

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UM ESTUDO NO ESTADO DE SÃO PAULO

Walcylyene Castilho de Araujo¹
Marilsa de Sá Rodrigues²
Quésia Postigo Kamimura³

Resumo

O fenômeno da judicialização da saúde tem se tornado frequente no território nacional nos últimos anos. Entende-se pelo termo judicialização a obtenção de atendimento médico, medicamentoso e de procedimentos diagnósticos por via judicial. A prática crescente de tal ato e seus efeitos têm gerado opiniões contrárias tanto na administração pública como no poder judiciário. Se por um lado há uma corrente que defende os preceitos de equidade, integralidade e universalização da saúde por meio da prática judicial, por outro, há aqueles que a classificam como instrumento de ameaça aos mesmos preceitos constitucionais relatados. Embora os entes federados tenham adotado algumas medidas com o intuito de controlar e reduzir o número de ações judiciais da saúde os esforços parecem não terem alcançado os resultados esperados e o número de ações abertas segue crescente em contraste à questão orçamentária decrescente. Tendo em vista a relevância do tema, a proposta do artigo é estudar a judicialização da saúde no estado de São Paulo, região com alto índice de judicialização e

Recebimento: 9/1/2017 - Aceite: 13/3/2018

¹ Mestranda em Planejamento e Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté. walcylenearaujo@gmail.com

² Doutora em Administração e Professora do Programa de Pós Graduação da Universidade de Taubaté (UNITAU). email: marilsasarodrigues@outlook.com

³ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté. qkamimura@gmail.com

com dados sistematizados sobre o tema, desde 2010, via sistema próprio (S-Codes). Entre os anos de 2010 e 2014, houve aumento de 54% no número ações abertas e financeiramente houve incremento superior a 100% no custo do atendimento de demanda judicial. Do valor financeiro direcionado ao cumprimento judicial, no período analisado, mais de 80% do total resultou da demanda de medicamento não padronizado na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) sugerindo a necessidade imediata de maior detalhamento sobre as ações impetradas, assim como também a revisão da política pública que regulamenta a assistência farmacêutica do estado. Além disso, outro dado relevante diz respeito a origem da demanda por este tipo de medicamento, mais de 50% das ações foram geradas em instituições privadas denotando desconhecimento ou inadequação dos itens previstos na política nacional de medicamentos. Diante dos dados obtidos, torna-se fundamental que novas políticas públicas sejam elaboradas para evitar o acirramento das restrições orçamentárias estaduais e também o desenvolvimento de estudos com dados atualizados para verificar a condição atual da judicialização da saúde no estado de São Paulo.

Palavras-chave: Judicialização, Saúde Pública, SUS.

THE JUDICIALIZATION OF HEALTH CARE IN THE STATE OF SÃO PAULO

Abstract

The phenomenon of the judicialization of health care has become frequent in the national territory in recent years. It is understood by the term judicialization the obtaining of medical, medicine treats and diagnostic procedures by judicial means. The increasing practices of such an act and its effects have generated conflicting opinions in both the public administration and the judiciary. If on the one hand there is a current that defends the precepts of equity, completeness and universalization of health through judicial practice, on the other, there are those who classify it as an instrument of threat to the same constitutional precepts reported. Although federal agencies have taken some measures to control and reduce the number of health claims, efforts appear to have failed to achieve the expected results and the number of open actions continues to increase in contrast to the decreasing budget issue. Considering the relevance of the topic, the purpose of this article is to analyze the judicialization of health in

the state of São Paulo, a region with a high degree of legality and systematized data on the subject, since 2010, via its own system (S-Codes). Between 2010 and 2014, there was an increase of 54% of new shares opened and financially, there was an increase of more than 100% with the handling of lawsuits. In the period analyzed, more than 80% of the total amount of the financial value of judicial compliance resulted from the demand for a non-standardized drug in the National Drug List (RENAME), suggesting the immediate need for greater detail on the actions filed, as well as the review of public policy that regulates state pharmaceutical assistance. In addition, another relevant fact concerns the origin of the demand for this type of drug, more than 50% of the actions were generated in private institutions denoting ignorance or inadequacy of the items foreseen in the national drug policy. In view of the data obtained, it is fundamental that new public policies be developed to avoid the tightening of state budget constraints and also the development of studies with updated data to verify the current condition of health judicialization in the state of São Paulo.

Keywords: Judicialization, Public Health Care, SUS

Introdução

O tema judicialização da saúde tem apresentado crescente importância no cenário nacional em função dos níveis relevantes dos pareceres judiciais favoráveis aos usuários e que obrigam as instâncias públicas, nas três estâncias do poder, a arcarem com os gastos referentes a despesas relativas à promoção e manutenção da saúde da população.

Esta prática tem suscitado elaborações teóricas divergentes, já que por um lado há uma corrente que defende esta ação como a única forma de garantir a concretização do preceito da Constituição Federal da universalização da saúde no território nacional; por outro lado, há indicação de que o fato de atender a demanda individualizada prejudica a coletividade e impede que o preceito de equidade seja válido.

Independentemente da posição adotada, o fato é que o assunto tem mobilizado esforços federais e estaduais na tentativa de maximizar o controle sobre os pedidos judiciais abertos e também elaborar estratégias que visem à redução dos mesmos, como por exemplo, a instituição do Fórum Nacional do Judiciário, em 2010, no Conselho Nacional de Justiça, para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde.

