros (v. g. ALEXY, 2015; VIEIRA, 2006; DIMOULIS; MARTINS, 2007), defende a adoção da expressão “direitos fundamentais”, seja porque expressões como “direitos individuais” ou “liberdades fundamentais” possam soar anacrônicas e limitadas, considerando o atual estágio de desenvolvimento da dogmática constitucional, seja porque a expressão “direitos humanos” esteja mais relacionada ao direito internacional público (SARLET, 2001, p.32).

Feita essa opção terminológica, é necessário investigar o conceito de direitos fundamentais. Ingo Sarlet assim define os direitos fundamentais:

Direitos fundamentais são, portanto, todas aquelas posições jurídicas concernentes às pessoas, que, do ponto de vista do direito constitucional positivo, foram, por seu conteúdo e importância (fundamentalidade em sentido material), integradas ao texto da Constituição e, portanto, retiradas da esfera de disponibilidade dos poderes constituídos (fundamentalidade formal), bem como as que, por seu conteúdo e significado, possam lhes ser equiparados, agregando-se à Constituição material, tendo, ou não assento na Constituição (SARLET, 2001, p. 82).

Na definição dada por Dimitri Dimoulis e Leonardo Martins:

Direitos fundamentais são direitos público-subjetivos de pessoas (físicas ou jurídicas), contidos em dispositivos constitucionais e, portanto, que encerram caráter normativo supremo dentro do Estado, tendo como finalidade limitar o exercício do poder estatal em face da liberdade individual (DIMOULIS; MARTINS, 2007, p. 54).

Já para Oscar Vilhena Vieira, “Direitos Fundamentais” é a designação comumente empregada por constitucionalistas para designar o conjunto de direitos da pessoa humana expressa ou implicitamente reconhecidos por uma determinada ordem constitucional (VIEIRA, 2006, p. 36).

Vieira (2006, p. 36) ressalta que os direitos fundamentais constituem uma parte significativa da reserva de justiça da ordem constitucional, seja pela sua abertura à moralidade, pela imposição do postulado da igualdade, ou pela sua dimensão procedimental, a qual impõe que as “decisões coletivas sejam tomadas de forma racional”.

Alexy (2015, p. 520), em sua conhecida obra “Teoria dos Direitos Fundamentais”, assinala que os direitos fundamentais são uma abertura do sistema jurídico perante o sistema moral, que irradia para todos os seus ramos a ideia de justiça. Para o autor, são normas de direitos fundamentais aquelas que desempenham um papel central no sistema jurídico, dotadas de fundamentalidade formal, ou seja, estabelecidas no ápice da estrutura escalonada do ordenamento como direitos que vinculam os poderes constituídos, e fundamentalidade substancial, isto é, que constituem decisões sobre a estrutura normativa básica do Estado e da sociedade.

Sarlet (2001, p. 82), assim define os direitos fundamentais:

Direitos fundamentais são, portanto, todas aquelas posições jurídicas concernentes às pessoas, que, do ponto de vista do direito constitucional positivo, foram, por seu conteúdo e importância (fundamentalidade em sentido material), integradas ao texto da Constituição e, portanto, retiradas da esfera de disponibilidade dos poderes constituídos (fundamentalidade formal), bem como as que, por seu conteúdo e significado, possam lhes ser equiparados, agregando-se à Constituição material, tendo, ou não assento na Constituição.

As definições revelam certa predisposição a enxergar os direitos fundamentais (i) sob o viés de direitos individuais e (ii) como limitações jurídicas impostas ao Estado para proteger a esfera de liberdade e autodeterminação do indivíduo. Isso indica uma posição, ainda que inconsciente, desfavorável aos direitos sociais, que, em regra, (i) demandam atuação positiva e coordenada do Estado para sua concretização e (ii) dependem de políticas públicas que, embora devam considerar particularidades individuais, lidam com grandes contingentes populacionais e interesses dos mais diversos, que, como será visto, disputam entre si por recursos inexoravelmente escassos.

Essa realidade contrasta com a lógica formal, analítica ou normativa, da dogmática constitucional, sendo um dos motivos pelo qual se revela problemática a adoção de critérios puramente formalistas para lidar com as escolhas trágicas que permeiam a concretização dos direitos sociais. Mas, ainda que a redução ao formalismo dogmático puro seja inadequada para lidar com situações dramáticas, como coloca Robert Alexy, “sem uma compreensão sistemático-conceitual a Ciência do Direito não é viável como uma disciplina racional” (ALEXY, 2015, p. 49).

Para Alexy (2015), a dimensão analítica da lógica jurídico-formal se faz necessária para livrar os direitos fundamentais da retórica política e das idas e vindas da luta ideológica, possibilitando o que chama de “controle racional das valorações indispensáveis à Ciência do Direito” (ALEXY, 2015, p. 49). As precisas colocações de Robert Alexy, justificam de certa forma, o segundo segmento do presente trabalho, que tem por objetivo traçar algumas considerações de ordem teórica e jus-sociológica acerca dos direitos fundamentais sociais e do seu déficit de efetividade.

Para entender a judicialização e seus efeitos é necessário delimitar o seu objeto: o direito fundamental social à saúde e seu déficit de efetividade; para então investigar, sob o prisma empírico-sociológico, quais as consequências desse fenômeno (judicialização) sobre a fruição igualitária do direito à saúde. Quanto aos direitos fundamentais sociais, tem-se que o seu reconhecimento foi uma resposta (tardia) do constitucionalismo aos problemas sociais e econômicos que sucederam à industrialização e à insuficiência dos direitos de liberdade e igualdade formal perante as reivindicações das doutrinas socialistas.

A mera abstenção estatal em interferir na esfera de autonomia pessoal parecia pouco diante de uma crescente demanda por igualdade material e justiça social. A liberdade perante o Estado foi substituída pela “liberdade por intermédio do Estado”, que, com isso, passou a ter “comportamento ativo na realização da justiça social” (SARLET, 2001, p. 51). As

constituições do Estado de bem-estar social passaram a adjudicar, ao indivíduo, direitos que demandam prestações positivas normalmente realizadas por intermédio de políticas públicas.

Bobbio, Matteucci e Pasquin (1998), lembram que a conquista dos direitos sociais foi precedida pela luta pelos direitos civis e políticos, cujas conquistas reuniram as condições necessárias (desenvolvimento da democracia e aumento do poder políticos das organizações operárias) para a luta pelo *Welfare State*. Os autores ressaltam que a difusão dos direitos sociais está profundamente ligada à transformação da sociedade agrária em industrial. Ainda, sobre a importância da ideologia na consagração dos direitos sociais, afirmam:

Se nas sociedades tradicionais as situações de indigência são tidas como um sinal da vontade divina e, na ética protestante, como um indício do desmerecimento individual, com o pleno desenvolvimento da sociedade industrial parece claro que as causas que criam situações de dependência tendem a aumentar, tendo o mais das vezes uma origem social e escapando totalmente ao controle do indivíduo. Nestas condições, atenua-se na opinião pública o contraste entre as exigências baseadas no merecimento e as baseadas na necessidade, e o universalismo da contribuição não é considerado como oposto ao princípio da justiça, não colide com a necessidade de manter a propensão ao trabalho. Todas estas interpretações têm em comum a forte importância dada aos fatores político-culturais, com a consequente análise do *Welfare* em termos de conquista da civilização (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p. 417).

Para Robert Alexy, direitos fundamentais sociais são direitos a prestações em sentido estrito, como direitos à assistência à saúde, à moradia, à educação entre outros, que poderiam ser obtidos no mercado se o indivíduo possuísse as condições financeiras necessárias. Esses direitos a prestações são *prima facie*, sendo exigíveis sempre que da ponderação entre o princípio da liberdade fática e o princípio da separação de poderes e outros princípios materiais colidentes, resultar o reconhecimento de um mínimo existencial (ALEXY, 2015, p. 499).

Segundo Lopes (2010, p. 156):

Inicialmente, os direitos sociais se aplicavam apenas a determinados grupos, tidos por vulneráveis. Assim, direitos de seguro de acidentes de trabalho, direitos trabalhistas e outros mais determinados, diziam respeito apenas a quem tivesse um emprego ou estivesse em uma relação de trabalho formalmente definida. Com o sistema atualmente vigente no Brasil, os direitos sociais foram desvinculados dos direitos trabalhistas e foram chamados universais. (...) Dessa forma, passaram a ser chamados direitos sociais as pretensões a serviços dessa natureza, serviços que a rigor poderiam ser comprados no mercado (de saúde ou educação).

Com a consagração dos direitos sociais, a limitação da atuação estatal à proteção das liberdades individuais deu lugar a uma maior legitimação da presença do Estado no campo social, presença esta que, em regra, se concretiza por programas e políticas governamentais

voltados a garantir determinadas prestações materiais. À atuação mais robusta do Estado no campo social é inerente a um incremento do gasto público, o que exigiu um recrudescimento do Estado fiscal de um lado e a adoção de escolhas alocativas de outro. O Estado absorve parte do produto da cooperação social pela via da tributação e redistribui os recursos em forma de prestações positivas concretizadoras de direitos fundamentais sociais.

Sarlet (2001, p. 263) aponta que: “Justamente pelo fato de os direitos sociais prestacionais terem por objeto prestações do Estado diretamente vinculadas à destinação, distribuição (e redistribuição), bem como à criação de bens materiais, aponta-se, com propriedade, para sua dimensão economicamente relevante”.

Em razão da relação dos direitos sociais prestacionais com os recursos necessários à sua concretização, tornou-se relevante a ideia de que a sua efetividade estaria condicionada à limitação de recursos (SARLET, 2001, p. 264). A reserva do possível a que estariam submetidos os direitos sociais possui três dimensões.

Sua dimensão fática significa que a sua exigibilidade estaria condicionada às capacidades financeiras do Estado, ou seja, à capacidade material do Ente em arcar com as prestações necessárias à sua concretização. Segundo sua dimensão jurídica, a concretização dos direitos sociais dependeria da “disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, que guarda íntima conexão com a distribuição das receitas e competências tributárias, orçamentárias, legislativas e administrativas (...)”. Por fim, uma dimensão ligada à razoabilidade, na medida em que só se poderia exigir do Estado aquilo que razoavelmente se pode exigir da sociedade (SARLET; FIGUEIREDO, 2010, p. 29).

Mas a ideia de que apenas os direitos sociais prestacionais dependeriam da alocação de recursos estatais é desconstruída na obra *“The Cost of Rights: why liberty depends on taxes”*, de autoria de Stephen Holmes e Cass Sunstein (1999). Os autores se valem de uma argumentação sustentada em bases empíricas sólidas para afirmar que qualquer direito, seja ele político, de liberdade ou social, depende de prestações estatais destinadas a sua proteção, de modo que não faria sentido afirmar que apenas direitos sociais prestacionais estariam constrangidos pelo fator custo.

A ideia de neutralidade orçamentária dos direitos fundamentais de primeira geração não escapa da perspicaz tese de Holmes e Sunstein (1999). Inobstante, argumentos ligados às limitações orçamentárias circunstanciais continuam a obstaculizar a realização de direitos sociais, tanto no plano político quanto no plano dogmático-jurídico, enquanto aos direitos liberais clássicos, erroneamente classificados – segundo Holmes e Sunstein – como negativos, é garantida irrestrita efetividade mesmo em um cenário de recursos escassos e necessidades

infinitas.

Com base na obra de Holmes e Sunstein (1999), verifica-se que como direitos de liberdade dependem de um aparato estatal de proteção e, portanto, da alocação de recursos orçamentários, não há sentido em distinguir direitos fundamentais em duas categorias arbitrárias (negativos e positivos) (HOLMES; SUNSTEIN, 1999). Direitos custam porque os remédios destinados à sua proteção custam, e, sob esse aspecto, não há diferenças entre o direito à propriedade privada e o direito à saúde ou entre o direito à liberdade de expressão e o direito à moradia.

Em última análise, a própria existência de um direito depende do aparato estatal de proteção e, portanto, da destinação de recursos orçamentários (HOLMES; SUNSTEIN, 1999, p. 44). Seja como for, a inefetividade dos direitos sociais condena amplos setores da população brasileira à marginalidade da cidadania. Saúde, educação, moradia, trabalho, lazer e outros direitos, pelo menos para a massa de excluídos, permanecem no campo das eternas promessas constitucionais. Para agravar, justamente em um momento de intensificação da crise econômica (2015/2016) que tem forçado milhões de brasileiros para abaixo da linha de pobreza, se verifica um redimensionamento do gasto social incompatível com o status conferido aos direitos sociais pela ordem constitucional vigente (regime instituído pela E.C. 95/2016).

2.2.2 Constitucionalização simbólica, subintegração e sobreintegração

Na obra “A Constitucionalização Simbólica”, Marcelo Neves relaciona o déficit de concretização normativo-jurídica dos textos constitucionais na modernidade periférica à sua função hipertroficadamente simbólica. A preocupação, portanto, recai não apenas sobre a eficácia em sentido sociológico ou empírico da norma constitucional, isto é, se a norma é observada e/ou executada nas interações sociais, mas também sobre sua função simbólica (NEVES, 2011, p. 43).

A elevada ineficácia da norma, sua incapacidade de regular e dirigir condutas, alimenta e se alimenta do déficit de vigência social do direito, isto é, da sua incapacidade de assegurar expectativas normativas generalizantes. Para Neves (2011, p. 52), a função principal do sistema jurídico é fortalecer a “congruente generalização das expectativas normativas”. Assim, seriam a incapacidade de regular e dirigir condutas (ineficácia normativa) e a ausência generalizada de orientação das expectativas normativas conforme as determinações dos dispositivos constitucionais (vigência social), os efeitos negativos da legislação simbólica, os

quais estariam relacionados à uma hipertrofia da sua função simbólica, dos efeitos relevantes para o sistema político (efeito positivo).

A partir do marco teórico da teoria dos sistemas de Niklas Luhmann, que apresenta a Constituição como o processo através do qual se realiza a diferenciação funcional entre os sistemas jurídico e político, que mediatiza a intervenção do sistema político no direito, Neves (2011, p. 72) afirma que:

O direito constitucional funciona – pode-se afirmar do ponto de vista jurídico-sociológico – como limite sistêmico interno para a capacidade de aprendizado (abertura cognitiva) do direito positivo; em outras palavras: a Constituição determina como e até que ponto o sistema jurídico pode reciclar-se sem perder sua autonomia operacional. A falta de uma regulação estritamente jurídica da capacidade de aprendizado ou reciclagem do sistema jurídico conduz – em uma sociedade hipercomplexa, com consequências muito problemáticas – a intervenções diretas (não-mediatizadas pelos próprios mecanismos jurídico-sistêmicos) de outros sistemas sociais, sobretudo do político, no direito.

A hipertrofia da função simbólica da Constituição nos países periféricos, em detrimento de sua eficácia jurídico-normativa – “o fato de que o texto constitucional não é suficientemente concretizado normativo-juridicamente de forma generalizada” (NEVES, 2011, p. 91) –, ocasionaria um bloqueio da diferenciação funcional do direito, com a consequente interferência de fatores de outros sistemas, especialmente do político e do econômico, sobre o direito.

Essa interferência não é mediatizada adequadamente pelo código-diferença jurídico (lícito/ilícito) ou pela Constituição – o que possibilitaria a filtragem conceitual do sistema jurídico e o acoplamento estrutural entre direito e política - e impõe ao direito uma submissão aos códigos poder/não-poder do sistema político e ter/não-ter do sistema econômico. Diante da constitucionalização simbólica, o sistema jurídico deixa de ser “autopoietico” e perde a capacidade de “responder às exigências do seu ambiente” na medida em que os mecanismos de filtragem do direito são sobrepostos pelos códigos-diferença de outros sistemas (NEVES, 2011, p. 160).

A autonomia operacional do direito é bloqueada pela função hipertroficamente simbólica da Constituição, que condena os direitos fundamentais à categoria de privilégios das minorias, “sobrevivendo, para a maioria da população, quase apenas na retórica políticossocial dos ‘direitos humanos’”. Nesse contexto, afirma Marcelo Neves: “a inclusão através do Estado de bem-estar, proclamado no diploma constitucional, é relevante apenas no discurso da realização das normas programáticas em um futuro remoto” (NEVES, 2011, p. 161).

Persiste na modernidade periférica uma relação desigual dos membros do corpo social com o sistema jurídico. A parcela de subintegrados depende dos critérios do sistema jurídico, mas não acessa suas prestações, enquanto os sobreintegrados acessam os benefícios do sistema sem depender de suas regras e critérios (NEVES, 2011, p. 173). A relação dos diferentes grupos sociais com o sistema jurídico-constitucional é desigual. Para os subintegrados, as disposições constitucionais assumem o status de meras promessas cuja concretização fica eternamente postergada para o futuro. Para os sobreintegrados, a Constituição atua como uma oferta de possibilidades e direitos que podem ser utilizados ou afastados de acordo com a conveniência política (NEVES, 1994, p. 261).

Nesse sentido, afirma que a concretização dos valores constitucionais é restrita e excludente, em que “não se constrói nem se amplia a cidadania (art. 1º, inciso II) nos termos do princípio constitucional da igualdade (art. 5º, caput), antes se desenvolvem relações concretas de ‘subcidadania’ e ‘sobrecidadania’” (NEVES, 2011, p. 184). O exercício da cidadania, enquanto integração igualitária generalizada no sistema jurídico, é bloqueado pela desigualdade quanto aos direitos e deveres dos indivíduos, instaurando-se relações de subintegração e sobreintegração.

O modelo jurídico-sociológico delineado por Marcelo Neves é adequado à análise da situação dos direitos sociais no Brasil. Enquanto proclamados satisfatoriamente na Constituição, o seu exercício não faz parte do cotidiano de boa parte dos brasileiros. A massa de subintegrados não acessa as prestações sociais que lhes adjudica a Constituição; para esses grupos ocorre uma “falta de identificação de sentido das determinações constitucionais” (NEVES, 2011, p. 184).

