

## **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM OLHAR A PARTIR DA COMARCA DE CAMPINAS**

Keyla Ketlyn Passos Pimenta<sup>1</sup>  
Oswaldo Gonçalves Junior<sup>2</sup>

### **RESUMO**

O presente artigo pretende descrever as características dos processos da justiça comum de primeiro e segundo grau do Estado de São Paulo, comarca de Campinas, sobre o acesso às ações e aos serviços públicos de saúde. As ações estudadas tiveram como critério de seleção serem oriundas da Comarca de Campinas, julgadas pelo Tribunal Estadual no período correspondente ao ano de 2012, propostas em face do poder público, terem caráter individual e reivindicarem o direito fundamental à saúde. A amostra foi então constituída por 200 processos. Os resultados demonstram as principais características dos processos recortados, como os entes mais demandados, faixa etária, tipos de petição inicial utilizados, celeridade, valor dos pedidos, etc.; as principais características das decisões de primeiro grau e as principais características das decisões de segundo grau, sendo feitas também algumas considerações analíticas quanto às ligações entre os elementos descritos.

### **INTRODUÇÃO E METODOLOGIA**

O termo judicialização da política é designado para o fenômeno que busca a resolução de conflitos por meio do judiciário, tomando por base a constituição, em áreas cuja atuação é majoritariamente política (ENGELMANN, 2013). A denominação nasce do trabalho de Tate e Vallinder (1995), que faz uma análise comparada da expansão do fenômeno em diferentes países e conceitua a judicialização da política, de forma resumida, como um fenômeno de expansão da área de atuação das instituições judiciárias. A judicialização da política é um fenômeno de grande relevância mundial no debate das políticas públicas em razão do impacto das decisões das cortes no *policy making* (ENGELMANN, 2013). No que se refere às políticas públicas de saúde no Brasil, a judicialização tem se dado como a procura pela garantia de acesso às ações e serviços públicos de saúde por intermédio de ações judiciais. A judicialização da saúde, assim como o fenômeno maior da judicialização da política, tem manifestado impacto na seara da

---

<sup>1</sup> Mestranda do programa Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP. E-mail: keylapassos@gmail.com.

<sup>2</sup> Professor assistente doutor da Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP. E-mail: oswaldo.junior@fca.unicamp.br.

administração pública, principalmente quanto às questões orçamentárias e equitativas (CHIEFFI, 2009).

O fenômeno da judicialização também vem revestido por outros nomes na literatura. Ramos (2010), falando de Ativismo Judicial, descreve o fenômeno como a substituição, por parte do poder judiciário, em especial o Supremo Tribunal Federal, de ações específicas do poder legislativo ou executivo, como de ser legislador positivo ou tomador de decisões políticas e administrativas. Dallari (2010) fala em controle judicial, que pode ser visto como mecanismo de judicialização para determinação de constitucionalidade ou inconstitucionalidade de certos atos. Outros autores, ainda, se empenham na tentativa de diferenciação entre essas denominações, quais sejam, controle judicial, ativismo judicial e judicialização. A roupagem escolhida neste estudo para tratar o fenômeno é o da judicialização. Isso porque, apesar da nebulosa distinção entre os termos, acredita-se que cada denominação exposta tem um viés próprio dado pela comunidade acadêmica que a veicula. Os termos ativismo judicial e controle judicial são denominações mais comumente usadas pela comunidade jurídica, confeccionadas para dialogar entre os pares dessa mesma comunidade e de forma a considerar com maior relevância axiomas jurídicos, muitas vezes em detrimento dos conceitos e análises de outras áreas do conhecimento. Já a denominação judicialização, a nosso ver, é menos enviesada, posto nascida de um estudo em ciência política e bastante difundida entre outras áreas do conhecimento.

Pandolfo (2012) relata que há discordantes posições na literatura sobre o tema da judicialização da saúde. Observa que o olhar e o entendimento dos operadores do direito, profissionais da saúde e gestores sobre as demandas judiciais divergem e que a judicialização da saúde envolve aspectos políticos, sociais, éticos, jurídicos e sanitários. Por isso sua compreensão envolve, necessariamente, um olhar multidisciplinar.

A judicialização se dá de diferentes formas pelo mundo, em especial no eixo ocidental, e também em diferentes contextos sociais e históricos (TATE e VALLINDER, 1995; BARBOSA, 2012). No Brasil, a tentativa de resolução de conflitos políticos em saúde por meio do poder judiciário apenas se tornou relevante após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que possibilitou a atuação do poder judiciário em matérias que eram, a priori, de competência apenas dos poderes legislativo e executivo. A Constituição Federal de 1988, afastando-se do sistema constitucional anterior (que permitia, por meio da legislação infraconstitucional, limitar a assistência terapêutica aos segurados da Previdência Social, art. 165, inciso XV, da Carta Magna de 1967) consagrou a saúde pública como direito social de todos os brasileiros (art. 6º), definindo a saúde como:

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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (art. 196, C.F.)

Por considerar que, prestados diretamente pelos órgãos públicos ou por particulares que se sujeitam a um controle do Poder Público, as ações e serviços de saúde são, em quaisquer circunstâncias, “de relevância pública” (art. 197, C.F.), a Carta Magna de 1988 consagrou as seguintes diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): rede regionalizada, hierarquizada, organizada e “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (art. 198, inciso II, C.F.).

Em termos de compreensão do fenômeno, a produção acadêmica sobre o tema da judicialização da saúde é significativa, porém ainda insuficiente dada a complexidade e abrangência do tema. De acordo com a revisão bibliográfica feita por Brito (2011), a produção de trabalhos acadêmicos sobre o tema teve crescimento relevante apenas a partir de 2006 e sofreu grande diminuição de frequência no ano de 2011. O estudo da autora não determinou as razões da diminuição da frequência da produção, mas identificou as principais ideias/afirmações dispostas nesses trabalhos, que foram as seguintes: direito à saúde é prioritário em relação à reserva do possível; o aumento da judicialização está atrelado à absorção de direitos sociais pela sociedade; o aumento da judicialização não está atrelado a absorção de direitos sociais pela sociedade; não é razoável a condenação do Estado ao custeio de medicamentos sem registros ou tratamentos experimentais; a judicialização pode ser fonte de interesses privados; a judicialização pode ser risco a continuação de políticas públicas; a judicialização pode ser indutora da construção e melhoramento de políticas públicas; a judicialização vai contra o ideal de justiça distributiva; e a judicialização deveria ter uma análise mais criteriosa do judiciário.

Além dos argumentos mais recorrentes identificados pela autora, outras discussões também podem ser citadas como importantes, quais sejam: interferência do judiciário em critérios de utilização de medicamentos, mais especificamente como ferramenta da indústria de farmacêutica (PEPE, 2010; MARQUES, 2007); demandas judiciais que culminam na alocação de recursos de forma incompatível aos princípios do SUS - possível geração de iniquidades - (VIEIRA, 2008); e a atuação dos poderes e seus limites (PINHEIRO, 2011; BAPTISTA, 2009).

