



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO**

**ALIANA FERREIRA DE SOUZA SIMÕES**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA O ACESSO ÀS TECNOLOGIAS NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DA BAHIA, BRASIL (2005-2010)**

**FEIRA DE SANTANA – BA  
2013**

**ALIANA FERREIRA DE SOUZA SIMÕES**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA O ACESSO ÀS TECNOLOGIAS NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DA BAHIA, BRASIL (2005-2010)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana - PPGSC/UEFS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marluce Maria Araújo Assis

**FEIRA DE SANTANA – BA  
2013**



### **Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado**

S612j Simões, Aliana Ferreira de Souza  
Judicialização da saúde para o acesso às tecnologias no Sistema Único  
de Saúde da Bahia, Brasil (2005-2010) / Aliana Ferreira de Souza Simões.  
– Feira de Santana, 2013.  
152 f. : il.

Orientadora: Marluce Maria Araújo Assis.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

1. Sistema Único de Saúde (SUS) – Judicialização. 2. Tecnologias  
em saúde – Bahia. I. Assis, Marluce Maria Araújo, orient. II.  
Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614(814.2)



**ALIANA FERREIRA DE SOUZA SIMÕES**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PARA O ACESSO ÀS TECNOLOGIAS NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DA BAHIA, BRASIL (2005-2010)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana - PPGSC/UEFS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana-BA, 25 de março de 2013.

**BANCA EXAMINADORA:**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marluce Maria Araújo Assis  
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS  
(Orientadora)

Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>º</sup>. Washington Luiz Abreu de Jesus  
Universidade Federal da Bahia - UFBA  
(1<sup>ª</sup> Examinador)

Prof<sup>º</sup>. Dr<sup>º</sup>. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza  
Universidade Federal da Bahia - UFBA  
(2<sup>ª</sup> Examinador)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Universidade Federal da Bahia - UFBA  
(1<sup>º</sup> Suplente)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Erenilde Marques de Cerqueira  
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS  
(2<sup>º</sup> Suplente)



*Ao meu esposo, **Ubiratan Júnior (Ju)**, que me incentivou para a seleção do Mestrado e esteve ao meu lado durante todo o percurso dessa jornada, compreendendo-me nos momentos difíceis, esclarecendo meus pensamentos em meio a tantas dúvidas, compartilhando comigo todos os sentimentos e desafios dessa caminhada.*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, nosso grande Pai, por estar sempre presente em todos os momentos de minha vida, cobrindo-me de benção e proteção.

Agradeço a meus pais (Ernanes e Antonia), por me apoiarem em todas as minhas decisões, apesar da queixa constante de minha ausência.

Agradeço aos meus irmãos (Sandro, Adriana e Naldo) pela torcida e por me incentivarem a buscar sempre mais.

Agradeço as minhas cunhadas (Adriana, Raquel, Sandra e Suzana) pela torcida e pelo grande apoio, sempre dispostas a me ajudar em qualquer tempo e momento.

Aos meus sobrinhos (Dinny, Breno, Lucas, Henrique, Gabi e Bia). Vocês são luzes para o meu caminho!

Agradeço aos meus sogros (Seu Bira e D. Zetinha) pela compreensão e apoio em todos os momentos.

Agradeço ao meu esposo (Ubiratan Júnior – Ju) pelo seu amor, carinho e compreensão. Sua presença, seu sorriso, deu-me forças para continuar, acalmou-me nos momentos difíceis e ajudou-me a encontrar soluções para tantas dificuldades. Todos esses momentos fortaleceram nossa relação e nos mostraram quantas vitórias podemos alcançar juntos na nossa vida.

Agradeço aos meus amigos que, mesmo distantes, me incentivaram a continuar e alcançar os meus desejos.

Agradeço aos amigos do Mestrado (Anderson, Ana, Bruno, Carol e Márlon) por compartilharem comigo todos os momentos do curso - alegrias, tristezas, as nossas viagens (foram maravilhosas!), o aprendizado e o valor da amizade. Percebemos que, juntos, podemos ser mais fortes!



Aos demais colegas do Mestrado, que de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento.

Agradeço a Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS pela oportunidade. “O bom filho a casa torna”.

Agradeço o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC pelo apoio logístico e institucional para a realização do Mestrado.

Agradeço a minha orientadora (Marluce Assis) por ter me apoiado desde o início do curso, antes mesmo de ser a minha orientadora. Sou muito grata pela paciência que teve comigo, na condução da pesquisa e por ter acreditado no delineamento do meu objeto, encarando comigo todas as dificuldades no desenvolvimento deste trabalho. Despertou em mim o prazer pela pesquisa.

Aos professores, Isabela Pinto e Túlio Franco, pelas sugestões e críticas, que muito contribuíram para o delineamento da pesquisa.

Agradeço a turma do curso de Enfermagem da UEFS em que fiz o Estágio Docência pelo desafio em conduzir a docência e superar as dificuldades do ser professor.

Agradeço a família do NUPISC pelo acolhimento e oportunidade de vivenciar a pesquisa.

Agradeço a CAPES pela oportunidade da bolsa de Mestrado para a condução do estudo.

Agradeço a todos aqueles, que de alguma forma, direta ou indiretamente, participaram da construção deste trabalho e contribuíram para o meu desenvolvimento na arte da pesquisa.



*“O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político. Mas tampouco é um problema jurídico. É um problema cuja solução depende de um certo desenvolvimento da sociedade e, como tal, desafia até mesmo a Constituição mais evoluída e põe em crise até mesmo o mais perfeito mecanismo de garantia jurídica”.*

*(BOBBIO, 2004, p.45).*



## RESUMO

O sistema de saúde assegura na Constituição de 1988, pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade, equidade, integralidade no cuidado à saúde dos indivíduos. Desta forma, o cidadão possui seu direito à vida e à saúde legitimado, constituindo-se como alicerce para efetivação do direito fundamental à vida, dignidade humana e à cidadania. Entretanto, o sistema de saúde vem enfrentando lacunas para efetivação de seus princípios. As demandas judiciais entram nesse cenário como instrumento para efetivação desses direitos. Os objetivos são: descrever o perfil da judicialização da saúde no Estado da Bahia para o acesso às tecnologias de saúde no SUS, no período de 2005 a 2010; e discutir o acesso às tecnologias em relação às demandas de atenção à saúde (medicamentos, alimentos, internamentos, tratamentos, cirurgias e outras) e as ações judiciais movidas pelos usuários do SUS. O caminho metodológico é orientado pelas abordagens, quantitativa e qualitativa: a primeira trata de um estudo descritivo e retrospectivo, utilizando fontes primárias como base de dados por meio da consulta eletrônica e de livre acesso, no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, dos processos judiciais que demandavam por acesso às tecnologias de saúde no SUS. Estes dados compuseram as Matrizes Gerais de Análise através do *software Microsoft Office Excel 2007* para a tabulação, construção de gráficos e tabelas. A análise descritiva foi baseada na distribuição de frequências simples e relativas; e a segunda com estudo de natureza exploratória que utiliza como fonte de dados, documentos dos processos judiciais para a composição da Análise de Conteúdo Temática. Os resultados obtidos pelo delineamento do perfil da Judicialização da Saúde no Estado da Bahia apresentam 103 processos judiciais que demandavam por acesso às tecnologias no SUS, no período de 2005 a 2010. O ano de 2009 apresentou dados significativos, com entrada de 47 ações (45,6%). Foram registradas 75 ações (72,8%) como Agravo de Instrumento e com relação às cidades de origem, 74 ações (71,8%) estavam relacionadas ao município de Salvador. O fornecimento de medicamentos foi a demanda mais pleiteada com 72 (60%). Foram encontrados 63 casos (61,2%) relacionados a agravos Crônico-degenerativos e, 89, equivalente a 86,4% decisões proferidas concedendo o acesso do usuário ao SUS. O ano de 2009 apresentou 54 (52,4%) dos processos julgados. Com a discussão permeada pelo Poder Judiciário desvelando um caminho para o acesso às tecnologias de saúde no SUS podemos inferir que esse acesso determina a garantia do direito à vida e à saúde aos usuários, pois as demandas pleiteadas são atendidas em grande parte das ações. A Sociedade Civil Organizada é caracterizada por um poder significativo na efetivação dos direitos humanos, atuando como atores fundamentais na mobilização do Poder Judiciário para a satisfação de seus direitos que foram negados ou insatisfeitos. Para o sistema de saúde, as demandas, principalmente, por medicamentos pela via judicial provocam grandes prejuízos ao planejamento e gerenciamento das ações e serviços ofertados pelo sistema, além de deslocamento das verbas orçamentárias destinadas à saúde para o cumprimento das ações judiciais individuais, na grande maioria. Ademais, há uma demasiada medicalização do cuidado à saúde desvalorizando as tecnologias relacionais e o poder ativo do sujeito no direcionamento do processo saúde-doença. Assim, concluímos que esse caminho alternativo percorrido pelo usuário além de permitir o acesso ao sistema de saúde, proporciona o exercício da cidadania determinada pela participação desse indivíduo como cidadão, que vislumbra o cumprimento de seus direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988, na busca da legitimidade de uma sociedade com justiça social.

**DESCRITORES:** Judicialização da Saúde; Acesso; Tecnologias de Saúde; Sistema Único de Saúde – SUS.



## ABSTRACT

The health system Ensures the 1988 Constitution, the principles of the Unified Health System (SUS), universality, fairness, integrity cared for in the health of Individuals. Thus, the citizen has the right to life and health legitimized Becoming foundation for the realization of the fundamental right to life, human dignity and citizenship. However, the health system is facing gaps is putting its principles. From this perspective, the lawsuits go into this scenario an instrument for the realization of these rights. The research is Performed to describe the profile of the judicialization of health in the state of Bahia for the access to health technologies in the SUS, in the period from 2005 to 2010, and to discuss access technologies in relation to the demands of health care (drugs, food, admissions, treatments, surgeries and other) and the lawsuits filed by users of SUS. The methodology has two approaches: a quantitative approach, with retrospective descriptive study, from primary sources collected in the database of electronic consultation and free access to the website of the Court of Justice of the State of Bahia, the lawsuits. That demand for access to health technologies in the SUS, in the period from 2005 to 2010. These data comprised the General Headquarters and Analysis Analyzed were using Microsoft Office Excel 2007 for tabulation, build charts and tables for the distribution of absolute and relative frequencies, and the qualitative approach with an exploratory study, descriptive and analytical, using document analysis for the composition Summary Table of the Analysis of Thematic Content Analysis by Defining the Category Analysis. The results obtained by the design of the profile of Legalization of Health in the State of Bahia have 103 lawsuits. That demand for access to technologies in the SUS, in the period from 2005 to 2010. The year 2009 presented significant data entry with 47 stocks (45.6%). 75 actions were recorded (72.8%) Interlocutory Appeal and to the towns of origin, 74 shares (71.8%) were related to the city of Salvador. The drug delivery was more demand pled with 72 (60%). We found 63 cases (61.2%) related to degenerative diseases Chronic and 89, equivalent to 86.4% judgments granting the user access to the SUS. The year 2009 Showed 54 (52.4%) of the cases heard. With the discussion permeated by the Judiciary unveiling a path for access to health technologies in SUS can infer such access that provides the guarantee of the right to life and health to users, because the demands are met pled in almost all the shares. The Civil Society Organizations have great power in the realization of human rights act the key players in the mobilization of the Judiciary for the satisfaction of their rights that have been denied or dissatisfied. For the health system, the demands, especially for drugs by judicial cause great harm to the planning and management of programs and services offered by SUS, and displacement of budget allocations for health to meet the individual lawsuits, the vast Majority. Moreover, there is an excessive medicalization of health care devaluing the relational technologies and the power of the subject active in directing the disease process. Thus, we conclude that traveled this alternative path by the user and allows access to the health system provides citizenship determined by the participation of the individual as a citizen who sections the fulfillment of their social rights established in the Constitution of 1988. However, we envision the need for a strong body of technical professionals in the health field to work together with the Judicial Authorities in the resourcefulness of actions. That require instructions for their acts embrasure decision-making glimpsing consistent and fair to all Involved in the search for a society with social justice.

**KEY WORDS:** Legalization of Health, Access, Health Technologies; Unified Health System - SUS.



## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Gráfico 01	Ano de ingresso das ações por Acórdãos e Decisões Monocráticas	56
Gráfico 02	Agravos demandados nos Acórdãos e Decisões Monocráticas no período de 2005 a 2010	63
Gráfico 03	Ano de julgamento das ações Acórdãos e Decisões Monocráticas	70



## LISTA DE TABELA

Tabela 01	Tipo de ação e Cidade de origem dos Acórdãos e Decisões Monocráticas no período de 2005 a 2010	58
Tabela 02	Demandas pleiteadas e decisões proferidas nos Acórdãos e Decisões Monocráticas no período de 2005 a 2010	61
Tabela 03	Requerentes e Requeridos por Acórdãos e Decisões Monocráticas no período de 2005 a 2010	68



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
Art.	Artigo
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CRM	Conselho Regional de Medicina
Doc.	Documento
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LME	Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRSB	Projeto da Reforma Sanitária Brasileira
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal



SUREGS	Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>24</b>
<b>2.1</b>	<b>História das Políticas Públicas de Saúde para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS)</b>	<b>24</b>
<b>2.2</b>	<b>Direito à Saúde como Direito Fundamental: o princípio da dignidade da pessoa humana</b>	<b>30</b>
<b>2.3</b>	<b>Acesso às tecnologias de saúde do SUS: dispositivo para a construção da integralidade nas ações e serviços de saúde</b>	<b>34</b>
<b>2.4</b>	<b>Cidadania e participação popular: instrumento dos cidadãos na garantia do direito à saúde</b>	<b>39</b>
<b>2.5</b>	<b>Judicialização da Saúde: o acesso às tecnologias de saúde do SUS</b>	<b>42</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>48</b>
<b>3.1</b>	<b>Abordagem Quantitativa</b>	<b>48</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>48</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Delineamento da Pesquisa</b>	<b>48</b>
<i>3.1.2.1</i>	<i>Unidade de Análise e Universo da Pesquisa</i>	<b>48</b>
<i>3.1.2.2</i>	<i>Fonte de Dados</i>	<b>48</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Execução da Pesquisa</b>	<b>50</b>
<b>3.1.3.1</b>	<i>Elaboração do Banco de Dados</i>	<b>50</b>
<b>3.1.3.2</b>	<i>Análise de Dados</i>	<b>50</b>
<b>3.2</b>	<b>Abordagem Qualitativa</b>	<b>51</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>51</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Técnica de Coleta de Dados</b>	<b>51</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Método de Análise de Dados</b>	<b>52</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Considerações Éticas</b>	<b>53</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>54</b>
<b>4.1</b>	<b>Acesso às Tecnologias de Saúde no Setor Público: Perfil da Judicialização da Saúde no Estado da Bahia</b>	<b>54</b>
<b>4.2</b>	<b>O Poder Judiciário desvelando um caminho para o Acesso às Tecnologias de Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS</b>	<b>71</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Judicialização da Saúde para o Acesso a Medicamentos no SUS</b>	<b>78</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Judicialização da Saúde para o Acesso a Internamentos e Tratamentos</b>	<b>90</b>



	<b>no SUS</b>	
<b>4.2.3</b>	<b>Judicialização da Saúde para o Acesso a Cirurgias</b>	<b>92</b>
<b>4.2.4</b>	<b>Judicialização da Saúde para o acesso a Outras Demandas</b>	<b>94</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>98</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE A – Lista de Documentos</b>	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE B – Matriz Geral de Análise por Acórdão</b>	<b>121</b>
	<b>APÊNDICE C – Matriz Geral de Análise por Decisão Monocrática</b>	<b>126</b>
	<b>APÊNDICE D - Sínteses das Categorias de Análise</b>	<b>132</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Com o delineamento dos direitos humanos na Declaração Universal de 1948, que reconhece a dignidade como inerente à pessoa humana e que promove a aplicação efetiva desses direitos de forma universal, os mesmos constituem o principal instrumento de defesa, garantia e promoção da liberdade e melhoria das condições de vida, em defesa de uma vida digna.

Os direitos fundamentais estão diretamente implicados com os poderes legítimos do ser humano e exigem uma atuação positiva dos poderes públicos. Como estes foram se desenvolvendo ao longo do tempo, podem ser classificados em gerações ou dimensões, a saber: a primeira dimensão refere-se aos direitos individuais e políticos; segunda dimensão abarca os sociais, econômicos e culturais; terceira dimensão está relacionada ao direito de fraternidade; e o de quarta dimensão, atrelado à globalização (CUNHA JUNIOR, 2008).

Como estas dimensões não são indissociáveis aos direitos do homem, e, por definição, o termo dimensão remete à complementaridade, sem substituição ou supressão temporal dos direitos anteriormente reconhecidos, utilizaremos no presente estudo este termo no mesmo sentido dado aos direitos fundamentais, para representar que não há sobreposição de sujeitos, ressaltando que um não atua em detrimento do outro, e sim, em complementaridade nas ações judiciais na saúde.

Os direitos sociais, categorizados na segunda dimensão, garantem ao indivíduo o acesso a condições mínimas para sua sobrevivência com dignidade, como o lazer, trabalho, educação, moradia, transporte, saneamento básico e saúde. Condições estas que, definem a saúde não mais como mera ausência de doença, mas derivada do bem estar físico, mental e social dos indivíduos. Tal assertiva condiciona o envolvimento de fatores condicionantes e determinantes nas necessidades e demandas dos cidadãos, focando o acesso a esses poderes legítimos como fundamentais à vida digna do ser humano (CUNHA JUNIOR, 2008).

Nesse ínterim, o direito à saúde se destaca nesse estudo, como um direito fundamental, que está implicado ao princípio da dignidade da pessoa humana, e que se desdobra na qualidade de vida dos indivíduos e na participação da sociedade para a garantia do mesmo. No ordenamento jurídico brasileiro, tanto os direitos sociais e, principalmente, o atrelado à saúde, estão positivados constitucionalmente, dispondo o Estado como responsável pelo cumprimento destas garantias a todos os cidadãos.

Em outros países, os direitos sociais, mesmo quando não estabelecidos no ordenamento jurídico, são recorríveis por via judicial para a garantia destes, mesmo de forma



individual. Como exemplo, no Canadá, em 1997, o princípio da igualdade foi reconhecido pela Suprema Corte, por meio da jurisprudência, no acesso aos serviços de saúde por indivíduos acometidos pela surdez, devido à dificuldade de comunicação estabelecida destes com os médicos, sem o uso de interpretes. Essa situação foi considerada uma violação ao direito à igualdade desses indivíduos perante os demais não acometidos pela doença, pois os mesmos não tinham a mesma oportunidade de acesso e comunicação em decorrência da surdez (SARMENTO, 2007).

Outro exemplo, em Israel, no ano de 2000, a Corte Suprema reconheceu que o atendimento à saúde materno infantil não era prestado em uma comunidade árabe e ordenou ao Estado a construção de seis clínicas de atendimento a esses serviços nas comunidades desprovidas desta cobertura de saúde, permitindo que todos os cidadãos fossem legitimados com as mesmas oportunidades. Na Alemanha, em 1972, a defesa ao direito social de acesso à educação foi concebida pela Corte Constitucional, apesar desta garantia não estar consagrada constitucionalmente, ordenando a ampliação do número de vagas para o acesso ao ensino superior a um maior número de indivíduos (SARMENTO, 2007).

Dessa forma, podemos visualizar que a busca pela garantia dos direitos aos cidadãos se conforma, tanto no âmbito nacional como internacionalmente, há muitas décadas. Todas essas decisões, mesmo quando essas garantias não constavam no ordenamento jurídico do país, almejavam a efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana, que perpassa pelo acesso igualitário à saúde e educação. Ao correlacionarmos com o Brasil, o mesmo apresenta em sua Constituição, o delineamento do direito à saúde, através de um sistema público pautado na universalização, equidade e integralidade das ações e serviços.

Esse sistema de saúde é conformado por uma rede complexa e multifacetada de ações e serviços do Estado, consolidados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios e diretrizes, instituídos na Carta Magna de 1988, e pelas demais portarias e leis que regulamentam sua organização e funcionamento, configurando sua gestão que está permeada por limites, avanços e desafios.

Ao longo das duas décadas de sua existência, o SUS passou por várias regulamentações, a fim de efetivar os poderes legítimos dos cidadãos e na tentativa de preencher as lacunas existentes desde a sua implementação, no âmbito da prática, da gestão, do financiamento e da participação popular para a garantia do direito à saúde de forma universal, equânime e integral. A avaliação constante do sistema está presente em toda a história do SUS, desde as Leis Orgânicas de Saúde (LOS) 8.080/90 e 8.142/90, na década de



1990, como na atualidade, com a Portaria n. 2.488, de 2011, que revisa e aprova novas diretrizes para a Política Nacional da Atenção Básica.

Com relação à organização e funcionamento do sistema, estes perpassam pelo gerenciamento de tecnologias de saúde que irão permitir aos usuários a resolubilidade de suas necessidades e demandas. Essas tecnologias de saúde são, inicialmente, discutidas, por Mendes-Gonçalves (1994), que aborda as tecnologias nas dimensões materiais e imateriais. As tecnologias materiais compreendidas como máquinas e instrumentos e as imateriais como o saber científico dos profissionais, que destaca, em suas análises, o saber predominantemente médico.

No entanto, Merhy (2007) aproxima as tecnologias de saúde para o trabalho em saúde numa visão da micropolítica do processo de trabalho e as categoriza em três dimensões: tecnologias duras, relativas a tudo que *a priori* já está construído e programado, como as máquinas, instrumentos, normas e procedimentos; tecnologias leve-duras, que são caracterizadas por possuírem uma parte já estruturada e outra que será construída pelo agir do profissional, como o conhecimento técnico-científico que já está constituído e, que, ao mesmo tempo, será relativizado no momento de sua aplicação; e tecnologias leves que são construídas cotidianamente nos processos relacionais entre o trabalhador e o usuário do serviço, como o vínculo, acolhimento e responsabilização.

Portanto, ao estabelecermos relações entre o pensamento de Mendes-Gonçalves (1994) e Merhy (2007) sobre as tecnologias de saúde, podemos observar que, na micropolítica do processo de trabalho são exemplificadas algumas das ações e serviços do SUS, que envolvem o acesso dos usuários às cirurgias, tratamentos, internações, próteses e medicamentos, e perpassam pelas dimensões de análise das tecnologias supracitadas.

O acesso às tecnologias está implicado desde o conceito de entrada do usuário no serviço como do seu andamento dentro do sistema, para que seja alcançada a resolubilidade de suas demandas permeadas por barreiras, limites e dificuldades vivenciadas pelos usuários, como o acesso geográfico – distância, tempo e deslocamento -, funcional – horário de funcionamento, tempo de espera e qualidade das ações - e econômico – custos para aquisição de procedimentos como o deslocamento -, que podem interferir diretamente no acesso aos serviços. A reorientação das práticas e da organização dos serviços está imbricada com a melhoria no acesso a essas tecnologias e, em consequência, proporcionar um atendimento integral, de qualidade, que promova a resolubilidade das demandas da população.

Diante dessa complexidade e dos constantes desafios enfrentados pela gestão em consolidar e efetivar os direitos à saúde a todos os cidadãos, como instituído na Constituição



de 1988 (BRASIL, 1988), outras formas de se garantir o acesso universal, igualitário e equânime do sistema foram se estabelecendo, com ações que vem imprimindo ao Estado o cumprimento dessas garantias.

Internacionalmente, essas ações compõem o quadro da garantia dos direitos aos cidadãos desde a década de 1970, com a busca por direitos individuais, pautados no princípio da igualdade, maior amplitude de acesso aos serviços de saúde a minorias e grupos específicos, além da ampliação de acesso à educação, como explicitado anteriormente.

No Brasil, essas ações iniciaram-se na década de 1990 com a participação do Poder Judiciário na gestão do sistema, vislumbrando soluções para os conflitos existentes entre as necessidades de saúde dos cidadãos e o cumprimento pelo Estado dos direitos instituídos pela Constituição. A atuação do Poder Judiciário por meio das ações judiciais estava atrelada à aquisição de medicamentos para o tratamento de portadores de HIV/AIDS, que, posteriormente, evoluíram para o requerimento de medicamentos para outras patologias crônicas e de alto custo, como a Hepatite C, Alzheimer, Parkinson e Renais Crônicos, tratamentos oncológicos e, progressivamente, para solicitação de cirurgias, internamentos e próteses (BRASIL, 2011b). Essas demandas judiciais que buscam a garantia da integralidade das ações e serviços do SUS são conhecidas através do Direito Sanitário, como judicialização da saúde<sup>1</sup>.