Assim, não se faz possível a “integração jurídica igualitária na sociedade”, isto é, a construção da cidadania, a qual não decorre da mera proclamação simbólica de direitos fundamentais no texto constitucional, mas sim da sua efetiva concretização (NEVES, 1994, p. 266). Aos direitos sociais não são oportunizadas as condições jurídicas e políticas imprescindíveis à sua concretização igualitária e generalizante, de modo que o que condiciona a fruição desses direitos é, em regra, o código econômico determinado pela capacidade de cada indivíduo de adquirir suas prestações no mercado.

De outro lado, fortalece-se a função simbólica da Constituição à medida em que justifica-se a insuficiência da efetividade das normas constitucionais de direitos sociais com a promessa de que, embora as condições econômicas e sociais presentes impeçam a sua fruição, em um futuro remoto e incerto se reunirão as condições necessárias a sua concretização igualitária e generalizante.

O direito à saúde é, infelizmente, um exemplo evidente dessa realidade. Previsto desde o advento da Constituição de 1988 como um direito de acesso universal e igualitário (CF, art. 196), carece de efetivação entre as camadas mais pobres da população. Para os mais favorecidos, há a opção pela saúde complementar privada – opção inclusive incentivada pelo Estado através de incentivos fiscais -, que experimenta condições em regra superiores às do SUS, este a única opção para os subintegrados.

2.2.3 A insuficiência de efetividade dos direitos sociais

O artigo 6º da Constituição Federal elenca como 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 assistência aos desamparados. Apesar das divergências teóricas e ideológicas acerca da amplitude de cada um desses direitos, há um consenso de que nossa realidade social está muito aquém do que a Constituição promete, do que se denota a sua inefetividade ou ineficácia social.

A Constituição promulgada em 1988 avançou no reconhecimento dos direitos sociais, mas não foi capaz – pelo menos por enquanto – de conformar os poderes constituídos na direção de sua concretização. Dados recentes apontam que apenas 32% (trinta e dois por cento) das crianças de 0 a 3 anos frequentam a escola (INEP, 2018, p.20) e que 29% (vinte e nove por cento) dos brasileiros adultos são considerados analfabetos funcionais, ou seja, “têm muita dificuldade para fazer uso da leitura e da escrita e das operações matemáticas em situações da vida cotidiana” (IPM, 2018, p.8). O déficit habitacional é de 6,355 milhões de domicílios, sendo que pelo menos 7,22 milhões dos domicílios urbanos são considerados inadequados para habitação (FJP, 2018, p. 31).

No campo da saúde, o gasto público gira em torno de 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB), percentual bem inferior ao do gasto privado, que chega a 5,2%. O Brasil também possui um número inadequado de médicos, dado que se revela ainda mais grave se considerarmos as desigualdades regionais. Estados como Pará e Maranhão têm menos de um médico por grupo de mil habitantes, enquanto o Distrito Federal, por exemplo, tem 4,35. Nas capitais das unidades da federação, onde vivem menos de ¼ da população do país, estão 55,1% dos médicos, ou seja, há intensa concentração desses profissionais nos grandes centros em detrimento do interior do país (SCHEFFER; *et al.*, 2018, p. 44).

Neste contexto de subfinanciamento da saúde soma-se a questão da judicialização que tem consumido parcela crescente do orçamento público, as principais consequências da

judicialização ocorrem pela interferência do judiciário na gestão da saúde, que geram impactos nas suas políticas, programas e princípios, ocasionando riscos à saúde dos cidadãos e um obstáculo ao uso racional de recursos.

Portanto, torna-se necessário haver um equilíbrio entre a atuação do judiciário na consecução do direito individual para que o orçamento público não seja onerado em demasia, o judiciário não pode adentrar nas políticas públicas, ora estabelecidas pelo Executivo, permitindo que a demanda individual se sobreponha aos direitos de toda a coletividade, indo além da própria Constituição Federal.

Faz-se necessário o diálogo entre os setores da saúde pública, as Defensorias Públicas, Procuradorias do Estado e o Poder Judiciário para o desenvolvimento de boas práticas que possam amenizar o quadro caótico retratado quase que diariamente, como resultado de um cenário de subfinanciamento e gestão ineficiente, são recorrentes as notícias sobre o tratamentos inadequados a que os brasileiros mais pobres são submetidos nas unidades do SUS.

Tal situação revela-se ainda mais preocupante quando levamos em conta a (in)evolução recente dos indicadores sociais. Nos últimos anos, como resultado do agravamento das crises política e econômica, experimenta-se uma piora significativa nos índices sociais, que atinge com maior intensidade os estratos mais pobres da pirâmide social. Pela primeira vez desde 1990 foi registrada alta na taxa de mortalidade infantil, que subiu de 13,3 para 14 mortes por mil habitantes entre 2015 e 2016 (OXFAM BRASIL, 2018, p.16). O número de pessoas na pobreza extrema passou de 13,34 milhões em 2016 para 14,83 milhões em 2017, o que representa um aumento de 11,2% em apenas um ano. O desemprego atinge treze milhões de brasileiros, e o número dos que desistiram de ingressar no mercado de trabalho é o maior já registrado: 65,5 milhões de pessoas.

Enquanto isso, os indicadores da concentração de renda colocam o Brasil entre os países mais desiguais do mundo. Ao final do ano de 2012, os 0,1%, 1% e 5% mais ricos apropriavam, respectivamente, 11%, 25% e 44% da renda nacional (MEDEIROS; SOUZA; CASTRO, 2015, p. 18). Dados mais recentes, publicados em 2017 pelo *Credit Suisse*, apontam para um cenário ainda mais grave, segundo o qual os 1% mais rico detém 44% das riquezas, o que decorre, segundo a instituição, de uma política fiscal excessivamente regressiva, de um acesso desigual à educação e da divisão entre setores formais e informais da economia (CREDIT SUISSE, 2017, p. 63).

Diante de crises fiscais que tornam ainda mais escassos os recursos, direitos sociais são os primeiros a serem sacrificados. A opção política insiste em tentar solucionar crises

fiscais apenas com o redimensionamento do Estado e de seu orçamento. Justamente no momento em que os cidadãos, atingidos pelo desemprego e pela miserabilidade, mais precisam do “colchão de proteção” estatal, opera-se um corte no financiamento de programas e políticas públicas sociais. Assim ocorreu com a promulgação da E.C. n.º 95/16, que instituiu o novo regime fiscal, estabelecendo um limite constitucional à evolução do gasto público correspondente à evolução do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

A conclusão de que o congelamento do gasto federal a partir de 2017, com base na aplicação mínima de 2016, representaria um grave comprometimento das ações do Ministério da Saúde, fez com que um substitutivo à proposta de emenda constitucional fosse aprovado no Congresso Nacional com uma regra específica para o orçamento da saúde. Assim, aprovou-se um piso correspondente a 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) para o exercício 2017, corrigido, para os dezenove anos seguintes, pelo IPCA (ADCT, art. 110; IPEA, 2018).

De qualquer forma, ao desvincular o gasto em saúde do crescimento da RCL a partir de 2018, estabelecendo o congelamento do gasto real, o novo regime instituído pela E.C. 95/16 reverteu uma trajetória de aumento real do financiamento público da saúde iniciada com a E.C. 29/00. Segundo estimativas publicadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o SUS pode perder, a depender do crescimento médio do PIB, de 168 a 738 bilhões de reais no período de vinte anos de vigência do novo regime fiscal, com o percentual do PIB gasto pela União em saúde podendo cair de 1,72% para 0,99% e o gasto per capita de R\$ 519,00 para R\$ 478,00 (IPEA, 2018).

O cenário é dramático, principalmente se considerarmos a expectativa de crescimento populacional para o período, a mudança da estrutura demográfica (aumento da expectativa de vida e queda da natalidade), as possíveis transformações epidemiológicas e a pressão do desenvolvimento tecnológico sobre o gasto em saúde. Mesmo na parcela da dogmática constitucional menos progressista no reconhecimento da aplicabilidade e eficácia jurídica dos direitos sociais, que os enxerga como normas de cunho meramente programático, prepondera que têm o condão de gerar, “no mínimo, direito subjetivo no sentido negativo, já que sempre possibilitam ao indivíduo que exija do Estado que este se abstenha de atuar de forma contrária ao conteúdo da norma” (SARLET, 2001, p. 274).

Significa dizer, mesmo para os que não reconhece nos direitos fundamentais a aplicabilidade direta e imediata, a possibilidade de conferir direito subjetivo a prestações independentemente de intermediação legislativa, a consagração do direito à saúde nos artigos 6º e 196, da CF ao menos obstaculizaria o esvaziamento do financiamento perpetrado pela

E.C. n.º 95/1624.

A adoção das premissas de que (i) direitos sociais são reconhecidos pela ordem constitucional e pela dogmática jurídica como direitos fundamentais, portanto dotados de eficácia e aplicabilidade (art. 5º, §1º, da CF); (ii) a distinção entre direitos positivos e negativos soa arbitrária e artificial quando consideramos que qualquer direito, incluindo os direitos liberais clássicos, dependem da atuação do Estado para o seu reconhecimento e proteção, demandando, portanto, recursos públicos que variam de acordo com a conjuntura socioeconômica (HOLMES, SUNSTEIN, 1999), torna inglória a tarefa de justificar a maior inefetividade relativa dos direitos sociais.

Afinal, como explicar a maior dificuldade enfrentada na concretização dos direitos sociais, se também os direitos liberais clássicos dependem do aparato estatal, e portanto dos recursos estatais escassos, para serem efetivados? Em um cenário de recursos escassos e necessidades infinitas, a efetivação dos direitos fundamentais impõe a adoção de escolhas trágicas, no termo cunhado por Calabresi e Bobbitt (1978).

Essas escolhas determinam quais direitos privilegiar, quais indivíduos receberão as prestações estatais, a quais indivíduos elas serão negadas e quem as financiará. O sofrimento para aquelas cujas necessidades serão preteridas é inevitável (CALABRESI; BOBBITT, 1978, p.18). Todavia, a escassez de recursos, a “questão orçamentária”, é colocada como um obstáculo apenas à concretização dos direitos sociais. Seria difícil imaginar que limitações de ordem orçamentária fossem colocadas, em qualquer debate público, como barreiras ao policiamento ou à realização de eleições, por exemplo, ou, ainda, que esses direitos (civis e políticos) fossem realizados progressivamente conforme a disponibilidade orçamentária do Estado (CUNHA, 2013, p. 123).

A dissertação, portanto, adota a posição de que não há uma diferença intrínseca entre direitos sociais e de liberdade, seja por serem ambos dotados de fundamentalidade material e formal, seja por dependerem igualmente da existência do Estado e de seus recursos para serem concretizados, o que, de certa forma, enfraquece algumas das barreiras colocadas pela dogmática constitucional à sua concretização, especialmente a da reserva do possível.

Afinal, se qualquer direito fundamental depende da alocação de recursos escassos, conforme apontado por Holmes e Sunstein (1999), não faria sentido sustentar que limitações de ordem orçamentário-financeira impedem apenas a concretização dos direitos sociais. Isso não significa que os custos não devem ser levados em consideração. Pelo contrário, a perspectiva consequencialista, que orienta a análise proposta pelo trabalho, é indissociável da ponderação acerca dos custos. O que se afirma, apenas, é que a ineficácia social dos direitos

sociais não tem origem unicamente nos seus custos, que são inerentes a qualquer direito.

Os custos dos direitos sociais devem ser levados em consideração no âmbito da judicialização, sobretudo se quisermos levar esses direitos a sério. Essa constatação, todavia, é diferente daquela segundo a qual apenas os direitos sociais, por dependerem – apenas eles – de recursos estatais para serem concretizados, estariam sob tutela da reserva do possível. A questão financeira deve ser levada em consideração não a partir da perspectiva da reserva do possível, que os apresenta como um obstáculo à eficácia do direito social, mas sim a partir de uma perspectiva consequencialista que, no caso deste trabalho, ciente da existência de conflitos alocativos de recursos escassos, pretende investigar quais os impactos das escolhas inconscientes (CALABRESI; BOBBITT, 1978, p. 45) sobre a fruição igualitária do direito à saúde.

No mesmo sentido os ensinamentos de José Ricardo Cunha:

Ao fim e ao cabo, se todos os direitos implicam custos, não há por que se argumentar que os DESCs [direitos econômicos sociais e culturais] não são plenamente realizáveis porque dependem de disponibilidade orçamentária. A rigor e por essa linha de raciocínio, nenhum direito seria por si só plenamente realizável, pois qualquer um depende, de alguma forma, de disponibilidade orçamentária. Melhor explicando, os mecanismos (*remedies*) de promoção e/ou garantia de qualquer direito exigem algum custo. Mesmo os direitos mais elementares como liberdade de consciência e opinião dependem da existência de um custoso aparato judicial que lhes garanta e proteja frente a qualquer ameaça ou violação concreta. Então, se todos os direitos estão em pé de igualdade, tudo depende de uma questão de escolha, de opção (CUNHA, 2013, p. 123).

O que se verifica, contudo, é que apesar da constatação de que a distinção baseada nos custos não justifica a inefetividade dos direitos sociais, há um distanciamento significativo entre aquilo que a Constituição promete e aquilo que a realidade impõe. Quando relacionamos o amplo cardápio de direitos sociais com a realidade socioeconômica, especialmente a dos estratos mais pobres da população, sobressai uma percepção de que há um grande distanciamento entre a “fantasia constitucional” e o “mundo real”.

As normas constitucionais que endereçam direitos sociais carecem de vigência social, pois em grande medida são incapazes de orientar as expectativas normativas, excluindo amplos grupos populacionais da fruição dos direitos sociais. Essa exclusão pressupõe “a ruptura da pretensão universalizadora do direito que deve assegurar a toda e qualquer pessoa os deveres e direitos que as fazem sentir uma em relação à outra igual capacidade jurídica e, portanto, valor moral” (CUNHA, 2013, p. 94).

Por outro lado, parcela da dogmática constitucional, especialmente aquela que busca fundamento na reserva do possível, simboliza um “abandono de políticas de integração dos

menos favorecidos, compreendidas como incorporadas às orientações e ao planejamento estatal reduz os direitos sociais a ‘obstáculos’, colocando-os como uma promessa para o futuro, cuja concretização dependerá sempre das conjunturas socioeconômicas que, em regra, lhes são desfavoráveis (FIGUEIREDO; JUBILUT, 2013, p.243).

Dada a sua complexidade, o problema da implementação dos direitos sociais pode ser tratado a partir de abordagens diferentes e igualmente válidas, exigindo a “compreensão da complexidade de sua natureza, bem como de sua história” (FIGUEIREDO; JUBILUT, 2013, p. 266). Diferentes perspectivas, que variam da “empírico-sociológica” a “dogmática formal”, oferecem abordagens distintas para as perguntas que permeiam o problema da inefetividade dos direitos sociais.

2.2.4 A judicialização dos direitos sociais

A judicialização dos direitos sociais, e por consequência das políticas públicas, pode ser analisada a partir do processo de “juridificação”, mais especificamente da sua quarta onda: de positivação de direitos econômicos e sociais nas constituições do segundo pós-guerra. A compreensão de que ao direito caberia, diante da complexidade socioeconômica, o papel redistributivo pelo reconhecimento dos direitos fundamentais de segunda dimensão, ampliou e aprofundou as normas e padrões regulatórios (NEVES, 1994).

A percepção generalizada era a de que ao Estado não bastava se abster de interferir na esfera de dignidade individual, cabendo a ele a “intervenção compensatória na estrutura de classes e na economia” (NEVES, 1994, p. 256), o que culminou na edificação do Estado Social Democrático de Direito. A expansão e detalhamento do sistema jurídico em direção a setores antes submetidos apenas à autorregulação vieram acompanhados de uma maior incidência de cláusulas abertas e princípios jurídicos abstratos.

A necessidade de se interpretar esses dispositivos normativos, buscando densificar a norma, conferiu ao intérprete – portanto ao Judiciário - maior liberdade, bem como à expansão, detalhamento e especialização do direito, aliadas a outras condições extras e intrassistêmicas contribuíram para o aumento do protagonismo judicial.

A ascensão institucional do Poder Judiciário em face do crescente desprestígio das instâncias políticas, a ampliação dos instrumentos de controle judicial, o fortalecimento da eficácia dos direitos fundamentais na hermenêutica constitucional e a própria insatisfação da sociedade quanto à fruição insuficiente e não igualitária dos direitos sociais previstos na Constituição de 1988, levaram a que o Poder Judiciário e demais instâncias do sistema de

justiça (Ministério Público e Defensoria Pública) fossem alçados pela viragem teórica do neoconstitucionalismo - difundido por significativa parcela de autores da dogmática constitucional - ao protagonismo na luta pela sua concretização.

Em conjunto, esses fatores transferiram o lócus de disputa pelos direitos sociais da política para o sistema de justiça. O eixo decisório das políticas públicas deslocou-se, ainda que parcialmente, dos Poderes Legislativo e Executivo para o Poder Judiciário, à medida em que se ressignificavam categorias como a dos atos de governo ou da discricionariedade administrativa, que deixam de ser insindicáveis e imunes ao controle jurídico (BUCCI, 2013, p. 75).

A judicialização representou uma resposta do sistema de justiça à inefetividade das normas constitucionais que consagram direitos sociais. Diante da constitucionalização simbólica, eleva-se a crença no potencial redistributivo do Judiciário e o ativismo judicial se apresenta como uma solução simples e eficaz para a propagada negligência dos demais poderes. O protagonismo dos tribunais emerge, portanto, da precarização dos direitos econômicos e sociais e do desmantelamento do Estado de Bem-estar; “a execução deficiente de muitas políticas sociais pode transformar-se num motivo de procura dos tribunais” (SANTOS, 2015, p. 22).