Considerando o exposto, o presente trabalho pretende investigar o fenômeno da judicialização das políticas públicas de saúde no Brasil com foco em um conjunto de ações judiciais. As ações estudadas tiveram como critério de seleção as seguintes características: serem oriundas da Comarca de Campinas; julgadas pelo Tribunal Estadual no período correspondente ao ano de 2012; propostas em face do poder público; terem caráter individual e reivindicarem o direito fundamental à saúde. A amostra foi então constituída por

200 processos. O objetivo da pesquisa é descrever as características dos processos da justiça comum de primeiro e segundo grau do Estado de São Paulo, comarca de Campinas, sobre o acesso às ações e serviços públicos de saúde. Visa-se então obter quais as características dos processos estudados, em especial quais doenças então mais em pauta, quais os valores do que é pedido, quais as fundamentações dos juízes e do tribunal e o resultado dessas ações. Pretende-se que essa descrição focal ajude na montagem e compreensão do quadro desse fenômeno no Brasil.

A metodologia adotada foi a do estudo de caso que, segundo Yin, é a estratégia metodológica “preferida quando se colocam questões do tipo como e por que, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (Yin, 2003). A metodologia parece ser a mais indicada quando se procura entender um conjunto de fenômenos ou experiências na implantação de políticas e programas na área da saúde, que é o caso.

## **A EXECUÇÃO**

A coleta dos dados ocorreu por meio de consulta aos processos no sítio do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) considerando os critérios já expostos. A partir dessa seleção foram coletadas várias informações referentes a cada processo. Essas informações foram então divididas em 4 grupos distintos, cada qual referente a um conglomerado de informações processuais.

O primeiro grupo de informações se refere à identificação da demanda e contemplou os seguintes elementos: número de identificação do processo (em primeira e segunda instâncias); nome do autor da ação; identificação do réu da ação (estado, município ou ambos); data de início da ação; nome do advogado do autor; se o autor do processo é representado por advogado, defensor público ou Ministério Público; a qual foro da comarca se refere o processo; a vara; o juiz prolator da decisão recorrida; a patologia do autor da ação; o serviço ou bem demandado; se o autor da ação é idoso, criança, adolescente ou interdito; o custo mensal do bem/serviço demandado; o valor da causa; a petição inicial (espécie jurídica da ação inicial); e se houve deferimento de justiça gratuita.

O segundo grupo de informações se referiu às liminares e incluiu informações sobre o resultado da decisão liminar. Já o terceiro grupo reuniu informações sobre a decisão do tribunal e a decisão de primeira instância analisadas em cada processo (decisões chave analisadas). Os elementos desse terceiro grupo são os seguintes: recurso analisado (espécie jurídica); câmara (umas das câmaras de direito público); o relator da decisão; decisão recorrida (espécie jurídica); resultado da decisão recorrida; data da decisão

recorrida; razões da decisão recorrida; decisão do tribunal (espécie jurídica); resultado da decisão do tribunal; razões da decisão do tribunal; e data da decisão do tribunal. Também houve a elaboração de um quarto grupo que se referiu às sentenças e recursos de sentença.

Houve a interseção entre os dados do segundo e do terceiro grupo e entre os dados do quarto e do terceiro grupo, o que foi levado em consideração na análise dos dados. As nomenclaturas usadas durante a pesquisa visam facilitar a interpretação dos dados e entendimento do estudo pela comunidade não jurídica e os grupos foram divididos a fim de facilitar a visão cronológica do processo. O terceiro grupo foi constituído para facilitar a comparação das decisões entre todos os processos, o que também não impediu comparações cruzadas entre os grupos. Os dados foram organizados em planilha Excel e depois analisados por meio de tabelas estatísticas descritivas geradas a partir do software SPSS 23 e também por meio do próprio Excel. Em razão das dimensões deste trabalho, apenas é exposta a sintetização dos dados obtidos, com ênfase para os aspectos principais.

## **RESULTADOS**

### **CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS DEMANDAS**

Dos 200 processos analisados, a esfera estadual (por meio da Secretaria de Estado da Saúde e outros órgãos) aparece como ré da ação em 70,5% dos casos, ao passo que os municípios (por meio das respectivas prefeituras ou secretarias municipais de saúde) aparecem em 20,5%. Apenas em 9,0% dos processos o Estado e município aparecem simultaneamente como réus.

As decisões judiciais proferidas em 2012 pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, órgão de 2ª instância do Poder Judiciário, se referem a processos que tiveram seu início em diferentes momentos: 15% das ações foram iniciadas no mesmo ano do julgamento (2012), 17,5% foram iniciadas no ano anterior (2011), 26% em 2010 e 36,5% em anos anteriores a 2010. Além disso, 12% dos processos analisados haviam sido iniciados antes de 2007. Esses dados mostram que não é raro um processo demorar vários anos até que venha a ser julgado pelos desembargadores do TJSP. Porém esses lapsos não correspondem ao julgamento do primeiro pedido no processo, que dá acesso ou não ao medicamento/serviço em caráter de urgência, como veremos mais adiante. Observa-se, então, que estes prazos expostos não estão relacionados ao primeiro acesso dos autores aos pedidos.

Outra informação relevante diz respeito à faixa etária dos autores das ações (aqui também chamados demandantes). A grande maioria (80,5%) encontra-se na faixa etária de

18 a 65 anos (adultos), 15,5% na faixa etária de mais de 65 anos (idosos) e somente 3,0% possuem menos de 18 anos. Porém essa informação pode não refletir a totalidade da realidade ao passo que não se sabe das ações envolvendo menores às quais tenha sido atribuído segredo de justiça.

Considerando o tipo de petição inicial, observa-se a predominância do mandado de segurança em 67,5% dos processos. Esse tipo de ação judicial é utilizado para proteger direito líquido e certo<sup>3</sup>, sempre que, ilegalmente ou com abuso de poder, qualquer pessoa física ou jurídica sofrer violação ou houver justo receio de sofrê-la por parte de autoridade (Lei 12.016/2009). Ações ordinárias representaram 21,5% dos processos, obrigações de fazer 9,0% e ações civis públicas 2,0%. Há muitas distinções entre essas modalidades de ação, por exemplo, entre documentação necessária, partes, patronos, prazos e efeitos. A análise de tais diferenças revela as razões da escolha majoritária pelo mandado de segurança. Muito resumidamente, o mandado de segurança é instrumento mais célere e mais eficaz para o cumprimento da decisão judicial do que as demais ações, exigindo, como principal diferença das demais em termos documentais, apenas a prova da negativa da autoridade coatora em assegurar o direito pleiteado administrativamente. Ele é mais célere em razão de seus prazos e mais eficaz no cumprimento da decisão em razão da constituição do polo passivo como a própria autoridade coatora, sendo a ela pessoalmente dirigidas penas e prazos referentes ao cumprimento da ordem.

Em virtude da possibilidade de ocorrer dano grave ou irreparável em decorrência da demora da decisão judicial, grande parte das ações judiciais na saúde são acompanhadas de liminares, que são ordens judiciais provisórias que dão acesso ao pedido. No caso da amostra analisada, houve pedido de liminares em 74,5% das ações, sendo a liminar deferida em 53% delas. Além disso, o prazo para apreciação da liminar foi de até um mês a contar da data da propositura da ação na grande maioria dos casos (66,4%). Assim, pode-se dizer boa parte das liminares são deferidas em primeira instância em cerca de um mês.

