

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA - MESTRADO**

Solange de Fatima Corbolin Mergener

**A judicialização da saúde e o impacto orçamentário em municípios de fronteira
internacional**

FOZ DO IGUAÇU
2023

SOLANGE DE FATIMA CORBOLIN MERGENER

A judicialização da saúde e os impactos orçamentários em municípios de fronteira internacional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira.

ORIENTADORA: Prof.^a Dra. Manoela de Carvalho

Foz do Iguaçu
2023

FICHA CATALOGRÁFICA:

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Mergener, Solange de Fatima

A judicialização da saúde e os impactos orçamentários em município de fronteira internacional / Solange de Fatima Mergener; orientadora Manoela de Carvalho. -- Foz do Iguaçu, 2023.

102 p.

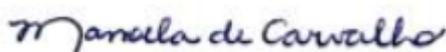
Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2023.

1. Direito à Saúde. 2. Financiamento. 3. Ações Judiciais. 4. Políticas Públicas. I. Carvalho, Manoela de, orient. II. Título.

MERGENER, S. F. C. **A judicialização da saúde e os impactos orçamentários em município de fronteira internacional.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2023.

Aprovado em 12 de Setembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Manoela de Carvalho (Orientadora)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

Documento assinado digitalmente
 **MARCO AURELIO MACHADO DE OLIVEIRA**
Data: 13/12/2023 17:12:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Marco Aurélio Machado Oliveira
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS



Prof.^a Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais (in memoriam), em especial a minha mãe, mulher forte, sábia e minha motivadora. Dedico também ao meu esposo, homem íntegro e cerne na proteção da nossa família, também a minha filha, fonte de lealdade e generosidade e ao meu filho, exemplo de perseverança e altruísmo.

AGRADECIMENTOS

A Deus toda honra e glória por me permitir concluir essa sonhada “tarefa” num período de intensos acontecimentos, como o momento em que a nossa filha voou como um passarinho e eu achei que não iria suportar e ao mesmo tempo nosso filho retornou ao nosso doce lar. Também tive complicações de um simples procedimento cirúrgico, no qual conheci a morte. Nesta experiência de quase morte me despedi dos meus filhos e não do meu amado esposo e companheiro de vida há mais de 30 anos, mas Deus me permitiu continuar vivendo.

Gratidão é o que vivo pela minha amada família, pelos cuidados de sempre, em especial no período que literalmente me carregaram no colo e bravamente lutaram pela minha vida e continuaram acreditando, me apoiando e juntos conseguimos chegar até aqui.

Elson, meu esposo amável, um gigante que cuida protege, compreende e respeita minha ausência para estudar.

Débora, minha filha maravilhosa e eterna companheira, se tornou uma leoa para me cuidar e não mediu esforços para me ajudar a encerrar este estudo.

Eberson, meu filho amado, zeloso e meu defensor sempre pronto e presente.

Igor, meu genro gentil que me ajudou na tabulação dos dados e figuras.

Aos meus irmãos (a), sobrinhos(a) e cunhadas(o) pelo carinho.

Ao médico João Fernando pela amizade e profissionalismo no momento que mais precisei e, ao professor Marcelo Gobbo Dalla Dea pelo apoio com os dados do TJ/PR.

Às amigas(o) do coração: Abiqueila, Acácio, Alexandra, Aline, Marjoly, Reginaldo, Rita, Sirlei, Eliana e Tatiana que de alguma forma estiveram presentes neste processo.

A minha estimada professora Dra. Manoela, pela paciência e compreensão diante das minhas limitações e dificuldades. Com muita empatia, sabedoria e generosidade me conduziu na construção deste estudo.

Aos professores da banca que aceitaram avaliar este trabalho e proporcionaram meu crescimento acadêmico.

“Justiça atrasada não é Justiça, senão injustiça qualificada e manifesta”.

Ruy Barbosa em Oração aos Moços, 1921.

RESUMO

MERGENER, S. F.C. **A judicialização da saúde e os impactos orçamentários em municípios de fronteira internacional**. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2023.

A judicialização da saúde pública é um tema de extrema importância na efetivação do direito social. É uma questão de cidadania, que se vincula ao direito fundamental à vida, previsto na Constituição Federal de 1988 (CF-88) como um direito de todos e dever do Estado. A judicialização da saúde envolve custos extras com consequências no orçamento financeiro previamente planejado e destinado ao atendimento à população do Sistema Único de Saúde (SUS), que é limitado. Tendo como objetivo analisar a judicialização da saúde pública e o impacto financeiro nos municípios que fazem parte da 9ª Regional de Saúde (RS) com ações judiciais em desfavor à saúde pública com ênfase em Foz do Iguaçu/PR, o único município de porte médio e sede da 9ª RS. Para tanto, foi desenvolvido um estudo descritivo documental a partir de dados secundários obtidos no site do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), no período de 2020 a 2022. Os dados evidenciaram que a maioria das ações judiciais foram movidas para obter o acesso aos bens e serviços incorporados ao SUS. Medicamento foi a tecnologia em saúde mais pleiteada pela via judiciária. O impacto financeiro com as ações judiciais favoráveis totalizou aproximadamente o valor de R\$ 19.448.343,34 (dezenove milhões quatrocentos e quarenta oito mil, trezentos e quarenta e três reais e trinta e quatro centavos) no período do estudo. Oftalmologia e oncologia foram as especialidades médicas mais judicializadas em 6 dos 8 municípios estudados. Conclui-se que o judiciário, muito além de realizar o controle das políticas públicas, está garantindo o direito ao acesso aos bens e serviços prometidos e incorporados ao SUS, devido às falhas na entrega por um ou mais entes federativos responsáveis. Sendo os direitos individuais invioláveis e essenciais para a garantia da dignidade humana e da liberdade individual, sua efetivação não está se sobrepondo ao direito de acesso à saúde da coletividade. O contraponto à judicialização da saúde pública começa pela gestão municipal com ações de promoção à saúde e implementação de políticas públicas ao alcance da necessidade da população local e se estende aos demais entes federativos que tem a obrigação da entrega de serviços e produtos conforme a competência estabelecida e pactuada.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Financiamento; Ações Judiciais; Políticas Públicas.

ABSTRACT

MERGENER, S.F.C. **The judicialization of health and the budgetary impacts in an international border municipality.** 2023. Dissertation (Master in Public Health) – Center for Education, Literature and Health, State University of Western Paraná, Foz do Iguaçu, 2023.

The judicialization of public health is an extremely important issue in the implementation of social rights, a question of citizenship, which is linked to the fundamental right to life, provided for in the Federal Constitution of 1988 (CF-88) as a right of all and a duty of the State. The judicialization of health involves extra costs with consequences on the previously planned financial budget allocated to serving the population of the Unified Health System (SUS), which is limited. Aiming to analyze the judicialization of public health and the financial impact on the municipalities that are part of the 9th Health Region (RS) with legal actions to the detriment of public health, with an emphasis on Foz do Iguaçu/PR, the only medium-sized municipality and headquarters of the 9th RS. A descriptive documentary study was developed based on secondary data obtained from the website of the National Council of Justice (CNJ), in the period from 2020 to 2022. The data showed that the majority of legal actions were filed to obtain access to the goods and services incorporated into the SUS. Medicine was the health technology most sought after through the courts. The financial impact of favorable legal actions totaled approximately R\$ 19,448,343.34 (nineteen million, four hundred and forty-eight thousand, three hundred and forty-three reais and thirty-four cents) during the study period. Ophthalmology and oncology were the most judicialized medical specialties in 6 of the 8 municipalities studied. It is concluded that the judiciary, far beyond controlling public policies, is guaranteeing the right to access to goods and services promised and incorporated into the SUS, due to failures in delivery by one or more responsible federative entities. Since individual rights are inviolable and essential for guaranteeing human dignity and individual freedom, their implementation does not overlap with the community's right to access healthcare. The counterpoint to the judicialization of public health begins with municipal management with health promotion actions and implementation of public policies that meet the needs of the local population and extends to other federative entities that have the obligation to deliver services and products in accordance with established competence and agreed.

Keywords: Right to Health; Financing; Lawsuit; Public policy.

RESUMEN

MERGENER, S.F.C. **La judicialización de la salud y los impactos presupuestarios en un municipio fronterizo internacional.** 2023. Disertación (Maestría en Salud Pública) – Centro de Educación, Letras y Salud, Universidad del Estado del Oeste del Paraná, Foz do Iguaçu, 2023.

La judicialización de la salud pública es una cuestión de suma importancia en la implementación de los derechos sociales, una cuestión de ciudadanía, que está vinculada al derecho fundamental a la vida, previsto en la Constitución Federal de 1988 (CF-88) como un derecho de todos. y un deber del Estado. La judicialización de la salud implica costos adicionales con consecuencias sobre el presupuesto financiero previamente previsto destinado a atender a la población del Sistema Único de Salud (SUS), que es limitado. Con el objetivo de analizar la judicialización de la salud pública y el impacto financiero en los municipios que forman parte de la 9ª Región Sanitaria (RS) con acciones legales en detrimento de la salud pública, con énfasis en Foz do Iguaçu/PR, única mediana- Municipio de tamaño y sede de la 9ª RS. Se desarrolló un estudio documental descriptivo con base en datos secundarios obtenidos del sitio web del Consejo Nacional de Justicia (CNJ), en el período de 2020 a 2022. Los datos mostraron que la mayoría de las acciones legales fueron interpuestas para obtener acceso a los bienes y servicios incorporados al SUS. La medicina era la tecnología sanitaria más buscada en los tribunales. El impacto financiero de las acciones judiciales favorables totalizó aproximadamente R\$ 19.448.343,34 (diecinueve millones cuatrocientos cuarenta y ocho mil trescientos cuarenta y tres reales con treinta y cuatro centavos) durante el período de estudio. La oftalmología y la oncología fueron las especialidades médicas más judicializadas en 6 de los 8 municipios estudiados. Se concluye que el poder judicial, mucho más allá de controlar las políticas públicas, está garantizando el derecho de acceso a bienes y servicios prometidos e incorporados al SUS, debido a fallas en la entrega por parte de una o más entidades federativas responsables. Dado que los derechos individuales son inviolables y esenciales para garantizar la dignidad humana y la libertad individual, su implementación no se superpone con el derecho de la comunidad a acceder a la atención médica. El contrapunto a la judicialización de la salud pública comienza en la gestión municipal con acciones de promoción de la salud e implementación de políticas públicas que atiendan las necesidades de la población local y se extiende a otras entidades federativas que tienen la obligación de entregar servicios y productos de acuerdo con las competencias y acordado.

Palabras Clave: Derecho a la Salud; Financiamiento; Acciones judiciales; Políticas públicas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Processos Judiciais em desfavor à saúde brasileira no período de 2019 a 2022....	41
Quadro 1 - Decretos emitidos pela Prefeitura de Foz do Iguaçu/PR cita a região de fronteira internacional em justificativas diversas no período de 2015 a 2017.....	36
Gráfico 2 - Número de processos judiciais por mil habitantes no ano de 2022 e o rendimento domiciliar mensal por regiões do Brasil em 2021.....	42
Quadro 2 – Fila de espera de usuários aguardando consulta especializada, cirurgia eletiva e a quantidade de médicos credenciados no município de Foz do Iguaçu no ano de 2021	71
Gráfico 3 - Casos novos ingressados sobre medicamentos por segmento da justiça no período de 2015 a 2020.....	43
Gráfico 4 - Orçamento de 2019 dos Estados e Municípios destinados para demandas judiciais	44
Gráfico 5 - Perfil dos autores por gênero, das ações judiciais contra a saúde pública do município de Foz do Iguaçu/PR e 9ª RS no 2020 a 2022	65
Gráfico 6 - Perfil dos autores pela faixa etária, das ações judiciais contra a saúde pública do município de Foz do Iguaçu/PR nos anos de 2020 a 2022.....	66
Gráfico 7 - Condição das tecnologias em saúde e a relação com o SUS, ajuizadas contra o município sede, e nos demais que compõe a 9ª RS	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Ações judiciais (2020) e o PIB Per capita (2019) em 05 municípios paranaenses de porte médio.....	34
Tabela 2 – Ações judiciais da Saúde Pública e Saúde Suplementar da estância nacional à municipal via Justiça Estadual no período de 2020 a 2022	45
Tabela 3 – Ações judiciais da Saúde Pública da estância nacional a municipal via Justiça Estadual no período de 2020 a 2022.....	46
Tabela 4 – Ações judiciais do nível nacional ao local da Saúde Suplementar via Justiça Estadual no período de 2020 a 2022.....	46
Tabela 5 – As cinco especialidades médicas mais judicializadas nos Municípios e Estados no ano de 2020.....	54
Tabela 6 – Taxa de incidência das ações judiciais em relação aos municípios da 9ª RS nos anos de 2020 a 2022.....	63
Tabela 7 – Ações judiciais por competência jurisdicional nos municípios da 9ª RS de 2020 a 2022	64
Tabela 8 – Classificação das decisões judiciais nos municípios da 9ªRS de 2020.....	64
Tabela 9 – Tecnologias em saúde judicializadas nos municípios de 9ª RS de 2020 a 2022.....	65
Tabela 10 – Especialidades médicas mais judicializadas nos municípios da 9ª de 2020 a 2022.....	66
Tabela 11 – Tipos de tecnologias mais judicializadas nos municípios da 9ª RS de 2020 a 2022.....	67
Tabela 12 – As 10 especialidades médicas categorizadas por tipo de tecnologia mais ajuizadas em desfavor à saúde pública no município de Foz do Iguaçu no período de 2020 a 2022.....	68
Tabela 13 – Valores gastos com ações judiciais favoráveis nos municípios da 9ªRS no período de 2020 a 2022.....	69
Tabela 14 – Das arrecadações, despesas da saúde e os gastos com ações judiciais nos municípios da 9ª RS no período de 2020 a 2022.....	70

LISTA DE SIGLAS

ABA	Análise do Comportamento Aplicada
AF	Assistência Farmacológica
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEMEPAR	Centro de Medicamentos do Paraná
CID11	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CITEC	Comissão de Incorporação de Tecnologias do Paraná
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
COAF	Coordenação de Assistência Farmacológica
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação e Tecnologia
COVID-19	Coronavírus
COSEMS/SP	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo
CF – 88	Constituição Federal 1988
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DRU	Desvinculação da Receita da União
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
E-NATJUS	Sistema do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário
FONAJUS	Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde
FI	Foz do Iguaçu
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
HC	Habeas Corpus
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços
INSPER	Instituto de Ensino e Pesquisa
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ITR	Imposto Territorial Rural
ITBI	Imposto Sobre Transmissão de Bens Imóveis
ISS	Imposto Sobre Serviços
LC	Lei Complementar
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NATJUS	Núcleo de Apoio ao Poder Judiciário
9ª RS	Nona Regional de Saúde
NT	Nota Técnica

ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PIB	Produto Interno Bruto
PR	Paraná
RD	Retinopatia Diabética
RE	Recurso Extraordinário
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços da Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SIGTAP	sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos OPM do SUS
SNIS	Sistema de Inovação em Saúde
SP	São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TO	Tocantins
TJPR	Tribunal de Justiça do Estado do Paraná
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNILA	Universidade Federal Latino – Americana
USP	Universidade de São Paulo
USA	Unidade de Transporte Avançado
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VARIG	Viação Aérea Rio – Grandense

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Objetivo Geral	22
2.2	Objetivos Específicos	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1	O direito à saúde, um direito social, formal e materializado pelo poder judiciário	23
3.2	As dimensões dos direitos fundamentais: direito individual e coletivo	26
3.3	Território de fronteira internacional	30
3.4	Direito à saúde na região de fronteira internacional.....	33
3.5	Conceito e histórico da judicialização da saúde	37
3.6	Panorama da judicialização da saúde brasileira.....	40
3.7	O orçamento do sus insuficiente, compromete a implementação das políticas públicas e favorece a judicialização na saúde.....	46
3.8	O acesso às tecnologias em saúde no sus e o emprego da teoria da reserva do possível ..	51
3.9	Os desafios da pandemia da covid-19 nos sistemas de saúde e de justiça	54
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	59
4.1	Tipo de estudo	59
4.2	Campo de pesquisa	59
4.3	Corpus documental do estudo	60
4.4	Fonte de coleta de dados	60
4.5	Critérios de inclusão	61
4.6	Critérios de exclusão	61
4.7	Variáveis do estudo	61
4.8	Procedimento de sistematização e análise de dados.....	61
4.9	Aspectos éticos e riscos.....	61
4.10	Contribuições do estudo.....	62
5	RESULTADOS.....	63
6	DISCUSSÃO	73
7	CONCLUSÃO.....	81
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICES	96

APÊNDICE A	96
APÊNDICE B.....	98
APÊNDICE C.....	100
APÊNDICE D	101
APÊNDICE E.....	102

1 INTRODUÇÃO

Estabelecida pelo dispositivo constitucional como direito de todos, a saúde é regida pelo princípio do acesso universal, igualitário à assistência e atendimento integral garantido na CF-88 nos Art. 196 e 198 com o dever de prestação por parte do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). Além de atender às obrigações solidárias tanto para o indivíduo quanto à coletividade por meio de políticas sociais e econômicas que visem reduzir os riscos de doenças e outros agravos com ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A concretização dos direitos está além da sua natureza, da sua fundamentação enquanto direitos fundamentais ou sociais, se absolutos ou relativos, de justificativa filosófica ou jurídica, de quais ou quantos são, mas do acesso universal e igualitário. Os “Direitos do homem são aqueles que pertencem, ou deveriam pertencer, a todos os homens, ou dos quais nenhum homem pode ser despojado” (BOBBIO, 1992, p.13).

No Brasil, a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, é um direito fundamental, de natureza social vinculado ao princípio da dignidade da pessoa humana, está previsto no ordenamento jurídico brasileiro. Sua efetivação exige política pública com investimento fixo em recursos para o financiamento (FLEURY, 2012).

A saúde é o patrimônio mais valioso do ser humano e o Estado tem a obrigação de protegê-la por meio de políticas públicas que proporcionem o acesso aos bens e serviços para a população pois, quando há falha ou omissão dos entes federativos que têm a tutela de garantir os direitos constitucionais, o usuário, com seu direito negligenciado, recorre ao Poder Judiciário para obter o direito do acesso a essas tecnologias em saúde (CARVALHO FILHO; SEVERO; LEÃO, 2019).

De um lado encontra-se uma população com mais de 200 milhões de habitantes submetida às deficiências e às limitações dos serviços e produtos em saúde, essenciais para promoção e restauração da saúde e manutenção da vida. Do outro, o Estado, um sistema de saúde pública com a promessa de acesso universal, igualitário e gratuito à população em todos os níveis da assistência. É nessa conjuntura que o elo entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo se estreitaram consideravelmente nos últimos anos, a fim de garantir o direito à saúde, como forma de materializar o direito social individual e coletivo (SCHULZE, 2021).

O direito à saúde implica nas obrigações dos três entes federados em fornecer medicamentos, insumos terapêuticos, internações, tratamentos ou serviços para prevenir ou restabelecer a saúde. A concretização de fato do direito à saúde tem sido um enorme desafio com conflitos constantes entre o usuário, que necessita de uma determinada prestação e do Estado que tem a tutela e o dever de garantir na prática o compromisso constitucional, mas não cumpre em sua totalidade. Surge então a intervenção do Poder Judiciário para afastar a lesão ou ameaça ao direito a saúde (OLIVEIRA et al., 2019).

O advento da judicialização da saúde pública brasileira ganhou força na década de 1990, quando pacientes portadores do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) reclamaram na justiça o direito de acesso aos medicamentos antirretrovirais para tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Em novembro de 1996 foi promulgada a Lei Federal nº 9.313 que dispõe sobre a gratuidade de medicamentos, assim como a padronização conforme o estágio evolutivo da infecção aos portadores do vírus e acometidos pela doença. Isso foi um marco para sociedade (SALDIVA et al, 2018; BRASIL, 1996).

Desde então, o indivíduo vê o Sistema Judiciário como a única saída e esperança para o acesso aos bens e serviços suprimidos pelo Poder Público, motivo crescente das demandas judiciais contra União, Estados e Municípios nos últimos tempos. No período de 2008 a 2017 constatou-se o aumento de 130% de ações judiciais em saúde, enquanto para os demais pleitos houve um aumento de 50%. Os gastos com a judicialização da saúde em sete anos, alcançou R\$ 1,6 bilhão em 2016 (INSPER, 2019).

O usuário do SUS foi contemplado com um sistema de saúde pública que é exemplo para o mundo, robusto, com tecnologia de ponta e recursos humanos especializados para atendimento inclusive de alta complexidade, capaz de oferecer gratuitamente tratamento para diversas doenças como AIDS e Tuberculose (TB). Além disso, esse sistema de saúde também possui o mecanismo de ação de produzir imunobiológicos, soros homólogos e heterólogos; capacidade para realizar transplantes de órgãos com potencialidade para captação de órgãos em qualquer extremo do país; agilidade e segurança no transporte de pacientes graves via terrestre e aéreo com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) equipado com Unidade de Suporte Avançado (USA) e o aeromédico para resgate e remoção de pacientes graves (SALDIVA, et al, 2018).

Porém, esse mesmo sistema é deficiente para atender questões básicas como consulta médica, cirurgias, leitos hospitalares, oxigênio em plena pandemia, medicações e produtos,

gerando uma enorme insatisfação e desigualdade dos bens e serviços em saúde oferecidos à população. Com o acesso limitado e o atendimento negligenciado é na justiça que esse direito é assegurado, surge então, o fenômeno da judicialização da saúde (SCHULZE, 2021).

Quando comparado com o direito à liberdade, os direitos sociais são mais difíceis de serem garantidos devido à concretização estar condicionada ao Estado em favor do cidadão. Ainda que a população apresente diversas demandas pleiteando algum bem ou serviço em saúde, que os efeitos das ações judiciais individuais não resultem em benefícios para a coletividade, não é razoável que o Poder Público negue o serviço com o argumento de que os recursos financeiros são insuficientes e limitados (BOBBIO, 1999; CARVALHO, et al., 2021).

A judicialização da saúde, por meio de ações individuais ou coletivas, é uma questão de extrema importância na efetivação do direito social, é de cunho prestacional por parte do Estado, que precisa demandar recursos financeiros para a concretização. É pacífico que o processo judicial individual não corrige e nem aprimora as políticas públicas implementadas; que gera custos e impacta no orçamento destinado ao atendimento de toda a população, que direta ou indiretamente sofre as consequências das demandas individualizadas; que favorece apenas o autor do processo, pois, são os efeitos das ações judiciais coletivas que se estendem a todos os usuários, porém as menos pleiteadas (PAIXÃO, 2019; VENTURA, 2010).

As ações judiciais da saúde podem ser consideradas positivas quando o Poder Judiciário conduz as decisões fundamentadas e apoiadas nos pareceres dos órgãos técnicos disponibilizados aos magistrados, e usadas como “termômetro” para o gestor avaliar e rever as possíveis falhas nas políticas públicas implementadas. O complexo que envolve a judicialização da saúde está atrelado principalmente à ausência de diretiva para subsidiar as decisões judiciais e, não necessariamente ao conflito entre o cidadão e o Estado (YAMAGUCHI et al., 2017).

Essas ações também podem ser avaliadas como negativas quando o magistrado decide na emoção e convicção pessoal, desconsiderando as alternativas administrativas, quando não confrontam as petições com as listas oficiais de medicamentos e produtos disponibilizadas pelos entes federados pois, estes podem constar nas listas oficiais mas não pela marca pleiteada; quando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) são dispensados de suas consultas, quando não são levados em conta os pareceres dos órgãos técnicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA), da Comissão Nacional de Incorporação e Tecnologia no SUS (CONITEC) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) por meio dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS) para auxiliar no embasamento e fundamentação técnica das sentenças (VIERA, F.S, 2018; ZEBULUM, 2019).

Pedra (2013, p.6) entende que: “Sendo assim, a decisão não pode perder-se no mundo jurídico, desconectando-se da realidade e das consequências práticas de sua atuação”. Ainda nesse contexto Pedra (2013, p.10) acrescenta:

A racionalidade da decisão em casos de judicialização da política pública se faz necessária para impedir que o judiciário produza graves consequências para a sociedade, se baseando exclusivamente, em critérios puramente pessoais dos seus integrantes, de simpatia, de opção política, de ideologia, de ordem religiosa ou filosófica, ou sob a denominação que se queira dar.

