

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

Judicialização da Saúde no Município de Porto Alegre (2014-2015).

Julia Negri Sampaio

Porto Alegre

2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

Judicialização da Saúde no Município de Porto Alegre (2014-2015).

Julia Negri Sampaio

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Políticas
Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Da Ros

Porto Alegre

2017

Judicialização da Saúde no Município de Porto Alegre (2014-2015).

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Políticas Públicas.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

Prof. Dr. Luciano Da Ros - UFRGS

Porto Alegre

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família por todo o apoio dado, desde o período de pré-vestibular, até o presente momento, por acreditar no meu potencial e investir nos meus estudos, uma vez que sou a primeira pessoa da família a ingressar em uma universidade federal e uma das poucas a terem acesso a universidades e concluírem a graduação.

À minha mãe e meu irmão por me buscarem na faculdade durante esses quatro anos, garantindo a minha segurança.

Aos meus amigos que me acompanharam nesta jornada e torceram por mim.

Aos meus amigos, em especial, Adriano Corrêa e Eduardo Bes que me auxiliaram neste trabalho com leituras e respostas de dúvidas.

Aos meus amigos integrantes do “Divas JK” por todos os bons momentos que passamos juntos e pela amizade construída nessa graduação.

À Comissão Organizadora do Primeiro Encontro de Estudantes do Campo de Públicas do Sul – COE ERECAPSUL, por me proporcionar a experiência de realizar pela primeira vez o encontro de grande importância para nosso campo.

À Comissão Organizadora do Encontro Nacional dos Estudantes do Campo de Pública - COE ENEAP por tornar o sonho construído no ERECAPSUL realidade este ano, trazendo este grande evento pela primeira vez no Rio Grande do Sul e, principalmente, por construirmos juntos um encontro inclusivo, democrático e inovador.

À minha orientadora de pesquisa, Profa. Dra. Adriana Roes Ramos por todos os conhecimentos compartilhados, pela paciência, pela atenção e pela oportunidade de experiência em pesquisa.

Ao grupo de pesquisa organizado pela Profa. Dra. Adriana Roes Ramos, e a todas as integrantes que produzem excelentes trabalhos acadêmicos, aprendi muito com todas, o que contribuiu para a produção deste trabalho.

Ao orientador Prof. Dr. Luciano da Ros pela orientação e dedicação dispensada na produção desse trabalho.

RESUMO

O trabalho tem como objetivo principal realizar um panorama da judicialização da saúde no município de Porto Alegre no período de 2014 e 2015. Entende-se como panorama o acionamento e a demanda, o processamento e o impacto das ações judiciais no município. Para tal, utilizou-se uma abordagem quantitativa de estatística descritiva para atender os objetivos específicos. Analisou-se 1.474 processos e os resultados indicaram que as maiores solicitações são por medicamentos, internações e alimentos, fraldas e insumos. Quase 60% das ações foram propostas por defensores públicos, divergindo de alguns estudos realizados no país. Por fim, ressalta-se a necessidade de análises locais, uma vez que cada região do país apresenta sua especificidade, para contribuir com os estudos de gestão de políticas de saúde no âmbito local.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde. Saúde Pública. Administração Pública.

ABSTRACT

The main objective of this study is to present an overview of the health judicialization in the city of Porto Alegre in the period of 2014 and 2015. It is understood as an overview of the activation and the demand, the processing and the impact of the judicial actions in the city. For this, a quantitative approach of descriptive statistics was used to attend the specific objectives. A total of 1,474 cases were analyzed and the results indicate that the greatest requests are for medicines, hospitalizations and food, diapers and supplies. Almost 60% of the actions were proposed by public defenders, diverging from some studies conducted in the country. Finally, it is emphasized the need for local analysis since each region of the country presents its specificity, in order to contribute to the studies of health policy management at the local level.

Key-words: Health Judicialization. Public Health. Public Administration.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADINS - Ações Diretas de Inconstitucionalidade

AGU – Advocacia Geral da União

CF/88 - Constituição Federal de 1988

DPE/RS - Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul

MS - Ministério da Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

NUDS - Núcleo de Defesa da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PGM - Procuradoria Geral do Município

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

STJ - Supremo Tribunal de Justiça

SUS - Sistema Único de Saúde

TJRS - Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul

TRF4 - Tribunal Regional Federal da 4ª Região

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Demandas mais frequentes - Geral

Tabela 2 - Frequência das demandas de 2014/2015

Tabela 3 –Proponentes - Geral

Tabela 4 - Frequência dos órgãos julgadores - Geral

Tabela 5 - Decisão x Demanda - Baixados

Tabela 6 - Decisão x Órgão Julgador - Baixados

Tabela 7 - Decisão x Proponente - Baixados

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
	1.2 Justificativa.....	11
	1.3 Objetivos.....	12
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
	3.1 Políticas Públicas de Saúde.....	15
	3.2 Judicialização das Políticas Públicas.....	18
	3.2.1 Contexto da Judicialização.....	18
	3.2.2 Judicialização da Saúde.....	23
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	26
	4.1 Acionamento e Demanda.....	26
	4.2 Processamento.....	31
	4.3 Impacto.....	35
5	CONCLUSÃO.....	39
6	REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88), conhecida também como Carta Cidadã foi generosa na incorporação de direitos individuais e sociais, declarando inclusive a sua universalidade e autoaplicação (GONZÁLEZ, 2016). Ela incorporou também referências a conceitos abstratos, como a dignidade da pessoa humana, que favorecem interpretações jurídicas baseadas mais em princípios amplos do que no texto propriamente dito da legislação (ibid). Nesse sentido, está prevista em seu art. 6º a saúde como um direito fundamental, social e individual (BRASIL, 1988). Ainda, de maneira mais específica, o art. 196 determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (ibid).

Mais especificamente, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n. 8.080/1990), possui como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade, e, como princípios organizativos, a descentralização, a regionalização e a hierarquização (LIMA; MATTA, 2010). De igual forma, ele contém uma organização institucional baseada na estrutura federativa de Estado brasileiro, contendo três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde, e constituindo assim o sistema nacional de saúde (DOURADO; ELIAS, 2011; GUERREIRO; BRANCO, 2011; MOREIRA; RIBEIRO; OUVENERY, 2017). Em vista disso, a divisão de competências entre os entes federativos deve ser feita pensando na sua cooperação, levando-se em conta a estrutura e capacidades financeiras de cada esfera de governo (GUERREIRO; BRANCO, 2011). Importante ressaltar que a descentralização político-administrativa proporcionou autonomia aos municípios, passando a eles a tarefa de gerir o sistema de saúde localmente (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2013).

Paralelamente, nos últimos anos o Poder Judiciário tem sido acionado para decidir sobre a provisão de diversas políticas públicas, incluindo privatizações, reforma agrária e planos de estabilização econômica, entre vários outros (TAYLOR, 2007). Muitas de suas decisões nesses casos, com efeito, são tomadas com base em princípios abstratos, a exemplo da “dignidade da pessoa humana” referida anteriormente (GONZÁLEZ, 2016). Além disso, como o Estado é legalmente obrigado a fornecer bens e serviços de saúde aos cidadãos, o Poder Judiciário brasileiro vem sendo acionado também para atuar na concessão de demandas individuais nessa área (WANG et al, 2014; MARQUES; MELO; SANTOS, 2011). Essa dinâmica acarreta no que se chama de “judicialização da saúde”, a qual deve ser entendida

como o processo por meio do qual decisão judicial obriga o poder público a fornecer bens e serviços de saúde ante, geralmente, a recusa do próprio poder público de fazê-lo (WANG et al, 2014; DINIZ; MACHADO; PENALVA; 2014; LEITÃO et al, 2014; WANG, 2009; MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

Quando há decisão referente à solicitação da ação do Estado no fornecimento da garantia dos direitos individuais – tais como medicamentos, tratamentos e internações – os magistrados frequentemente priorizam os princípios abstratos da Constituição em detrimento das consequências administrativas de suas decisões (ENGELMANN; CUNHA FILHO, 2013; GONZÁLEZ, 2016). O direito constitucional à saúde, com efeito, tornou-se um pilar para a formulação dessas ações judiciais de cunho individual, e contribuiu para o aumento no uso deste dispositivo como meio de garantir o cumprimento dos serviços pelo Estado (WANG et al, 2014; DINIZ; MACHADO; PENALVA; 2014). E esta demanda pelo acionamento do Poder Judiciário no âmbito da saúde vem se configurando uma prática crescente no Brasil (WANG, 2009).

Conforme Marques, Melo e Santos (2011), a prerrogativa jurídica representa o poder do cidadão de exigir, de qualquer ente federativo, o atendimento das suas necessidades em saúde, garantindo o princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que a improcedência da ação põe em risco o direito à saúde. Assim, pensando na co-dependência como um princípio organizativo do sistema, as tomadas de decisões são direcionadas para qualquer uma das três esferas do SUS – i.e., Municípios, Estados e Distrito Federal, e União (ibid). Em vista disso, os pleitos geralmente reconhecem a solidariedade entre os entes federativos, não aceitando o argumento da divisão de competências prevista na política pública (GONZÁLEZ, 2016). Contudo, González (2016) salienta que o grande volume de decisões e a alta taxa de sucesso dos autores dos processos configuram uma alteração do modelo da política pública com relação às três dimensões referidas. A cobertura ainda é universal, pois atinge todos os cidadãos, porém os custos são arcados por cada esfera do Estado (União, Estado ou Município) de forma distinta (ibid). Assim, pensar em solidariedade entre as responsabilidades dos entes federados nas decisões judiciais é tentar redesenhar a distribuição de competências do SUS entre os subnacionais neste particular (WANG et al, 2014).

De modo geral, a escassez de recursos e a imprevisibilidade do gasto são questões vistas como irrelevantes para o Poder Judiciário rejeitar a solicitação de um bem ou serviço de

saúde, principalmente porque o direito à saúde é assegurado pela Constituição Federal (FERRAZ; VIEIRA, 2009). Além disso, o impacto de uma decisão judicial no orçamento dificilmente é considerado pelo Judiciário brasileiro na tomada de decisão. Ressalta-se ainda que as ações judiciais têm interferido cada vez mais nos orçamentos públicos municipais, uma vez que os municípios são os entes mais próximos dos usuários e, por isso mesmo, são muito frequentemente demandados (WANG et al, 2014).