Também é interessante verificar que em 86,5% das ações o advogado do autor é de natureza particular. Apesar disso, a justiça gratuita, que isenta o autor de custas e emolumentos judiciais, foi utilizada na quase totalidade dos casos (99,5%)<sup>4</sup>. Isso remete a

---

<sup>3</sup> Direito líquido é aquele sobre cujo conteúdo não há dúvida e cuja existência é clara. Direito certo é aquele que não está condicionado a nenhuma circunstância, podendo ser plenamente exercido no momento da impetração do mandado (Lenza, 2011).

<sup>4</sup> A obtenção de justiça gratuita fica vinculada apenas a simples declaração do autor, na própria petição inicial, de que não pode arcar com as custas e emolumentos judiciais sem prejuízo próprio ou se sua família, declaração essa que não exige comprovação de situação financeira e tem presunção relativa de veracidade. Esse pedido quase nunca é impugnado.

uma possível incongruência entre a capacidade do autor de pagar um advogado e, ao mesmo tempo, declarar-se hipossuficiente, fazendo questionar que camadas sociais estão envolvidas nesse fenômeno.

**Tabela 1** – Caracterização dos processos analisados

<b>Variável</b>	<b>Alternativa</b>	<b>Resultado (%)</b>
<b>Réu da ação</b>	Estado	70,5
	Município	20,5
	Estado e município	9,0
<b>Ano de início da ação</b>	2012	15,0
	2011	17,5
	2010	26,0
	Antes de 2010	36,5
<b>Faixa etária do autor da ação</b>	Menos de 18 anos	3,0
	De 18 a 65 anos	80,5
	Mais de 65 anos	15,5
<b>Tipo de petição inicial</b>	Mandado de segurança	67,5
	Ação ordinária	21,5
	Obrigações de fazer	9,0
	Ação civil pública	2,0
<b>Pedido e resultado de liminar</b>	Pedido liminar deferido	53,0
	Pedido liminar indeferido	18,5
	Pedido liminar parcialmente deferido	2,5
	Não houve liminar ou informação não localizada	25,5
<b>Prazo de apreciação da liminar</b>	Até um mês a contar da data da propositura da ação	66,4
	Mais de um mês a contar da data da propositura ação	33,6
<b>Advogado do autor</b>	Particular	86,5
	Defensor público	13,5
<b>Justiça gratuita</b>	Sim	99,5
	Não	0,5

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Como mostram os dados da tabela 2, foi possível identificar, a partir dos elementos processuais, as principais enfermidades dos autores das ações judiciais, assim como os principais bens e serviços demandados. Dentre as enfermidades, os casos mais frequentes são de pacientes portadores de diabetes (28,5%) e câncer (20,0%), além de degeneração miópica (7,0%), hepatite (5,5%) e psoríase (3,0%). Verifica-se, assim, que as doenças crônicas representam uma quantidade expressiva nas demandas judiciais. Há ainda uma grande quantidade de enfermidades dispersas de pequena frequência, que juntas somam 36% dos casos. Os principais bens ou serviços demandados estão diretamente relacionados ao tratamento das enfermidades declaradas:

- No caso de pacientes com diabetes, os bens demandados são as insulinas e insumos básicos para aplicação (16%), assim como o conjunto integrado de sistema de infusão contínua ou similar e todos os insumos regulares do aparelho (7,5%);
- Já os pacientes com câncer demandam tratamento radioterápico (6,0%) e medicamentos para tratamentos de tumores específicos, como anastrozol, utilizado no tratamento da neoplasia da mama em mulheres na pós-menopausa;
- No caso dos pacientes com degeneração miópica, a principal demanda é para acesso ao medicamento ranibizumabe, uma solução injetável que não possui equivalente genérico e ainda não está disponível no SUS;
- Pacientes com hepatite demandaram os medicamentos boceprevir e/ou ribavirina e/ou peginterferon. No caso do boceprevir, um inibidor de protease utilizado no tratamento da hepatite crônica C, o Ministério da Saúde decidiu incorporar o medicamento no SUS em julho de 2012, após parecer favorável emitido pela Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias pelo SUS). A incorporação, contudo, foi aprovada com os seguintes condicionantes: redução de preço; organização da rede assistencial; desenvolvimento de estudo observacional para avaliar resultados de segurança e efetividade do medicamento no Brasil, cujos resultados deverão ser apresentados à Conitec para reavaliação da matéria, e atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

**Tabela 2** – Distribuição dos processos por enfermidade principal, segundo o bem ou serviço demandado.

Bem ou serviço	Enfermidade principal	Total
----------------	-----------------------	-------



<b>demandado</b>	<b>Câncer</b>	<b>Diabetes</b>	<b>Degeneração macular</b>	<b>Hepate</b>	<b>Psoríase</b>	<b>Outros</b>	
Tratamento radioterápico (Braquiterapia)	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0
Insulinas + insumos básicos para aplicação	0,0	16,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0
Insulina + conjunto integrado de sistema de infusão contínua ou similar e todos os insumos regulares do aparelho	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5
Inflixamabe	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	2,0
Boceprevir e/ou Ribavirina e/ou Peginterferon	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0
Lucentis (Ranibizumabe) (sozinho ou com outros)	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	0,5	7,5
Fraldas e/ou dieta enteral (suplemento alimentar) + outros medicamentos ou não	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	4,0	5,5
Anastrozol	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
Próteses e produtos ortopédicos (perna, auditiva, quadril e outras)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	4,5
Serviços (cirurgias, procedimentos diversos, exames e atendimentos com	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	3,0

médicos especialistas)

Outras demandas	11,5	3,5	0,0	0,5	1,0	23,0	39,5
Sinvastatina e outros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,5
Total	20,0	28,5	7,0	5,5	3,0	36,0	100,0

---

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Outra informação importante diz respeito ao valor da causa e o custo mensal dos bens e serviços demandados. De acordo com os dados extraídos de 150 processos em que foi possível identificar o valor da causa e, posteriormente, o valor mensal do medicamento, observa-se que o valor da causa é de até R\$ 1 mil na maioria das ações (62,7%). Já um percentual menor (19,3%) possui valores situados na faixa de R\$ 1001 até R\$ 5000, enquanto 8,7% situam-se na faixa de R\$ 5001 até R\$ 10000 e 9,3% acima de R\$ 10000.

No que se refere ao valor mensal do bem demandado, os dados indicam uma distribuição mais uniforme, com 37,3% com valor até R\$ 1 mil mensais, 30,7% situado na faixa de R\$ 1001 a R\$ 5000 mensais, 24,7% na faixa de R\$ 5001 a R\$ 20 mil mensais e 7,3% acima de R\$ 20 mil mensais.