Esta pesquisa não pretende esgotar o tema, mas apresentar dados e entendimento de autores para melhor compreensão da Judicialização da Saúde. Parte-se da premissa de que compete ao Poder Executivo, por meio das políticas públicas e com orçamento adequado, implementar, organizar e direcionar as ações e serviços de saúde pública que atendam ao perfil epidemiológico e demográfico de cada região, levando em conta as vulnerabilidades e necessidades da população. É nesse contexto que será analisada a judicialização da saúde.

O presente estudo justifica-se por considerar que demandas judiciais da saúde comprometem o orçamento financeiro designado ao atendimento da coletividade, sendo solução para alguns, porém, problemas para muitos que dependem do SUS. Por isso, identificar os motivos das demandas judiciais poderá contribuir para elucidar demandas reprimidas e dificuldades de acesso ao sistema de saúde, bem como compreender o hiato existente entre o que é ofertado nos serviços de saúde público e algumas das necessidades não atendidas.

O resultado desta análise poderá ser utilizado pela gestão municipal como subsídio para planejar as ações e serviços de forma a mitigar os efeitos da judicialização da saúde. Esta pesquisa demonstra ser uma oportunidade acadêmica para ampliar conhecimentos e instigar um olhar crítico no processo da democratização dos direitos à saúde e sua materialidade. Entende-se que a comunicação alinhada entre os sistemas de saúde e do judiciário é a mais eficaz e, os resultados de pesquisas como esta poderão auxiliar neste diálogo.

Nesse contexto, esta pesquisa se propõe a compreender se poder judiciário por meio de suas decisões está interferindo na efetivação das políticas de saúde pública corroborando para a desigualdade, ou se está provendo a garantia ao acesso dos bens e serviços tutelados pelo Estado.

Hipótese 1 – As ações judiciais favoráveis de tecnologia em saúde incorporadas ao SUS são a materialização do direito adquirido e podem demonstrar falhas ao acesso nas políticas públicas implementadas.

Hipótese 2 – As ações judiciais de tecnologia não incorporadas ao SUS podem ser a única solução ao acesso para o tratamento das doenças raras ou ultrarraras, mas também podem favorecer o aumento da desigualdade, sendo prejudicial à saúde do solicitante e aos cofres públicos se não for decidida com critérios técnicos levando em conta a evidência científica e os estudos comprobatórios da eficácia e eficiência da tecnologia pleiteada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a judicialização da saúde pública e o impacto financeiro nos municípios que fazem parte da 9ª RS, no período de 2020 a 2022.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar o perfil do autor, o resultado da decisão e a competência judiciária;

Conhecer os tipos de tecnologias mais demandadas, seus custos e as condições quanto à incorporação ao SUS;

Identificar as especialidades e patologias mais judicializadas nos municípios da 9ªRS;

Conhecer as principais patologias mais judicializadas no município de Foz do Iguaçu.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O direito à saúde, um direito social, formal e materializado pelo poder judiciário

Antes de ser um direito social, era apenas um ato de caridade por parte do Estado, que concedia prestações sociais para minimizar o sofrimento dos mais vulneráveis, normatizada pela Lei dos Pobres de 1834, que ao invés de garantir proteção aos direitos, usava de coerção para forçar o indivíduo a trabalhar por qualquer salário sob quaisquer condições. Somente recebia alguma ajuda quem comprovasse alguma incapacidade (RAMOS; DINIZ, 2016).

O Estado deve garantir o direito à saúde a toda população que necessite ou queira algum bem ou serviço público. O SUS não foi criado e projetado apenas para os pobres, tanto é verdade que o SUS não foi formulado com base em políticas de assistência ou seguridade social, mas assegurou a todos o acesso universal e igualitário à saúde. (WEICHERT, 2004).

A saúde como um direito social foi consagrada no Art. 6º da CF-88, que no seu Art. 196 descreve que o Estado tem dever de elaborar e prover políticas econômicas e sociais de acesso a todos, sem discriminação, e que seja direcionada para atender as necessidades da população na prevenção de doenças e recuperação da saúde. A saúde brasileira é normatizada por dispositivos infraconstitucionais distintos com regras específicas para a saúde pública e suplementar (BRASIL, 1988).

A saúde e o bem-estar são o terceiro dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), pacto global criado em 2015 entre 193 países membros em busca de desenvolvimento sustentável até 2030. Entre outros compromissos assumidos está o aumento do financiamento da saúde, a garantia do acesso à saúde de qualidade e a promoção do bem-estar para todos, em todas as idades, com medicamentos seguros e preços acessíveis e a diminuição da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis e aumentar o financiamento da saúde (BRASIL, 2015).

Os serviços e bens em saúde de competência do Sistema de Público está regulamentado por leis federais e implementado por normativas estaduais e municipais e o privado por meio da Saúde Suplementar, que envolve os planos e seguros de saúde, regulamentado e fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) sob a Lei Federal nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000).

A saúde pública brasileira está amparada pela carta magna nos artigos 196 a 200 e, leis infraconstitucionais como a Lei Federal nº 8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a saúde, organização e funcionamento dos serviços do SUS e a Lei Federal nº 8142/1990 que discorre sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na saúde. Além dessas, outras diversas normas estabelecem que as políticas públicas devem ser implementadas com o intuito de reduzir as desigualdades sociais e assegurar a concessão dos direitos fundamentais levando em conta a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atendimento (BRASIL, 1990).

A garantia do direito à saúde se perfaz com a materialidade dos bens e serviços nos três níveis da atenção e assistência à saúde primária, secundária e terciária, o mero reconhecimento formal não assegura o direito de fruição dos bens e serviços. Quando não atendidos em suas necessidades referentes à saúde e tendo seus direitos violados, os usuários do sistema público de saúde buscam no judiciário o amparo para a solução desse impasse, ocorrendo, então, a judicialização do direito à saúde, enquanto direito fundamental social e constitucionalizado. "A judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade" (BARROSO, 2009, p.10).

O Judiciário tem a função de materializar a justiça e defender os direitos de cada cidadão, entretanto, quando se trata de um direito social, como é o caso da saúde, os juízes, na maioria das vezes, não têm subsídios suficientes para avaliar as possíveis consequências e prejuízos orçamentários que envolvem a judicialização da saúde pública, e também não estão preparados para julgar as ações individuais e coletivas que demandam o controle judicial das políticas públicas e o acesso à justiça (GOTTI; ARAUJO; MARCELINO, 2019).

Os efeitos das demandas individuais vão além da contraprestação do Estado em cada caso concreto, dos quais a consequência implica em restrições ou omissão do exercício do direito à saúde da coletividade (MACHADO, 2008).

Sobre a garantia do direito à saúde e a questão orçamentária na saúde pública, a segunda turma o STF, por meio do relator Ministro Celso de Mello no Recurso Extraordinário (RE) 1.235.983/2020 se posicionou arguindo:

(...) entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde – que se qualifica como direito subjetivo inalienável a todos assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, “caput”, e art. 196) – ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa

fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo, uma vez configurado esse dilema, que razões de ordem ético-jurídica impõem, ao julgador, uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humanas (STF, 2020).

Sendo a judicialização um exercício de cidadania, o direito à saúde exige políticas públicas e sociais adequadas às necessidades dos indivíduos. Outra saída é qualificar as decisões judiciais com fundamentação em evidência científica dos pareceres e notas técnicas disponibilizados aos magistrados, evitando dessa forma discrepância nas decisões para solicitações semelhantes entre os órgãos jurisdicionais (OTONI; CAMIMURA, 2022).

Outras formas de aproximar o Poder Judiciário do Sistema de Saúde Público é a sistematização de câmaras técnicas de saúde com acompanhamento nos processos judiciais por profissionais da saúde (farmacêutico, enfermeiros, psicólogo, médicos, entre outros), conforme as demandas, do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (FONAJUS), com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos (OLIVEIRA, 2019; CNJ, 2021).

Bem como o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos, o GUIA JUD-SUS, uma ferramenta elaborada pelo COSEMS/SP (Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo) e, destinado aos operadores do direito e aos profissionais de saúde para fundamentar suas defesas para que as decisões judiciais sejam mais de acordo com as realidades do SUS (COSEMS/SP 2020).

É necessário criar um tipo de instrumento como um canal de apoio e contato entre o judiciário e o executivo, para que os juízes tenham acesso às listas oficiais de medicamentos e insumos (RENAME e REMUME), assim como a quantidade de médico por especialidades, das filas de espera para consulta com especialistas e cirurgia de cada município e dos leitos hospitalares, inclusive de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do SUS (CNJ, 2021).

Em um relatório realizado pela ouvidoria da saúde no Estado do Paraná no ano de 2021, constatou-se que a 9ª RS recebeu 564 manifestações referentes aos medicamentos não padronizados pelo SUS, entre eles encontram-se os fármacos para as especialidades de Oncologia e Oftalmologia (PARANÁ, 2021).

Evitar a ocorrência da judicialização da saúde não está em limitar o acesso ao judiciário e deduzir os direitos dos usuários aos bens e serviços em saúde com alegação de orçamento insuficiente ou falta de provimento do setor ou de inclusão nas listas oficiais do

SUS. Mas, em anteceder as demandas da população com implementação de políticas de saúde direcionada e, que satisfaça as necessidades individuais e coletivas (PAIXÃO, 2019).

Para ampliar e promover maior acesso à justiça gratuita foi promulgada a EC Nº 80/2014, determinando que as unidades jurisdicionais ampliem o número de defensores públicos de maneira proporcional à demanda de serviço à população. O acesso ao Poder Judiciário no Brasil se dá por meio de quatro vias distintas: Defensoria pública, que presta assistência jurídica gratuita; Ministério Público, que defende os interesses indisponíveis sociais e individuais gratuitamente; Advocacia Pública da União pela Advocacia Geral e Procuradorias, que tem a função de fiscalizar e controlar juridicamente o Estado e zelar pelo patrimônio público e a Advocacia Privada, exercida pelo profissional liberal formado em direito, seus serviços tem custos financeiros (BRASIL, 2014; PAIXÃO, 2019).

3.2 As dimensões dos direitos fundamentais: direito individual e coletivo

Os direitos fundamentais são direitos subjetivos, garantidos universalmente a todos os seres humanos por meio de uma prestação de “fazer” (positiva) ou “não fazer” (negativa) do Estado à disposição do cidadão e previsto em normativa positivada. Nesse sentido, “por direito subjetivo, [...] entende-se o poder de ação, assente no direito objetivo, e destinado à satisfação de um interesse” (BATISTA, 2007; BARROSO, 2020).

Esses direitos estão presentes na CF-88 principalmente no Título II, classificados em gênero e dividido em espécie a conhecer: direitos individuais, coletivos, sociais, políticos e nacionalidade. Esses direitos não surgiram todos ao mesmo tempo, mas em épocas distintas conforme as demandas dos indivíduos e, foram acrescentados na CF-88 de forma progressiva e em sequência dando origem à classificação em gerações ou dimensões (NOVELINO, 2009; BONAVIDES, 2010).

Em uma construção histórica e ordem cronológica com o lema da Revolução Francesa, os direitos fundamentais passaram a ser constitucionalmente reconhecidos e classificados conforme foram surgindo como direitos de primeira, segunda e terceira geração (dimensão), com características cumulativa e de constante evolução. Alguns autores descrevem até a 5ª geração. Neste estudo serão abordadas as mais pacificadas entre os doutrinadores (BONAVIDES, 2010; SARLET et al, 2017).

Os direitos de primeira dimensão, chamados de direitos formais ou clássicos, são direitos individuais ligados à liberdade como os direitos civis e políticos e, exigem a abstenção do Estado, ou seja, implica do não fazer do Estado. São direitos que surgem no século XVIII no final do período absolutista de um Estado opressor quando a burguesia exigiu representação política no Poder Legislativo para criação de leis para proteção da classe para obter o direito à liberdade de locomoção, reunião e de propriedade. A Declaração Americana de 1776 e a Declaração Francesa de 1789 são documentos que registram esse momento (MOTTA, 2017; BONAVIDES, 2010).

No século XIX o advento da revolução industrial estimulou o êxodo rural, desencadeando o crescimento desenfreado das cidades, aumentando a precarização das condições de trabalho e a intensificação do trabalho informal. Surge então, a revolução trabalhista que requer a presença do Estado. Este Estado sai da situação de inércia para assegurar direitos, aparece então a segunda dimensão por meio dos direitos reais ou concretos, que exigem a presença do Estado para a garantia da igualdade material. Nessa geração incluem-se os direitos sociais, econômicos e culturais, como por exemplo a saúde, a educação e a moradia, que são direitos que requerem uma obrigação, ou seja, uma ação positiva de caráter prestacional do Estado. Neste sentido, a Constituição do México de 1917 e a Weimar da Alemanha de 1919 são documentos que marcam esta fase (MOTTA, 2017; BONAVIDES, 2010).

Os direitos de terceira dimensão (a fraternidade) são os direitos coletivos e difusos, destinados a um grupo específico e indeterminado. Todos os indivíduos estão inclusos. Fazem parte deste grupo o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, o direito do consumidor e a autodeterminação dos povos, que são direitos ligados à solidariedade (MOTTA, 2017; BONAVIDES, 2010).

O Código de Defesa do Consumidor (CDC) no Art. 81, parágrafo único define os direitos coletivos em sentido estrito, direitos individuais homogêneos e direitos difusos:

- I - Interesses ou direitos difusos, assim entendidos, para efeitos deste código, os transindividuais, de natureza indivisível, de que sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato;
- II - Interesses ou direitos coletivos, assim entendidos, para efeitos deste código, os transindividuais, de natureza indivisível de que seja titular grupo, categoria ou classe de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base;
- III - Interesses ou direitos individuais homogêneos, assim entendidos os decorrentes de origem comum (CDC, 1990).

Tantos os direitos individuais quanto os coletivos fazem parte do rol dos Direitos Fundamentais. São direitos essenciais e indispensáveis a todos os seres humanos, pois são bens e vantagens garantidos pela CF-88 no Título II, que têm a finalidade de promover a participação do cidadão no sistema político em que todos tenham a oportunidade de votar e ser votado, tendo, como outras funções, proteger e defender os direitos limitando o poder do Estado sobre o indivíduo e ao mesmo tempo garantindo que todos possam recorrer ao Estado para obtenção dos seus direitos (SILVA, 2015).

Sobre os direitos individuais, Motta (2017) descreve que, além de representar e estabelecer limites do Estado sobre os indivíduos, os direitos individuais recebem outras denominações:

Os Direitos Individuais representam um conjunto de limitações do Estado em face das pessoas que com ele se relacionam. Pode-se dizer que é um conjunto de direitos que a si se reservam os titulares do poder quando criam o Estado. Assim, ao redigirem a Constituição, estabelecem limites ao ente que estão criando. Estes limites recebem diversas designações: direitos fundamentais, direitos individuais, liberdades públicas, liberdades fundamentais, direitos públicos subjetivos etc. Direitos inatos ou naturais são os que decorrem da própria natureza humana, também chamados de direitos humanos ou direitos fundamentais do homem (MOTTA, 2017, p.189)

O direito individual na legislação brasileira é definido como um conjunto de direitos fundamentais assegurados pela CF-88, que visam proteger a vida, a liberdade, a igualdade e a propriedade de cada indivíduo. Esses direitos são considerados invioláveis e essenciais para a garantia da dignidade humana e da liberdade individual, enquanto os direitos coletivos são aqueles disponíveis à sociedade para usufruir de algo em conjunto (SARLET et al, 2017).

Mas, quando o juiz decide, avaliando apenas o caso concreto sem considerar a amplitude e os efeitos da sua determinação, está realizando a microjustiça, ou seja, a justiça individual que é essencial para proteger o cidadão das omissões dos entes públicos, mas, pode estar causando injustiça ainda maior com aqueles na mesma situação que aguardam na fila, pois, está interferindo na alocação das verbas destinadas para implantação das políticas públicas à população para a realização da macrojustiça, que acolhe um maior número de pessoas e minimiza a desigualdade (VIEIRA, 2020).

Para Pedra as decisões além de serem fundamentadas, devem ser racionais para demonstrar legitimidade e alcance de todos com a mesma expectativa, partindo de alguns princípios como:

Não pode o Judiciário decidir como numa prova rasa de corrida, concedendo o direito apenas àquele(s) que chegar(em) primeiro. Deve-se analisar se o direito que está sendo concedido realmente é possível de ser concedido a todos aqueles que chegarem ao Judiciário com a mesma pretensão e que estejam em situação semelhante (PEDRA, 2013, p.7).

O dispositivo constitucional brasileiro acentua que o direito coletivo abrange diversos aspectos relacionados às relações entre grupos sociais e suas organizações, incluindo a liberdade de associação, o direito de greve, a negociação coletiva e a proteção dos direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos. Os direitos individuais e coletivos são direitos fundamentais, isto é, são benefícios inseridos na CF-88 que tem a função de limitar o poder do Estado sobre o indivíduo, garantindo uma vida digna a todos com prestação de serviços e produtos e participação no sistema político (SILVA, 2015; SARLET et al, 2017).

Dessa forma, o direito individual e coletivo em conjunto asseguram uma sociedade mais justa e democrática. Quando os direitos fundamentais de cada indivíduo ou grupo social são protegidos e respeitados, o resultado é uma sociedade mais justa, igualitária e saudável (TARTUCE, 2022).

A carta Magna em seu art. 5º, caput, garante aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. A Suprema Corte brasileira com o entendimento mais amplo dos direitos fundamentais, considera que esses direitos são aplicáveis até mesmo aos estrangeiros fora do país, caso sejam atingidos pela Lei brasileira. Jurisprudência: STF, Habeas Corpus (HC) 94.016/SP, 2ª Turma, Relator Ministro Celso de Mello, DJe de 16.09.2008, descreve:

“Habeas corpus' (...) Estrangeiro não domiciliado no Brasil - Irrelevância - condição jurídica que não o desqualifica como sujeito de direitos e titular de garantias constitucionais e legais - Plenitude de acesso, em consequência, aos instrumentos processuais de tutela da liberdade - necessidade de respeito, pelo poder público, às prerrogativas jurídicas que compõem o próprio estatuto constitucional do direito de defesa (...). O súdito estrangeiro, mesmo aquele sem domicílio no Brasil, tem direito a todas as prerrogativas básicas que lhe assegurem a preservação do "STATUS LIBERTATIS" e a observância, pelo poder público, da cláusula constitucional do "DUE PROCESS" (STF, 2008).

Com essa compreensão, podem ser titulares de direitos fundamentais os brasileiros natos e naturalizados, os estrangeiros residentes no Brasil ou em trânsito pelo território nacional, e qualquer pessoa que seja alcançada pela legislação brasileira.

No Sistema Jurídico brasileiro, o direito, para ser exercido judicialmente, depende de provocação individual ou coletiva, uma vez provocado, tem a obrigação de decidir o litígio, garantir os direitos, resolver os conflitos equanimemente e restabelecer a paz social entre os cidadãos, as entidades e o Estado.

3.3 Território de fronteira internacional

O território é um intermediário entre o mundo e a sociedade, um espaço definido e restrito por representantes e relações de poder e um produtor cultural de grupos sociais. É aqui que ocorrem diferentes tipos de forças, fraquezas, necessidades individuais e coletivas e relacionamentos harmoniosos, isto é, o desempenho humano (BIESEK; PUTRICK, 2009).

Para analisar o espaço, devemos compreender sua relação com a sociedade, pois é a sociedade que determina a compreensão do processo desde a produção do espaço até o seu uso e organização. Portanto, espaço e sociedade são indissociáveis, formando um quadro único de ocorrência histórica. Ainda nesse contexto, o espaço seria formado pelos objetos geográficos, naturais e artificiais, tudo isso, mais a sociedade (SANTOS, 1985).

O conceito de território está intimamente relacionado ao conceito de fronteira e permeia diversas interpretações. Em termos de relações internacionais, como as relações econômicas, culturais e geopolíticas com o Mercosul, destacam-se as áreas de fronteira dos três países: Brasil, Paraguai e Argentina, que continuam a fluir em população. Esses são os territórios expressos pelos costumes, ritmos, rituais e valores desses povos. “Portanto, a fronteira também é considerada uma forma de organização territorial diferente da forma lógica do capitalismo, pois a fronteira constitui uma análise e contorno espacial de diferentes realidades sociais, políticas, econômicas e culturais” (SOUZA, 2009, p. 110).

Com 11 Estados Federados situados na faixa de fronteira, com exceção do Chile e do Equador, o Brasil faz fronteira internacional com 10 países da América do Sul com 15 mil km de comprimento, 150 km de largura de faixa e área total de 1,4 milhão de km² (BRASIL, 2020).

Os 588 Municípios localizados na faixa de fronteira brasileira, compreendem um total de área de 1.420.925,635 km². Dez milhões de habitantes estão na faixa de fronteira do país, 27% do território nacional é fronteira. Foz do Iguaçu, município brasileiro localizado na região oeste do Paraná que faz fronteira com Argentina e Paraguai (IBGE, 2013).

A mobilidade urbana na Tríplice Fronteira de Foz do Iguaçu (Brasil), Ciudad del Este (Paraguai) e Puerto Iguazú (Argentina), considerando a fluidez e a porosidade territorial, possui características únicas e distintas dos territórios dos demais locais. A conexão aérea ocorre via aeroporto internacional e terrestre por duas pontes que interligam os países vizinhos. Os dados informados no Decreto Nº 24.291/2015 dão conta que em 2014, 87.670 estrangeiros chegaram à cidade pelo aeroporto, 357.303 pela Ponte da Amizade (Paraguai) e 661.399 pela Ponte Tancredo Neves (Argentina) (FOZ DO IGUAÇU - PR), 2015.

A fronteira mais urbanizada e movimentada da América do Sul está localizada no município de Foz do Iguaçu na região oeste do Estado do Paraná que é contemplado pelas Cataratas do Iguaçu e a Usina Hidrelétrica Itaipu Binacional, pontos turísticos muito visitados, que atraem pessoas de diversos países. “É considerado o segundo destino brasileiro mais procurado por estrangeiros e a maior zona franca da América Latina” (SOBRINHO, 2021, p. 2).

A conexão viária pelas pontes da Amizade e da Fraternidade são um marco de consolidação, integração na dinâmica internacional da região e interação entre variados atores na Tríplice fronteira. Além das atrações turísticas locais, a mobilidade transfronteiriça é motivada pela fluidez econômica e de pessoas pela busca de melhores condições de vida por meio do trabalho (FOZ DO IGUAÇU, 2017; GIMENEZ, et. al, 2018).

Sobre o direito do estrangeiro ao acesso aos serviços sociais é comum o desprezo, a hostilidade, a discriminação, a estigmatização e o preconceito por parte dos profissionais com postura de preponderância e descaso. Existe uma descontinuidade dos serviços comuns nas fronteiras brasileiras, que são instituídos por leis e políticas de saúde para conter os gastos e coibir o uso por parte dos estrangeiros e dos brasileiros que residem no país vizinho. Para manejo mais humanitário dos problemas envolvendo as pessoas na região de fronteira, em 2017, o Brasil instituiu a Lei Federal Nº 13.445, um instrumento em prol dos migrantes que passaram a ter direito à educação pública, acesso aos serviços de saúde, direito à moradia, trabalho e seguridade social (BRASIL, 2017).

O exercício de cidadania exige políticas públicas direcionadas para atender as demandas locais como a mobilidade do transfronteiriço em busca de trabalho, estudo, turismo, negócios, saúde e, ainda mais em situação de emergência sanitária como ocorreu com a pandemia causada pelo SARS-CoV-2. O controle epidemiológico foi fundamental para conter a disseminação do vírus nas fronteiras internacionais, porém, fechar as fronteiras aéreas e

terrestres sem adotar outras medidas, foi como fechar os olhos para não socorrer quem precisava de ajuda do básico para sobreviver como o alimento que ficou escasso e os serviços e produtos em saúde inacessível. Essa postura intensificou a indiferença ao sofrimento do “vizinho” que não possui a mesma nacionalidade (LÔBO, et al, 2022).