Na realidade, entretanto, nos últimos seis anos, o que se observa é um aumento vertiginoso de ações judiciais indicando que legalmente não há, até o momento, linha de defesa que subjuguem um direito constitucional, como é a responsabilidade do Estado na questão da garantia dos serviços de saúde, e nesse sentido, em mais de uma ocasião, o Supremo Tribunal Federal reforçou tal posicionamento.

Referencial teórico

Universalizando a Saúde no contexto neoliberal

A garantia das condições de promoção, preservação e manutenção da saúde pública no Brasil teve sua institucionalização oficializada por meio da promulgação da Constituição Federal, em 1988, mais especificamente por meio do artigo 196, conforme texto da lei:

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

Por meio deste texto, os princípios de universalidade e equidade também assumiram o status de direito constitucional. A sistemática de

operacionalização da saúde pública também foi estabelecida na Constituição, por meio do artigo 198:

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Embora houvesse vaga indicação da metodologia (regionalização) do sistema de saúde, no texto constitucional, somente em 1990, a lei 8080 propôs a descentralização do SUS por meio da participação fortalecida das instâncias estadual e municipal e também das comissões mistas, com representatividade da comunidade, conforme texto da lei:

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o [inciso I do art. 198 da Constituição Federal](#), sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Sem dúvida alguma, a universalização da saúde e a tentativa de adoção do modelo regionalizado visando à equidade foram importantíssimas para o desenvolvimento do país, sem contar o impacto positivo para um território tão marcado pelas desigualdades. Entretanto, cabe aqui uma análise sobre o cenário macroeconômico da década de 1990 e suas consequências no financiamento da saúde.

Entre as décadas de 1960 e 1980, o país esteve sob governo militar e as práticas adotadas retratavam duas fontes de interesse: o fortalecimento do caráter populista e o interesse produtivista por meio de mão de obra com maior qualificação (OLIVEIRA e SOUSA, 2103). Foram medidas como estas

que auxiliaram a concretização do período denominado “milagre econômico”, pois os...

[...] recursos que circulavam pela área social passaram a ser estreitamente articulados com a política econômica, sendo subordinados, em várias áreas, ao critério da racionalidade econômica. A iniciativa privada foi, assim, estimulada a assumir importantes fatias dos setores de habitação, educação, saúde, previdência e alimentação. “Com essas inovações, a política social passou, inclusive, a ser um dinamizador importante da iniciativa privada” (Martine, p. 100, 1989).

As políticas públicas criadas neste período eram caracterizadas pelo caráter assistencialista, pelas privatizações e a centralização político financeiro em nível federal. Com o fim dos governos militares, o Brasil foi totalmente influenciado pelo pensamento neoliberal, que já imperava no cenário mundial, após o abandono do pensamento keynesiano e que “propugnava a ampliação das relações comerciais na prestação de serviços, inclusive relativos à saúde, e uma redução no papel do Estado como provedor direto destes serviços” (SESTELO, SOUZA e BAHIA, 2013).

Com a inclusão do país no contexto hegemônico e sob impacto de uma grande crise financeira, com inflação atingindo taxa de 2000%, com dívida externa superior a US\$120 bilhões, é inevitável a formação do questionamento: por que a universalização da saúde ocorreu naquele momento? O gasto público não sofreria impacto negativo com tal medida? (SOARES, 2014).

O Brasil, na década de 90, já possuía grande nível de dependência do capital externo em função do seu alto endividamento, e diante a necessidade de refinanciamento da sua dívida, acatou algumas exigências do Banco Mundial, órgão internacional responsável pela concessão de financiamento, como descreve Soares, na seguinte citação:

“... o relatório do Banco Mundial de 1995, descrito por Rizzotto (2000), adaptado por Santos (2010):

1. Desaconselha a Descentralização com Acesso Universal e Equidade porque não haverá recursos governamentais.

2. Propõe revisão Constitucional e Institucional para:

2.1 - fortalecer os Estados para assumirem os serviços assistenciais clínicos, fugindo da inexperiência e corrupção das Secretarias Municipais de Saúde;

2.2 - assunção pelo governo federal do papel de regulamentar políticas de contenção de custos e de restrição do acesso, e estimular o copagamento e a instituição de mercados internos nos sistemas públicos;

2.3 - extinguir a preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos;

- 2.4 - estimular a ampliação de planos e seguros privados;
- 2.5 - reduzir os investimentos públicos em assistência médica e enfatizar as ações preventivas;
- 2.6 - focalizar os serviços públicos à população pobre;
- 2.7 - Aumentar a produtividade e limitar a tecnologia ou o acesso à tecnologia. (SORAES, 2014, p. 66-67).

Com base nas orientações acima, é possível formular entendimento sobre os reais motivos que levaram à universalização da saúde na ocasião: a possibilidade de redução do custo federal com saúde, a revalidação dos interesses privados e o aumento de produtividade. Tais interesses parecem totalmente embasados no contexto neoliberal, assim também como a necessidade crescente de regionalizar e empoderar os níveis estadual e municipal.