O cruzamento dessas duas informações revela, entretanto, inconsistências, dado que o valor anual do bem demandado não coincide com o valor da causa na maioria dos casos e nem há alguma proporcionalidade ou tentativa de aproximação, embora facilmente calculável o valor do pedido. Por exemplo, há muitos casos em que o valor da causa é de até R\$ 1 mil, mas o valor anual do bem demandado encontra-se muito acima desse patamar. Com relação a esse aspecto, convém destacar que o valor da causa é o valor dado pelo advogado à ação, que deveria refletir, em geral e quando possível, o valor aproximado do pedido considerado o período de um ano. Entretanto, o que se nota é que somente os defensores públicos dão um valor à causa mais aproximado ao valor do pedido, sendo que os demais advogados apenas dão um valor simbólico à causa.

Acredita-se que isso aconteça por precaução dos advogados particulares sobre não ter deferida a justiça gratuita ou a mesma ser impugnada. As custas e emolumentos judiciais são calculados sobre o valor dado a causa. Já os Defensores Públicos tem como prerrogativa para seu assistido a justiça gratuita e não tem motivos para precaução com relação ao valor da causa. Além disso, as regras de direito processual dão outras possibilidades para fixação do valor da causa e isso pode também ser motivo das incongruências encontradas. Nas tabelas abaixo é possível notar a dificuldade de comparabilidade entre os valores dados à causa e os valores reais dos medicamentos/serviços demandados. Nessas mesmas tabelas também se pode perceber o

vulto dos valores dos bens pedidos. A interpretação da tabela também sugere a possível falta de percepção do juízo quanto ao impacto econômico dos pedidos na administração pública.

**Tabela 3** – Distribuição dos processos por valor mensal do bem demandado, segundo o valor da causa.

Valor da causa (R\$)	Valor mensal do bem demandado em R\$				Total
	Até 1000	1001 a 5000	5001 a 20000	> 20000	
Até 1000	26,0	16,7	14,7	5,3	62,7
De 1001 até 5000	5,3	4,0	8,7	1,3	19,3
De 5001 até 10000	3,3	4,7	0,0	0,7	8,7
Mais de 10000	2,7	5,3	1,3	0,0	9,3
	37,3	30,7	24,7	7,3	100,0

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Em segunda instância (decisões do tribunal), nota-se a preocupação do judiciário no julgamento mais rápido dos pedidos cujo resultado tenha sido negativo para autor em primeira instância. Isso não reflete exatamente um andamento mais acelerado da ação como um todo, mas uma rapidez maior em julgar recursos interpostos em face de uma decisão de indeferimento.

De acordo com a tabela 5, as decisões do tribunal são obtidas, em sua maioria, em mais de um ano a contar da data da decisão recorrida, se esta atendeu ao pedido do autor. Assim, dos 116 processos cuja decisão recorrida foi de deferimento do pedido do autor, 67 (58%) tiveram julgamento do recurso em mais de um ano. Já dos 73 processos cuja decisão recorrida foi de indeferimento do pedido do autor, 27 (37%) tiveram julgamento em até 6 meses e 25 (34%) em até um ano. Embora o fato pareça bastante intuitivo, é interessante observar que o tribunal dá prioridade ao julgamento dos recursos das pessoas que não conseguiram em primeira instância ver deferidos seus pedidos e dá menor prioridade aos recursos da administração pública. Observe-se que quem recorre de decisão é aquele que se viu prejudicado por ela. Assim, por exemplo, se o juiz de primeira instância defere totalmente o pedido do autor o recorrente será a administração pública ré, prejudicada pela decisão e dela, portanto, pedindo revisão.

**Tabela 4** – Distribuição dos processos por data da decisão do tribunal e resultado da decisão recorrida.

Soma de QTD		Rótulos de Coluna			
Rótulos de Linha	Informação não disponível	Até 6 meses	Até 1 ano	Mais de 1 ano	Total geral
DEFERIDO	14	8	27	67	116
INDEFERIDO	3	27	25	18	73
PARCIALMENTE DEFERIDO	0	1	2	8	11
Total geral	17	36	54	93	200

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Já em primeira instância não há grande diferença entre o lapso temporal de demora do início da ação até a análise do pedido. Conforme tabela 4, dos 143 processos em que foi possível identificar a data da apreciação do pedido liminar, 95 (66%) tiveram decisão em até 1 mês a contar da distribuição<sup>5</sup> e 48 (34%) em pouco mais de 1 mês. A pouca diferença entre o tempo de julgamento desse tipo de pedido se relaciona com a natureza das liminares, caracterizadas por serem pedidos de extrema urgência e de caráter acautelador, ou seja, que tem por fim evitar o perecimento do direito pleiteado (saúde) em razão da demora de decisão<sup>6</sup>.

**Tabela 5** – Distribuição dos processos por data da liminar e ano de início da ação.

Ano de início da ação							Antes de 2007
2012	2011	2010	2009	2008	2007		

<sup>5</sup> A distribuição é usada aqui como marco do início da ação e consiste na atribuição de um juiz ao processo logo após o protocolo da petição inicial.

<sup>6</sup> Considera-se como “pedido liminar” qualquer pedido de natureza liminar, seja ele propriamente denominado pedido liminar ou pedido de tutela antecipada, que produzem, em suma, os mesmos efeitos e são pedidos de extrema urgência e de caráter acautelador, como explanado.

Data da liminar apreciada em até um mês a contar da data da propositura da ação	3	18	32	22	6	9	5	95
Liminar apreciada em mais de 1 mês a contar da data da propositura da ação	0	8	19	6	2	2	11	48
Total	3	26	51	28	8	11	16	143

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

O acesso do autor ao pedido demandado, mesmo que de forma não definitiva, advém da primeira decisão no processo que o defere. A primeira decisão que pode determinar o acesso do autor ao medicamento/serviço demandado é a liminar. Como se depreende das tabelas 6 e 7, é possível localizar 148 processos com pedidos liminares e, dentre eles, 143 em que foi possível identificar a data da decisão liminar. Dentre os 148 processos citados, 106 pedidos foram deferidos (72%), 37 foram indeferidos (25%) e 5 foram parcialmente deferidos (3%). Houve, então, 52 processos em que não foi possível identificar a existência de pedido liminar do total geral de 200.

Posto isso, considerando as informações antes explanadas, aproximadamente 106 processos de um total de 200, ou seja, cerca de 53% do total, tiveram seus pedidos deferidos integralmente pelo juiz de primeira instância em cerca de 2 meses a contar do início da ação.

**Tabela 6** – Distribuição dos processos por decisão liminar.

	Deferido	Indeferido	Parcialmente deferido	Informação não disponível	Total geral
Soma de Qtd	106	37	5	52	200

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Como se vê na tabela 8, dentre os 42 processos com decisões de indeferimento ou deferimento parcial do pedido do autor em sede de pedido liminar - aqueles dentre os 148 processos onde foi possível identificar a existência de pedidos liminares - 21 foram reformados pelo tribunal em sede de agravo de instrumento, deferindo o pedido do autor. O recurso de agravo de instrumento é o recurso cabível em face da decisão liminar do juiz singular de primeiro grau e é, basicamente, um pedido de revisão urgente enviado ao Tribunal Estadual com relação à decisão do juiz singular (decisão agravada).