A questão que se coloca, contudo, é se essa resposta tem contribuído com o objetivo de alcançar maior equidade no acesso à saúde ou se tem agravado as iniquidades determinadas pelas desigualdades socioeconômicas. De acordo com a hipótese colocada, a judicialização acabou por replicar a lógica da desigualdade, não conseguindo se desvincular das marcas da subintegração e sobreintegração.

A partir da leitura da obra de Calmon de Passos e Neves, Carneiro reflete sobre a capacidade do controle e da intervenção do Judiciário nas políticas públicas representar uma superação da constitucionalização simbólica, entendida como a incapacidade de regular as condutas e orientar as expectativas conforme as disposições constitucionais e a sua função de atender a exigências e objetivos políticos em prol do encobrimento da realidade social. Para o autor, com o deslocamento do caráter simbólico da constitucionalização para a judicialização, a constitucionalização simbólica teria sido substituída pela judicialização simbólica (CARNEIRO, 2013, p. 139).

Ao judicializar políticas públicas e adjudicar individualmente prestações até então não adimplidas pelas instâncias político-administrativas, ocorre apenas uma superação pontual e não generalizante do caráter simbólico dos direitos sociais em face da “inclusão generalizada de todos os cidadãos nos procedimentos políticos e nas diversas prestações decorrentes de

suas diversas dimensões”. Carneiro argumenta que as intervenções judiciais individuais até podem sugerir a tutela da cidadania e a concreção das disposições constitucionais, “mas isso não significará que, no plano da macro justiça, observaremos a universalização de tais prestações e, conseqüentemente, a manutenção da igualdade” (CARNEIRO, 2013, p.140).

A judicialização, portanto, estaria marcada pela incapacidade de transformar a realidade da inefetividade constitucional e de provocar reflexos generalizantes nas política públicas. Ao contrário, a partir da análise dos casos da judicialização da saúde e dos juizados especiais, Carneiro (2013, p. 141) conclui que não se opera a autonomia do direito constitucionalizado e não se possibilita a superação da constitucionalização simbólica ou da cidadania tutelada, no termo utilizado por Calmon de Passos.

No campo do direito à saúde, a judicialização assumiu sua forma mais arrojada. São milhares as ações judiciais que determinam aos Entes Federados a entrega de prestações de saúde curativa. As demandas pela aquisição e entrega de medicamentos, especialmente os de alto custo, são as mais recorrentes, mas, em casos extremos, determina-se a prestação de serviço de *home care* e até o custeio de tratamentos experimentais no exterior.

Diante desse cenário, Carneiro (2013) questiona se a intervenção judicial que direciona vultuosos recursos para entregar prestações individuais teve um impacto positivo sobre o quadro geral da saúde pública. A resposta seria negativa, na medida em que persiste a divisão entre a maioria de subintegrados, que se resigna com as regras de acessibilidade ao SUS, e aqueles que podem custear a saúde complementar privada e/ou pleiteiam ao Judiciário a tutela de sua cidadania (CARNEIRO, 2013, p. 146).

Carneiro (2013) conclui afirmando que a tutela jurisdicional individualizada que concretiza a cidadania para alguns poucos privilegiados, ao passo em que contingência recursos do já combalido serviço de saúde posto à disposição da massa de subintegrados, “no macro assume a forma ‘diabólica’ de ‘cidadania tutelada’, marca do descolamento da ‘constitucionalização simbólica’ do direito à saúde para a sua ‘judicialização’” (CARNEIRO, 2013, p. 147).

Ao tratar do papel político-ideológico da constitucionalização simbólica, Neves (2011, p. 98) afirma que:

O ‘constitucionalismo aparente’ implica, nessas condições, uma representação ilusória em relação à realidade constitucional, servindo antes para imunizar o sistema político contra outras alternativas. Através dele, não apenas podem permanecer inalterados os problemas e relações que seriam normatizados com base nas respectivas disposições constitucionais, mas também ser obstruído o caminho das mudanças sociais em direção ao proclamado Estado Constitucional.

Individualmente observadas, as decisões que adjudicam prestações de saúde curativa levam à ilusão de que o direito social à saúde está sendo concretizado, imunizando o sistema jurídico contra as alternativas. Observa-se, portanto, um deslocamento dos efeitos da constitucionalização simbólica para a judicialização. Significa dizer, o papel político-ideológico, que renega os direitos sociais à retórica, desloca-se da política para o Poder Judiciário, configurando a judicialização simbólica.

Após mais de duas décadas de judicialização da saúde não se observou a congruente generalização das expectativas normativas ou a inserção igualitária na cidadania. Ao contrário, as promessas constitucionais são constantemente condenadas a um futuro longínquo e incerto, pelo menos para a massa de subintegrados. Ao passo em que demandas individuais são deferidas irrestritamente pelo Poder Judiciário, em detrimento da reflexão acerca dos custos e do impacto sobre a sustentabilidade das políticas públicas, questões estruturais para a concretização universal e igualitária do direito à saúde, como é o caso das ADIs interpostas em face da E.C. 95/2016, são renegadas.

Este cenário justifica a abordagem, desta dissertação, que se utiliza de uma perspectiva mais empírica para observar a judicialização a partir das suas consequências sobre a fruição igualitária do direito à saúde. A hipótese, na linha do que é argumentado por Ferraz (2008), Wang (2007), Vieira (2007), Silva (2020), Terrazas (2008) e Carneiro (2013) é a de que o modelo de judicialização ampla, irrestrita e individualista adotado no Brasil favorece as camadas privilegiadas da sociedade.

O estrato da população que possui melhores condições de acesso à saúde é justamente aquele que, por também possuir melhor acesso à justiça, se beneficia da judicialização em detrimento da massa de subintegrados, que sofre com as externalidades negativas da judicialização e a quem, portanto, se sobrepõem as iniquidades.

2.3 CONTEXTO EMPÍRICO: CENÁRIO ATUAL DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Seria possível conceituar SAÚDE? Direito Social resguardado pelo Estado? Conceituar saúde é uma problemática discutida mundialmente, até mesmo a Organização Mundial da Saúde, historicamente, altera suas visões sobre esse aspecto.

A década de 1990 fez emergir um marco: tratamento aos portadores *do Human Immunodeficiency Virus* - HIV. O sistema de saúde pública brasileiro não dispunha dos

medicamentos para esse público, gerando a busca judicial por tratamentos com antirretrovirais (PANDOLFO; *et. al.*, 2012). Sem progresso, surge no decorrer dos anos uma demanda reprimida, que opta pela via judicial para garantia da assistência farmacêutica pelo SUS.

Pautado pelo compromisso constitucional do Estado é que se resguardam os processos judiciais para garantia do acesso à saúde no Brasil, ou aos meios que a viabilize – meios alternativos à judicialização como indicador de solução, por exemplo.

Nesse diapasão surge a problemática: Saúde versus Justiça; pretensões que afetam o coletivo em prol de necessidades individuais, somado a isso, o Supremo Tribunal Federal, em grande parte de seus julgamentos, que o direito à saúde é um direito individual e que pode ser gozado diretamente por cada indivíduo, influenciando na grande quantidade de ações.

O quantitativo crescente de ações é uma realidade, em diversos Estados do Brasil; destaque para a intensidade das demandas judiciais por medicamentos para a assistência farmacêutica de usuários do SUS; cerca de 60% (sessenta por cento) desses processos demandam por produtos não disponíveis no SUS (ASENSI, 2013).

Nessa perspectiva mostra-se importante o fortalecimento entre medicina e direito, enquanto aspectos estruturantes para a consolidação do SUS. A unificação desses conhecimentos é um mecanismo importante para reconstruir os aspectos da judicialização no país, visto que grande parte dos processos jurídicos é puramente ligada a princípios legislativos.

Nesse contexto, vê-se a necessidade de embasar as decisões judiciais por meio da saúde apoiada em evidências, o que confronta a forma de aplicação da lei que predomina atualmente nas análises jurídicas sobre saúde (BARTOLOMEI, *et al*, 2010).

Ademais, destaca-se que a garantia da saúde, antes ou após o fenômeno da judicialização, é obrigação dos entes gestores da saúde, pois devem assegurar a assistência à saúde orientada pelos princípios norteadores do SUS. Nesta direção, os autores, acusam que a judicialização da saúde é uma resposta imediata ao déficit orçamentário nos investimentos do SUS, e que isso repercute de forma severa no país (BARTOLOMEI, *et al*, 2010).

A presente dissertação, além de apresentar o trabalho e resultados alusivos a CRLS, dialoga acerca da judicialização da saúde, um conceito usado para se referir ao uso de ações judiciais para obrigar o poder público a fornecer bens e serviços relacionados à saúde, o que inclui medicamentos, tratamentos, insumos, cirurgias, próteses, órteses, internações e melhoras de infraestrutura em unidades de saúde.

Essas ações têm em comum o fundamento jurídico para o pedido à CF, que prevê o direito à saúde como um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado (artigos 6º e

196 da CF) e inaugura um sistema de saúde que tem entre seus princípios a universalidade (acesso a todos os cidadãos), a igualdade (não discriminação) e a integralidade (acesso a todos os níveis de complexidade) no atendimento (artigos 196 e 198 da CF).

A saúde pública no Brasil, como sabemos, é muito completa e alcançou resultados bastante positivos desde que o SUS foi criado, porém enfrenta inúmeras dificuldades, comprometendo a qualidade do atendimento à população. Além disso, em um país de dimensões continentais e tão heterogêneo, a saúde, assim como outros aspectos (educação, segurança) é bastante discrepante no território.

Entretanto, desde a criação do sistema público de saúde, o sistema privado de saúde não deixou de existir, sendo hoje um importante braço suplementar da saúde. Desta forma, evidencia-se que a saúde no Brasil se divide hoje em pública e suplementar. A saúde pública está estruturada dentro do SUS, mais conhecido como SUS, já a saúde suplementar é a saúde privada, que compreende os planos de saúde. Atualmente, o SUS cobre mais de 200 (duzentas) milhões de pessoas, 80% (oitenta por cento) delas dependentes exclusivamente do sistema para qualquer atendimento médico (AGÊNCIA SENADO, 2019).

Mesmo que algum cidadão opte por utilizar a saúde privada e adquira um plano de saúde, seja individualmente ou por convênio da empresa em que trabalha, ele não perde o direito de utilizar o SUS. Afinal, um de seus princípios é a universalidade, a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais (BRASIL, 2017).

Não obstante essa cobertura universal, que dá ao SUS o título de uma das maiores redes de saúde pública do mundo, também representa um enorme desafio para o governo: financiar e gerir esse colosso. O Orçamento da União deste ano (2019) destina ao setor R\$ 132,8 bilhões. Em 2018, foram autorizados R\$ 130 bilhões, dos quais apenas R\$ 108 bilhões acabaram efetivamente executados (AGÊNCIA SENADO, 2019).

Parece muito dinheiro, mas o valor cobre apenas as despesas básicas de manutenção do sistema, sem margem para investimento. Essa situação é percebida pelos pacientes, que reclamam de demora nos atendimentos, dificuldades nas marcações de consultas e cirurgias e falta de médicos e de medicamentos (AGÊNCIA SENADO, 2019).

Afinal, por que dizemos que o SUS é subfinanciado? O SUS é subfinanciado, pois não recebe recursos suficientes para atender toda a população da maneira que propõe a Constituição. A título de esclarecimento, e adentrando ao direito comparado, em novembro de 2018, o Conselho Federal de Medicina divulgou um estudo que mostra que o investimento

público brasileiro em saúde é baixo em comparação ao de países com sistemas semelhantes de cobertura universal.

De acordo com o levantamento, o gasto governamental médio por habitante/ano em 2017 foi de R\$ 1.271,65 (cerca de US\$ 340), somando-se todas as esferas — União, estados e municípios. No Reino Unido, considerado modelo de sistema universal, por exemplo, o gasto per capita foi dez vezes maior: US\$ 3,5 mil, valor semelhante aos aplicados por França e Canadá, segundo a OMS; a Argentina, com US\$ 713, investiu mais do que o dobro (PORTAL CFM, 2018).

A “Constituição Cidadã, 1988” legitima a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; esses serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

Registra-se ainda para avaliação dessas questões a dificuldade de definir o que são necessidades de saúde. Os autores mostram que o conceito de necessidades individuais de saúde é diferente do conceito de necessidades coletivas de saúde. No primeiro caso, o limite do conceito de necessidades é a disponibilidade de renda disponível dos indivíduos e, no segundo caso, o que define o limite das necessidades são as evidências médicas disponíveis para cada evento de atenção a saúde (HASENCLEVER *et al*, 2020).

Muitos pesquisadores e especialistas na área têm se debruçado sobre o tema a fim de verificar os principais gargalos do sistema e há certa unanimidade em relação a dois aspectos: o sistema é mal gerenciado e o financiamento é insuficiente (AGÊNCIA SENADO, 2019).

Não há como separar as dificuldades de gestão da saúde pública com o seu financiamento, pois em grande medida, eles são causa e consequência. O SUS tem um caráter de descentralização, o que visa dar mais autonomia aos entes federados, nessa perspectiva tem-se: gestão federal da saúde realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos

projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas etc.). Igualmente, o governo federal tem a função de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O grande problema é que se descentralizou a gestão, porém os recursos não foram descentralizados de maneira proporcional. O que acontece na prática é: os estados e municípios possuem grandes responsabilidades em relação aos atendimentos em seu território, porém não recebem recursos suficientes para isso.

Também é muito comum constatar incapacidade de municípios pequenos em estabelecer e gerenciar seus sistemas de atendimento. Como o município é responsável pela atenção básica, que pode resolver cerca de 85% dos problemas de saúde, as deficiências nesse nível podem comprometer em grande medida a qualidade da saúde da população (STARFIELD, 2002).

Ainda temos alguns agravantes, um dos principais agravantes é o envelhecimento da população brasileira, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, estima que a proporção de idosos na população brasileira deverá ultrapassar a de crianças e adolescentes a partir de 2040. Em 2060, segundo o estudo, um quarto da população (25,55%) terá mais de 65 anos. Ou seja, o envelhecimento dos brasileiros é uma tendência irreversível que continuará nas próximas décadas. Como nessa faixa etária os problemas de saúde se tornam mais recorrentes, isso representa um alto custo para a saúde pública (FENASAÚDE, 2018).

Conforme já evidenciado no segmento 2.2.4, da presente dissertação, há um outro agravante marcado pela promulgação da EC 95/2016 que limita os gastos públicos em saúde ao valor do ano anterior, corrigido pela inflação, podendo ficar até abaixo da variação inflacionária (AGENCIA SENADO, 2016); alvo de múltiplos ataques, especialmente no que tange ao seguinte enfoque: congelar os gastos da União com despesas primárias por 20 (vinte) anos, corrigidos pela inflação medida pelo IPCA, fere o núcleo essencial do direito que é a garantia de recursos orçamentários para a sua sustentabilidade (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o sistema de saúde brasileiro não funciona a contento pela insuficiência de recursos, tanto que foram quase dois milhões de ações judiciais (2018), visando à garantia desse direito (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019). Se o SUS não tem atuação adequada e os percentuais mínimos da saúde foram alterados negativamente, tem-se, de modo manifesto, que haverá perdas financeiras para custear a saúde pública brasileira até 2036, com danos irreparáveis à saúde das pessoas, o que, indubitavelmente, fere o núcleo essencial do direito (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Conquanto haja desperdícios na gestão, se corrigidos, como devem ser, não serão

suficientes para cobrir a crônica e longa falta de recursos financeiros. Por isso, discutir financiamento de direitos fundamentais que têm custos só com argumentos de ordem jurídica, desamparado de fundamentos de ordem econômico-financeira, certamente as suas conclusões estarão contaminadas pela incompletude (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Considerando o subfinanciamento e a má gestão, quais seriam as soluções para melhorar o SUS? Sérgio Piola, coordenador da área de Saúde do IPEA afirma que não há solução se não houver mais recursos, pois inclusive para a melhoria da gestão, seriam necessários investimentos. Segundo ele, também é preciso investir para que se resolvam as disparidades regionais; a população que depende do SUS nas regiões Sul e Sudeste, recebem muito mais serviços que os moradores do Norte e Nordeste (CHAGAS *et al*, 2018).

Para Gonzalo Vecina, médico e superintendente do Hospital Sírio Libanês, o modelo do SUS é bom e não precisa ser reformulado, é necessário melhorar a gestão administrativa, aumentando a produtividade do sistema. Dráuzio Varella destaca que há mudanças importantes a serem feitas em relação à concepção do sistema. Segundo ele, a saúde está focada na doença, mas é preciso focar na prevenção, é preciso agir antes. Uma medicina preventiva reduz as chances de doenças e por consequência, reduz os gastos necessários com tratamento (CHAGAS *et al*, 2018).

Esclarece-se, pois, que a discussão sobre a questão do subfinanciamento e sobre a gestão do SUS é extremamente controversa e inconclusiva. Decerto, ela explica em parte a crescente demanda pelo Poder Judiciário para que o cidadão faça valer os seus direitos, mas essa dissertação não irá aprofundar os efeitos do subfinanciamento no aumento do fenômeno de judicialização. Optou-se por explorar, a partir de um estudo de caso, como um princípio de justiça tutelada por diversos órgãos pode mitigar o problema da judicialização.

3 METODOLOGIA

A abordagem teórica sobre as teorias de critérios de justiça distributiva e o contexto empírico de aplicação da dissertação, dispostos no capítulo dois, irão orientar a análise do estudo de caso a seguir explicitado.

O objeto de estudo será a CRLS, estabelecida no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil, e sua atuação nos anos de 2018 e 2019. A CRLS foi criada no município de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, nos idos de 2016, por meio da celebração do “Convênio de Cooperação Técnica nº 001/2016” – vide anexo, junto a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro – DPERJ, não obstante, em que pese o convênio ter sido celebrado em 2016, a efetiva implantação e funcionamento ocorreu somente em fevereiro de 2018, por isso a análise de seu funcionamento no período indicado.