Assim o sistema de saúde brasileiro, embora tivesse o caráter público, deveria ser considerado misto na modalidade de prestação de serviço, pois a rede de atendimento engendrada contava com instituições públicas e privadas, sendo a última responsável pelo caráter suplementar. A revalidação do capital privado neste sistema representou um primeiro grande passo rumo ao subfinanciamento do SUS, pois...

[...] essa relação do SUS com a iniciativa privada para complementaridade de suas ações e serviços compromete seus princípios, já que o direito universal à saúde passa a competir com os interesses de um mercado que historicamente sempre se beneficiou de políticas e recursos públicos no país e explora como negócio a prestação de serviços complementares ao sistema público. (NUNES, 2016, p.28)

Por isso, quando hoje se evidencia a redução da participação federal com os gastos com saúde ou aprova-se emenda/lei institucionalizando o desvio de verba originalmente destinada à saúde parece-me ser somente a expressão da continuidade dos preceitos capitalistas que originaram a tão sonhada universalização da saúde.

Judicialização da Saúde

Entende-se por judicialização da saúde o ato de obter “atendimento médico, medicamentoso e de procedimentos diagnósticos por via judicial, nos casos em que há ausência de eficácia ou omissão do Estado na prestação da assistência ao direito à saúde na sua integralidade”. (LESSA, KAMIMURA e CORNETTA, p.3. 2013)

Conforme indicado anteriormente, a Constituição Federal estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, portanto o

Judiciário deve intervir, “em caso de omissão do Estado, falha, insuficiência ou falta de execução das políticas existentes” (OLIVEIRA, 2009, p.32 apud ALBERTO, 2012, p.52)

Historicamente, no Brasil, até o ano de 1996, o poder judiciário não apresentava indícios de ter o entendimento do dever do Estado no provimento das condições de saúde no sentido prático de garantir atendimento ou recursos integralizados e as ações “eram sumariamente rejeitadas pelos tribunais que enxergavam neste dispositivo constitucional, uma norma meramente programática, insuscetível de produzir efeitos jurídico-positivos” (GOUVEIA, 2003, p.02, apud ALBERTO, 2012, p. 56)

Entretanto as ações judiciais que visavam fornecimento de medicamentos para os portadores do vírus HIV trouxeram alterações significativas no quadro jurídico. No ano de 1996, uma ação do estado de São Paulo recebeu parecer favorável da justiça em favor de uma paciente com AIDS e isso estabeleceu jurisprudência para ajuizamento de outras demandas. Este fato pode ser considerado como marco relevante para o início da prática de judicialização da saúde no Brasil, e também o fato que motivou o Poder Executivo a implementar “uma política de reestruturação do programa de distribuição gratuita e universal, comum a todos os portadores do vírus”. (ALBERTO, 2012, p.56)

A partir do final da década de 1990, houve ampliação significativa dos medicamentos, insumos e serviços que se tornaram objeto das ações judiciais e isso, diante a referida jurisprudência, tem gerado impacto financeiro significativo nos entes federados. Segundo Wang, os impactos orçamentários podem ser constatados por dados como, o

[...] gasto do Ministério da Saúde com medicamentos cuja provisão foi determinada por ordem judicial passou de R\$ 2,5 milhões em 2005 para aproximadamente R\$ 266 milhões em 2011 (Advocacia-Geral da União e Ministério da Saúde, 2012). No mesmo período, o número de medicamentos fornecidos judicialmente pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP) subiu de 799 para 14.563, um crescimento de 1.722,65% em cinco anos (WANG et al., 2014, p.1193).

E acrescenta, que com relação à responsabilização dos entes federados no cumprimento das decisões jurídicas, o Judiciário desconsiderando a...

[...] divisão organizacional federativa do SUS estabelecida na Lei no 8.080/1990 e em outras normas do SUS, pode prejudicar o planejamento da gestão da saúde pelos entes federativos, que em muitos casos acabam atuando de maneira sobreposta (Sarmiento e Telles, 2012). Além do mais, a

judicialização tende a causar um grande impacto na política de saúde dos municípios que, em regra, possuem menor capacidade para lidar com os custos e a imprevisibilidade advinda dos gastos em saúde ordenados judicialmente. (WANG et al, 2014, p.1195).

Assim como antecipado na introdução do presente trabalho, a judicialização atrai duas correntes contrárias, a que a defende pelo caráter amadurecido de exercício de cidadania e a que a critica pelo impacto financeiro que impede a equidade do benefício. Ao avaliar a questão somente pela ótica orçamentária pública realmente torna-se evidente o impacto negativo, porém há de se alargar a visão e considerar a possibilidade de comunhão dos aspectos humanitários e de cidadania envolvidos na prática.

Fleury (2012) discorreu sobre o tema apontando as variáveis que incidem e reforçam a judicialização como prática benéfica ao SUS e aos cidadãos:

Não há dúvidas que a judicialização decorre do aumento da democracia e da inclusão social, representados pela positivação dos direitos sociais e pela difusão da informação e da consciência cidadã. No entanto, também é fruto das debilidades do Legislativo, ao manter a indefinição do arcabouço legal, e do Executivo, por atuar na ausência de definição de normas ou parâmetros que impeçam as instituições estatais, por serem tão precárias, de se responsabilizar pela peregrinação (FLEURY, 2011) dos usuários em busca da atenção, como expressão do contra-direito (FOUCAULT, 1977) à saúde. (FLEURY, 2012, p. 159-160)

Tendo em vista que este processo é consequência de uma tomada de consciência cidadã aliada a gestão pública ineficiente torna-se claro tratar-se de fenômeno passível de ocorrência em outros territórios. De acordo com a figura 1, segue representação da judicialização em outros países:

Figural: Processos pelo mundo



Fonte: PIERRO, p. 22, 2017.