Em 2009, foi convocada a primeira Audiência Pública, após a Emenda Constitucional 29 e pela grande demanda de ações judiciais na saúde, com o objetivo de esclarecer as questões técnicas, científicas, políticas, sociais e econômicas que envolvem as decisões judiciais, com participação de vários setores da sociedade e do Estado. Devido a sua importância teórica e prática, a judicialização do direito à saúde está permeada por diferentes sujeitos, que estão diretamente implicados nos processos judiciais, como os operadores do direito, gestores públicos, profissionais de saúde e sociedade civil (BRASIL, 2009b).

Como resultados da Audiência, podemos concluir que as demandas judiciais não possuem um pensamento hegemônico, mas estão mediadas por múltiplos enfoques divergentes a respeito do tema. Alguns argumentos foram direcionados para o prejuízo da universalidade do SUS, decorrente das ações judiciais, com promoção das desigualdades sociais e reconhecimento dos limites financeiros do Estado. Entretanto, outros argumentos

---

<sup>1</sup> No presente estudo, utilizaremos, de forma indistinta, os termos demandas judiciais, processos judiciais e ações judiciais na saúde como sinônimos para judicialização da saúde, de maneira a tornar a leitura do texto mais clara e objetiva.



direcionaram para a legitimidade do Poder Judiciário nas decisões que se referem à garantia do direito à saúde (SCHEFFER, 2009; BRASIL, 2009b).

As ações judiciais na saúde, como um instrumento judicial de ampliação do acesso do cidadão às instituições públicas, contribui tanto para a incorporação de grupos marginais da sociedade no acesso ao sistema de saúde como, também, intensifica a assimetria da garantia dos direitos aos cidadãos (MACHADO, 2008).

No entanto, os processos judiciais norteados pela tomada de decisão do Poder Judiciário no âmbito do Estado, possibilitam o cumprimento da prestação de ações e serviços de saúde aos cidadãos, garantindo aos mesmos os direitos sociais, aqui tratados, como à saúde, fundamentado no princípio da dignidade humana (GANDINI, 2010).

Para Médici (2010), a crescente demanda judicial na saúde pode ser considerada como um recente aspecto potencializador das iniquidades financeiras que já perduram no sistema, principalmente, através do rompimento das prioridades, recortando a atenção individual e curativista a um nível superior ao da Atenção Primária, focada na coletividade, prevenção e promoção à saúde. Decorrente de sua repercussão para os diversos atores envolvidos no processo das diferentes esferas de poder, o tema da Judicialização da Saúde revela-se complexo na sua incorporação à gestão do SUS, da relação estabelecida do Poder Judiciário com o Executivo, bem como da incontestável dificuldade de acesso dos usuários às ações e serviços, evidenciando as lacunas do sistema de saúde.

A participação popular mostra-se mais evidente na busca por esses direitos com o processo da judicialização, sendo um novo caminho possível aos usuários de vislumbrarem a efetivação de seus direitos a partir do ingresso de suas necessidades pelo Judiciário. No entanto, discussões complementares e necessárias são levantadas, como o conhecimento técnico da saúde por parte dos juízes para subsidiar as decisões judiciais, a influência da indústria farmacêutica, a inversão da lógica do sistema de saúde direcionando o foco para a medicalização, em detrimento das ações de promoção e prevenção, além de infringir os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Por outro lado, também suscita discussões quanto à garantia do direito à saúde valorizando o princípio da dignidade da pessoa humana e o exercício da cidadania.

A participação popular, conformada em diferentes demandas, individuais e coletivas, busca através das instâncias já definidas de participação, como as conferências e os conselhos de saúde, ou por meio de movimentos e organizações sociais, a garantia fundamental à vida humana, o direito social que está implicado com o direito à saúde. Poder legítimo este que exige do Estado o cumprimento de sua Constituição Cidadã ao instituir um sistema universal,



equânime e integral na atenção à saúde dos indivíduos. O não cumprimento destes direitos possibilita que os cidadãos, como sujeitos ativos e participativos, busquem de todas as formas a sua garantia.

Atualmente, o acesso à Justiça está sendo visto como uma possibilidade para efetivação destes poderes legítimos por possibilitar que os cidadãos requeiram seus direitos constitucionalmente definidos, sem escusar o Estado do cumprimento efetivo de ações e serviços que promovam o atendimento às necessidades de saúde da sociedade, que, muitas vezes, se apresentam com demandas para a apreciação do Judiciário, de forma urgente e imprescindível à vida dos indivíduos.

Ao situar a temática de estudo em relação ao campo financeiro do setor da saúde, os gastos com ações judiciais referentes à aquisição de medicamentos em 2008 foram de R\$ 48 milhões, em 2007 de R\$ 15 milhões, em 2006 de R\$ 7 milhões e em 2005 de R\$ 2,5 milhões. O número das ações judiciais para aquisição de medicamentos no Brasil corresponde em 2008 a 783 ações – até julho do referido ano, em 2007 a 2.279 ações e em 2006 a 2.625 ações. Dessa forma, podemos perceber o crescente número de demandas judiciais na saúde para que haja o cumprimento dos direitos dos cidadãos. Vale ressaltar, que esses dados referem-se apenas à demanda de medicamentos (BRASIL, 2011a).

Machado e outros (2011) afirmam que o Governo Federal gastou com aquisição de medicamentos via judicial, em 2005, em torno de R\$ 2,5 milhões, e em 2007 esse gasto cresceu para R\$ 15 milhões, atendendo aproximadamente a três mil ações referentes à aquisição de medicamentos. Em 2008, essas despesas passaram para R\$ 52 milhões. O referido estudo reafirma o crescente investimento financeiro do Governo Federal para cumprimento das decisões judiciais apenas com medicamentos.

Em alguns estados esses dados estão presentes de forma bastante emblemática, como podemos elencar: o Estado de Minas Gerais em 2005 teve 1.744 ações judiciais e pelo cumprimento das mesmas, houve um gasto de R\$ 40 milhões na aquisição de medicamentos; no Rio de Janeiro há um acordo da Secretaria de Saúde com o Poder Judiciário para que antes da decisão das ações que pleiteiam por medicamentos, o mesmo faça um contato preliminar com o setor da saúde no intuito de resolução antes da via judicial. No referido Estado, os gastos decorrentes das demandas judiciais em 2008 foi de R\$ 5 milhões; no Rio Grande do Sul, que atua de forma similar com o Rio de Janeiro, em 2007 houve 7,9 mil ações judiciais e gasto de R\$ 6,5 milhões por mês no cumprimento das decisões judiciais; em São Paulo os gastos referentes de 2002 a 2008 com ações judiciais foram de R\$ 500 milhões (MÉDICI, 2010).



Na Bahia, a Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS), apresenta dados da judicialização relativos à regulação de serviços no Estado no ano de 2009. Os dados mostram que houve 110 ações judiciais e, que destas, 25% eram relativas a cirurgias, 23% a procedimentos e exames, 19% para internamentos e transferências para UTI e 16% para internamentos e transferências para Unidades Hospitalares do SUS (BAHIA, 2011a).

Com os dados acima referidos, observamos que as ações judiciais se constituem como um grande desafio para a gestão do SUS, pois envolvem diferentes esferas de poder e sujeitos, no direito e na sociedade, com participação ativa e efetiva de profissionais e dirigentes de saúde, autoridades judiciais – juízes, promotores, defensores público – e usuários do sistema – cidadãos.

A motivação para realização desse estudo conformou-se a partir da atuação na coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS em um município do interior da Bahia, em 2009-2010. Neste período, pudemos observar a dificuldade dos usuários em terem acesso aos serviços oferecidos pelo município, desde a Atenção Básica à Média e Alta Complexidade. No entanto, não foi realizada nenhuma ação judicial pelos usuários para o acesso aos serviços do município.

Ainda nesse momento, um ente familiar teve o diagnóstico para Hepatite C iniciando seu tratamento com acompanhamento e dispensação de medicamentos pelo SUS. Após o período estipulado de tratamento, o vírus não foi negativado e houve a necessidade de retratamento, que foi solicitado, no entanto, o SUS não possuía em sua lista o medicamento indicado. Medicamento este, já comprovado internacionalmente com relação à eficácia, mas que a ANVISA não tinha registrado ainda no país. Após dois anos de espera sem um retorno favorável e com o início das complicações decorrentes do vírus, a via judicial foi a alternativa para a dispensação do medicamento, com a demanda atendida, apesar da alegação do município. Atualmente, ainda em andamento no retratamento, já possui resultados com redução do vírus e melhoras significativas na saúde do indivíduo.

Por ser um ente familiar próximo, pudemos acompanhar de perto todas as dificuldades enfrentadas para o acesso ao sistema, bem como as alegações oriundas do município para se escusar do cumprimento das decisões em fornecer o medicamento pleiteado. Por várias vezes, houve a necessidade da interferência do Judiciário para que a continuidade do tratamento fosse garantida.

Ademais, associado a essa experiência, difundiu-se através da mídia, a divulgação da crescente demanda de ações judiciais que pleiteavam ações e serviços do SUS, nos variados



estados do país, para que fosse garantido ao cidadão o direito à vida e à saúde por meio do Estado; e as consequências e dificuldades enfrentadas pelos entes federados e órgãos administrativos em promoverem a resolubilidade das ações pleiteadas.

O contexto apresentado nos inquieta em compreendê-lo e, para tanto, recortamos o acesso às tecnologias do SUS e a judicialização da saúde como objeto de discussão. Assim, o estudo apresenta sua relevância a partir da compreensão crítica que poderemos obter com os resultados do estudo, para o entendimento da crescente demanda da judicialização da saúde e como esse processo tem sido articulado na gestão do SUS. Além disso, poderá contribuir com possíveis propostas de articulação e negociação do Poder Judiciário com o sistema de saúde, para que, juntos com os usuários, possam proporcionar melhorias no que tange ao acesso às ações e serviços inerentes à gestão do SUS, tornando o Estado efetivo e cumpridor de suas normas e direitos fundamentais ao cidadão, como o direito à saúde, promovendo a vida digna do ser humano.

Diante do explicitado na discussão, podemos perceber que o tema da judicialização na saúde engloba diversos enfoques quanto a sua aplicabilidade para o acesso às tecnologias do SUS. Além disso, é permeado pelo envolvimento de diferentes sujeitos nos processos judiciais – usuários do sistema de saúde, dirigentes de saúde e autoridades judiciais – que possuem concepções divergentes com relação à garantia do direito à saúde pela via judicial.

Nesse contexto, salientamos a importância de estudos sobre o tema, que abarquem além dos documentos oriundos dos processos judiciais, a percepção de todos os sujeitos envolvidos, para que haja uma maior compreensão da realidade atualmente vivenciada na gestão de saúde diante da judicialização, e que, a partir disso, novos espaços de articulação sejam estabelecidos, almejando a efetivação dos direitos dos cidadãos, a resolubilidade das demandas solicitadas pela sociedade, além da manutenção organizativa e administrativa do Estado.

Dessa forma, ao considerarmos como objeto de estudo o acesso às tecnologias de saúde a partir da judicialização da saúde no SUS do Estado da Bahia, Brasil, no período de 2005 a 2010, delineamos as seguintes questões norteadoras:

- Qual o perfil da judicialização da saúde no Estado da Bahia para o acesso às tecnologias de saúde no SUS, no período de 2005 a 2010?
- Como se processa o acesso às tecnologias relacionadas às demandas por medicamentos, alimentos, internamentos, tratamentos, cirurgias, entre outras, e as ações judiciais movidas pelos usuários do SUS no Estado da Bahia no referido período?



Na busca por respostas aos questionamentos explicitados, traçamos os seguintes objetivos:

- Descrever o perfil da judicialização da saúde no Estado da Bahia para o acesso às tecnologias de saúde no SUS, no período de 2005 a 2010;
- Discutir o acesso às tecnologias em relação às demandas por medicamentos, alimentos, internamentos, tratamentos, cirurgias, entre outras, e as ações judiciais movidas pelos usuários do SUS no Estado da Bahia no referido período.

Enfim, percebemos que há lacunas sobre o tema, com necessidade de estudos que proporcionem responder questionamentos, quanto aos limites e possibilidades da judicialização, na garantia do direito à saúde e à compreensão do acesso às ações e serviços do SUS pela via judicial.

Assim, demarcamos a necessidade de abordar o tema com maior profundidade e promover novos espaços de discussão e articulação acerca desse novo caminho encontrado pelos usuários do sistema para o acesso ao SUS, e com isso, conceber o cumprimento, de forma prática, do direito fundamental à saúde, como direito positivo do Estado e de exercício da cidadania, proporcionando mecanismos de efetivação dos direitos e, conseqüentemente, de melhorias na qualidade de vida e saúde para os cidadãos.



## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Para um maior entendimento a respeito do tema a ser abordado neste estudo, torna-se relevante à busca por uma fundamentação teórica que subsidie a discussão sobre o acesso às tecnologias de saúde a partir da judicialização da saúde, no SUS. Para tanto, buscamos aprofundamento em temas como História das Políticas Públicas de Saúde para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS); Direito à Saúde como Direito Fundamental: o princípio da dignidade da pessoa humana; Acesso às tecnologias de saúde do SUS: dispositivo para a construção da integralidade nas ações e serviços de saúde; Cidadania e participação popular: instrumento dos cidadãos na garantia do direito à saúde; e Judicialização da Saúde: o acesso às tecnologias de saúde do SUS.

### **2.1 História das Políticas Públicas de Saúde para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS)**

Iniciaremos a discussão nas décadas de 1970 e 1980, período em que o Brasil passava por uma conjuntura política baseada na repressão, que anulava quaisquer tipos de manifestações ou movimentos que buscassem mudanças no sentido político, social, econômico. Dessa forma, segundo Faleiros (2006), não existia a democracia, muito menos a democracia participativa, havia um controle do Estado, com ações coercitivas e hegemônicas perante a sociedade.

O movimento sanitário, que culminou com o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PRSB), foi conduzido por reivindicações dos movimentos voltados para a saúde e possuía como fundamento a conquista do direito à saúde e a ampliação do conceito de cidadania, embasado na efetivação dos direitos sociais. Com isso, a Medicina Comunitária e a Atenção Primária à Saúde (APS) surgem como estratégias de objeção ou alternativa do modelo de saúde vigente. No período da Nova República foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, que foi a primeira Conferência aberta à sociedade civil, para discussão de uma nova proposta para a saúde do país (CARVALHO, MARTIN e CORDONI JR., 2001; RODRIGUEZ NETO, 2003).

No processo de formulação da Constituição, houve a participação direta dos parlamentares e de vários segmentos sociais e, mesmo diante de impasses da conjuntura política e econômica da época, a proposta do setor da saúde foi amplamente discutida e



continha o ideário do movimento sanitário, com valoração dos determinantes e condicionantes que influem, na ordem política, econômica e social, o processo saúde-doença.

Em 1988, foram incorporados ao novo texto Constitucional os princípios do projeto que eram pautados na participação social, equidade, descentralização, integralidade e universalização. A saúde passou a ser um direito de todos e que era dever do Estado proporcionar o acesso a esse direito, com a criação do SUS. A inclusão do direito à saúde na Constituição foi decorrente de um processo de lutas e conquistas do movimento pela democratização da Saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Os itens acrescidos à Constituição Federal nos Artigos 196 a 200 descrevem o sistema de saúde oficial do Brasil. Como a instituição dos princípios da Reforma Sanitária na Carta Magna não foi suficiente para a sua plena implementação, dois anos após a sua promulgação, foram elaboradas as Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), que detalhavam os princípios e diretrizes para a efetivação do SUS (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b).

A Lei n. 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diante da conjuntura política vigente, essa lei recebeu vários vetos nas questões relativas ao repasse financeiro e à organização do controle social. Logo, foi complementada pela Lei n. 8.142/90, que recuperou e aprovou os quesitos vetados na lei anterior e definiu a participação da comunidade na gestão do SUS através dos Conselhos e Conferências de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990b).

Dessa forma, compete ao SUS atender a todos, de modo integral, com ações de promoção, prevenção e tratamento centradas no indivíduo e na comunidade; ser descentralizado; racional, planejando ações de acordo com as necessidades locais; ser eficiente e eficaz; ser democrático, assegurando participação de todos os segmentos do sistema; e ser equânime. O Estado deve garantir o acesso universal igualitário a todos os cidadãos mediante a formulação de políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doenças e agravos à saúde dos indivíduos (BRASIL, 1990b).

Fortalecendo a participação da comunidade, foi regulamentada a criação das Conferências e os Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas onde deve haver a composição paritária de seus membros para consolidar a participação efetiva da sociedade na gestão do sistema consolidando a gestão participativa, na tentativa de garantia ao cumprimento de seus direitos sociais perante o Estado (BRASIL, 1990a; 1990b).



No intuito de promover o funcionamento e operacionalização do SUS, através da regulação da transferência de recursos financeiros da União para os estados e municípios, do planejamento das ações de saúde, bem como dos mecanismos de controle social, foram editadas as Normas de Operacionais Básicas (NOB). São elas, a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96. No contexto da crise advinda do governo Collor, após o *impeachment* e posse de Itamar Franco, a NOB-SUS 01/93 indicou, inicialmente, avanços significativos com relação à descentralização do sistema, que, posteriormente, em contrapartida, vinculou o repasse de recursos à execução de programas e ações do Ministério da Saúde, de forma verticalizada, ferindo os princípios do sistema público de saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Outros instrumentos normativos foram editados para superarem os entraves ainda existentes no sistema, como as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS). Estas são a NOAS-SUS 01/2001, que possuía como objetivo a equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde nos níveis de atenção, e a NOAS-SUS 01/2002, que manteve as propostas centrais na norma anterior. As NOAS representaram avanços para a gestão do sistema, entretanto, fragilizaram a democratização da saúde ao dirimir seu foco à gestão da oferta das ações e serviços do SUS (POLIGNANO, 2010).

Com a ampliação do conceito da Atenção Básica (AB) e a abrangência nacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) é aprovada a Portaria nº. 648, a respeito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a revisão de normas e diretrizes a respeito da organização da AB para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesta portaria, são elencados os princípios gerais da AB, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários para a realização das ações de saúde neste nível de atenção (BRASIL, 2006a).

A fim de efetivar a rede regionalizada e hierarquizada das ações e serviços de saúde, bem como qualificar a gestão a partir da articulação dos gestores do SUS, em todos os níveis de complexidade, foi implantado o Pacto de Gestão em 2006, em três dimensões: o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida tem como prioridade ações relativas à situação de saúde da sociedade; o Pacto em Defesa do SUS tem ações que visam à qualificação da gestão e, com isso, assegurar o SUS como uma política pública; e o Pacto de Gestão que estabelece diretrizes para a gestão do sistema permeando, dentre outros, a descentralização, regionalização, participação e controle social (BRASIL, 2006b).

Um aspecto inovador é o incentivo para implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, no intuito de fortalecer a participação e o controle social dos



usuários visando o fortalecimento da gestão estratégica do sistema. Um passo importante que posiciona o usuário como sujeito ativo no processo de fortalecimento da gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

Outro ponto importante, diz respeito à criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a abrangência, finalidade, resolubilidade das ações da AB, fortalecendo a ESF e a regionalização dos serviços. Estes núcleos são compostos por equipes multiprofissionais para exercerem suas atividades em parceria com as equipes de Saúde da Família. Devemos ressaltar que não possuem a finalidade de exercerem a referência de entrada no sistema para o usuário, mas, que, atuando de forma integrada, irão promover a complementaridade do cuidado aos indivíduos (BRASIL, 2008).

Publicada recentemente, a Portaria GM n.º 2048 de 03 de setembro de 2009, aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de “promover o processo de conhecimento, identificação e valorização do Sistema Único de Saúde, por meio da normatização infra-legal pelo Ministério da Saúde.” (BRASIL, 2009a).

A partir deste traçado da consolidação do SUS, podemos elucidar que cada esfera de governo possui competências e responsabilidades no âmbito da gestão do SUS que não podem ser delegadas e que necessitam ser cumpridas para sua real efetivação e resolubilidade perante os cidadãos. No entanto, além do cumprimento de suas obrigações perante o sistema, os gestores precisam adequar as ações de acordo com as especificidades, problemas e desafios da rede social de cada Estado e município, além de manter articulação com os demais gestores, setores da sociedade e cidadãos (BRASIL, 2003).

Para a efetivação do SUS, os gestores utilizam mecanismos para garantir o funcionamento do sistema de saúde, que são os Instrumentos de Gestão. Estes são específicos para cada esfera de governo, para que os mesmos alcancem seus objetivos no cumprimento das ações e serviços e para que mantenham entre si articulações em prol do desenvolvimento da gestão.

Podemos elencar como Instrumentos de Gestão, no âmbito da saúde, as Agendas de Saúde, que constam as prioridades da política de saúde; os Planos de Saúde, resultante das agendas para o cumprimento e efetivação das ações com as previsões físicas e financeiras para realização dessas ações e serviços, de forma ampliada, baseando-se no Plano Plurianual – PPA, na Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e na Lei Orçamentária Anual – LOA; os Relatórios de Gestão, que apresentam os resultados alcançados e acompanham e monitoram as ações e serviços prestados em cada esfera de governo (BRASIL, 2002a, 2009a).



O Plano Diretor de Regionalização – PDR põe em prática o princípio da regionalização do sistema efetivando a descentralização das ações para estados e municípios, dando suporte à autonomia na gestão de saúde dos mesmos e garantindo o acesso dos usuários aos serviços em todos os níveis de complexidade; e a Programação Pactuada e Integrada – PPI, pactuação realizada entre os gestores dos diferentes níveis de complexidade para efetivação das ações e serviços oferecidos aos cidadãos (BRASIL, 2002a; 2009a).

Na ordem financeira, a Política de Financiamento do SUS define as competências e responsabilidades de cada esfera de governo e o repasse realizado do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios. O financiamento será dividido na gestão por blocos de serviços: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Vale ressaltar que os recursos passados para estados e municípios devem ser utilizados exclusivamente para ações dos referidos blocos de financiamento, exceto nos casos previstos em lei (BRASIL, 2003; 2009a).

Com o intuito de promover a integralidade das ações e serviços de forma qualificada, responsável e humanizada, bem como melhorar o desempenho do SUS no que tange ao “acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica” foram estabelecidas diretrizes, através da Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estruturam a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de forma a atuar como uma estratégia de superação das lacunas do sistema no que diz respeito à fragmentação da atenção e da gestão (BRASIL, 2010).

Decorrente do sistema de saúde vigente ainda não contemplar efetivamente os princípios e diretrizes do SUS, no que tange ao acesso às ações e serviços, buscou-se com o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentar a Lei 8.080/90 de forma a organizar o sistema perante o planejamento, assistência à saúde e articulação interfederativa, vislumbrando o tão almejado acesso aos serviços de saúde de forma integral, universal e equânime (BRASIL, 2011c).

No supracitado decreto, ficou regulamentado as Regiões de Saúde com a finalidade de “integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”; o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), objetivando “organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada”; definição das “portas de entrada” do SUS através das Redes de Atenção à Saúde, por meio dos serviços da Atenção Primária, como também, da Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e serviços especiais de acesso aberto; definição do Mapa da Saúde, a fim de identificar as necessidades e demandas da população, além do estabelecimento do Protocolo Clínico e



Diretriz Terapêutica, com definição de critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde em todas as fases do tratamento preconizado, ao acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos (BRASIL, 2011c).

Um dos pontos abordados nesse decreto faz menção à crescente judicialização da saúde e, para tanto, é regulamentado o acompanhamento dos medicamentos através da já existente Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo que esta é acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN), que “subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos”; e, como algo novo criado e instituído no decreto, para também subsidiar as ações e serviços oferecidos pelo SUS, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). A RENASES será elaborada com todas as ações e serviço do sistema, até o momento da homologação do decreto, e, posteriormente, será avaliada e complementada, se necessário, a cada dois anos, por uma comissão específica (BRASIL, 2011c).