Em vista do contexto até aqui apresentado, este trabalho almeja responder a seguinte questão de pesquisa: qual é o panorama da judicialização da saúde no município de Porto Alegre? Por “panorama” compreenda-se a demanda, o processamento e o impacto da judicialização da saúde no município, conforme detalhado nos objetivos específicos. Esse panorama permitirá compreender, portanto, quantas ações foram propostas (e por quais tipos de atores, e com quais demandas específicas), bem como os padrões decisórios do Poder Judiciário, e o impacto – sobretudo orçamentário – dessas decisões.

1.2 Justificativa

De acordo com Simão e Orellano (2015), visando garantir universalidade, equidade e integralidade na assistência à saúde, e sob a ótica de que os governos locais têm mais condições de identificar necessidades específicas, o SUS tornou os municípios os principais responsáveis pela gestão da saúde de sua população, especialmente na atenção básica. Ocorre, portanto, um saliente direcionamento das ações judiciais individuais que solicitam diferentes medicamentos e/ou tratamentos em saúde aos municípios, afetando diretamente os seus respectivos orçamentos (WANG et al, 2014; WANG, 2009). Logo, a judicialização da saúde gera custos imprevistos, afetando proporcionalmente mais os municípios do que estados e a União e, sobretudo, os municípios de menor porte, que possuem poucos recursos financeiros (WANG et al, 2014).

Ademais, como frisado anteriormente, ao decidir, o Poder Judiciário geralmente não leva em consideração os custos das decisões impostas, aplicando de forma quase mecânica os princípios abstratos da Constituição nesse particular (GONZÁLEZ, 2016). Como resultado, as solicitações por bens e serviços de saúde crescem constantemente (WANG; FERRAZ, 2013; MARQUES; MELO; SANTOS, 2011; NUNES; RAMOS JUNIOR, 2016). Segundo Ferraz

(2011), em sua pesquisa realizada em 2009 com 1.276 municípios brasileiros, são frequentes as ações judiciais de saúde em mais da metade dos municípios analisados. Ainda, a judicialização da saúde é apontada como uma questão importante para um terço desses (FERRAZ, 2011 apud WANG et al, 2014).

A partir dessa análise, o presente trabalho justifica-se na medida em que, as ações judiciais de saúde e o repasse das mesmas para os municípios tornaram-se prática corriqueira, e atendê-las têm sido um dilema recorrente para a gestão dos orçamentos públicos municipais. Busca-se então, analisar a demanda, processamento e impacto das ações judiciais em saúde sobre o orçamento do município de Porto Alegre de modo a apontar as consequências e implicações e, nesse contexto, possibilitar orientações para a qualificação da gestão.

Ademais, a escolha específica do município de Porto Alegre como objeto de análise se justifica porque, que seja de conhecimento da autora, não há estudos neste particular a seu respeito. Larga parcela dos trabalhos existentes se concentra em cidades do Sudeste do país (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; OLIVEIRA; NORONHA, 2011; SILVA; TERRAZAS, 2011; LEITÃO et al, 2014; WANG et al 2014). Dentre os trabalhos realizados no âmbito de Porto Alegre, destaca-se a pesquisa de Gottlieb (2013). Esta, no entanto, examina apenas demandas coletivas – e não individuais – na área da saúde, e o faz em paralelo a outras áreas de políticas públicas. Por sua vez, Silveira (2015) analisa apenas a judicialização de medicamentos no município, de forma que não abarca outras demandas por serviços da área de saúde.

1.3 Objetivos

O **objetivo geral** deste trabalho de conclusão é, portanto, realizar um panorama da judicialização da saúde no município de Porto Alegre entre os anos de 2014 e 2015 de modo a compreender quantitativamente a demanda, o processamento e o impacto orçamentário das ações judiciais no município. Para isso, serão realizados os seguintes **objetivos específicos**:

3.1 Identificar o perfil dos solicitantes, de modo a identificar se estes realizaram a solicitação por meio de advogado particular ou por meio da Defensoria Pública, o que permitirá saber se os requerentes são de baixa renda ou não;

3.2 Identificar os tipos de solicitações mais frequentes (medicamentos, tratamentos, internações, etc);

3.3 Assinalar a quantidade média anual dos processos;

3.4. Identificar os órgãos julgadores;

3.5. Indicar a taxa de sucesso geral das demandas judiciais e as taxas de sucesso específicas (por tipo de requerente, de requerimento, de órgão julgador etc.);

3.6. Identificar os custos médios e totais das ações judiciais em saúde para o município;

3.7. Identificar custos indiretos das demandas, gastos pela prefeitura na forma de procuradores municipais que trabalham nos casos, estagiários, secretários, etc e a estrutura burocrática necessária para atender a tais demandas judiciais.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Ramos (2014) a ciência social empírica que se utiliza da quantificação está preocupada com resultados gerais e coletivos. Assim, embora este trabalho seja um estudo de caso, ele se vale de diversas unidades de observação (i.e., ações judiciais) internas ao caso para realizar sua análise. Desta forma, a metodologia adotada no presente trabalho é de cunho preponderantemente quantitativo. No entanto, como se trata de questão de pesquisa que não almeja examinar relações de causalidade, as técnicas estatísticas adotadas se limitam àquelas de cunho descritivo, e não multivariado.

Em relação à amostra das unidades de observação, esta foi gerada por disponibilidade, com base nas informações recebidas e/ou encontradas por órgãos públicos que trabalham diretamente com essas demandas. Os dados primários foram fornecidos pela Procuradoria Geral do Município de Porto Alegre (PGM), que disponibilizou um banco de dados com 1.474 processos judiciais em que há demandas de bens e serviços na área da saúde no município de Porto Alegre nos anos de 2014 e 2015. Neste banco de dados, as informações disponíveis incluem: os números dos processos, a situação dos processos (baixados ou ativos) e os assuntos dos processos. Com base nos números dos processos, foi realizada a busca dos dados secundários nos sites do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJRS) e do Tribunal Regional Federal da 4ª. Região (TRF4), de forma a coletar as informações dos objetivos específicos. Ainda, buscou-se junto à Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre (SMS) as rubricas orçamentárias relacionadas às demandas judiciais no período em análise. Finalmente, com base nos dados publicamente disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, foram examinados os custos indiretos da judicialização da saúde no município.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada a teoria que fundamenta este trabalho.

3.1 Políticas Públicas de Saúde

O conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946 indica “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doenças ou de enfermidade” (OMS, 1946). Ainda, declara que “gozar do melhor estado de saúde que é possível constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano” (ibid). Além disso, a OMS define que “os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas” (ibid).

Paralelamente, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 prevê uma série de direitos sociais fundamentais, dentre eles o direito à saúde, conforme consta no artigo 6º da CF/88. Na Constituição, o Estado também é responsável por fornecer bens e serviços em saúde à população, de acordo com o art. 196, citado anteriormente. Ferraz e Vieira (2009) reforçam a importância dos arts. 6º e 196 da CF/88 para discutir políticas de saúde no Brasil, em especial porque os artigos reconhecem a saúde como um direito fundamental das pessoas e como um dever do Estado em fornecê-la (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Para isto, a CF/88 prevê também no art. 198 que uma rede regionalizada e hierarquizada é fundamental para que as ações e serviços públicos de saúde possam ser executados como um sistema único, possuindo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Neste processo, a CF/88 revelou caminhos para a formulação da base do Sistema Único de Saúde (SUS), e posteriormente, as delimitações dos procedimentos foram através de outras leis específicas (MOURA, 2013). Diante disso, a Lei Federal nº. 8.080/1990 regulamenta o SUS como:

“Um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990).”

Ainda, esta lei trata dos princípios e diretrizes do SUS, assim como da organização e da gestão do sistema. Complementarmente, a Lei Federal nº. 8.142/1990 inclui a participação social na gestão do SUS e define as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Dando destaque ao princípio de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, definido na Lei Federal nº 8.080/1990, destaca-se a definição de acesso universal por Paim (2009) de que todos os brasileiros podem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira, seja legal, econômica, física ou cultural (ibid, p.30). Mais, o princípio da igualdade da assistência à saúde, também previsto na Lei Federal 8.080/1990, somado ao princípio da universalidade promovem a atenção integral à saúde. Corroborando Paim (2009) define que “O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto pela Carta Magna, permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde” (ibid, p. 30).

Reforçando, Viegas e Penna (2013) apontam que os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade remetem a uma lógica de direito e de trâmite livre na rede de atenção à saúde mediante as necessidades apresentadas pelos usuários (VIEGAS; PENNA, 2013). Haja vista a saúde como um direito universal e o SUS como provedor, o art. 198 da CF/88, citado anteriormente, determina a descentralização da saúde como uma diretriz fundamental para a realização do direito à saúde. Segundo Arretche (2002) o princípio do direito universal de acesso aos serviços públicos de saúde teve validade imediatamente após a promulgação da CF/88. Todavia, para a municipalização dos serviços ocorrer, era necessária uma reestruturação nacional de organização dos serviços, cuja principal objetivo seria a transferência de atividades desempenhadas pela União para os municípios (ibid).

Ainda sobre a reestruturação, Arretche (2002) afirma que a reforma se tratava de um princípio ordenador do direito à saúde e o modelo centralizado de prestação de serviços:

“A agenda da reforma tinha como objetivos universalizar o acesso aos serviços e descentralizar sua gestão, isto é, a reforma visou simultaneamente a romper com o modelo prévio assentado sobre o princípio contributivo e transferir aos municípios responsabilidades de gestão da prestação de serviços, mantendo a participação federal no financiamento da política (ARRETCHÉ, 2002, p. 18).”

Conforme Dourado, Dallari e Elias (2012), o governo federal utilizou como estratégias para estimular a adesão dos municípios no SUS às portarias editadas pelo Ministério da Saúde (MS). Quem afirma isso também é Arretche (2004):

“A edição de portarias ministeriais tem sido o principal instrumento de coordenação das ações nacionais em saúde. Isto quer dizer que a principal arena de formulação da política nacional tem sido o próprio poder Executivo e, marginalmente, o Congresso Nacional. O conteúdo destas portarias consiste, em grande medida, em condicionar as transferências federais à adesão de Estados e municípios aos objetivos da política federal (ARRETCHE, 2004, p. 6).”