A prática de recorrer à justiça pra garantir a participação do Estado no direito à saúde também indica um reflexo do nível de desenvolvimento de uma nação, não no sentido econômico haja visto a posição da Colômbia, porém no sentido de desenvolvimento proposto por Sen (2010) como liberdade e amplitude de ação dos agentes sociais.

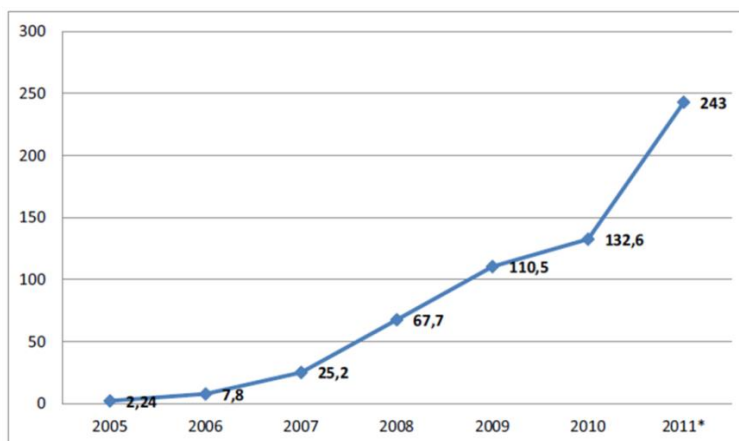
Portanto, “... o desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente”. (SEN, 2010, p.10), e nesse sentido, a judicialização representa o exercício da cidadania na obtenção de um direito, de uma liberdade, vital para o desenvolvimento das potencialidades do indivíduo, e tende a ser mais frequente, de acordo com o nível de conhecimento e maturidade da população.

O cenário de aumento da demanda judicial exigiu que o Estado adotasse algumas medidas no sentido de controlar e tentar coibir que os impactos orçamentários permanecessem crescentes, e em 2010, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), estabeleceu novas diretrizes de atuação para os envolvidos. Além disso, foi instituído o Fórum Nacional do Judiciário, e em 2014, após realização da primeira jornada de direito à saúde, foi elaborado documento com indicação de 19 enunciados em Saúde Pública (NUNES, 2016).

Embora esta medida corretiva tenha sido implantada, o número de pedidos judiciais permanece crescente, assim como o impacto orçamentário para os entes federados, principalmente na esfera municipal que conta com menores verbas, e nesse sentido, a judicialização contribui para reforçar as

tão marcantes desigualdades territoriais do país. Conforme gráfico 1, os gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais representam o impacto financeiro no período de 2005 a 2011:

Gráfico1: Gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais – R\$ Milhões



Fonte: ALBERTO, p.17, 2012 – Dissertação de Mestrado

No âmbito estadual, em São Paulo, entre 2001 e 2007, houve um aumento de quase 70 % das ações judiciais impetradas com demanda de medicamentos contra a Secretaria de Saúde, e então na tentativa de contenção da demanda, foi criada pela Procuradoria Geral do Estado, em 2008, a 8ª Subprocuradoria da Procuradoria Judicial que se trata de uma seção especializada em saúde pública. A Secretaria Estadual de Saúde criou a Coordenação de Demandas Estratégicas do Sistema Único de Saúde (Codes), composta por equipe multidisciplinar, e ligada ao Gabinete do Secretário de Saúde do Estado para atuar no gerenciamento da demanda judicial do Estado (ALBERTO, 2014).

Na composição dos valores financeiros comprometidos por decisões judiciais, o custo com medicamentos tem sido o de maior expressão, e isso pode ser entendido pelo alto custo de comercialização do produto, em sua maioria, importado, e também pela velocidade com que as indústrias farmacêuticas imprimem em seus lançamentos. Conforme Alberto, p.55, 2012, a referida indústria,

[...] procurando obter uma nova patente, realiza pequenas modificações em medicamentos já existentes, e por meio de estratégias de propaganda, esses medicamentos “[...] são apresentados à classe médica, e até mesmo, a grupos específicos de usuários, como inovadores, ressaltando-se de forma desproporcional suas vantagens em relação à terapêutica

instituída ou a produto já ofertado pelo SUS.” (CONASS, 2005 apud BRASIL, 2011, p. 134-135).

Existem também indícios de que estas indústrias tenham descoberto no poder judiciário fonte de pressão para incorporação de seus produtos no SUS. Conforme Campos Neto et al, p. 789, 2012:

Carvalho (2005) aponta que o campo jurídico é uma das novas vias descobertas pelas indústrias para que esses profissionais atuem em seu favor, com argumento de defesa do direito universal à saúde e dos novos medicamentos e procedimentos médicos. As novas tecnologias, muitas vezes, são consumidas pela pressão do direito constitucional e do apelo emocional ao Sistema Judiciário.