A presente dissertação propõe-se, portanto, a investigar a possibilidade – à luz dos referenciais teórico e empírico apresentados e problematizados no capítulo dois –, de utilização de técnicas extrajudiciais para resolução de conflitos relativos a direitos coletivos.

3.1 RELEVÂNCIA

A pertinência deste estudo deve-se a contemporaneidade do problema da judicialização das políticas públicas na área de saúde, mormente por ocasionar reflexos sobre a máquina pública e a vida dos munícipes, bem como à carência de formas alternativas, eficientes e eficazes de resolução de conflitos sanitários em contraponto à judicialização.

É notório o esforço dos pesquisadores processualistas em abandonar o “fetichismo” pela jurisdição estatal e expandir, no plano do movimento universal de acesso à justiça, a utilização de mecanismos extrajudiciais de resolução de conflitos (DINAMARCO, 2010).

Na procura por resultados mais efetivos, a tendência de universalizar a tutela jurisdicional evidencia, de um lado, a urgência em se aprimorar a técnica processual e, de outro, a necessidade de se ampliar as formas de acesso à justiça, para além da técnica universal do processo estatal.

Nesse ínterim, mostra-se a necessidade de se buscar soluções alternativas, diante da ineficácia dos mecanismos processuais tradicionalmente utilizados para dirimir os novos conflitos, tanto em perfil quanto em escala, que caracterizam a sociedade pós-moderna. Na conjuntura deste novo perfil litigioso, destacam-se, por numerosidade e relevância social, os conflitos de feição transindividual (GAVRONSKI, 2010).

A título de exemplificação, evidencia-se que desde 2008, a Defensoria Pública e Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo adotam uma parceria para regularização de fornecimento de bens e serviços relacionados à saúde sem necessidade de ações judiciais para tanto. Dessa forma, a pessoa que busca a Defensoria por não ter tido acesso a um bem ou serviço de saúde por parte do poder público é encaminhada, primeiramente, ao Plantão da Secretaria de Saúde instalado na própria Defensoria Pública, onde funcionários da Secretaria analisam o pedido e, quando entendem que esse deve ser atendido, já encaminham a pessoa para uma unidade do serviço público onde poderá receber o bem ou serviço demandado (WANG, 2009).

Nesses casos, dá-se um prazo de 40 (quarenta) dias para que a pessoa comece a receber o bem ou serviço que a Secretaria de Saúde comprometeu-se a fornecer e, somente em caso de descumprimento, a Defensoria instaura a ação judicial, pleiteando em juízo em favor da pessoa cujo pedido não foi atendido.

A Defensora Vânia Agnelli Sabin Casal aponta as seguintes vantagens dessa parceria entre as duas instituições: os cidadãos conseguem ter o pedido atendido de forma muito mais rápida do que conseguiriam pela via judicial; aumento do diálogo entre a Defensoria e a Secretaria, e esse contato mais constante soluciona diversos problemas relacionados ao serviço público de saúde; diminui o volume de trabalho da Defensoria, antes sobrecarregada com esse tipo de ação (WANG, 2009).

3.2 TIPO DE PESQUISA

Quanto aos fins, a pesquisa é descritiva, pois analisa a intervenção da CRLS no contexto da vida real em que atuam, ou seja, a judicialização de políticas públicas de saúde na cidade de Campos dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro (TRIVIÑOS, 1987).

Quanto aos meios de investigação, a pesquisa pode ser classificada simultaneamente como: estudo de casos múltiplos, pois investiga os casos da CRLS no contexto da judicialização de políticas públicas de saúde na cidade de Campos dos Goytacazes; pesquisa bibliográfica; pesquisa de campo, pois serão realizadas entrevistas; pesquisa documental, pois foram levantados documentos conservados no interior de órgãos públicos.

3.3 FONTES, COLETA DE DADOS E SISTEMATIZAÇÃO

Os dados foram coletados através de pesquisa bibliográfica e documental. Outrossim,

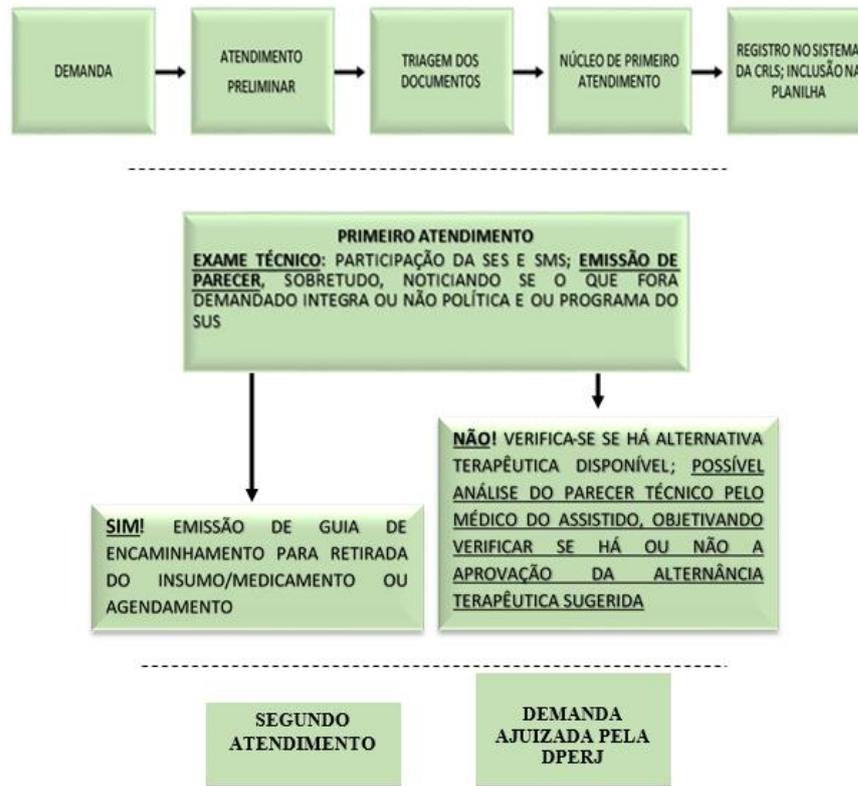
as “planilhas de atendimento” da CRLS, de Campos dos Goytacazes, foram obtidas por intermédio de “requerimento de informações para fins acadêmicos” – vide apêndice, devidamente protocolizado junto à Secretaria Municipal de Saúde do município de Campos dos Goytacazes, e endereçado ao Ilmo. Secretário Municipal de Saúde – Sr. Abdu Neme Jorge Makhluf.

O convênio celebrado – entre o município de Campos dos Goytacazes e Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro – instrui que há um protocolo de atendimento a ser seguido, subdividido em grupos, vide anexo:

- a) fornecimento de medicamentos, insumos e produtos de interesse à saúde;
- b) fornecimento de consultas;
- c) fornecimento de exames;
- d) fornecimento de cirurgias;
- e) internações;
- f) programas de atenção e reabilitação para pessoas com deficiências e ostomizadas;
- g) transporte fora do domicílio;
- h) atenção domiciliar;
- i) serviço de saúde mental.

Considerando o convênio pactuado, bem como a análise participativa realizada pelo autor desta dissertação, atualmente, laborando na Diretoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, observou-se a seguinte sequência operacional, representada no fluxograma abaixo.

Figura 1 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO CRLS - 2018/2019



Fonte: o autor – com base nos dados da CRLS

A sequência operacional de atendimento se dá da seguinte forma:

Passo 1: inicialmente o assistido e ou responsável expõe a sua “demanda”, junto ao guichê de “atendimento preliminar”, mormente para averiguação e “triagem dos documentos”, ato contínuo, o assistido e ou responsável deverá aguardar um prazo de sete dias para retorno, regra; exceções, casos de insumos especiais, *home care* e ou necessidade de leito em Unidade de Terapia Intensiva – tentativa de resolução imediata; “registro no sistema/inclusão na planilha”;

Passo 2: assistido e ou responsável encaminhado ao “primeiro atendimento”, realizar-se-á uma precisa análise da demanda, resultando na emissão de um parecer técnico; havendo possibilidade de atendimento será “emitida guia de encaminhamento”, em caso negativo, se verificará se há alternativa terapêutica disponível;

Passo 3: na hipótese de impossibilidade de atendimento da demanda, formalizar-se-á a petição inicial no “segundo atendimento”, seguidamente o pleito é ajuizado.

Em cada planilha fornecida pela CRLS as seguintes informações foram apresentadas (por mês): “data da solicitação; nome do paciente; procedimento (gênero); quantidade de produtos solicitados – q. p. s.; quantidade de produtos atendidos – q. p. a.; contato do

paciente/responsável; solução administrativa ofertada: “resolvido, parcialmente resolvido e não resolvido” (vide anexo).

Os dados foram analisados e sistematizados de modo a descortinar a totalidade de atendimentos realizados nos anos de 2018 e 2019, especificando o quantitativo das solicitações atendidas e o quantitativo das solicitações não atendidas por ano. Posto isto, realizou-se uma análise circunscrita à solicitação de medicamentos.

Observou-se que a demanda por medicamentos tem se expressado de maneira crescente e pesquisas sobre o tema ressaltam, em geral, o impacto negativo deste aumento exponencial para a gestão, o orçamento público e o uso racional dos procedimentos terapêuticos, posto isto, realizou-se uma análise circunscrita à solicitação de medicamentos.

Por fim, considerando os dados dos contatos telefônicos reproduzidos nas planilhas de atendimento, averiguou-se, por meio de entrevista estruturada (vide o questionário no apêndice), o grau de satisfação de vinte usuários do serviço, no período de novembro e dezembro de 2019. Doravante serão apresentados os resultados seguidos de argumentação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sistematizados, nas Tabelas 1 e 2, permitem observar o total de solicitações cadastradas nos anos de 2018 e 2019, respectivamente. Destaca-se que a procura pelo serviço aumentou de um ano para o outro, seguramente, será uma tendência constante. Outro aspecto a ressaltar é que mais da metade dos casos apresentados à CRLS do município de Campos dos Goytacazes, nos dois anos analisados (2018/2019), foram resolvidos sem judicialização. Essa observação permite hipotetizar, desde já, a efetividade da CRLS, a seguir discutida.

Tabela 1: TOTAL DE SOLICITAÇÕES CRLS - ANO 2018

	SOLICITAÇÕES	Nº
%		
	TOTAL DE SOLICITAÇÕES	1.771
100%		
	SOLICITAÇÕES RESOLVIDAS OU PARCIALMENTE RESOLVIDAS	1.247
70%		
	SOLICITAÇÕES NÃO RESOLVIDAS	524
30%		

Fonte: (O autor) baseado em dados da CRLS, 2018.

Tabela 2: TOTAL DE SOLICITAÇÕES CRLS - ANO 2019

	SOLICITAÇÕES	Nº
%		
	TOTAL DE SOLICITAÇÕES	1.899
100%		
	SOLICITAÇÕES RESOLVIDAS OU PARCIALMENTE RESOLVIDAS	1.164
62%		
	SOLICITAÇÕES NÃO RESOLVIDAS	735
38%		

Fonte: (O autor) baseado em dados da CRLS, 2019.

Em relação ao tipo de solicitação mais frequente, observou-se que os medicamentos representaram 20% (vinte por cento) do total de solicitações no ano de 2018 (Fevereiro a Dezembro); por sua vez no ano de 2019 (Janeiro a Dezembro), as solicitações de medicamentos, representaram o montante de 26% (vinte e seis por cento), registrando, portanto, um crescimento de 6% (seis por cento) em relação ao ano de 2018 (vide Tabelas 3 e 4). Este ponto também pode ser observado na literatura pesquisada que destaca os medicamentos como os casos de maior destaque nos casos de judicialização.

Tabela 3 - TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE MEDICAMENTOS (NÚMERO E PERCENTUAL) CRLS - ANO 2018

	EV	AR	BR	AI	UN	UL	GO	ET	UT	OV	EZ	TOTAL MEDICAMENTOS	
TAL	1	1	7	3	1	5	1	8	1	7	7	352	0%
SOLVIDO	0	1	4	8	4	3	5	7	6	6	1	245	4%
RESOLVIDO		0				2		1	5	1	6	107	%

Fonte: (O autor) baseado em dados da CRLS, 2018.

Tabela 4 - TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE MEDICAMENTOS (NÚMERO E PERCENTUAL) CRLS - ANO 2019

	AN	EV	AR	BR	AI	UN	UL	GO	ET	UT	OV	EZ	TOTAL MEDICAMENTOS	
TAL	7	1	8	0	8	8	8	0	4	1	5	9	499	6%
SOLVIDO	6	0	2	1	0	1	0	4	4	2	8	3	321	7%
RESOLVIDO	1	1			8	7	8	6	0	9	7	6	178	%

Fonte: (O autor) baseado em dados da CRLS, 2019.

Por meio dos resultados apresentados nas Tabelas 3 e 4 percebe-se que a maior parte dos pleitos, que solicitam o fornecimento de medicamentos, é resolvida sem que haja o ajuizamento da demanda.

Observou-se também na literatura que o gasto público com compra de medicamentos ordenada por via judicial tem crescido muito nos últimos tempos e seus valores estão longe de ser inexpressivos, conforme explicitado na subseção 2.1. Essa tendência de crescimento verificou-se também junto à CRLS de Campos.

Outrossim, conforme retratado no capítulo dois, percebe-se que a judicialização da saúde tem ocorrido com um vigor cada vez maior no Brasil, gerando severos impactos econômicos nas finanças públicas, ocasionando um grande debate a respeito dos efeitos distributivos dessa atuação do Judiciário em matéria de políticas públicas de saúde. Reflexamente, ainda, pôde-se observar que nos últimos anos vem-se verificando uma tendência de aumento do percentual de participação dos gastos com demandas judiciais sobre o orçamento municipal (ASENSI, 2013). A CRLS, como visto, conseguiu reduzir

significativamente essas demandas judiciais por saúde adotando uma solução administrativa com a cooperação de distintos órgãos da municipalidade e respeitando as normas do SUS.

Segundo Asensi (2013), essa realidade é distinta em diversos Estados do Brasil; destaque para a intensidade das demandas judiciais por medicamentos para a assistência farmacêutica de usuários do SUS, onde cerca de 60% (sessenta por cento) desses processos demandam por produtos não disponíveis no SUS.

A partir dos dados dos contatos telefônicos dispostos nas planilhas de atendimento da CRLS – anexo, foram entrevistados 20 usuários distintos com o objetivo de verificar se o atendimento recebido na CRLS tinha sido ou não satisfatório. O questionário abordava os seguintes pontos: Pergunta 1: Como conheceu a CRLS e os seus serviços; Pergunta 2: Como avalia o atendimento prestado pela CRLS; Pergunta 3: A sua demanda foi atendida em tempo hábil; Pergunta 4: Em uma escala de 0 a 10 (zero a dez) qual a sua disposição em indicar os serviços da CRLS; Pergunta 5: Como você se sentiria se os serviços prestados pela CRLS não existissem mais. A Tabela 5 resume os resultados da pesquisa.

Tabela 5: ENTREVISTAS - USUÁRIOS DO SERVIÇO

(continua)

Entrevistado	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3	Pergunta 4	Pergunta 5
1	Indicação	Bom	Sim. Totalmente	8	Muito desapontado
2	Outros	Excelente	Sim. Totalmente	9	Muito desapontado
3	Indicação	Excelente	Sim. Parcialmente ou de maneira tardia	10	Muito desapontado
4	Indicação	Bom	Sim. Parcialmente ou de maneira tardia	8	Pouco Desapontado
5	Indicação	Ruim	Não	0	Indiferente
6	Mídia	Bom	Sim. Totalmente	9	Muito desapontado

Tabela 6: ENTREVISTAS - USUÁRIOS DO SERVIÇO

(conclusão)

Entrevistado	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3	Pergunta 4	Pergunta 5
7	Indicação	Excelente	Sim. Totalmente	10	Muito desapontado
8	Outros	Excelente	Sim. Parcialmente ou de maneira tardia	10	Muito desapontado
9	Indicação	Excelente	Sim. Totalmente	10	Muito desapontado
10	Indicação	Excelente	Sim. Totalmente	10	Muito desapontado
11	Indicação	Bom	Sim. Totalmente	8	Muito desapontado
12	Indicação	Bom	Sim. Totalmente	8	Muito desapontado
13	Indicação	Bom	Sim. Totalmente	9	Muito desapontado
14	Outros	Bom	Sim. Parcialmente ou de maneira tardia	8	Muito desapontado
15	Indicação	Excelente	Sim. Totalmente	10	Muito desapontado
16	Indicação	Bom	Sim. Totalmente	10	Muito desapontado
17	Indicação	Bom	Sim. Totalmente	8	Muito desapontado
18	Outros	Excelente	Sim. Totalmente	10	Muito desapontado
19	Indicação	Bom	Sim. Totalmente	8	Muito desapontado
20	Mídia	Excelente	Sim. Totalmente	9	Muito desapontado

Fonte: (o autor)

Verificou-se que o grau de satisfação dos usuários e ou responsáveis entrevistados é bastante satisfatório, muitos tiveram a totalidade do seu pleito atendido; outros tiveram uma interrupção, momentânea, do tratamento e ou do fornecimento do insumo, haja vista a paralisação/prejuízo de alguns serviços ocasionado pela pandemia do coronavírus – Covid-19, não obstante, consideraram o serviço como “bom/excelente”, da acolhida inicial ao encaminhamento dado. Dentre os usuários entrevistados, destaca-se um único usuário insatisfeito, mormente porque não teve o seu pleito atendido; cirurgia bariátrica não realizada.