A realidade do dia a dia é uma política de indiferença por parte do poder público que alega não receber incentivo financeiro para atender à população transfronteiriça e, em consequência, assume uma postura alheia e cominada para dificultar o acesso aos serviços e as tecnologias em saúde ao transfronteiriço.

No Decreto Nº 24.291/2015 o município justifica:

(...) elevado o número de atendimentos prestados para fins de garantia do direito à saúde, vez que o Município conta com elevado número de estrangeiros residentes, nem todos em situação legal;
(...) elevado número de brasileiros que residem no Paraguai e utilizam o sistema de saúde municipal, estimados em 250.000 (duzentos e cinquenta mil);
(...) no Sistema Único de Saúde foram incluídos 16.875 brasileiros que residem no Paraguai;
(...) os insuficientes recursos recebidos dos entes federados, para fazer frente à real demanda do Município, vez que o financiamento se dá per capita, sendo o atendimento em escala bem superior a ponto de revelar outra população semelhante à de Foz do Iguaçu (FOZ DO IGUAÇU, 2015).

Entre as consequências da política de imposição e empecilhos ao acesso do usuário ao sistema de saúde pública no município de fronteira, encontra-se a marginalização do migrante de nacionalidade brasileira ou estrangeira que recebe constantes recusas. As falhas no atendimento e a insatisfação dos munícipes devido às restrições do acesso que atingem inclusive a população local também são um problema. Além disso, o crescimento de demandas judiciais em torno da saúde, resultando, geralmente, em condenação, multa ou obrigações de indenizar em desfavor ao município de Foz do Iguaçu. Igualmente, a pressão política e a interferência do judiciário sobre os gestores locais, determina a prestação de serviços e produtos que não estão incorporados e previstos no orçamento financeiro do município. Isso desestrutura o planejamento e a gestão dos serviços em saúde. Sem motivação de recurso financeiro adicional para atender os usuários residentes no exterior, os serviços deixaram de registrar o endereço destes (LIMA; CAVALCANTE, 2018).

3.4 Direito à saúde na região de fronteira internacional

A fronteira é um local de oportunidades, de indiferenças e disputas. A globalização permite maior integração entre os povos e estimula a porosidade das fronteiras internacionais que precisam de normas e políticas públicas específicas que atendam às necessidades sociais, econômicas, culturais, de saúde e as doenças de importância epidemiológica, como forma de minimizar a desigualdade social e a segregação aos bens e serviços na região de fronteira.

Como descreve Milton Santos as desigualdades sociais surgem conforme a disposição que o indivíduo se encontra num determinado lugar:

Há desigualdades sociais que são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra. Seu tratamento não pode ser alheio as realidades territoriais. O cidadão é o indivíduo num lugar. A República somente será realmente democrática quando considera todos os cidadãos como iguais, independente do lugar onde estejam (Santos, 1993, p.123).

Elaborar estratégias de políticas públicas, orquestradas com outros mecanismos e ferramentas que garantam a democracia, aprimorem e aproximem os sistemas de saúde e o judiciário, com perspectiva à efetividade do direito à saúde, são desafios a serem enfrentados pelos municípios brasileiros, especialmente os fronteiriços. Nesse entendimento, é importante considerar na organização dos serviços oferecidos, a peculiaridade e a complexidade da população fronteiriça, o seu perfil epidemiológico e cultural, assim como combater a postura de restrições de acesso aos serviços e tecnologia em saúde com a exigência do comprovante de residência (LIMA, 2017).

Dados prévios demonstram a disparidade entre números de habitantes com a quantidade de ações ajuizadas no âmbito da saúde em cinco cidades paranaenses, entre elas está o município de Foz do Iguaçu, que possui o maior número de ações judiciais no âmbito da saúde e a segunda menor em números de habitantes, sendo a única localizada em região de fronteira.

Em um levantamento preliminar no banco de dados da Justiça Federal (E-NATJUS) e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Tabela 1 constatou-se uma discrepância significativa ao comparar os números de ações ajuizadas da saúde no ano de 2020 em cinco cidades paranaenses com população estimada para o ano de 2021 com número de habitantes entre 249.277 e 358.838. O município de Foz do Iguaçu, o único localizado na

região da fronteira, é o segundo menor em número de habitantes entre as cinco cidades, e apresentou maior número de ações ajuizadas. Conforme dados da plataforma E-NATJUS e do site do IBGE, segue as cidades em ordem populacional crescente e com a respectiva quantidade de demandas ajuizadas no âmbito da saúde (CNJ, 2020; IBGE, 2021).

Tabela 1 - Ações judiciais (2020) e o PIB Per capita (2019) em 05 municípios paranaenses de porte médio.

Município	Habitantes (2021)	Ações Judiciais (2020)	PIB Per capita (2019)
Colombo	232.056	27	20.107,90
Foz do Iguaçu	285.415	76	69.247,40
São José dos Pinhais	329.222	13	66.783,40
Cascavel	348.051	12	42.593,14
Ponta Grossa	358.367	51	48.615,15

Fonte: Elaboração autora, adaptação IBGE 2022; CNJ 2020.

Na região da tríplice fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai, a assistência à saúde pública de forma integral e equânime é um fenômeno complexo devido à mobilidade e ao deslocamento da população pendular que aumentou significativamente com a criação de instituições educacionais do superior, no Paraguai e no Brasil. Em 2010 houve a instalação da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) no município de Foz do Iguaçu, que atualmente consta com 4.659 alunos ativos em 29 cursos de graduação de 39 nacionalidades e, desde 2018 oferece vagas para refugiados e portadores de visto humanitário (UNILA, 2023).

Outro advento é a expansão do curso de medicina nas universidades paraguaias localizadas em sua maioria na região da Ciudad del Leste - Paraguai, que aumentou a presença de alunos brasileiros após a promulgação da Lei 13.959/2019 que institui o exame nacional de revalidação de diplomas médicos para alunos formados em instituição estrangeira. Em 2022 a estimativa das autoridades paraguaia apontava que cerca de 15 mil estudantes do curso de medicina eram brasileiros (BRASIL, 2019; PARO, 2022).

Além destes, existem os turistas e os do transfronteiriço, que não vivem no Brasil, mas recorrem ao atendimento e aos serviços de saúde pública brasileira, pois, entre os três países fronteiriços, o Brasil é o único contemplado com um sistema de saúde pública de acesso universal, o que motiva a busca por atendimentos nas diversas áreas da saúde, inclusive leitos

hospitalares. Essas e outras demandas, têm sido um desafio para que a gestão considere as especificidades das regiões de fronteiras (PREUSS, 2018).

A promulgação da Lei de Migração Nº 13.455/2017 dispõe sobre a política migratória e garante ao migrante condições de igualdade aos nacionais e expressa o impedimento de discriminação em território nacional entre brasileiros e estrangeiros. No entanto, a realidade vivida nessas regiões nem sempre é harmoniosa, ao contrário, o acesso aos bens e serviços públicos são dificultados e sempre que possível, negados. Para a promoção da saúde na região de fronteira é imprescindível a implementação de políticas públicas de integração entre a população local e regional (BRASIL, 2017; MONDARDO, STALIANO, 2020).

E ainda, a falta de contabilização pelos órgãos públicos dos usuários estrangeiros e dos migrantes transitórios, que utilizam o SUS na região de fronteira, interfere no conhecimento dos indicadores fidedignos sociais, de saúde e no financiamento designado para as políticas públicas. Pois, os recursos são alocados com base no número de habitantes do município fronteiriço. Nessa perspectiva e, com a implementação de políticas públicas de saúde com os recortes territoriais e o conhecimento das identidades culturais, sociais e econômicas, o MS deve articular e organizar com os países vizinhos a atenção à saúde conforme as características da população dos municípios fronteiriços (PREUSS, 2018).

Criar barreiras para dificultar o atendimento aos serviços e produtos em saúde ou ainda, fechar a fronteira “ponte”, não são soluções inteligentes, ao contrário, causa maior sofrimento, estimula a burlar o sistema, quando não exaure talvez a única chance de acesso aos alimentos e assistência à saúde. A pandemia da COVID-19 reafirmou que, microrganismos não respeitam os limites das fronteiras internacionais, assim como aqueles que transmitem as doenças como a Dengue, a Febre Amarela e a Raiva, que já sinalizavam a necessidade de um diálogo qualificado entre os atores responsáveis de ambos os lados das fronteiras internacionais para a elaboração de políticas públicas por meio da gestão compartilhada para compreender a realidade fronteiriça, acolher e incluir (SANTOS; VOLKS, 2023).

O quadro 1 apresenta que, como medida preventiva e acauteladora em períodos críticos, a Secretaria Municipal da Saúde Pública de Foz do Iguaçu, emitiu decretos no intuito de estabelecer a ordem pública, endossando as justificativas com assuntos relacionados aos problemas enfrentados na fronteira e às ações judiciais contra a saúde pública do município.

Quadro 1 - Decretos emitidos pela Prefeitura de Foz do Iguaçu/PR cita a região de fronteira internacional em justificativas diversas no período de 2015 a 2017.

Nº do Decreto	Assunto	Justificativa
24.291/2015	Requisição de bens e serviços Hospital Municipal Padre Germânico Lauck	Por decisão judicial os turistas que visitam Foz do Iguaçu devem ser atendidos; Relatório dos atendimentos a estrangeiro em 2014: Hospital: 23%, Atenção Básica: 28%; Financiamento per capita, com recursos insuficientes dos outros entes para atender o dobro da população local; Acréscimo de serviços implantados devido decisão judicial.
24.564/2016	Prorrogação da Requisição com alteração da composição e extensão das atribuições para as UPA e PA.	Necessidade de concentração, racionalização e otimização no cumprimento de medidas judiciais relacionadas ao atendimento em saúde; Ação Civil Pública, do Ministério Público Estadual, visando à regularização da escala de profissionais e normalização da disponibilidade de materiais de higiene e insumos médico-hospitalares.
25.072/2017	"Situação de Emergência" relativamente aos serviços de saúde básica, urgência e emergência no Município de Foz do Iguaçu, em virtude do iminente risco de desassistência	A Judicialização dos serviços em saúde que o município enfrenta gerou o esgotamento dos recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde.
25.073/2017	Continuidade da Intervenção Municipal na Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu na modalidade de Requisição Administrativa de Bens Empregados e	Por decisão judicial os turistas que visitam Foz do Iguaçu também devem ser atendidos pelo Sistema Único de Saúde; Em 2014, 87.670 estrangeiros chegaram à cidade pelo Aeroporto, 357.303 pela Ponte da Amizade (Paraguai) e 661.399 pela Ponte Tancredo Neves (Argentina); No Sistema Único de Saúde foram incluídos 16.875

	Serviços do HMPGL, para fins de garantia à saúde	brasileiros que residem no Paraguai; A instalação da UNILA que abriga milhares de alunos, sendo a metade de estudantes estrangeiros, que também passaram a ter direito aos serviços de saúde no município; O acréscimo de custos decorrentes de serviços implementados, em especial decorrentes de decisões judiciais.
25.902/2017	"Situação de Emergência" relativamente aos serviços de saúde básica, urgência e emergência em virtude do iminente risco de desassistência	A profunda judicialização dos serviços em saúde que o município enfrenta, geram a desorganização e o esgotamento dos recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde, inibindo a aplicação eficaz e eficiente de técnicas gerenciais;

Fonte: Elaboração autora, adaptado CNJ, 2023.

Não é novidade que os municípios em região de fronteira internacional enfrentam dificuldades peculiares na efetivação das políticas públicas em saúde, programas como o SIS-Fronteira do Governo Federal atualmente interrompido e o Saúde do Viajante do Governo do Paraná representam importante fonte de recurso financeiro para ampliar os direitos do estrangeiro nas regiões de fronteiras. Mas, na prática não foram suficientes para combater as restrições ao acesso nos serviços e produtos de saúde, condicionado por meio de comprovação de residência ou cartão SUS com justificativas como: “o orçamento é limitado” e, “não há contabilização do transfronteiriço para angariar recursos financeiros” (SANTOS, RIZZOTTO, CARVALHO, 2019; LIMA, 2018).

3.5 Conceito e histórico da judicialização da saúde

A judicialização da saúde refere-se à busca das instituições judiciárias para obter acesso às tecnologias em saúde como medicamentos, procedimentos, leito hospitalar, produtos tipo prótese, alimento industrializado, entre outros. Essas tecnologias são negadas por diversos motivos relacionados às políticas públicas ineficientes, à ausência de registro na ANVISA e à falta de incorporação nas listas oficiais do setor público, por problemas

administrativos na entrega, ou ainda, por questões orçamentárias dos entes federativos, principalmente dos municípios, nos quais a arrecadação orçamentária é mais limitada. “A judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo” (BARROSO, 2009, p.4).

Sem garantia constitucional ao direito gratuito à saúde, em meados dos anos 80 o cidadão brasileiro ao receber um diagnóstico de AIDS, por exemplo, era como receber duas sentenças de morte: uma de “morte biológica” e outra de “morte civil”, a segunda atribuída pelas desigualdades sociais, culturais, econômicas e judiciais. Nessa época não havia medicação gratuita para o tratamento, a discriminação, o isolamento social, o preconceito e o medo, denunciavam a negação dos direitos fundamentais no auge da epidemia da AIDS (MIRANDA, 2008).

Diante da inércia estatal, o pedido de socorro de quem estava sentenciado a morrer duas vezes (pela doença e pelo preconceito), surge de um grupo solidário de profissionais do setor aéreo. Numa ação ágil e eficiente, esses voluntários faziam que em 48 horas o paciente estivesse com a medicação em mãos. Essa atitude ficou conhecida como o “contrabando do bem” e era formada pelos comissários da Varig, a maior companhia aérea da época. Sem fins lucrativos, esse grupo levava as receitas médicas para países da Europa e traziam as medicações recebidas de doações ou com valores acessíveis até a sede da empresa na cidade no Rio de Janeiro, e assim, era entregue aos pacientes. Como a bagagem dos tripulantes e funcionários não era submetida à fiscalização da alfândega, a prática tornou-se tão comum e necessária, que devido à crescente procura, foi disponibilizado pela empresa uma sala e, por meio de uma “janelinha” era realizada a distribuição dos medicamentos e o recebimento das receitas médicas dos portadores do HIV, assim como portadores de Câncer e outras doenças graves (MACHADO, 2020).

Ainda que, o direito a saúde encontrava-se assegurado nos dispositivos constitucional como um direito social e universal (art. 6º e 196) da CF-88 porém, a sua regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços públicos de forma integrados por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada para o atendimento integral da população art. (197 e 198) da CF-88, ficou no aguardo de legislação infraconstitucional específica (BRASIL, 1988).

Na década de 90 inicia-se um movimento importante em prol da garantia do direito à saúde no Brasil, pacientes portadores do vírus HIV e organizações não governamentais

(ONGs) pleiteiam na justiça o acesso aos medicamentos. Apesar do Poder Judiciário apenas orientar o Poder Executivo a fazer a entrega, sem obrigar por meio das decisões, as ações judiciais aumentavam diariamente. O marco transformador foi a promulgação da Lei 9.313 de 1996 e o julgamento favorável pelo Supremo Tribunal Federal (STF) do Agravo Regimental em Recurso Extraordinário Nº 271.286, a partir de uma ação postulada por uma paciente no Estado do Rio Grande do Sul requerendo o fornecimento da medicação para o enfrentamento ao HIV/AIDS no ano de 2000, momento em que o direito à saúde obteve novos rumos judicialmente. Desde então, o judiciário mudou o entendimento e interpreta o direito à saúde como um direito individual exigível, e as demandas judiciais são compreendidas como forma de acesso aos serviços e produtos em saúde (CRUZ, 2012; BRASIL, 1996 e BRASIL, 2000).

A alteração no entendimento do direito sanitário por parte do judiciário colaborou para o crescente número de ações judiciais contra a saúde pública e a suplementar. Diante dos inúmeros ajuizamentos em desfavor aos da saúde brasileira, em 2009 o STF convocou uma audiência pública, instrumento democrático que proporcionou ampla discussão entre os vários setores da sociedade, profissionais da saúde e do judiciário, autoridades públicas, representantes dos três entes federados, do SUS, saúde suplementar e instituições de controle social, entre outras (MACHADO, 2014).

Desse importante evento, que durou seis dias, vários assuntos foram pautados e discutidos no intuito de amenizar a judicialização da saúde. Os principais temas foram a garantia do direito à saúde por meio das políticas públicas; atuação ativa de órgãos regulatórios como a ANVISA e a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC), substituída pela CONITEC sob a Lei 12.401/2011; protocolos clínicos atualizados; apoio técnico em saúde aos magistrados, que por meio da Resolução 238/2016 foi criado o NATJUS; regulamentação de Emenda Constitucional (EC) 29; uso de evidência científica; diálogo entre o judiciário e o executivo com a criação da câmara de conciliação; proporcionar a solução pela via administrativa; melhorar a gestão e o abastecimento de medicamentos com fornecimento apenas com registro na ANVISA; centralizar as compras de medicamentos para obtenção de melhores preços; o interessado na incorporação deve ser do usuário e não do fornecedor (indústria farmacêutica); criação de um núcleo para monitorar as prescrições de medicamentos; intensificar ações de prevenção na APS, acompanhamento do paciente que recebeu medicação de alto custo por meio da judicialização e reforma do orçamento da saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016; GOMES et al., 2014).

Alguns assuntos discutidos naquela audiência continuaram causando divergências entre os poderes da União, um deles a concessão de tecnologias em saúde na fase experimental e sem registro na ANVISA como foi o caso da Fosfoetanolamina Sintética conhecida como a “pílula do câncer” com a promessa de cura milagrosa rapidamente se espalhou na mídia, no ano de 2015 e em oito meses rendeu aproximadamente treze mil ações judiciais contra a Universidade de São Paulo (USP) na cidade de São Carlos/São Paulo, obrigando o fornecimento gratuito da substância. Devido à ampla repercussão e comoção social, tornou-se lei Federal, sancionada pela Presidência de República que garantiu a distribuição gratuita à população, porém, foi suspensa pelo STF pela ausência de testes clínicos e comprovação científica (NETTO, 2018; PITANGA; SILVA; RAMALHO, 2022).

Partindo da premissa que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, o deferimento da consignação é quase absoluto por parte do poder judiciário para solicitações das necessidades relacionadas à saúde independente dos motivos, causas e situações. Por isso “seu exercício passa a depender das necessidades dos indivíduos e das condições asseguradas pelo Estado para que o direito na lei se transforme em direito em exercício” (FLEURY, 2012. p.159).

Nesse entendimento, o Estado precisa arcar com alguns quesitos relacionados ao direito à saúde, como melhores prestações de saúde em quantidade e qualidade; não retrocesso dos direitos sociais; respeito à dignidade humana com acesso aos bens e serviços essenciais à saúde da população (SCHULZE, 2019).

Para contribuir com a diminuição de novas demandas judiciais por acesso à saúde, o poder judiciário deverá atuar em último recurso, ou seja, como a última opção entre os três entes federados, para isso deverá haver oferta e avanço na qualidade e quantidade dos serviços em saúde. Quando o poder judiciário indiscriminadamente determina que o Estado promova serviços e produtos não incorporados ao SUS, desorganiza e interfere diretamente no atendimento à coletividade e o princípio da universalidade fica comprometido (CNJ, 2020; VIEIRA, 2020).

3.6 Panorama da judicialização da saúde brasileira

Inúmeros são os possíveis motivos do crescimento da judicialização da saúde, os principais são o desfinanciamento do SUS; a ausência de método de gestão qualificada; as

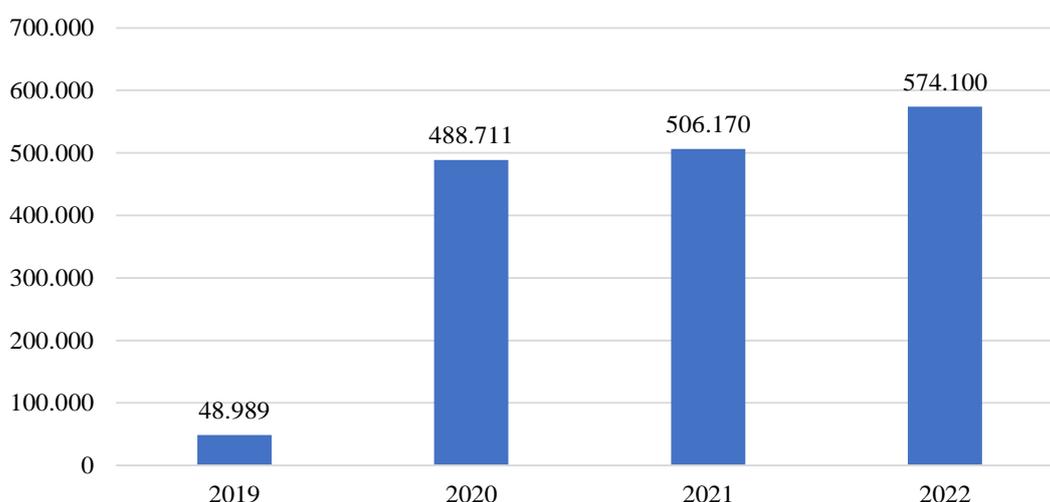
ações da APS ineficaz de promoção e prevenção; maior acesso à informação; a evolução das tecnologias em saúde; a celeridade do judiciário; e a maioria das ações judiciais favoráveis ao autor; a influência da indústria farmacêutica; o envelhecimento da população; o aumento das DCNTs, em especial as neoplasias; o desabastecimento de medicamentos nas farmácias públicas; a morosidade pelos serviços públicos com longas filas de espera aguardando consulta especializada e procedimentos cirúrgicos; as listas oficiais e protocolos desatualizados (INSPER, 2019; VIEIRA 2020; CNJ, 2019).

Para conhecer e compreender o panorama da judicialização da saúde brasileira serão apresentados dados de estudos realizados e de banco de dados oficiais do Poder Judiciário em períodos distintos.

No painel Estatísticas Processuais do Direito à Saúde e do relatório “Justiça em Número” realizado pelo CNJ, foram coletados dados no âmbito nacional e apresentado nesse estudo para análise do panorama da judicialização da saúde brasileira.

O gráfico 1 contempla as ações judiciais em desfavor à saúde brasileira com propositura na Justiça Estadual e Federal. É notório o crescimento exorbitante das demandas no período pandêmico.

Gráfico 1 - Processos Judiciais em desfavor à saúde brasileira no período de 2019 a 2022.



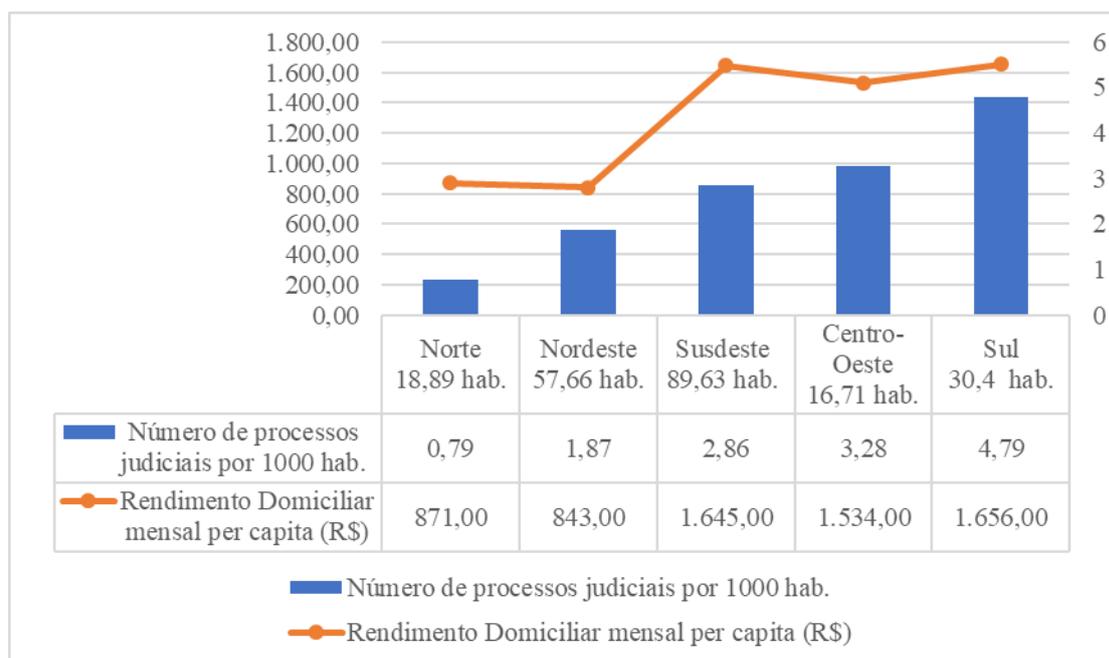
Fonte: Elaboração autora, adaptado CNJ, 2019; 2022.