Por último, em 21 de outubro de 2011, foi aprovada a Portaria MS/GM n.º 2.488, que estabelece a revisão das diretrizes e normas da PNAB abrangendo a ESF e o PACS e a regulamentação para formação de equipes de Atenção Básica para populações específicas, com o intuito de atender grupos populacionais que não são contemplados atualmente com os serviços da Atenção Primária. Estes serviços são oferecidos através das equipes de Consultório de Rua e equipes para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense (BRASIL, 2011d).

Diante da história da evolução das políticas de saúde no Brasil, concordamos com Rodriguez Neto (2003, p.139), ao relatar que

O SUS conseguiu constituir-se em um forte instrumento de democratização da Saúde, ao estabelecer alguns pilares, como a universalização do direito à Saúde, a equidade, a integralidade e o reconhecimento ao direito democrático da participação social de todos os seus atores no processo de elaboração e controle da execução das políticas e práticas de saúde.

Apesar do SUS, hoje, ser reconhecido como um instrumento de democratização da saúde, constantemente, novas regulamentações, portarias, decretos, resoluções são elaboradas para regulamentarem pontos gerais ou abstratos presentes na lei. No entanto, podem gerar, ao mesmo tempo, contradições ou sobreposições dos mesmos que proporcionam lacunas e diversidades de interpretação que podem fundamentar inclusive a judicialização.

Por outro lado, esse arcabouço legal pode ser interpretado como uma busca incessante da melhoria na qualidade do sistema. Porém, as legislações quando estabelecidas, por si só,



não conseguem atingir os seus objetivos descritos em leis. É necessário que haja uma reorientação das práticas dos profissionais, da atuação dos usuários exercendo ativamente sua cidadania, bem como do redirecionamento do foco dos serviços e das políticas para a tão almejada integralidade das ações e serviços de saúde.

## **2.2 Direito à Saúde como Direito Fundamental: o princípio da dignidade da pessoa humana**

Os direitos humanos fundamentais atuam como parâmetros para a democracia e, para tanto, devem estar positivados nas constituições estatais. Assim, podemos conceituá-los como posições jurídicas que concebem o ser humano como de existência digna, livre e fraterna, e, sem eles a pessoa humana está vulnerável à sobrevivência. Estas posições jurídicas essenciais concretizam o princípio da dignidade da pessoa humana, que pode ser conceituado como um valor de base e unificador de todos os direitos fundamentais, vislumbrando a proteção do ser humano, em atenção ao respeito à vida, à liberdade e à igualdade (CUNHA JÚNIOR, 2008).

Pela compreensão histórica, a evolução dos direitos fundamentais acompanha todo o processo histórico internacional, os movimentos sociais de luta por direitos. Na ordem política, estão diretamente relacionados com os regimes político, assim como o progresso científico, tecnológico e econômico dos países. Essa evolução está atrelada, em grande parte, ao sofrimento físico e moral dos seres humanos, decorrentes, principalmente, de guerras, como as guerras mundiais.

Posterior à 2ª Guerra Mundial foi elaborada a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que constitui a principal elaboração a respeito do desenvolvimento dos direitos humanos, marcada pelo pioneirismo de uma previsão expressa do direito à saúde em seu conteúdo. Decorrente disso é considerada, para muitos autores, como uma síntese do passado e uma inspiração para o futuro. Constitui um conjunto de direitos multidimensionais que abarcam os direitos individuais e coletivos, civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, imprescindíveis para o desenvolvimento completo da dignidade da pessoa humana. A Declaração é composta por 30 artigos, sendo do art. 1º ao 21 o reconhecimento dos direitos individuais, do art. 22 ao 28, os direitos sociais, o art. 29 os deveres da pessoa com a comunidade e no art. 30 institui o princípio da declaração. (CUNHA JÚNIOR, 2008).

Internacionalmente, decorrente da Declaração de 1948, tanto o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais em 1966, que dispõe sobre o direito à saúde física e mental, como a Convenção dos Direitos da Criança e a Convenção Americana dos Direitos



Humanos em 1989, que dispõem sobre o direito à saúde para crianças e adolescentes, são considerados exemplos para o Brasil, que reconhece e incorpora, em seu direito interno, a garantia do direito à saúde, como um direito fundamental, a todos os cidadãos (SARLET; FIGUEIREDO, 2009).

À questão de exemplo, diversos países, como Argentina, Paraguai, Uruguai, Portugal, Espanha, Itália, dentre estes o Brasil, já reconhecem o direito à saúde como um direito fundamental e possuem, expressamente, a garantia deste direito nos textos constitucionais (SARLET; FIGUEIREDO, 2009).

Os direitos fundamentais são compreendidos pelos direitos civis, tanto no âmbito individual como coletivo, políticos, sociais, econômicos e culturais. Assim, esses possuem multidimensionalidade categorizados em direitos de primeira dimensão – liberdade; segunda dimensão – de igualdade; terceira dimensão – de solidariedade; e de quarta dimensão – de globalização política. De acordo com Cunha Júnior (2008), o termo dimensão é utilizado para categorizar os direitos fundamentais porque as dimensões supracitadas não atuam de forma separada, sendo que, uma não exclui a atuação da outra, e são, no entanto, complementares e atuam concomitantemente.

Dessa forma, os direitos fundamentais de primeira dimensão correspondem aos civis e políticos; os de segunda dimensão são associados aos sociais, econômicos e culturais; os de terceira dimensão estão atrelados aos direitos de solidariedade; e os de quarta dimensão correspondem ao direito à democracia direta e os relacionados à biotecnologia. No Brasil, os direitos fundamentais foram instituídos na Constituição de 1988, com efetivação da garantia do direito à saúde de forma universal, equânime e integral a todos os cidadãos (CUNHA JÚNIOR, 2008).

Diante do exposto, compreendemos que os direitos sociais presentes na Constituição de 1988 abrangem direitos e deveres que possibilitam aos indivíduos acesso aos serviços básicos de sua necessidade humana como direito à saúde, educação, trabalho, lazer, segurança, moradia, assistência social, dentre outros. Estas condições permitem que o cidadão possa usufruir da dignidade humana, reduzindo as situações sociais desiguais, em consequência, melhorando a qualidade de vida do indivíduo. Dessa forma, o direito social possui como alicerce o princípio da dignidade da pessoa humana (CUNHA JÚNIOR, 2008).

Esse cumprimento dos direitos e deveres do cidadão, em busca de sua dignidade humana com o acesso a serviços básicos de necessidade existencial, perpassa pela disponibilidade econômica do Estado em poder cumpri-la, a partir da existência de recursos financeiros suficientes para realização e efetivação dos serviços de forma igualitária aos



cidadãos. No âmbito jurídico, essa efetivação é compreendida como a “materialização da norma (...), a realização do direito, o desempenho concreto” das ações e serviços, pelo Estado (GANDINI, 2010).

Assim, de acordo com Cunha Júnior (2008), a efetivação dos direitos sociais, considerada um direito fundamental do cidadão, está submetida a reserva do possível, bem como a concretização do conteúdo normativo presente na Constituição almejando a garantia do mínimo existencial. De acordo com o autor supracitado, a teoria da reserva do possível defende que a concretização dos direitos sociais depende da disposição financeira e jurídica do Estado, bem como de leis que executem o comando incerto na Constituição.

Com relação ao mínimo existencial, este deve ser compreendido como as necessidades espirituais e materiais indispensáveis a uma existência digna, ou seja, “(...) um mínimo de segurança social, relativamente à saúde, à educação, à previdência, à assistência social, etc., como exigência da própria dignidade da pessoa humana” (CUNHA JÚNIOR, 2008, p. 703).

A teoria da reserva possível desdobra várias interpretações e argumentos sobre a sua disposição no campo jurídico. Podemos elucidar, como mais uma abordagem interpretativa, a decisão do Ministro Celso de Mello a respeito do cumprimento da Emenda Constitucional 29:

A cláusula da reserva do possível – ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido essencial de fundamentalidade (BRASIL, 2004).

Outra abordagem a esta teoria é diferida por Sarmento (2007) que compreende a reserva do possível como um critério importante na constituição de parâmetros para o efetivo cumprimento dos direitos sociais pelo Estado, porém, ressalta a importância de não haver o equívoco nesta interpretação, ao relacionar a associação desta teoria com a absoluta exaustão de recursos públicos.

Redirecionando a discussão para os direitos sociais, o direito à saúde está diretamente ligado ao direito à vida, garantido pela Constituição de 1988 através dos artigos 196, que dispõe que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado” e que deve ser de “acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação”. No artigo 198, institui o SUS com seus princípios e diretrizes para efetivação desses serviços pelo Estado, no entanto prevê, no artigo 199, a atuação da iniciativa privada de forma complementar ao sistema de saúde (BRASIL, 1988).



Diante de sua amplitude e multiplicidade de determinantes, o direito à saúde perpassa pela atuação da sociedade, Estado e indivíduos, como corresponsáveis por sua garantia constitucional a todos os cidadãos. Nesse contexto, Aith (2010), define responsabilidades para a proteção do direito à saúde que englobam todos esses sujeitos. Para os indivíduos, define deveres que são inerentes a proteção da própria saúde, como hábito de vida saudável; para a sociedade abarca deveres que são inerentes aos esforços coletivos, como a participação em campanhas e atividades de proteção à saúde coletiva; e ao Estado perpassa pelo dever de elaboração e execução de políticas públicas, para a redução de riscos de doenças e agravos à saúde, além da organização de ações e serviços de acesso universal, equânime e de qualidade.

Além da atuação dessa tríade de sujeitos para a efetivação do direito à saúde, Aith (2010) afirma que o cumprimento desse poder legítimo perpassa por desafios atrelados a garantias jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes disponibilizadas à sociedade. Destaca que, após a promulgação da Carta Magna, o SUS configurou-se como uma garantia constitucional ao direito à saúde no Brasil.

Dessa forma, elenca como desafios políticos o financiamento das ações e serviços – atrelado à definição perene do financiamento do SUS, além de uma adequada organização dos fundos de saúde e efetivo controle social; a prestação dos serviços públicos – com a redução das terceirizações; e a dificuldade de articulação entre os três entes federativos, que devem desenvolver, de forma harmônica e integrada, articulações de ações e serviços com qualidade, resolutivos e pautados na humanização (AITH, 2010).

Nos desafios de ordem administrativa, aborda a necessária articulação entre a atenção à saúde e a vigilância à saúde, para solucionar a vigente falta de comunicação e integração entre os sistemas de informação e prioridades de cada ente federativo, além do desenvolvimento de políticas intersetoriais entre os diversos órgãos estatais, para a articulação de ações que abarquem a multiplicidade de fatores condicionantes e determinantes da saúde (AITH, 2010).

Outros desafios apontados pelo autor são os econômicos que perpassam pela discussão orçamentária e os mecanismos de destinação de recursos alocados para a saúde, e os desafios no âmbito jurídico, que estão vinculados ao extenso conjunto normativo para a saúde, que amplia o leque para variadas interpretações, como também dificulta a aplicação do mesmo, repercutindo na baixa participação da sociedade na elaboração das políticas públicas.

Diante dessa discussão, elucidamos que o direito à saúde depende da disponibilidade e existência de políticas públicas e serviços de saúde que atendam a demanda no sentido de suprir as necessidades da população - no que diz respeito às necessidades primárias de



prevenção, promoção da saúde, e de ações e serviços de maior complexidade - exames, medicamentos, internações, tratamentos, visando à recuperação e reabilitação dos indivíduos. Na ausência da prestação desses serviços, de acordo com Cunha Júnior (2008), cabe a efetivação desses direitos pelas ações judiciais, que se fundamentam no princípio da dignidade humana para a garantia do mínimo existencial necessário à sobrevivência digna do indivíduo.

Em consonância, Aith (2010), afirma que, decorrente do direito à saúde ser um direito positivado, o Estado não pode escusar-se da oferta de uma ação ou serviço tendo como justificativa a deficiência orçamentária. Assim, o Poder Judiciário deve propiciar a efetivação desse poder legítimo tendo como embasamento primeiro, o valor da vida e da saúde.

### **2.3 Acesso às tecnologias de saúde do SUS: dispositivo para a construção da integralidade das ações e serviços de saúde**

O sistema de saúde brasileiro assegura na Constituição Cidadã de 1988 o direito à saúde, resguardado pelos princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, equidade, integralidade das ações e serviços, de forma que atenda a todas as demandas da população em todos os níveis de complexidade que se façam necessários. Desta forma, legalmente, o cidadão possui seu direito à vida e à saúde, o que não condiz com a realidade experienciada pelo mesmo.

Para tanto, o sistema deve considerar a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade e a formulação de políticas públicas, planejamento e programação das ações e serviços ofertados pelo SUS, para que se tornem condizentes com tal realidade, como evidenciam as discussões de Assis, Villa e Nascimento (2003), ao afirmarem que o acesso aos serviços de saúde deve ser permeado pela incorporação dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, além da efetivação da saúde como um bem público.

Podemos explicitar que o acesso aos serviços de saúde apresenta-se legitimado com a garantia do direito à saúde, constituindo-se, assim, como alicerce para a efetivação do direito fundamental à vida e à dignidade da pessoa humana. Além disso, como direito à cidadania dos usuários do sistema, através de lutas dos movimentos sociais, que se fizeram presentes na história da construção das políticas de saúde, com seu ápice no movimento da Reforma Sanitária, na década de 70, que resultou na Carta Magna de 1988. Nesse sentido, Abreu de Jesus e Assis (2010) afirmam que o acesso aos serviços de saúde universal é de garantia



constitucional e constitui-se como um direito fundamental de cidadania, por meio do seu uso como elemento central da luta dos movimentos sociais.

Apesar de sua legitimação no SUS, o acesso às ações e serviços de saúde, na prática cotidiana vivenciada pelos usuários, apresenta-se de forma contrária ao que está posto em lei. Nessa perspectiva, Assis, Villa e Nascimento (2003) e Lima e Assis (2010) acordam ao afirmarem que o acesso ao SUS configura-se de forma seletiva, excludente e focalizada, tornando os serviços desarticulados e fragmentados. A partir disso, discutem que o acesso apresenta-se seletivo, por evidenciar as desigualdades de acesso dos usuários ao sistema, com predomínio da lógica de mercado, direcionando o poder de aquisição, a partir da capacidade de compra dos usuários e/ou empresas, caracterizando o sistema com evidência para a saúde suplementar, com planos privados, em detrimento do público; excludente, por submeter o direito à saúde ao racionamento de gastos em detrimento da qualidade dos serviços; e focalizado, pela restrição do atendimento universal aos usuários pelos programas e serviços pré-determinados pelo sistema.

Nesse sentido, compartilhamos com Travassos e Martins (2004) ao abordarem que o acesso aos serviços de saúde é permeado por complexidade e imprecisão, pois está diretamente imbricado com os diferentes contextos que permeiam sua conceituação e, que, perpassa por constantes transformações ao longo do tempo. Para tanto, retomaremos, inicialmente, o conceito de acesso por meio da definição contida no Dicionário Priberan da Língua Portuguesa que o revela como “o ato de chegar ou entrar; elevação em posto ou dignidade; promoção; serventia; acessível”. Com esta definição, podemos conceituar, fazendo analogia com a saúde, que o acesso denota, primariamente, a entrada, a chegada do usuário ao serviço de saúde. Lima e outros (2007) evidenciam em seu estudo que a obtenção do acesso aos serviços é a primeira fase vencida pelos usuários para o atendimento as suas necessidades de saúde.

Vale ressaltar, que somente a entrada do usuário no serviço não contempla a resolutividade de suas demandas nem atende aos princípios e diretrizes do SUS, no que diz respeito à universalidade, equidade e integralidade, desde a promoção à reabilitação/reinserção social, compreendendo o usuário no âmbito de seu processo saúde-doença permeado por múltiplos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Nesse ínterim, alguns estudos concretizam a amplitude do conceito de acesso ao apontarem em seus resultados barreiras, limites e dificuldades dos usuários que transcendem a singela entrada no sistema como, a barreira econômica, geográfica e funcional.



Nessa perspectiva, Lima e outros (2007), a partir de seus resultados, classificam diferentes tipos de acesso que podem facilitar e/ou dificultar o acesso dos usuários aos serviços. Neste estudo, o acesso funcional esteve mais presente, e refere-se aos tipos e horários dos serviços oferecidos, bem como o tempo de espera e a qualidade do atendimento dos profissionais com os usuários. O acesso econômico remete-se aos custos que os usuários podem apresentar para aquisição de algum serviço do sistema ou do custeio de seu deslocamento. Já o acesso geográfico é caracterizado pelo tempo, distância e forma com que o usuário se desloca de sua residência para o serviço de saúde. Scatena e outros (2009) pontuam esses elementos acima supracitados como barreiras para o acesso e comungam no que tange aos horários de atendimento, tempo de espera e deslocamentos repetidos para a realização de algum atendimento.

Souza (2008) evidencia com sua pesquisa limitações dentro do sistema, no âmbito da gestão e do processo de trabalho, que interferem no acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde como, a baixa capacidade de integração entre as modalidades de unidades de saúde no que diz respeito ao planejamento e programação das ações; desintegração das unidades de saúde e os demais níveis de complexidade do sistema; e a baixa capacidade de integração do sistema de saúde com os demais setores do governo e da sociedade.

Enfim, Lima e Assis (2010), Santos e outros (2007), Souza (2008) e Scatena e outros (2009) complementam-se ao afirmarem que o acesso aos serviços de saúde configura-se, atualmente, de forma insuficiente ao atendimento das necessidades da população, de baixa resolubilidade, com visão da saúde como ausência de doença, em busca de atendimentos meramente medicalizantes, pautados na queixa-conduta do usuário, permeado por elementos que regulam o acesso como, demanda espontânea por ordem de chegada, restrição de serviços por horários e dias da semana. Assim, o acesso aos serviços apresenta-se segmentado e desarticulado, contrapondo-se ao direito à saúde, instituído na Constituição Federal.

Ao retomarmos a discussão sobre o acesso aos serviços de saúde, é imprescindível destacarmos que, no presente estudo, optamos por utilizar o termo acesso às tecnologias de saúde por nos identificarmos com as produções de Mendes Gonçalves (1994) e Merhy (2007).

Reportando-nos aos estudos de Mendes Gonçalves (1994, p.32), este aborda as tecnologias de saúde como instrumentos que constituem o processo de trabalho e que são concebidas como um “conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”, permitindo assim, uma maior apreensão do objeto de trabalho. Nessa perspectiva, as tecnologias são caracterizadas em duas dimensões: material e imaterial. A



dimensão material relaciona-se as ferramentas de trabalho como os equipamentos, materiais de consumo, instalações, medicamentos, entre outros. Já a dimensão imaterial refere-se à articulação entre os sujeitos envolvidos no processo de trabalho e a dimensão material, elucidado pelo saber intelectual dos profissionais de saúde, que no presente estudo evidencia o saber médico.

A partir dessas discussões, Merhy (2007) ao aproximar os estudos sobre tecnologias de saúde iniciados por Mendes Gonçalves (1994) para uma visão micropolítica do processo de trabalho, dispõe essas tecnologias em três dimensões de análise: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves. Estas dimensões perpassam pela compreensão do trabalho morto que se relaciona com a matéria-prima, os instrumentos e ferramentas para o exercício do trabalho, e o “trabalho vivo em ato”, que se articula com a possibilidade do trabalhador agir no ato produtivo.

Para maior compreensão, são classificados como tecnologias duras os equipamentos tecnológicos, como as máquinas, estruturas organizacionais e normas, que, primariamente, já estão construídos e programados; as tecnologias leve-duras, como os saberes científicos – epidemiologia, clínica médica, clínica psicanalítica, Taylorismo – e são assim denominadas por serem constituídas por um lado já estruturado e outro que possibilita ser construído no agir do profissional como sujeito e com os outros sujeitos do processo de trabalho; e, por fim, as tecnologias leves caracterizadas pelas relações construídas com todos os sujeitos no cotidiano do agir profissional, com valoração da criatividade e intersubjetividade e estabelecimento de dispositivos que norteiam os processos relacionais como o vínculo, acolhimento, responsabilização e autonomização.

Dessa forma, por considerarmos o acesso às tecnologias de saúde permeado pelo trabalho morto e o “trabalho vivo em ato”, destacamos que esse acesso proporciona ao usuário do sistema vislumbrar a possibilidade de resolubilidade de suas demandas a partir da construção da integralidade das ações e serviços do SUS, que abarquem desde a promoção e prevenção à reabilitação/reinserção social, bem como o acesso aos níveis de complexidade que se fizerem necessários.

A integralidade nos serviços pode ser apreendida, inicialmente, como disposto nos princípios do SUS, instituídos na Constituição Cidadã de 1988, a partir da integração na relação estabelecida do trabalhador de saúde com o usuário, atendendo o conceito ampliado de saúde nas suas dimensões sociais, psicológicas e biológicas, de maneira indissociável, e que, além disso, as ações inseridas no âmbito da organização institucional contemplem todos os níveis de complexidade do sistema, com prioridade para as ações de promoção e proteção,



sem minorar as ações assistenciais, enfatizando a responsabilidade no atendimento às necessidades e problemas de saúde demandados pela população.

Analisando a integralidade a partir de Mattos (2006), podemos compreendê-la não somente como um princípio do SUS, mas também, como um elemento central de luta dos movimentos sociais, que almejam melhorias nas práticas de saúde, com um redirecionamento da atenção, centrando seus objetivos no indivíduo e coletividade ao invés da significação exacerbada dispensada à doença. Este redirecionamento possibilita o despertar de um pensamento crítico que promova a transformação da realidade, hoje, vivenciada pela população.

Nessa perspectiva, variadas nuances são apresentadas para os sentidos da integralidade no sistema de saúde. Podemos elencar a relação estabelecida do profissional com os usuários que deve estar pautada em uma atenção integral, com visão holística e com valorização dos determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença, da singularidade e coletividade da população, em detrimento de uma atitude fragmentada, reducionista e com foco na doença. Assim, devem-se repensar as práticas destes profissionais, ressaltando que a atenção integral é de responsabilidade de todos os trabalhadores da equipe e não apenas do médico, para que haja a construção de uma relação de vínculo, acolhimento, autonomia e responsabilização entre os sujeitos (MATTOS, 2006; PINHEIRO, 2006).

Outra nuance que destacamos remete-se a dimensão da organização dos serviços de saúde, que devem estar pautados na horizontalização dos programas, de modo a contemplarem as necessidades ampliadas da população e não apenas ao que está pré-estabelecido nos serviços do sistema. Essa dimensão está atrelada à reorganização contínua do processo de trabalho desses profissionais que culminará na reorientação de suas práticas na Saúde Coletiva. E, por fim, a dimensão que abarca as políticas de saúde, que devem abranger os diversos grupos populacionais com suas singularidades no atendimento as suas demandas, garantindo aos mesmos, o direito à saúde em sua totalidade (MATTOS, 2006).

Enfim, consideramos que o redirecionamento da atenção à saúde permite que haja maior valorização à subjetividade dos sujeitos, bem como relações dialógicas dos profissionais com os indivíduos para que o acesso às tecnologias de saúde pelos usuários seja concebido como dispositivo para a construção da integralidade das ações e serviços do sistema, além de promover o exercício da cidadania vislumbrando uma sociedade pautada na justiça, solidariedade e no respeito à dignidade humana.

No entanto, o princípio da integralidade pode abarcar outra interpretação, que de acordo com Weichert (2010), o sistema de saúde deve garantir o atendimento integral para



aqueles que são “usuários efetivos” do SUS, ou seja, para aqueles cidadãos que optaram por usufruir as ações e serviços ofertados pelo sistema conforme as normas e procedimentos estabelecidos, em todos os níveis de atenção. O autor ressalta que, este posicionamento não implica na negação de serviços aos “usuários potenciais” do SUS, porém, enfatiza que os mesmos, por utilizarem serviços complementares ou suplementares de atenção à saúde, não são prioritários no atendimento de suas demandas, no sistema público de saúde.

Essa divergência de interpretação amplia o leque de discussões sobre a garantia do direito à saúde, como direito fundamental, a sua efetivação pelo sistema público de saúde por meio de ações positivas do Estado, além de ampliar a participação popular na proteção à saúde, com demandas individuais e coletivas, que impliquem na reorganização dos serviços e das políticas públicas, tendo como foco central, a multiplicidade de fatores condicionantes e determinantes da vida e saúde dos indivíduos. Nesse ínterim, o Poder Judiciário concede decisões que perpassam por essas interpretações, mas que evidenciam, principalmente, a cláusula pétrea da Constituição, a dignidade da pessoa humana.