**Tabela 7** – Distribuição dos processos por resultado liminar, resultado do agravo de instrumento e data da decisão que julgou o agravo de instrumento (AI).

Som a de QTD Rótulos de Linha	RESULTADO DO AI			Total geral
	Não houve recurso	Pedido do autor deferido	Pedido não conhecido	
<b>Pedido Liminar Deferido</b>	106			106
AI julgada em até dois meses a contar da data da liminar	1			1
Não houve recurso/liminar	105			105
<b>Pedido Liminar Indeferido</b>	17	19	1	37
AI julgada em até dois meses a contar da data da liminar		13	1	14
AI julgada em mais de dois meses a contar da data da liminar		6		6
Não houve recurso/liminar	17			17
<b>Não houve liminar ou info não localizada</b>	52			52
Não houve recurso/liminar	51			51
<b>Pedido Liminar Parcialmente Deferido</b>	3	2		5
AI julgada em até dois meses a contar da data da liminar		2		2
Não houve recurso/liminar	3			3
<b>Total geral</b>	<b>178</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>200</b>

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Disso resultada que, até o momento da decisão do tribunal sobre o agravo de instrumento (recurso em face da liminar), 127 processos (63%) já tinham seus pedidos deferidos. Considerando ainda que, genericamente, as liminares são deferidas em até, no máximo, cerca de 2 meses a contar do início da ação e os agravos de instrumento em até cerca de 4 meses, pode-se dizer que 63% dos processos tem seus pedidos deferidos no interregno de 6 meses a contar do início da ação. Assim, após o decurso de cerca de 6

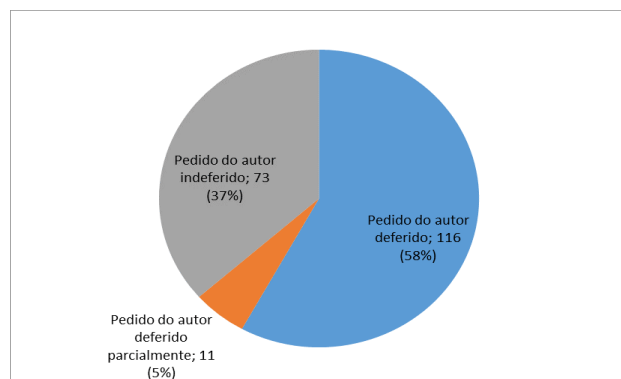
meses a contar do início da ação, apenas 73 processos do total de 200 não possuíam decisão que deferisse o pedido do autor.

Para concluir esse tópico, pode-se dizer que os aspectos principais relatados são os seguintes: A esfera estadual é a mais demandada nas ações; a maioria dos demandantes se encontra na faixa etária entre 18 a 65 anos; há predominância de mandados de segurança; a grande maioria dos autores tem advogado particular e se declaram hipossuficientes<sup>7</sup>; as doenças crônicas representam uma quantidade expressiva das demandas judiciais, com ênfase para câncer e diabetes; o valor da causa não corresponde ao valor anual dos pedidos, mesmo quando plenamente liquidáveis; os valores mensais dos bens demandados são expressivos (até mil reais mensais (37,3%), de mil a cinco mil (30,7%), de cinco mil a vinte mil (24,7%) e acima de vinte mil (7,3%)); Há maior prioridade de julgamento dos recursos cujo resultado tenha sido negativo para autor; a primeira decisão sobre o pedido de urgência não costuma demorar mais que seis meses e em geral defere o pedido do autor (63% dos processos tem o pedido do autor deferido em até seis meses, seja em primeira ou em segunda instância<sup>8</sup>).

## DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS DECISÕES DE PRIMEIRO GRAU

Inicialmente, pode-se destacar a distribuição dos processos quanto ao resultado das decisões de primeira instância analisadas. Como se observa na figura abaixo, 58% das decisões deferiram o pedido do autor, 37% indeferiram o pedido do autor e 5% deferiram parcialmente o pedido do autor. Há, então, um aparente equilíbrio em primeira instância entre deferimentos e indeferimento. Observe-se a figura:

**Figura 1** – Distribuição das ações pelo resultado da decisão recorrida analisada.



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

<sup>7</sup> Pobre, na acepção jurídica do termo.

<sup>8</sup> Isso significa que essa quantidade, nesse prazo, já tem acesso ao pedido na ação, mesmo que de forma não definitiva.

Após isso, foram identificados modelos de decisões dos juízes de 1º instância da comarca, cada qual com seus argumentos chave. Durante o processo de redação dos modelos foi possível notar que quase todas as decisões dos juízes de primeira instância começam suas redações com afirmações gerais sobre o direito à saúde, fazendo menção à jurisprudência dominante, às interpretações mais aceitas do texto legal e da Constituição Federal, mesmo que depois venham a falar contra essas interpretações. Percebeu-se que a diferenciação das decisões veio apenas nos argumentos finais. Em razão disso, os modelos foram feitos de forma a recortar os argumentos que os diferenciavam mais fortemente e que de fato mais influenciaram no resultado da ação. Também foram eliminados dos modelos argumentos excepcionais, em principal os de caráter processual. É necessário observar que, em razão do exposto, há uma pequena margem de não correspondência entre fundamentos e resultados da decisão, já que, por exemplo, há resultados negativos ou positivos por questões processuais que não são consideradas nos modelos.

Os modelos, como se demonstrará mais a frente, são produto de um padrão de indeferimento ou deferimento, que em sua origem se relaciona com outros elementos do contexto dos processos, estes aparentemente condicionadores diretos do resultado da decisão e do modelo decisório. A fim de demonstrar essa afirmação segue a descrição dos modelos recortados e as possíveis ligações com os elementos do contexto processual de primeira instância.

**MODELO 1:** Solidariedade entre os entes da federação; Norma programática não pode ser transformada em promessa constitucional inconsequente; Dever do Estado de prestar todo tipo de assistência necessária, seja serviço, bem ou medicamento, existe ou não no Brasil; Cabe ao médico avaliar a situação de cada paciente e prescrever o melhor tratamento, não cabe à autoridade questionar a eficácia do tratamento; Não há necessidade da existência do medicamento no rol de medicamentos padronizados; Afirmação sobre a hipossuficiência dos autores e sobre as emergências das necessidades; Não há risco de dano à economia; Não há afronta ao poder discricionário do ente público; Não há afronta ao princípio da separação dos poderes; Legitimidade do Poder judiciário de agir; Os Protocolos e Portarias do Ministério da Saúde e as exigências prévias de condições clínicas específicas para tratamento não podem sobrepujar a dignidade humana.