O efeito da descentralização do SUS foi através da emissão, pelo MS, das Normas Operacionais Básicas (NOB) para definir as regras de execução do SUS. Este processo ocorreu nos anos de 1990, por meio das NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96 (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012; ARRETCHE; MARQUES, 2002; ARRETCHE, 2002).

Em linha cronológica apresentada pela Arretche (2002), a NOB/91 introduziu o princípio de habilitação ao SUS, o qual os estados e municípios poderiam aderir à política federal de descentralização. Juntamente, as NOB/91 e NOB/92 regulamentavam as transferências aos entes federados (ARRETCHE, 2002). Somente na NOB/93 que a adesão dos municípios foi considerável, cerca de 63% dos municípios brasileiros, uma vez que, a portaria proporcionava a opção de escolha entre as modalidades de habilitação de acordo com as capacidades administrativas (ibid). A municipalização se efetiva, por fim, com a NOB/96, em que define com clareza a descentralização de recursos federais aos orçamentos municipais para realização da atenção integral à saúde da população (ibid). Logo, a definição dos critérios de habilitação e incentivos - financeiros - propostos através das NOBs, conduziram a progressiva adesão dos municípios ao SUS (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

Portanto, o direito à saúde é previsto na CF/88 como universal, integral e igualitário para todos, sem distinções econômicas, sociais e raciais, sendo obrigação do Estado – em qualquer nível – em fornecer acesso à atenção integral em saúde para todos. A não realização disso, gera, em muitos casos, o que chamamos de judicialização da saúde.

3.2 Judicialização de Políticas Públicas

O fenômeno da judicialização das políticas públicas pode ser compreendido como a expansão do escopo dos conflitos a respeito de políticas públicas em direção ao Poder Judiciário. Assim, questões outrora decididas apenas pelos Poderes Executivo e Legislativo passam a ser objeto de decisão também da magistratura (TAYLOR, 2007; DA ROS, 2017). Este trabalho se utiliza desse conceito abstrato como forma de discutir o processo de mais específico de judicialização da saúde. Para tanto, serão apresentados a seguir o contexto de formação da judicialização da política e das políticas públicas, por um lado, e o conceito de judicialização da saúde, por outro.

3.2.1 Contexto Histórico da Judicialização

O Poder Judiciário passou por diversas transformações até se tornar a instituição de hoje, com as particularidades de cada país. Para definir o Judiciário atual, Arantes (2015) apresenta uma breve trajetória da instituição, pontuando os principais acontecimentos dos séculos XVIII e XIX e seus efeitos sobre a organização da mesma (ARANTES, 2015). Segundo o autor, o Antigo Regime tinha o Judiciário centralizado junto aos poderes demais estatais, e a economia, as relações comerciais e o capitalismo contribuíram para a valorização da Justiça, como órgão de garantia das relações dos agentes econômicos e como um instrumento da racionalização da vida social e econômica (ibid). Findado os regimes absolutistas e fundados os estados liberais, como o norte-americano e o francês, o papel da justiça passou a ser reconhecido como autônomo da função estatal e como um poder de Estado (ibid). Devido a relevância histórica dos modelos de Judiciário moderno da França e dos Estados Unidos, os mesmos são usados como referência para a formação dos demais nos Estados liberal-democráticos nos séculos XIX e XX, sendo a função de justiça comum do judiciário sem poder político nas condições francesas; e a justiça com poder político e resolutive de conflitos particulares nas condições americanas. São nesses aspectos que os Estados Unidos e a França possuem exemplos de delegação e não delegação do papel político à magistratura, respectivamente (ibid). Em síntese, para o autor, ambas experiências são modelos de Judiciário a serem seguidos em democracias: de um lado o Judiciário norte-

americano, com função liberal para conter a política majoritária e condição não republicana, principalmente no controle dos atos normativos das maiorias políticas representativas; do outro lado, a justiça francesa atenta aos conflitos particulares, sem constituição de uma aristocracia (ibid).

Em que pesem esses modelos iniciais, o Poder Judiciário de diversos países passou por um processo profundo de expansão ao longo do século XX. Neste particular, podem-se destacar alguns fatores históricos que explicam esse fenômeno. Conforme resume Madeira (2011):

“O desenvolvimento do Estado social após a II Guerra levou a mudanças significativas no mundo do direito e da justiça, desencadeando a produção de normas constitucionais substantivas, carregadas de direitos sociais como saúde, trabalho, educação e segurança social. Neste modelo, o Estado deixa de ser apenas o responsável pela manutenção da ordem e garantia de liberdades e passa a ser instrumento de redução das desigualdades sociais, por meio da intervenção econômica e prestação de serviços públicos mais abrangentes. Com essas transformações, o Judiciário passa a assumir papéis para além da função de aplicação da lei nos conflitos particulares, sendo acionado para dar efetividade à nova legislação social (MADEIRA, 2011, p.4).”

Ademais, Carvalho (2004) também afirma sobre alguns fatos para o aumento do poder judiciário:

“O fim da II Guerra Mundial acelerou o surgimento dos tribunais constitucionais. Nesse ponto, os direitos humanos tiveram um papel fundamental, principalmente a Corte de Direitos Humanos de Estrasburgo, por ter disseminado o “evangelho” da judicialização nos mais diversos países (CARVALHO, 2004, p.117).”

Já para Santos et al (1996), a expansão da justiça é relacionada a um enfoque sociológico, em que há o desenvolvimento do Estado-Providência e a crise do mesmo, conforme destacam:

“A consagração dos direitos sociais e econômicos, tais como o direito ao trabalho e ao salário justo, à segurança no emprego, à saúde, à educação, à habitação, à segurança social significa, entre outras coisas, a juridificação da justiça distributiva. A liberdade a proteger juridicamente deixa de ser um mero vínculo negativo para passar a ser um vínculo positivo, que só se concretiza mediante prestações do Estado (SANTOS et al, 1996, p. 4).”

Na crise do Estado-Providência e diante dos novos direitos atribuídos, o Judiciário passa a ser acionado para efetivação dessa legislação social, dessa forma Santos et al (1996):

“A juridificação do bem-estar social abriu caminho para novos campos de litigação nos domínios laboral, civil, administrativo e da segurança social, o que, nuns países mais do que noutros, veio a se traduzir no aumento exponencial da procura judiciária e na consequente explosão da litigiosidade (SANTOS et al, 1996, p.4).”

Por outro lado, há um enfoque institucional acerca da ampliação do Judiciário, apresentado por Arantes (2015), em que descreve esse fenômeno com ênfase nos aspectos jurídicos e institucionais, aponta que ao longo do século XX o Judiciário passou por mudanças nas regras processuais, além das transformações sociais, econômicas e políticas, ficando ao alcance formal dos atores coletivos das sociedades (ARANTES, 2015). Vale ressaltar que, o acesso à justiça é condição para a existência do fenômeno da judicialização. Cappelletti e Garth (1988) afirmam que o acesso à justiça é requisito fundamental, um dos direitos humanos, de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir, e não apenas proclamar os direitos de todos (CAPPELLETTI; GARTH, 1988). Portanto, o Judiciário se expandiu fortemente na segunda metade do século XX, como uma instituição de resolução de conflitos coletivos e sociais e como efetivador de direitos oriundos de igualdade (ARANTES, 2015).

De outro modo, Carvalho e Leitão (2010) correlacionam o fenômeno da expansão da justiça com o alto grau de autonomia do judiciário e a discricionariedade frente aos Poderes do Estado somada à ampliação de atribuições para a proteção do interesse público e dos direitos sociais, os quais seriam fatores explicativos para o processo de judicialização da política (CARVALHO; LEITÃO, 2010). Ainda, Castro (1997) apresenta em seu trabalho, baseado na teoria de Tate e Vallinder (1995), este fenômeno relacionado a dois aspectos:

“(1) um novo “ativismo judicial”, uma nova disposição de tribunais judiciais no sentido de expandir o escopo das questões sobre as quais eles devem formar juízos jurisprudenciais (muitas destas questões até recentemente ficavam reservadas ao tamanho dado pelo Legislativo ou pelo Executivo); e (2) o interesse de políticos e autoridades administrativas em adotar (a) procedimentos semelhantes aos processos judiciais e (b) sobretudo parâmetros jurisprudenciais em suas deliberações (muitas vezes, o Judiciário

é politicamente provocado a fornecer esses parâmetros) (CASTRO, 1997, p. 2).”

Retomando ao exemplo dos Estados Unidos, nele há um modelo de Poder Judiciário com controle difuso de constitucionalidade das leis. Neste modelo, todos os juízes podem declarar a inconstitucionalidade das leis e dos atos normativos em meio ao processo decisório sobre casos concretos e sem a necessidade de apresentar os casos diretamente à Suprema Corte (ARANTES, 2015). Por outro lado, alguns países europeus apresentam o modelo de controle de constitucionalidade das leis concentrado. Nestes casos, o Poder Judiciário não possui poder de revisar a constitucionalidade das leis em meio à decisão de casos concretos. Esta prerrogativa é exercida de forma concentrada – e quase sempre decidindo os casos de forma abstrata – por uma corte constitucional que se localiza formalmente fora do próprio Poder Judiciário (ibid). O Brasil, por sua vez, possui modelo híbrido. Isso ocorrer porque há o mecanismo de acionamento direto do Supremo Tribunal Federal (STF), o qual pode anular ou ratificar leis, mas este poder não se concentra somente no STF, podendo outros tribunais de instâncias inferiores declararem leis inconstitucionais, ou também, afastar sua aplicação em casos concretos (ibid). Tendo em vista o modelo adotado, a expansão do Poder Judiciário se deu por meio de três fases, as quais são relacionadas aos períodos políticos do país. Madeira (2011) resume o processo da ampliação do acesso à justiça e a expansão do Poder Judiciário no Brasil da seguinte forma:

“A primeira, entre os anos 1930 e 1940, impulsionada pela tendência duradoura da política brasileira, que gerou desconfiança em relação às instituições político-representativas e à capacidade do regime democrático em atender às necessidades da sociedade, inspirando soluções alternativas do problema e da ordem social e dos conflitos; a segunda, a partir dos anos 1970, com a atribuição ao Ministério Público, como órgão de estado, da responsabilidade pela defesa dos interesses difusos e coletivos perante o Judiciário; e a terceira, com a Constituição de 1988 consolidando-se como instrumento para a realização da justiça social e a promoção de direitos, incorporando valores de igualdade social, econômica e cultural, ao mesmo tempo em que consolida a expansão da Justiça rumo à proteção dos direitos coletivos, ampliando também o acesso à justiça, especialmente através de inovações na estrutura judiciária (MADEIRA, 2011, p.5).”