#### **2.4 Cidadania e participação popular: instrumento dos cidadãos na garantia do direito à saúde**

O conceito de cidadania perpassa pela definição de cidadão, com origem na expressão latina *civis* – cidadão, no período da Antiguidade Greco-Romana, com as cidades-estados. Nesse período, de acordo com Cesar (2002), eram considerados cidadãos todos aqueles que participavam, através do exercício de direitos políticos, da gestão da cidade. Vale ressaltar, que essa participação referente aos direitos políticos estava restrita a determinados membros da sociedade, sendo excluídos e privados destes direitos os escravos, mulheres, estrangeiros, artesãos e comerciantes.

Posteriormente, com o advento do Feudalismo e a extinção da civilização Greco-Romana, prevaleceram as relações do feudalismo que suprimiam a cidadania a mero elemento de liberdade entre iguais. A cidadania só foi novamente exercida no século XI, com o ressurgimento das cidades-estados na Península Itálica, e, consecutivamente, com o pensamento iluminista do século XVIII, a cidadania distinguiu os direitos sociais, que estavam atrelados ao homem, dos direitos políticos, que eram exercidos pelos cidadãos (CESAR, 2002).

Decorrente do processo histórico e de modificações das relações sociais e políticas das sociedades, o conceito de cidadania passou por diversas transformações. Durante o período do



*Welfare State* inglês esse conceito passa por ampliação e incorpora outros direitos aos cidadãos como o direito econômico, civil e social, como demonstra Cesar (2007 p.20-1):

A cidadania não abrange somente os direitos e deveres políticos, mas também os direitos civis e, principalmente, direitos sociais e econômicos, normatizados não exclusivamente por concessão estatal, mas igualmente oriundos de conquistas populares e efetivados através de um dinâmico processo social.

A partir dessa evolução do conceito de cidadania, os cidadãos passaram a ser considerados sujeitos ativos no processo social como parte integrante dessas transformações por meio de práticas de mobilização e organização social, individuais e coletivas, que determinam todo o processo de desenvolvimento e exercício da cidadania.

Nesse sentido, Pinsky (2003), aborda que ser cidadão transcende o direito político e abarca os direitos civis, à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade e aos direitos sociais conquistados por um longo processo histórico de movimentos e lutas sociais para a ampliação teórica e prática da cidadania, com a expressão do exercício da democracia. Concordamos com Dallari (1998, p.14) quando este afirma que,

A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social.

Diante da contextualização histórica exposta, ao realizarmos um contraponto com o campo da saúde, o exercício da cidadania está instituído na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.142/90, que dispõe sobre a formação e atuação dos conselhos e conferências de saúde, como instrumentos de participação popular pelos cidadãos na formulação e implementação das ações e serviços de saúde pelo SUS.

Essa participação popular pode ser compreendida como resultado de um processo político concreto produzido pelo dinamismo da sociedade, por meio da intervenção individual e/ou coletiva dos cidadãos, organizados em grupos ou associações, com o intuito de participar cotidianamente da elaboração, implementação e fiscalização das atividades do poder público, no caso em destaque, no setor da saúde (DIAS, 2007).

Acordamos com Craco e Almeida (2004), quando afirmam que a participação popular pode ser considerada como uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e atenção à saúde pelo sistema público de saúde. Essa possibilidade é vislumbrada pelo desenvolvimento de autonomia dos usuários, tornando-os atores sociais na construção de



políticas de saúde que atendam as suas reais demandas. Essa articulação dos usuários pode promover melhorias que abarcam a compreensão do processo saúde-doença e melhorias infraestruturais, de ações e serviços ofertados pelo SUS.

Essa participação popular apresenta-se ainda de forma lenta e incipiente no sistema de saúde brasileiro, apesar dos instrumentos formais regulamentados para o seu exercício. No entanto, alguns caminhos vêm se desdobrando, no que tange à efetivação dos direitos individuais e coletivos e à garantia dos direitos fundamentais, que preservem a dignidade da pessoa humana. Um destes caminhos traçados, que está tomando corpo, é o acesso a esses direitos pela via judicial, que também se configura como um exercício para o alcance de uma cidadania plena. Evidenciando essa discussão, abordamos Cesar (2002, p. 14-5) que afirma que o acesso pela via judicial é considerado,

(...) uma questão de cidadania, pois a participação na gestão do bem comum através dos instrumentos processuais institui uma cidadania responsável, onde o cidadão se torna responsável não somente por sua história, como também pela de seu país e de toda coletividade.

Nesse contexto, Silva (2007) afirma que a realização dos direitos sociais e econômicos está implicada com o governo e com a mobilização da sociedade civil organizada, pois depende da implementação de políticas públicas para que haja sua efetivação. Dessa forma, esses direitos podem ser assegurados, no sistema processual brasileiro, por meio de ações que possuam demandas individuais e/ou coletivas. No entanto, Sarmento (2007) enfatiza que, no âmbito jurídico, a garantia dos direitos sociais, por meio de ações coletivas, promove, mais facilmente, à visualização de modificações na elaboração e execução de políticas públicas, por terem maior notoriedade e repercussão jurídica.

Assim, destacamos que a participação popular deve ser estimulada na sociedade, pois a mesma tem potencialidade para transformações na atenção à saúde, na formulação e implementação de ações e serviços do SUS, na efetivação dos direitos fundamentais imprescindíveis para a qualidade de vida e de saúde dos indivíduos. Atualmente, a via judicial está se configurando como mais um espaço para a efetivação do exercício de cidadania, e que, a partir disso, demanda dos gestores e trabalhadores de saúde uma atuação crítica para incorporação deste dispositivo como aliado para (re) organização do sistema de forma a contemplar os princípios e diretrizes do SUS.



## 2.5 Judicialização da Saúde: o acesso às tecnologias de saúde do SUS

Como já explicitado anteriormente, o sistema de saúde brasileiro urge por melhorias e adequações de suas ações e serviços para que os princípios e diretrizes do SUS sejam alcançados e praticados de forma integral, universal e equânime aos cidadãos. Estes possuem o direito à saúde como um direito fundamental à vida, que permite à dignidade da pessoa humana em todas as suas amplitudes, que envolvem não somente o acesso às ações e serviços de saúde, mas também, à educação, lazer, trabalho, saneamento básico, transporte. Estes direitos, em particular, o direito à saúde, apresenta-se com a Constituição Cidadã como dever do Estado em seu cumprimento.

Nesse sentido, para suprir às demandas, que não são atendidas pelo Estado, a sociedade busca através do acesso ao Poder Judiciário o cumprimento desses serviços, que pode se apresentar de forma individual e/ou coletiva, garantindo o direito à saúde aos cidadãos. Esse movimento é denominado de Judicialização da Saúde, que, de acordo com Gandini (2010), é o uso do Judiciário para o cumprimento das ações e serviços pelo Estado que não foram atendidas e/ou não contemplaram as necessidades e problemas dos cidadãos de forma universal, equânime e integral.

O tema da Judicialização da Saúde revela-se complexo na sua incorporação à gestão do SUS, da relação estabelecida do Poder Judiciário com o Executivo, da necessidade de conhecimento técnico na área de saúde pelas autoridades judiciais para deliberarem suas decisões, bem como da influência da lógica de mercado exercido pela indústria farmacêutica e da dificuldade de acesso dos usuários às ações e serviços do SUS, evidenciando as lacunas deficitárias do sistema. Como retrata Borges e Ugá (2009), trata-se de um tema permeado de complexidade, pois envolve diferentes atores e de variadas esferas; decisões sobre políticas de saúde; incorporação de novas tecnologias ao sistema; além da interferência do Judiciário na política de saúde sem um conhecimento técnico adequado.

Com as demandas judiciais, a participação popular mostra-se mais evidente na busca por esses direitos, passa a ser um novo caminho possível aos usuários de vislumbrarem a efetivação de seus direitos a partir do ingresso de suas necessidades pelo Judiciário. Como evidenciam os estudos de Borges e Ugá (2009) e Ventura e outros (2010), a judicialização começou a tomar corpo a partir da década de 90, com a demanda pelos medicamentos para tratamento de HIV/AIDS. Posteriormente, essa demanda decaiu e, com o avanço da transição epidemiológica permeado pelo envelhecimento da população, outras necessidades fizeram parte deste cenário, como as doenças crônicas, tais como Hepatite C, Hipertensão, Artrite



Reumatóide e Diabetes, que atingem em sua maioria, os idosos, e as doenças raras, frequentes em crianças e adolescentes.

Nessa perspectiva, a judicialização alavanca o número de ações judiciais no setor da saúde, pleiteando ações e serviços de saúde que não foram atendidos pelo SUS, tais como, medicamentos, cirurgias, próteses, internamentos. Destes, o que mais causa impacto financeiro ao sistema e que possui grande demanda das ações é o acesso por medicamentos, que englobam desde os de Atenção Básica aos excepcionais e de alto custo para o sistema (ANDRADE; MACHADO; FALEIROS et al. 2008; BORGES; UGÁ, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009).

Os estudos de Andrade e outros (2008) evidenciam que essas ações judiciais podem ser analisadas por meio da compreensão de duas vertentes. A primeira considera que as demandas judiciais na saúde permitem o exercício da cidadania e do acesso de forma integral, universal e equânime aos serviços de saúde garantindo o direito à saúde; e a segunda, que estas ações contradizem o princípio da equidade ao colocar em prática a ação judicial, por atender a um pequeno grupo da população ou um indivíduo em detrimento da coletividade.

Ao analisarmos sob essa perspectiva, podemos elencar que o fenômeno da judicialização pode apresentar lados positivos e negativos tanto para o Judiciário, como para a gestão do SUS e usuários. Dessa forma, visualizando o lado positivo da judicialização podemos atribuir o acesso de modo integral e universal aos medicamentos para tratamento para HIV/AIDS pelos usuários devido a sua amplitude decorrente das intensas ações judiciais na década de 1990.

Atualmente, essas ações correspondem a menos de 5% do total de ações por medicamentos dentro do SUS. A partir dessa ferramenta de exercício de cidadania, pode-se garantir ao cidadão seu direito de acesso à saúde, de forma integral, colocando o Estado como real e prático responsável por tal direito e, o direito à saúde como direito fundamental do cidadão (MARQUES; DALLARI, 2007).

Contraopondo essa perspectiva, autores como Andrade e outros (2008), Borges e Ugá (2009; 2010), Pepe e outros (2010a), Ventura e outros (2010), Vieira (2008) e Vieira e Zucchi (2007), realizam estudos que abordam o lado negativo da crescente busca através da demanda judicial para resolução das necessidades de saúde pelos usuários.

Estes afirmam que os gestores de saúde enfrentam grandes conflitos com a judicialização que abarca desde a transparência dos conflitos relacionados à alocação de recursos, como o envolvimento destes com processos criminais decorrentes desta situação. Este conflito impõe aos gestores grande constrangimento diante das ações judiciais. Assim,



encaram como um problema devido à elevação dos gastos relacionados à compra dos medicamentos que interferem no planejamento de saúde realizado, tornando a via judicial um novo caminho para a dispensação de medicamentos. Complementam que, este efeito negativo, pode estar atrelado a atuação acrítica dos gestores de saúde com a demanda judicial, apenas cumprindo o que é determinado sem avaliação das necessidades reais da população.

Pontuam que, os recursos destinados para a saúde, quando demandados por via judicial podem interferir no princípio da equidade do SUS, por destinar recurso a apenas um determinado indivíduo ou pequeno grupo de pessoas em detrimento da população, o que possibilita o aprofundamento das iniquidades sociais, bem como a ausência de garantia de segurança do usuário com o uso de medicamentos que não constam na RENAME estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e que não possuem declarada segurança terapêutica no país.

Aspecto questionado por Machado e outros (2011) e Gontijo (2010) diz respeito à inversão da lógica do conceito de saúde pela judicialização. A partir da mesma, as ações judiciais atendem apenas a oferta de medicamentos em detrimento de outros serviços do sistema como promoção, prevenção e reabilitação. Com o impacto orçamentário que advém do cumprimento das ações judiciais, estas ações passam a ficar em segundo plano no sistema de saúde interferindo na lógica do sistema, além de servir como um fator de estímulo à medicalização e ao uso irracional de medicamentos.

Nesse sentido, Pepe e outros (2010a; 2010b), Borges e Ugá (2010) e Vieira e Zucchi (2007) coadunam ao afirmar que o Judiciário sempre se manifesta a favor da ação no que tange à demanda de medicamentos, independentemente, se o mesmo consta na lista técnica do Ministério da Saúde. Nesses estudos, os medicamentos pleiteados, por sua vez, estavam com nomes comerciais ao invés do nome do fármaco ou genérico.

Com isso, levantam-se questionamentos sobre até que ponto a influência da indústria farmacêutica exerce sobre essas ações, sobre os médicos - responsáveis pela prescrição dos medicamentos - e pela escolha de medicamentos que não fazem parte da RENAME, de medicamentos que não são aprovados pela ANVISA e, até mesmo, de medicamentos que não estão presentes e não são adquiridos no Brasil. Fica o alerta para o cuidado com a influência da indústria farmacêutica, interferindo na lógica de mercado e atuando como propulsora da judicialização em benefício próprio, colocando em risco a garantia da segurança e efetividade necessária do medicamento.

Os autores supracitados acordam que o fornecimento de medicamentos de forma indiscriminada acaba privilegiando segmentos de doentes que têm mais recursos financeiros



para pagar advogados, ou mais acesso à informação, em detrimento daqueles que têm mais necessidade. Seus estudos demonstram que a maioria dos usuários que utilizam a via judicial para aquisição de ações e serviços do SUS é de classe com menor vulnerabilidade, que utilizam o serviço de advocacia privado em detrimento do serviço público - a Defensoria Pública, e os medicamentos são, em sua maioria, prescritos por profissionais de serviços privados. Estas situações suscitam questionamentos referentes à observância do princípio do SUS, a integralidade e universalidade das ações do SUS a todos os cidadãos.

Sarmento (2007) destaca que o acesso à justiça configura-se por não ser igualitário, uma vez que, os segmentos sociais mais excluídos pouco recorrem ao Judiciário para a proteção dos seus direitos, contribuindo, assim, para a concentração da riqueza e canalização de recursos públicos para segmentos da população com maior poder aquisitivo.

Podemos ainda elencar limites na legislação sobre a atuação do Estado no que tange à saúde. Estes limites pretendem ser superados a partir da regulamentação da lei 8.080/90 por meio do Decreto n.º 7.508, que entrou em vigor a partir de 28 de junho de 2011. Neste decreto ficaram estabelecidas as ações e serviços ofertados pelo SUS através, do já existente RENAME e, a partir da elaboração do RENASES.

Assim, destacamos que a falta de competência da Assistência Farmacêutica em suprir as demandas da população, é considerada um fator que alavanca as demandas judiciais; a excessiva judicialização por medicamentos ferindo os princípios da equidade, integralidade e universalidade, a partir do momento que, uma decisão de ação judicial da saúde beneficia apenas ao indivíduo e pode, com isso, afetar toda uma coletividade; e, finalmente que o Poder Judiciário atuando em posição que caberia ao Legislativo, provoca excessiva interferência nas políticas de saúde, com incorporação de novas tecnologias que não são avaliadas de forma técnica sobre sua efetiva resolubilidade, além da falta de conhecimento técnico na área de saúde pelos juízes para embasarem suas decisões (BORGES; UGÁ, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009; DELDUQUE et al. 2009; SANT'ANA et al. 2011).

Assim, alguns autores elencam fatores que são possíveis de reduzir à crescente judicialização como, a valorização da regulamentação administrativa vigente, a sugestão de, além de determinar o fornecimento do medicamento, o acompanhamento do usuário no sistema; a estruturação do sistema de saúde; garantia de acesso aos serviços de saúde, atualização dos protocolos e programas que norteiam a atenção à saúde, incluídos as listas oficiais de medicamentos, protocolos clínicos e terapêuticos (MACHADO et al. 2011; PEPE et al. 2010a; SANT'ANA et al. 2011).



Após o levantamento destas perspectivas, tanto positivas como negativas, da judicialização da saúde, autores como Borges e Ugá (2009), Pepe e outros (2010b), Sant'Ana e outros (2011) e Vieira e Zucchi (2007), apontam como possibilidades para que a judicialização promova pontos positivos para todos os atores envolvidos – trabalhadores de saúde, autoridades judiciais e usuários – a aproximação do Judiciário com o Executivo em suas respectivas esferas: municipais, estaduais e da União, para resolver os conflitos sociais e buscar o reequilíbrio da harmonia social; articulação do Judiciário com o setor da saúde para embasamento com conhecimento técnico da área de saúde para suas decisões; verificação se o prescriptor pertence ao SUS, para não interferir na lógica do sistema; estar atento à influência da indústria farmacêutica através das ações judiciais; conscientização dos prescritores quanto à padronização dos medicamentos pelo Ministério da Saúde e verificação permanente da padronização de medicamentos expedidos pelo Ministério e ANVISA.

Diante dessas discussões, podemos destacar que o Estado, mas especificamente, a gestão do SUS, sofre implicações decorrentes da demanda crescente da judicialização da saúde para o cumprimento das ações e serviços por parte do Estado, que por ordem orçamentária ou pelo não cumprimento normativo, não garantiu ao cidadão o direito à saúde, fundamental a sua dignidade humana.

Como já explicitado, estas ações promovem na gestão do SUS elevados custos com essas demandas, que comprometem o orçamento e o planejamento realizado pelos gestores, e causam constrangimentos dos mesmos pela escassez de recursos. Estes, geralmente são desviados de outros serviços para atendimento das ações judiciais, corroborando com a promoção de iniquidades sociais.

Nessa perspectiva, Lenir Santos assera na obra de Rodriguez Neto (2003, p. 142) que

A integralidade da assistência vem sendo rompida pelo Poder Judiciário quando concede medidas liminares em ações que visam à garantia do direito à saúde de forma transversa. O direito à saúde deve ser garantido ao indivíduo que respeita a organização jurídico-administrativa do sistema, desde que ela, é lógico, não seja organizada de modo a cercear o direito à saúde. Mas se essa organização leva em conta os princípios constitucionais e legais, como regionalização, rede de serviços, referência e contrarreferência, integralidade da assistência, resolutividade, igualdade etc., ela deve ser respeitada pelo cidadão usuário do SUS. Não é possível o cidadão violar princípios e diretrizes do sistema, via Poder Judiciário, desrespeitando, muitas vezes, o princípio da igualdade.

Nesse sentido, explicitamos que cabe à gestão do sistema perceber que a judicialização é um fenômeno crescente e, após análise crítica do levantamento dessas necessidades pelas ações judiciais, promover atualizações e incorporação de novas tecnologias ao sistema de



forma a propiciar um atendimento qualificado e real com as necessidades da população. O Judiciário deve estar articulado com o Executivo, aliando conhecimentos técnicos das áreas, para que as decisões das ações judiciais sejam condizentes com a realidade da gestão do sistema e contemplar as necessidades do requerente destas – os usuários.

Enfim, a judicialização da saúde deve ser analisada com cautela, para que não haja o descumprimento normativo da Constituição e não desestruturar o funcionamento administrativo do Estado. Nessa discussão, devemos estar cientes que existem limites e possibilidades para a judicialização, e que, é imprescindível que gestores públicos tanto da saúde como do sistema de justiça busquem soluções para um objetivo comum – acesso universal, equânime e integral às ações e serviços do SUS, de modo a atenderem as demandas da população, garantindo o direito à vida e à saúde a todos os cidadãos.



### **3 METODOLOGIA**

Para a realização do estudo em questão, utilizamos duas abordagens metodológicas para atender aos objetivos traçados. A abordagem quantitativa foi delineada e compõe os resultados presentes em *Acesso às Tecnologias de Saúde no Setor Público: Perfil da Judicialização da Saúde no Estado da Bahia*. Já a abordagem qualitativa foi responsável pela elaboração dos resultados discutidos em *O Poder Judiciário desvelando um caminho para o Acesso às Tecnologias de Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS*.

#### **3.1 Abordagem Quantitativa**

##### **3.1.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de estudo descritivo retrospectivo realizado a partir das ações judiciais que foram ajuizadas no Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, no período de 2005 a 2010, com a finalidade de descrever o perfil da judicialização no Estado da Bahia, através da descrição das variáveis em estudo.

De acordo com GIL (1999, p.46), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

##### **3.1.2 Delineamento da Pesquisa**

###### *3.1.2.1 Unidade de Análise e Universo da Pesquisa*

Definimos como Unidade de Análise o acesso às tecnologias de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS para a composição do banco de dados. O universo da pesquisa foi delimitado pela busca de processos judiciais relacionados à saúde, no Estado da Bahia, que foram ingressados no período de 2005 a 2010.

###### *3.1.2.2 Fonte de Dados*



Os dados coletados são provenientes de fontes primárias caracterizadas pelas ações judiciais disponíveis no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, pela consulta eletrônica no endereço <http://www5.tjba.jus.br/index.php>, constituindo-se com uma consulta pública e de livre acesso à sociedade.

As palavras-chave utilizadas para a busca foram: direito e saúde, tanto para o campo específico dos Acórdãos<sup>2</sup> como das Decisões Monocráticas<sup>3</sup>.

### *Crítérios de Inclusão*

Os processos analisados foram incluídos no banco de dados para composição da pesquisa a partir dos seguintes critérios:

- Processos com o Acórdão e Decisão Monocrática disponíveis no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia;
- Processos que demandavam por acesso às tecnologias de saúde;
- Demandas relacionadas ao acesso ao SUS;
- Processos com ingresso no período de 2005 a 2010.

### *Crítérios de Exclusão*

Foram retirados do universo da pesquisa os processos que se enquadraram nos critérios abaixo:

- Processos que não possuíam o Acórdão e a Decisão Monocrática disponíveis no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia;
- Demandas que pleiteavam acesso por meio de planos de saúde;
- Processos que não possuíam ano de ingresso no período de 2005 a 2010.

Com a busca na base de dados foram encontrados 261 Acórdãos e 454 Decisões Monocráticas. Após o estabelecimento dos critérios indicados, foram encontrados 112 processos, sendo após leitura 09 processos foram excluídos do universo da pesquisa por estarem repetidos. Dessa forma, a pesquisa foi construída com a análise de 103 processos configurados como 42 Acórdãos e 61 Decisões Monocráticas.

---

<sup>2</sup> O Acórdão é uma decisão colegiada de Desembargadores que delineiam cada um, seu voto acerca de um tema e que possui o poder de produzir jurisprudência, definindo o entendimento institucional do Tribunal.

<sup>3</sup> A Decisão Monocrática é uma decisão formulada por um único Desembargador que expressa o seu entendimento a respeito de um tema e não possui o poder de instituir jurisprudência.



A coleta na base de dados foi realizada no período de 05 a 21 de agosto de 2012. Após um mês de coleta, foi realizada nova busca que apresentou a mesma quantidade de ações judiciais, não apresentando nenhuma entrada de processo relacionada à unidade de análise da pesquisa.

### *Variáveis da Pesquisa*

Foram utilizadas, como variáveis, na elaboração do banco de dados:

- Ano de ingresso: ano de ingresso da ação estabelecido entre 2005 a 2010;
- Tipo de Ação: Agravo de Instrumento<sup>4</sup>, Mandado de Segurança<sup>5</sup> e Apelação Cível<sup>6</sup>;
- Cidade de Origem: cidade que originou o processo;
- Requerentes: quem requer na ação a demanda;
- Requeridos: a quem é litigada a ação;
- Tipo de Demanda: o que foi pleiteado no processo (medicamentos, alimentos, internamentos, tratamentos, cirurgias e outras);
- Agravos: quais os agravos acometidos pelos usuários que demandavam as ações;
- Decisão: qual a decisão proferida nos Acórdãos e Decisões Monocráticas;
- Ano do Julgamento: ano que foi realizado o julgamento das ações.

## **3.1.3 Execução da Pesquisa**

### *3.1.3.1 Elaboração do Banco de Dados*

O banco de dados foi elaborado a partir das variáveis definidas na pesquisa e após a digitação e correção dos dados foi construída a Matriz Geral de Análise dos Acórdãos e das Decisões Monocráticas (Apêndice B e C) para realização da análise.

### *3.1.3.2 Análise de Dados*

---

<sup>4</sup> O Agravo de Instrumento é realizado para impugnação da decisão interposto pela parte que foi prejudicada em ação anterior.