Com o intuito de compreender as motivações do crescimento da judicialização da saúde, assim como, orientar as políticas judiciais e aprimorar a solução de conflitos, foi

realizada uma pesquisa no CNJ que abrangeu o período de 2008 a 2017 e constatou a predominância das ações individuais e a heterogeneidade regional nos tipos de demandas e fundamentações nas decisões por tribunal de justiça. Foi identificado 498.715 processos de primeira instância, um crescimento de aproximadamente 130%, e 277.411 de segunda instância, distribuídos entre os tribunais estaduais (CNJ, 2019).

O gráfico 2 apresenta o rendimento mensal por pessoas e o número de processos judiciais da saúde nas regiões brasileiras. Observa-se que quanto maior o poder aquisitivo das pessoas que se encontram nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, maior o número de ações judiciais.

Gráfico 2 - Número de processos judiciais por mil habitantes no ano de 2022 e o rendimento domiciliar mensal por regiões do Brasil no período de 2021.

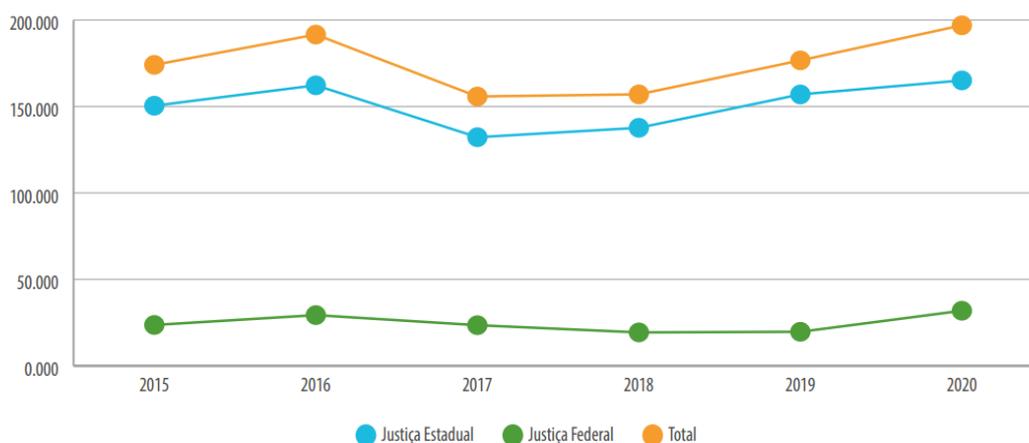


Fonte: Elaboração autora, adaptado IBGE, 2021; CNJ, 2022.

Em 2021 o CNJ realizou outra pesquisa a nível nacional no lapso temporal de 2015 a 2020 com os gestores lotados nas secretarias de saúde estaduais e municipais e aos magistrados e servidores nos Tribunais de Justiça, para entender os motivos do aumento dos processos judiciais da saúde pública e analisar a interação entre o poder judiciário e o executivo. Será apresentado alguns dados de importância para o estudo.

O gráfico 3 apresenta elevação dos ajuizamentos em medicamentos no ano de 2016, com declínio no ano seguinte, voltando a subir gradualmente atingindo 196.929 processos em 2020, período de colapso no sistema de saúde devido à pandemia. Outra análise e a mais relevante para estudo é o elevado ingresso das ações na justiça estadual que tem competência para julgar ações contra o município e o Estado. Isso pode nos indicar uma falha na gestão das políticas públicas em saúde ou equívoco do polo passivo jurisdicional, pois os medicamentos que não estão incorporados e pactuados são competência da União à provisão.

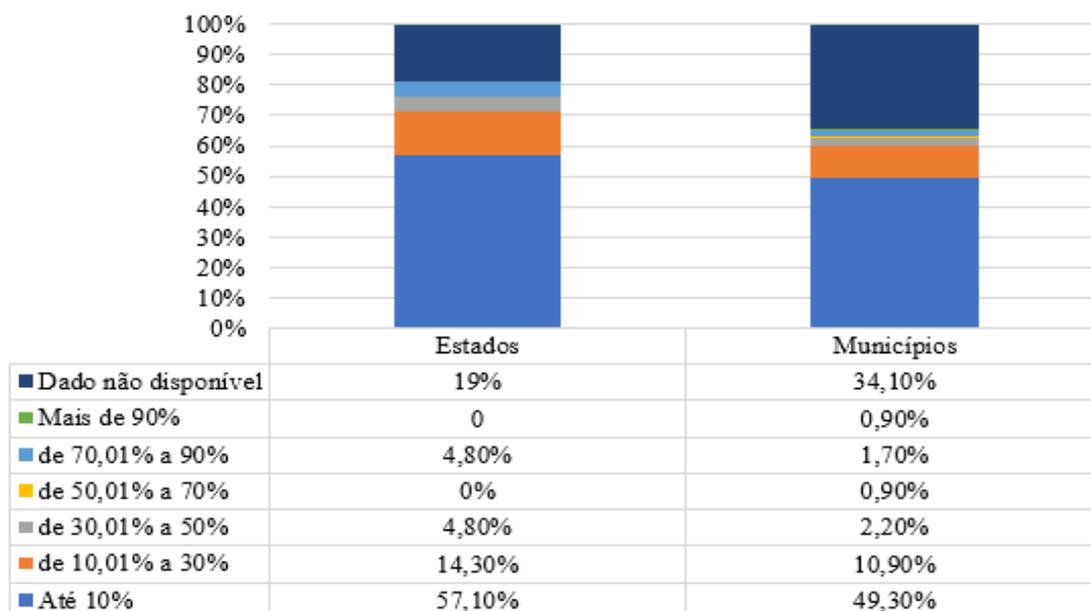
Gráfico 3 - Casos novos ingressados sobre medicamentos por segmento da justiça no período de 2015 a 2020.



Fonte: Painel da Justiça em Números, 2021.

O gráfico 4 exibe os gastos orçamentários estaduais e municipais de 2019 direcionado para questões envolvendo ações judiciais em saúde. É possível visualizar que quase 50% das secretarias municipais afirmaram que comprometem até 10% do orçamento para cumprir demandas judiciais, e 34,1% não souberam informar o quanto afeta o orçamento. Outros dados preocupantes referem-se aos 5,6% que corresponde às 13 secretarias municipais que destinam mais de 30% do orçamento, dessas, 6 gastaram mais de 70% do seu orçamento com judicialização. São elas: Bom Despacho – Minas Gerais (MG), Rio Claro - São Paulo (SP), Porto Nacional – Tocantins (TO), Conselheiro Lafaiete – Minas Gerais (MG), Arapoema - Tocantins (TO) e Uberlândia - Minas Gerais (MG).

Gráfico 4 - Orçamento de 2019 dos Estados e Municípios destinados para demandas judiciais.



Fonte: CNJ, 2020.

A desigualdade de acesso aos serviços e bens de saúde no período pandêmico ficou ainda mais acentuada devido às demandas desencadeadas e agravadas pela COVID-19, acrescentada à falta de estratégias eficazes, às limitações, principalmente estruturais do SUS e ao cenário político-científico, que colaborou para a falta de leitos de hospitalares, medicamentos e produtos em saúde. A postura do chefe do executivo federal, na contramão da comunidade científica, incentivando a contaminação em massa para obter a imunidade de rebanho e o atraso na aquisição da vacina também piorou a situação. Esses acontecimentos exigiram de imediato o apoio e a interferência do poder jurídico (CALIL, 2021).

Como forma de acompanhar e supervisionar as demandas relacionados à pandemia em 20 de março de 2020 sob a portaria n.º 57 o CNJ criou o Painel das Ações Judiciais para que todas as decisões relacionadas a COVID-19 fossem imediatamente comunicadas ao CNJ. As ações que tramitam no STF estão disponíveis em painel próprio disponibilizado pela Suprema Corte (BRASIL, 2020).

Em outra análise da judicialização da saúde, que abrangeu o nível nacional, estadual, regional e local, o Estado do Paraná apresentou queda em quantidade de ações judicializadas na saúde, enquanto, o município de Foz do Iguaçu cresceu quase 60% superando o índice nacional e regional. Já na Saúde Suplementar houve decréscimo a nível estadual e local. É preciso também considerar que possuir plano de saúde não exime o Estado das garantias dos

serviços e produtos em saúde. No entanto, ao invés de seguir o fluxo dos serviços e políticas implementadas no SUS, ou acionar judicialmente a seguradora do plano de saúde o SUS é judicializado e, por vezes é atendido muito antes de quem já estava aguardando na fila um procedimento cirúrgico, um leito hospitalar ou outro serviço.

A tabela 2 apresenta as ações judiciais da saúde pública e suplementar impetradas por meio da Justiça Estadual, enquanto no Estado do Paraná houve decréscimo de 35%, os municípios da 9ª RS cresceram 31% e o município de Foz do Iguaçu registrou um aumento de 45% das ações judiciais contra a saúde.

Tabela 2 - Ações judiciais da Saúde Pública e Saúde Suplementar da estância nacional à municipal via Justiça Estadual no período de 2020 a 2022.

Descrição	2020	2021	2022	% Crescimento
Brasil	295.800	321.120	386.220	31
Paraná	11.390	8.350	7.440	-35
Municípios 9ª RS	191	277	251	31
Foz do Iguaçu	110	161	160	45

Fonte: Elaboração própria, adaptado CNJ, 2019; 2022.

Os dados apresentados demonstram o crescimento exponencial da judicialização da saúde pública e suplementar a nível nacional, estadual, regional e local, sendo este um município de região de fronteira internacional. Anteriormente foi apresentado neste estudo que a taxa de crescimento das ações judiciais do ano de 2019 sem pandemia, para os demais anos com pandemia (2020-2022) foi absurdamente elevada.

A tabela 3 exibe os dados da estância nacional a local das ações judiciais ingressadas na via Justiça Estadual em desfavor à saúde pública. No Estado do Paraná houve queda de 34% pela busca do judiciário para resolver conflitos relacionados à saúde, no entanto, os municípios que compõem a 9ªRS apresentaram crescimento de 37%, em especial o município de Foz do Iguaçu, que apresentou uma ascensão significativa com taxa de acréscimo de 59% de processos judiciais em 3 anos.

Tabela 3 - Ações judiciais da Saúde Pública da estância nacional a municipal via Justiça Estadual no período de 2020 a 2022.

Descrição	2020	2021	2022	% Crescimento
Brasil	166.000	191.990	231.360	39
Paraná	7.510	5.580	4.980	-34
Municípios 9ªR	137	197	188	37
Foz do Iguaçu	92	146	146	59

Fonte: Elaboração autora, adaptado CNJ, 2019; 2022.

A tabela 4 mostra as demandas judiciais da Saúde Suplementar com taxa de diminuição relevante com 37% no âmbito estadual e 22% no município de Foz do Iguaçu.

Tabela 4 - Ações judiciais do nível nacional ao local da Saúde Suplementar via Justiça Estadual no período de 2020 a 2022.

Descrição	2020	2021	2022	% Crescimento
Brasil	129.800	129.130	154.860	19
Paraná	3.880	2.770	2.460	-37
Municípios 9ª RS	54	80	63	17
Foz do Iguaçu	18	15	14	-22

Fonte: Elaboração autora, adaptado CNJ, 2019; 2022.

Diante da insegurança político-social, reforçada pelo desmando governamental, o sistema de saúde torna-se ainda mais incapaz de fornecer serviços ou produtos que não constam nos PCDTs e nas listas da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). Ainda que a judicialização seja a única saída, ela prejudica a viabilização das políticas públicas coletivas, pois o orçamento da saúde é limitado e o princípio da universalidade é lesado (PAIM, 2018).

3.7 O orçamento do sus insuficiente, compromete a implementação das políticas públicas e favorece a judicialização na saúde

Garantir o direito à saúde tem sido um desafio que antevem à criação do SUS. Antes da CF/88 para ter acesso à saúde, o cidadão tinha que ter dinheiro para arcar com as custas ou ser empregado com carteira assinada para usufruir dos serviços disponibilizados pela previdência pública. Com a restauração da democracia, a sociedade civil se une em prol da

justiça social e da redução da desigualdade, organiza o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), envolvendo diversos segmentos da sociedade (CELUPPI, et al, 2019).

Após uma década da criação do SUS, o financiamento é regulamentado por meio de uma EC e Lei Complementar (LC), definindo a responsabilidade de cada ente, quais são as despesas consideradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e a forma de transferência dos recursos da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios (FALEIROS; PEREIRA, 2021).

A saúde é custeada por meio dos impostos arrecadados da sociedade pelos entes federados, com participação distinta nos valores mínimos de custeio aplicados e rateio dos recursos de transferências. Os preceitos de fiscalização, a avaliação e o controle das despesas com saúde são definidos pela LC 141/2012 que atribui que os municípios devem investir 15% da receita livre, o Estado 12% e o governo Federal investe o que investiu no ano anterior mais a inflação atual (BRASIL, 2012).

A discrepância na distribuição da arrecadação tributária ocorrida desde a criação do SUS compromete a alocação das políticas públicas dos Estados e principalmente dos municípios que são dependentes de transferências de recursos federais. O Estado analisou a distribuição de arrecadação tributária desde o surgimento do SUS. Entre os entes federados no período de 1990 a 2016 demonstrou-se que, os municípios, apesar de terem dobrado de 3 para 6% a arrecadação tributária bruta, permanecem com a menor parte. Os Estados apresentaram queda de 30 para 25% e, a União mantém a maior arrecadação, que variou entre 67 e 69% (FUNCIA, 2018).

Para a materialização das políticas públicas e orçamentárias requer-se a coalizão com as reformas tributária e política para estabelecer o financiamento e as fontes dos recursos para a concretização do SUS. A saída está em afrontar as políticas de ajuste fiscal, que acompanham vários governos e vem concorrendo para o desmonte do SUS, sendo agravado com a imposição da política econômica de austeridade fiscal, que se consolidou profundamente com a promulgação da EC 95 (ARAGÃO; FUNCIA, 2021).

Com a EC-95 o SUS perde recursos devido às regras fiscais e setoriais que desconsideram o crescimento da população, obrigando alocar menos recursos público por habitante para financiar as necessidades básicas da população. Uma das regras está relacionada ao piso que, no ano de 2021 foi o mesmo de 2017 mais a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Só não teria perdas se a população não

aumentasse, no entanto, há uma perda real por habitante. A outra regra é o teto global das despesas primárias, que não é exclusivo da saúde, mas, é geral e para a saúde gastar além do piso outras áreas como a educação, a habitação, por exemplo, deve gastar menos, porque a regra é do teto de todas as despesas. O teto de 2021 está calculado nos valores pagos em 2016 mais o IPCA (DWECK; ROSSI, 2018).

O desfinanciamento do SUS é um processo de redução de recursos ano a ano. Enquanto países como Inglaterra com sistema universal investe 8% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde pública, o Brasil investe em torno de 4% do PIB. E com as regras da EC-95 há uma estimativa que até 2036 ano da sua vigência o investimento da União em saúde irá diminuir para 1,2% do PIB, aproximadamente 30% do que é investido atualmente (FUNCIA, 2019).

Muito mais que uma política de governo atrelada aos interesses políticos, há de se implementar uma política de Estado com investimento no setor público que permita o acesso universal, integral e igualitário, ao invés de favorecer o setor privado que vê no SUS o aporte para o crescimento financeiro, com investimento desproporcional nos gastos em saúde pública, com maior parte do PIB destinado ao setor privado para atender menos de um quarto da população. Em 2020 a saúde suplementar abrangeu em seu sistema 24,9 da população brasileira, cerca de 47,1 milhões pessoas (CRUZ; SOUZA, 2022; ANS, 2021).

O congelamento das despesas em saúde até 2036 e a concorrência com o setor privado, que é chamado de saúde suplementar, mas na verdade tem caráter alternativo, são condições que limitam a capacidade do Estado de implementar políticas públicas e oferecer serviços e produtos com equidade, concorrendo para o desmantelamento do SUS, como “A Desvinculação da Receita da União (DRU), que desde 1994 diminui o orçamento federal em 20% – percentual recentemente aumentado para 30% até 2023, ademais da criação de mecanismo para desvinculação dos orçamentos estaduais e municipais” (GIOVANELLA, et al, 2018, p.174).

O governo Federal insiste focar o ajuste fiscal somente nas despesas, quando na verdade a gestão fiscal exige planejamento, transparência e gestão da receita pública, ações efetivas na cobrança da dívida pública e revisão da legislação do imposto de renda, que garante aos maiores contribuintes isenção de 3,1 bilhões dos 4,5 bilhões/ano (ORAIR; GOBETTI, 2018).

Mesmo com todas as dificuldades orçamentárias com reflexo na implantação das políticas públicas que limitam o direito ao acesso aos serviços e produtos em saúde, o SUS apresentou avanços importantes ao longo dessas três décadas, na América Latina o Brasil é o único país capitalista que dispõe de um sistema universal de saúde (GIOVANELLA, et al, 2018).

Existem garantias jurídicas da universalidade do direito à saúde, da integralidade e da equidade ao acesso à saúde estabelecido por lei. Há de se considerar que saúde é um direito relativo e a partir dessa compreensão, entende-se que no SUS nem tudo é possível conceder, assim como também não é admissível negar tudo com o argumento de que não há orçamento disponível (BITTENCOURT, 2016).

O problema do financiamento do SUS emerge através de conflito com movimento duplo: de um lado o princípio da universalidade de acesso amplo às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos conforme a sua necessidade, e de outro o princípio da contenção de gastos com a racionalidade econômica para combater o déficit público, pois o dinheiro é limitado e há uma previsibilidade orçamentária (MENDES, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve que o aumento com gastos em saúde está relacionado ao aumento da expectativa de vida da população mundial, com o crescimento de várias doenças crônicas e da incorporação de novas tecnologias com crescimento superior ao produto interno bruto dos países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde por determinação constitucional é de responsabilidade das três esferas do governo. Ao criar o sistema de saúde público, a CF-88 no seu artigo 198, § 1º dispõe que “O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 1988).

Por meio de legislação específica, o MS consolida normas para conceder o financiamento e a transferência dos recursos federais aos demais entes federados para ações e serviços públicos. As transferências dos valores da União são repassadas na modalidade fundo a fundo, sendo do Fundo Nacional da Saúde (FNS) para os fundos de saúde dos estados e municípios (BRASIL, 2017).

Com o objetivo de evitar remanejamento indevido dos recursos, o governo federal, por meio de portarias específicas, criou blocos de financiamento para custeio e investimento

vinculados que devem ser otimizados e utilizados exclusivamente nas despesas pertencentes a cada bloco de acordo com a respectiva portaria. Os recursos provenientes de fonte estadual devem ser empregados de acordo com os programas que originaram o recurso e os recursos municipais, que advém da arrecadação de fontes próprias de Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI), Imposto Predial territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Serviços de qualquer Natureza (ISS), Imposto Territorial Rural (ITR), Imposto Retido na Fonte (IRRF) são investidos em ações e serviços que melhor convier à necessidades da população local (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

Os municípios de pequeno porte apresentam-se em desvantagem na arrecadação dos impostos e com isso, há maior dificuldade para desenvolver as ações, os serviços e entregar as tecnologias em saúde prometida à população. Para compensar essas receitas deficitárias os Estados e a União precisam repassar uma quota da parte arrecadada do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Fundo Participação Municipal (FPM), entre outros impostos (CRUZ; SOUZA, 2022).

Devido à ausência de discricionariedade imposta pela Portaria nº 3992 e a necessidade de remanejamento de recursos para enfrentamento da pandemia por COVID-19, até então expressamente vedada, houve alteração da nomenclatura para garantir maior autonomia e liberdade de ação entre os Estados, Distrito Federal e municípios para locação dos recursos. De acordo com FNS foram disponibilizados um total de R\$ 9,570 bilhões para as ações de enfrentamento da COVID-19 (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

Ainda, no intuito de racionalizar e responsabilizar as competências financeiras com as ações judiciais em cada polo passivo ou em conjunto nos respectivos entes federados, o STF por meio do Tema 793 determinou que a responsabilidade será solidária entre os entes federados na prestação da assistência à saúde e cabe ao juiz o direcionamento e ressarcimento nos seguintes termos:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro (STF, 2020).

A entrada no pleito da judicialização da saúde é um direito social, mas cabe ao juiz a decisão da concessão ou não, pois é na saída, ou seja, na sentença, a obrigatoriedade de

identificar o polo passivo ou as responsabilidades subsidiárias entre os entes, ainda que a competência inicial seja equivocada pelo demandante, o redirecionamento do polo passivo compete ao magistrado (SCHULZE, 2019).

Considera-se pertinente o alinhamento das estratégias dos serviços e produtos em saúde oferecidos aos usuários do SUS com o poder judiciário através da busca de novos entendimentos que aliem a defesa de direitos consagrados no ordenamento jurídico com o equilíbrio orçamentário designado a saúde (REICHERT et al., 2022).

Quanto às atribuições comuns em saúde entre os entes federados, é preciso administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde e elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde. O artigo 19-U da Lei orgânica assegura que após a incorporação pelo MS, as três esferas da federação por meio de atos administrativos e normativos à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuará a responsabilidade financeira para o fornecimento da tecnologia em saúde (BRASIL, 2011).

3.8 O acesso às tecnologias em saúde no sus e o emprego da teoria da reserva do possível

De acordo com a OMS, tecnologia em saúde é o emprego de conhecimentos e habilidades de interesse à saúde, como produtos, medicamentos, vacinas, protocolos, procedimentos para combater um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida. Pode ser entendida como um conjunto de dispositivos com o objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar doenças e reabilitar pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; MS, 2016).

Estudos afirmam que o medicamento é a tecnologia em saúde mais requerida pela via judicial, mundialmente o Brasil ocupa a 6ª colocação no ranking de faturamento do setor farmacêutico, em 2022 faturou R\$ 131.230.179.699,69, destes 16,4% pagos pelo governo (Federal, Estadual e Municipal). Por vezes, a única esperança de manutenção da vida, tem implicações sob diversas influências, desde o custo elevado e impacto para os cofres públicos, o conflito de interesses frequente entre indústria farmacêutica, prescritores e gestores, a ausência de incorporação no SUS, as falhas organizacionais nos serviços públicos, a ausência de acolhimento e comunicação qualificada por parte dos profissionais, o déficit de alinhamento das prescrições médicas com as listas oficiais do SUS até as falhas da APS nas ações de promoção e prevenção de doenças crônicas (BERMUDEZ; COSTA; NORANHA, 2020; BRASIL, 2023; OLIVEIRA, 2020; ROVER et al., 2020; PONTE; MAPELLI, 2019).

Seria razoável o emprego da Teoria Reserva do Possível para justificar a falta de bens e serviços em saúde garantidos à população constitucionalmente? Entende-se que, pela Reserva do Possível os direitos fundamentais devem ser concedidos de acordo com o orçamento estabelecido e disponibilizado pelo Estado, isto é, os direitos sociais, aqui em questão a saúde, estão condicionados ao limite do orçamento determinado e fixado pelo governo. Por meio dessa teoria, o Estado, ao invés de ser o garantidor do bem-estar social é um disseminador das desigualdades do acesso às políticas públicas (CARVALHO et al., 2021).