No capítulo dois, da presente pesquisa, restou-se evidenciado que o fundamento acerca do “direito à saúde” possui status constitucional, fulcro nos artigos 196 a 200, no título referente à Ordem Social. As normas, de natureza principiológica, estabelecem os fins a serem buscados pelo Estado ao máximo. Por ser intimamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, o direito à saúde inclui-se também no rol de direitos fundamentais sociais, que compõem o mínimo existencial.

Nesta perspectiva, o Supremo Tribunal Federal, ao interpretar os artigos 5º, *caput*, e 196 da CF/88, consagrou o direito à saúde como consequência indissociável do direito à vida, assegurado a todas as pessoas (STF. 2ª Turma. ARE 685.230 AgR/MS, Rel. Min. Celso de Mello, DJe de 25/03/2013).

Com o intuito de garantir o mínimo existencial e dar concretude aos direitos fundamentais, o Poder Judiciário vêm proferindo decisões no sentido do controle e intervenção nas políticas públicas, especialmente em razão de inércia estatal injustificável ou da abusividade governamental. Destaca-se o voto do Ministro Celso de Mello na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45, Distrito Federal:

“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)”.

O Supremo Tribunal Federal, portanto, vem permitindo a interferência do Poder Judiciário na definição de políticas públicas exatamente para garantir o direito fundamental ao mínimo existencial.

Surge-nos a seguinte indagação: Mas e a reserva do possível? A reserva do possível é,

talvez, o grande argumento da advocacia pública para impedir a condenação do Estado ao fornecimento de medicamentos. Isto porque o “cobertor é curto” e não há suficientes recursos orçamentários para garantir todos os direitos fundamentais e sociais previstos na CF.

De acordo com a noção de reserva do possível, a efetividade dos direitos sociais a prestações materiais estaria sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, uma vez que seriam direitos fundamentais dependentes de prestações financiadas pelos cofres públicos. Assim, apenas será possível garantir algum direito, acaso haja disponibilidade orçamentária.

O Supremo, contudo, não tem aceito a “falácia argumentativa” por trás da reserva do possível e não basta a mera argumentação de indisponibilidade orçamentária para evitar a garantia de acesso a políticas públicas. Segundo as lições de Sarlet (2008):

“(…) o que mais importa, ao fim e ao cabo, é que não se confunda a necessidade de se levar a sério todas as dimensões e conexões da reserva do possível com a inaceitável obstaculização da plena eficácia e efetividade do mínimo existencial, inclusive no que diz com a sua exigibilidade, não apenas na condição de um direito derivado (de igual acesso às prestações já estabelecidas na legislação infraconstitucional), mas também como direito subjetivo originário e definitivo a prestações, o que se revela ainda mais premente em matéria tão sensível como a da saúde e da vida humana.”

É nessa linha o entendimento do Supremo Tribunal Federal:

“Crianças e adolescentes vítimas de abuso e/ou exploração sexual. Dever de proteção integral à infância e à juventude. Obrigação constitucional que se impõe ao poder público. Programa Sentinela — Projeto Acorde. Inexecução, pelo Município de Florianópolis/SC, de referido programa de ação social cujo adimplemento traduz exigência de ordem constitucional. Configuração, no caso, de típica hipótese de omissão inconstitucional imputável ao Município. Desrespeito à Constituição provocado por inércia estatal (RTJ 183/818-819). Comportamento que transgredir a autoridade da lei fundamental (RTJ 185/794-796). Impossibilidade de invocação, pelo poder público, da cláusula da reserva do possível sempre que puder resultar, de sua aplicação, comprometimento do núcleo básico que qualifica o mínimo existencial (RTJ 200/191-197). Caráter cogente e vinculante das normas diretrizes de políticas públicas. Plena legitimidade jurídica do controle das omissões estatais pelo Poder Judiciário. A colmatação de omissões inconstitucionais como necessidade institucional fundada em comportamento afirmativo dos juízes e tribunais e de que resulta uma positiva criação jurisprudencial do direito. Precedentes do Supremo Tribunal Federal em tema de implementação de políticas públicas delineadas na Constituição da República (RTJ 174/687 — RTJ 175/1212-1213 — RTJ 199/1219-1220). Recurso extraordinário do Ministério Público Estadual conhecido e provido”

Em suma, não poderá a reserva do possível, por si só, ser utilizada como argumento para evitar a garantia do mínimo existencial dos cidadãos (aquele núcleo intangível de garantias necessárias a assegurar a dignidade da pessoa humana). Mas garantir a intervenção

do Judiciário em Políticas públicas não seria uma agressão ao princípio da Separação dos Poderes?

Da mesma forma, não há que se falar também em violação ao princípio da separação dos Poderes, pois o Poder Judiciário intervém no intuito de garantir a implementação de políticas públicas, visando à efetividade das normas programáticas e a materialidade dos direitos fundamentais, especialmente direitos de alto valor, como a dignidade da pessoa humana e a tutela do direito à saúde.

Essa é a posição do Superior Tribunal de Justiça e Supremo Tribunal Federal:

“Seria distorção pensar que o princípio da separação dos poderes, originalmente concebido com o escopo de garantia dos direitos fundamentais, pudesse ser utilizado justamente como óbice à realização dos direitos sociais, igualmente relevantes.” (STJ. 2ª Turma. REsp 1.488.639/SE, Rel. Min. Herman Benjamin, DJe 16/12/2014). “(...) É firme o entendimento deste Tribunal de que o Poder Judiciário pode, sem que fique configurada violação ao princípio da separação dos Poderes, determinar a implementação de políticas públicas nas questões relativas ao direito constitucional à saúde.” (STF. 1ª Turma. ARE 947.823 AgR, Rel. Min. Edson Fachin, julgado em 28/6/2016.)

O art. 198, II, CF/88 determinou a criação de um SUS, que tenha como uma de suas diretrizes o “atendimento integral” da população. Com o objetivo de regular o SUS, foi editada a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e prevê que o Poder Público deverá fornecer assistência integral, inclusive farmacêutica:

“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde (...); Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I – a execução de ações: (...) d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

Entende-se, portanto, que existe uma obrigação do SUS para o fornecimento de medicamentos. Basicamente, o órgão faz uma análise de custo x benefício para a aquisição de uma determinada lista de medicamentos e os disponibiliza gratuitamente na sua rede de atendimento (MACIEL, 2019).

Mas, e se o medicamento não estiver incluído na lista do SUS, pode o Poder Judiciário determinar o seu fornecimento ao particular?

Em 5/04/2018, o Superior Tribunal de Justiça, ao julgar o Recurso Especial nº 1.657.156-RJ, afirmou que o poder público é obrigado a conceder medicamentos mesmo que não estejam incorporados em atos normativos do SUS, desde que cumpridos três requisitos:

“A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

- 1) 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;
- 2) Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; e
- 3) Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (STJ, 2018 *on-line*)

Posteriormente, em 12/09/2018, o Superior Tribunal de Justiça decidiu retificar o terceiro requisito da tese anteriormente fixada e modular os efeitos dessa decisão, asseverando:

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

- a) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;
- b) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;
- c) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência. (TRF2, 2018, *on-line*).

Com esta alteração, o Superior Tribunal de Justiça entendeu que o requisito do registro do medicamento na ANVISA afasta a possibilidade de fornecimento de medicamento para uso *off-label*, salvo se autorizado pela ANVISA. Esclarecendo melhor, *off-label* significa fora da indicação. O medicamento *off-label* é aquele cujo médico prescreve para uma determinada finalidade que não consta expressamente na sua bula, mas esse uso para outra finalidade também é autorizado pela ANVISA.

Assim, segundo o Superior Tribunal de Justiça, a regra é que não é possível que o paciente exija do poder público o fornecimento de medicamento para uso *off-label* (fora da indicação prevista na bula). Excepcionalmente, será possível que o paciente exija este medicamento caso este determinado uso fora da bula (*off-label*) tenha sido autorizado pela ANVISA (MACIEL, 2019).

Além disso, nesse segundo momento, nos Embargos de Declaração no Recurso Especial 1657156-RJ, o Superior Tribunal de Justiça alterou a data de início de produção de efeitos da decisão: “Modula-se os efeitos do presente repetitivo de forma que os requisitos acima elencados sejam exigidos somente quanto aos processos distribuídos a partir da data da

publicação do acórdão, ou seja, 4/5/2018.”

Logo, os três requisitos estabelecidos no acórdão do Recurso Especial nº 1.657.156-RJ são aplicáveis a todos os processos distribuídos na primeira instância a partir de 4/5/2018. Quanto aos processos pendentes, com distribuição anterior a 4/5/2018, é exigível apenas um requisito que se encontrava sedimentado na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça: a demonstração da imprescindibilidade do medicamento (MACIEL, 2019).

Qual a posição do Supremo Tribunal Federal acerca do fornecimento de medicamentos não registrados pela ANVISA? Outra análise necessária diz respeito ao fornecimento de medicamentos não previstos na lista do SUS. Tradicionalmente, o Supremo Tribunal Federal possuía um entendimento no sentido de se garantir e preservar o direito à saúde:

“O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular — e implementar — políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. 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 censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política — que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro — não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado (...)” (RE 271.286-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, j. 12.09.2000, 2.^a Turma, DJ de 24.11.2000).

Ocorre que o fornecimento de medicamentos não autorizados pela ANVISA pode gerar um risco muito grande à saúde da população, uma vez que o poder público ainda não elaborou todos os testes possíveis quanto à eficácia e eficiência do medicamento.

Assim, em 22/05/2019, no julgamento do Recurso Extraordinário nº 657.718, com repercussão geral reconhecida, o Plenário do Supremo Tribunal Federal decidiu que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamento experimental ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), salvo em casos excepcionais.

A decisão foi tomada, por maioria de votos e fixou a seguinte tese:

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior e; (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União (STJ, 2019, *online*).

Por conseguinte, via de regra, o Estado não pode ser compelido a fornecer medicamentos não registrados na ANVISA, excepcionalmente, será possível a concessão deste medicamento se houver demora irrazoável da ANVISA para apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei 13.411/2016) e, ainda: (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.

Em suma, foram esses balizamentos jurídicos que orientaram o desempenho da CRLS e permitiram que as demandas judiciais por saúde fossem atendidas respeitando-se as decisões administrativas do SUS e demais órgãos regulatórios da saúde, ampliando a implementação de direitos, sem trazer iniquidades para o atendimento na saúde.

5 CONCLUSÃO

A judicialização de políticas públicas de saúde consiste na faculdade que possui o cidadão, que teve o seu direito à saúde reprimido, em conseguir, através do ingresso de uma ação na justiça, acesso aos serviços de saúde que, por diversas causas, não lhe foram disponibilizados através dos canais convencionais do SUS, a exemplo das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos.

O aumento da judicialização da saúde pública é um tema que ganhou destaque no CNJ, pois os tribunais estão com uma demanda muito expressiva no tocante à área da saúde. Para atender a essa demanda crescente, que representa gastos elevados, o CNJ tem empregado esforços no sentido de disponibilizar métodos que permitam aos magistrados a obtenção de apoio técnico na área da saúde, com vistas à formação de um juízo de valor para apreciação de questões técnicas inerentes às áreas de farmácia e medicina.

A presente dissertação aponta uma alternativa, implementada no município de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil, com vistas a arrefecer o ingresso de ações judiciais, através da atuação em rede, órgãos estatais se uniram com o fito de buscar solucionar extrajudicialmente as demandas de saúde não atendidas pelas vias convencionais disponibilizadas pelo SUS. A atuação conjunta desses órgãos originou a criação da CRLS, dessa forma busca-se a diminuição da judicialização das políticas públicas da área de saúde, por meio do atendimento das demandas pela via administrativa, de forma consensual com os órgãos envolvidos em conflitos sanitários.

Ainda que a solução administrativa seja insatisfatória, há diversos ganhos pautados por essa atuação conjunta. A partir do momento em que a ação é ajuizada, cabe ao poder judiciário agir e, nessa atuação, o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT-JUS) subsidia os magistrados com informações técnicas prestadas por profissionais da saúde, através de pareceres técnicos fundamentados, levando-se em conta não só o pleito dos assistidos, mas uma visão da patologia, do tratamento mais adequado e das alternativas terapêuticas disponíveis, da dificuldade do assistido na obtenção do tratamento e, por fim, dos recursos disponíveis na rede pública de saúde para o atendimento da demanda.

A judicialização, conforme apresentado no capítulo dois, é uma ferramenta ineficiente de promoção da saúde, o que se comprova pela precária relação custo-benefício da atuação judicial, pois as demandas são deferidas irrestritamente pelo judiciário em detrimento da reflexão acerca dos graves problemas que podem ser gerados. Veja-se ainda o exemplo da SMS, em que parte do orçamento da rede básica fica comprometido para atender ordens

judiciais referentes a demandas sanitárias de alto custo e alta complexidade (ZUCCHI 2007; TERRAZAS, 2008).

Observa-se, desse modo, ainda, que o Município não está habituado a fornecer determinados serviços e medicamentos disponibilizados aos cidadãos por outros entes federativos, o que pode acarretar o aumento dos custos de transação, pois o processo de aquisição até o momento da entrega ao cidadão deve ocorrer dentro do prazo determinado pelo juiz, diferentemente do processo de aquisição rotineiro da administração pública (BARROSO, 2012).

A CRLS mostra-se, assim, como instrumento eficaz de redução da judicialização, considerando-se que mais da metade dos casos apresentados à Câmara, nos dois anos analisados, foram resolvidos sem judicialização. Em relação ao tipo de solicitação mais frequente, observou-se que os medicamentos representaram 20% (vinte por cento) do total de solicitações no ano de 2018 (Fevereiro a Dezembro); por sua vez no ano de 2019, as solicitações de medicamentos, representaram o montante de 26% (vinte e seis por cento), registrando, portanto, um crescimento de 6% (seis por cento) em relação ao ano de 2018.

Nota-se, portanto, que um número expressivo dessas demandas que seriam abarcadas pela via judicial, caso não existisse a CRLS, o que acarretaria o aumento dos custos e do tempo para atendimento das solicitações em comparação com os canais convencionais do SUS. Fica, assim, caracterizada e comprovada a eficiência da CRLS como instrumento de promoção da saúde.

Os números apresentados, ainda que seja um estudo de caso, demonstram que os assistidos pelas defensorias que buscam na CRLS uma forma de atendimento a suas demandas sanitárias, ou seja, de obtenção, através do poder público, do tratamento adequado para suas enfermidades, estão conseguindo lograr êxito. Não se investigou em que medida as enfermidades estão sendo curadas e vidas salvas, o que possibilita a análise em pesquisa futura.

Essas considerações levam a outro ponto: a questão da eficiência. Decidir pelo melhor tratamento, levando em conta os recursos disponibilizados pelo poder público, reduz os custos da decisão judicial para a sociedade, pois existem casos em que se encontram disponíveis alternativas de tratamento e medicação tão eficazes quanto às prescritas pelos médicos dos assistidos. Para isso são necessárias ações conjuntas com a SMS, como mostrado no estudo de caso.

Assim, além de eficiente, pois alcança o mesmo objetivo com um custo reduzido, trazendo ganhos tanto para os cofres públicos como para os cidadãos, essa atuação oportuniza

ganhos de efetividade, reduzindo o impacto orçamentário, possibilitando o atendimento de outras demandas sociais, ao mesmo tempo em que promove a saúde de forma adequada à realidade dos cidadãos e do poder público, ou seja, um representativo impacto social.

Tanto a rede da CRLS como a do NAT são redes tipificadas como comunidades políticas que possuem certa institucionalização e são formadas por poucos atores. Nelas se verifica um compartilhamento de valores, sendo os interesses individuais restringidos, com uma interação frequente e de qualidade.

A liderança de uma rede intergovernamental requer habilidade para administrar conflitos, pois, apesar de os atores interagirem de forma colaborativa, com o intuito de alcançarem resultados que atendam a todos, nem sempre é possível o atendimento dos anseios de todos. Nesse momento, pontos de vista rivais surgem e assim os conflitos ganham espaço no núcleo das redes, o que leva a liderança a negociar e colaborar para a resolução das causas que determinaram a insatisfação e o conflito.

A atuação na CRLS em rede possibilita a identificação e correção de falhas no fluxo de atendimento do SUS; o atendimento organizado dos assistidos em um único local, em consequência da reunião, em um mesmo espaço físico, das defensorias e secretarias de saúde, facilita o processo de comunicação entre as partes e a construção do consenso; outro ponto relevante é a possibilidade de levantamento de dados estatísticos para discussões futuras sobre políticas públicas de saúde.

Os resultados apresentados, ainda que seja um estudo de caso, e isso é uma limitação dessa dissertação, demonstram que os assistidos pelas defensorias que buscam na CRLS uma forma de atendimento a suas demandas sanitárias, ou seja, de obtenção, através do poder público, do tratamento adequado para suas enfermidades, estão conseguindo lograr êxito.

Enfim, buscou-se demonstrar que, através da atuação em rede, os atores governamentais obtiveram ganhos de eficiência, eficácia e efetividade na consecução dos seus objetivos institucionais e os cidadãos ganhos sociais, mediante o atendimento de demandas que, no caso do direito à saúde, pode salvar vidas. Não se objetivou investigar, nessa dissertação, como se desdobraram aquelas demandas que não foram atendidas e qual o seu desfecho, natural que tenha existido o prosseguimento do pleito pela via judicial. Da mesma forma, não foi objeto desse estudo de caso em que medida as enfermidades estão sendo curadas e vidas salvas. Ambos os temas ficam como sugestão para pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

AHMED, Flávia. Apontamento Sobre Segurança Jurídica: Estado Constitucional e Protagonismo. *In*: Rêgo, Werson. **Segurança Jurídica e Protagonismo Judicial - Desafios em Tempos de Incertezas**: estudos jurídicos em homenagem ao ministro Carlos Mário da Silva Velloso. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2017. p. 228. Disponível em: http://www5.trf5.jus.br/novasAquisicoes/sumario/seguranca_juridica_e_protagonismo_judicial_742-2018_sumario.pdf. Acesso em: 18 nov. 2020.