Além disso, Motta (2007) relaciona o acesso à Justiça no Brasil com a desconfiança gerada pelo período autoritário e com a conjuntura da CF/88, como vemos:

“Acesso à Justiça no Brasil se identifica com os movimentos sociais e os espaços alternativos de Justiça, devido, sobretudo, à desconfiança que o Estado provoca na sociedade civil, já que ele expressava, na virada dos anos 70 aos 80, um espaço autoritário inacessível aos novos atores sociais. No entanto, na conjuntura da Constituinte de 1988, o acesso à Justiça tornou-se um princípio constitucional, e as instituições jurídicas estatais, como a Magistratura, o Ministério Público e a Defensoria Pública, conseguiram ampliar a sua legitimidade ao serem reconhecidos como instituições essenciais à Justiça (MOTTA, 2007, p. 34).”

Em seu trabalho, Motta (2007) apresenta, de acordo com a teoria de Tate e Vallinder (1995), o fenômeno da judicialização como próprio de sistema democrático, assim como da separação dos poderes, da política de direitos e da pressão dos grupos de interesses e Cortes Supremas (TATE; VALLINDER, 1995 apud MOTTA, 2007, p.27). Conforme apresentado, esses aspectos proporcionam a existência da judicialização no país, em que a participação, conforme Schulze (2014) está mais ampla e intensa na concretização dos fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação do Legislativo e do Executivo (SCHULZE, 2014).

Em particular, a partir de 1988 o Supremo Tribunal Federal (STF) recebeu enormes poderes sobre o controle da constitucionalidade das leis. Dessa forma, as Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADINs) passaram a ser reconhecidas como instrumentos de significativa importância, uma vez que, podem ser propostas por um amplo leque de atores e em relação a praticamente quaisquer tipos de leis, incluindo emendas à Constituição (VIANNA et al, 1999). Com efeito, desde 1988, apenas por meio de ADINs mais de duzentos vetos foram impostos a leis federais, seja em decisões no mérito, seja em liminares (TAYLOR; DA ROS 2008). Com a ampliação das ADINs, portanto, o STF passou a exercer um novo papel, deixando de ser coadjuvante na produção legislativa e tornando-se cada vez mais um dos seus principais atores (VIANNA et al, 1999).

Complementarmente, os direitos sociais adquiriram *status* constitucional. Antes adstritos ao campo político, isto significou que estes passaram a ocupar também o campo jurídico, de tal forma que a CF/88 colocou o controle de constitucionalidade à disposição da sociedade, para assegurar a sua efetividade. Logo, como consequência, o Poder Judiciário vem crescentemente sendo acionado para efetivar de forma concreta às questões de relevância social, política ou moral (POMPÍLIO; PARRECHIO, 2016).

3.2.2 Judicialização da Saúde

Tendo em vista os direitos sociais estabelecidos na CF/88 e os deveres do Estado em concedê-los, a judicialização da saúde tem se tornado fenômeno crescente no Brasil devido ao alegado não cumprimento do papel do Estado no que diz respeito ao fornecimento de bens e serviços em saúde. De modo geral, a judicialização da saúde pode ser compreendida como a busca dos cidadãos, por vias judiciais, por bens ou serviços em saúde que, de alguma forma, não foram providos pelo Poder Público.

Corroborando para tal definição, apresento o conceito de judicialização da saúde de alguns autores, tais como Leitão et al. (2014) que afirmam que, na dificuldade de o Poder Executivo cumprir seu dever institucional, o cidadão busca outros meios de acesso aos serviços por meio de processos judiciais. Neste mesmo sentido, Marques, Melo e Santos (2011) apresentam o conceito como a busca do acesso à saúde por meio de ações judiciais. De igual forma, conforme definido por Ferraz e Vieira (2009):

“A partir do fim da década de 1990, ações judiciais vêm aflorando espalhadas pelo país, centenas delas culminando na mais alta corte, Supremo Tribunal Federal. Percebe-se, nessas ações, um claro descompasso entre o que o Poder Judiciário e o que os técnicos em saúde do Estado vêm entendendo por direito à saúde. De um lado, os especialistas em saúde pública partem da premissa de que os recursos da saúde são necessariamente limitados em relação à demanda. É necessário, por consequência lógica, fazer escolhas sobre a utilização desses recursos. O direito à saúde, nesse contexto, é também necessariamente limitado, e não absoluto. De outro lado, o Judiciário parte da premissa de que a saúde (a própria vida) foi (foram) erigida(s) ao *status* de direitos fundamentais pela Constituição de 1988 (FERRAZ; VIEIRA, 2009, p.1).”

É crescente o número de processos que demandam serviços da saúde. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça, em 2011 foram registrados mais de 240 mil processos de judicialização da saúde, e dentre esses processos mais de 113 mil estariam no Rio Grande do Sul. A Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Sul (PGE-RS) informou que cerca de 15 milhões de reais são gastos, por mês, pela Secretaria Estadual da Saúde com ações judiciais que solicitam medicamentos. Ainda, informou que há 62 mil pacientes com demandas judiciais em todo o Estado (PGE-RS, 2017). Logo, é evidente a potência deste fenômeno no Brasil e no Rio Grande do Sul.

Os argumentos utilizados pelo Poder Judiciário na tomada de decisão na concessão de bens e serviços em saúde, em sua maioria, são embasados no direito à saúde, que por sua vez, garante o recebimento de tratamento, insumos e medicamentos pelo SUS (WANG et al, 2014). Como mostra estudo realizado por Engelmann e Cunha Filho (2013), os quais analisaram o perfil dos argumentos utilizados pelos desembargadores nas decisões judiciais do TRJS, as interpretações que aparecem com maior frequência nas tomadas de decisões da judicialização da saúde, em ordem de frequência, são os seguintes:

- “1) Tribunal opõe autoridade do poder Judiciário à autoridade do Executivo na organização da gestão pública: “A orientação desta Corte é tranquila no sentido da viabilidade de deferir-se o bloqueio de valores do Estado para aparelhar de forma mais efetiva o direito à saúde”. “O pedido administrativo apesar de ser um expediente útil ao ente público e aos próprios cidadão é uma formalidade burocrática e sua não observância não pode ser óbice a impedir o requerimento judicial de fornecimento do medicamento”.
- 2) Tribunal interpreta sentido do princípio da divisão dos poderes: Condenação dos entes estatais ao atendimento de direito fundamental à saúde não fere o princípio de divisão de poderes.
- 3) Tribunal guardião da Constituição: Acesso à saúde é direito constitucional. (ENGELMANN; CUNHA FILHO, 2013, p. 63).”

O direito à saúde seria, portanto, indiscutível contra qualquer argumento contrário. Mais do que uma interpretação própria dos desembargadores gaúchos, essa tendência seriam amplamente aceita no Poder Judiciário brasileiro de uma forma geral. Com efeito, o próprio STF parece decidir de igual forma sobre o tema. Fortalecendo isso, apresenta-se o seguinte trecho de decisão do Supremo Tribunal Federal pelo ministro Celso de Mello:

“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 inconstitucional¹ (Min. Celso de Mello, RE 271286, 12-09-2000).” (grifo meu)

Tampouco seria essa interpretação algo próprio apenas dos tribunais. Trata-se, com efeito, de uma lógica que permeia inclusive os magistrados de primeiro grau. Corroborando

¹ Recurso Extraordinário 271286 Agência Reguladora / RS - Rio Grande do Sul. Relator Min. Celso de Mello. Julgamento em 12/09/2000. Disponível em <http://www.stf.jus.br/>

tais argumentos, apresenta-se trecho de sentença do processo julgado pela 10ª. Vara da Fazenda Pública do Foro Central de Porto Alegre:

“A Constituição Federal, em seu art. 5º, caput, ao tratar dos direitos e garantias fundamentais da pessoa, garantiu o direito à vida e em seu art. 6º, que cuida dos direitos sociais, assegurou o direito à saúde, dentre outros. Não bastasse isso, o art. 196, que trata da ordem social, prescreveu o direito à saúde e o dever do Estado, sem qualquer limitação ou restrição. A Lei 8.080/90, em seu art. 2º, reiterou que a saúde é um direito fundamental do cidadão, incumbindo ao Estado prover as condições ao seu pleno exercício, disciplinando o SUS – Sistema Único de Saúde -, e incumbindo aos entes públicos a prestação de serviços de saúde à população.

A Constituição Estadual do Rio Grande do Sul, no mesmo sentido, em seu art. 241, preceitua que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e do Município, a ser ofertada através de sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, é evidente que compete ao Município o dever de resguardar o direito à vida e à saúde de todo e de cada cidadão.

Outrossim, **não há que se falar em ofensa ao princípio da separação dos poderes, visto que ao judiciário compete fazer cumprir as leis** (Juíza Nadja Mara Zanella, PC 0000060-23.2014.8.21.0001 - TJRS, 11/07/2016)².”
(grifo meu)

Diante do exposto, fortifica-se que o direito à saúde é compreendido pelo Poder Judiciário como superior a qualquer outro argumento, sendo independente a qualquer esfera de governo. Desse modo, as ações judiciais podem ser direcionadas a qualquer uma das esferas do SUS, uma vez que um dos princípios organizativos do sistema prevê a co-dependência (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011).

²Processo de Conhecimento 0000060-23.2014.8.21.0001 / TJRS - 10ª Vara da Fazenda Pública. Juíza de Direito Nadja Mara Zanella. Julgado em 11/07/2016. Disponível em: <http://www.tjrs.jus.br/site/>

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Feita a coleta dos dados referida na seção 4, acima, junto aos sites do TJRS e de TRF4, chegou-se à seguinte divisão: (a) os processos, baixados e em andamento, totalizam 1.474 casos; (b) por ano, há 439 processos em 2014 e 1.035 em 2015; e (c) há 391 processos baixados para os quais não possuem segredo de justiça (estes processos constituem a fonte para análise das decisões de liminar e de mérito, como será detalhado a seguir). Destacam-se as médias mensais dos processos de 2014 (36,58) e de 2015 (86,25). Tendo em vista, a fim de obter o panorama da judicialização da saúde do município em foco, a presente seção se dividirá em três etapas, sendo elas (6.1) acionamento e demanda, (6.2) processamento e (6.3) impacto.