O direito ao acesso à saúde não pode ser impedido com argumentos que faltam recursos financeiros para custear as despesas. Por isso, é fundamental a atuação qualificada das instituições públicas no controle dos custos das tecnologias em saúde, haja vista o interesse financeiro da indústria farmacêutica que muitas vezes define a precificação das tecnologias, dificultando o controle do Poder Público e do Poder Judiciário, ainda que no Brasil seja regulamentado por órgãos técnicos como a ANVISA, que é responsável pelo registro das tecnologias em saúde; a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que determina o preço máximo de venda das tecnologias em saúde e a CONITEC, a quem cabe a decisão de incorporação ou não ao SUS (VIANA; MATTARAIA, 2020; SCHULZE, 2018).

A incorporação de tecnologia em saúde e a assistência terapêutica integral no âmbito da saúde no SUS tem respaldo legal pela Lei Federal nº 12.401/2011. Nela está definida a dispensação dos medicamentos, produtos, oferta de procedimentos no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar em todo território nacional, com protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, medicamentos e produtos para diferentes fases evolutivas de alguma doença (BRASIL, 2011).

Para disciplinar a oferta dessas tecnologias, o MS é assessorado pela CONITEC, criada pela Lei 12.401/2011, que adicionou no Capítulo VIII, da Lei nº 8080/90 “Da Assistência Terapêutica e da Incorporação de Tecnologia em Saúde”. É notável a ênfase do SUS na medicina baseada em evidências e na avaliação econômica.

O art. 19-Q, §2º desta lei, trata sobre os critérios para que novas tecnologias em saúde sejam agregadas ao SUS:

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da

Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - As evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - A avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível (BRASIL, 1990).

Buscando maior eficiência, agilidade e transparência nas apreciações dos processos que versam sobre incorporação de tecnologias no SUS, foi estabelecido o prazo de 180 dias para a tomada de decisão, prorrogando por no máximo 90 dias. Vale ressaltar que tudo o que for incorporado ao SUS, obrigatoriamente tem o registro da ANVISA, porém, nem tudo o que tem o registro da ANVISA necessariamente está incorporado ao SUS (MS, 2016).

Por vezes, há processos judiciais que reivindicam medicamentos ainda não registrados na ANVISA. Sobre a concessão de medicamentos sem registro na ANVISA, no ano de 2019, sob o Tema 500, o STF por meio do RE N. 657718 decidiu que:

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

Em regra, não é admissível a concessão de postulados para medicamentos e insumos farmacêuticos não incorporados, excepcionalmente é possível em caso de doença rara ou ultrarrara e mora de um ano da ANVISA para disponibilizar o parecer técnico do registro. Dessa forma o STJ sob o RE n. 1.657.156 para definição do Tema 106 estabelece a obrigatoriedade ao poder público do fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, desde que presentes, cumulativamente, os seguintes requisitos:

Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; Incapacidade financeira do paciente de arcar com o

custo do medicamento prescrito; e Existência de registro do medicamento na Anvisa, observados os usos autorizados pela agência (STF, 2018).

Nesta decisão fica claro que a prescrição médica em si não é documento extrajudicial para tutelar produtos e insumos de saúde, há necessidade de comprovações prévias relacionadas à saúde e às condições econômicas do paciente.

A Tabela 5 indica a dificuldade de acesso ao atendimento médico em cinco especialidades, ortopedia, oftalmologia e cardiologia estão demandas nas duas esferas governamentais. A ortopedia é a especialidade mais judicializada em ambos os níveis federativos. Ambas fazem parte do rol das DCNT que exigem monitoramento com classificação de risco e rastreamento pela equipe da APS para diminuir a morbidade e a mortalidade precoce, pois são doenças sensíveis às intervenções de promoção da saúde (VIEIRA, 2020).

Tabela 5 - As cinco especialidades médicas mais judicializadas nos Municípios e Estados no ano de 2020.

Estados		Municípios	
Especialidade	%	Especialidade	%
Ortopedia e traumatologia	90,5	Ortopedia e traumatologia	64,8
Cardiologia	57,1	Oftalmologia	40,0
Oftalmologia	57,1	Psiquiatria	38,7
Oncologia clínica	47,6	Cardiologia	27,8
Urologia	42,9	Neurologia	27,4

Fonte: CNJ, 2020.

3.9 Os desafios da pandemia da covid-19 nos sistemas de saúde e de justiça

A gravidade doença e suas consequências foram subestimadas pelo governo federal. O lapso temporal entre a descoberta do vírus, a deflagração da pandemia pela OMS até à chegada da doença em território nacional não foi suficiente para que o governo brasileiro pudesse se precaver com ações e estratégias de enfrentamento da crise sanitária e humanitária que outros países já estavam enfrentando. Além disso, o governo brasileiro tampouco disponibilizou recursos para mitigar os efeitos avassaladores da doença e o direito à saúde por meio das tecnologias foi negligenciado. (DE LYRA et al., 2021).

De antemão, o Poder Judiciário por meio do CNJ em maio de 2020, publicou a Recomendação nº66 com diversas orientações aos magistrados sobre as medidas processuais

referentes ao direito à saúde, entre elas, que suas decisões priorizassem os recursos para o controle e diminuição das consequências da pandemia sobre a população e aos profissionais envolvidos nos atendimentos. Entre as medidas recomendou-se ao Poder Executivo a utilização de critérios técnicos e logísticos na oferta de medicamentos e exames preconizados pelo SUS, a ampliação de leitos hospitalares e a regulação dos leitos da UTI (BRASIL, 2020).

Uma das estratégias para enfrentar a pandemia foi implementar medidas mais flexíveis, com regras menos rígidas para obtenção das tecnologias em saúde, destinadas ao atendimento da população no intuito de minimizar a disseminação do vírus, evitar as mortes e ampliar o acesso dos usuários, que demandou esforços e empenho dos entes federados ao enfrentamento da maior crise sanitária, com maior impacto nas populações socioeconomicamente mais vulneráveis (RIBEIRO et al., 2021).

Uma das primeiras ações com repercussão e efeitos sobre a coletividade foi a aprovação da Lei 13.979/2020 por intermédio do Congresso Nacional como um ato normativo para o enfrentamento da crise sanitária. Dentre as diversas medidas para a proteção da população no enfrentamento da emergência em saúde pública, a lei prevê isolamento, quarentena, realização compulsória de exames, testes, vacinação, uso de máscara facial e tratamentos específicos; estudo epidemiológico, restrição temporária de rodovias, portos e aeroportos para a saída e entrada de pessoas no país e a locomoção interna; descrição dos profissionais essenciais ao controle da doença e manutenção da ordem pública. Paralelamente, em caráter de urgência, instituiu-se o regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente da pandemia: o chamado orçamento de guerra, por meio de EC Nº 106 (BRASIL 2020).

Enquanto isso, outros países, como Canadá e Reino Unido, também dotados de um sistema público universal conhecido como Serviço Nacional de Saúde (NHS), obtiveram amplo apoio financeiro do Estado. No Brasil o subfinanciamento do SUS e a política de redução dos gastos públicos aumentou a dependência tecnológica externa que foi evidenciada amplamente pelo desabastecimento de materiais e produtos e deixou a população desistida no enfrentamento da pandemia da COVID-19 (SANTOS ARAGÃO; FUNCIA, 2021).

A pandemia expôs e agudizou as carências crônicas do SUS. A dependência do mercado externo agravou a falta de materiais essenciais para o atendimento à população como o equipamento de proteção individual (EPI), a máscara facial em especial, respiradores mecânicos, os testes rápidos, medicamentos, entre outros, que dependiam da aquisição de

importação do mercado internacional. Também se observou a fragilidade estrutural presenciada na distribuição regional heterogênea de leitos da UTI com maior carência nas cidades pequenas e mais distantes dos grandes centros (NORONHA, et al, 2020).

Houve uma postura mais incisiva do Poder Judiciário sobre o Poder Executivo relacionada às ações de cumprimento das obrigações de fazer e entregar produtos e serviços em saúde pelos entes federados, sob pena de apreensão, multa, bloqueio de bens dos secretários de saúde. Logo no início da pandemia o CNJ recomendou aos magistrados cautela nas decisões e conduções quanto à gestão dos sistemas de saúde (CNJ, 2020).

No sistema judiciário global e, também no brasileiro, a pandemia alterou a dinâmica laboral: fecharam-se as portas físicas e abriram-se as virtuais, as audiências virtuais e videoconferências se tornaram rotina nos tribunais pois o mundo estava em crise sanitária, com impacto direto na economia, com as demandas superiores às ofertas de bens e serviços. Há quem defenda que a economia e o emprego são mais importantes que a saúde e vice-versa, os conflitos de competência entre os chefes do executivo federal, estadual e municipal acirrou freneticamente e, é neste panorama que o Poder Judiciário entrou em ação para estabelecer a ordem nacional (SARLET, 2021).

Para Fernandes, Gadelha e Maldonado (2021) a dependência dos produtos biotecnológicos e da indústria farmacêutica influenciaram negativamente o enfrentamento da pandemia no Brasil, assim como a ausência de articulação entre as políticas de saúde, a capacidade reduzida do Sistema de Inovação em Saúde (SNIS) para garantir o acesso universal; o investimento em saúde pública deficitário com PIB em torno de 3,9%; o predomínio da indústria farmacêutica estrangeira; a baixa expansão de capital na indústria farmacêutica nacional e a concorrência desleal entre os laboratórios públicos com os privados e também as multinacionais; a ausência integral de matéria prima para produção de medicamentos; a taxa cambial instável e a morosidade na concessão das patentes farmacêuticas por parte do Estado.

Diante desse cenário, viu-se a magnitude da crise sanitária, a extenuação da coordenação nacional para enfrentamento da pandemia, a instabilidade do MS, com quatro substituições do chefe da pasta devido às divergências com o Presidente da República, que não poupou nem órgãos reguladores como ANVISA de suas interferências com princípios de proteção social e ideologia política, que escolhe quem deve viver ou morrer (NEY; GONÇALVES, 2020).

Também foi um agravante a política centralizadora do chefe do Executivo Federal que se apresentava na contramão das recomendações das autoridades sanitárias quanto às medidas de restrições sociais, adotando uma política de rejeição da gravidade da doença, com incentivo ao uso de medicação sem eficácia comprovada, propagandas de medicamentos ineficazes ao tratamento da COVID-19, colocando em risco a saúde da população e atacando a dignidade humana (MELECCHI, et al., 2021).

Devido às interferências do Governo Federal envolvendo o fechamento das fronteiras entre Estados e municípios e também a restrição na circulação do transporte intermunicipal e interestadual, o Poder Judiciário foi acionado com diversas ações judiciais de governadores, prefeitos, partidos políticos, entidades de representação de classe. O STF se apresentou como o principal balizador num contexto de disputas interfederativas e conflitos políticos, determinando questões como o distanciamento social, a circulação de pessoas e outras medidas para combater a disseminação do vírus, que são competências de cada ente subnacional, ou seja, dos municípios e Estados conforme o Art. 23 da CF-88 (SARLET, 2021; BRASIL, 1988).

A pandemia da COVID-19 desafiou pesquisadores em todo o planeta quanto ao desenvolvimento da vacina e tratamento para doença, enquanto isso, no Brasil novos episódios político-sociais envolviam os três poderes do Estado, exacerbada pelo negacionismo do Presidente da República que defendeu publicamente o uso do “kit COVID” (*Hidroxicloroquina, Azitromicina e Ivermectina*) contra a Sars-CoV-2. Mesmo esses medicamentos não tendo estudos científicos comprovados quanto a sua eficácia e segurança, o então presidente exportou milhões de doses de hidroxycloroquina gratuitamente dos Estados Unidos, país que suspendeu o uso desse medicamento para o tratamento da COVID-19 devido os riscos à saúde serem maiores que os benefícios. Além disso, ele se opôs ao uso de máscara e ao isolamento social, se referindo à doença com uma “gripezinha” (CAPONI, et al., 2020; PINTO; MIRANDA; CASTRO, 2021).

Acusado de charlatanismo por incentivar o uso de Cloroquina e Hidroxycloroquina o chefe do Executivo Federal pode ter colaborado para o aumento da judicialização na saúde brasileira no período da pandemia, pois, se não bastasse as limitações e fragilidades do SUS, a incapacidade de atendimento à população logo no início da pandemia ficou visível pela falta de leitos hospitalares, profissionais, materiais e medicações (MELECCHI, et al., 2021).

Como forma de possibilitar a prescrição legal do “Kit COVID” para o tratamento da doença, o Governo Federal altera a Lei nº 8.080/1990 que dispõe sobre a utilização de medicamentos na forma *off-label*, que é a utilização fora das condições aprovadas na bula pela ANVISA, e sanciona a Lei nº 14.313/2022 transferindo essa responsabilidade para a CONITEC, instituição subordinada ao Governo Federal (JULIANO; SIMÕES; SOUZA, 2021; BRASIL, 1990; BRASIL, 2022).

O processo estrutural exige que o magistrado considere o princípio da igualdade e o acesso universal através da racionalidade dos gastos e da maximização das políticas em saúde, o qual requisita que o Estado apresente um cronograma com tempo determinado e aceitável que será fiscalizado, acompanhado e ajustado se necessário por esta autoridade (SCHULZE, 2021).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo documental com dados de acesso público localizados no site do CNJ para analisar a judicialização da saúde envolvendo o serviço público e o impacto financeiro de Foz do Iguaçu e dos municípios que compõem a 9ª RS e foram réus em ações judiciais. Na compilação dos dados deste estudo, o município de Foz de Iguaçu sempre estará incluído na 9ª RS.

4.2 Campo de pesquisa

O campo de pesquisa são oito dos nove municípios que compõem a 9ª RS com ênfase em Foz do Iguaçu, cidade situada ao extremo do Oeste Paraná, com distância de 637 km de Curitiba (sua capital), que possui população de 285.415 habitantes no último censo (IBGE, 2022).

Localizada na tríplice fronteira, Foz do Iguaçu faz divisa com a Argentina através do município Puerto Iguazú, que fica no estado de Misiones; com o Paraguai por meio de Ciudad del Este, localizado no Estado do Alto Paraná. O maior arranjo fronteiriço da faixa de fronteira é formado por Foz do Iguaçu, Ciudad del Leste e Puerto Iguazú, com 60% da população fronteiriça, a maior densidade de população e economia do Arco Sul, através da urbanização, comércio e produção com altos fluxos (PÊGO et al., 2020).

O município é sede da 9ª RS constituída por 9 municípios: Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itapu, São Miguel do Iguaçu, Missal, Medianeira, Matelândia, Itaipulândia, Ramilândia, Serranópolis do Iguaçu (PARANÁ, 2021).

A cidade também conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regionalizado com o complexo regulador localizado no município de Foz do Iguaçu e atende todos os municípios pertencentes à regional de saúde. Possui 4 hospitais, sendo um de atendimento exclusivo ao SUS. A saúde pública municipal é organizada em 5 distritos sanitários (norte, sul, leste, oeste e nordeste), com 29 Unidades Básica Saúde (UBS). Possui duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), um hospital municipal, dois centros de especialidades médicas de referência com atendimento especializado, um setor de vigilância

em saúde, um laboratório central e um centro estratégico de fronteira em emergência pública de saúde (DATASUS, 2021).

4.3 Corpus documental do estudo

O corpus documental do estudo foi composto por ações judicializadas e sentenciadas em desfavor à saúde pública dos municípios que compõem a 9ª RS no período de 2020 a 2022. Em pesquisa realizada no site do CNJ foram identificadas 295 notas técnicas (NT) envolvendo oito municípios, já que contra saúde pública de Ramilândia não foi localizado nenhuma ação judicial. Abrangendo uma população de 439.174 habitantes para este estudo (IBGE, 2022).

4.4 Fonte de coleta de dados

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo foram identificados documentos nas páginas eletrônicas do Governo Federal, Estadual e Municipal; do Sistema Municipal, Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP); da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED); do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)/Painel de Justiça em Números.

O local escolhido para o desenvolvimento deste estudo havia sido o município de Foz do Iguaçu. Entretanto, após ser autorizado pela Secretária Municipal de Saúde e aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa (CEP), fomos impedidos de coletar os dados na Secretaria de Saúde (fonte primária), com a justificativa da necessidade de sigilo dos dados. No entanto, é de grande relevância conhecer o perfil socioeconômico e demográfico dos autores, as características das ações judiciais da saúde e as interferências nas políticas públicas e orçamentárias para que a gestão pública administre as ações em saúde alinhadas com os recursos financeiros.

4.5 Critérios de inclusão

Incluídas todas as NT localizadas na plataforma E-Natjus de ações judiciais envolvendo saúde pública dos municípios da 9ª RS. O recorte temporal deste estudo foi de 2020 a 2022 período que as notas técnicas e demais dados estavam disponíveis nos sites oficiais do judiciário para consultas.

4.6. Critérios de exclusão

Excluídas as NT duplicadas e, que envolvam saúde animal.

4.7 Variáveis do estudo

Para analisar a judicialização da saúde pública e o impacto financeiro foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, sexo, diagnóstico, Código Internacional de Doenças (CID11), especialidade médica, tecnologia em saúde requerida (medicamentos, procedimentos, produtos). Os custos quando não estavam descritos nas NT foram consultados e extraídos das tabelas SIGTAP, CMED, DATASUS, se incorporado ao SUS, a via justiça estadual ou federal e se a sentença foi favorável ou desfavorável.

4.8 Procedimento de sistematização e análise de dados

Os dados coletados foram transcritos em uma planilha no software Microsoft Office Excel®. As frequências e as porcentagens das variáveis estudadas foram analisadas e interpretadas para o processamento dos dados de acordo com as variáveis acima citadas.

4.9 Aspectos éticos e riscos

Conforme as Resoluções Nº 510 de 07 de abril de 2016 e a Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, o estudo respeitará as exigências das resoluções que aprova as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ainda que, os dados sejam de domínio público, foi submetido ao Comitê de ética em pesquisa com parecer favorável. Os

riscos de danos associados ou decorrentes da pesquisa são mínimos por se tratar de dados de domínio público, mas, serão ponderados tanto os conhecidos como os potenciais, comprometendo-se com o máximo de benefício e o mínimo de danos e riscos.

4.10 Contribuições do estudo

Os resultados desta pesquisa serão divulgados nos meios científicos (eventos e periódicos) e poderão ser divulgados em eventos locais, como reuniões do conselho municipal de saúde e outros, para que possam subsidiar ações de avaliação e diálogos entre a ciência judiciária e da saúde a fim de minimizar o impacto orçamentário e otimizar o acesso à saúde da coletividade, contribuindo, dessa forma para o exercício do controle social do SUS.

5 RESULTADOS

A tabela 6 apresenta oscilações das ações judiciais e a relação da taxa de incidência entre os anos de 2020 e 2022 com alguns declínios nos municípios de Foz do Iguaçu e Santa Terezinha de Itaipu em 2021 e 2022 e, outros com algumas elevações no mesmo período como São Miguel do Iguaçu e Itaipulândia.

Tabela 6 - Taxa de incidência das ações judiciais em relação aos municípios da 9ª RS nos anos de 2020 a 2022.

Município	População	Ações Judiciais	Taxa/Hab.	2020	2021	2022
Santa Terezinha de Itaipu	24.262	17	0,70	10	4	3
São Miguel do Iguaçu	29.122	40	1,37	6	22	15
Medianeira	54.369	13	0,24	5	8	0
Matelândia	18.450	13	0,70	3	4	6
Missal	11.064	9	0,81	3	0	6
Itaipulândia	11.485	20	1,74	3	10	7
Serranópolis do Iguaçu	5.007	2	0,40	1	1	0
Foz do Iguaçu	285.415	182	0,64	77	63	42
Total	439.174	295	0,67	108	111	76

Fonte: Elaboração autora, adaptação IBGE, 2022; CNJ, 2022.

A tabela 7 indica que a Justiça Federal é a mais procurada, apenas 31% das ações judiciais foram ajuizadas na Justiça Estadual.

Tabela 7 – Ações judiciais por competência jurisdicional nos municípios da 9ª RS de 2020 a 2022

Município	População	Ações Judiciais n	Estadual		Federal	
			n	%	n	%
Santa Terezinha de Itaipu	24.262	17	1	6	16	94
São Miguel do Iguaçu	29.122	40	31	78	9	23
Medianeira	54.369	13	1	8	12	92
Matelândia	18.450	13	5	38	8	62
Missal	11.064	9	1	11	8	89
Itaipulândia	11.485	19	13	68	6	32
Serranópolis do Iguaçu	5.007	2	-	-	2	100
Foz do Iguaçu	285.415	182	40	22	142	78
Total	439.174	295	92	31	203	69

Fonte: Elaboração autora, adaptação CNJ 2022.

A tabela 8 apresenta que apenas em dois municípios: Matelândia e Missal os autores não obtiveram muito sucesso nos seus pleitos judiciais, uma vez que 62% e 78%, respectivamente, as decisões dos juízes foram desfavoráveis às petições.

Tabela 8 – Classificação das decisões judiciais nos municípios da 9ªRS de 2020 a 2022,

Município	População	Ações Judiciais n	Favorável		Não Favorável	
			n	%	n	%
Santa Terezinha de Itaipu	24.262	17	11	65	6	35
São Miguel do Iguaçu	29.122	40	28	70	12	30
Medianeira	54.369	13	8	62	5	38
Matelândia	18.450	13	5	38	8	62
Missal	11.064	9	2	22	7	78
Itaipulândia	11.485	19	16	84	3	16
Serranópolis do Iguaçu	5.007	2	2	100	0	0
Foz do Iguaçu	285.415	182	126	69	56	31
Total	439.174	295	198	67	97	33

Fonte: Elaboração autora, adaptação CNJ 2022.

A tabela 9 confirma que os medicamentos são as tecnologias em saúde mais pleiteados pelas vias judiciais nos municípios da 9ª RS totalizando em torno de 67% das demandas

judiciais, seguidos pelos procedimentos com 26%, enquanto os produtos são os menos judicializados: apenas 7% do total das demandas.

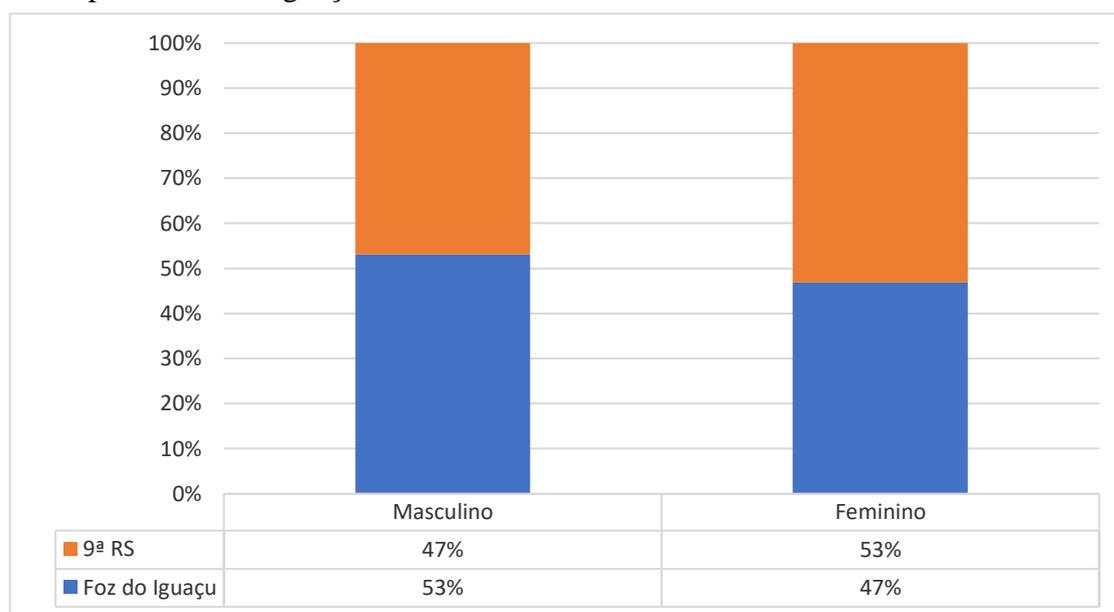
Tabela 9 - Tecnologias em saúde judicializadas nos municípios de 9ª RS de 2020 a 2022.