AMARAL, Gustavo. **Direito, Escassez & Escolha**. Critérios Jurídicos para Lidar Com A Escassez de Recursos e As Decisões Trágicas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. 200 p.

ARANTES, Rogério Bastos; KERCHÉ, Fábio. **Judiciário e Democracia no Brasil**. Disponível em: http://angico.uspnet.usp.br/dcp/images/DCP/docentes/rogerio_arantes/1999_Judici%C3%A1rio_e_Democracia_no_Brasil_Novos_Estudos_Cebrap.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020ARAÚJO.

ARAÚJO JÚNIOR, Edson Joaquim Raimundo. A atuação do Poder Judiciário no acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS): O caso do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. *In*: DUARTE, Clarice Seixas *et al.* (org.). **Reflexões acadêmicas para superar a miséria e a fome**. Bauru, SP: Canal Editora, 2016.

ASENSI, Felipe Dutra. **Direito à Saúde**: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação. Rio de Janeiro: FGV Direito Rio, 2013. 370 p.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2021.

BARROSO, Luiz Roberto. **O Direito Constitucional e a Efetividade de suas Normas**: limites e possibilidades da constituição brasileira. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. 410 p.

BARROSO, Luís Roberto. **Da Falta de Efetividade à Judicialização Excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. 2007. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

BARTOLOMEI, Carlos Emanuel Fontes; DALLARI JÚNIOR, Hércio de Abreu; MARCHEWKA, Tania Maria Nava; BARROSO, Luciana Rosa Batista; SENRA, Nelson Luiz Arruda; ZAMPIRON, Márcia Carina; SANTOS, Douglas Henrique Marin dos. **Medicina e direito**: atuação na integralidade destes dois saberes: atuação na integralidade destes dois saberes. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n1/RDTv15n1a1146>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (1988). Emendas Constitucionais nº 107, de 05 de outubro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 out. 2020.

CAMPOS, Carlos Alexandre de Azevedo. **Estado de Coisas Inconstitucional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Jus Podivm, 2019. Disponível em: <https://www.editorajuspodivm.com.br/cdn/arquivos/70d74fbf69f8a6cf86779019eb86be8a.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020.

CFM CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **CFM apresenta ranking inédito do gasto per capita em saúde no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apresenta-ranking-inedito-do-gasto-per-capita-em-saude-no-brasil/>. Acesso em: 06 mar. 2020.

COLLUCCI, C. Em uma década, judicialização da saúde pública e privada cresce 130%. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 19 mar. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/03/em-uma-decada-judicializacao-da-saude-publica-e-privada-cresce-130.shtml>. Acesso em: 06 nov. 2020.

COLLUCI, C. Ações para obter remédios registram primeira queda em SP. **Folha de São Paulo**, São Paulo, C9, 19 fev. 2009. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd1702200901.htm>. Acesso em: 06 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (org.). **Justiça Pesquisa: sumário executivo**. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Justiça, 2015. 142 p. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/4292ed5b6a888bdcac178d51740f4066.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (org.). **Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa: judicialização da saúde no Brasil**. Brasília: Instituto de Ensino e Pesquisa - Insper, 2019. 174 p. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/relatorio-cnj1.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

CSDH. (org.). **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**: final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf. Acesso em: 09 nov. 2020.

DIDIER, Fredie Júnior. **Notas sobre as decisões estruturantes**. Bahia: Civil Procedure Review, 2017. 190 p.

DINAMARCO, Cândido Rangel. **Tutela Jurisdicional do Processo Civil Moderno**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2018. 392 p.

FENASAÚDE (Rio de Janeiro). **Envelhecimento da população brasileira impacta em aumento de despesas para os planos de saúde**. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/noticias/envelhecimento-da-populacao-brasileira-impacta-em-aumento-de-despesas-para-os-planos-de-saude.html>. Acesso em: 14 nov. 2020.

FERRAZ, Marcos Bosi. **Dilemas e escolhas do Sistema de Saúde**. São Paulo: Med Book,

2008. 157 p.

FLEURY, Sônia. Judicialização pode salvar o SUS. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763003.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

FREITAS, Barbara. A questão da moralidade: da razão prática de Kant à ética discursiva de Habermas. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 07-44, dez. 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20701989000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2021.

FUNCIA, Lenir Santos e Francisco. **Com. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo essencial do direito à saúde**. 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-jan-21/opiniao-ec-95-fere-nucleo-essencial-direito-saude#:~:text=Se%20o%20SUS%20n%C3%A3o%20tem,o%20n%C3%BAcleo%20essencial%20do%20direito..> Acesso em: 18 mar. 2020.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. **Técnicas Extraprocessuais de tutela coletiva: a efetividade da tutela coletiva fora do processo judicial**. São Paulo: Editora RT, 2010.

GROSS, Alexandre Felix. **Desigualdade de acesso à saúde no Brasil e consequências redistributivas da judicialização**. 2019. 132 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Brasília - Unb, Brasília, 2019. Cap. 3. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/35169/3/2019_AlexandreFelixGross.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

HIRSCH, Danielle Elyce. **A Defense of Structural Injunctive Remedies in South African Law**. 2006. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/76622258.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020.

HOSSEPIAN, Arnaldo. Fórum nacional da saúde é instrumento de interação em prol da sociedade, *Revista Consultor Jurídico*, 13 jan. 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-jan-13/arnaldo-hossepian-forum-nacional-saude-prol-sociedade>. Acesso em: 18 nov. 2020.

MACIEL, Igor. **Fornecimento de Medicamentos pelo Estado – O que vai cair na minha prova?** 2019. Disponível em: <https://www.estrategiaconcursos.com.br/blog/fornecimento-de-medicamentos-pelo-estado-o-que-vai-cair-na-minha-prova/>. Acesso em: 10 out. 2020.

NAKAMURA, F. de C.; CAOBIANCO, N. M. A. Judicialização do direito à saúde em uma perspectiva comparada: Brasil e Colômbia. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 63-85, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p63-85>. Acesso em: 18 nov. 2020.

NEVES, Marcelo. Entre Subintegração e Sobreintegração: a cidadania inexistente. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 37, p. 253-276, 1994. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marcelo-Neves-2/publication/310113558_Entre_subintegracao_e_sobreintegracao_a_cidadania_inexistente/links/5829035b08ae950ace702062/Entre-subintegracao-e-sobreintegracao-a-cidadania-inexistente.pdf. Acesso em: 13 set. 2020.

NEVES, Marcelo. **A Constitucionalização Simbólica**. São Paulo: Wmf Martins Fontes - Pod, 2011. 288 p.

PANDOLFO, Mércia; DELDUQUE, Maria Célia; GORETI AMARAL, Rita. Aspectos Jurídicos e Sanitários Condicionantes para o Uso da Via Judicial no Acesso aos Medicamentos no Brasil. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 340-349, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2021.

POLITIZE!. **Saúde Pública: um panorama do brasil**. Um panorama do Brasil. 2018. Disponível em: <https://www.politize.com.br/panorama-da-saude/>. Acesso em: 02 nov. 2020.

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**. 2009. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 30 jun. 2020.

NA saúde, governo deve enfrentar desafio de financiar o SUS. **Senado Notícias**, Brasília, 25 jan. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/01/25/na-saude-governo-deve-enfrentar-desafio-de-financiar-o-sus>. Acesso em: 11 jun. 2020.

SILVA, Virgílio Afonso da. **Taking from the Poor to Give to the Rich: the individualistic enforcement of social rights**. 2019. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.624.9890&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 29 mar. 2020.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002. 710 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SUNSTEIN, C.; HOLMES, S. **The cost of rights: why liberty depends on taxes**. New York: Norton & Company, 1999.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA - STJ. **Primeira Seção define requisitos para fornecimento de remédios fora da lista do SUS**. 2018. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2018/2018-04-25_12-20_Primeira-Secao-define-requisitos-para-fornecimento-de-remedios-fora-da-lista-do-SUS.aspx. Acesso em: 18 nov. 2020.

TERRAZAS, Fernanda Vargas. **O Poder Judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais de medicamentos. o caso das demandas judiciais de medicamentos**. 2008. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/8047/6837>. Acesso em: 23 mar. 2020.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p. Disponível em: http://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf. Acesso em: 13 mar. 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. **Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, Abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2020.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Rev. direito GV**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 539-568, dec. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322008000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2020.

YAMAGUCHI, Cristina Leilo. **Judicialização da saúde no Brasil: uma abordagem interdisciplinar**. Erechim: Deviant Ltda, 2017. 243 p. Disponível em: https://www.editoradeviant.com.br/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2017/10/Judicializacao-da-saude-no-Brasil-Uma-abordagem-interdisciplinar.pdf. Acesso em: 27 abr. 2020.

ZEBULUM, José Carlos. **Decisões Judiciais na Saúde, um Campo Propício para a interferência de Convicções Pessoais de cada Juiz: análise da jurisprudência de quatro tribunais de justiça**. 2017. 33 f. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/158492/153583>. Acesso em: 18 abr. 2020.

APÊNDICES

RECEBIDO
 DIA 13 11 / 19
 HORA 12 : 02

 Ass.: SMS

Campos dos Goytacazes-RJ, 11 de novembro de 2019.

Caro Senhor Secretário Municipal de Saúde,

Philippe Jean Rangel Abreu Arêas, estudante, *matricula nº 186200007 – vide anexo*, inscrito CPF/MF sob o número 143.572.707-07, **objetivando ultimar a dissertação de mestrado** e com base no artigo 5º (XXXIII) da Constituição Federal e nos artigos 10, 11 e 12 da Lei nº 12.527/2011 – a Lei Geral de Acesso a Informações Públicas, dirige-se respeitosamente a Vossa Senhoria, com o objetivo de apresentar o seguinte

**REQUERIMENTO DE INFORMAÇÕES
 PARA FINS ACADÊMICOS**

1. O Requerente solicita o **acesso a todos os dados estratificados**, alusivos aos anos de **2017 a 2019**, concernentes as **demandas judiciais e ou administrativas recebidas por esta Secretaria**, bem como os **resultados obtidos com a instalação da denominada “Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS”**, fruto do convênio firmado entre a municipalidade e a DPERJ. Outrossim, solicita-se ainda, especialmente:

- a. **Cópia do termo/minuta de convênio que institui a CRLS no município;**
- b. **Apresentação do fluxo e numerários dos atendimentos realizados pela CRLS – desde a sua implantação até a presente data – aclarando as demandas resolvidas extrajudicialmente, bem como as demandas que convolveram em ações judiciais.**

2. Em cumprimento ao artigo 11 da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011, o acesso às informações requisitadas deve ser imediato. Não sendo possível o acesso imediato, a resposta, em conformidade com o referido artigo, deve ser expedida no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados do protocolo deste Requerimento junto a esta Secretaria Municipal de Saúde.

3. Assevero que **tais informações são imprescindíveis para a adequada finalização do meu trabalho acadêmico.**

Para o recebimento da resposta, remeto anexo mídia digital.

Atenciosamente,

ORIGINAL ASSINADO

Entrevista estruturada e sistematizada através do “Guia Metodológico: Pesquisa de Satisfação”, oriundo do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA - <http://www.gespublica.gov.br/>. Acessado em: 22/03/2020.

Os *surveys* ou inquéritos podem ser aplicados de diversas formas, devendo o administrador escolher entre a aplicação; entrevista estruturada face a face, via correio, telefone, e-mail ou internet.

- Inquérito completado via telefone: precisam ser breves e diretos; algumas categorias de usuários podem ter baixa representatividade; podem ser úteis para *surveys* específicos quando existe um número de contato para cada pessoa para extrair uma amostragem; podem ser úteis para pesquisas pontuais.

1) Como conheceu a CRLS e os seus serviços?

Sites;
Mídias Sociais;
Indicação;
Outros.

2) Como avalia o atendimento prestado pela CRLS?

Excelente;
Bom;
Regular;
Péssimo.

3) A sua demanda foi atendida em tempo hábil?

Sim. Totalmente;
Sim. Parcialmente e ou de maneira tardia;
Não. Fui parcialmente atendido e ou demora injustificada;
Não.

4) Em uma escala de 0 a 10 (zero a dez) qual a sua disposição em indicar os serviços da CRLS?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

5) Como você se sentiria se os serviços prestados pela CRLS não existissem mais?

Muito desapontado;
Pouco desapontado;
Nada desapontado;
Feliz/indiferente.

Muito obrigado pela sua contribuição!
Atenciosamente, Philippe Jean Rangel Abreu Arêas

ANEXOS

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA DAR ENTRADA NA CÂMARA TÉCNICA**XEROX E ORIGINAL**DO REQUERENTE:

- 1-Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento;
- 2-Cópia da Carteira de Identidade;
- 3 -Cópia do CPF;
- 4 Cópia do cartão do SUS;
- 5 -Comprovante de Residência (atual);
- 6 -Comprovante de Rendimentos: Carteira de Trabalho (cópias: da página com foto e da parte onde consta assinatura da carteira) OU Contra-Cheque OU Extrato Bancário OU Declaração de IR;
- 7 -LAUDO MÉDICO (SUS), ATUAL e com LETRA LEGÍVEL, datado e assinado pelo médico: mencionando a doença da qual é portador (com CID, bem como o risco para sua saúde e a urgência caso haja);
- 8 -RECEITA MÉDICA, ATUAL e com LETRA LEGÍVEL, indicando os medicamentos/cirurgia/exames necessários/material;

DO REPRESENTANTE (do menor de idade, incapaz ou impossibilitado de comparecer ao Núcleo):

Cópia da Carteira de Identidade;

Cópia do CPF;

Comprovante de Residência (Atual);

Cópia de Comprovante de Rendimentos: Carteira de Trabalho (cópias: da página com foto e da parte onde consta assinatura da carteira) OU Contra-Cheque OU Extrato Bancário OU Declaração de IR.

OBS: Caso o paciente seja menor de idade trazer comprovante de rendimento dos pais.

Obs: Outras exigências poderão ser feitas no curso do atendimento pelo Defensor de atuação deste órgão.

Atendimento de segunda à quinta de 12:00 h às 14:00h

DEFENSORIA PÚBLICA RJ
 Processo E-26/001/2011
 Data 08/11/16

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO N.º 001/2016

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES E A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO PARA A IMPLANTAÇÃO DA CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE DE CAMPOS DE GOYTACAZES

O MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, doravante denominado MUNICÍPIO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o n.º 29.116.894/0001-81, com sede na Rua Coronel Ponciano de Azevedo, n.º 47, Pq. Santo Amaro, Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, CEP 28.040-010, neste ato representado pela Prefeita Municipal ROSANGELA ROSINHA GAROTINHO BARROS ASSED MATHEUS DE OLIVEIRA, brasileira, casada, professora, carteira de identidade n.º 05733775-0, expedida pelo DETRAN/RJ, inscrita no CPF sob o n.º 03071518703, domiciliada no endereço supra, a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, órgão público, situada na Rua Voluntários da Pátria, n.º 875, Centro, Campos dos Goytacazes, CEP 28030-260, neste ato representada por seu Secretário Municipal de Saúde, GERALDO AUGUSTO PINTO VENÂNCIO, brasileiro, divorciado, médico, portador da cédula de identidade n.º 81.130.304-9, expedida pelo IFP/RJ, inscrito no CPF sob o n.º 423.978.477-87, residente e domiciliado na Rua Câmara Júnior, n.º 50, apto. 801, Centro, Campos dos Goytacazes, CEP 28035-135, doravante denominada SMS, e a DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, doravante DPE/RJ, com sede na Av. Marechal Câmara, n.º 314, Centro, Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, CEP 20020-080, inscrita no CNPJ sob o n.º 31.443.526/0001-70, neste ato representada pelo Defensor Público Geral do Estado, ANDRÉ LUÍS MACHADO DE CASTRO, brasileiro, solteiro, domiciliado no endereço supra, portador da carteira de identidade n.º 08572989-5, expedida pelo IFP/RJ, inscrito no CPF sob o n.º 006186367-06, nomeado por meio do Decreto de 30 de dezembro de 2014, publicado no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, de 05 de janeiro de 2015, Seção Poder Executivo, p. 4, doravante designada simplesmente DPE/RJ, resolvem, de comum acordo, celebrar CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO, a ser interpretado e cumprido conforme considerações e cláusulas abaixo.

CONSIDERANDO o progressivo aumento da demanda pelo Sistema Único de Saúde – SUS em Campos dos Goytacazes e o grande volume de ações judiciais correlatas;

CONSIDERANDO a necessidade de implementar medidas para imprimir maior efetividade aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde – SUS através do MUNICÍPIO;

CONSIDERANDO o termo de cessão de uso de imóvel assinado pelas partes em 01/08/2008, referente ao imóvel situado à Rua Conselheiro Thomaz Coelho, n.º 185, Centro;

CONSIDERANDO a necessidade de aperfeiçoamento dos termos e cláusulas estipuladas no acordo de cooperação de medicamentos e o do subseqüente acordo de cooperação na área de saúde assinado pelas partes em 20/08/2009;

CONSIDERANDO o sucesso da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde que a DPE/RJ implantou, via convênio assinado em 12/06/2012, na Capital do Estado do Rio de Janeiro;

CONSIDERANDO o disposto na Lei Municipal n.º 8.713/2016, quanto à criação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde de Campos dos Goytacazes, resta pactuado que:

[Assinatura]

DEFENSORIA PÚBLICA	Processo E-20/0011	2016
Data	08/11/16	Fol. 04
Folha	8	

JULA PRIMEIRA – O OBJETO

Este convênio tem por objeto a instalação e a viabilização do funcionamento da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde de Campos dos Goytacazes nas dependências do Núcleo de Primeiro Atendimento da DPE/RJ, em imóvel cedido pelo MUNICÍPIO, com a atuação de servidores do quadro permanente do MUNICÍPIO nas áreas médica, farmacêutica e de enfermagem, para a prestação de assessoria técnica nas solicitações que tenham por objetivo o fornecimento de medicamentos, insumos para a saúde, exames diagnósticos, consultas, procedimentos e internações eletivos e de urgência/emergência e serviços de saúde em geral, com o intuito de direcionar a inserção das demandas no Sistema Único de Saúde (SUS), solucioná-las administrativamente na forma do protocolo em anexo ou prestar informações sobre a adequação, segurança e eficácia terapêutica do tratamento indicado segundo as regras administrativas do SUS.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Para a execução do objeto descrito na CLÁUSULA PRIMEIRA, o MUNICÍPIO disponibilizará uma Comissão Técnica à Câmara de Resolução de Litígios de Saúde de Campos dos Goytacazes, formada por 05 (cinco) médicos, 01 (um) enfermeiro e 01 (um) farmacêutico, 01 (um) psicólogo, 01 (um) profissional de tecnologia da informação ou congêneres e estagiários em quantitativo compatível com a demanda, os quais deverão exercer carga horária compatível com aquela do funcionamento do núcleo da DPE/RJ.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A Comissão Técnica deverá registrar todos os atendimentos realizados no âmbito do presente convênio a fim de acompanhar os resultados obtidos com a composição extrajudicial dos conflitos relativos às demandas de saúde do convênio.