<sup>5</sup> O Mandado de Segurança é realizado para a garantia de um direito líquido e certo que não foi efetivado, não demanda de instrução, pois atua com prova pré-constituída nos autos.

<sup>6</sup> A Apelação Cível é um recurso contra a sentença proferida por juiz de primeiro grau.



Após a construção das Matrizes de Análises, os dados coletados foram analisados por meio da distribuição de frequências simples e relativas para a caracterização do perfil da judicialização da saúde no Estado da Bahia para o acesso às tecnologias de saúde no SUS, no período de 2005 a 2010.

O *software Microsoft Office Excel 2007* foi utilizado para a construção do banco de dados e das Matrizes de Análises e para a realização da análise pela distribuição de frequências simples e relativas. Estas são sintetizadas na tabulação e elaboração dos gráficos e tabelas apresentados na análise e discussão dos resultados.

## **3.2 Abordagem Qualitativa**

### **3.2.1 Tipo de Estudo**

Optamos pela abordagem qualitativa, pois permite uma aproximação entre o pesquisador, o objeto de estudo e a realidade na qual este objeto está inserido (MINAYO, 1994). Por conseguinte, “a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante” (MINAYO, 1995, p.15).

Podemos ainda complementar, a partir de Minayo (2010, p.57), quando a autora infere que a abordagem qualitativa,

(...) além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.

Ainda mais, trata-se de um estudo de natureza exploratória por abordar conceitos, visões e percepções no intuito de buscar ampliar conhecimentos sobre determinados assuntos, reportando a essa pesquisa, sobre o objeto de estudo abordado (DUARTE, 2005).

### **3.2.2 Técnica de Coleta de Dados**

Os dados da pesquisa são provenientes da pesquisa documental, de fonte primária, retrospectiva, com a análise de documentos jurídicos. A análise de documentos é a busca de dados e informações em documentos que podem ser escritos ou não, mas que devem atender ao objeto e às questões do tema em estudo (LAKATOS; MARCONI, 1991).



No referido estudo, utilizamos como documentos os processos judiciais que demandavam por acesso às tecnologias de saúde no SUS, no Estado da Bahia, no período de 2005 a 2010.

### 3.2.3 Método de Análise de Dados

Para o tratamento dos dados obtidos, optamos pela técnica da Análise de Conteúdo Temática. De acordo com Bardin (1979, p. 42), a análise de conteúdo pode ser conceituada como

(...) um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

De acordo com essa definição podemos apreender que a análise de conteúdo possui como finalidade primordial a inferência de conhecimentos sobre determinados assuntos em pesquisa que permitirão a compreensão de uma realidade ou de um processo social.

Diante do exposto, segundo Minayo (1995, p. 74), a análise de conteúdo possui duas funções a partir de sua utilização nas pesquisas, a saber:

[...] uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. Ou seja, (...), podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Na Análise de Conteúdo Temática o conteúdo central é o tema, que de acordo com Bardin (1979, p.105), “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Assim, realizar uma análise de conteúdo temática significa “descobrir os núcleos de sentido” das mensagens, bem como os significados, valores, crenças e percepções dos conteúdos manifestos (MINAYO, 2010, p. 316).

Para tanto, realizamos a pré-análise dos dados com a retomada dos objetivos traçados no estudo, organização do material coletado para a realização da leitura flutuante e a construção das unidades de registros, de contexto, trechos significativos e a forma de categorização, baseado nas questões de estudo.



Com a exploração do material elaboramos como Unidade Temática de Análise o acesso às tecnologias de saúde no SUS e as Categorias de Análise foram configuradas como acesso à medicamentos e alimentos, acesso à internamentos e tratamentos, acesso às cirurgias e acesso a outras demandas que não se enquadraram nas anteriores citadas.

Após a construção do Quadro com Sínteses das Categorias de Análise (Apêndice D) realizamos a inferência e interpretação das informações obtidas embasadas na fundamentação teórica, buscando as convergências dos achados.

A inferência na Análise de Conteúdo Temática direciona todas as ações para o desvendamento dos conteúdos analisados, pois tem como foco central a compreensão das informações obtidas pelas técnicas de coleta de dados e que irão direcionar a fase de análise da pesquisa, imprescindível em todos os momentos de condução do estudo, para a possibilidade de transcendência do que já está posto nas pesquisas científicas.

### **3.2.4 Considerações Éticas**

A pesquisa cumpre com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, para assegurar os direitos e deveres dos pesquisadores, sujeitos envolvidos na pesquisa e Estado (BRASIL, 2001).

Em obediência à Resolução, o projeto de pesquisa, foi apreciado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana – CEP/UEFS, sob protocolo 165.448/2012, com a pretensão de realizar apenas a abordagem qualitativa por meio da entrevista. No entanto, com as sugestões da banca de Qualificação, descartamos a entrevista, devido ao curto período de tempo para conclusão do trabalho, e adotamos a análise de documentos para compor os dados da pesquisa.



## **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, apresentamos a análise e discussão dos resultados provenientes da coleta de dados realizada, pautada nos objetivos da pesquisa fundamentados pelo referencial teórico construído, a partir de autores que abordam o objeto em estudo.

Desse modo, delineamos o capítulo em subseções que abordam, primeiramente, o Perfil da Judicialização da Saúde no Estado da Bahia, na 2ª Instância, no período de 2005 a 2010, e, posteriormente, a análise do Poder Judiciário como um caminho alternativo para o Acesso às Tecnologias de Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS, que são permeadas pelo acesso a medicamentos, cirurgias, internamentos e tratamentos.

### **4.1 Acesso às Tecnologias de Saúde no Setor Público: Perfil da Judicialização da Saúde no Estado da Bahia**

Com a coleta de dados, foram analisados 103 processos que pleiteavam acesso às tecnologias de saúde oferecidas pelo sistema público de saúde brasileiro, o SUS, no período de 2005 a 2010, disponíveis no Tribunal de Justiça do Estado da Bahia e que foram analisados na Segunda Instância. A totalidade dos processos é conformada com ações que possuem decisões proferidas no Tribunal de Justiça de duas formas, por Acórdãos – quando há um grupo de Desembargadores que avaliam, discutem e acordam sobre o voto da decisão, e, por Decisões Monocráticas – quando apenas um Desembargador profere sua decisão a respeito da ação.

Ao analisarmos de tal maneira as ações ajuizadas sobre a judicialização da saúde na Bahia, pode-se entender como as decisões a respeito desses processos se configuram no Estado, bem como qual jurisprudência se apresenta dominante e regente das decisões proferidas no Tribunal. Ademais, podemos elencar o posicionamento adotado pelas autoridades judiciais na Primeira Instância.

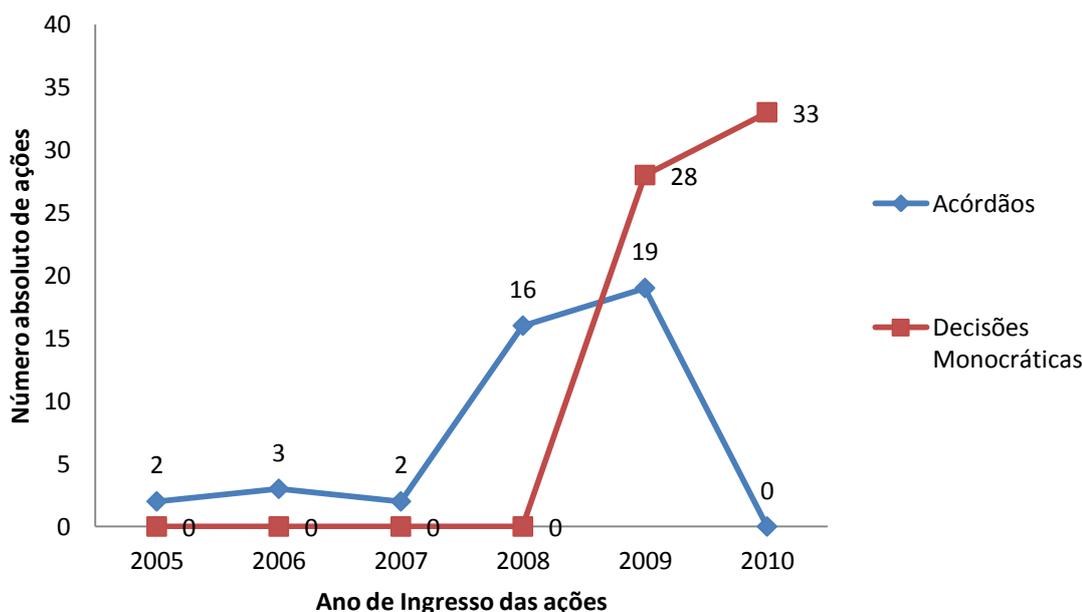
Ao traçarmos a análise, a maioria, 61 processos (59,2%) configuram-se como Decisões Monocráticas e 42 (40,8%) apresentam-se como Acórdãos. Nesse ínterim, apenas 03 ações possuíam decisões concomitantes em Acórdãos e Decisões Monocráticas, representando 2,9% da totalidade de processos analisados que foram conclusos na 2ª Instância. Esse resultado pode ser analisado por duas vertentes: uma que indica a morosidade do Poder Judiciário em julgar e por o processo em conclusos nas ações judiciais para a saúde



definindo as jurisprudências adotadas no Estado; e, outra interpretação que podemos inferir, diz respeito à deficiente atualização do sistema para registro dos processos.

Ao delimitarmos o período de ingresso das ações, visualiza-se aumento crescente de processos que demandam por acesso ao SUS, principalmente, no ano de 2009, com entrada de 47 ações (45,6%), sendo 19 (45,3%) como Acórdão e 28 (45,9%) como Decisão Monocrática. Seguido, está o ano de 2010, com ingresso de 33 processos (32%). No entanto, estes, foram exclusivos de Decisões Monocráticas, correspondente a 54,1% desse perfil. Por outro lado, no período de 2005 a 2008, só possui registro de Acórdãos, totalizando 23 processos (22,3%), com o ano de 2008 apresentando 16 ações, correspondente a 15,5% do total de ações ajuizadas no período. (Gráfico 01).

Gráfico 01 - Ano de ingresso das ações por Acórdãos e Decisões Monocráticas



Fonte: Elaborado pelo próprio autor com as ações disponíveis no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia.

Essa crescente judicialização no Estado da Bahia no período conforma-se de forma similar ao que se apresenta no país que teve uma elevação de ações ajuizadas, pleiteando demandas relativas à saúde, no setor público, nos anos de 2005 a 2008 (MACHADO, ACÚRCIO, BRANDÃO et al, 2011). Com relação aos estados, o panorama foi semelhante, com Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul apresentando taxas crescentes de processos pleiteando tecnologias de saúde no SUS (MÉDICI, 2010).



As ações ajuizadas no Tribunal de Justiça do Estado da Bahia apresentaram-se com diferentes tipologias. Em sua maioria, foram registradas 75 ações (72,8%) como Agravo de Instrumento, seguida do Mandado de Segurança com 25 ações (24,3%) e, em menor número, a Apelação Cível, com apenas três ações, correspondente a 2,9% do total. Ademais, das ações caracterizadas como Agravo de Instrumento, 23 (54,7%) eram oriundas de Acórdãos e, em sua maioria, 52 (85,3%) eram provenientes de Decisões Monocráticas. Em contrapartida, foram 16 (64%) ações de Mandado de Segurança presente nos Acórdãos, contra 09 ações nas Decisões Monocráticas, com percentual de 36% da totalidade analisada. Com relação à Apelação Cível só houve registro, no período, para Acórdãos. (Tabela 01).

Com esses dados pode-se inferir que a maioria das ações presentes no Tribunal é proveniente de recursos para uma nova apreciação da decisão já proferida pelos juízes de primeiro grau e, em menor quantidade, os Mandados de Segurança, que são oriundos de requerentes usuários que pleiteiam um direito líquido e certo relativo à demanda litigada. Pela valoração dada a estas ações, mais da metade tiveram suas decisões proferidas em Acórdãos.

No tocante à cidade de origem dos processos judiciais, pode-se observar que, a maioria, 74 (71,8%) estava relacionada ao município de Salvador e 29 (28,2%) aos municípios do interior do Estado. Destes, a maioria das ações estão vinculadas ao município de Feira de Santana, com 12 processos (11,7%), seguido de Itabuna com quatro (3,9%) e Alagoinhas, dois (1,9%). Os demais municípios do interior contam com apenas um processo cada e são originários de Caetitê, Governador Mangabeira, Irecê, Acajutiba, Brumado, Ibicaraí, Itaberaba, Itambé, Juazeiro, Nova Fátima e Porto Seguro. (Tabela 01).

A partir desses dados, pode-se elucidar que o município de Salvador, por ser a capital do Estado, com 2.675.656 habitantes, é uma metrópole, de acordo com a classificação por porte populacional do IBGE (IBGE, 2010), sede da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e referência em saúde para o Estado como polo da Macro e Microrregião do estado e sede da 1ª Diretoria regional de Saúde – DIRES possui um maior número de processos voltados para a judicialização da saúde, demandando acesso dos usuários ao SUS (BAHIA, 2012a). Relacionando ao ano de ingresso das ações, o acréscimo de processos no município de Salvador coaduna com os dados do Estado da Bahia e demais regiões, apontando o ano de 2009 com valores significativos de demandas voltadas para a saúde.

Ademais, o serviço do Poder Judiciário em Salvador diferencia-se dos demais municípios, pois apresenta dez Varas de Fazenda Pública instaladas - que são responsáveis pelo processamento das ações relativas à saúde – ao contrário de Alagoinhas, Feira de Santana e Itabuna que possuem, cada uma, apenas uma Vara de Fazenda Pública instalada na comarca.



Assim, o município de Salvador oferece à população de sua comarca maior disponibilidade e acesso à justiça que os demais municípios. No entanto, apesar dessa diferença de varas atuantes, a comarca de Salvador dispõe, ainda, de quinze varas não instaladas (BAHIA, 2012b).

Por outro lado, Feira de Santana, com 556.642 habitantes – classificada como município de grande porte – e, Itabuna e Alagoinhas, com, respectivamente, 204.667 e 141.949 habitantes, configuram-se, de acordo à classificação do IBGE por porte populacional, como municípios de médio porte, assumem os polos de Micro e Macrorregião e são sedes de suas respectivas DIRES, 2ª, 7ª e 3ª. Apesar de não fazerem parte da região metropolitana, apresentarem déficits no setor Judiciário relativo a varas instaladas, mas por assumirem referências em saúde em suas regiões, estes municípios estão aumentando as demandas judiciais em saúde (BAHIA, 2012a; IBGE, 2010).

Tabela 01 - Tipo de ação e Cidade de origem dos Acórdãos e Decisões Monocráticas no período de 2005 a 2010.

Acórdãos e Decisões Monocráticas N = 103							
Tipo de Ação	Ano						Total
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Agravo de Instrumento	02 (2,7%)	02 (2,7%)	01 (1,3%)	08 (10,7%)	33 (44%)	29 (38,6%)	75(72,8%)
Mandado de Segurança	--	--	01(4%)	07(28%)	13(52%)	04(16%)	25(24,3%)
Apelação Cível	--	01(33,3%)	--	01(33,3%)	01(33,3%)	--	03(2,9%)
<b>Cidade de Origem</b>							
Salvador	02(2,7%)	03(4,1%)	02(2,7%)	10(13,5%)	32(43,2%)	25(33,8%)	74(71,8%)
Feira de Santana	--	--	--	05(41,7%)	06(50%)	01(8,3%)	12(11,7%)
Itabuna	--	--	--	01(25%)	03(75%)	--	04(3,9%)
Alagoinhas	--	--	--	--	01(50%)	01(50%)	02(1,9%)
Interior	--	--	--	--	05(45,5%)	06(54,5%)	11(10,7%)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com as ações disponíveis no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia



Outro ponto apreciado denota que apenas um (4%) Mandado de Segurança foi expedido por Feira de Santana e, os demais, 24 (96%) pelo município de Salvador. De forma similar, a Apelação Cível, teve sua totalidade expedida em Salvador. Esses dados ratificam o maior acesso que a população da comarca de Salvador possui à Justiça, que pode ser inferido pela maior quantidade de varas atuantes, por maior acesso às informações no que tange à judicialização, bem como maior acesso aos demais profissionais envolvidos – profissionais de saúde, Defensores Públicos e Promotores.

Com a análise das demandas pleiteadas nas ações, alguns processos litigavam por mais de uma tecnologia de saúde em uma mesma ação, totalizando 120 demandas analisadas. Destas, em sua maioria, eram para o fornecimento de medicamentos, com representativo de 72 (60%), seguido de internamentos e tratamentos, 16 (13,3%), cirurgias, com seis ações, juntamente com a solicitação de alimentos - leite, que representaram cada 5% das demandas. Em menor quantidade, estavam as tecnologias de saúde relacionadas ao acesso a exames, próteses, aparelho respiratório, sonda, materiais cirúrgicos, transferências hospitalares, transferências para UTI e transporte para realização de tratamento, em que juntas, totalizaram 20 demandas (16,7%). (Tabela 02).

Do total de tecnologias pleiteadas, grande número, 71 (59,2%), foi proveniente de Decisões Monocráticas, contra 49 (40,8%) de Acórdãos. Condizente com os dados acima citados, que ratificam o ano de 2009 como expressivo para as ações judiciais na saúde, a lide por medicamentos foi mais acentuada nesse ano, com 31 (43,1%) de todas as demandas por fornecimento de medicamentos pelo SUS. Além disso, 20 (80%) Mandados de Segurança, 49 Agravos de Instrumento (68,1%) e a totalidade das Apelações Cíveis estavam relacionados à solicitação de medicamentos. Ademais, o município de Salvador apresentou o maior número de ações 51 (70,8%) e o município de Alagoinhas apresentou sua totalidade de demandas voltadas para o fornecimento de medicamentos.

Com esses dados, verifica-se que a busca por medicamentos direciona a grande maioria das ações que requerem tecnologias dos SUS. Pode-se observar, em outros estudos como, Borges e Ugá (2009) e Chieffi e Barata (2009) que a demanda por medicamentos é elevada pela via judicial, com solicitação de medicamentos que perpassam os da Atenção Primária aos excepcionais e de alto custo para o sistema. Assim, infere-se que há uma grande medicalização da sociedade, contrariando a proposta política do sistema de saúde vigente, que preza a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos norteadores, além do excessivo uso de tecnologias duras em detrimento das relacionais no cuidado à saúde.



Com relação às decisões proferidas nesse período, da totalidade de 103 ações, a maior parte, 89, equivalente a 86,4%, foram atendidas concedendo o acesso do usuário ao SUS. Algumas ações, oito (7,8%) tiveram suas demandas parcialmente atendidas e apenas seis (5,8%) foram proferidas negativamente. No entanto, vale ressaltar que, das demandas que foram parcialmente atendidas, todas as solicitações foram concedidas, porém com ressalvas, relativas a aumento de prazo para cumprimento da demanda pleiteada, possibilidade de substituição do medicamento, redução do valor da multa caso não houvesse o cumprimento da decisão, alteração do local para atendimento à demanda e tempo de adesão do medicamento pelo SUS para fornecimento a todos os cidadãos que o requisitarem. Assim, infere-se que 94,2% das demandas litigadas permitiram o acesso dos usuários ao SUS. (Tabela 02).

As ações que não tiveram suas solicitações atendidas estavam atreladas a falta de provas, em sua maioria, cinco (83,3%) e, apenas uma (16,7%), a falta de interesse do usuário no andamento e julgamento do processo, caracterizado como abandono. De acordo com Theodoro Júnior (2009), ao requerente não basta apenas alegar a veracidade dos fatos, é imprescindível que, para a decisão seja proferida, os fatos precisam ser apreciados quanto à veracidade, para, posteriormente ser garantida a concessão do direito. Essas provas podem ser apresentadas por meio de depoimentos, documentos e perícias que assegurem a veracidade dos fatos alegados.

Das demandas atendidas, grande número foi referente às Decisões Monocráticas, 56 (62,9%) contra 33 (37,1%) relativos aos Acórdãos. A partir da análise dos processos, por 2009 ser o ano que apresenta mais ações, possui, conseqüentemente, o maior número de demandas atendidas, 47 (92,2%), bem como, 2005, 2006, 2007 e 2008 que tiveram todas as solicitações pleiteadas concedidas. Por outro lado, em 2009 e 2010, alguns processos apresentaram negativa no atendimento à demanda, por causas já abordadas, indicando maior apreciação das ações judiciais diante da crescente judicialização e dos recursos advindos do Estado e municípios.

Dentre as ações tipificadas como Agravo de Instrumento, a maioria, 72 (96%) obteve o atendimento das demandas, bem como, o Mandado de Segurança e a Apelação Cível, com respectivamente, 22 (88%) e dois (66,7%). No rol das demandas atendidas, os municípios de Alagoinhas e Itabuna asseguraram o que foi requerido em sua totalidade e, Salvador, conferiu o atendimento a 70 ações (94,6%). Contudo, este também apresentou a maior quantidade de demandas não atendidas, quatro (66,7%). Ao relacionar com as demandas pleiteadas, da totalidade por medicamentos, 68 (94,5%) obtiveram suas solicitações atendidas, 11 processos para internamento e tratamento foram concedidos, perfazendo um percentual de 68,8% das



ações, assim como, 83,4% dos pleitos por cirurgias foram concedidos. Apenas as demandas referentes ao fornecimento de alimentos retratados pelo leite foram concedidas integralmente.

Resultados de pesquisas de autores como Pepe e outros (2010a; 2010b) e Vieira Zucchi (2007) evidenciam que a maioria das decisões que são pleiteadas tecnologias de saúde pelo SUS são concedidas integralmente pelas autoridades judiciais, mesmo aquelas que apresentam pontos críticos que versam sobre medicamentos que não são registrados na ANVISA ou que ainda não são autorizados no país.

A partir de 2009, com os resultados da Audiência Pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal – STF, que discutiu sobre as nuances da judicialização, a jurisprudência que prevalece no Judiciário, com os votos dos Ministros Gilmar Mendes e Celso de Mello, em ações paradigmas que referiam-se ao acesso de saúde no SUS, está pautada na efetivação dos direitos fundamentais sociais a partir do princípio da dignidade da pessoa humana com valoração suprema do direito à vida (SCHEFFER, 2009; BRASIL, 2009b).

Nesse ínterim, a partir do momento que houve essa consolidação da jurisprudência no país, concedendo as demandas em favor dos usuários, houve, em contrapartida, a maior divulgação da possibilidade concreta de acesso ao SUS pela via judicial. Em consequência, a difusão de informações corroborou para o aumento de ações ingressadas relativas à saúde no Poder Judiciário, assim como maior número de decisões proferidas seguindo a jurisprudência firmada após a Audiência Pública. Com isso, justifica-se o significativo número de ações ajuizadas em 2009 no estado da Bahia.

Tabela 02 - Demandas pleiteadas e decisões proferidas nos Acórdãos e Decisões Monocráticas no período de 2005 a 2010.

<b>Acórdãos e Decisões Monocráticas N = 103</b>							
<b>Demanda</b>	<b>Ano</b>						
	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Total</b>
Medicamentos	02(2,8%)	03(4,2%)	02(2,8%)	11(15,3%)	31(43%)	23(31,9%)	72(60%)
Alimentos	--	--	--	03(50%)	03(50%)	--	06(5%)
Internamentos/ Tratamentos	--	--	--	01(6,3%)	08(50%)	07(43,7%)	16(13,3%)
Cirurgias	--	--	--	02(33,3%)	03(50%)	01(16,7%)	06(5%)
Outras*	--	01(5%)	--	03(15%)	08(40%)	08(40%)	20(16,7%)
<b>Decisão</b>							
Demanda Atendida	02(2,2%)	03(3,4%)	02(2,2%)	14(15,7%)	37(41,6%)	31(34,9%)	89(86,4%)



Demanda Parcialmente Atendida	--	--	--	02(25%)	06(75%)	--	08(7,8%)
Demanda Não Atendida	--	--	--	--	04(66,7%)	02(33,3%)	06(5,8%)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com as ações disponíveis no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia.

\* Nessa categoria estão incluídas demandas pleiteadas por exames, próteses, aparelho respiratório, sonda, materiais cirúrgicos, transferências hospitalares, transferências para UTI e transporte.