4.1 Acionamento e Demanda

Realizada análise dos dados, identificaram-se as principais demandas solicitadas através do Poder Judiciário para obtenção das mesmas junto aos entes públicos por determinações judiciais. Pode-se verificar a frequência das solicitações na Tabela 1. A demanda mais frequente é por medicamentos (41,04%), não foi analisado quais os tipos de medicamentos são mais demandados, uma vez que este não é o foco deste trabalho, entretanto, analisado o caso do estado de São Paulo, a solicitação de medicamentos, geralmente, se destina na garantia dos fármacos caros e de introdução recente na prática médica, tais como Adalimumabe 40 mg e Etanercepte 25mg, por exemplo, utilizados no tratamento de doenças autoimunes com processos inflamatórios crônicos (CHIEFFI; BARATA, 2009). Outro estudo realizado no Estado do Ceará aponta a solicitação por medicamentos, através de demandas judiciais, equivalente à 66,5% do total (NUNES; RAMOS JÚNIOR, 2016). Os altos índices de solicitações por medicamentos através da Justiça é um fenômeno presente por todo o Brasil, não se restringindo apenas a determinada região. De acordo com a Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (ABCFARMA), as demandas por medicamentos representaram 81,6% dos gastos com judicialização da saúde em 2014. O principal motivo apontado pelas solicitações é pela falta de acesso a tratamento no SUS, seja pela falta de disponibilidade do medicamento ou por ele ainda não estar

incorporado na lista de tratamentos da rede pública (ABCFARMA, 2015). Em segundo lugar fica as solicitações por internações (24,76%), neste grupo se encontram as internações hospitalares, internações psiquiátricas e os residenciais terapêuticos. Em estudo realizado no Distrito Federal por Diniz, Machado e Penalva (2014), foi identificado a demanda por internação em unidades de terapia intensiva (UTI) como principal solicitação na região e os medicamentos como segunda mais requisitada (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014). Em seguida, pedidos por alimentos, fraldas e outros insumos, contabilizam 13,02% dos processos; cirurgia (9,84%); consultas/exames (5,50%); outros (4,48%); home care (1,22%); e políticas públicas em saúde (0,14%).

Tabela 1: Demandas mais frequentes - Geral

Solicitações	Frequência	%
Medicamento	605	41,04%
Internações	365	24,76%
Alimentos, fraldas e outros insumos	192	13,02%
Cirurgia	145	9,84%
Consulta/exames	81	5,50%
Outros	66	4,48%
Home Care	18	1,22%
Políticas públicas em saúde	2	0,14%
Total	1474	100,00%

Fonte: Dados elaborados pela autora, com base em informações coletadas junto ao TJRS, acesso em 01 de novembro de 2017.

A tabela 2 apresenta a frequência das demandas de 2014 e 2015. Há diferença nas frequências entre os anos, devido o número de processos por ano, posto que as médias mensais de 2015 são superiores as médias de 2014. Silveira (2015) em seu trabalho de análise da situação da judicialização de medicamentos em Porto Alegre confirma crescimento em demandas farmacêuticas dos anos de 2012 até 2014, uma vez que a quantidade de ações de 2012 para 2013 teve um crescimento de 26%, já em 2013-2014 há uma estabilidade no número de ações (SILVEIRA, 2015). Dessa forma, nota-se que as duas principais solicitações são por medicamentos e internações em ambos os anos. Embora possua diferença nas quantidades processuais entre os anos, há uma semelhança de proporção de casos nas solicitações de medicamentos entre 2014 e 2015, sendo 42% e 40% das solicitações por medicamentos, respectivamente. A segunda maior demanda é internações para ambos os anos. Já

em terceiro lugar, em 2014, estão os pedidos por intervenções cirurgias (10,48%), por outro lado, em 2015, a terceira maior demanda é por alimentos, fraldas e outros insumos (14,59%). Ambas solicitações aparecem como quinto lugar (3,8%), quarto lugar (4,6%) e terceiro lugar (6,4%), respectivamente, na análise realizada no Distrito Federal (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

Tabela 2: Frequência das demandas de 2014/2015

Solicitações	2014	%	2015	%
Medicamento	185	42,14%	420	40,58%
Internações	105	23,92%	260	25,12%
Cirurgia	46	10,48%	99	9,57%
Consulta/exames	34	7,74%	47	4,54%
Outros	24	5,47%	42	4,06%
Alimentos, fraldas e outros insumos	41	9,34%	151	14,59%
Home Care	4	0,91%	14	1,35%
Políticas públicas em saúde	0	0%	2	0,19%
Total	439	100,00%	1035	100,00%

Fonte: Dados elaborados pela autora, com base em informações coletadas junto ao TJRS, acesso em 01 de novembro de 2017.

Ressaltadas as demandas, na tabela 3 consta os proponentes das ações demandantes de bens e serviços em saúde. As solicitações foram por meio da Defensoria Pública do Estado (DPE) do Rio Grande do Sul (59,36%), Defensoria Pública da União (DPU) (3,46%) e Advogado Privado (37,18%). Importante destacar que a implementação das Defensorias Públicas no Brasil, após a consolidação da democracia, tem como objetivo a concretização do acesso à justiça e ao Judiciário, como um processo essencial para a efetivação dos direitos, assim como, ser uma instituição de instrumento da democracia, como defensora da dignidade humana e redutora das desigualdades, de modo a garantir os princípios constitucionais da ampla defesa e do contraditório, afirmando o Estado democrático de direito (MADEIRA, 2011). Além disso, a Lei Complementar Federal 80/94 regulou a implementação dessa instituição no Brasil. Dentre as suas atribuições, destaca-se o art. 4º - X e XI, da alteração Lei Complementar Federal 132/09:

“X – promover a mais ampla defesa dos direitos fundamentais dos necessitados, abrangendo seus direitos individuais, coletivos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, sendo admissíveis todas as espécies de ações capazes de propiciar sua adequada e efetiva tutela;

XI – exercer a defesa dos interesses individuais e coletivos da criança e do adolescente, do idoso, da pessoa portadora de necessidades especiais, da mulher vítima de violência doméstica e familiar e de outros grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial do Estado (BRASIL, 2009).”

Isto posto, a Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul (DPE/RS) foi inaugurada em maio de 1994, por determinação da CF/88. Desde então realiza atendimento direcionado às pessoas em condições de vulnerabilidade que, por alguma razão, encontram dificuldades de exercer seus direitos. O critério econômico para receber atendimento é de igual ou inferior a três salários mínimos nacionais como renda familiar, considerando os ganhos brutos, ainda, há alguns pontos a serem desconsiderados: (1) meio salário mínimo por dependente; (2) parcelas devidas por lei ou determinação judicial, tais como impostos incidentes sobre a renda, verbas previdenciárias e pensão alimentícia; e (3) gastos ordinários com a moradia familiar, tais como despesas relativas ao consumo de água e energia elétrica, condomínio, aluguel e financiamento imobiliário para a aquisição de bem de família, até o limite de um salário mínimo nacional³.

Quanto à Defensoria Pública da União, os critérios socioeconômicos são praticamente os mesmos, sendo o público alvo com renda familiar bruta de até R\$2.000,00, quando ultrapassado este valor, o atendimento fica a critério da análise do defensor público⁴.

Ainda, na DPE, há o Núcleo de Defesa da Saúde (NUDS), que visa garantir o acesso à saúde em benefício de toda a população. O atendimento é dividido em duas etapas, sendo elas: (a) encaminhamento do assistido ao Sistema de Saúde através de fluxos de atendimento estabelecidos com a rede (Assistência Farmacêutica, Fornecimentos de Fraldas, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Saúde Mental); (b) nos demais casos, inexistência de política pública ou ineficácia, encaminha-se o assistido ao Defensor Natural para ajuizamento de ação para tutela do Direito à Saúde⁵.

³ Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Quem pode ser atendido? Disponível em: <http://www.defensoria.rs.def.br/conteudo/20000/quem-pode-ser-atendido?>. Acesso em: 25 de novembro de 2017.

⁴ Defensoria Pública da União. Saúde. Disponível em: <http://www.dpu.def.br/saude>. Acesso em 25 de novembro de 2017.

⁵ Núcleo de Defesa da Saúde. Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em

Tendo em vista isso, o expressivo número de proponentes na DPE nos diz respeito sobre o objetivo específico 3.1, uma vez que, para utilizar este serviço é necessário estar dentro dos critérios econômicos estabelecidos pela instituição. Portanto, pode-se observar que a maioria dos solicitantes possuem, por critério, hipossuficiência financeira. De acordo com os relatórios anuais da DPE⁶, em 2014 foram realizados 551.339 mil atendimentos em todo o Rio Grande do Sul e em 2015 foram realizados 600.885 mil atendimentos. Ainda, consta que entre os anos 2014 e 2015, o número de atendimentos subiu em 10%, embora o número de defensores públicos tenha diminuído (Relatório Anual DEP-RS, 2015, p. 38).

O fato de mais de 62% dos solicitantes terem utilizado a DPE e DPU, nos diz respeito sobre o perfil da maioria dos requerentes, principalmente porque há um teto de renda familiar para se utilizar os serviços da Defensoria Pública. Diante disso, Diniz, Machado e Penalva (2014) realizaram um estudo da judicialização da saúde no Distrito Federal e identificou que 95% dos solicitantes conduziram a ação por vias da Defensoria Pública, pressupondo a carência financeira (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014). Outro estudo do mesmo gênero realizado nos Tribunais de Justiça dos estados de Minas Gerais, de Rio Grande do Sul e de Pernambuco, por Travassos et al (2013), identificou-se que 71,5% das partes autoras dos processos por bens em saúde foram através da Defensoria Pública (TRAVASSOS et al, 2013). Por outro lado, há o estudo de Vieira e Zucchi (2007), realizado no município de São Paulo no ano de 2005, em que 54% dos autores de ações judiciais foram representados por advogados privados (VIEIRA; ZUCCHI, 2007). Já no estado do Rio de Janeiro, em pesquisa feita por Pepe et al (2010), no ano de 2006, 83% dos requerentes foram representados pela Defensoria Pública (PEPE et al, 2010). Uma explicação para a peculiaridade de São Paulo possuir representantes, em sua maioria, privados no acionamento do Poder Judiciário pode estar relacionada a consolidação da Defensoria Pública, visto que, no estado de São Paulo a DPE foi instituída somente em 2006 (PEPE et al, 2010), contudo, esta questão não é objeto desta pesquisa, portanto, não cabe aqui ser aprofundada esta discussão.