Município	População	Ações Judiciais		Medicamento		Procedimento		Produto	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Santa Terezinha de Itaipu	24.262	17	82	14	82	3	18	0	0
São Miguel do Iguaçu	29.122	40	40	16	40	20	50	4	10
Medianeira	54.369	13	92	12	92	1	8	0	0
Matelândia	18.450	13	77	10	77	1	8	2	15
Missal	11.064	9	89	8	89	0	0	1	11
Itaipulândia	11.485	19	53	10	53	8	42	1	5
Serranópolis do Iguaçu	5.007	2	100	2	100	0	0	0	0
Foz do Iguaçu	285.415	182	69	125	69	43	24	14	8
Total	439.174	295	67	197	67	76	26	22	7

Fonte: Elaboração autora, adaptação CNJ 2022.

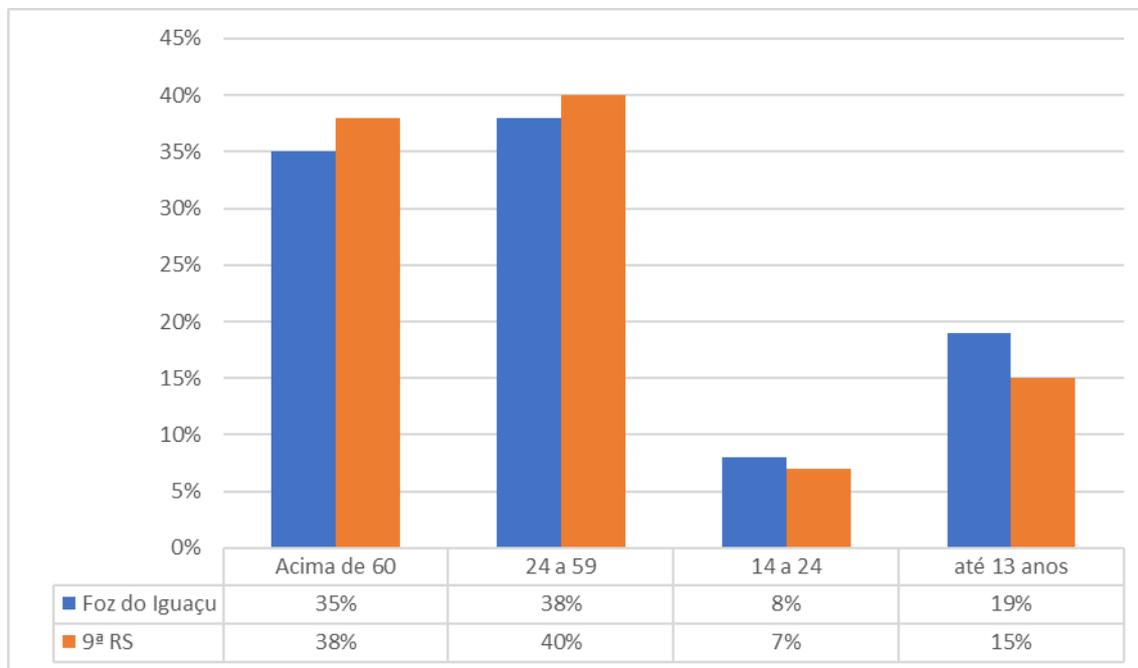
Quanto ao perfil dos autores nos gráficos 6 e 7 observa-se um discreto predomínio do sexo masculino no município de Foz do Iguaçu e na mesma proporção do sexo feminino para a 9ª RS e a faixa etária que se destaca acima de 60 anos.

Gráfico 5 - Perfil dos autores por gênero, das ações judiciais contra a saúde pública do município de Foz do Iguaçu/PR e 9ª RS no 2020 a 2022.



Fonte: Elaboração autora, adaptação CNJ, 2022.

Gráfico 6 - Perfil dos autores pela faixa etária, das ações judiciais contra a saúde pública do município de Foz do Iguaçu/PR nos anos de 2020 a 2022



Fonte: Elaboração autora, adaptação CNJ, 2022.

A tabela 10 contempla que as especialidades médicas de Oftalmologia e Oncologia foram as mais judicializadas em seis municípios da 9ªRS no período de 2020 a 2022.

Tabela 10 - Especialidades médicas mais judicializadas nos municípios da 9ª de 2020 a 2022.

Município	População	Especialidade	Ações Judiciais	%
Santa Terezinha de Itaipu	24.262	Oftalmologia	7	41
São Miguel do Iguaçu	29.122	Ortopedia	14	35
Medianeira	54.369	Oftalmologia	5	38
Matelândia	18.450	Endocrinologia	3	23
Missal	11.064	Oncologia	6	67
Itaipulândia	11.485	Oftalmologia	6	32
Serranópolis do Iguaçu	5.007	Oncologia	2	100
Foz do Iguaçu	285.415	Oncologia	45	25

Fonte: Elaboração autora, adaptação CNJ, 2022.

Na tabela 11 os medicamentos Ranibizumabe ou Aflibercepte em quatro municípios foram os mais pleiteados, totalizando 38 ações no judiciário e oftalmologia foi a especialidade mais judicializada.

Tabela 11 - Tipos de tecnologias mais judicializadas nos municípios da 9ª RS de 2020 a 2022.

Município	Tecnologia Saúde	Quantidade	%	Total ações
Santa Terezinha de Itaipu	Ranibizumabe ou Aflibercepte	7	41	17
São Miguel do Iguaçu	Cirurgia/Internamento	18	45	40
Medianeira	Ranibizumabe ou Aflibercepte	5	38	13
Matelandia	Degludeca + Liraglutida	3	23	13
Missal	Bevacizumabe	5	55	9
Itaipulândia	Ranibizumabe ou Aflibercepte	4	21	19
Serranópolis do Iguaçu	Ibrutinibe/ Pembrolizumabe	2	100	2
Foz do Iguaçu	Ranibizumabe ou Aflibercepte	22	12	182

Fonte: Elaboração autora, adaptação CNJ 2022.

A tabela 12 apresenta que no município de Foz do Iguaçu das 182 ações judiciais, 10 especialidades médicas foram responsáveis por 159 ajuizamentos, os medicamentos foram os mais solicitados, exceto para a ortopedia e psicologia com especialidade no método Análise do Comportamento Aplicado (ABA), áreas que tiveram os maiores números de requisições de procedimentos.

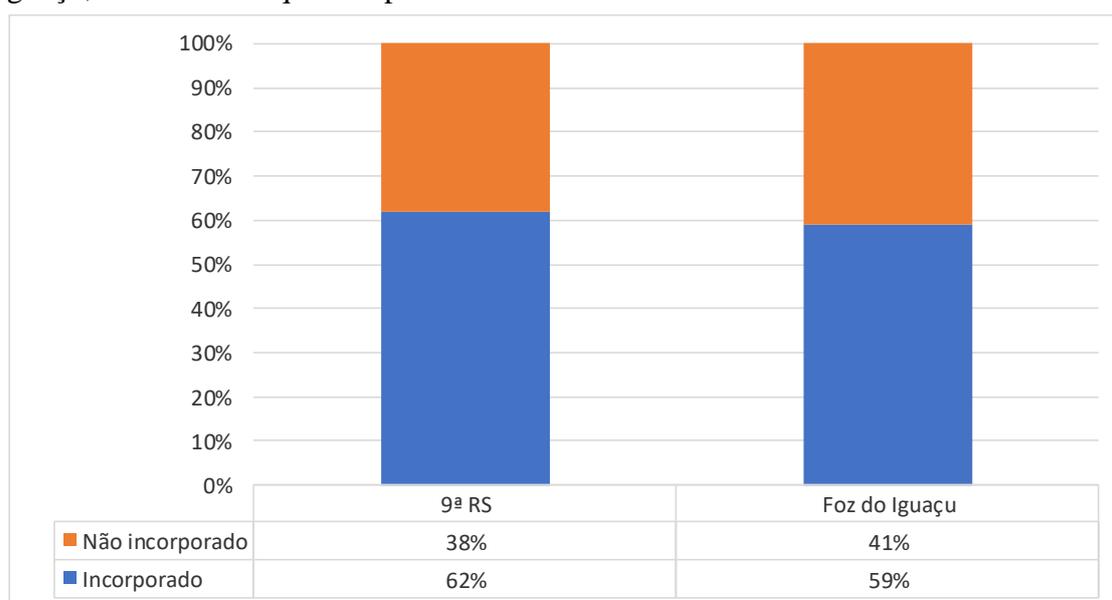
Tabela 12 - As 10 especialidades médicas categorizadas por tipo de tecnologia mais ajuizadas em desfavor à saúde pública no município de Foz do Iguaçu no período de 2020 a 2022.

Especialidade	Medicamento		Procedimento		Produto		Total n
	n	%	n	%	n	%	
Oncologia	43	96	2	4	0	0	45
Oftalmologia	29	88	2	6	2	6	33
Ortopedia	9	45	11	55	0	0	20
Neurologia	13	68	3	16	3	16	19
Psicologia/ABA	0	0	9	100	0	0	9
Gastrenterologia	2	25	6	75	0	0	8
Hematologia	7	100	0	0	0	0	7
Reumatologia	6	86	1	14	0	0	7
Pneumologia	5	83	1	17	0	0	6
Cardiologia	3	60	2	40	0	0	5
Total	117	75	37	22	5	3	159

Fonte: Elaboração autora, adaptação CNJ, 2022.

O gráfico 7 apresenta que a maioria das ações judiciais contra os municípios da 9ª RS são de serviços e produtos incorporados ao SUS, ou seja, o direito ao acesso está garantido por meio das listas oficiais do governo.

Gráfico 7 – Condição das tecnologias em saúde ajuizadas contra o município de Foz do Iguaçu, e nos demais que compõe a 9ª RS.



Fonte: Elaboração autora, adaptação CNJ, 2022.

Na tabela 13 está descrito os valores gastos com as ações nos respectivos anos de 2020 a 2022. O município de Medianeira apresenta um valor elevado com apenas oito ações judiciais favoráveis. Os maiores custos dos municípios foram no ano de 2020.

Tabela 13 - Valores gastos com ações judiciais favoráveis nos municípios da 9ªRS no período de 2020 a 2022.

Município	2020	2021	2022	Total
Santa Terezinha de Itaipu	18.940,44	15.830,03	8.350,85	43.121,32
São Miguel do Iguaçu	264.001,90	576.573,70	16.917,99	857.493,59
Medianeira	1.066.553,00	1.682.557,00	-	2.749.110,00
Matelândia	642,54	30.846,32	209,29	31.698,15
Missal	6.374,52	-	100.210,20	106.584,72
Itaipulândia	122.362,90	423.031,70	3.391,27	548.785,87
Serranópolis do Iguaçu	63.555,78	18.501,91	-	82.057,69
Foz do Iguaçu	10.486.153,00	3.187.290,00	1.356.049,00	15.029.492,00
Total	12.028.584,08	5.934.630,66	1.485.128,60	19.448.343,34

Fonte: Elaboração autora, adaptação CNJ, 2022; CMED, 2022; DATASUS, 2022.

* Os cálculos foram realizados considerando um ano de tratamento por tecnologia em saúde.

A tabela 14 apresenta que os municípios investem em saúde mais que a emenda constitucional determina, variando de 18% a 54%, sendo que em alguns momentos as despesas com ações judiciais atingiram o percentual acima de 2% do total das receitas dos municípios de Medianeira, Itaipulândia e Foz do Iguaçu.

Tabela 14 - Das arrecadações, despesas da saúde e os gastos com ações judiciais nos municípios da 9ª RS no período de 2020 a 2022.

Município/Habitante	Ano	T. receitas ¹	T. despesas ²	% ³	T. judiciais ⁴	% ⁵
Santa Terezinha de Itaipu 24.262	2020	58.290.124,47	24.129.890,00	25,33	18.940,44	0,08%
	2021	64.407.491,34	23.525.786,18	20,45	15.830,03	0,07%
	2022	80.187.114,40	30.680.008,22	26,30	8.350,85	0,03%
São Miguel do Iguaçu 29.122	2020	75.101.715,98	35.313.055,30	15,19%	264.001,90	0,75%
	2021	90.983.676,85	33.897.847,14	15,18%	576.573,70	1,70%
	2022	108.100.941,52	40.146.729,00	16,44%	16.917,99	0,04%
Medianeira 54.369	2020	114.617.595,80	40.584.064,32	28,11%	1.066.553,00	2,63%
	2021	141.290.358,83	45.039.032,85	25,74%	1.682.557,00	3,74%
	2022	176.857.211,20	57.387.115,10	29,49%	0,00	0,00%
Matelândia 18.450	2020	65.511.498,11	16.444.952,89	19,03%	642,54	0,00%
	2021	80.837.646,55	18.157.781,94	18,03%	30.846,32	0,17%
	2022	95.652.841,29	17.514.578,65	19,47%	209,29	0,00%
Missal 11.064	2020	37.141.754,56	14.769.738,56	32,20%	6.374,52	0,04%
	2021	46.960.403,06	16.782.873,20	18,13%	0,00	0,00%
	2022	56.257.919,25	21.329.837,26	19,23%	100.210,20	0,47%
Itaipulândia 11.485	2020	35.187.739,93	19.129.500,19	22,77%	122.362,90	0,64%
	2021	42.393.544,79	20.198.814,19	18,32%	423.031,70	2,09%
	2022	53.469.294,52	26.356.718,27	15,09%	3.391,27	0,01%
Serranópolis do Iguaçu 5.007	2020	27.585.085,89	6.299.900,98	19,28%	63.555,78	1,01%
	2021	34.429.227,66	7.754.158,58	19,67%	18.501,91	0,24%
	2022	40.540.951,94	8.974.340,69	19,95%	0,00	0,00%
Foz do Iguaçu 285.415	2020	744.377.026,07	374.861.252,56	24,48%	10.486.153,00	2,80%
	2021	845.162.052,85	415.701.882,43	27,30%	3.187.290,00	0,77%
	2022	943.143.861,98	441.615.416,24	28,79%	1.356.049,00	0,31%

Fonte: adaptação autora (SIOPS 2020 a 2022; IBGE, 2022; CNJ, 2020 a 2022).

¹ Total de receitas.

² Total de despesas com saúde, inclusive com a judicialização.,

³ Percentuais das despesas com saúde em relação as receitas.

⁴ Total de gastos com processos judiciais.

⁵ Percentuais dos gastos com processos judiciais sobre o total das despesas em saúde.

O contraponto à judicialização nos municípios da 9ª RS começa pela gestão da APS com investimento em ações de promoção à saúde, prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e implementação de políticas públicas ao alcance da necessidade da população.

O quadro 2 apresenta dados da fila de espera de usuários no município de Foz do Iguaçu no ano de 2021. É constatado um número expressivo de pacientes aguardando atendimento nas especialidades de ortopedia (sendo 3.922 pessoas aguardando por consultas e 2.179 por procedimentos cirúrgicos) e de oftalmologia (na qual 1046 pacientes estão esperando por consultas e 585 algum tipo de procedimento cirúrgico). Além disso, há um número considerável de médicos prescritores, uma previsão de mais solicitações de cirurgias e prescrições do medicamento Ranibizumabe ou Aflibercepte e, conseqüentemente mais

judicializações. Nas especialidades de gastroenterologia, endocrinologia e cirurgia vascular a demanda de atendimento é elevada para a quantidade de médicos.

Quadro 2 - Fila de espera de usuários aguardando consulta especializada, cirurgia eletiva e a quantidade de médicos credenciados no município de Foz do Iguaçu no ano de 2021.

Consulta	Aguardando	Cirurgia	Aguardando	Quantidade de Médicos
Oftalmologia	1046	Facoemulsificação c/ implante	328	06 - Adulto
		Capsulotomia a Yag laser	30	
		Catarata com risco cirúrgico	07	
		Cirurgia de aplicação Intravit	107	
Total	1046	Cirurgia de Vitrectomia	44	
		Cirurgia de estrabismo	57	
		Fotocoagulação a laser	10	
		Iridotomia a laser	02	
		Total	573	
Ortopedia Geral	588	Cirurgia Ortopédica	604	09 - Adulto
Infantil	34	Cintura Escapular	388	01 - Infantil
Coluna	1256	Cintura Pélvica	63	
Joelho	1067	Gerais Mão/Punho	311	
Mão/punho	354	Membros Inferiores	598	
Ortopedia Ombro	282	Membros Superiores	63	
Tornozelo/pé	189	Fio De Kirschner	152	
Quadril	150			
Pé torto congênito	02			
Total	3922	Total	2179	
Gastroenterologia		Cirurgia geral	1167	02 - Adulto
Adulto	3505			00 - Infantil
Infantil	360			
Total	3865	Total	1167	
Proctologia	940	Cirurgia de Proctologia	23	01 - Adulto
Neurologia		Cirurgia de Neurologia	48	
Adulto	565			03 – Adulto
Infantil	717			02 - Infantil
Total	1282			
Cirurgião Vascular	2619	Cirurgia vascular	311	01
Pneumologia		Cirurgia torácica	12	01- Adulto
Adulto	723			01 - Infantil
Infantil	13			
Total	736			
Endocrinologia		-		
Adulto	1087			02 - Adulto
Infantil	148			01 - Infantil

Total	1235			
Cardiologia		-		
Adulto	748			03 - Adulto
Infantil	73			00
Alta complexidade	04			05 - Adulto
Total	825			
Hematologia	181	-		01 - Adulto
Reumatologia	655	-		03 - Adulto
Oncologia	22	-		01 - Adulto
Diabetes	04	-		01 - Adulto

Fonte: Elaboração autora, adaptado Foz do Iguaçu, 2021.

6 DISCUSSÃO

A oportunidade de acionar o Poder Judiciário para resolver um conflito é um importante instrumento do exercício da cidadania para aproximar os bens e serviços públicos ao cidadão, quando realizada com critérios e racionalidade nas decisões (BARROSO, 2020).

Mas, quando se trata de saúde pública, pode ser considerada uma estratégia para tratar desigualmente os desiguais, pois, pode favorecer uma minoria privilegiada, que conhece seus direitos e recorre à justiça, e também uma forma de desperdiçar parte do orçamento da saúde pública por falhas ou limitações administrativas, prejudicando o atendimento à população mais vulnerável, ou seja, muito mais que uma expansão de direitos, está o descaso e omissão do Estado pela ausência de políticas públicas capazes de combater as lacunas que fomentam as desigualdades de acesso à saúde (FERRAZ, 2019).

Há duas correntes entre os estudiosos da judicialização da saúde sobre suas possíveis consequências e resultados. A primeira entende que as ações judiciais individuais são um empecilho para a efetivação do direito aos bens e aos serviços em saúde da coletividade devido aos efeitos não se estenderem aos demais usuários; e a segunda, defende que a judicialização amplia a cidadania e fortalece a legitimidade da soberania, pois o direito à saúde é garantido pela CF-88 e as demais normativas infraconstitucionais (BITTENCOURT, 2016).

Para responder à pergunta da pesquisa serão apresentados dados de bens e serviços em saúde judicializados e incorporados ao SUS. Ainda, como subsídio, será adicionado trechos das decisões de algumas das Notas Técnicas (NT) que fazem parte deste estudo.

Ao fundamentar as sentenças, juízes demonstram que, além de garantir o direito à saúde, também estão preocupados e atuam por meio de orientações e determinações, otimizando a implementação das políticas públicas empregadas nos bens e serviços oferecidos à população pelo SUS.

NT 11687 (CNJ, 2020): requerente de 62 anos de idade com diagnóstico de I50 - Insuficiência Cardíaca com solicitação de Sacubitril+Valsartana, nome comercial de Entresto e Bisoprolol para Hipertensão Arterial. Nesta sentença favorável ao autor, o juiz direciona o ente federado responsável pelo fornecimento dos medicamentos, no caso do Entresto, argumenta a economia quando adquirido pela União, e quanto ao Bisoprolol deve ser

substituído por Metoprolol, disponível na lista de medicamentos da farmácia popular e entrega de responsabilidade do município.

O Entresto deve ser fornecido pela União, até porque a incorporação baseou-se numa oferta de descontos do fabricante para compra centralizada pelo Ministério da Saúde em grande escala. Quanto ao BISOPROLOL, deve primeiramente ser tentado o METOPROLOL, do mesmo grupo farmacológico, cuja responsabilidade de distribuição é do Município. Na hipótese de ocorrência de sintomas respiratórios com o metoprolol, aí sim o Bisoprolol se impõe. (CNJ, 2020).

NT 44479 (CNJ, 2020): autor de 65 anos, com diagnóstico prévio de F33 - Transtorno Depressivo Recorrente com solicitação do medicamento Olanzapina (Zyprexa) o juiz fundamenta sua decisão desfavorável citando os serviços oferecidos pelo SUS e aponta a necessidade de acompanhamento das equipes de saúde com o seguinte argumento:

CONSIDERANDO que o SUS disponibiliza, além do tratamento medicamentoso, o acompanhamento psicossocial para o quadro da requerente, geralmente realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). CONSIDERANDO que nos relatórios médicos acostados ao processo não há relatórios médicos de acompanhamento emitidos por Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS. (CNJ, 2020).

NT 1623 (CNJ, 2020): em outra decisão, essa favorável ao requerente de 78 anos com diagnóstico E44.0 - Desnutrição proteico-calórica moderada, solicitando dieta industrializada, o juiz considera a questão social e demonstra preocupação com a insuficiência familiar para o êxito na recuperação do paciente quanto ao uso da dieta.

No caso deste paciente com tubo digestivo acessado por jejunostomia e alimentação por sonda, qualquer dos preparados prescritos poderia ser utilizado. Ocorre que o paciente poderia receber Dieta Artesanal, mas veio na informação que sua cuidadora/esposa é analfabeta e tem dificuldade em fazer a preparação da Dieta. Não veio informação se outro familiar reside no mesmo domicílio; caso haja uma pessoa qualificada a fazer o preparo da Dieta Artesanal, esta deverá ser a opção e a Dieta Industrializada ser fornecida apenas por 03 meses para resgatar o paciente do quadro de carência nutricional. (CNJ, 2020).

NT 1776 (CNJ, 2020): decisão desfavorável ao representante da criança de seis anos de idade, com diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca, requerendo leite de soja, alegando indisponibilidade no plano de saúde. O magistrado indefere o pedido orientando dietas artesanais e direciona ao serviço nutricional do município.

Nesta faixa etária a fórmula láctea não é essencial. A dieta pode ser realizada com alimentos artesanais liquidificados de consistência modificada. Pode-se também utilizar bebidas à base de soja com preço compatível com leite integral compradas em supermercado. Deve ser solicitada orientação de nutricionista do Município, inclusive com dieta hipercalórica com alimentos naturais. (CNJ, 2020).

NT 37708 (CNJ, 2021): nesta, a paciente de 62 anos, com diagnóstico de M16.9 Coxartrose não especificada, solicita Artroplastia Total de Quadril. Entre outros argumentos, o magistrado fundamenta que se trata de um procedimento eletivo sem informações de agravamento, e que o procedimento é realizado pelo SUS.

CONSIDERANDO que a indicação cirúrgica na coxartrose é procedimento classicamente eletivo, não havendo dados médicos no processo que justifiquem risco iminente de vida ou perda de órgão ou função. CONSIDERANDO a ausência de imagens radiográficas e que tal procedimento é realizado no SUS. (CNJ, 2021).

Neste estudo, constatou-se, portanto, que a judicialização da saúde é um instrumento para a efetivação do acesso aos bens como medicamentos e serviços, como as cirurgias, que muitas vezes são negligenciadas por um ou mais entes responsáveis pelo fornecimento, visto que a maioria das ações judiciais são de tecnologias em saúde incorporadas ao SUS.

A maioria dos estudos sobre judicialização da saúde apresentam tecnologias não incorporados ao SUS. Um exemplo disso foi o estudo realizado no Rio Grande do Norte entre os anos 2013 a 2017, que constatou que dos 1.517 medicamentos solicitados judicialmente 60,7% não estavam incorporados ao SUS (OLIVEIRA et al., 2021).

O Poder Judiciário ao ser provocado para a garantir o direito à saúde, interfere no destino do recurso financeiro alocado e programado para o emprego de políticas públicas, em tempo, também demonstra, que há falhas na prestação de serviços, na entrega de produtos e nos insumos à população (FLEURY, 2012).