Outro ponto analisado nos processos judiciais foram os agravos referidos nas ações que justificavam a necessidade de saúde requisitada nos processos. Estes agravos foram categorizados de acordo com a característica de cada condição clínica. Assim, foram destacados 63 casos (61,2%) de agravos Crônico-degenerativos, perfazendo a maioria das ações, seguido de Autoimunes e Raros, com dez processos (9,7%), Gastrointestinais, sete casos (6,8%), quatro ações (3,9%) relacionadas a Infectocontagiosos Agudos e dois (1,9%) por Causas Externas. Foram inseridos na categoria, outros agravos, condições que não se enquadraram em nenhuma das outras citadas e estavam de forma isolada com apenas uma ação cada, a exemplo a Anemia e a Puberdade Precoce, perfazendo um percentual de 2,9% da totalidade. Ademais, alguns processos, 14 (13,6%) não informaram o agravo relacionado à demanda pleiteada. (Gráfico 02).

Com esses dados, conclui-se que os agravos crônico-degenerativos estavam relacionados à maior parte das ações pleiteadas para o acesso ao SUS. Essa condição clínica está de acordo com a transição demográfica que o país enfrenta, a partir do elevado número de adultos e idosos na população e a crescente expectativa de vida. Dessa forma, os agravos que mais estão presentes nesse perfil da sociedade são Hipertensão Arterial, Diabetes, Neoplasias, Cardiopatias, Doenças Respiratórias, Renais e Vasculares, Hepatite C, bem como as sequelas dessas condições (BRASIL, 2011b).

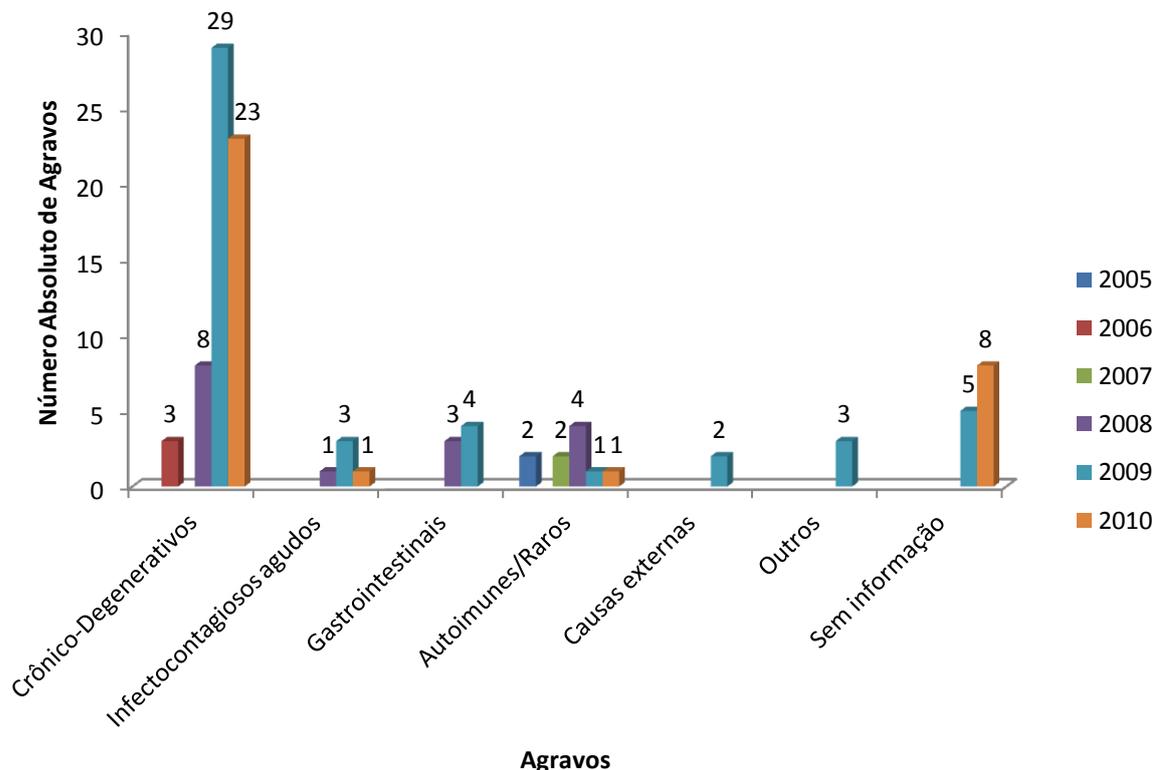
Em consonância com essas informações, com a análise dos processos evidenciam-se muitas ações com demandas provenientes de agravos crônico-degenerativos, dentre estes, o que mais se destacou foram as Neoplasias com 23 (36,5%), seguido de Diabetes, Hipertensão e sequelas com 15 (23,8%) e Obesidade com cinco (7,9%). Este agravo desperta para o elevado número de casos na sociedade que necessitam de tratamento, condição esta, que antes considerada como fator de risco para outras patologias, mas que atualmente necessita ser vista como um agravo.



Ao se destacar os agravos crônico-degenerativos, mais da metade, 40 (63,5%) foram provenientes de Decisões Monocráticas, enquanto que os autoimunes e raros, tiveram sua maioria, nove (90%) advindos de Acórdãos. Os agravos de causas externas tiveram, em sua integralidade, as decisões proferidas por Decisões Monocráticas e a maior parte dos processos que não continham informação sobre a condição clínica do usuário foi proveniente de Decisões Monocráticas, 11, com um percentual de 78,6%.

O ano de 2009 apresentou o maior número de ações relativas aos agravos crônico-degenerativos, com 29 processos (61,7%), enquanto que, das dez ações para autoimunes e raras, oito (80%) foram ingressadas no período compreendido de 2005 a 2008. Esse dado reflete a atual situação de saúde vivenciada no país, em que o SUS não consegue contemplar de forma universal e integral todos os cidadãos nas condições que poderiam ser abordadas em níveis de baixa e média complexidade, como as crônico-degenerativas, que elencamos acima.

Gráfico 02: Agravos demandados nos Acórdãos e Decisões Monocráticas no período de 2005 a 2010



Fonte: Elaborado pelo próprio autor com as ações disponíveis no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia.

O município de Salvador apresentou grande parte das ações com agravos crônico-degenerativos, 47 (74,6%), do mesmo modo com os autoimunes e raros, sete (70%) e com a totalidade para causas externas. Entretanto, nesse município foi evidenciado o maior número



de processos sem agravos informados, 10 (71,4%). Alagoinhas apresentou agravos como crônico-degenerativos demandados em sua totalidade e Feira de Santana, apresentou comportamento similar à Salvador, com a maioria das ações, sete (58,4%) com demandas para os agravos crônico-degenerativos. Os demais municípios do interior apresentaram conformação similar aos já citados, com sete (63,6%), evidenciando que transição demográfica se faz presente em todo o Estado.

De acordo com a elevada demanda por medicamentos já apresentados, os agravos crônico-degenerativos pleiteiam, principalmente, 51 (70,8%), por acesso dos usuários aos medicamentos para o cuidado de suas condições clínicas. Do mesmo modo, as condições agrupadas nessa categoria como, Diabetes, Hipertensão, Distúrbios Respiratórios, Transtornos Mentais, entre outros, os usuários deveriam ter acesso aos medicamentos essenciais disponibilizados pela Farmácia Básica, que compõe o nível de Atenção Básica à saúde da Assistência Farmacêutica, responsável pela dispensação de medicamentos, na rede ambulatorial do sistema, referentes às condições clínicas mais comuns perante o perfil epidemiológico da população de cada localidade que a rede da Assistência Farmacêutica está instalada.

Entretanto, os autoimunes e raros, que apresentam sua totalidade demandando por medicamentos excepcionais e de alto custo, não possuem os serviços disponíveis no elenco das Farmácias Básicas, mas, a partir dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, formulados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, 2011 e 2012), os cidadãos que se enquadrarem nos critérios estabelecidos nestes teriam seu acesso garantido ao sistema, através da gestão estadual, desde o diagnóstico da doença ao monitoramento do tratamento e supervisão de efeitos adversos visando a prescrição segura e eficaz com uso racional dos medicamentos. A título de exemplo, pode-se elencar constante no PCDT o acompanhamento para Puberdade Precoce, Diabetes, Hepatite C, dentre outros.

No que tange às decisões proferidas, todas as demandas relacionadas aos agravos Infecção contagiosos Agudos, Autoimunes e raros, Gastrointestinais e por Causas Externas, ofereceram decisões favoráveis aos usuários, concedendo o acesso às tecnologias litigadas. Para os Crônico-degenerativos, a grande quantidade, 61 (96,8%) obteve sua demanda atendida. Entretanto, um ponto a ser analisado refere-se às demandas que não tinham o agravo descrito nos processos, mas que mesmo assim, obtiveram oito (57,1%), mais da metade das demandas atendidas.

Autores como, Delduque, Marcos e Romero (2009) Sant'Anna, Pepe, Osório-de-Castro e Ventura (2011), relataram em suas pesquisas que, da mesma forma, as decisões em



sua grande maioria, são proferidas a favor dos usuários, com concessão das demandas pleiteadas, em destaque para as que solicitam medicamentos. Entretanto, esses autores abordam a necessidade que as autoridades judiciais possam adquirir conhecimentos técnicos na área de saúde para embasarem suas decisões e atuarem com justiça nos pleitos ajuizados. Essa aproximação com a área poderia ser estabelecida por meio da articulação do Poder Judiciário com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, criação de núcleos de apoio jurídicos, fóruns de discussão, que envolvessem também a sociedade para o exercício cotidiano da cidadania.

A partir da organização processual, delinea-se todos aqueles que pleiteavam as ações como requerentes e aqueles a quem era direcionada a ação como requeridos. Vale ressaltar que as ações analisadas estavam na 2ª Instância e que, em sua maioria, foram procedentes de recursos de uma decisão inicial proferida por juízes de 1ª Instância. Assim, com a análise dos processos, 62 (60,2%) tiveram como requerentes das ações o Estado da Bahia e municípios, posteriormente, os usuários com 28 (27,2%) e, por último, o Ministério Público, com quatro (3,9%) ações em que se apresentou como requerente. Em contrapartida, os usuários foram os que mais se apresentaram nas ações como requeridos das demandas, com 50 (48,6%), seguido do Estado e municípios com 33 (32%) e, por fim, o Ministério Público com 20 (19,4%). Neste item descrito, as Instituições Filantrópicas configuraram apenas como requerentes em nove processos (8,7%). (Tabela 03).

Ao descrever por Acórdãos e Decisões Monocráticas, o Estado e municípios estavam, em sua maior parte, como requerentes do processo, com valores de, respectivamente, 21 (50%) e 41 (67,2%). De forma diferenciada, com relação aos requeridos, o Estado e municípios foi maioria para os Acórdãos com 22 (52,4%) e o Ministério Público, o menos requisitado, em apenas nove (21,4%). No entanto, para as Decisões Monocráticas, prevaleceram como requeridos os usuários, com 39 (64%) e o Estado e municípios, bem como o Ministério Público foram requeridos de forma similar, com 11 (18%) cada um. As Instituições Filantrópicas foram apenas requerentes nas Decisões Monocráticas, em sua totalidade e não foram requeridos em nenhuma ação.

Em 2009, tanto o Estado e municípios como o Ministério Público e os usuários estavam presentes nas ações como requerentes do processo, em sua grande maioria, como elencados nos dados, respectivamente, 27 (43,5%), três (75%) e 14 (50%). Já as Instituições Filantrópicas estavam, em grande parte, como requerentes, seis (66,7%), no ano de 2010. Da mesma forma, o Estado e municípios e o Ministério Público, foram requeridos, em sua maior parte, com ações no ano de 2009, com valores de 17 (51,5%) e 15 (75%). Ao contrário, os



usuários tiveram ações em que atuaram como requeridos mais no ano de 2010 com 26 (52%) processos.

Por 2009 ter sido o ano que possuiu maior ingresso de processos sobre a judicialização, corroborou para um grande número de ações em que o Estado e os municípios pleitearam pela apreciação dos recursos decorrentes da busca pelo acesso ao SUS. Além disso, observa-se que a participação do usuário foi crescente de 2009 a 2010, com a busca de acesso às tecnologias do SUS, pela via judicial, evidenciando a difusão de informações sobre esse caminho para o exercício da cidadania no país com a busca da efetivação dos direitos sociais para manutenção da dignidade humana.

A partir da análise dos processos judiciais, o Estado e os municípios foram requerentes em 60 (80%) das ações do tipo Agravo de Instrumento, visando o efeito suspensivo de liminares que concediam o acesso dos usuários às demandas pleiteadas nos processos. De forma similar, as Instituições Filantrópicas foram, integralmente, requerentes nos Agravos de Instrumento, com o mesmo intuito acima elucidado. Por outro lado, o Ministério Público atuou como requerente, em grande parte dos Mandados de Segurança, 24 (96%), em favor da concessão de liminares favoráveis aos usuários.

Conseqüentemente, os usuários foram requeridos em 50 (66,7%) ações de Agravos de Instrumento e o Ministério Público com 19 (25,4%) decorrente das ações recorridas pelo Estado e municípios, que foram, em sua totalidade, os requeridos nos processos de Mandados de Segurança. Esses dados evidenciam que tanto o Estado e os municípios recorrem das ações ajuizadas para o acesso ao sistema, desde as tecnologias contempladas na Atenção Básica de atenção à saúde e Média Complexidade, como aquelas referentes a agravos de condições clínicas raras.

Outro ponto evidencia que o Estado e municípios estavam presentes nas ações, como requerentes, em 36 (58,1%) processos no município de Salvador e, integralmente, para Alagoinhas, Itabuna e os demais do interior do estado. Da mesma maneira, os usuários e as Instituições Filantrópicas estavam, em sua totalidade, como requerentes nas ações no município de Salvador. De outro modo, o Ministério Público foi requerente, em grande parte, três (75%), nas ações com origem em Feira de Santana. De forma similar, o Estado e municípios foram requeridos, em sua maioria, 29 (87,9%), nas ações de Salvador, bem como os usuários com 40 (80%) dos processos.

Ao relacionar os requerentes com os tipos de demandas pleiteadas, infere-se que o Estado e municípios foram requerentes em 43 (69,4%) ações em que os usuários litigavam o fornecimento de medicamentos pelo SUS, seguidos pelos usuários com 24 (85,7%) dos



processos e, o Ministério Público, que atuou integralmente nas ações em que foi requerente para o fornecimento de medicamentos. Das ações relacionadas ao fornecimento de alimentos – leite, o Estado e municípios foram requerentes em quatro (66,7%) e, igualmente para as cirurgias. Já as Instituições Filantrópicas atuaram como requerentes em oito (88,9%) das ações para o acesso a internamento e tratamento.

No tocante aos requeridos, o Estado e municípios estiveram presentes em 28 (84,8%) dos processos que pleiteavam medicamentos, o Ministério Público com 16 (80%) e, por último, os usuários com 28 (56%). Ademais, para o fornecimento de alimentos – leite, metade das ações, três (50%), teve como requerido o Estado e municípios e, para as cirurgias, grande quantidade dos processos, cinco (83,4%), apontou como requeridos os usuários. Com esses dados, conclui-se que o elevado número de processos que indicam o Ministério Público e os usuários como requeridos estão atrelados à negativa do Estado e dos municípios em concederem as demandas que foram pleiteadas para o acesso ao sistema de saúde.

Para os agravos que indicam as demandas pleiteadas, o Estado e municípios estiveram presentes como requerentes em 39 (62,9%) e os usuários em 17 (60,7%) dos processos com agravos Crônico-degenerativos. De maneira semelhante, o Estado e municípios foram requerentes de ações para agravos Gastrointestinais em quatro (57,1%) processos e, para os agravos Autoimunes e raros, com cinco (50%) bem como os usuários. Dado importante a ser analisado, diz respeito aos processos que não possuem informação sobre o agravo que o usuário está acometido para pleitear o acesso ao SUS, em que metade das ações (50%) o Estado e municípios foram requerentes e 35,7% (cinco) os requerentes foram as Instituições Filantrópicas. A informação sobre a condição clínica do usuário que litiga a ação é necessária para a apreciação pela autoridade judicial quanto à urgência e/ou emergência da concessão da liminar.

Paralelamente, o Ministério Público, usuários, Estados e municípios foram requeridos na maioria das ações relacionados aos agravos Crônico-degenerativos, com valores de, respectivamente, 11 (55%), 31 (62%) e 21 (63,6%) processos. Em consonância com o que foi explanado anteriormente, os usuários foram requeridos, em grande parte, para as ações que não continham informação sobre o tipo de agravo acometido 11 (78,6%), no intuito de maiores esclarecimentos vislumbrando o andamento dos processos de forma célere, clara e justa.

Na análise das decisões proferidas, já foi descrito que na maioria das ações as demandas pleiteadas para o acesso ao sistema de saúde são atendidas. Dessa forma, dos processos analisados, apenas dois (3,2%) em que o Estado e municípios foram requerentes



não houve a demanda atendida, três (10,7%) e um (11,1%) quando os usuários e as Instituições Filantrópicas, respectivamente, foram os requerentes das ações. Nas demais ações, para todos os grupos de requerentes analisados, as demandas foram atendidas em favor dos usuários.

Ainda concernente às decisões, a mesma conformação se apresenta nas ações em que os usuários e Estado e municípios, respectivamente, possuem valores de, três (6%) e três (9,1%) quando são requeridos nos processos e as demandas não são atendidas para os usuários. De igual forma, as demais foram todas favoráveis ao acesso dos cidadãos às tecnologias de saúde do SUS que foram litigadas.

Esses dados evidenciam o elevado percentual de liminares que são concedidos favoráveis aos usuários quando há judicialização da saúde no SUS. O perfil que a Bahia configura com relação ao objeto em questão também está elucidado nas demais localidades que apresentaram essas demandas, como já foram descritos acima.

Tabela 03 - Requerentes e Requeridos por Acórdãos e Decisões Monocráticas no período de 2005 a 2010.

Acórdãos e Decisões Monocráticas N = 103							
Requerente	Ano						Total
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Estado/ Município	01(1,6%)	03(4,8%)	01(1,6%)	08(13%)	27(43,5%)	22(35,5%)	62(60,2%)
Ministério Público	--	--	--	01(25%)	03(75%)	--	04(3,9%)
Usuários	01(3,6%)	--	01(3,6%)	07(25%)	14(50%)	05(17,8%)	28(27,2%)
Instituição Filantrópica	--	--	--	--	03	06	09(8,7%)
<b>Requerido</b>							
Estado/ Município	01(3%)	--	01(3%)	09(27,3%)	17(51,5%)	05(15,2%)	33(32%)
Ministério Público	--	01(5%)	--	02(10%)	15(75%)	02(10%)	20(19,4%)
Usuários	01(2%)	02(4%)	01(2%)	05(10%)	15(30%)	26(52%)	50(48,6%)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor com as ações disponíveis no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia.

O último ponto analisado das ações judiciais do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, no período de 2005 a 2010, refere-se ao ano que ocorreu o julgamento dos processos.



Ao analisar o gráfico 03, nota-se que houve um acréscimo de decisões julgadas, principalmente, no ano de 2009, que apresentou 54 (52,4%) processos julgados, sendo a mesma quantidade tanto para os Acórdãos como para Decisões Monocráticas. Após 2009, as Decisões continuaram em elevação, com 33 (54,1%) de seus processos julgados, ao contrário dos Acórdãos, que atingiram apenas seis (14,3%) dos seus julgamentos.

Entretanto, a partir de 2010, houve um decréscimo acentuado no julgamento de todas as ações judiciais, com apenas um (1,6%) processo julgado. Estima-se que esse valor não condiz com a realidade do ordenamento jurídico do Estado com relação à celeridade dos processos e atrelam-se esses valores a não alimentação do sistema com os processos julgados no período discutido. Essa limitação esta presente em todo o estudo, pois esses valores ainda são aquém perante a realidade que o Estado vivencia no que diz respeito ao acesso ao sistema de saúde.

Em 2009, a maioria das ações julgadas, 34 (63%) foi proveniente de Agravos de Instrumento e 19 (35,2%) de Mandados de Segurança. Seguindo o mesmo padrão, em 2010, 33 (84,6%) das ações foram de Agravos de Instrumento e apenas seis (15,4%) de Mandados de Segurança.

Ao correlacionar com a cidade de origem dos processos, 38 (70,4%) julgamentos realizados em 2009 tiveram Salvador como cidade originária da ação judicial e, em 2010, 28 (71,8%). As demandas advindas do município de Feira de Santana foram julgadas, em sua maioria, nove (75%) no ano de 2009, juntamente com os provenientes de Itabuna, três (75%). Para os demais municípios do interior do Estado, a maior quantidade de julgamentos, oito (72,7%) ocorreu no ano de 2010. Esse dado evidencia a maior participação dos municípios do interior do Estado, a partir de 2010, na judicialização para o acesso ao SUS.

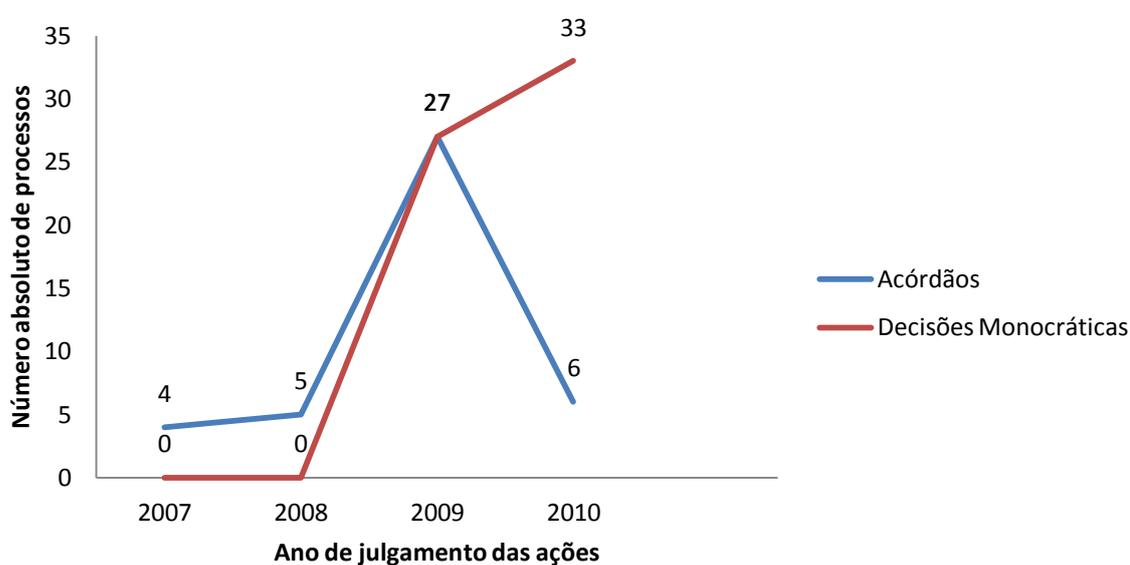
Com o tipo de demanda litigada, o fornecimento de medicamentos obteve julgamento em 2009 de 35 (64,8%) processos e, em 2010, 28 (71,8%). Todas as ações que demandam por fornecimento de alimento – leite – foram julgadas em 2009, bem como as de cirurgia, quatro (66,7%). No que concerne aos agravos, os crônico-degenerativos tiveram julgamento da totalidade em 2007 e 2008, com julgamento de 31 (57,4%) em 2009 e de 27 (69,2%) em 2010. No entanto para os agravos Gastrointestinais todos foram julgados em 2010, igualmente ao de Causas Externas. As ações que não possuíam informações a respeito dos agravos acometidos pelos usuários, foram julgadas, em sua maioria, oito (57,1%) em 2010.

As decisões proferidas que concederam liminares favoráveis ao acesso ao SUS foram contempladas integralmente em 2007 e 2008 e no ano de 2009, a maioria teve decisão favorável, com 50 (92,6%) demandas atendidas, e, em 2010, com 37 (94,9%) decisões



favoráveis. Esse dado contempla as decisões com demandas atendidas e as parcialmente atendidas. Estas que foram proferidas parcialmente concederam o acesso aos cidadãos com ressalvas que não comprometiam o usuário, como por exemplo, redução do valor da multa, extensão do prazo para adequação e atendimento dos serviços. As decisões não favoráveis aos usuários foram proferidas, em grande parte, quatro (66,7%), no ano de 2009. Estas estão atreladas a falta de informações necessárias à apreciação das autoridades judiciais na elaboração das decisões.