**MODELO 2:** Se padronizados determinados tipos de medicamentos, não tem o gestor do SUS o dever jurídico de fornecer outros fora da padronização para a mesma função; As resoluções consubstanciam o estado atual da dispensação de fármacos no tratamento da doença, reflexo de consulta à comunidade científica, profissionais de saúde e gestores do SUS; Ainda que os medicamentos indicados no protocolo clínico não tenham surtido efeito no autor, não se analisa a conveniência da dispensação; Atestado médico não é suficiente;



O Juiz não pode ficar alheio à realidade que o cerca (menção às Influências da indústria farmacêutica); O Poder Judiciário invade a seara da Administração Pública; Nos atos discricionários, o agente público, dentro das limitações autorizadas pela lei, tem liberdade para escolher de acordo com a conveniência e a oportunidade; Pode o Administrador buscar a solução dentro dos limites do razoável para atender ao fim postulado na norma; O Poder Judiciário poderá examinar a legalidade do ato, ou seja, se foi ele praticado por agente competente e dentro dos parâmetros razoáveis de escolha, mas apenas isso; Os medicamentos fornecidos pela rede pública sem entraves devem ser requeridos administrativamente; Apenas os medicamentos que visam tratamento de moléstia que não possuem tratamento disponível SUS devem ser deferidos, podendo ser substituídos por similar; Os critérios de avaliação para a segurança nestes casos são: hipossuficiência e necessidade da medicação para garantir a saúde e a vida do paciente; Não é cabido receber bem com recursos do SUS para serem utilizados na rede privada (necessidade de acompanhamento do demandante em centro de referência indicado pelo SUS); Não é possível fornecer medicamento não reconhecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou que, por outro motivo, não possa ser comercializado em drogarias e farmácias nacionais.

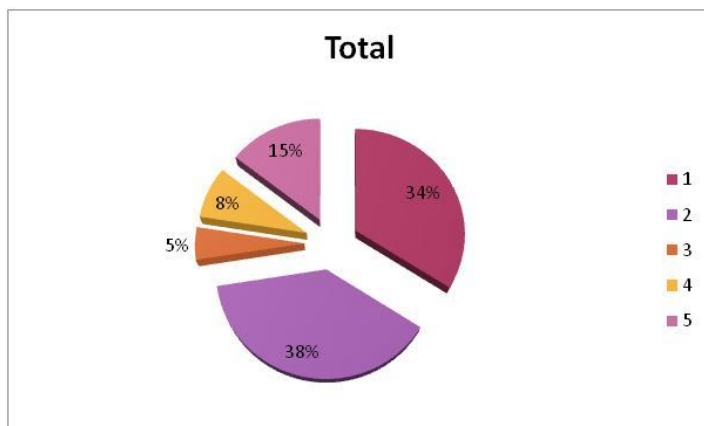
**MODELO 3:** Aplica-se ao caso o Princípio da Proporcionalidade para determinar a atuação do ente Estatal dentro dos parâmetros de seu orçamento para garantir a maior parte da população o acesso ao direito à saúde; Embora seja a impetrante hipossuficiente não pode o órgão da saúde pública comprar medicamentos de alto custo e fora dos padrões estabelecidos para toda a população, sob risco de ser privilegiar um em detrimento de todos aqueles que são beneficiados pelos medicamentos padronizados, fornecidos gratuitamente; Existem outros medicamentos já dispensados para o tratamento das enfermidades; Assegura-se apenas o fornecimento dos medicamentos constantes na lista de remédios padronizados do programa do SUS e similares; Seria rigor demasiado exigir que o Estado tenha em mãos todo e qualquer tipo de tratamento contra as doenças, notadamente porque a cada dia inúmeros medicamentos e tratamentos novos aparecem no mercado; Do ponto de vista técnico, a não inclusão no protocolo indica, em tese, a inexistência de consenso sobre a eficácia do medicamento e, do ponto de vista jurídico, indica a inexistência de dever jurídico do Estado em disponibilizá-lo na rede pública; medicamentos são adquiridos pelo princípio ativo e não pela marca comercial.

**MODELO 4:** A alegação de que os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas vinculadas ao SUS com o fim de oferecer assistência integral aos pacientes de câncer, não afasta a obrigação do estado em atender ao pedido apresentado, na medida em que a preservação da vida do autor deve prevalecer sobre outros interesses; Negação ao argumento da falta de previsão

orçamentária; A diretriz do SUS para o Tratamento do câncer se apoia no princípio da integralidade; No Programa de Medicamentos Excepcionais (“farmácias do SUS”) não constam medicamentos contra câncer, assim, a dispensação de tais medicamentos se faz somente pelos centros de alta complexidade, no bojo do tratamento integral oferecido; Para receber medicamentos deve sujeitar-se o demandante a ser acompanhado pelo SUS, sem prejuízo de seu médico particular; Como regra, a responsabilidade do Estado é a gestão de sistemas de alta complexidade (artigo 17, IX, da Lei 8.080/1990) e a do Município a atenção básica à saúde (artigo 18, IV, da Lei 8.080/1990), como o tratamento contra o câncer não se encontra formalmente incluído, nem em um conceito, nem no outro, a responsabilidade é, pois, solidária, até mesmo porque dentre os CACON’s há instituições estaduais e municipais; O Município de Campinas se encontra em Gestão Plena do Sistema Municipal o que também conclui pela responsabilidade; Não há necessidade de um pedido administrativo anterior para demandar o medicamento.

Com relação aos modelos e o número de processos aos quais é correspondente pode-se observar a seguinte distribuição por meio da figura abaixo: 38% dos processos se refere ao modelo 2, 34% ao modelo 1, 5% ao modelo 3, 8% ao modelo 4 e 15% são ações cujo conteúdo da decisão não pode ser encontrado (representado pelo número cinco na figura 2). Portanto, observa-se a predominância dos modelos 1 e 2, com 72%.

**Figura 2** – Distribuição dos modelos pelo número de ações



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Quanto aos resultados das decisões sobre o fornecimento do pedido, de acordo com a tabela abaixo, pode-se notar que no modelo 1 há a predominância de deferimentos, com 95%; no modelo 2 há predominância de indeferimentos, com 77%; no modelo 3 de indeferimentos, com 80%; e no modelo 4 apenas deferimentos.

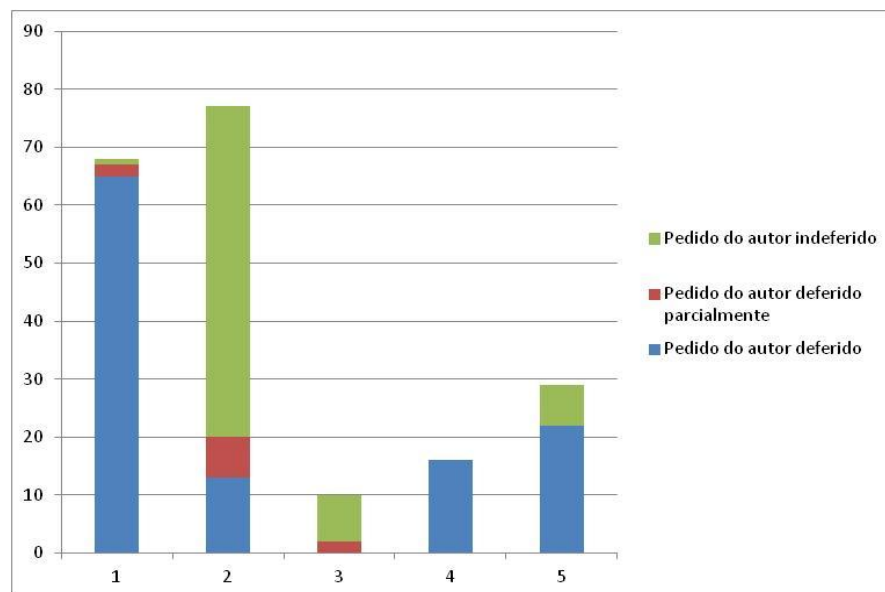
Assim, como melhor se visualiza na figura e tabela abaixo, o modelo 2 aglomera esmagadora parte dos indeferimentos entre os modelos de decisão e também entre os números gerais, tomando para si 78% dos indeferimentos.