O desfinanciamento do SUS afeta diretamente os municípios em especial os de pequeno porte que apresentam menor arrecadação de impostos e mais dificuldades para captar recursos, e investir os provenientes de outros entes que estão condicionados e vinculados a programas específicos, assim como recepcionar as ações judiciais e conduzir para uma solução levando em conta o direito do usuário e o impacto orçamentário devido as limitações ou ausências de equipe técnicas nas secretarias de saúde (contadores e advogados) tendo em vista as regras de investimentos das receitas dos outros entes e as possíveis sanções como

bloqueio de bens e multas ao gestor e ao município em caso de desobediência judicial (CONASEM, 2021; MORETTI e SANTOS, 2021).

Por isso a importância de intensificar as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas e controle do câncer na atenção primária à saúde, de identificar e monitorar as prescrições médicas e as tecnologias em saúde que estão sendo judicializadas, de aproximar o diálogo entre judiciário e o executivo, de proporcionar e estimular a solução pela via administrativa, de prover o abastecimento de medicamentos incorporados previstos nas listas oficiais do SUS, de centralizar as compras de medicamentos e outros bens em saúde para obtenção de melhores preços e do acompanhamento com prescrição médica atualizada do paciente que está recebendo medicação e produtos via judiciário (VIEIRA, 2020; CNJ, 2020).

O crescimento da judicialização evidencia a desarmonia entre as necessidades em saúde da população com os bens e serviços oferecidos pela gestão pública em atender seus anseios, criar estratégias como qualificar a gestão para investir em ações e serviços na APS, capacitar os profissionais de saúde, em especial dos municípios de pequeno porte que não têm uma equipe específica para atender às ações judiciais da saúde, para captar mais recursos e a utilizar os provenientes dos outros entes que tem regras próprias, e por fim, investir os recursos próprios em peculiaridades da saúde local (PEÇANHA, et al, 2019; PACHECO e OLIVEIRA 2022).

Neste estudo, evidenciou-se que o Poder Judiciário por meio de suas decisões, além de garantir o acesso dos bens e serviços tutelados pelo Estado, está oportunizando aos gestores a possibilidade de reavaliar e rever as políticas públicas implementadas, pois há bens e serviços em saúde em dissonância às necessidades da população, já que várias ações judiciais são de tecnologia em saúde incorporadas ao SUS. Muito aquém de se falar em interferência, o judiciário está promovendo a efetivação das políticas em saúde pública.

Para a efetivação das políticas em saúde pública são imprescindíveis o conhecimento e o alinhamento dos serviços e produtos de saúde disponíveis e a avaliação da real necessidade do usuário antes das decisões pelo Poder Judiciário. O judiciário não deve apenas atender e decidir postulados individuais, mas na falta de política pública o juiz deve ser o responsável por criar uma linha de comunicação com o gestor público e juntos criarem uma política articulada para solucionar aquela demanda ajuizada (BARROSO, 2020).

A concretização do direito à saúde requer muito mais do que um mero reconhecimento normativo, exige-se que o poder público garanta por meio de políticas públicas eficientes a provisão de bens e serviços conforme a necessidade individual ou coletiva. Nesse sentido posicionou-se o STF por meio do relator, o Ministro Celso de Mello no RE 1.235.983/2020 que:

Não basta, portanto, que o Estado meramente proclame o reconhecimento formal de um direito. Torna-se essencial que, para além da simples declaração constitucional desse direito, seja ele integralmente respeitado e plenamente garantido, especialmente naqueles casos em que o direito – como o direito à saúde – se qualifica como prerrogativa jurídica de que decorre o poder do cidadão de exigir, do Estado, a implementação de prestações positivas impostas pelo próprio ordenamento constitucional. (STF, 2020)

O crescimento da judicialização da saúde confirma falha do Estado em suas prestações de bens e serviços ao cidadão, demonstra ainda, políticas públicas e sociais ineficientes às necessidades da população e assim, a consequência são gastos orçamentários para os cumprimentos das sentenças judiciais (VESOLOSKI; ZAMBAM, 2021).

As deficiências enfrentadas na APS resultam em agudização com agravamento de doenças crônicas de controle e monitorização periódica pela equipe de saúde. A carência de políticas públicas de saúde influencia no aumento da mortalidade prematura por DCNT e concorre para reafirmar a necessidade do controle jurisdicional nas políticas públicas implementadas em todos os níveis de assistência e da cobertura da APS à toda população com estratégias que alcancem todas as faixas etária (VIEIRA, 2020).

É o caso, por exemplo, das patologias que acometem aos olhos e que estão relacionadas ao Diabetes e estão sem acompanhamento da equipe da APS. Foi realizado o rastreio de Retinopatia Diabética (RD) em 156 paciente, destes, apenas 21 apresentavam o exame de fundoscopia (exame de fundo de olho) nos últimos 2 anos. O baixo rastreamento foi justificado pela equipe de saúde por múltiplos fatores como sobrecarga de trabalho, capacidade técnica limitada, ausência de material e morosidade ao atendimento oftalmológico (OLIVERA JUNIOR E CASTRO, 2022).

Estudo com 45.165 pessoas que avaliou o impacto da pandemia da COVID-19 sobre as pessoas com doenças crônicas identificou que 16,2% destes, o estado de saúde piorou muito nos portadores de patologias como Diabetes, Depressão, doenças crônicas respiratórias e cardíacas, associado ao acesso aos serviços em saúde dificultado pelas restrições dos serviços e medo dos pacientes em contrair a doença (BORGES, et al., 2020).

Em outro estudo realizado em Santa Catarina foi evidenciado o aumento na taxa de mortalidade prematura por DCNT em 38% dos municípios nos anos de 2017 e 2018 e a redução da cobertura populacional pela APS (SUPLICI, et al., 2021).

Como tem sido apresentado em outros estudos sobre judicialização da saúde a maioria das decisões obteve sentença favorável ao autor. Isso tem servido de estimulador para novas ações judiciais, pois, parte-se do princípio de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, cabendo a este garantir a implementação das políticas públicas para reduzir o risco de adoecimento e oportunizar o acesso aos serviços de saúde necessários. A inércia do poder público em garantir os direitos fundamentais não impede a interferência do Poder Judiciário na implementação das políticas públicas (CARVALHO, et al., 2019; PACHECO e OLIVEIRA 2022).

Ainda, sobre a sentença ser majoritariamente favorável ao usuário, isso pode indicar a probabilidade no aumento da desigualdade no acesso aos bens e aos serviços em saúde (VIERA, 2020)

Uma das funções do Poder Judiciário é o controle e ajuste das políticas públicas deficitárias, da fiscalização da gestão omissa, das excessivas burocracias. Além de se posicionar quando acionado em meio ao conflito entre o usuário do SUS e um ou mais entes federativos, que por algum motivo não entregou o que foi prometido (SCHULZE, 2019).

O medicamento é a tecnologia em saúde vinculada à área da medicina com avanço e evolução científica com constantes descobertas para tratamento de doenças, custo elevado, influência dos laboratórios e indústria farmacêutica sobre prescrições médicas, com privilégios aos profissionais. Porém, o orçamento limitado tem sido o maior desafio para os gestores de saúde adotarem estratégias para superar as deficiências nos serviços e garantir o acesso equânime (ROVER, et al., 2020; PONTE e MAPELLI, 2019).

Esta revisão sistemática analisou 27 estudos sobre o acesso à tecnologia em saúde no Brasil publicados até o ano de 2019. Foi identificado 76.666 ações judiciais, com discreto declínio de 54% para o feminino. A faixa etária adulto (dos 19 aos 59 de idade) foi a mais representada com 94% dos demandantes, já os idosos tiveram um índice de apenas 4%. Quanto ao tipo de tecnologia, a medicação foi a mais solicitada com 65%, destes, 70% não constavam nas listas do SUS. Os produtos foram 25% e os procedimentos 5%. A representação jurídica foi de 68% por advogados particulares (DA TRINDADE et al., 2022).

Em 2021, estudo realizado por ROVER e col. (2020) em quatro Estados brasileiros em regiões distintas (norte, sul, nordeste e sudeste) apontou algumas fragilidades relacionadas à entrega do medicamento ao usuário desde a aquisição, financiamento e força de trabalho insuficiente, PCDT desatualizado, necessidade de compra centralizada e incorporação de outros medicamentos.

Quando a judicialização da saúde é motivada para obter acesso aos bens e serviços em saúde que não constam nas listas e protocolos oficiais do SUS, ou não possui registro da ANVISA, como é caso dos medicamentos para os tratamentos das doenças raras e ultrarraras, a via judicial é o único meio de acesso devido às limitações administrativas e burocráticas que impedem o fornecimento pelos gestores da saúde (SCHULZE; GEBRAN NETO, 2019).

No entanto, quando determinada tecnologia está incorporada ao SUS e o usuário recorre ao judiciário para acessar um direito líquido e certo, demonstra-se a fragilidade das políticas públicas implementadas e a omissão de quem tem o dever e obrigação de zelar pela saúde da população. Para corrigir esse tipo de falha na entrega, é imprescindível implementar estratégias eficazes para expandir o acesso e diminuir as desigualdades com envolvimento dos órgãos de controle como os conselhos de saúde e a construção de soluções extrajudiciais (VIEIRA, 2019).

Cabe à gestão do sistema de saúde pública intervir e identificar os empecilhos que podem estar relacionados à morosidade na logística da entrega por questões administrativas como falha nas informações do trâmite do processo, da precariedade no acolhimento e nas informações oferecidas ao usuário, nas listas de medicamentos e protocolos desatualizados, assim como também deve investir na capacitação e preparação dos profissionais (CHAGAS, et al 2016; PAIM, 2018).

De acordo com o CONASEMS para prevenir a judicialização da saúde local é importante que os municípios conheçam detalhadamente o perfil das ações judiciais, os tipos de tecnologias judicializadas e o impacto orçamentário. Também é preciso saber, se o autor foi atendido nos serviços do SUS, o local de residência e se foi assistido por advogado privado ou por meio da justiça gratuita entre outras variáveis (CONASEMS, 2021).

Considerando que a saúde é um direito fundamental, social e subjetivo e classificado como direito de segunda dimensão, isto é, o Estado tem a obrigação de uma prestação por meio de um ou mais entes federativos. Reivindicar aquilo que já foi incorporado pelo SUS é exigir o cumprimento de direitos garantidos duplamente, primeiro pela CF-88 Art. 196.

Diferentemente, em um estudo que se propôs a analisar as demandas judiciais por medicamentos movidas contra o estado do Rio Grande do Norte identificou 987 processos, em que foram solicitados 1.517 medicamentos. Desses, 60,7% não faziam parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (SOUZA e SOUZA, 2018).

Para materializar os direitos fundamentais sociais como a saúde, a educação, a moradia, entre outros, estabelecidos na CF-88. As políticas públicas estão sob o controle do Poder Judiciário no processo de gestão e implantação ou ainda, na omissão do Poder Executivo e Legislativo que tem a discricionariedade e legitimidade na escolha das políticas públicas conforme a necessidade da população (SCHULZE, 2019).

Seguindo recomendações e determinações dos três poderes políticos (legislativo, executivo e judiciário) no período da pandemia foram direcionados todos os recursos humanos e materiais em saúde para minimizar os efeitos catastróficos da doença. Medidas como a suspensão dos procedimentos cirúrgicos e consultas médicas com especialistas foram necessárias para evitar a proliferação e combater o vírus. Houve interrupção de tratamento médico por falta de medicamentos, material ou mesmo profissional para atender (RIBEIRO et al., 2021).

O SUS, que já se apresentava incapaz de suportar as demandas de ações e serviços, durante a pandemia da COVID-19 deixou muitas pessoas com sequelas e incapacitadas, doenças crônicas descompensadas, consultas especializadas e exames médicos represados, com aumento das filas de espera, no entanto, mandado judicial nesse contexto altera a ordem da fila causando maior injustiça e desigualdade de acesso aos bens e serviços à coletividade. (BORGES, et al., 2020; CONASEM, 2021).

7 CONCLUSÃO

Podemos afirmar que o judiciário, muito além de realizar o controle das políticas públicas, está garantindo o direito do acesso aos bens e serviços prometidos e incorporados ao SUS, devido às falhas na entrega por um ou mais entes federativos responsáveis. Sendo os direitos individuais invioláveis e essenciais para a garantia da dignidade humana e da liberdade individual. Sua efetivação não está se sobrepondo ao direito do acesso à saúde da coletividade.

Para enfrentar a judicialização da saúde e fomentar as políticas em saúde pública é imprescindível aproximar o diálogo entre os Poderes Executivo e Judiciário e alinhar os bens e serviços disponíveis no SUS. Sendo os direitos individuais invioláveis e essenciais para a garantia da dignidade humana e da liberdade individual, logo, a efetivação por meio do judiciário não está se sobrepondo ao direito da saúde da coletividade, quando se exige o cumprimento de uma obrigação constitucionalizada e assegurada pelas políticas públicas.

Viabilizar alternativas como a criação de fluxos de atendimentos administrativos, com profissionais capacitados nas secretarias municipais de saúde pode otimizar as demandas judiciais de forma transparente e célere. Outra estratégia é conhecer os motivos e sanar as falhas que levaram a busca pelo judiciário quando o bem ou serviço está incorporado e não foi entregue. Na ausência de incorporação faz-se necessário procurar por similares que façam parte das listas do SUS e propor a substituição, quando possível, além de supervisionar e alinhar as prescrições médicas de acordo com o que há disponível no SUS, encaminhar a tecnologia recorrente de processos judiciais para análise de incorporação de Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias No Sistema Único de Saúde (CONITEC) para possível inclusão nas listas oficiais. Esses são possíveis mecanismos que garantem o direito ao acesso aos bens e serviços em saúde e previne gastos orçamentários desnecessários.

As soluções possíveis não são complexas, mas demandam o trabalho conjunto de todos os atores envolvidos no contexto. A atuação deliberativa dos órgãos de controle e a fiscalização do SUS garantem a materialização do direito adquirido. Isso também qualifica a gestão local em ações efetivas na APS, nas regras de utilização e captação de recursos financeiros provenientes dos outros entes para que os recursos da arrecadação local sejam designados conforme as necessidades da população.

Sugere-se novas pesquisas para investigar o motivo da falta de entrega das tecnologias em saúde incorporadas ao SUS.

Referente às limitações de estudo, foram inúmeras as carências de algumas informações preenchidas de forma genérica ou incompletas nas NT como o meio de representação do autor se advogado constituído ou Defensoria ou Ministério Público. Ademais, a posologia da tecnologia, a duração do tratamento e os custos das tecnologias interferiram na análise dos dados. Outra limitação é a discrepância dos dados nas plataformas do CNJ.

Conclui-se que o judiciário, muito além de realizar o controle das políticas públicas, está garantindo o direito ao acesso aos bens e serviços prometidos e incorporados ao SUS, devido as falhas na entrega por um ou mais entes federativos responsáveis. Sendo os direitos individuais invioláveis e essenciais para a garantia da dignidade humana e da liberdade individual, sua efetivação não está se sobrepondo ao direito de acesso à saúde da coletividade.

REFERÊNCIAS

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Informações em Saúde Suplementar, 2021**. Disponível em: <https://bit.ly/3x1NSm6>. Acesso em 13 mar. 2021.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2022**. Brasília - DF. Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos | SCMED. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/cmed/anuario-estatistico-2022>. Acesso em 11 mai. 2023.

ARAGÃO, E. S.; FUNCIA, F. R. **Austeridade fiscal e seus efeitos no Complexo Econômico-Industrial da Saúde no contexto da pandemia da COVID-19**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2021, v. 37, n. 9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qDVjBqNC7Tm8ZQJ5jLhpcDL/?lang=pt>. Acesso em 18 mar. 2022.

BARBOSA, R. **Oração aos moços**. 1929. Disponível em: <file:///C:/Users/debor/OneDrive/Downloads/Ora%C3%A7%C3%A3o%20aos%20Mo%C3%A7os%20-%20Rui%20Barbosa.pdf>. Acesso em 16 ago. 2023.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. São Paulo: Saraiva, 2020. p. 221-222. Disponível em: <file:///C:/Users/debor/OneDrive/Downloads/Curso%20de%20Direito%20Constitucional%20Contempor%C3%A2neo%20-%20Luis%20Roberto%20Barroso%20-%202020.pdf>. Acesso em 13 mar. 2022.

_____. **Da falta de efetividade a judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Revista Jurídica UNIJUS, Minas Gerais, v. 15, p. 13-38, 25-50, 2009. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em 19 jul. 2021.

BATISTA, F. **Derechos y garantías. La ley del más débil**. Cuest. Const. nº17 Ciudad de México, pág. 309-314, jul/dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-91932007000200011&lng=es&nrm=iso. Acesso em 22 ago. 2022.

BERMUDEZ, A. Z.; COSTA, J. C. S DA; NORONHA, J. C DE; **Desafios do acesso a medicamentos no Brasil**. Editora: Edições Livres, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41803/Desafios_do_Acesso_a_Medicamentos_2020.pdf?sequence=2. Acesso em 14 ago. 2022.

BIESEK, A.S.; PUTRICK, S. C. **Imigração na Tríplice Fronteira do Brasil, Paraguai e Argentina e a Representatividade na Colônia Árabe**. Umbral Fronteiras. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/74819856/IMIGRACAO-NA-TRIPLICE-FRONTTEIRA>. Acesso em 20 dez. 2020.

BITTENCOURT, G. B. **O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 102–121, 2016. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/261>. Acesso em 27 mar. 2021.

BOBBIO, N., 1909 - **A era dos direitos** / Norberto Bobbio; tradução Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer. — Nova ed. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. — 7ª reimpressão. P.13, 68. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/297730/mod_resource/content/0/norberto-bobbio-a-era-dos-direitos.pdf. Acesso em 18 out. 2021.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 26ª Edição, São Paulo: Editora Malheiros, 2010, p. 571-572. Disponível em: <file:///C:/Users/debor/OneDrive/Downloads/Curso%20de%20Direito%20Constitucional%20by%20Paulo%20Bonavides.pdf>. Acesso em 14 mai. 2022.

BORGES KNG, OLIVEIRA RC, MACEDO DAP, SANTOS JC, PELLIZZER LGM. **O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde**. Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129415/o-impacto-da-pandemia-de-covid-19-em-individuos-com-doencas-cronicas.pdf>. Acesso em 18 jun. 2023

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Art. 196. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 16 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0408050519/02/2023>. Acesso em 3 mar. 2023.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Agenda 2030: ODS**. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/hotsites/agenda-2030/>. Acesso em 21 set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_incorporacao_tecnologias_sus_envolver.pdf. Acesso em 15 abr. 2023.

_____. **Emenda Constitucional Nº 80 de 4 De Junho De 2014**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc80.htm. Acesso em 21 jul. 2021.

_____. **Lei Federal nº13.959, de 18 de dezembro de 2019**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113959.htm. Acesso em 26 ago. 2022.

_____. **Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 26 jun. 2021.

_____. **Lei Federal nº 9961 de 28 de Janeiro de 2000: Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em 12 ago. 2021.

_____. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990: Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em 15 jan. 2021.

_____. **Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017: Institui a Lei de Migração**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm. Acesso em 15 set. 2021.

_____. **Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012**. Disponível em: <https://legis.senado.gov.br/norma/572896/publicacao/15760034>. Acesso em 22 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. [Brasília, (DF)]: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 10 out. 2021

_____. **Portaria N 3.992, de 28 de Dezembro de 2017**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em 25 mai. 2021.

CALIL, G. G. **A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista**. Serviço Social & Sociedade, n. 140, p. 30–47, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/#>. Acesso em 25 de abr. 2023.

CAVALCANTE, L. V.; LIMA, L. C. **Epistemologia da geografia e espaço geográfico: a contribuição teórica de Milton Santos**. GEOUSP Espaço e Tempo (Online), [S. l.], v. 22, n. 1,

p. 061-075, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/127769>. Acesso em 2 ago. 2021.

CARVALHO, E. C. et al. **Judicialização da saúde:** reserva do possível e mínimo existencial. *Cogitare Enfermagem*, v. 26, p. e76406, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/xfSyPQkwp9LN9gQLJvWnzKS/#ModalHowcite>. Acesso em 11 ago. 2023.

CARVALHO FILHO, J. S.; SEVERO, S.L.; LEÃO, S.D. **A concretização do direito à saúde pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal.** *REVISTA DE DIREITO SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS*. V.5, n. 2.2019. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadsp/article/view/5794>. Acesso em 12 mar. 2022.

CELUPPI, I. C. et al. **30 anos de SUS:** relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. 12, pp. 302-313. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Zf7bkDWh8bcM7GKvPwtdvRd/?lang=pt>. Acesso em 28 fev. 2022.

CHAGAS, V. O.; PROVIN, M. P.; AMARAL, R. G. **Demandas judiciais para acesso às ações e aos serviços de saúde:** uma revisão integrativa. *Varia Scientia - Ciências da Saúde*, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 67–79, 2016. DOI: 10.48075/vscs.v2i1.13433. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/13433>. Acesso em 30 Ago. 2022.

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Judicialização da Saúde nos municípios:** como responder e prevenir. Julho, 2021, v. 4. Disponível em: https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2022/02/2aProva-Cartilha_4-1.pdf. Acesso em 13 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. Instituto de Ensino e Pesquisa, INSPER. **Judicialização da Saúde no Brasil:** Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, 2019. p.13. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em 12 dez. 2020.

_____. **Estatísticas processuais de Direito à saúde.** Disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861-98ea-4b5183e29247&sheet=3207f950-c0a7-4950-8906-76c930c8a579&opt=ctxmenu,currsel>. Acesso em 19 jul. 2022.

_____. **Judicialização e Sociedade:** Ações para acesso à saúde pública de qualidade. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade-16072021.pdf. Acesso em 24 jun. 2021.

_____. **NATJus - Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário:** Pesquisa de Notas Técnicas. Brasília: 2020 Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/e-natjus/pesquisaPublica.php>. Acesso em 24 de jun. 2021.

_____. **Justiça em números 2018:** ano-base 2017. Brasília: CNJ, 2018b. Disponível em: https://paineis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opensoc.htm?document=qvw_1%2FPainelCNJ.qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true&sheet=shResumoDespFT. Acesso em 14 de mar. 2023.

CRUZ, W. G. N.; BARROS, R. D. DE.; SOUZA, L. E. P. F. DE. **Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 6, p. 2459–2469. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gf38wvnpdXkFv3kDLJxZgR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 1 mar. 2022.

CRUZ, L. A. R. **Direito à saúde:** de norma programática a direito individual exigível. Revista SJRJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 34, p. 119-132, 2012.

DIAS E. R.; SILVA J. A **Medicina Baseada em Evidências na jurisprudência relativa ao direito à saúde.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/JNDzbdQTzg98tWK8XmQ7FXN/?lang=pt>. Acesso em 02 jul. 2021.

DWECK, E.; ROSSI, P.L. **RePolítica fiscal para o desenvolvimento inclusivo.** In: Mattoso, J.; Carneiro, R. (org.). O Brasil de amanhã. 1a ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, v. 1, 2018, p. 51-94. Disponível em: <https://pt.org.br/dweck-e-rossi-repolitica-fiscal-para-o-desenvolvimento-inclusivo/>. Acesso em 28 nov. 2022.

FALEIROS, D. R.; PEREIRA, B. L. S. **Saldos dos repasses federais no SUS:** o que temos e o que esperar do incremento para a COVID-19. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gWh7HrwCPFWZNSRkMnsfbG/?lang=pt>. Acesso em 1 mar. 2022.

FERRAZ, O. L. M. **Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil.** Revista Direito GV [online]. 2019, v. 15, n. 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/tLdSQ4Ggnm4w8GSfYdcqtTy/?lang=pt>. Acesso em 9 mar. 2022.

FERNANDES, D. R. A.; GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. M. S. V. **Vulnerabilidades das indústrias nacionais de medicamentos e produtos biotecnológicos no contexto da pandemia de COVID-19.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2021, v. 37, n. 4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ymfvMNsrYkbf5PSrvpq5Bg/?lang=pt>. Acesso em 1 mar. 2022.

FERNANDES, G. A. A. L.; PEREIRA, B. L. S. **Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo.** Revista de Administração Pública [online]. 2020, v. 54, n. 4. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/zNs77xnNYT3xxtTvhTpyVt/?lang=pt>. Acesso em 30 set. 2021.

FLEURY, S. **Judicialização pode salvar o SUS**. Saúde em debate. v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763003.pdf>. Acesso em 24 fev. 2022.