Gráfico 03: Ano de julgamento das ações por Acórdão e Decisões Monocráticas



Fonte: Elaborado pelo próprio autor com as ações disponíveis no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia.

Após o detalhamento desses dados oriundos da análise dos 103 processos com demandas que versam sobre a judicialização da saúde, no Estado da Bahia, no período de 2005 a 2010, pode-se concluir que há uma crescente demanda por ações que pleiteiam o acesso às tecnologias de saúde do SUS, que possui uma tendência de crescimento para os anos posteriores, decorrente da jurisprudência firmada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009 e da difusão de informação sobre o tema para a sociedade, principalmente por meio da mídia.

Ademais, a busca por medicamentos detalha a característica emblemática da sociedade com a supervalorização dos medicamentos e, conseqüente, seu uso irracional, além da valorização dada às tecnologias duras em detrimento das relacionais vislumbradas pelo sistema de saúde que luta pela promoção e prevenção em sua Constituição, Leis, Decretos e Portarias, que constantemente fazem parte do arcabouço jurídico do nosso sistema de saúde.



Outro ponto intrigante da análise refere-se ao grande litígio por medicamentos essenciais, que são contemplados pela Assistência Farmacêutica, no nível ambulatorial do sistema, para tratamento de Diabetes, Hipertensão e Cardiopatias, associados aos medicamentos de maior custo à Administração Pública para o tratamento de Hepatite C, Cânceres e Doenças Raras.

Posterior à análise desses dados percebe-se o quanto nosso sistema de saúde, apesar dos 24 anos de existência, ainda caminha em passos curtos para o atendimento da universalidade, integralidade e equidade de suas ações. Passos esses, que são permeados por momentos de retrocessos, superação e avanços. A judicialização da saúde faz parte dessa construção, desse delineamento de passos, corroborando com o desenvolvimento crítico e participativo de todos que compõem o sistema - usuários, profissionais de saúde, gestores, acadêmicos e, também, as autoridades judiciais, para estabelecimento de um SUS justo e pertencente a todos os cidadãos.



## **4.2 O Poder Judiciário desvelando um caminho para o Acesso às Tecnologias de Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS**

O acesso às tecnologias de saúde no SUS através do Poder Judiciário determina a garantia do direito à vida e à saúde aos usuários que apresentam as demandas pleiteadas atendidas em quase a totalidade das ações. Esse caminho alternativo percorrido pelo usuário além de permitir o acesso ao sistema de saúde proporciona o exercício da cidadania determinada pela participação desse indivíduo como um cidadão, que vislumbra o cumprimento de seus direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e almeja por uma justiça social.

Os direitos sociais protegidos no ordenamento jurídico brasileiro derivam dos direitos humanos fundamentais, que são direitos históricos por terem se desenvolvido a partir de processos de lutas em defesa dos direitos e de liberdade, de forma gradual e evolutiva, gerando as quatro dimensões, consideradas atualmente, dos direitos fundamentais. Essas dimensões que direcionam e inspiram o posicionamento adotado nas decisões prolatadas pelos juízes, como também no comportamento administrativo do Executivo e da cidadania exercida pelos indivíduos na tentativa constante de resolução de um único entrave, a garantia dos direitos que são próprios e conquistados pelo homem (BOBBIO, 2004).

O poder do cidadão na busca por esses direitos desvela um leque de possibilidades do indivíduo como um sujeito ativo que busca o acesso à justiça como uma garantia efetiva do cumprimento dos direitos instituídos na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que elucida a democracia e a paz como fundamentos para o entendimento do direito à vida como qualidade de vida e fundamental para a dignidade da pessoa humana.

A Sociedade Civil Organizada possui grande poder na efetivação dos direitos humanos atuando como atores fundamentais na mobilização do Poder Judiciário para a satisfação de seus direitos que foram negados ou insatisfeitos. Essa faculdade de mobilização social possui forças que movimentam o ordenamento jurídico em favor dos indivíduos com o acesso à justiça e são propulsoras de mudanças na atuação prática dos direitos. Destarte, a atuação da Sociedade Civil Organizada se faz presente tanto no âmbito internacional, com o acesso a tratamento para HIV/AIDS no Chile, a não segregação escolar nos Estados Unidos, o acesso à saúde na Alemanha, o acesso a serviços de saúde pelos acometidos por surdez no Canadá, entre outros exemplos de participação social na busca pelos seus direitos (CONTESSÉ, PARMO, 2008).



No Brasil, a mobilização social apresenta resultados semelhantes, com resultados favoráveis aos cidadãos quando há o acesso à justiça. No caso brasileiro, em particular, a maior demanda do Poder Judiciário está atrelada às ações que pleiteiam acesso ao sistema de saúde, sendo o fornecimento de medicamentos o mais litigado. Estes medicamentos foram, primeiramente, solicitados para o tratamento dos usuários com HIV/AIDS e, com a evolução da sociedade, a partir do aumento da expectativa de vida da população, os que mais são requisitados se enquadram no tratamento de doenças crônicas, associado às doenças raras, decorrente do avanço tecnológico.

Para o sistema de saúde, as demandas por medicamentos pela via judicial provocam grandes prejuízos ao planejamento e gerenciamento das ações e serviços ofertados pelo SUS, além de deslocamento das verbas orçamentárias destinadas à saúde para o cumprimento das ações judiciais individuais, na grande maioria, ou coletivas. Estados como São Paulo e Rio Grande do Sul gastaram, respectivamente, mais de 40 e 30% do orçamento estadual da Secretaria de Saúde no ano de 2007, com cumprimento de ações judiciais para medicamentos (CYRILLO, CAMPINO, 2010).

Essa busca significativa por tecnologias de saúde que abordamos no estudo como, medicamentos, alimentos, internamentos, tratamentos, exames, transferências, próteses, aparelhos, dentre outros, elucidam a expressiva notoriedade do uso das “tecnologias duras” discutidas por Merhy (2007) e da demasiada medicalização do cuidado à saúde, que está presente no cotidiano da sociedade a partir da globalização, na organização dos serviços e fortalecida pelo acesso à justiça com o Poder Judiciário, desvalorizando as tecnologias relacionais e o poder ativo do sujeito no direcionamento do processo saúde-doença.

Com a análise realizada no Estado da Bahia, as demandas judiciais na saúde convergem com os dados estatísticos do país, com o acesso a medicamentos sendo o mais litigado no Poder Judiciário. A análise dessas ações permite inferir que independente do estado ou região, a judicialização avança significativamente, promovendo alterações tanto no Executivo, através do planejamento e gerenciamento das ações e serviços e orçamentos com o cumprimento dos processos, como no Judiciário, forçando as autoridades judiciais a aprofundarem seus conhecimentos para decisões mais justas e coerentes, tanto com os usuários como para os serviços, além da sociedade, através da incorporação de mais um dispositivo para o exercício do efetivo controle social e cidadania.

A partir da judicialização, os direitos preconizados na Carta Magna passam a ser visualizados como possíveis a serem cumpridos e garantidos àqueles cidadãos que tiveram seu acesso ao SUS negado ou dificultado, independente da barreira institucional, geográfica,



política, social ou até mesmo econômica enfrentada que inviabilizou ao cidadão a efetivação dos seus direitos e, em alguns casos, de forma significativa, na manutenção da qualidade de vida e dignidade da pessoa humana.

Os resultados obtidos advindos da análise dos processos judiciais que litigavam o acesso às tecnologias de saúde no SUS no Estado da Bahia demonstram que a maioria das demandas pleiteada no Poder Judiciário foi atendida com determinação de cumprimento pelo Estado ou município do que foi solicitado, independente das alegações que os mesmos apresentavam nos recursos como justificativa para se escusarem das decisões. Essa postura apresentada pelo Tribunal de Justiça da Bahia é consonante com a jurisprudência adotada pelo Supremo Tribunal Federal após Audiência Pública realizada em 2009 no que diz respeito à judicialização da saúde no país, com a consolidação do entendimento de que a garantia do direito à vida e a saúde está pautada no princípio da dignidade da pessoa humana na resolução de processos judiciais que demandam cuidado à saúde pelo SUS.

Nesse sentido, na realização da Audiência Pública, casos foram destacados na solidificação do posicionamento adotado no STF, a título de exemplo, o Estado de Pernambuco, que foi determinado a custear as despesas na realização de cirurgia para implante de marcapasso diafragmático muscular em vítima de assalto que foi de elevado custo e realizado ainda como procedimento experimental, no Estado do Ceará e município de Sobral, que foram determinados a transferirem todos os pacientes que necessitassem de UTI para esta unidade, a determinação do fornecimento de medicamentos para um usuário com doença genética rara e degenerativa no Estado do Paraná e no município de Igrejinha com fornecimento de medicamento para Leucemia, que constava na lista do SUS, porém em falta na Farmácia Popular (BRASIL, 2009).

As ações que não tiveram as demandas dos usuários atendidas estavam atreladas a falta de comprovação da demanda com documentação legal e a falta de interesse da parte no processamento da ação. Assim, em todos os outros casos analisados, a demanda foi atendida, com, apenas alguns, apresentando ajustes, em relação à dilação do prazo para cumprimento da decisão ou redução no valor da multa caso não houvesse a efetivação do que foi pleiteado.

As provas pré-constituídas são imprescindíveis para o fundamento da demanda detalhando o estado de saúde dos usuários e a necessidade da tecnologia pleiteada e devem ser apresentadas, por meio de receitas e relatórios médicos, devidamente assinados, carimbados e com apresentação do registro profissional pelo Conselho Regional de Medicina – CRM, para que sirvam de base no processamento e julgamento das ações e sustentem as decisões proferidas pelos juízes.



Outro ponto analisado evidencia que os processos, em sua maioria, são em favor de apenas um indivíduo. A jurisprudência adotada pelo Judiciário delinea que o Estado é responsável pelo cumprimento do direito à saúde, que é um direito social, logo coletivo, mas, principalmente, individual e que as necessidades de cada cidadão devem ser atendidas.

Em relação aos direitos sociais, é preciso levar em consideração que a prestação devida pelo Estado varia de acordo com a necessidade específica de cada cidadão. Assim, enquanto que o Estado tem que dispor de um determinado valor para arcar com o aparato capaz de garantir a liberdade dos cidadãos universalmente, no caso de um direito social como a saúde, por outro lado, deve dispor de valores variáveis em função das necessidades individuais de cada cidadão. Gastar mais recursos com uns do que com outros envolve, portanto, a adoção de critérios distributivos para esses recursos (BRASIL, 2009b, p.11).

Para o Judiciário, o fato de ser garantido o direito apenas a um indivíduo não desmerece a decisão favorável, pois o mesmo possui direitos iguais ao da coletividade para a efetivação dos direitos e preservação da dignidade na manutenção da saúde. No entanto, este foi o maior ponto de alegação tanto do Estado como do município, para que não houvesse o cumprimento das decisões, alegando que não poderia ser em favor apenas de um indivíduo em detrimento da coletividade, deslocando planejamento e orçamentos de programas coletivos para o atendimento de uma demanda individualizada.

Em alguns casos houve a determinação da ampliação do fornecimento da tecnologia pleiteada a todos os cidadãos que se enquadrarem nos critérios para seu uso. Nesse sentido, o individual proporcionou a ampliação do serviço para os demais usuários, para que pudessem, também, usufruir e ter garantido seu acesso ao SUS, como nos casos de acesso a medicamentos para pacientes em retratamento da Hepatite C, tratamento para Transtorno Bipolar e Câncer.

Ademais, os requeridos nos processos alegavam que as tecnologias litigadas, em sua maioria, eram de elevado custo para o sistema, ainda mais quando associados ao atendimento individualizado, bem como algumas não faziam parte do rol de serviços oferecidos pelo SUS e que, atualmente, são delimitados pelo RENASES, ou até mesmo, que não possuíam registro junto à ANVISA, sem autorização e/ou comprovação para sua utilização no país.

De acordo com o voto do Ministro Gilmar Mendes, em ação paradigma para a judicialização da saúde (BRASIL, 2009b, p.26),

(...) deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente.



Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso.

Ressalte-se, ainda, que o alto custo do medicamento não é, por si só, motivo para o seu não fornecimento, visto que a Política de Dispensação de Medicamentos excepcionais visa a contemplar justamente o acesso da população acometida por enfermidades raras aos tratamentos disponíveis.

Esse entendimento com relação à dispensação de medicamentos pelo SUS, através do Judiciário, não escusa o Estado da responsabilidade da garantia de acesso ao direito à vida do cidadão, entretanto, permite que haja uma ponderação na decisão, favorecendo, primeiramente, o tratamento fornecido pelo SUS caso não se comprove a ineficácia ou impropriedade do sistema. Posteriormente, se a demanda não estiver sendo contemplada pelas políticas do sistema de saúde, para o Ministro Gilmar Mendes, em seu voto, (BRASIL, 2009b, p.24), “é imprescindível distinguir se a não prestação decorre de uma omissão legislativa ou administrativa, de uma decisão administrativa de não fornecê-la ou de uma vedação legal a sua dispensação”.

Ademais, vale ressaltar que a atuação do Poder Judiciário na judicialização da saúde não vislumbra a interferência na atuação dos demais poderes com criação de políticas públicas, como é alegado em diversos recursos oriundos da escusa dos entes federados e, sim, na efetiva concretização das políticas já existentes que não estão sendo cumpridas pelos órgãos competentes do Executivo. Esse posicionamento foi consolidado após a Audiência Pública em 2009, em que o Ministro Gilmar Mendes, em seu voto discorre que,

Após ouvir os depoimentos prestados pelos representantes dos diversos setores envolvidos, ficou constatada a necessidade de se redimensionar a questão da judicialização do direito à saúde no Brasil. Isso porque, na maioria dos casos, a intervenção judicial não ocorre em razão de uma omissão absoluta em matéria de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas tendo em vista uma necessária determinação judicial para o cumprimento de políticas já estabelecidas. Portanto, não se cogita do problema da interferência judicial em âmbitos de livre apreciação ou de ampla discricionariedade de outros Poderes quanto à formulação de políticas públicas (BRASIL, 2009b, p.22-3).

No tocante aos custos causados à administração pelo acesso às tecnologias, o posicionamento elucidado pelo STF está atrelado à garantia de, pelo menos, o mínimo existencial necessário para que o indivíduo e/ou coletividade vislumbre a dignidade da pessoa humana, como discorre o Ministro Celso de Mello em seu voto no (BRASIL, 2009b, p. 44-5):

**Não se mostrará lícito**, contudo, ao Poder Público, **em tal hipótese**, criar obstáculo artificial **que revele** – a partir de **indevida** manipulação de sua atividade financeira



e/ou política-administrativa – o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência (ADPF 45/DF, Rel. Min. Celso de Mello, Informativo/STF n° 345/2004).

Cumprir advertir, desse modo, que a cláusula da “reserva do possível” – ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se, dolosamente, do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade (grifos do autor).

Além da alegação dos altos custos para o sistema que comprometem o planejamento das ações e serviços do SUS, outra causa para a escusa do Executivo em cumprir a decisão faz referência à determinação da competência de cada ente federado. Não obstante, o Judiciário entende que independente da esfera que foi litigado a demanda, todas são responsáveis pelo cumprimento do direito à vida e à saúde dos cidadãos, a partir do estabelecimento da responsabilidade solidária inerente às esferas do Executivo.

A competência comum dos entes da Federação para cuidar da saúde consta do art. 23, II, da Constituição. União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidários pela saúde, tanto do indivíduo quanto da coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa, pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área da saúde.

O fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizados os serviços e conjugado os recursos financeiros dos entes da Federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles (BRASIL, 2009b, p. 17-8).

Esta justificativa esteve presente em todas as ações em que o Estado e o município negavam a responsabilidade, colocando-a em outra esfera, da efetivação das decisões. No entanto, as decisões determinaram o cumprimento das decisões independente do ente federado responsável.

Algumas ações apresentaram a informação do usuário que realizou o pedido administrativo junto ao órgão de saúde como também o Estado e o município alegando que não tinha sido efetivada nenhuma solicitação administrativa para a demanda pleiteada. Esse dado pode significar um ponto de partida para o estabelecimento da comunicação entre o usuário – serviços de saúde – Judiciário. Com o entendimento do pedido administrativo como uma tentativa do usuário em ter acesso ao SUS, caso este seja negado pelo órgão competente no campo da saúde, determina a abertura do caminho do usuário para a via judicial. No entanto, se estes pedidos fossem analisados, *a priori*, pelos entes federados competentes,



poderiam procurar soluções cabíveis às demandas e, com isso, serem considerados pontos-chaves para a redução da judicialização.

Além disso, o Poder Judiciário destaca ser imprescindível o estabelecimento de critérios para embasarem as decisões das ações judiciais como, por exemplo, a análise de existência de políticas públicas de saúde sobre determinada demanda em questão, bem como a revisão periódica dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, periodicamente, e a elaboração de novos protocolos, por órgãos competentes, no intuito de acompanhar a evolução tecnológica e, a partir disso, possibilitarem a incorporação de novas tecnologias ao sistema de saúde.

Dessa forma, a existência desses protocolos permite que haja uma maior segurança ao usuário com relação ao uso de medicamentos e/ou, bem como permite uma melhor distribuição dos recursos públicos. Todavia, em casos que as indicações terapêuticas não estejam contempladas pelos protocolos, o Estado não pode exonerar-se da obrigação de cumprimento das decisões, mas, estas, devem ser categoricamente analisadas e fundamentadas, para que não traga efeitos negativos aos usuários e uso indevido e/ou inadequado dos recursos.

**Parece certo que a inexistência de Protocolo Clínico o SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema, nem justificar a diferença entre as opções acessíveis aos usuários da rede pública e as disponíveis aos usuários da rede privada. Nesses casos, a omissão administrativa no tratamento de determinada patologia poderá ser objeto de impugnação judicial, tanto por ações individuais como coletivas. No entanto, é imprescindível que haja instrução processual, com ampla produção de provas, o que poderá configurar-se um obstáculo à concessão de medida cautelar.**

**Portanto, independentemente da hipótese levada à consideração do Poder Judiciário, as premissas analisadas deixam clara a necessidade de instrução das demandas de saúde para que não ocorra a produção padronizada de iniciais, contestações e sentenças, peças processuais que, muitas vezes, não contemplam as especificidades do caso concreto examinado, impedindo que o julgador concilie a dimensão subjetiva (individual e coletiva) com a dimensão objetiva do direito à saúde. Esse é mais um dado incontestável, colhido na Audiência Pública – Saúde (BRASIL, 2009b, voto do Min. Gilmar Mendes, p. 28) (grifo do autor).**

Assim, inferimos a relevância dada pelo Judiciário no fundamento da necessidade de saúde pleiteada para que haja uma decisão justa e coerente, tanto com o indivíduo como para a administração. Nesse ínterim, visualizamos a veemente necessidade de um corpo de profissionais técnicos da área de saúde para atuarem juntamente com as autoridades judiciais na desenvoltura de ações que demandem de instruções para embasarem seus atos decisórios.



Diante da análise dos processos, as solicitações de acesso às tecnologias de saúde no SUS encontradas foram categorizadas em grupos de demandas, tais como acesso a medicamentos, a internamentos e tratamentos, a cirurgias e as demais solicitações como, acesso a exames, próteses, aparelhos, materiais, transporte, transferências foram reunidas em um único grupo de análise, por representarem a minoria das ações.

#### **4.2.1 Judicialização da Saúde para o Acesso a Medicamentos no SUS**

O acesso a medicamentos no SUS pela via judicial tem notoriedade significativa por apresentar o maior número de processos judiciais que foram ajuizados no Estado da Bahia. Estas ações são, em sua maioria, decididas em favor do usuário para que o mesmo tenha seus direitos constitucionais garantidos, independente se as medicações pleiteadas estão disponíveis no SUS, se integram a lista do RENAME e, até mesmo, se possuem registro, autorização e com eficácia comprovada pela ANVISA.

Alguns estudos como de Chieffi e Barata (2010), Leite e Mafra (2010) e Lopes e colaboradores (2010) evidenciam a cautela quanto à dispensação de medicamentos pela via judicial, por grande parte destes, estarem relacionados a inovações terapêuticas, sem registro sanitário, com indicações diferentes das que foram registrados, caracterizando o uso *off label*. Com o uso de medicamentos novos que não possuem a eficácia garantida pelo órgão regulador do país, os tratamentos não asseguram resultados positivos aos usuários, além de onerar o SUS ao financiar tratamentos que seriam de responsabilidade dos laboratórios vinculados aos medicamentos.

Nesse ínterim, esses autores compreendem que a indústria farmacêutica possui grande influência nas prescrições médicas, para que haja o aumento das vendas de determinados produtos, estimulando a sociedade para um uso intenso de medicamentos, muitas vezes, não acessíveis financeiramente pelos usuários e, determinando, por via judicial, que o Estado se responsabilize pela sua aquisição, privilegiando laboratórios e indústrias farmacêuticas na divulgação de seus produtos, tidos como inovações tecnológicas imprescindíveis para a recuperação dos indivíduos.

Ademais, a utilização de medicamentos de forma indiscriminada poderá causar grandes prejuízos à saúde dos indivíduos, proporcionando o advento de eventos adversos imprevistos, caracterizado pelo uso irracional de medicamentos. Esse fator desloca a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos para um segundo plano no direcionamento das políticas públicas de saúde, através do foco substancial dado aos



medicamentos, principalmente os excepcionais e de alto custo. Como já explicitado, esse fator condiciona a demasiada relevância dada às tecnologias duras e à medicalização da sociedade no cuidado à saúde.

Essa medicalização da sociedade e, por consequência, a medicalização do próprio Poder Judiciário decorre de uma mudança cultural e social de forma histórica e gradual, desde a introdução dos conhecimentos médicos na sociedade e sua difusão alavancada pela globalização. Essa situação faz com que a sociedade evolua no sentido de se tornar mais dependente dos profissionais de saúde, em particular, da categoria médica, em detrimento da valorização potencial de sua singularidade e liberdade na condução do processo saúde-doença de cada cidadão de forma individual e/ou coletiva (TESSER, 2010).

As dificuldades enfrentadas pelo cuidado à saúde e pelo sistema de saúde do país estão diretamente atreladas a essa medicalização, pois promove a fragmentação das ações, inviabilizando a integralidade, a qualidade do cuidado, o estabelecimento de vínculo e responsabilização entre os usuários e os profissionais, de forma dialógica, com a supremacia de tecnologias duras em detrimento das leves, pautadas por rigidez e inovações tecnológicas, que intensifica a concepção biologicista das doenças.

Somado à medicalização está a escusa dos requeridos em cumprirem às ações com alegação de não ser possível o privilégio de um indivíduo em detrimento da coletividade, pautado na integralidade, universalidade e equidade preconizados pelo SUS. Além de que, o direcionamento de verbas orçamentárias de forma individualizada irá acarretar redução de serviços para a coletividade. A título de exemplo, uma alegação do Estado justificando a dispensa no cumprimento da decisão em fornecer o medicamento a um usuário (Doc. 70, p. 01):

Aduz, em sua retórica, que o provimento liminar antecipatório acarreta lesão à saúde pública, sobretudo no que concerne à gestão dos recursos exíguos que deverão ser destinados a um número indeterminado de pacientes e não a um único beneficiário, o que configuraria malversação de verba pública, devendo ser disponibilizada para o tratamento de outras doenças, mais usuais e de menor custo para o erário.

Nesse caso em específico, além das alegações acima discorridas, o Estado apresenta uma justificativa no seu recurso que contraria todos os princípios e diretrizes do SUS e à Constituição, ao afirmar que os recursos financeiros do sistema devem ser alocados preferencialmente em doenças mais comuns na sociedade e que sejam de menor custo aos cofres administrativos. Com isso, está condenando aquele indivíduo que possui uma doença



rara e que demanda por tratamentos de elevados custos a padecerem com suas patologias e de não estar cumprindo aos seus deveres constitucionais, focando apenas as finanças públicas em detrimento da dignidade da pessoa humana.

O Judiciário consolida seu entendimento que o Estado não deve exonerar-se de suas obrigações e do cumprimento de cláusulas estabelecidas na Carta Magna evocando a responsabilidade de assegurar aos cidadãos o direito à saúde em sua amplitude determinando a integralidade do cuidado do indivíduo independente da patologia que o acomete. Assim, determina que “é obrigação do Estado (...) assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à medicação ou congêneres necessários à cura, controle ou abrandamento de suas enfermidades, sobretudo as mais graves” (Doc. 70, p.2).