Este tipo de manobra reforça a máxima do aparelhamento do Estado para obtenção dos interesses hegemônicos, e pode trazer prejuízos extensos para os preceitos de universalização, equidade e integralidade da saúde pública. Porém, infelizmente, como já mencionado anteriormente, não seria a primeira expressão da interferência do capital privado no direito público.

Metodologia

O método adotado foi o exploratório qualitativo instrumentalizado por meio de pesquisa documental de legislação brasileira referente à criação e manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram utilizados documentos legais como a Constituição Federal do Brasil de 1988, Portarias, Emendas Constitucionais e Leis Regulamentadoras, além de pesquisa bibliográfica, consulta à teses de mestrado, artigos científicos e periódicos do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde de São Paulo.

Para a apresentação dos dados quantitativos de ações abertas no poder judiciário foi realizado recorte espacial e temporal, durante o período de 2010 a 2014, no Estado de São Paulo. Tal escolha deveu-se à representatividade do estado no cenário nacional da judicialização da saúde, além de possuir sistematização de dados referentes ao tema desde o ano de 2005. O recorte temporal deveu-se ao fato de terem sido implantadas melhorias no sistema em 2010, conforme detalhamento de Mapelli Junior:

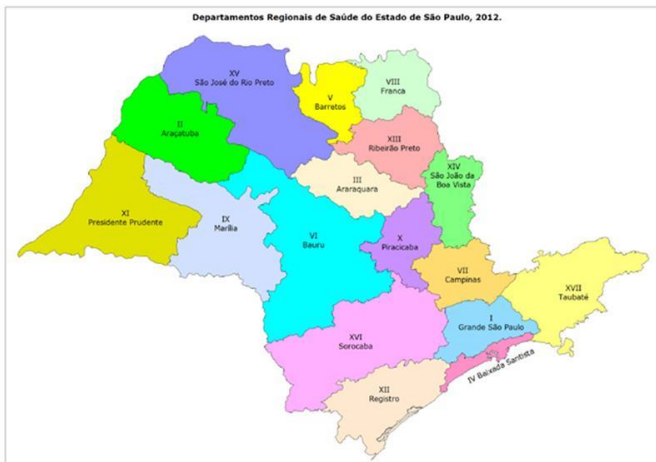
Inicialmente denominado SCJ (Sistema de Controle Jurídico), contou em 2010 com a implementação de um novo aplicativo para o gerenciamento das ações judiciais, que permitiu o cadastramento centralizado de todas as demandas judiciais manejadas contra o Estado, no nível central e nas

divisões administrativas da SES/SP, os DRS (Departamentos Regionais de Saúde), pela Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS (CODES). O SCODES, a partir de então, passou a armazenar um conjunto confiável de diferentes informações sobre o protocolo das demandas judiciais (data de entrada, número do processo judicial, unidade responsável pelo cadastramento, etc.), o processo judicial (tipo de ação, vara responsável, solidariedade passiva ou não com algum município, patrono da ação, prazo para cumprimento e qual o conteúdo da ordem judicial, etc.), a situação clínica que ensejou o pedido judicial (doença, local de tratamento, prescritor, etc.) e mecanismos de gestão administrativa (definição do item a ser dispensado, o tempo da dispensação, intervalo e quantidade, unidade dispensadora e local de armazenamento dos produtos judicializados, comunicação do autor por meio de telegrama, gestão de estoque no almoxarifado, etc.). (MAPELLI JUNIOR, 2015, p.166)

O estado de São Paulo, segundo orientação do Ministério da Saúde, por meio da Portaria 4279/10, é composto por dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que “ são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em um determinado território.” (ARAUJO e VIEIRA, p. 11-12, 2016)

No estado de São Paulo, a construção das 17 DRS teve como finalidade garantir a universalidade e integralidade da assistência a toda população paulista, independentemente do local de residência (CIB nº 06 de 8/2/12).

Figura 2: Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo



Fonte: SES – SP. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>

Os dados quantitativos disponibilizados nos documentos consultados dizem respeito às ações judiciais individuais, com pedidos de medicamentos, insumos terapêuticos, suplementos alimentares e materiais, que são cadastrados no sistema informatizado S-CODES, utilizado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Os demais itens não são cadastrados no referido sistema, portanto não foram contabilizados na análise elaborada.

Resultados

O Estado de São Paulo também apresentou índice crescente de judicialização de saúde, como o restante do território nacional, conforme tabela 1:

Tabela 1 – Quantidade de ações judiciais por ano

Ano	Quantidade	%
2010	9.385	-
2011	11.633	23,95%
2012	12.031	3,42%
2013	14.080	17,03%
2014	14.383	2,15%
Total Geral	61.512	

Fonte: MAPELLI JUNIOR, p. 172, 2015 – Tese Doutorado USP

No período de 2010 a 2014 foi possível constatar aumento de, aproximadamente, 54% no número de ações abertas, individualmente, no estado. Isso reforça a ideia de que a via judicial tem sido acessada com maior incidência nos últimos anos por aqueles que não foram atendidos pelo preceito da integralidade do sistema público. Entretanto, como foram ações individualizadas, o seu atendimento podem gerar interferência na validação do preceito da equidade. Com relação ao impacto financeiro gerado, segue tabela 2.