FOZ DO IGUAÇU (PR). **Decreto Municipal Nº 24.291/2015. De 23 de novembro de 2015. Dispõe sobre a requisição administrativa de bens, empregados e serviços do hospital municipal padre germano lauck. Foz do Iguaçu**: Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2015. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/f/foz-do-iguacu/decreto/2015/2430/24291/decreto-n-24291-2015-dispoe-sobre-a-requisicao-municipal-na-modalidade-de-requisicao-administrativa-de-bens-empregados-e-servicos-do-hospital-municipal-padre-germano-lauck-pelo-prazo-de-6-seis-meses-para-fins-de-regularizacao-organizacao-e-garantia-a-saude-e-da-outras-providencias>. Acesso em 22 jul. 2022.

FUNCIA, F. R. **Sistema Único De Saúde – 30 Anos**: do subfinanciamento crônico para processo de desfinanciamento decorrente da Emenda Constitucional 95/2016. ANFIP – Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil./Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social: Análise da Seguridade Social 2017, Brasília, ed. 18, jun. 2018. Disponível em: <https://www.anfip.org.br/?mdocs-file=8603>. Acesso em 27 jun. 2023.

FUNCIA, F. R. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS**: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGXtgLfFMj/?lang=pt>. Acesso em 7 fev. 2022.

GIMENEZ, H. M.; et al. **A Tríplice Fronteira como região**: Dimensões internacionais. Cadernos PROLAM/USP. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3128527-a-tr%C3%ADplice-fronteira-como-regi%C3%A3o-dimens%C3%B5es-internacionais. Acesso em 30 set. 2021.

GIOVANELLA, L.; et al. **Sistema universal de saúde e cobertura universal**: desvendando pressupostos e estratégias. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt>. Acesso em 28 fev. 2022.

GOTTI, A.; DE ARAÚJO, A. F.; MARCELINO, J. F. L. O controle judicial na implementação e gestão de políticas públicas: novas perspectivas. **Revista CNJ**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 8–18, 2019. DOI: 10.54829/revistacnj.v3i2.53. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/ojs/revista-cnj/article/view/53> . Acesso em 30 nov. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Municípios da faixa de fronteira. Rio de Janeiro**: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=sobre>. Acesso em 29 set. 2021.

_____. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 30 de ago. 2023.

_____. Censo Demográfico 2010. **Metodologia do Censo Demográfico 2010**: cidades e estados. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr>. Acesso em 10 abr. 2023.

_____. Censo Demográfico 2010. **Metodologia do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 12 jun. 2021.

_____. Agência de notícias IBGE. **Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos**. 2020. Editora estatísticas sociais. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em 15 set. 2022.

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA (INSPER). **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e proposta de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça/Insper; 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em 12 mar. 2023.

JULIANO, I. A.; SIMÕES, A. F. DE S.; SOUZA, L. E. P. F. DE. **Judicialização da saúde e pandemia de covid-19**: novos desafios para os sistemas de saúde e de justiça. Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 21, p. e0027, 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.170717. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/170717>. Acesso em 18 mai. 2023.

LIMA, O. R. **Direito à saúde e acesso aos serviços do SUS**: restrições impostas à população estrangeira da tríplice fronteira. Direito sem fronteiras, [s. l.], v. 1, n. 3, 2018. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/direitosemfronteiras/article/view/18865>. Acesso em 5 jul. 2021.

LÔBO, L. C.; MELO, G. Z. DOS S.; SOUZA, A. A. DE . **Medidas adotadas para enfrentamento da COVID-19 em fronteiras internacionais**: Revisão Integrativa. Sociedade em Debate, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 108-119, 2022. DOI: 10.47208/sd.v28i3.3199. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/3199>. Acesso em 29 jun. 2023.

MACHADO, F. **Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil**. Revista de Direito Sanitário, v. 9, n. 2, p. 73-91, 1 jul. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13118>. Acesso em 16 dez. 2020.

MACHADO, L. **Os comissários da Varig que ‘contrabandeavam’ remédios para ajudar pacientes com Aids**. BBC NEWS BRASIL, SÃO PAULO, p. 1-9, 8 fev. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51199929>. Acesso em 23 jun. 2023.

MACHADO, T. R. C. **Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/7kLmK9FNVPWGZkTkQrbr7KC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 26 mar. 2023.

MENDES, A. **O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira.** Saúde e Sociedade, 23(4), p. 1183-1197, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Qsh9qxrGGKskpZjQvZLW7jv/?lang=pt>. Acesso em 09 ago. 2021.

MIRANDA, A. A. **Direitos humanos e HIV/aids: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil.** Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos, Brasília - DF, ano 2008, ed. 1.^a edição, p. 14-17. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_humanos_hiv_aids.pdf. Acesso em 23 jun. 2023.

MONDARDO, M., & STALIANO, P. (2020). **Saúde na Fronteira Brasileira: Políticas Públicas e Acesso a Serviços / Health on the Brazilian Border: Public Policies and Access to Services.** Espaço Aberto, 10(1), 99-116. doi:<https://doi.org/10.36403/espacoaberto.2020.29948>. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/EspacoAberto/article/view/29948/19446>. Acesso em 29 mai. 2023.

MORETTI, B; SANTOS, E. A. V. **Direito à saúde e implementação de políticas: relações entre os sistemas estruturantes da administração pública e a oferta dos serviços a partir das regras de contratação.** Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/190527_livro_imple mentando_desigualdades_reproducao_de_desigualdades_Cap16.pdf. Acesso em 20 abr. 2023.

MOTTA FILHO, S. C. DA. **Direito constitucional: teoria, jurisprudência e questões.** 27. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 189-203, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/debor/OneDrive/Downloads/%23Direito%20Constitucional%20-%20Teoria,%20Jurisprud%3%Aancia%20e%20Quest%3%B5es%20\(2018\)%20-%20Sylvio%20Motta.pdf](file:///C:/Users/debor/OneDrive/Downloads/%23Direito%20Constitucional%20-%20Teoria,%20Jurisprud%3%Aancia%20e%20Quest%3%B5es%20(2018)%20-%20Sylvio%20Motta.pdf). Acesso em 10 jan. 2022.

NORONHA, K. V. M. DE S. et al. **Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?lang=pt>. Acesso em 29 jan. 2022.

NEY, M. S.; GONÇALVES, C. A. G. **A bipolaridade da crise sanitária: sofismas economicistas e impactos sociais na pandemia do coronavírus.** Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 30, n. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/sP7pgrvQcHRvJr5TVVSzQ7F/?lang=pt>. Acesso em 27 mar. 2022.

NETTO, C.G. **Fosfoetanolamina, de ‘pílula do câncer’ a caso de polícia.** *Jornal da UNICAMP.* Campinas, 03 Abr 2018. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/noticias/2018/04/03/fosfoetanolamina-de-pilula-do-cancer-caso-de-policia>. Acesso em 17 jan. 2021.

OLIVEIRA, M. C. G. **A saúde como um direito:** o fenômeno da judicialização da saúde e a atuação da câmara técnica de saúde. *Serviço Social em Debate*, [S. 1.], v. 2, n. 2, 2021. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/3885>. Acesso em 19 jun. 2023.

OLIVEIRA JUNIOR PP, C. FAG. **Avaliação do rastreio de retinopatia diabética por meio de uma auditoria clínica em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde rural no interior de Minas Gerais.** *Rev Bras Med Fam Comunidade.* Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/01/1410989/3239-texto-do-artigo-22109-19833-10-20221222.pdf>. Acesso em 15 jan. 2022.

OLIVEIRA, M. DOS R. M. et al. **Mediation as prevention of judicialization of health:** narratives of judiciary and health subjects. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. 2, p. 20180363, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/t3KhqWDkypzC6YBPmTVq35B/?lang=pt#>. Acesso em 13 mar. 2022.

OLIVEIRA, Y. M. C. et al. **Judicialização de medicamentos:** efetivação de direitos ou ruptura das políticas públicas? *Revista de Saúde Pública.* Nov. 2020 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rnbBtyWr3j9qfVqSg4d8mZQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 18 abr. 2022.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.** 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em 23 dez. 2022.

ORAIR, R.; GOBETTI, S. **Reforma tributária no brasil:** Princípios norteadores e propostas em debate. *Novos estudos CEBRAP*, v. 37, n. 2, p. 213–244, maio 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/SPvDStxHz47863pCGcxWTHN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 19 jul. 2022.

OTONI, L; CAMIMURA, L. **Judicialização da saúde:** novas diretrizes devem qualificar julgamentos. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/judicializacao-da-saude-novas-diretrizes-devem-qualificar-julgamentos/>. Acesso em 23 jun. 2023.

PACHECO, C. J.; OLIVEIRA, G. F. J. **A Atuação Judicial Em Políticas Públicas:** Uma Abordagem a partir dos Aportes Teóricos do Substancialismo e do Procedimentalismo. *Revista Direito & Consciência*, v. 01, n. 01, julho, 2022. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/direitoeconsciencia/article/download/4133/2920>. Acesso em 05 ago. 2023.

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciênc. saúde colet. 23 (6). Jun 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?lang=pt>. Acesso em 18 out. 2021.

PAIM, J. S. **Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil.** In: PAIM, J. S. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. cap. 22, p. 271-294

PAIXÃO, A. L. S. **Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS.** Ciênc. saúde colet. Jun 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RSm4sW7NNKXrbfQm7DQYd7G/?lang=pt>. Acesso em 15 out. 2021.

PARO, D. **Pesquisa mostra impacto da ida de estudantes de medicina à fronteira sul-mato-grossense:** População flutuante de brasileiros gera impacto no sistema de saúde e educação de Ponta Porã. [S. l.]: H2FOZ, 23 jul. 2022. Disponível em: <https://www.h2foz.com.br/fronteira/pesquisa-mostra-impacto-da-ida-de-estudantes-de-medicina-a-fronteira-sul-mato-grossense/>. Acesso em 6 jun. 2023.

PEÇANHA, L.O.; SIMAS, L.; LUIZA, V. L. **Judicialização de medicamentos no Estado do Rio de Janeiro:** evolução de 2010 a 2017. Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n.4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xSVJ9NPMjRzy4TqdvkJbwFt/?lang=pt>. Acesso em 2 mar. 2022.

PÊGO, B. et al, (coord.). **Fronteiras do Brasil:** uma avaliação do arco Sul. Rio de Janeiro: Ipea.2020 Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36432&Itemid=448. Acesso em 08 ago. 2021.

PEDRA, A. S. **Parâmetros para uma decisão racional em casos de judicialização de políticas públicas.** Revista Brasileira de Direito Público – RBDP, Belo Horizonte, ano 11, n. 41, p. 91-105, abr./jun. 2013. p. 95.

PITANGA, M. C. F. V.; SILVA, J. L. P. da; RAMALHO, P. I. S. **A judicialização da fosfoetalamina sintética no Brasil.** Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 22, n. 2, p. e0023, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/181722>. Acesso em 18 fev. 2023.

PONTE, A. C. DA; JÚNIOR, R. M.; **Prescrições médicas para ações judiciais.** Revista Direito Brasileira. V.22, n 9. 2019. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/5173/4278>. Acesso em 20 mai. 2023.

PREUSS, L. T. **A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta.** Revista Katálysis [online]. 2018, v. 21, n. 02. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/Ffp5gVJpjhNKzXyHsSXkdXB/?lang=pt#>. Acesso em 10 out. 2021.

RAMOS, E. M. B.; DINIZ, I. M. **Pobreza, proteção social e cidadania: uma análise do direito à saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988.** Barbarói, p. 57-80, 20 dez. 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/8182>. Acesso em 18 out. 2022.

REICHERT, A. P. DA S. et al. **Repercussões da pandemia da Covid-19 no cuidado de lactentes nascidos prematuros.** Escola Anna Nery, v. 26, n. spe, p. e20210179, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zvRs5mB5WQJ7jLvq4S6Hv9L/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 14 abr. 2023.

ROVER, M. R. M. et al. **Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 11, p. 5499–5508, nov. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VDv9JVTKCvnHVSyg49r5QLn/?lang=pt#>. Acesso em 12 jun. 2022.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. **Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras.** Estudos Avançados [online]. 2018, v. 32, n. 92. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/vXcGQzQrPkzfq587FbYR7PJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em 8 mar. 2022.

SANTO, A. L. DO E; VOKS, D. **Governança da Saúde Pública: conflitos e desafios para uma gestão compartilhada na fronteira Brasil-Bolívia.** Saúde e Sociedade [online]. v. 32, n. 1, e210704pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210704pt>. ISSN 1984-0470. Acesso em 30 mai. 2022.

SANTOS, C. T. DOS; RIZZOTTO, M. L. F.; CARVALHO, M. DE. **Financiamento público para a saúde de municípios paranaenses em região de fronteiras (2000 - 2016).** Cogitar enferm., Curitiba, v. 24, e61110, 2019. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100341&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 jan. 2023.

SARLET, I. W. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais.** 8ª Edição, Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2007. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/172905/a_eticacia_dos_direitos_fundamentais_2012.pdf. Acesso em 11 ago. 2022.

SARLET, I. W.; MARINONI, L. G.; MITIDIERO, D. **Curso de Direito Constitucional.** 6º.ed. São Paulo: Saraiva, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/debor/OneDrive/Downloads/Curso%20De%20Direito%20Constitucional%20-%20Sarlet,%20Marinoni%20e%20Mitidiero%202017.pdf>. Acesso em 10 ago. 2022.

SOUZA, E. B. C. de. **Tríplice Fronteira: Fluxos da região Oeste do Paraná com o Paraguai e Argentina.** RevistaTerr@Plural, Ponta Grossa, v.3, n.1, p.103-116, jan/jul. 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250395903_Triplice_Fronteira_fluxos_da_regiao_Oeste_do_Parana_com_o_Paraguai_e_Argentina. Acesso em 29 set. 2021.

SCHULZE, C. J.; GEBRAN NETO, J. P. **Direito à saúde e o Poder Judiciário In: Direito à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019 a. p. 25-64

SCHULZE, C. J. **Judicialização da saúde no Século XXI**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2018. Disponível em: <https://ajufesc.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CLENIO-JAIR-SCHULZE-.pdf>. Acesso em 13 out. 2022.

_____. **Direito sanitário pós-pandemia**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2021 dez. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/841/873>. Acesso em 23 jan. 2022.

SOBRINHO, S. R. A. et al. **Enfrentamento da COVID-19 em região de fronteira internacional: saúde e economia**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2021, vol.29, e3398. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/H4fqkQHNBCkrVqdDxtxyvWj/?lang=pt>. Acesso em 08 ago. 2021.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 39°. ed. Salvador: Juspodivm, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/debor/OneDrive/Downloads/SILVA,%20Jos%C3%A9%20Afonso%20da.%20Curso%20de%20direito%20constitucional%20positivo%20\(2016\).pdf](file:///C:/Users/debor/OneDrive/Downloads/SILVA,%20Jos%C3%A9%20Afonso%20da.%20Curso%20de%20direito%20constitucional%20positivo%20(2016).pdf). Acesso em 22 set. 2022.

SUPLICI SER, SOUZA SS, ZAMPROGNA KM, CUNHA AC, LAURINDO DLP. **Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis e cobertura da atenção básica: análise dos indicadores**. Rev. Enferm. UFSM. 2021; vol.11 e24: 1-18. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769244513>. Acesso em 20 abr. 2023.

TARTUCE, Flávio. Manual de Direito Civil. 12ª ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/debor/OneDrive/Downloads/Manual%20de%20Direito%20Civil%20Fla%CC%81vio%20Tartuce%202022.pdf>. Acesso em 20 fev. 2023.

UNILA. **uma universidade sem fronteiras**. [S. l.], 24 abr. 2023. Disponível em: <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/8d45846e-e663-4ff4-b41d-6b3919e018a1/page/aV8GC>. Acesso em 6 jun. 2023.

_____. **Seleção de Refugiados e Portadores de Visto Humanitário**: Para ingresso em 2024, UNILA oferta 114 vagas em 29 cursos de graduação. [S. l.]: Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), 29 maio 2023. Disponível em: <https://portal.unila.edu.br/noticias/inscricoes-para-a-selecao-de-estudantes-refugiados-e-portadores-de-visto-humanitario-terminam-nesta-quarta-feira-31>. Acesso em 6 jun. 2023.

VENTURA, M. et al.. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 14 jun. 2022.

VESOLOKI, S. P.; ZAMBAM, N. J. **Saúde como direito e dever: breves perspectivas a luz da previsão legal, da garantia de acesso à justiça e aos impactos da judicialização.** Congresso Internacional em Saúde, n. 8, 2021. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19612>. Acesso em 10 jun. 2023

VIEIRA F. S. **Texto para discussão – Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça.** Brasília/Rio de Janeiro: Ipea; 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547. Acesso em 20 abr. 2023.

_____. **Texto para discussão - Desafios do estado quanto à incorporação de medicamentos no sistema único de saúde.** Brasília/Rio de Janeiro: Ipea; 2019. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9357/1/td_2500.pdf. Acesso em 21 mai 2022.

YAMAGUCHI C. K.; ORSATTO S. D.; BORGES G. **Judicialização da saúde no Brasil: uma abordagem interdisciplinar / -** Erechim: Deviant, 2017. Disponível em: https://www.editoradeviant.com.br/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2017/10/Judicializacao-da-saude-no-Brasil-Uma-abordagem-interdisciplinar.pdf. Acesso em 13 out. 2022.

WEICHERT, M. A. **Saúde e federação na Constituição brasileira.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. P.158.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health technology.** 2018.WHO. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjwn8SLBhAyEiwAHNTJbXrkzi3lPn0LnKAq370uQIarQ1UbGd7TG6yzEjDPZ6LfVSDUMg0y_BoC2hgQAvD_BwE. Acesso em 30 set 2021.

ZEBULUM, J. C. **Decisões judiciais na saúde, um campo propício para a interferência de convicções pessoais de cada juiz: análise da jurisprudência de quatro tribunais de justiça.** Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 16-33, 2019. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v19i3p16-33. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/158492> . Acesso em 20 nov. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO COLETA DE DADOS

Número Nota Técnica/Processo									
Idade									
Sexo									
Justiça Estadual/Federal									
Vias de acesso à justiça: Defensoria pública, Ministério Público, Advogado particular									
Comprovante ou declaração de residência (responsável se incapaz)									
Diagnóstico/CID									
Especialidade Médica									
Tipo de Tecnologia em Saúde									
Disponibilidade no SUS									

Recomendação da CONITEC/PCDTs/NATJus									
Origem da solicitação/relatório médico 1. 1. Público 2. 2. Privado									
Constatação do tratamento anterior/ineficácia									
valor total da tecnologia em saúde requisitada									
Tipo de Sentença: 1. Favorável 2. Parcialmente Favorável 3. Desfavorável									

Fonte: elaboração da autora, 2022.

APÊNDICE B



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Aprovado na
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



CONEP em 04/08/2000

Anexo I Formulário de Pesquisa

Título da Pesquisa:

O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE E OS IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS EM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA

Pesquisador Responsável: Solange de Fatima Corbolin Mergener

Pesquisadores Assistentes: Manoela de Carvalho

Tipo de Pesquisa

Iniciação Científica

Dissertação/Mestrado

TCC/Graduação

Tese/Doutorado

TCC/Especialização

Projeto Institucional

Anexo II

Autorização da Instituição Coparticipante

Os pesquisadores acima identificados estão autorizados a realizarem a pesquisa e a coletar dados exclusivamente para fins científicos, assegurando a confidencialidade e o anonimato dos participantes da pesquisa segundo a Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e as suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).

Nome completo, assinatura e função do responsável pela autorização da instituição
Coparticipante

CIDADE, DIA/MÊS/ANO



Anexo III

Declaração de uso de Banco de Dados

SIM

NÃO

Os pesquisadores do projeto assumem o compromisso de:

1. Garantir a privacidade e o anonimato das pessoas que forneceram os dados coletados;
2. Garantir que os dados sejam utilizados única e exclusivamente para a execução dessa pesquisa;
3. Detalhar no Projeto quais informações serão retiradas dos prontuários, relatórios ou demais documentos que envolvam as fontes secundárias;
4. Respeitar todas as normas das Resoluções 466/12, 510/16CNS/MSESuas complementares.

Anexo IV

Declaração de Pesquisa não iniciada

Declaramos que essa pesquisa não foi iniciada e aguarda a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE. Ao término desse estudo, nos comprometemos a tornar público os resultados assegurando o anonimato dos participantes da pesquisa e apensar o Relatório Final na Plataforma Brasil.

Declaramos a ciência das implicações legais decorrentes das Declarações dos Anexos I a IV.

Foz do Iguaçu, 08 de novembro de 2021.

Solange de Fátima Corbolin Mergener
(Nome e assinatura do Pesquisador Responsável)

Orientadora: Professora Dr^a Manoela de Carvalho
(Nome(s) e assinatura(s) do(s) Pesquisador(es) Colaborador(es))

APÊNDICE C

Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal da Saúde

AUTORIZAÇÃO

A gestora do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu, Rosa Maria Jeronymo Lima, **AUTORIZA** a acadêmica **SOLANGE DE FATIMA CORBOLIN MERGENER**, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), a realizar pesquisa, sob orientação da Profª Drª Manoela de Carvalho, junto ao setor que atende as demandas jurídicas, no âmbito desta Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu, para realização do projeto “O Fenômeno da Judicialização na Saúde e os Impactos Orçamentários em Município de Fronteira”.

Fica esta autorização condicionada à ciência e observância de cumprimento, pela acadêmica e pela Instituição de Ensino, dos critérios estabelecidos por esta Secretaria, especialmente quanto à coleta não ter sido iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição que frequenta.

Ressalte-se necessidade de o projeto estar em conformidade com normas éticas e legislação vigente, respeitando-se o sigilo de informações, com o compromisso de não serem veiculadas tais informações ou divulgadas para outros fins que não os de projeto de pesquisa acadêmica, obedecendo às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e assegurando a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantindo que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20. Também deverá haver devolutiva do resultado da pesquisa ao serviço de saúde onde foi desenvolvido o projeto.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente instrumento para que surta seus efeitos legais.

Foz do Iguaçu, 18 de janeiro de 2022.

Rosa Maria Jeronymo Lima
Secretaria Municipal da Saúde
Portaria nº 11.0170

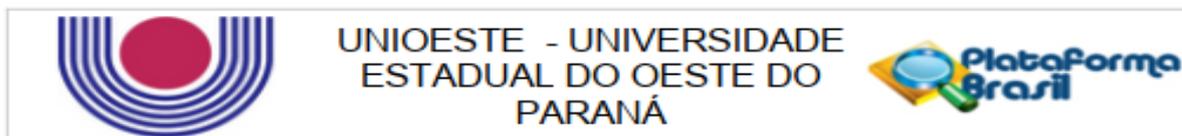
o a Maria Jeronymo Lima
Responsável pela Secretaria Municipal da Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Av. Brasil, 1637, sala 301 - 3º andar – Centro – 85851-000 - Foz do Iguaçu – Paraná

TELEFONE: (45)2105-1129; e-mail: saúde@pmfi.pr.gov.br

APÊNDICE D



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE E OS IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS EM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA

Pesquisador: SOLANGE DE FATIMA CORBOLIN MERGENER

Versão: 1

CAAE: 56808322.0.0000.0107

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 023447/2022

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE E OS IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS EM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA que tem como pesquisador responsável SOLANGE DE FATIMA CORBOLIN MERGENER, foi recebido para análise ética no CEP UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná em 16/03/2022 às 12:26.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

APÊNDICE E

Milena Arruda Araújo

Professora, Revisora e Tradutora

Certifico que foi realizado o trabalho de revisão ortográfica, análise sintática e formatação de texto conforme o modelo disponibilizado pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado - UNIOESTE na dissertação sob o título: *A judicialização da saúde e os impactos orçamentários em municípios de fronteira internacional* de Solange de Fátima Corbolin Mergener.

Documento assinado digitalmente
gov.br MILENA DOS SANTOS ARRUDA
Data: 03/09/2023 23:46:08-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Milena Arruda Araújo
Licenciada em Letras

Maringá, 03 de setembro de 2023.

milenaarujoprofessora@gmail.com
Licenciada em Letras (UFPR/UEM)