**Tabela 8** – Distribuição dos modelos por resultado da decisão.

Rótulos de Linha	Pedido do autor deferido	Pedido do autor deferido parcialmente	Pedido do autor Indeferido	Total geral
Modelo 1	65	2	1	68
Modelo 2	13	7	57	77
Modelo 3		2	8	10
Modelo 4	16			16
Info não disp.	22		7	29
<b>Total geral</b>	<b>116</b>	<b>11</b>	<b>73</b>	<b>200</b>

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

**Figura 4** - Distribuição dos modelos por resultado da decisão.



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

O modelo 2, além de aglomerar os indeferimentos, também apresenta ligação com outros elementos, como a doença do demandante, no caso, diabetes. Isso mostrou uma ligação entre os fundamentos de indeferimento ou deferimento em primeira instância às doenças. Pode-se ver ligações entre diabetes aos fundamentos de indeferimento do modelo 2; e o câncer aos fundamentos de deferimento dos modelos 1 e 4.

**Tabela 9** – Distribuição dos modelos por doença.

Soma de QTD	Rótulos de Coluna	Modelo dois	Modelo quatro	Modelo três	Modelo um	Sem fundamentos	Total Geral
Câncer			16	2	14	8	40
Degeneração		8		1	5		14
Diabetes		36			17	4	57
Hepatite		6		4		1	11
Outras		25		3	32	12	72
Pisoriase		2				4	6
<b>Total Geral</b>		<b>77</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>68</b>	<b>29</b>	<b>200</b>

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

A partir daí começaram a se evidenciar as principais correlações entre os modelos, os resultados das ações e os outros elementos processuais expostos nas características gerais das demandas. Esse trabalho, entretanto, limita-se a expor a relação entre os modelos de fundamentação, as doenças dos demandantes e o resultado da ação.

Conclui-se que os modelos 1 e 4 aglomeram resultados de deferimento e os modelos 2 e 3 os resultados de indeferimento, de acordo com a fundamentação exposta em cada um deles anteriormente. Os modelos 1 e 4 estão associados aos casos de câncer e os modelos 2 e 3 aos casos de diabetes e outras doenças dispersas. Há, portanto, uma relação entre câncer e deferimentos (com fundamentos elencados nos modelos correspondentes) e entre diabetes e outras doenças aos indeferimentos (também com fundamentos elencados nos modelos correspondentes).

## **DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS DECISÕES DE SEGUNDO GRAU**

As decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo tem um padrão bastante homogêneo já conhecido em sua maciça jurisprudência com relação aos casos estudados. A análise das decisões de segundo grau apenas reforçou a posição já explicitada na jurisprudência no sentido de deferir os pedidos de medicamentos/serviços em processos dessa natureza. Porém, apesar da maioria dos resultados de deferimento dos pedidos do autor, é interessante observar que há algumas decisões com argumentos fora do padrão tradicional.

Assim como no recorte dos modelos das decisões de primeira instância, os modelos das decisões do tribunal foram feitos de forma a enfatizar os argumentos que os diferenciavam mais fortemente. Procurou-se vincular os modelos a um padrão de indeferimento ou deferimento do pedido inicial do autor. Entretanto, cabe ressaltar que cada modelo não é correspondente absoluto de resultado de deferimento ou indeferimento. A título de exemplo, no modelo 2, pode-se notar que há afirmações de que não é cabido receber bens com recursos do SUS para serem utilizados na rede privada, mas isso não

significa o indeferimento do pedido de medicamentos/serviços, mas apenas o condicionamento do uso dos recursos na rede pública. Outro exemplo, também do modelo 2, é que há decisões que afirmam que não se pode deferir medicamentos sem registro na ANVISA, entretanto, há que se observar que o pedido pode englobar mais de um medicamento e/ou serviço e apenas algum deles não possuir registro no órgão, o que resulta no deferimento parcial. Então, nesses modelos também é necessária cautela quanto a falsas iniquidades.

Observe-se os modelos:

**Modelo 1:** Afirmação de hipossuficiência dos autores; Não há invasão indevida do Poder Judiciário em matéria sujeita ao poder discricionário da Administração; A lista ou protocolo de medicamentos é importante para orientar a ação da Administração, mas não se presta a servir de único pressuposto para obtenção de medicamento de que necessita o cidadão; Já é ultrapassado que não se pode opor as limitações de receitas como justificativa para o não cumprimento do direito fundamental; o Poder Judiciário não figura como co-gestor dos recursos destinados à saúde; A decisão não significa violação ao princípio de independência e harmonia dos Poderes; O paciente não pode se sujeitar nem esperar por questões burocráticas; Agência burocrática não pode substituir prescrição médica; Necessário atender às normas do código de ética médica; Texto Constitucional é carta política; não há que se falar em quebra do princípio da isonomia; O direito à saúde é o mesmo para todas as pessoas, o que não implica que deva ser efetivado sempre da mesma maneira- não é necessário respeitar lista padronizada; Competência administrativa comum a todos os entes políticos; não há necessidade de item específico no orçamento para providências de extrema urgência no caso em que a pessoa necessita do medicamento para preservação de sua saúde, tampouco demonstrou o Estado ausência de recursos financeiros para o cumprimento da obrigação; a parte não tem necessidade de exaurir a via administrativa; a atividade médica não constitui monopólio estatal, estando aberta à iniciativa privada e não necessitando o autor se submeter apenas à assistência médica pública para uso do recurso; o fornecimento de medicamentos pelo Estado é determinado de forma iterativa pelos tribunais; havendo direito subjetivo fundamental violado, não há ofensa aos princípios da tripartição de funções estatais e da discricionariedade da administração, e, no quadro da tutela do mínimo existencial, não se justifica inibição à efetividade do direito ofendido sob os escudos de limitações orçamentárias; o fornecimento do medicamento prescrito não trará consequências ao Administrador, quanto a sua responsabilidade fiscal, visto que a aquisição enquadra-se nas hipóteses de dispensa ou inexigibilidade de licitação (artigo 24, inciso IV, da Lei nº 8.666/93) além de estar respaldada em determinação judicial e também poder ser lançada mão de reserva de contingência; o direito independe do custo do medicamento; o médico é ciente dos riscos do medicamento e cabe a ele a decisão; essas decisões tem o

objetivo de sanar falha de atendimento do próprio Estado; inafastabilidade de controle jurisdicional - função público-constitucional; não há necessidade de vinculação do produto à marca.