Tabela 2 – Custo anual da judicialização da assistência farmacêutica

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Ações Judiciais	R\$ C.Realizado	Ações Judiciais	R\$ C.Realizado	Ações Judiciais	R\$ C.Realizado	Ações Judiciais	R\$ C.Realizado	Ações Judiciais	R\$ C.Realizado
Hospitais e Clínicas Privadas	12.279	89.377.767,77	16.083	142.104.692,30	18.653	182.860.901,96	21.232	229.001.479,87	23.850	240.222.828,86
Hospitais Públicos	2.382	35.712.659,47	2.728	47.141.280,51	2.854	53.619.174,02	3.133	57.534.664,10	3.433	65.715.645,11
Não informado	4.550	48.271.975,76	4.351	54.515.132,73	4.102	56.662.377,71	3.949	54.087.506,27	4.123	53.868.168,82
UBS/C.S. & Amb, Especialidade	4.194	15.554.514,43	5.454	23.775.069,68	6.308	28.080.884,08	7.061	32.750.718,56	8.048	34.574.325,33
Total Geral	23.405	188.916.917,43	28.616	267.536.175,21	31.917	321.223.337,77	35.375	373.374.368,80	39.454	394.380.967,89

Fonte: MAPELLI JUNIOR, p. 175, 2015 – Tese Doutorado USP

Diferentemente da tabela 1, onde foram indicadas somente as ações abertas nos anos especificados, na tabela 2, houve indicação de ações pré-existentes somadas às novas do período para garantir melhor entendimento do impacto financeiro anual com a judicialização da saúde. Na tabela 2, no período de 2010 a 2014, os valores financeiros tiveram um aumento superior a 100% indicando forte capacidade de impacto no orçamento da área de saúde.

Outro dado relevante, diz respeito à origem/local de tratamento de onde a prescrição médica foi gerada, conforme tabela 3:

Tabela 3 – Ações judiciais por ano, valor e local de tratamento

	2010		2011		2012		2013		2014		% Media Geral
		%		%		%		%		%	
Hospitais e Clínicas Privadas	12.279	52,5	16.083	56,2	18.653	58,4	21.232	60,0	23.860	60,5	57,5
UBS/C.S & Amb Especialidade	4.194	17,9	5.454	19,1	6.308	19,8	7.061	20,0	8.048	20,4	19,4
Não Informado	4.550	19,4	4.351	15,2	4.102	12,9	3.949	11,2	4.123	10,5	13,8
Hospitais Públicos	2.382	10,2	2.728	9,5	2.854	8,9	3.133	8,9	3.433	8,7	9,2
Total Geral	23.405		28.616		31.917		35.375		39.454		100

Fonte: MAPELLI JUNIOR, p. 177, 2015 – Tese Doutorado USP

Hospitais e clínicas privadas foram os responsáveis por mais de 50% das ações judiciais e prescrições médicas que originaram tais ações, portanto a maior parte dos gastos públicos, no período indicado, foi empenhada com usuários que originalmente não vieram de unidades/atendimento do SUS, e nesse ponto, todos os preceitos da constituição federal, acessibilidade, integralidade e equidade podem ter sido comprometidos pela interferência privada. Além disso, a indicação das origens das ações revela que instituições/unidades sob-responsabilidade das três esferas públicas geraram as ações comprometendo o orçamento da área de forma generalizada.

Na análise da composição dos valores empenhados com ações judiciais, o componente medicamento foi o mais expressivo e suscita análise pormenorizada para entendimento da complexidade envolvida. Conforme tabela 4, segue valores e percentuais da referida composição do gasto público:

Tabela 4 – Ações judiciais por ano, valor e tipo de demanda

	2010	2011	2012	2013	2014
Materiais	12.281.648,53	21.957.070,76	26.318.954,40	33.109.927,15	41.440.890,92
Medicamentos	166.067.453,75	223.244.485,69	273.051.851,44	316.521.257,47	324.725.886,30
Nutrições	10.552.147,93	22.199.535,15	21.544.501,25	23.385.254,12	28.112.074,68
Outros Itens	15.667,22	135.083,62	308.030,69	357.930,06	102.116,00
Total Geral	188.916.917,43	267.536.175,21	321.223.337,77	373.374.368,80	394.380.967,89

Fonte: MAPELLI JUNIOR, p. 178, 2015 – Tese Doutorado USP

Em todos os anos, mais de 80% dos valores empenhados referiram-se a despesas com medicamentos inferindo-se a não eficácia da política nacional de medicamentos e sua operacionalização ou o julgamento equivocado das ações demandadas.

As ações judiciais relacionadas à medicamentos podem ter sido abertas por motivos diversos: ausência da medicação, prescrição de medicamento diferente do previsto na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), desconhecimento dos medicamentos padronizados no RENAME e/ou aquisição de medicamentos importados não aprovados na ANVISA, e nesse caso, tratando-se da aquisição de componente sem garantia de eficácia comprovada pelo órgão certificador do país.