PARÁGRAFO TERCEIRO: Quando a Comissão Técnica verificar a impossibilidade de solucionar administrativamente o conflito na forma do anexo 1, fornecerá relatório/parecer técnico com a justificativa pertinente.

CLÁUSULA SEGUNDA – A CESSÃO DO IMÓVEL ONDE FUNCIONARÃO A CRLS E A DPE/RJ

O MUNICÍPIO cede à DPE/RJ o uso do primeiro andar do edifício localizado na Av. Alberto Torres, n.º 371, Centro, Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, de propriedade do MUNICÍPIO, para a imediata instalação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde de Campos dos Goytacazes e funcionamento paralelo de núcleo da DPE/RJ.

PARÁGRAFO ÚNICO: a DPE/RJ arcará com o pagamento do condomínio e dos encargos decorrentes do fornecimento de energia elétrica, água, esgoto, mais eventuais impostos e taxas.

CLÁUSULA TERCEIRA – A VIGÊNCIA

A vigência do presente convênio de cooperação terá início na data de sua assinatura e terá duração de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser prorrogado por períodos idênticos através de termos aditivos.

CLÁUSULA QUARTA – A INEXISTÊNCIA DE REPASSES DE VERBA

O presente convênio de cooperação não importará em repasse de verba e cada partícipe arcará com o ônus relativo às respectivas obrigações.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTICIPES

Para consecução dos objetivos previstos na cláusula primeira do presente convênio, os partícipes comprometem-se a:

DEFENSORIA PÚBLICA
 Processo E-2010016
 Data 09/11/16 Hc 45
 Rubrica 8

I - DPE/RJ:

a) Evitar a judicialização das demandas que tenham por objetivo o fornecimento de medicamentos, insumos para a saúde, exames diagnósticos, consultas, procedimentos e internações eletivos e de urgência/emergência e serviços de saúde em geral antes da emissão de parecer pela Câmara de Resolução de Litígios de Saúde de Campos dos Goytacazes e da tentativa de obtenção de solução administrativa junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes;

b) Instruir a demanda judicializada com o parecer emitido pela Câmara de Resolução de Litígios de Saúde de Campos dos Goytacazes quando não for possível a solução administrativa na forma do anexo 1, em qualquer caso concreto;

c) Observar os termos do presente convênio e seu anexo 1;

d) Monitorar, supervisionar, avaliar e fiscalizar todos os serviços prestados com fundamento neste convênio, com vistas ao fiel cumprimento do ajuste, nomeando 01 (um) servidor para tanto; e

e) Colaborar para o cumprimento dos procedimentos técnicos e operacionais necessários à realização do objeto do presente convênio, disponibilizando as informações necessárias para o desenvolvimento das atividades previstas neste convênio.

II - MUNICÍPIO:

a) Manter uma Comissão Técnica com profissionais de saúde dentro do Núcleo de Primeiro da DPE/RJ, para atendimento dos que a procuram em busca de serviços de saúde (medicamentos, exames, consultas, internações, procedimentos, etc.), garantindo o cumprimento dos objetivos do presente convênio;

b) Cumprir todas as obrigações assumidas neste convênio e no anexo 1 assegurando o fornecimento dos medicamentos, exames, consultas, internações, procedimentos e serviços nos prazos estipulados;

c) Assegurar o procedimento de compra/contratação para satisfação das demandas de saúde;

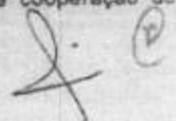
d) Adotar todas as medidas necessárias à correta execução deste convênio;

e) Franquear linha telefônica junto ao seu setor farmacêutico e de regulação para contato direto com a Comissão Técnica, na tentativa de solução das demandas, sem prejuízo da utilização de outros meios que repute necessário; e

f) Designar 01 (um) representante para fins de acompanhamento e fiscalização da execução deste convênio.

CLÁUSULA SEXTA - A RESOLUÇÃO DA CESSÃO DE USO DE IMÓVEL E DOS ACORDOS DE COOPERAÇÃO MENCIONADOS NAS CONSIDERAÇÕES

O MUNICÍPIO e a DPE/RJ revogam o termo de cessão de uso do imóvel situado à Rua Conselheiro Thomaz Coelho, n.º 185, Centro, bem como o acordo de cooperação de



medicamentos e o acordo de cooperação na área de saúde assinado pelas partes em 20/08/2009

DEFENSORIA PÚBLICA
Processo E-20/001/2009
ata 05/11/10 Fís 4/6

CLÁUSULA SÉTIMA – O CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E GERENCIAMENTO

É prerrogativa das partes exercer o controle e a fiscalização sobre a execução, mediante supervisão e acompanhamento das atividades inerentes ao objeto deste convênio bem como assumir ou transferir a responsabilidade pela execução no caso de paralisação ou fato relevante que venha a ocorrer.

Parágrafo único – As partes franquearão livre acesso aos servidores do sistema de controle interno e externo ou outra autoridade delegada, devidamente identificada a qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos praticados, relacionados direta ou indiretamente com este convênio, quando em missão de fiscalização ou auditoria.

CLÁUSULA OITAVA – A RESCISÃO

As partes poderão denunciar, por escrito, a qualquer tempo, e rescindir de pleno direito o presente convênio, devendo ser imputadas as responsabilidades das obrigações decorrentes do prazo em que tenha vigido e creditados os benefícios adquiridos no mesmo período.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Constitui motivo para a rescisão deste convênio, independentemente do instrumento de sua formalização, o descumprimento de quaisquer de suas cláusulas ou das normas estabelecidas na legislação vigente, pela superveniência de norma legal ou de fato que o torne material ou formalmente inexecutável e, exemplificativamente, quando constatada irregularidade de natureza grave, no decorrer de fiscalizações ou auditorias.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A denúncia deverá ser comunicada por escrito e mediante notificação prévia de 90 (noventa) dias de antecedência, somente produzindo efeitos a partir desta data.

PARÁGRAFO TERCEIRO: A rescisão deste convênio deverá observar os princípios da ampla e prévia defesa e do contraditório.

CLÁUSULA NONA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

As partes estabelecem, ainda, as seguintes condições:

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Todas as comunicações relativas a este convênio serão consideradas como regularmente efetuadas, se entregues mediante protocolo, devidamente comprovadas por conta, nos endereços dos representantes credenciados pelos partícipes.

PARÁGRAFO SEGUNDO: As reuniões entre as partes que serão realizadas pelos representantes indicados bem como quaisquer ocorrências que possam implicar neste convênio serão registradas em Atas ou Relatórios circunstanciados.

PARÁGRAFO TERCEIRO: Quaisquer modificações e/ou complementações do presente convênio bem como os casos omissos serão objeto de negociação entre as partes bem como de formalização por meio de Termo Aditivo, ficando o Secretário de Saúde expressamente autorizado a representar a municipalidade quando a modificação e/ou complementação se referir apenas ao anexo 1.

PARÁGRAFO QUARTO: Em hipótese alguma haverá vínculo empregatício entre os profissionais envolvidos na execução dos trabalhos decorrentes deste instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA PUBLICIDADE

O MUNICÍPIO providenciará, no prazo de 20 (vinte) dias, a publicação em extrato do presente Convênio na imprensa oficial.

(Handwritten initials)

DEFENSORIA PÚBLICA RJ
Processo E-20/0011 241 2016
da 05 111 / 16 Fls. 47

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - O FORO ELEITO

O MUNICÍPIO e a DPE/RJ convencionam o foro cível comum da Comarca de Campos dos Goytacazes para dirimir as eventuais questões decorrentes deste convênio de cooperação.

E, em estado de comum acordo, as partes assinam o presente instrumento em 03 (quatro) vias de igual teor e forma, para a produção dos resultados jurídicos pretendidos.

Campos dos Goytacazes, 08 de Novembro de 2016.

[Handwritten Signature]
MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS
GOYTACAZES

[Handwritten Signature]
DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO

DEFENSORIA PÚBLICA / RJ
Processo E-20/0011/2011 / 2016
de 09 / 12 / 16 - Pág. 48
Assinatura _____

ANEXO 1 DO CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO N.º 001/2016

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA CÂMARA DE
RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE DE CAMPOS DE
GOYTACAZES**

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS,
INSUMOS E PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE**

1.1. Os medicamentos, insumos e produtos de interesse à saúde serão fornecidos aos assistidos vulneráveis que comprovarem residir no **MUNICÍPIO**, de acordo com o seguinte procedimento:

1.1.1 A DPE/RJ realizará o atendimento no Núcleo de Primeiro Atendimento devendo verificar se o assistido:

- a) comprovou a condição de vulnerabilidade e residência no Município;
- b) possui receita médica emitida por profissional médico ou odontólogo, com CRM ou CRO identificado, vinculado ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS), com validade de 60 (sessenta) dias.

1.1.2. Verificada a documentação apresentada, o assistido ou o seu responsável será encaminhado à Comissão Técnica para análise e solução administrativa da demanda.

1.1.3. Caso a Comissão Técnica identifique que o medicamento, insumo ou produto de interesse à saúde requerido é padronizado pelo SUS e integra o rol de medicamentos da atenção básica (REMUME, se houver, ou RENAME) ou programa do Município (pensei para o caso das fraldas geriátricas), o assistido ou responsável será encaminhado à unidade municipal responsável para a retirada direta do medicamento, insumo ou produto de interesse à saúde, munido de Guia de Encaminhamento da qual deverá constar:

- a) o nome completo do assistido, número do registro da identidade, endereço, telefone ou outro meio de contato;
- b) cópia da receita médica, com a descrição do quadro de saúde ou hipótese diagnóstica, do medicamento, do princípio ativo, da dosagem, do tempo e da periodicidade do tratamento.

1.1.3. Inexistindo qualquer pendência na documentação apresentada, a entrega do medicamento, insumo ou produto será realizada em até 15 (quinze) dias.

1.1.4. Em caso de urgência atestada, o **MUNICÍPIO** e a **SMS** se comprometem a fornecer o medicamento no prazo máximo indicado no laudo médico.

[Handwritten signature]

DEFENSORIA PÚBLICA
 Processo E-20/001/2016
 Data 05/11/16 Pág. 19

1.1.5. Caso o medicamento, insumo ou produto de interesse à saúde solicitado não esteja disponível no momento, a Comissão Técnica deverá solicitar ao MUNICÍPIO e a SMS a abertura de processo de compra, informando a DPE/RJ da previsão de entrega que não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias.

1.1.6. Caso a Comissão Técnica identifique que o medicamento, insumo e/ou produto de interesse à saúde requeridos estão disponíveis em farmácias populares, credenciadas ao Programa Farmácia Popular, e são fornecidos gratuitamente, ao assistido ou responsável será fornecido uma listagem com o endereço das farmácias cadastradas, para retirada direta do medicamento, insumo ou produto de interesse para a saúde.

1.1.7. Caso a Comissão Técnica identifique que o medicamento, insumo ou produto de interesse à saúde requeridos são padronizados pelo SUS e integram o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), o assistido ou responsável será encaminhado para o pólo de dispensação da RioFarmes mais próximo de sua residência, munido dos seguintes documentos:

- a) Cédula de identidade;
- b) CPF do paciente;
- c) Comprovante de residência atualizado;
- d) Receita médica original em duas vias (receituário com a descrição do princípio ativo do medicamento);
- e) Formulário de Laudo de Medicamento Excepcional (Anexo I) ou laudo médico.

1.1.8. Caso a Comissão Técnica identifique que o medicamento, insumo ou produto de interesse à saúde requeridos dependem do ingresso em programa específico do SUS, que possui unidades próprias para o seu fornecimento, por linha de cuidado (oncologia, rede oftalmológica, transexuais, hematologia e hemoterapia, entre outros) encaminhará imediatamente o assistido para ingresso no referido programa, sem prejuízo da análise, pelo Defensor Público, da necessidade de judicialização imediata, até que sobrevenha nova avaliação pela unidade especializada, em razão da urgência do pedido.

1.1.9. Caso a receita médica contenha indicação de remédio, insumos e/ou produtos de interesse à saúde não padronizados pelo SUS, o MUNICÍPIO e a SMS oferecerão ao assistido consulta médica, em prazo não superior a 15 (quinze) dias, para verificação da existência de alternativa oferecida pelo SUS equivalente à medicação originalmente indicada, esclarecendo no laudo, se for o caso, a ineficácia ou contra-indicação do substituto terapêutico para o paciente.

1.1.10. Caso a alteração seja permitida, serão adotados os procedimentos previstos nos itens 1.1.3 a 1.1.9, conforme o caso.

1.1.11. Na hipótese de impossibilidade de oferecimento/agendamento da consulta médica, a Comissão Técnica fornecerá ao assistido um formulário de alternativa terapêutica (Anexo II) para preenchimento do médico, que deverá esclarecer a ineficácia ou contra-indicação do substituto terapêutico para o paciente.

[Handwritten signature]

1.1.12 Na hipótese de inexistência ou ~~contraindicação de alternativa~~ terapêutica, ou de impossibilidade justificada de utilização dos medicamentos incorporados ao SUS, o **MUNICÍPIO** e a **SMS** poderão, com base em parecer emitido pela Comissão Técnica, instaurar processo de compra para atendimento da pretensão, informando-se ao assistido e à **DPE/RJ** a previsão de entrega que não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias.

1.1.13. As cláusulas 1.1.6 a 1.1.12 não afastam a responsabilidade solidária do **MUNICÍPIO** no fornecimento dos medicamentos, insumos e produtos de interesse à saúde em eventual demanda judicial.

1.1.14. O **MUNICÍPIO** e a **SMS** não assumem o compromisso de oferecer medicamentos, insumos e produtos de interesse à saúde com definição de marca, obrigando-se, apenas, a observar o princípio ativo indicado na receita médica apresentada.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO FORNECIMENTO DE CONSULTAS

2.1 As consultas serão fornecidas aos assistidos vulneráveis que comprovarem residir no **MUNICÍPIO**, de acordo com o seguinte procedimento:

2.1.1. A **DPE/RJ** realizará o atendimento no Núcleo de Primeiro Atendimento Cível/Fazenda Pública devendo verificar se o assistido:

- a) comprovou a condição de vulnerabilidade e residência no Município;
- b) possui receita médica emitida por profissional médico ou odontólogo, com CRM ou CRO identificado, vinculado ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1.2. Verificada a documentação apresentada, o assistido ou o seu responsável será encaminhado à Comissão Técnica para análise e solução administrativa da demanda.

2.1.3. Caso a Comissão Técnica identifique que o Município oferece a consulta na especialidade pretendida (em rede própria ou conveniada), a **SMS** entrará em contato com o assistido ou responsável no prazo máximo de 10 (dez) dias, informando a data da consulta, a qual, por sua vez, deverá ser realizada no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias.

2.1.4. Em caso de urgência atestada, a consulta deverá ser realizada no prazo máximo indicado no laudo médico.

2.1.5. Caso a consulta não seja oferecida na rede municipal ou em nenhuma das clínicas conveniadas, a Comissão Técnica deverá verificar se a consulta é realizada no âmbito do SUS (tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS), bem como, em caso positivo, se o assistido já está inserido nos sistemas de regulação existentes e a data prevista para a sua realização, a qual não poderá ultrapassar 45 (quarenta e cinco) dias.

2.1.6. Caso o assistido ainda não esteja inserido no sistema de regulação, o **MUNICÍPIO** e a **SMS** realizarão o agendamento do procedimento, inserindo-o no sistema.

EFENSORIA PÚBLICA
Processo E-20/001/2014
Data 05/11/16 Fis. 50

1.1.12 Na hipótese de inexistência ou ~~contraindicação de alternativa~~ terapêutica, ou de impossibilidade justificada de utilização dos medicamentos incorporados ao SUS, o **MUNICÍPIO** e a **SMS** poderão, com base em parecer emitido pela Comissão Técnica, instaurar processo de compra para atendimento da pretensão, informando-se ao assistido e à **DPE/RJ** a previsão de entrega que não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias.

1.1.13. As cláusulas 1.1.6 a 1.1.12 não afastam a responsabilidade solidária do **MUNICÍPIO** no fornecimento dos medicamentos, insumos e produtos de interesse à saúde em eventual demanda judicial.