⁶ Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Relatórios Anuais - 2014/2015. Disponível em <http://www.defensoria.rs.def.br/lista/366/relatorio-anual>. Acesso em: 30 de novembro de 2017.

Tabela 3: Proponentes - Geral

Proponente	Frequência	%
dpe	875	59,36%
dpu	51	3,46%
privado	548	37,18%
Total	1474	100,00%

Fonte: Dados elaborados pela autora, com base em informações coletadas junto ao TJRS, acesso em 01 de novembro de 2017.

4.2 Processamento

Estabelecida a demanda e os atores proponentes, verificamos os principais órgãos julgadores e as decisões das ações judiciais por saúde. A Tabela 4, na próxima página, apresenta os órgãos julgadores agrupados por esfera estadual e federal. Expressivamente, a categoria julgadora das Varas dos Juizados da Infância e Juventude detém 42,20% das ações. Entende-se, como público-alvo desta vara, por criança a pessoa de até 12 anos completos e adolescente a pessoa de até 18 anos completos, ainda, se aplica a pessoas de 18 anos até 21 anos completos⁷ e, por se tratar desse público, as ações judiciais possuem sigilo de justiça, assim como os processos judiciais das Varas de Família (5,97%). Em segundo lugar, as Varas da Fazenda Pública concentram 39,48% das solicitações judiciais por bens e serviços de saúde. Agrupadas em Vara de Família, há três varas regionais de bairros específicos de Porto Alegre que aparecem nos dados, os quais são Alto Petrópolis, Partenon e Sarandi⁸.

⁷Estatuto da Criança e Adolescente. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

⁸Apenas por controle, de forma a discutir essa demanda local pela busca de serviços do SUS, apresento o indicador expectativa de vida ao nascer nos referidos bairros: 80,72, 76,04 e 74,95 respectivamente. Observatório da cidade de Porto Alegre. Expectativa de vida do Porto Alegrense é de 76,42 anos. Disponível em: http://observapoa.com.br/default.php?reg=411&p_secao=17. Acesso em: 01 de dezembro de 2017.

Tabela 4: Frequência dos órgãos julgadores - Geral

Esfera	Tipo de Órgão	Frequência	%
	Varas dos Juizados da Infância e Juventude	622	42,20%
Estadual	Varas da Fazenda Pública	582	39,48%
	Vara de Família	88	5,97%
	Juizado Especial Cível	38	2,58%
Federal	Varas Federais	144	9,77%
	Total	1474	100,00%

Fonte: Dados elaborados pela autora, com base em informações coletadas junto ao TJRS, acesso em 01 de novembro de 2017.

Analisadas as ações gerais, verificam-se as decisões judiciais dos processos selecionados (391). Dessa forma, cruzam-se as informações: decisões dos juízes para cada demanda na Tabela 5. Importante ressaltar as definições de algumas decisões não tão óbvias em suas nomenclaturas: (a) extinto, este termo foi utilizado para os processos que estavam registrados como extintos, mas não possuíam sentenças ou notas de expedientes publicadas que justificassem o motivo da extinção do processo; (b) suspensão do processo por determinação do STJ, devido ao Recurso Especial de N°1.657.156, explicado a seguir.

Tabela 5: Decisão xDemanda– Baixados

Solicitação	Decisão										Total
	extinto	extinto por ausência de pressupostos processuais	extinto por desistência	extinto por óbito da parte autora	Liminar concedida e resolução de mérito procedente	Liminar não concedida e resolução de mérito improcedente	Liminar não concedida e resolução de mérito procedente	Liminar concedida e resolução de mérito improcedente	Resolução de mérito procedente	suspensão do processo por determinação do STJ	
Alimentos, fraldas/outros insumos	4	2	5	8	14	1			1		35
Cirurgia	4	8	21	5	12	9		7			66
Consultas/exames			3	2	7		1	3			16
Home Care			1	2				1			4
Internações	13	15	18	15	33	1	1				96
Medicamentos	6	4	32	26	43	15	1	5		28	160
Outros		1	2	4	2	1	1	1	1		13
Políticas Públicas de Saúde	1										1
Total	27	31	82	62	111	27	4	17	2	28	391
	6,90%	7,93%	20,98%	15,86%	28,39%	6,90%	1,02%	4,35%	0,51%	7,16%	100,00%

Fonte: Dados elaborados pela autora, com base em informações coletadas junto ao TJRS, acesso em 01 de novembro de 2017.

Diante do exposto, destaca-se que as demandas por medicamentos são as que possuem maior sucesso como ação ganha aos solicitantes, sendo 43 dos processos com julgamento de mérito procedente. Pode-se relacionar este alto número de êxito por ser a demanda mais solicitada nos anos em análise. Assim como este tema obteve maior sucesso entre os outros, também foi o que possuiu a decisão do Supremo Tribunal de Justiça por suspensão dos processos (28). A demanda por internações representa a segunda maior concedida (33) pelos tribunais, também pelo fato de ter alta frequência nos processos.

Sobre a decisão do STJ, isso se deve ao recurso especial ingressado no tribunal devido ao caso apresentado por uma paciente com hipossuficiência financeira que sofre com um glaucoma, em vista disso, necessita do uso de duas medicações que não pertencem a lista de fornecimento gratuito do SUS. A primeira instância do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ) acolheu o pedido da autora, entretanto, o Estado do Rio de Janeiro recorreu com o argumento de que só pode prestar o fornecimento dos bens em saúde de acordo com os protocolos clínicos incorporados pelo SUS ou previstos nas listas editadas pelos entes públicos, ainda, o estado solicita que seja substituída a medicação por uma alternativa presente na lista de remédios contemplados pelo SUS. Tendo em vista, a paciente recorreu a decisão no STJ, o qual discute a questão da obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria 2.982/2009⁹. Esta ação está sob a relatoria do ministro Benedito Gonçalves, para julgamento pelo sistema dos recursos repetitivos, cadastrado no número 106. A definição da tese pela Primeira Seção do STJ sobre este recurso servirá como base de orientação às instâncias, para solução de casos fundados na mesma controvérsia, desta forma, foram suspensos o andamento de mais de 678 processos, individuais ou coletivos, que tratam sobre esta questão em trâmite atual em todo o território nacional (STJ Notícias, 2017).

O recurso especial foi instaurado pelo ministro Benedito Gonçalves com o seguinte apelo:

“AGRAVO INTERNO EM APELAÇÃO CÍVEL. FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS. DIREITO À SAÚDE. PACIENTE PORTADORA DE GLAUCOMA. HIPOSSUFICIÊNCIA COMPROVADA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA QUE CONDENOU O ESTADO E O MUNICÍPIO DE NILÓPOLIS AO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. Inconformismo do Estado apelante, ora agravante, contra a decisão monocrática que manteve a condenação dos réus ao fornecimento dos medicamentos pleiteados, objetivando rediscutir a matéria. A saúde é direito fundamental assegurado constitucionalmente a todo

⁹ Ministério da Saúde. Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982_26_11_2009_rep.html. Acesso em: 29 de novembro de 2017.

cidadão, devendo os poderes públicos fornecer assistência médica e farmacêutica aos que dela necessitarem, cumprindo fielmente o que foi imposto pela Constituição da República e pela Lei nº. 8.080/90, que implantou o Sistema Único de Saúde. Ademais, não há que se falar em violação dos artigos 19-M, I, 19-P, 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/90, visto que se cuida de orientação para dispensação de medicamento, como ação de assistência terapêutica integral, que não inviabiliza a assistência por medicamento orientado pelo médico da paciente e, por consequência, não afronta o texto constitucional e não significa contrariedade à Súmula Vinculante 10 do STF. Desprovidimento do recurso.¹⁰

Posto isso, verificadas as demandas com maior sucesso nos pleitos, averigüe-se sobre os órgãos julgadores que concedem com mais frequência as solicitações, chegando-se a um total de 130 ações judiciais com tais decisões. Tendo em vista, conforme apresentado na Tabela 6, os órgãos com pleitos positivos em maior quantidade são das Varas da Fazenda Pública com 63,85% dos julgamentos, em seguida, as Varas Federais com 15,38% dos julgamentos a favor dos requisitantes. Vale destacar que, nos processos gerais, 39,48% estão concentrados nas Varas da Fazenda Pública e 9,77% estão concentrados nas Varas Federais, deste modo, justifica-se esses serem os órgãos com maiores pleitos positivos.

Tabela 6: Decisão x Órgão Julgador - Baixados

Decisão por órgão julgador	Varas da Fazenda Pública		Juizado Especial Cível		Varas Federais	
		%		%		%
Liminar concedida e resolução de mérito procedente	83	63,85%	4	3,08%	20	15,38%
Liminar concedida e resolução de mérito improcedente	9	6,92%	1	0,77%	6	4,61%
Liminar não concedida e resolução de mérito procedente	3	2%	0	0,00%	2	1,54%
Resolução de mérito procedente	0	0,00%	1	0,77%	1	0,77%
Total %		73,08%		4,62%		22,30%
Total	95		6		29	130

Fonte: Dados elaborados pela autora, com base em informações coletadas junto ao TJRS, acesso em 01 de novembro de 2017.

¹⁰ Proposta de Afetação no Recurso Especial nº 1.657.156 - RJ (2017/0025629-7). Ministro Benedito Gonçalves. Relatório. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&termo=REsp%201657156>. Acesso em: 29 de novembro de 2017.

Após realizar análise das decisões favoráveis por solicitação e por órgão julgador, chega-se então, por fim, no cruzamento das variáveis decisão e proponente, conforme a Tabela 7. Embora o requerente com maior frequência seja DPE nos dados gerais, os processos baixados a seguir apresentam concessão de bens em saúde por vias judiciais para os solicitantes com advogados privados (40%). Isso se explica, entre outros motivos, ao fato de que os processos selecionados para análise das decisões (baixados e sem segredo de justiça) possuírem maior concentração de proponentes privados, mas isso não exclui o fato de que 62,82% dos requerentes foram através da DPE e DPU.