Para melhor explanação sobre assunto, segue tabela 5, com especificação dos tipos de medicamentos que perfizeram o percentual indicado na composição total dos gastos com judicialização:

Tabela 5 – Relatório comparativo de ações judiciais por componentes de assistência farmacêutica e outros medicamentos

Ano	MEDICAMENTOS										R% Gasto
	Componente Especializado		Componente Básico		Componente Estratégico		Outros		Oncológicos		
	R\$ gasto	%	R\$ gasto	%	R\$ gasto	%	R\$ gasto	%	R\$ gasto	%	
2010	66.441.637	40,01	870.485	0,52	1.129.605	0,68	68.531.458	41,27	29.094.268	15,52	166.067.453,75
2011	75.586.139	33,86	1.570.027	0,70	1.331.671	0,60	108.294.777	48,51	36.461.870	16,33	223.244.485,69
2012	90.857.114	33,27	1.656.324	0,61	1.452.977	0,53	140.032.074	51,28	39.053.361	14,30	273.051.851,44
2013	106.495.651	33,65	1.569.016	0,50	1.438.080	0,45	158.095.298	49,95	48.923.211	15,46	316.521.257,47
2014	74.306.591	22,88	1.723.976	0,53	1.717.664	0,53	189.097.456	58,23	57.880.198	17,82	324.725.886,29

Fonte: MAPELLI JUNIOR, p. 179, 2015 – Tese Doutorado USP

O componente especializado refere-se a medicamentos de alto custo sem contar o oncológico que possui categoria individualizada na tabela, e apresentou percentual crescente no intervalo de 2010 a 2013 e queda em 2014. Os componentes Básico e Estratégico dizem respeito a medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, e medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, consecutivamente, e apresentaram percentual estável, e representaram menos de 1% do valor total.

O componente com maiores valores, indicando maior judicialização foi presente no item Outros, que se refere a medicamentos não padronizados, e apresentou aumento crescente, chegando ao valor de R\$ 189.097.456, no ano de 2014, consumindo mais que 50% do valor anual total. E nesse ponto há que se questionar a eficiência da política pública em não prever/atualizar o cadastro nacional com novas drogas, assim como, a

autenticidade do mercado farmacêutico que atualiza incessantemente sua lista de produtos alegando grandes diferenciais e ganhos para os pacientes.

Segundo Campos Neto et al, 2012, apud Vidotti (2008), 40% dos medicamentos registrados na ANVISA, entre 2000 e 2004, não apresentavam inovação em relação aos medicamentos disponíveis, segundo classificação do *Food and Drug Administration* (FDA), e não estavam na RENAME.

Portanto, a prescrição de medicamentos não padronizados deve ser considerada relevante ao analisar a judicialização da saúde no estado, não devendo exaltar posicionamentos inflexíveis e extremos que apregoem a proibição irrestrita da prática, porém é necessária avaliação técnica detalhada que comprove que tal prática proverá reais benefícios ao usuário, já que do contrário, poderá ser somente mais uma artimanha do interesse privado para obter lucro por meio de pressão via poder judiciário.

O detalhamento dos dados dos Departamentos Regionais de Saúde do estado pode ser verificado na tabela 6:

Tabela 6 – Índice de Judicialização nos Departamentos Regionais de Saúde (SP) – nº de ações por 10.000 habitantes

DRS	2010	2011	2012	2013	2014
DRS 01 – Grande São Paulo	4,43	4,17	4,24	4,29	4,22
DRS 02 – Araçatuba	5,81	9,50	10,63	13,33	16,33
DRS 03 – Araraquara	8,44	8,52	9,00	9,65	10,41
DRS 04 – Baixada Santista	4,02	4,25	6,16	6,77	6,05
DRS 05 – Barretos	19,43	30,87	41,68	53,35	70,71
DRS 06 – Bauru	16,96	18,27	18,95	19,99	21,18
DRS 07 – Campinas	3,57	3,08	3,19	3,52	3,92
DRS 08 – Franca	14,98	21,70	23,28	23,95	27,74
DRS 09 – Marília	3,54	5,58	6,75	8,11	9,81
DRS 10 – Piracicaba	3,46	3,08	3,56	3,91	3,93
DRS 11 – Presidente Prudente	10,91	13,50	16,60	19,53	23,89
DRS 12 – Registro	0,30	0,44	0,55	0,51	0,73
DRS 13 – Ribeirão Preto	12,07	16,05	20,69	25,25	32,07
DRS 14 – São João da Boa Vista	6,81	9,10	11,01	11,83	13,03
DRS 15 – São José do Rio Preto	29,58	33,14	36,34	39,75	42,77
DRS 16 – Sorocaba	3,23	3,16	3,52	4,25	5,87
DRS 17 – Taubaté	2,54	2,75	3,18	3,58	3,72
TOTAL	6,32	6,86	7,62	8,84	9,25

Fonte: Secretaria de Saúde de SP, 2015.

Segundo a tabela acima, o estado todo apresentou aumento de 46% de índice de judicialização em comparação com os anos de 2010 e 2014, entretanto algumas DRS´s tiveram aumento superior a 100% (Araçatuba, Marília, Presidente Prudente, Registro e Ribeirão Preto) e uma (Barretos) apresentou aumento de 264% sugerindo a necessidade de uma maior atuação

da Secretaria de Saúde do estado visando evitar que possíveis condições de desigualdade estruturais ou de restrição orçamentária sejam reforçadas.