1.1.14. O **MUNICÍPIO** e a **SMS** não assumem o compromisso de oferecer medicamentos, insumos e produtos de interesse à saúde com definição de marca, obrigando-se, apenas, a observar o princípio ativo indicado na receita médica apresentada.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO FORNECIMENTO DE CONSULTAS

2.1 As consultas serão fornecidas aos assistidos vulneráveis que comprovarem residir no **MUNICÍPIO**, de acordo com o seguinte procedimento:

2.1.1. A **DPE/RJ** realizará o atendimento no Núcleo de Primeiro Atendimento Cível/Fazenda Pública devendo verificar se o assistido:

- a) comprovou a condição de vulnerabilidade e residência no Município;
- b) possui receita médica emitida por profissional médico ou odontólogo, com CRM ou CRO identificado, vinculado ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1.2. Verificada a documentação apresentada, o assistido ou o seu responsável será encaminhado à Comissão Técnica para análise e solução administrativa da demanda.

2.1.3. Caso a Comissão Técnica identifique que o Município oferece a consulta na especialidade pretendida (em rede própria ou conveniada), a **SMS** entrará em contato com o assistido ou responsável no prazo máximo de 10 (dez) dias, informando a data da consulta, a qual, por sua vez, deverá ser realizada no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias.

2.1.4. Em caso de urgência atestada, a consulta deverá ser realizada no prazo máximo indicado no laudo médico.

2.1.5. Caso a consulta não seja oferecida na rede municipal ou em nenhuma das clínicas conveniadas, a Comissão Técnica deverá verificar se a consulta é realizada no âmbito do SUS (tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS), bem como, em caso positivo, se o assistido já está inserido nos sistemas de regulação existentes e a data prevista para a sua realização, a qual não poderá ultrapassar 45 (quarenta e cinco) dias.

2.1.6. Caso o assistido ainda não esteja inserido no sistema de regulação, o **MUNICÍPIO** e a **SMS** realizarão o agendamento do procedimento, inserindo-o no sistema.

DEFENSORIA PÚBLICA
Processo E-20/0011, 244, 24
da 05/11/16 Fis. 50

DEFENSORIA PÚBLICA / RJ
 Processo E-2010011/2014/2 2014
 Data 01/11/16 Fls... 51

2.1.7. Sem prejuízo do procedimento ~~descrito no item anterior~~, as requisições de consultas que não foram regularmente inseridas no sistema de regulação serão encaminhadas à corregedoria da SMS para adoção das medidas cabíveis.

2.1.8. Inexistindo pendências para o agendamento, o assistido ou responsável receberá, no ato, a guia de encaminhamento, com a data de realização da consulta para apresentação na unidade de execução do serviço.

2.1.9. Os agendamentos serão realizados conforme a disponibilidade de datas das unidades de execução do serviço, diligenciando a SMS pelo cumprimento do prazo estabelecido no item 2.1.3.

2.1.10. Em caso de urgência, o **MUNICÍPIO** e a **SMS** inserirão o assistido no sistema e diligenciarão para que a consulta seja realizada no prazo máximo indicado no laudo médico.

2.1.11. Caso a consulta não seja oferecida na rede municipal ou em nenhuma das clínicas conveniadas, e caso não exista alternativa oferecida por outro Município, pelo Estado do Rio de Janeiro ou Hospitais/Institutos/Unidades Federais, o **MUNICÍPIO** buscará o atendimento da demanda na rede privada no prazo máximo de 90 (noventa) dias.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO FORNECIMENTO DE EXAMES

3.1 Os exames serão fornecidos aos assistidos vulneráveis que comprovarem residir no **MUNICÍPIO**, de acordo com o seguinte procedimento:

3.1.1. A **DPE/RJ** realizará o atendimento no Núcleo de Primeiro Atendimento Cível/Fazenda Pública devendo verificar se o assistido:

- a) comprovou a condição de vulnerabilidade e residência no Município;
- b) possui receita médica emitida por profissional médico ou odontólogo, com CRM ou CRO identificado, vinculado ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1.2. Verificada a documentação apresentada, o assistido ou o seu responsável será encaminhado à Comissão Técnica para análise e solução administrativa da demanda.

3.1.3. Caso a Comissão Técnica identifique que o Município oferece o exame pleiteado (em rede própria ou conveniada), a **SMS** entrará em contato com o assistido ou responsável no prazo máximo de 10 (dez) dias, informando a data do exame, o qual, por sua vez, deverá ser realizado no prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias.

3.1.4. Em caso de urgência atestada, o exame deverá ser realizado no prazo máximo indicado no laudo médico.

3.1.5. Caso o exame não seja oferecido na rede municipal ou em nenhuma das clínicas conveniadas, a Comissão Técnica deverá verificar se o exame é realizado no âmbito do SUS (tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS), bem como, em caso positivo, se o assistido já está inserido nos sistemas de regulação existentes e a data prevista para a sua realização.

[Assinatura]

3.1.6. Caso o assistido ainda não esteja inserido no sistema de regulação, o **MUNICÍPIO** e a **SMS** realizarão o agendamento do procedimento, inserindo-o no sistema.

3.1.7. Sem prejuízo do procedimento descrito no item anterior, as requisições de exames que não foram regularmente inseridas no sistema de regulação serão encaminhadas à corregedoria da **SMS** para adoção das medidas cabíveis.

3.1.8. Inexistindo pendências para o agendamento, o assistido ou responsável receberá, no ato, a guia de encaminhamento, com a data de realização do exame para apresentação na unidade de execução do serviço.

3.1.9 Os agendamentos serão realizados conforme a disponibilidade de datas das unidades de execução do serviço, diligenciando a **SMS** pelo cumprimento do prazo do item 3.1.3.

3.1.10. Em caso de urgência, o **MUNICÍPIO** e a **SMS** inserirão o assistido no sistema e diligenciará para que o exame seja realizado no prazo máximo indicado no laudo médico.

3.1.11. Caso o exame não seja oferecido na rede municipal ou em nenhuma das clínicas conveniadas, e caso não exista alternativa oferecida por outro Município, pelo Estado do Rio de Janeiro ou Hospitais/Institutos/Unidades Federais, o **MUNICÍPIO** buscará o atendimento da demanda na rede privada no prazo máximo de 90 (noventa) dias.

CLÁUSULA QUARTA – DO FORNECIMENTO DE CIRURGIAS

4.1 As cirurgias serão fornecidas aos assistidos vulneráveis que comprovarem residir no **MUNICÍPIO**, de acordo com o seguinte procedimento:

4.1.1. A **DPE/RJ** realizará o atendimento no Núcleo de Primeiro Atendimento Cível/Fazenda Pública devendo verificar se o assistido:

a) comprovou a condição de vulnerabilidade e residência no Município;

b) possui receita médica emitida por profissional médico ou odontólogo, com CRM ou CRO identificado, vinculado ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS).

4.1.2. Verificada a documentação apresentada, o assistido ou responsável será encaminhado à Comissão Técnica para análise e solução administrativa da demanda.

4.1.3. Caso a Comissão Técnica identifique que o Município oferece a cirurgia pleiteada (em rede própria ou conveniada), a **SMS** entrará em contato com o assistido ou responsável para marcação de consulta de avaliação pré-cirúrgica e posterior cirurgia.

4.1.4. A cirurgia eletiva deverá ser realizada no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias.

4.1.5. Em caso de urgência/emergência, a cirurgia deverá ser realizada no prazo máximo estabelecido no laudo médico.

FENSORIA PÚBLICA / RJ
 PROCESSO E-20170011/2441/1206
 DE 11/16 P. 53

4.1.6. Caso a cirurgia não seja oferecida na rede municipal ou em nenhuma das clínicas conveniadas, a Comissão Técnica deverá verificar se a cirurgia é realizada no âmbito do SUS (tabela SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS), bem como se o assistido já está inserido no sistema de regulação e a data prevista para a sua realização, a qual não poderá ultrapassar o prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias.

4.1.7. Caso o assistido ainda não esteja inserido no sistema de regulação, o **MUNICÍPIO** e a **SMS** realizarão o agendamento do procedimento, inserindo-o no sistema.

4.1.8. Sem prejuízo do procedimento descrito no item anterior, as requisições de cirurgias que não foram regularmente inseridas no sistema de regulação serão encaminhadas à corregedoria da **SMS** para adoção das medidas cabíveis.

4.1.9. Inexistindo pendências para o agendamento, o assistido ou responsável receberá, no ato, a guia de encaminhamento, com a data de realização do procedimento ou da avaliação pré-cirúrgica para apresentação na unidade de execução do serviço.

4.1.10. Os agendamentos serão realizados conforme a disponibilidade de datas das unidades de execução do serviço, diligenciando a **SMS** pelo cumprimento do prazo do item 4.1.4.

4.1.11. Em caso de urgência, o **MUNICÍPIO** e a **SMS** inserirão o assistido no sistema e diligenciarão para a realização do procedimento no prazo máximo indicado no laudo médico.

4.1.12. Caso a cirurgia não seja oferecida na rede municipal ou em nenhuma das clínicas conveniadas, e caso não exista alternativa oferecida por outro Município, pelo Estado do Rio de Janeiro ou Hospital/Instituto/Unidade Federal, o **MUNICÍPIO** buscará o atendimento da demanda na rede privada no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias.

CLÁUSULA QUINTA – DAS INTERNAÇÕES

5.1 Os leitos para internação serão fornecidos aos assistidos vulneráveis que comprovarem residir no **MUNICÍPIO**, de acordo com o seguinte procedimento:

5.1.1. A **DPE/RJ** realizará o atendimento no Núcleo de Primeiro Atendimento Cível/Fazenda Pública devendo verificar se o assistido:

- a) comprovou a condição de vulnerabilidade e residência no Município;
- b) possui receita médica emitida por profissional médico ou odontólogo, com CRM ou CRO identificado, vinculado ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS).

5.1.2. Verificada a documentação apresentada, o assistido ou responsável será encaminhado à Comissão Técnica para análise e solução administrativa da demanda.

5.1.3. Caso a Comissão Técnica identifique que o Município oferece o leito pretendido, a **SMS** entrará em contato com o assistido ou responsável para viabilizar a internação ou transferência para uma unidade de saúde municipal ou

[Handwritten signature]

DEFENSORIA PÚBLICA/RJ
 processo E-2010011/2041/16
 ata 09/11/16 fls. 54

conveniada (ou especialmente contratada) que possua o suporte necessário solicitado no laudo médico.

5.1.4. A internação deverá ocorrer no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

5.1.5. Em caso de urgência, a internação deverá ser realizada no prazo máximo estabelecido no laudo médico.

5.1.6. Caso o Município não disponha do leito pretendido, na rede municipal ou em nenhuma das clínicas conveniadas, a Comissão Técnica deverá identificar se o leito é disponibilizado no âmbito do SUS (tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS), bem como se o assistido já está inserido no sistema de regulação e informará sobre a disponibilidade de vaga, conforme apuração e captação junto à central reguladora de leitos, respeitando-se o critério de prioridade para tratamentos intensivos.

5.1.7. Caso o assistido ainda não esteja inserido no sistema de regulação, o MUNICÍPIO e a SMS providenciarão a sua inserção no sistema, diligenciando pela observância dos prazos indicados nos itens 5.1.4 e 5.1.5.

5.1.8. Sem prejuízo do procedimento descrito no item anterior, as requisições de internações que não foram regularmente inseridas no sistema de regulação serão encaminhadas à corregedoria da SMS para adoção das medidas cabíveis.

5.1.9. Caso não exista leito disponível para regulação na especialidade pretendida na rede municipal ou pelo SUS (outro Município, Estado ou Hospitais/Institutos/Unidades Federais), o MUNICÍPIO buscará o atendimento da demanda na rede privada diligenciando pela observância dos prazos indicados nos itens 5.1.4 e 5.1.5.

CLÁUSULA SEXTA – DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO E REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E OSTOMIZADAS

6.1. O MUNICÍPIO diligenciará pela inclusão das pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente e contínua, severa e em regime de tratamento intensivo, e pessoas ostomizadas nos serviços de atenção à saúde e/ou reabilitação existentes no Município, de acordo com o seguinte procedimento:

6.1.1. A DPE/RJ realizará o atendimento no Núcleo de Primeiro Atendimento Cível/Fazenda Pública devendo verificar se o assistido:

a) comprovou a condição de vulnerabilidade e residência no Município;

b) possui receita médica emitida por profissional médico ou odontólogo, com CRM ou CRO identificado, vinculado ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS), informando a necessidade e modalidade do serviço pretendido;

6.1.2. Verificada a documentação apresentada, o assistido ou responsável será encaminhado à Comissão Técnica para análise e solução administrativa da demanda.

6.1.3. Caso o paciente não possua laudo médico em razão da dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, a

X. P.

Comissão Técnica diligenciará pela obtenção de consulta domiciliar para avaliação e expedição do laudo médico.

6.1.4. Caso o serviço de reabilitação ou atenção à saúde dessas pessoas não seja oferecido na rede municipal ou em nenhuma das clínicas conveniadas, a Comissão Técnica deverá verificar se os serviços são fornecidos no âmbito do SUS, bem como efetuar o encaminhamento para o serviço especializado, inclusive via sistema de regulação, se for o caso, informando a data prevista para o seu atendimento.

6.1.5. Os agendamentos serão realizados conforme a disponibilidade de datas das unidades de execução do serviço, diligenciando a SMS pelo cumprimento do prazo indicado no laudo médico ou, se não houver, pelo prazo máximo de 90 (noventa dias).

6.1.6. Caso o serviço de reabilitação ou atenção à saúde não seja oferecido na rede municipal ou em nenhuma das clínicas conveniadas, e caso não exista alternativa oferecida por outro Município, pelo Estado do Rio de Janeiro ou Hospital/Instituto/Unidade Federal, o **MUNICÍPIO** poderá buscar o atendimento da demanda na rede privada em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias.

6.1.7. Inexistindo a possibilidade de tratamento na modalidade pretendida, a Comissão Técnica fornecerá parecer esclarecendo a impossibilidade de atendimento administrativo da demanda.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO TRANSPORTE FORA DE DOMICÍLIO

7.1. O transporte fora de domicílio será fornecido aos assistidos vulneráveis que comprovarem residir no **MUNICÍPIO**, agendados para consultas, exames, cirurgias, internações ou tratamentos em outros municípios, de acordo com o seguinte procedimento:

7.1.1. A DPE/RJ realizará o atendimento no Núcleo de Primeiro Atendimento Cível/Fazenda Pública devendo verificar se o assistido:

- a) comprovou a condição de vulnerabilidade e residência no Município;
- b) possui receita médica emitida por profissional médico ou odontólogo, com CRM ou CRO identificado, vinculado ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- c) comprovou a realização do tratamento, consulta, exame, cirurgia, internação em outro município;

7.1.2. Verificada a documentação apresentada, o assistido ou responsável será encaminhado à Comissão Técnica para análise e solução administrativa da demanda.

7.1.3. Caso a Comissão Técnica identifique que o Município oferece o tratamento, consulta, exame, cirurgia, internação na especialidade pretendida (em rede própria ou conveniada), entrará em contato com o assistido ou responsável para informar a possibilidade de realização do tratamento no Município, observando os prazos máximos constantes deste convênio para o atendimento de cada modalidade de serviço.

7.1.4. Inexistindo o tratamento na modalidade pretendida ou, em existindo, não possui vaga ou não pode ser fornecido nos prazos máximos

[Handwritten signature]

DEFENSORIA PÚBLICA / RJ
 processo E-20/001
 data 09/11/11 No. Fls. 56

constantes deste convênio para o atendimento de cada modalidade de serviço, o assistido será encaminhado à SMS para cadastramento no referido programa (TFD).

CLÁUSULA OITAVA – DA ATENÇÃO DOMICILIAR

8.1. O **MUNICÍPIO** diligenciará pelo atendimento dos pacientes que possuam problemas de saúde oriundos de internações prolongadas e/ou recorrentes, com doenças crônicas agudizadas, com incapacidade funcional provisória ou permanente, em cuidados paliativos e outros agravos que possuam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, fornecendo acompanhamento contínuo de equipe médica, enfermagem e outros profissionais necessários e existentes no Município, bem como, se for o caso, o fornecimento de equipamentos e materiais, de acordo com o seguinte procedimento:

8.1.1. A DPE/RJ realizará o atendimento no Núcleo de Primeiro Atendimento Cível/Fazenda Pública devendo verificar se o assistido:

- a) comprovou a condição de vulnerabilidade e residência no Município;
- b) possui receita médica emitida por profissional médico ou odontólogo, com CRM ou CRO identificado, vinculado ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS), consignando a necessidade dos profissionais ou equipamentos, elencando-os;
- c) comprovou a dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, mediante o enquadramento em uma das condições elencadas no *caput*;

8.1.2. Verificada a documentação apresentada, o assistido ou responsável será encaminhado à Comissão Técnica para análise e solução administrativa da demanda.

8.1.3. Caso o paciente não possua laudo médico em razão da dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, ou haja dúvida sobre a melhor abordagem terapêutica, a Comissão Técnica diligenciará pela obtenção de consulta domiciliar para avaliação e expedição do laudo médico.

8.1.4. Inexistindo a possibilidade de tratamento na modalidade pretendida, a Comissão Técnica fornecerá parecer esclarecendo a impossibilidade de atendimento administrativo da demanda.

CLÁUSULA NONA – DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

9.1. O **MUNICÍPIO** diligenciará pelo atendimento e atenção às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluídos aqueles com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de acordo com o seguinte procedimento:

9.1.1. A DPE/RJ realizará o atendimento no Núcleo de Primeiro Atendimento Cível/Fazenda Pública devendo verificar se o assistido:

- a) comprovou a condição de vulnerabilidade e residência no Município.

P *L*

 DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO		CENTRO DE APOIO TÉCNICO EM SAÚDE (CATE)						
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:								
DATA	NOME	PROCEDIMENTO	Q.P.S.	Q.P.A.	PRODUTO NÃO ATENDIDO	CONTATO	SOLUÇÃO ADMINISTRATIVA SIM () NÃO ()	ENCAMINHAMENT O PARA AÇÃO JUDICIAL