Tabela 7: Decisão x Proponente - Baixados

Decisão	Dpe %		dpu %		privado %	
Liminar concedida e resolução de mérito improcedente	5	3,85%	2	1,54%	10	7,69%
Liminar concedida e resolução de mérito procedente	46	35,38%	9	6,92%	52	40%
Liminar não concedida e resolução de mérito procedente	2	1,54%	1	0,77%	1	0,77%
Resolução de mérito procedente	0	0,00%	1	0,77%	1	0,77%
Total %	40,77%		10,00%		49,23%	100,00%
Total	53		13		64	130

Fonte: Dados elaborados pela autora, com base em informações coletadas junto ao TJRS, acesso em 01 de novembro de 2017.

4.3 Impacto

O Tribunal de Contas da União realizou um levantamento que abrangeu a União, estados e municípios, concluiu que nos últimos sete anos houve um crescimento de mais de 1.300% nos gastos com processos judiciais referentes à saúde, sendo de 2008 a 2015, o cumprimento das decisões passou de R\$ 70 milhões para R\$ 1 bilhão (TCU, 2017). Corroborando, a AGU (2012) aponta os gastos progressivos do MS para atender as solicitações judiciais, em 2010 o total gasto foi de R\$ 124.103.206,10 e em 2012 foi de R\$

287.844.968,16, tendo um aumento neste período de R\$163.741.762,06, além disso, destaca-se o gasto da União no ano de 2011 com o Estado do Rio Grande do Sul para atender as ações de R\$ 15.426.290,91. No município de São Paulo, só no ano de 2011, estimou-se o valor gasto com a judicialização da saúde de aproximadamente R\$ 8,8 milhões (WANG et al, 2014). Ademais, nos últimos três anos, houve um aumento de 129% do valor pago em ações judiciais de solicitações de medicamentos, passando de R\$ 367 milhões em 2012 para R\$ 844 milhões em 2014, acumulando um total de R\$ 1,76 bilhões (ABCFARMA, 2015). Reforça-se, em acompanhamento realizado pelo Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) no período de 2014, 2015 e 2016 ¹¹, que a União gastou R\$ 838,4 milhões em 2014 e R\$ 922 milhões em 2015 com sentenças judiciais (OAPS, 2016). Explanados alguns estudos sobre os gastos dos poderes públicos com a judicialização da saúde, pode-se dizer que este fenômeno é crescente e seus custos são exorbitantes, causa de preocupação para os gestores públicos, uma vez que seus orçamentos são comprometidos com esses pleitos, além das responsabilidades de cada ente federado.

Na situação de Porto Alegre, de acordo com orçamento disponibilizado pela SMS, destaca-se o quanto do orçamento municipal foi despendido para atender as determinações judiciais no fornecimento de bens e serviços de saúde nos anos de 2012 até 2016, conforme a figura 1.

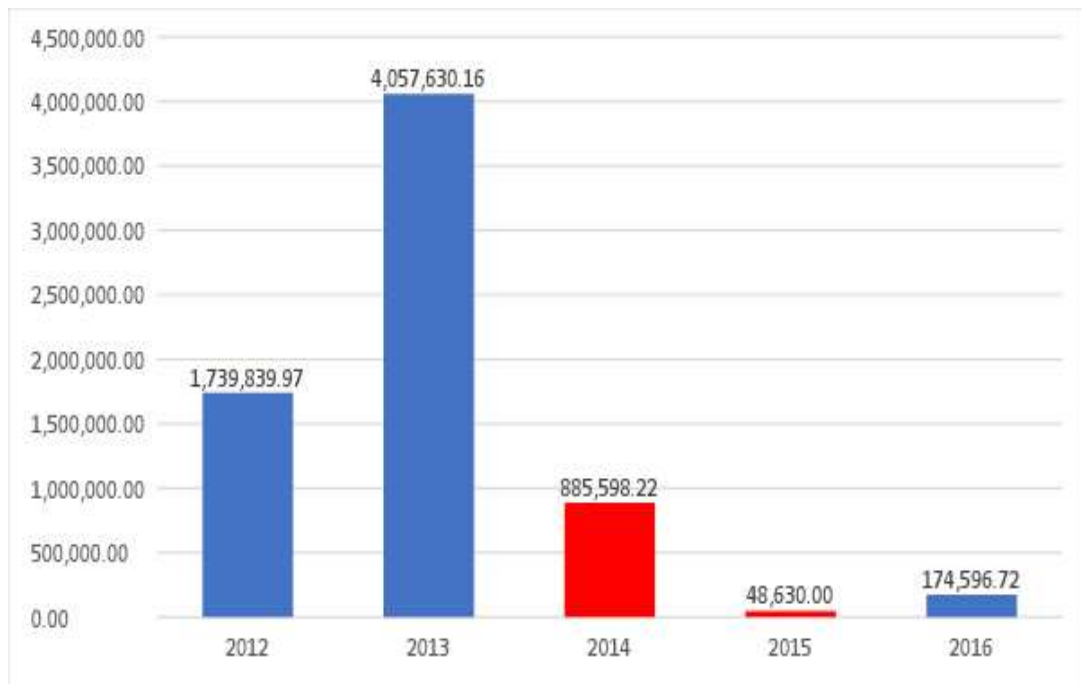
Embora os dados dos anos de 2012, 2013 e 2016 sejam apresentados para observar o histórico de valores, atenhamos nos anos de 2014 e 2015, o foco de análise deste trabalho. Ressalta-se que o valor da despesa de determinado ano, não necessariamente, será correspondente somente as demandas do mesmo ano, ou seja, o valor pago em depósitos judiciais no ano de 2012 (R\$1.739.839,97) não diz respeito somente as ações ingressadas em 2012, mas sim as decisões tomadas em 2012, sejam elas de processos ingressantes antes ou não desse ano. Destaca-se também que solicitações de internações, intervenções cirurgias e outros serviços que já sejam fornecidos pelo município através de seus estabelecimentos próprios ou parceiros, são computadas no orçamento normal do município, não contando nos cálculos das ações judiciais, logo, imagina-se que o impacto da judicialização da saúde seja superior aos custos contabilizados, visto que há diferentes ordens de pagamento por serviços.

¹¹ Observatório de Análise Política em Saúde. Matriz de Acompanhamento, período de 2014, 2015 e 2016. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/#>. Acesso em: 30 de novembro de 2017.

Tendo em vista essas ressalvas, pode-se observar que o ano anterior aos anos de análise é 4,6 vezes superior ao ano de 2014 (R\$885.598,22), que por sua vez, é 18,2 vezes superior que o ano de 2015 (R\$ 48.630,00). Dividido o valor empenhado nos anos de análise pelas ações que obtiveram sucesso(130), chega-se a um custo médio de cada ação para o município, portanto, no ano de 2014 os processos com resolução de mérito custaram R\$ 6.812,29 para a prefeitura, enquanto que, no ano de 2015 as ações tiveram um valor baixo de despesa para Porto Alegre, no total de R\$ 374,08 por acionamento do judiciário com resolução de mérito. É difícil chegar a uma explicação do por que desses valores, contudo, o que se sabe, através de conversas informais com funcionários públicos do município, é que a burocracia interna da prefeitura de Porto Alegre exige que cada processo que gera uma despesa para o município passe, para fins de registro, em diversos setores internos, tais como procuradoria, controladoria, fazenda, etc. Este fluxo pode demorar mais de um ano e o valor só será registrado como empenho no orçamento municipal depois de finalizado os trâmites. Considerando-se, isso pode ser uma das justificativas da diferença de valores dos anos em análise com os anos anteriores e, também, os valores empenhados dos anos em análise podem ser alterados conforme os registros de despesas vão sendo cadastrados nos empenhos de ações judiciais.

Levanta-se a questão de incorporar o funcionamento das burocracias dos entes federados nas análises da judicialização da saúde, haja vista que os fluxos de pagamento podem possuir tempos e regras diferentes em cada localidade, de modo a alterar os achados sobre o tema.

Figura 1: Valores empenhados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre para atender as determinações judiciais de ações de saúde.



Fonte: Dados elaborados pela autora, com base em informações coletadas junto ao TJRS, acesso em 01 de novembro de 2017.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho analisou a situação do município de Porto Alegre referente à judicialização da saúde no período de 2014 e 2015. A expansão do Poder Judiciário permitiu que o fenômeno da judicialização da saúde ocorresse país afora e, a julgar pelos dados apresentados neste trabalho, também no município de Porto Alegre. De acordo com o apresentado ao longo do trabalho, este fenômeno é uma situação em expansão no Brasil e seu impacto nos poderes públicos tem aumentado cada vez mais, efetivado pelo argumento do direito à saúde e do dever do Estado em fornecer, conforme artigos 6º e 196º da CF/88.

Os achados indicam que as principais demandas das ações são por medicamentos, de igual forma nos estudos de Nunes e Ramos Júnior (2016) e Wang et al (2014). Solicitações por internações ficam em segundo lugar no município, já no Distrito Federal esta é a principal demanda das ações judiciais (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é a requisição, da maioria dos processos, por agentes estatais, tais como Defensoria Pública do Estado e da União. Isso nos diz respeito ao perfil socioeconômico dos demandantes, a qual não se restringe às camadas abastadas da população. O caso de Porto Alegre, ao contrário da análise de São Paulo realizada por Vieira e Zucchi (2007) que apontam que a maioria dos proponentes são por vias privadas, parece corroborar com os estudos de Diniz, Machado e Penalva (2014), Travassos et al (2013) e Pepe et al (2010), os quais identificaram requisições por vias da Defensoria Pública. Dessa forma, a afirmação de Diniz, Machado e Penalva “não há evidências de que a judicialização seja um movimento das elites” (2014, p. 593) se comprova neste estudo. Ademais, eles sugerem que:

“A elitização do mecanismo de obtenção de serviços ou produtos através do Poder Judiciário não foi ratificada no estudo de caso analisado. A representação judicial e médica originária de serviços públicos, combinada com a renda comprovada em parte dos processos, é um indício de que a afirmação de elitização não pode ser sustentada em todos os estados brasileiros (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014, p. 596).”

Identificou-se que 73,08% das ações com resultados positivos foram julgadas pelas Varas da Fazenda Pública, as quais detêm a segunda maior concentração geral de processos da judicialização da saúde, ficando em primeiro lugar as Varas do Juizado da Infância e

Juventude, em que os processos não puderam ser analisados, uma vez que possuem segredo de justiça, assim como os processos das Varas de família.