Conclusão

A judicialização da saúde no estado de São Paulo, assim como no restante do território nacional, vem adotando contornos no tocante ao cumprimento dos preceitos de acessibilidade, integralidade e equidade previstos na Constituição de 1988.

A análise dos dados quantitativos indica o alto nível de comprometimento do orçamento estadual da Saúde com o atendimento judicial e isso gera impacto negativo na questão da equidade dos recursos, visto que as ações, em sua maioria, são individuais. Entretanto, não há que se questionar a legalidade do atendimento de um usuário que tem uma necessidade de medicamento negada em função de um sistema ineficiente e ineficaz.

Trata-se de uma questão que requer uma postura proativa do Estado para rever e propor melhorias na política pública de saúde vigente, já que as iniciativas implantadas não parecem trazer resultados concretos como controle ou redução no número de ações judiciais abertas. Além disso, o Judiciário carece de maior embasamento técnico ao julgar as ações garantindo que princípios como a garantia do mínimo existencial e da reserva do possível sejam garantidos e conseqüentemente a equidade e o acesso da coletividade sejam concretizados.

Mas acima de tudo, há necessidade de regras que garantam que as prescrições que embasam as ações tenham sido sujeitas as análises prévias de corpo técnico habilitado que atestem a necessidade de aquisição de medicamento não padronizado no sentido de apoiar o judiciário e garantir o direito do cidadão para a integralidade na alocação de recursos e prestação de serviços de saúde à população brasileira.

Referências

BRASIL. Constituição da república federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 30 jun.2016

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 30 de jun. 2016.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Deliberação CIB - 6, de 8 de fevereiro de 2012. Diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/DIRETRIZES-REGULACAO-SP.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Saúde Pública do Estado. Comitê Bio Brasil. 2015. Disponível em: <<http://www.fiesp.com.br/arquivo-download/?id=195082>>. Acesso em: 13 de abril de 2017.

ABNT. Informações e documentação - Referências - Elaboração. Ago.2002. Disponível em: <<http://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/abntnabr6023.pdf>>. Acesso em: 01 de jul. 2016.

ALBERTO, M. F. Análise das características da judicialização da saúde no estado de São Paulo. Tese de Mestrado. Universidade Estadual Paulista: Araraquara, 2012.

ARAUJO, W. C.; VIEIRA, E. T. A saúde pública brasileira e a eficácia da regionalização no departamento regional de saúde 17 - Circuito da Fe do Vale Paraíba Paulista. In: XVII Mostra Internacional de Pós-Graduação da Universidade de Taubaté, 2016.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. In: Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159 - 162, abr.jun, 2012.

Lessa, T. C. A.; Kamimura, Q. P.; Cornetta, V. K.O fenômeno da judicialização da saúde sob o enfoque da análise dos seus princípios autorizadores. In: Revista LaesHaes, ed. 202, p. 01- 09, 2013.

MAPELLI JUNIOR, R. Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo: São Paulo, 2015.

MARTINE, G. A resolução da questão social no Brasil: experiências passadas e perspectivas futuras para a década de 90. In: Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas - Políticas sociais e organização do trabalho. Brasília: IPEA, 1989.

NETO, O. H. C.; ACURCIO, F. A.; MACHADO, M. A. A.; FERRÉ, F.; BARBOSA, F. L. V.; CHERCHIGLIAV, M. L; ANDRADE, E. I. G. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. In: Revista de Saúde Pública ed. 46, v. 5, p. 784 - 790, 2012.

NUNES, R. P. Judicialização no âmbito do Sistema Único de Saúde: um estudo descritivo sobre o custo das ações judiciais na saúde pública do município de Juiz de Fora. Tese Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora: Juiz de Fora, 2016.

OLIVEIRA, N., M.; SOUSA, L., B. Estado de bem estar social: à luz do pensamento de Gunnar Myrdal e Amartya Sen. In: I Jornada Latinoamericana de Historia, Trabajo, **Movimientos Sociales y Educación Popular**. V **Jornadas sobre Historia y Educación**. I **Jornadas sobre Antropología y Educación Popular**, Foz do Iguaçu. 2013. Disponível em: <https://www.academia.edu/4108091/ESTADO_DE_BEM-ESTAR_SOCIAL_%C3%A0_luz_do_pensamento_de_Gunnar_Myrdal_e_Amartya_Sen>. Acesso em 02 jul. de 2016.

PIERRO, B. Demandas crescentes. Revista Pesquisa FAPESP. Edição 252, fev. 2017, p. 18 - 25. Disponível: http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2017/02/018-025_Judicializacao_252_NOVO.pdf?b9b2b7

SEN, A. Desenvolvimento como liberdade; tradução Laura Teixeira Motta; revisão técnica Ricardo Doninelli Mendes, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. In: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, ed. 29, v.5, p. 851-866, mai. 2013.

SOARES, A. O subfinanciamento da Saúde no Brasil: uma política de Estado. Tese Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp: Campinas, 2014.

WANG, D. W. L; VASCONCELOS, N. P; OLIVEIRA, V. E.; TERRAZAS, F. V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. In: Revista de Administração Pública Rio de Janeiro, ed. 48, v. 5, p. 1191-1206, set.-out., 2014.