**Modelo 2:** Medicamento sem registro na ANVISA deve ser indeferido; não é cabido receber bens com recursos do SUS para serem utilizados na rede privada (há vinculação do deferimento ao acompanhamento na rede pública); necessidade de considerar a capacidade dos hospitais públicos para os procedimentos, a decisão não pode “furar fila”; não há necessidade de vinculação do produto à marca.

**Modelo 3:** Outros

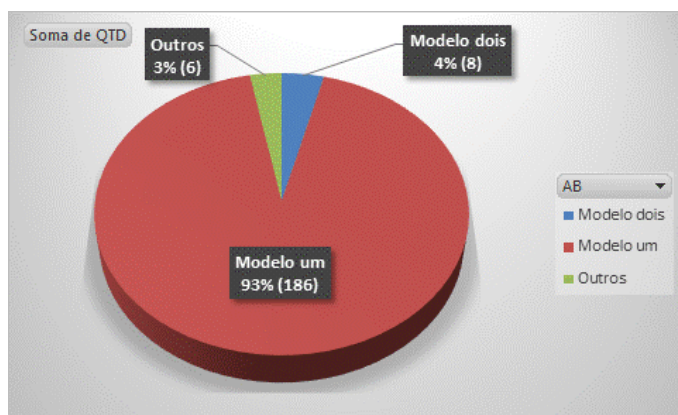
O modelo 1 é o modelo mais frequente (93%), como se observa na figura 5. Já com relação aos resultados das decisões temos abaixo a seguinte tabela onde a= Recurso provido (decisão de deferimento do pedido do autor, reformando decisão anterior); b= Recurso improvido (mantida decisão de deferimento do pedido do autor); c= Recurso improvido (mantida decisão de deferimento parcial do pedido do autor); d= Recurso parcialmente provido; e= Recurso improvido (mantida decisão de indeferimento do pedido do autor) e f= Outros.

**Tabela 10** – Distribuição dos modelos resultado.

Rótulos de Linh	a	b	c	d	e	f	Total Geral
Modelo dois	1	2		5			8
Modelo um	69	105	4	5	2	1	186
Outros	2					4	6
<b>Total Geral</b>	<b>72</b>	<b>107</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>200</b>

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

**Figura 5** - Distribuição dos modelos por número de processos.



Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de SP. Elaboração própria

Conclui-se pela predominância absoluta do modelo 1 (com 93%), sendo que 89,5% das decisões do tribunal são totalmente favoráveis aos autores, concedendo seus pedidos na integralidade. Apenas 7% dos interesses dos autores são parcialmente providos e 1% indeferidos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este artigo propôs a descrição das características de um recorte de processos judiciais sobre o acesso às ações e aos serviços públicos de saúde na comarca de Campinas. Com base nos resultados expostos pode-se dizer que os aspectos principais são que a esfera estadual é a mais demandada nas ações; que a maioria dos demandantes se encontra na faixa etária entre 18 a 65 anos; que há predominância de mandados de segurança; que a grande maioria dos autores tem advogado particular e se declaram hipossuficientes; que as doenças crônicas representam uma quantidade expressiva das demandas judiciais, com ênfase para câncer e diabetes; que o valor da causa não corresponde ao valor anual dos pedidos, mesmo quando plenamente liquidáveis; que os valores mensais dos bens demandados são expressivos (até mil reais mensais (37,3%), de mil a cinco mil (30,7%), de cinco mil a vinte mil (24,7%) e acima de vinte mil (7,3%)); que há maior prioridade de julgamento dos recursos cujo resultado tenha sido negativo para autor; que a primeira decisão sobre o pedido de urgência não costuma demorar mais que seis meses e em geral defere o pedido do autor (63% dos processos tem o pedido do autor deferido em até seis meses, seja em primeira ou em segunda instância).

Com relação às decisões de primeiro grau pode-se dizer que os modelos 1 e 4 aglomeram resultados de deferimento e os modelos 2 e 3 os resultados de indeferimento. Os modelos 1 e 4 estão associados aos casos de câncer e os modelos 2 e 3 aos casos de diabetes e outras doenças dispersas. Há uma relação entre câncer e deferimentos (com fundamentos elencados nos modelos correspondentes) e entre diabetes e outras doenças aos indeferimentos (também com fundamentos elencados nos modelos correspondentes).

Com relação às decisões de segundo grau há predominância absoluta do modelo 1 (com 93%), sendo que 89,5% das decisões do tribunal são totalmente favoráveis aos autores, concedendo seus pedidos na integralidade. Apenas 7% dos interesses dos autores são parcialmente providos e 1% indeferidos.

É possível notar uma grande diferença entre as decisões e embasamentos de primeira de segunda instância. Enquanto em segunda instância o Tribunal Estadual tem orientação uníssona em deferir os pedidos na grande maioria dos casos, os juízes de primeira instância decidem de forma mais variada a depender de certas características, das quais descrevemos nomeadamente as doenças. Pergunta-se se o fato dos juízes de

primeira instância estarem mais próximos das partes, presidindo as audiências e escutando as partes em carne e osso, não influenciaria no entendimento divergente sobre o tema entre as instâncias. Também, se as características dos processos não sugerem qual parte da sociedade notadamente compõe ou não compõe esse fenômeno e, ainda, os benefícios ou malefícios que ele traz a sociedade como um todo. É o que fica.

## REFERÊNCIAS

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. 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, Jun. 2009.

BARCELLOS, A. P. Neoconstitucionalismo, direitos fundamentais e controle das Políticas Públicas. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, n. 240, p. 83-103, abr./jun. 2005.

BRITO, Renata Janaina de Sousa. A judicialização do direito à saúde: uma revisão bibliográfica da produção científica nacional. 2011. 42 f. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais)— Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CARVALHO, Ernani Rodrigues. Em busca da judicialização da políticas no Brasil: Apontamentos para uma nova abordagem. *Revista Sociol. Polit.* [online]. Nov. 2004. Nº 23. P. 127 -139.

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, Aug. 2009 .

DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 57-75, 2010 .

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, Mar. 2013.

FERREIRA, J.; ESPIRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2012.

FIGUEIREDO, T. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, supl. 1, 2013.

FLEURY, S. *A questão Democrática da Saúde. Estados sem cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.



\_\_\_\_\_. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n.93, p. 159-162, abr./jun.2012.

LENZA, P. *Direito Constitucional Esquematizado*, 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

LIGIA, G. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, Ago. 2012.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, Fev. 2007.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. 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, Abr. 2012.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

PINHEIRO, I. A.; VIEIRA, L. J. M.; MOTTA, P. C. D. Mandando Montesquieu às favas: o caso do não cumprimento dos preceitos constitucionais de independência dos três poderes da república. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, Dez. 2011.

RAMOS, Elival da Silva. *Ativismo judicial: parâmetros dogmáticos*. São Pulo: Saraiva, 2010.

STAKE, Robert E. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Tradução de Karla Reis. Revisão técnica de Nilda Jacks. Porto Alegre: Penso, 2011.

TAVARES, A. R. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2012.

TATE, C. N.; VALLINDER, T. (Org.). *The global expansion of Judicial Power*. Nova York; Londres: New York University Press, 1995.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, Abr. 2008.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2005.