Quanto à mensuração do impacto orçamentário no município em análise, houve dificuldades para alcançar tais objetivos, uma vez que os dados disponibilizados não indicavam os custos médios de cada ação, apenas os gerais empenhados nos anos de 2014 e 2015. Posto isso, há a questão da burocracia de Porto Alegre para registro dos empenhos, logo, os valores apresentados neste trabalho podem ser alterados ao longo do tempo conforme as despesas judiciais são registradas como empenho de ações judiciais em saúde. Ao mesmo tempo, aparentemente há grande variação a cada ano, sugerindo que dados que capturem apenas períodos curtos de tempo (e.g. um ano) tendem a ser enviesados.

De modo geral, a análise apresentou o panorama da judicialização da saúde no município de Porto Alegre no período em foco, embora tenha tido as dificuldades apresentadas. Diante do contexto explanado, Leitão et al (2014) ressalta a necessidade de estudos na área:

“A necessidade de aprofundamento da temática nos estados federados. Em um país de dimensões continentais, com considerável desigualdades regionais, a propagação das discussões é o método apto a consolidar um diagnóstico preciso das realidades locais (LEITÃO et al, 2014, p. 367)”.

Tendo em vista, reforça-se a importância de pesquisas na judicialização da saúde, principalmente em análises das demandas gerais, de modo a mapear e caracterizar este fenômeno, o qual possui peculiaridades em diferentes regiões do país, para melhor lidar com ele, em vista que sua expansão é contínua e seus custos também. Sobretudo, este trabalho buscou contribuir para compreensão do fenômeno em Porto Alegre para colaborar com as pesquisas do assunto.

6 REFERÊNCIAS

ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Intervenção Judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das justiças estaduais.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2017.

ARANTES, Rogério B. Judiciário: entre a Justiça e a Política. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio; organizadores. **Sistema Político Brasileiro: uma introdução.** 3 ed. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung; São Paulo: Ed. Unesp, 2015. p. 29 - 68.

ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, Set.2002.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.17-26, Jun. 2004.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO COMÉRCIO FARMACÊUTICO. **Doenças genéticas e câncer lideram ações judiciais por medicamentos.** Disponível em: <http://abcfarma.org.br/midia/doencas-geneticas-e-cancer-lideram-aco-es-judiciais-por-medicamentos.html>. Acesso em 01 de dezembro de 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Portal da Legislação: Constituição. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 02 de julho de 2017.

BRASIL. **Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990.** Portal da Legislação: Constituição. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 30 de julho de 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Portal da Legislação: Constituição. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 14 de outubro de 2017.

BRASIL. **Lei Complementar Federal nº80, de 12 de janeiro de 1994.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp80.htm. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

BRASIL. **Lei Complementar Federal nº 132, de 7 de outubro de 2009.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp132.htm#art2. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à justiça.** Porto Alegre: Sérgio Fabris, 1988.

CARVALHO, Ernani Rodrigues de. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n.23, p.127-139, Nov. 2004.

CARVALHO, Ernani; LEITÃO, Natália. O novo desenho institucional do Ministério Público e o processo de judicialização da política. **Revista Direito GV**, São Paulo, n 6 (2), Jul/Dez, p. 399-422, Nov. 2010.

CASTRO, Marcus Faro de. O Supremo Tribunal Federal e a Judicialização da Política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** São Paulo, v. 12, n. 34, p. 147-156, 1997.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, Ago. 2009.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaína. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-598, Fev. 2014.

CONSELHO NACIONAL DA JUSTIÇA. SP, RS e RJ são estados que mais concentram processos na área de Saúde. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/57537-sp-rs-e-rj-sao-estados-que-mais-concentram-processos-na-area-de-saude>. Acesso em 09 de novembro de 2017.

DA ROS, Luciano. Em Que Ponto Estamos? Agendas de Pesquisa sobre o Supremo Tribunal Federal no Brasil e nos Estados Unidos. In: ENGELMANN, Fabiano, org. **Sociologia Política das Instituições Judiciais**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, p. 57-97, 2017.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-598, Fev.2014.

DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, Fev.2011.

DOURADO, Daniel de Araújo; DALLARI, Sueli Gandolfi; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, Brasil, v. 12, n. 3, p. 10-34, Mar. 2012.

ENGELMANN, Fabiano; CUNHA FILHO, Marcio Camargo. Ações judiciais, conteúdos políticos: uma proposta de análise para o caso brasileiro. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 21, n. 45, p. 57-72, Mar.2013.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, Mar.2009.

GONZÁLEZ, Rodrigo Stumpf. Decisões sobre políticas públicas: as racionalidades conflitantes dos poderes executivo e judiciário no Brasil. In: GROHMANN, Luís Gustavo Mello. **Comportamento e instituições políticas**. Porto Alegre, 2016. Cap. 8, p. 162-181.

GOTTLIEB, Gabriele. Judicialização dos direitos sociais: as ações coletivas que demandam políticas públicas no Foro Central de Porto Alegre. 2013. **Dissertação. (Mestrado em Ciência Política)**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, Mar. 2011.

LEITÃO, Luana Couto et al . Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. **Rev. Salud pública**, Bogotá, v. 16, n. 3, p. 360-370, Maio, 2014.

LIMA, Sylvia Marisa Braga de; MATTA, Gustavo Corrêa. O que é o SUS? **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 170-171, Jun. 2010.

MADEIRA, Lígia Mori. Defensoria Pública e defensores no Brasil: um estudo sobre o acesso à justiça em contexto de judicialização da política. **Ipea Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos**. Brasília, n. 1, 2011.

MARQUES, Onofre Ricardo de Almeida; MELO, Marilene Barros de; SANTOS, Alessandra Patrícia de Souza. Ações judiciais no âmbito do sistema único de saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da Região Sudeste. **Revista de Direito Sanitário**, Brasil, v. 12, n. 1, p. 41-66, Jun. 2011.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVENERY, Assis Mafort. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, Abril. 2017.

MOTTA, Luiz Eduardo. Acesso à justiça, cidadania e judicialização no Brasil. **Achegas.net**, n. 36, jul/ago 2007. Disponível em: http://www.achegas.net/numero/36/eduardo_36.pdf.

MOURA, Elisangela Santos de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 18, n. 3730, 17 set. 2013. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/25309>. Acesso em: 15 outubro de 2017.

NUNES, Carlos Francisco Oliveira; RAMOS JUNIOR, Alberto Novaes. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 192-199, Jun.2016.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. **Matriz de Acompanhamento, período de 2014, 2015 e 2016.** Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/#>. Acesso em: 30 de novembro de 2017.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de; NORONHA, Lincoln. Judiciary-Executive Relations in Policy-Making: The Case of Drug Distribution in the State of São Paulo. **Brazilian Political Science Review**, v. 5, n. 1, p. 11-46, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946.** Disponível em:

<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 15 de outubro de 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEPE, Vera Lúcia Edais et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, Mar. 2010.

POMPÍLIO, Gustavo; PARRECHIO, Maysa Ketrin Rodrigues. A judicialização da política no direito brasileiro. **Revista JURisUniToledo**. Araçatuba, São Paulo. v.1, n.1, p. 118-130. Out/Dez. 2016.

PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **PGE-RS apresenta alternativas para reduzir judicialização da saúde**. Disponível em: <http://www.pge.rs.gov.br/pge-rs-apresenta-alternativas-para-reduzir-judicializacao-da-saude>. Acesso em 09 de novembro de 2017.

RAMOS, Marília Patta. **Os usos da Quantificação**. In: RAMOS. Marília Patta. **Pesquisa Social: abordagem quantitativa com o uso do SPSS**. Editora Escritos: Porto Alegre., 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Defensoria Pública do Estado. **Relatório Anual de 2014**. Disponível em: <http://www.defensoria.rs.def.br/lista/366/relatorio-anual>. Acesso em: 29 de novembro de 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Defensoria Pública do Estado. **Relatório Anual de 2015**. Disponível em: <http://www.defensoria.rs.def.br/lista/366/relatorio-anual>. Acesso em: 29 de novembro de 2017.

SANTOS, Boaventura de S. et al. Os tribunais nas sociedades contemporâneas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 30, Fev. 1996. Disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_30/rbcs30_07. Acesso em: 24 de novembro de 2017.

SCHULZE, Clenio Jair. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 58, Fev. 2014. Disponível em: http://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio_Schulze.html. Acesso em: 12 nov. 2017.

SILVA, Virgílio Afonso da; TERRAZAS, Fernanda Vargas. Claiming Right to Health in Brazilian Courts: The Exclusion of the Already Excluded. **Law & Social Inquiry**, v. 36, n.4, p. 825-853, 2011.

SILVEIRA, Anderson Martins da. **A judicialização da concessão de medicamentos: estudo da situação de Porto Alegre**. Trabalho de Conclusão de Especialização. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal UAB, 2015.

SIMÃO, Juliana Barby; ORELLANO, Veronica Ines Fernandez. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 33-63, Mar. 2015.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos não contemplados em lista do SUS é tema de repetitivo**. Disponível em: http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/Obrigatoriedade-de-fornecimento-de-medicamentos-n%C3%A3o-contemplados-em-lista-do-SUS-%C3%A9-tema-de-repetitivo. Acesso em: 29 de novembro de 2017.

TAYLOR, Matthew M. O judiciário e as políticas públicas no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 229-257, 2007.

TAYLOR, Matthew M.; DA ROS, Luciano. Os Partidos Dentro e Fora do Poder: A Judicialização como Resultado Contingente da Estratégia Política. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 825-864, 2008.

TRAVASSOS, Denise Vieira et al. Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3419-3429, Nov. 2013.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Aumentam os gastos públicos com judicialização da saúde**. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>. Acesso em 01 de dezembro de 2017.

VIANNA, Luiz Werneck. et al. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan. Setembro de 1999.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, Jan. 2013.

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, Abril. 2007

WANG, Daniel Wei Liang. Poder Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, [S.l.], v. 14, n. 54, Jan. 2009.

WANG, Daniel Wei L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, Out. 2014.

WANG, Daniel; FERRAZ, Octavio. Reaching out to the needy? Access to justice and public atorneys' role in right to health litigation in the city of São Paulo. **SUR International Journal on Human Rights**, v. 10, n. 18, p. 158-179, Jun. 2013.