Assim, os direitos sociais são garantidos a cada indivíduo e/ou coletividade com a efetivação do direito à saúde e da preservação da dignidade da pessoa humana ratificando que o acesso ao sistema de saúde é um direito de todos e que deve ser cumprido pelo Estado para a universalidade e equidade do sistema e o cuidado de saúde prestado de forma integral, digna e responsável.

Nesse sentido, a jurisprudência consubstanciada pelo Tribunal de Justiça do Estado da Bahia direciona o Estado como responsável pelo cumprimento de suas obrigações no tocante ao direito à saúde a todos os cidadãos.

não procede a argumentação da Procuradoria do Estado no sentido de que o acolhimento da demanda irá beneficiar o Impetrante em detrimento de toda a coletividade, pois ao Estado compete promover políticas públicas que garantam atendimento de saúde a todos os que dele necessitarem. As expensas públicas devem ser direcionadas prioritariamente ao atendimento dos direitos fundamentais, como e o caso do direito a saúde. Não é lícito, pois, ao gestor do dinheiro público, sem qualquer demonstração objetiva, utilizar-se de argumentos orçamentários para eximir-se de suas obrigações constitucionais, especialmente no que diz respeito ao direito a saúde, corolário do direito a vida, cuja proteção e a razão fundamental de existir do Estado (Doc. 20, p.5).

Entretanto, o Poder Judiciário, em alguns casos, estendeu a demanda individualizada para a coletividade, em situações como retratamento para Hepatite C, Transtorno Bipolar e Câncer, devido ao significativo número de ações similares e pela relevância do agravo em causar riscos à vida do cidadão.

Trata-se de recurso de Apelação interposto pelo Estado da Bahia, (...) condenando este a fornecer o medicamento Interferon, na forma Peguilada, a todos os pacientes portadores do vírus da Hepatite C que dele necessite por prescrição médica.  
(...)



Convém ressaltar, que não pretendeu o *Parquet* (Ministério Público) o fornecimento do medicamento de forma generalizada a todos os portadores do vírus da Hepatite C, mas tão somente aos pacientes que por prescrição médica dele necessitem.

(...)

Como bem destacou o magistrado sentencialmente, “o médico que faz o acompanhamento do tratamento do portador da Hepatite C, determina que para combatê-la o mesmo deve se submeter ao retratamento com o Interferon Peguilado, este deve ser medicado na forma prescrita, não cabendo à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia excluir o paciente do programa somente porque ele já foi tratado anteriormente com o já citado remédio, sob pena de o seu fornecimento configurar lesão ao direito à vida”.

(...)

Existindo medicamento capaz de propiciar um melhor tratamento dos pacientes portadores do vírus da Hepatite C, mormente quando resta evidenciada a necessidade da ingestão do medicamento sugerido por autoridade médica competente, mostra-se lícito exigir sua realização pelo Poder Público, que desta obrigação não pode se eximir (Doc. 01, pp. 2, 7 e 10).

O Ministério Público ajuizou Ação Civil Pública (...), objetivando garantir a extensão da padronização do medicamento TRILEPTAL aos portadores de Transtorno Bipolar, bem como o fornecimento do medicamento à cidadã.

(...)

Segundo consta dos autos, o anticonvulsivante TRILEPTAL solicitado não está incluído no Programa de Medicamentos Excepcionais em Saúde Mental da SESAB/MS para o transtorno psíquico que acomete a paciente (...) e os demais portadores de Transtorno Bipolar (Doc. 31, pp.6 e 7).

O tratamento para portadores de Hepatite C é regulamentado no país pela ANVISA através da Portaria SAS/MS nº 863, de 04 de novembro de 2002, através da publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral Crônica C que regulamenta o fornecimento dos medicamentos Ribavirina, Interferon Alfa e o Interferon Alfa Peguilado a todos os pacientes com diagnóstico da patologia referida. No entanto, no referido protocolo destaca-se como critérios de exclusão do tratamento pacientes que realizaram tratamentos prévios com as medicações já indicadas (BRASIL, 2002b).

Apenas em 2012, com a publicação da Portaria nº 20, de 25 de julho de 2012, o Sistema Único de Saúde incorpora os medicamentos Telaprevir e Boceprevir no retratamento da Hepatite Crônica C em associação com os demais medicamentos já estabelecidos (BRASIL, 2012). Durante esta lacuna temporal, os indivíduos acometidos pela patologia que não obtiveram êxitos nos tratamentos, permaneceram sem uma indicação terapêutica para a resolubilidade de sua demanda. Apesar da incorporação dos medicamentos pelo SUS em julho de 2012, somente em fevereiro de 2013 (BRASIL, 2013a), é lançada uma nota técnica estabelecendo o fluxograma para a dispensação dos medicamentos pelo SUS.

Com relação ao Transtorno Bipolar, o medicamento pleiteado não consta no RENAME (BRASIL, 2012), bem como o Ministério da Saúde não possui nenhum PDCT para



o tratamento e acompanhamento dos usuários que são acometidos pela enfermidade. Nesse sentido, que o Poder Judiciário determina a padronização do uso da medicação para todos os portadores do Transtorno Bipolar. O Estado alega que realizou em 2007 o pedido de avaliação à Comissão Estadual de Farmácia Terapêutica da incorporação da tecnologia, mas no período de julgamento do processo, em 2009, e até os dias atuais, não houve nenhuma incorporação do SUS para a dispensação de tal tecnologia (Doc. 31, p. 4).

Outro ponto, refere-se à utilização da via judicial como caminho para a dispensação de medicamentos devido às dificuldades encontradas pelos usuários, evidenciando barreiras ao acesso dos mesmos dentro do ordenamento administrativo do sistema de saúde. Em algumas ações, os próprios usuários, anteriormente à via judicial, tinham recorrido à instituição de saúde para realizar a solicitação da demanda de forma administrativa. Somente a partir da ausência de posicionamento ou, até mesmo da negativa no atendimento à tecnologia pleiteada, foi recorrido ao Judiciário.

Tratam os autos de Mandado de Segurança (...) contra ato do Secretário de Saúde do Estado da Bahia, ora apontado como Autoridade Coatora, que não teria manifestado-se acerca do seu pedido administrativo para fornecimento da medicação Palivizumabe, da qual necessita urgentemente.

(...)

No mérito, (...) também, foi satisfatoriamente demonstrado que a autoridade coatora omitiu-se na entrega da prestação pleiteada administrativamente pelo genitor da menor. Tal omissão materializou-se em concreto ato ilegal por parte do Estado, na medida em que lhe cabe garantir a todos o direito à saúde, promovendo a prevenção de doenças, proteção e recuperação dos enfermos, conforme obriga o art. 196 da Constituição Federal (Doc. 13, pp. 3, 8).

Alega que solicitou junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, o fornecimento de quatro doses de vacina antipneumocócica e duas doses de antimeningocócica, entretanto, o Estado da Bahia, através do Secretário de Saúde, informou que “as respectivas vacinas não se incluem no calendário regular de vacinação imposto pelo SUS, sendo de responsabilidade dos responsáveis buscar sua satisfação através de adimplemento nas farmácias e clínicas particulares da cidade” (Doc. 41, p.3)

Em outras ações, o próprio requerido alega a necessidade de realização do pedido administrativo junto às esferas competentes para que não houvesse a necessidade de acesso por via judicial, com a resolução da demanda de forma administrativa, além de que a via judicial eleva os custos para o sistema, decorrente do cumprimento da decisão em pouco tempo, atendendo a necessidade do usuário.

Em sede das informações, alegou o impetrado que os impetrantes não formularam qualquer solicitação administrativa dos medicamentos e curativos pleiteados (Doc. 05, p.4).



No mérito, ressaltou que em nenhum momento o Estado da Bahia teria negado tratamento à doença de câncer de mama, CID-50 (carcinoma ductal invasivo) e EC IV (MT hepática, pulmonar) ou especificadamente à cidadã citada, até porque a referida senhora (...), ou mesmo o Ministério Público, jamais teriam procurado o Estado para que prestasse atendimento à enferma, mas apenas para que fornecesse, sem qualquer avaliação prévia, os medicamentos vindicados (Acórdão 11086-1, p.4).

Alude que os medicamentos Oxibutina e Bacofleno vem sendo dispensados ao paciente em questão, conforme atestam os termos de recebimento ora anexados ao processo e com relação ao medicamento Xilocaína Geléia, conforme informação do autor, pode ser adquirido mediante solicitação em processo administrativo ao setor de Apoio Diagnóstico, junto à SMS, todavia o recorrido não faz prova de que tenha providenciado recebê-lo (Doc. 63, p.1).

Para tanto, o Ministério da Saúde organizou um fluxo para que haja a solicitação de medicamentos por via administrativa junto aos órgãos competentes, que podem ser realizados pelo próprio usuário ou responsável. Esses pedidos são analisados por um profissional técnico na área de saúde e, se adequado, será autorizada a dispensação do que foi demandado. No entanto, os medicamentos solicitados devem já estar contemplados e devem ser dispensados de acordo com as recomendações listadas nos PDCT. A responsabilidade pela logística operacional é dos gestores estaduais, enquanto que a CEAF responsabiliza-se pela avaliação, autorização e dispensação. Os documentos necessários para que haja a efetivação do pedido administrativo são (BRASIL, 2013b):

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde;
- Cópia de documento de identidade;
- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
- Prescrição Médica devidamente preenchida;
- Documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado;
- Cópia do comprovante de residência.

A limitação orçamentária é destacada como um dos principais fatores para a escusa do cumprimento das decisões. Principalmente, com a alegação da reserva do possível e de que o financiamento do sistema é finito. Ademais, a alocação das verbas orçamentárias para o cumprimento das decisões proferidas com determinação do fornecimento dos medicamentos esta diretamente atrelada ao planejamento e programação das ações e serviços do sistema de saúde.



Argumenta quanto a existência da cláusula da "reserva do possível", e assevera que ao ser determinado o fornecimento individual do medicamento ao Impetrante, não se leva em consideração que no sistema político e democrático o atendimento aos fins do Poder Público, mediante a realização de gastos, e feito com arrimo em cálculos antecipatórios, legais e rígidos da destinação dos recursos arrecadados, cuja sede própria para discussão e a Assembleia Legislativa do Estado, jamais o Judiciário (Doc. 20, p.3).

*Ab initio*, salienta o Recorrente que a liminar vergastada interfere na função administrativa, na gestão de recursos orçamentários, e imputa ao agravante, sob pena de multa, a responsabilidade por fatos futuros e eventuais, fora da competência do Estado, gerando riscos à Administração Pública.

(...)

Argumentou que com a ordem judicial pretende-se que o Poder Público seja obrigado a atender determinada demanda social, nos moldes requeridos e além das suas capacidades materiais, tratando-se de cumprir o ente federado a realizar o impossível, uma vez que não possui recursos ilimitados (Doc. 55, p.1).

No entanto, o entendimento do Judiciário não acorda com o Executivo, colocando-o como responsável pelo cumprimento de atendimento às necessidades demandadas pelos cidadãos, independentemente dos recursos que será destinado dos cofres públicos para a efetivação dos direitos, bem como dos prejuízos causados à administração e planejamento das políticas públicas.

Ora, sendo dever do Estado (*lato sensu*) garantir a saúde dos cidadãos, e não ignorando as limitações orçamentárias ditadas pela necessidade de atender a toda a coletividade, na ponderação entre esses valores impõe-se ao magistrado eleger aquele que, no caso concreto, revela-se merecedor da tutela jurisdicional. Com efeito, no ensejo não cabe aprofundar o confronto entre a "reserva do possível" e o "mínimo existencial" para saber se, neste caso, cabe ou não privilegiar o interesse individual a despeito de serem limitados os recursos destinados à saúde (Doc. 51, p.2).

Desse modo, a existência de limitação de valores ou de serviços, não afasta a obrigação constitucionalmente imposta aos entes políticos, solidariamente, de alcance dos medicamentos, de forma gratuita, mediante a devida comprovação (Doc. 76, p. 2).

Dos processos analisados, grande parte dos medicamentos solicitados integra o grupo de medicamentos excepcionais, de alto custo e que não eram produzidos no país, que são direcionados para tratamento de doenças raras como, Síndrome de Hunter, Síndrome de Sjogren, Miopatia Mitocondrial, Epidermólise Bolhosa Distrófica, Doença de Paget, Púrpura Trombocitopênica e Cistinose ou de inovação tecnológica com medicamentos que ainda não foram registrados na ANVISA.

Uma das convergências das ações analisadas esta atrelada a organização das esferas administrativas no que diz respeito à competência de cada uma. Os requeridos alegam não



serem responsáveis por ações que são de competência de outros entes federados. No entanto, a jurisprudência do Judiciário consolida que todas as esferas são responsáveis pela garantia do direito à saúde e à vida do cidadão, independentemente de ser requerido pela rede municipal, estadual ou da União, por meio da responsabilidade solidária.

Argumentou, também, que o Município de Itabuna não tem competência para dispensar esse tipo de medicamento considerado excepcional e de alto custo, visto que tal competência é atribuída ao Estado da Bahia e à União, conforme normas e diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde.

(...)

Atente-se à ênfase atribuída ao fato de que a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde é compartilhada por todos os entes políticos (Doc. 07, pp. 2 e 4).

Esclarece que o Município de Itaberaba é habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde sendo, assim, responsável pelo atendimento integral à saúde dos seus munícipes, ainda que o Poder Judiciário entenda que a prescrição do médico assistente deva prevalecer sobre as normas legais e regulamentares.

(...)

Ademais, a Constituição Federal traz à luz um regime de responsabilidade solidária entre as pessoas políticas para o desempenho de atividades voltadas a assegurar o direito fundamental à saúde, uma vez que se referiu ao Estado de forma ampla, alcançando todos os entes da federação.

Ou seja, quando o constituinte originário estatuiu, no artigo 196 da Constituição Federal de 1998, a solidariedade na promoção da saúde da população, em cada nível da Federação, deixou claro que qualquer um deles é responsável pelo alcance das políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Portanto, é obrigação do Estado (União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios) assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à medicação ou congêneres necessários à cura, controle ou abrandamento de suas enfermidades, sobretudo as mais graves (Doc. 79, pp. 2 e 3).

Outras razões emitidas pelos requeridos dizem respeito à existência de medicamentos que possuem composições similares aos litigados e que estão disponíveis na rede da Assistência Farmacêutica no SUS e que poderiam ser dispensados para realização do tratamento, reduzindo custos para aquisição de outros. E, para comprovação da necessidade de uso do que foi pleiteada, a requisição de Perícias Médicas que atestem a utilização da demanda solicitada.

Tratam os autos do Agravo de Instrumento nº 35021-8/2009 movidos pelo MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA contra a decisão (fls. 23/27), que, nos autos da Ação Civil Pública nº 2379564-2/2008 indeferiu o pleito liminar do Autor, ora Agravante, entendendo que não se pode impor ao Estado o fornecimento do medicamento denominado “Aclasta” para (...), vez que o SUS possui a disposição da população medicamentos similares para tratar da enfermidade sofrida pela insurgente.

Asseverou o Ministério Público que o profissional de medicina que prescreveu o medicamento à enferma, deixou claro no relatório médico (fls. 17) que o medicamento “Aclasta” não possui medicamento genérico ou similar que o substitua.



Aduziu ainda que o médico responsável, devidamente habilitado e especialista em ortopedia, traumatologia, cirurgia da coluna e do quadril, é quem deve escolher qual o medicamento adequado ao caso, não cabendo ao juiz *a quo* determinar uma medicação substitutiva, pois está fora da sua alçada (Doc. 09, p. 4).

Afirma ainda a necessidade de realização de exame pericial, a fim de que se possa averiguar efetivamente, de forma imparcial, a eficácia do procedimento sugerido na hipótese *sub judice* (Doc. 59, p.1).

Em um único processo, o Estado, ao entrar com recurso da decisão, não nega o direito ao usuário do tratamento solicitado, mas atribui que há tratamento alternativo no sistema para a referida patologia. O Judiciário rebate ao afirmar que não consta nenhuma portaria ministerial que faça a inclusão da patologia em questão e, por isso, defere em favor do usuário para o fornecimento do medicamento.

Aduz, ainda, que o CYSTAGON (Bitartarato de Cisteamine) não possui registro na ANVISA, não integra o RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), nem o PROMEX (regulamentado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.577/06), e que há tratamento alternativo para a Cistinose disponível através do SUS, o que implica a inexistência da obrigação de fornecimento gratuito do medicamento supramencionado, tornando a dispensação deste fármaco um ato discricionário da Administração Pública, baseado no leque de possibilidades técnicas existentes e nos critérios eleitos pela SESAB, tema inserido, pois, no âmbito do estrito mérito administrativo.

(...)

Atente-se, por outro lado, embora qualquer afirmação prévia esteja condicionada pela instrução do feito em andamento (decerto mandando prova pericial), que a informação técnica firmada por profissional farmacêutico integrante de instituição pública – DASF (Diretoria de Assistência Farmacêutica do Governo do Estado da Bahia) é categórica ao asseverar que o medicamento CISTEAMINA não possui equivalentes genéricos ou similares no mercado nacional (Doc. 37, pp. 2 e 3).

Com relação à incorporação de novas tecnologias, atualmente, o Ministério da Saúde, possui uma Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC criada pela lei Federal nº 12.401/11. Esta lei traz inovações com relação à incorporação de tecnologias como (BRASIL, 2011e):

- Análise das solicitações de incorporação de tecnologias com base em evidências de eficácia, efetividade, segurança, e em estudos de impacto no sistema;
- Oferta de tecnologias segundo Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT);
- Na ausência de PCDT, o fornecimento será realizado com base em relações de medicamentos do SUS;



- Incorporação, exclusão, alteração de medicamentos e tecnologias no SUS e PCDT definidos como atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias;
- Participação da sociedade por meio de representantes do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Medicina;
- Prazo para análise: 180 dias corridos, prorrogáveis por mais 90, contados a partir da data de protocolo da solicitação, para que seja concluído o processo administrativo de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologia;
- Consulta pública obrigatória e audiência pública se a relevância da matéria justificar, antes da tomada de decisão.

Após a sua regulamentação a CONITEC assume junto ao Ministério da Saúde a incorporação de tecnologias de saúde no SUS, dentre elas, os medicamentos, principalmente aqueles associados a doenças raras, de alto custo e os que estão no mercado como alternativas para doenças que não possuíam medicamentos registrados no país.

A discussão realizada em outros processos foi dirigida ao acesso de medicamentos para o tratamento de Câncer fora da rede especializada no SUS por meio das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON e Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON definida pela Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, com delineamento das responsabilidades dos entes federados na Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005).

Essa rede capta o indivíduo acometido pela patologia fornecendo ao mesmo a integralidade no cuidado à saúde envolvendo de forma integrada e multiprofissional ações de diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Dessa forma, os medicamentos são dispensados aos usuários dentro das redes especializadas na garantia de continuidade do tratamento, bem como da segurança da administração da medicação.

Destarte, em algumas ações, o medicamento que está sendo litigado já está disponível na rede especializada para aqueles indivíduos cadastrados nas unidades de tratamento. Conseqüentemente, os medicamentos quando dispensados pela via judicial, não garantem à incorporação dos usuários à rede, o que pode comprometer o acompanhamento do tratamento, bem como da durabilidade do medicamento devido ao seu acondicionamento e aplicação pelo usuário. A jurisprudência adotada pelo Tribunal de Justiça da Bahia refere-se a determinação do medicamento pelo Estado.



No mérito, informa que, ao contrário do que alegou a impetrante, não houve omissão ou descaso do Estado da Bahia quanto ao fornecimento do medicamento requerido. Relata que o Estado, reconhecendo a relevância da droga para o tratamento de leucemia mieloide crônica, já vem utilizando tal medicação em 135 pacientes em tratamento mediante acompanhamento pela Rede Estadual de Oncologia, na qual integram alguns Hospitais credenciados, condicionando-se a inclusão nos protocolos de tratamento institucional. Assim, sustenta que, há uma dispensação criteriosa e controlada do medicamento e não uma omissão como alegou a impetrante.

(...)

Ademais, entendo que as alegações do Estado esposadas na sua peça de defesa não são motivo suficiente para servir de escusa ao cumprimento do dever constitucional imposto ao Poder Público, isso porque para que se façam presentes os pressupostos de liquidez e certeza do direito pretendido pela impetrante, basta que haja prova da real necessidade de tratamento médico, com comprovação da existência da moléstia, sob pena de violação ao direito a saúde garantido constitucionalmente (Doc. 19, pp. 3 e 7).

Nesse ínterim, a alegação do Estado é cabível, não no sentido de exonerar-se da obrigação de fornecimento do medicamento litigado, mas, no sentido de não ser possível garantir a segurança do indivíduo quando ocorre a dispensação dos medicamentos fora da rede especializada, por não haver uma garantia de continuidade do tratamento, da administração segura e correta e, conseqüentemente, do cuidado integral e digno ao cidadão.

Alguns casos apresentaram-se de maneira divergente nos processos judiciais, a exemplo de um caso, em que, mesmo com alegação da falta de provas para a utilização de determinado medicamento, a demanda foi atendida com deliberação do cumprimento da decisão proferida pelo juiz sustentada em relatório médico por especialista na área em questão.

Em seguida, passando à análise do atributo da prova inequívoca, entendo que o relatório médico, trazido aos autos é suficiente - neste momento - para demonstrar a estrita necessidade do fármaco no combate a doença da Agravante, apontando, inclusive, o insucesso de outras medicações no tratamento da paciente. Até porque, trata-se de relatório emitido pelo médico que acompanha o estado clínico da paciente, profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (Doc. 29, p. 4).

Para o sistema de saúde, que é direcionado pela medicina baseada em Evidências, a ausência de estudos científicos específicos para a utilização da medicação na referida patologia, não garante a eficácia do medicamento para o tratamento pleiteado, como põe em risco a segurança da saúde do indivíduo.

A falta de interesse do requerente esteve presente em apenas uma ação, que não apresentou a justificativa para tal ausência, se foi decorrente da aquisição do pleito de forma administrativa junto ao órgão de saúde, falecimento ou aquisição por fonte própria. A



negativa em outra da demanda esteve atrelada a falta de documentação legal, como exemplo a receita médica sem carimbo, número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina – CRM e, até mesmo, sem a assinatura do profissional responsável.

A comprovação pelo requerente para a demanda solicitada é fundamental para a interpretação e decisão do juiz. Em um processo foi pleiteado a dispensação de vacinas que não contempladas pelo calendário vacinal disponibilizado pelo SUS. Após escusa do Estado no cumprimento do pedido administrativo realizado pelo usuário, o mesmo apresentou critérios para o uso das vacinas solicitadas, que fundamentadas no manual elaborado por corpo técnico da área de saúde, o usuário não se enquadrava nos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para dispor de seu uso.

De forma particular, algumas ações judiciais litigavam por acesso a alimentos em casos de Intolerância Alimentar, com usuários constituídos por crianças, que necessitavam de um alimento especial para a nutrição. As demandas estavam relacionadas à solicitação de leites especiais, que no mercado possuem elevados custos, mas que na situação abordada são imprescindíveis para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência das crianças. Todas as demandas foram favoráveis aos requerentes, independente do valor e a quem era a competência (ente federado estadual ou municipal), pela jurisprudência firmada pautada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) com garantia de atendimento prioritário às crianças e adolescentes sob a responsabilidade do Estado.

Em se tratando de criança e adolescente, a Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe no artigo 7º:

"A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência."

Por sua vez, o art. 11, 'caput' e §2º do mesmo diploma legal também dispõe:

"É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde" (Doc. 24, p. 5).

Diante das explanações discorridas, inferimos que o Poder Judiciário atua de forma emblemática na dispensação de medicamentos para aqueles usuários que litigaram por acesso ao SUS pela via judicial. Entendemos que o processo de judicialização além de permitir o acesso ao sistema, possibilita que haja a incorporação de melhorias na estrutura administrativa, conseqüentemente na organização dos serviços de saúde, ampliando as ações e serviços do SUS com a participação ativa do cidadão no processo de incorporação de tecnologias de saúde.



#### 4.2.2 Judicialização da Saúde para o Acesso a Internamentos e Tratamentos no SUS

Além dos medicamentos, outra tecnologia de saúde demandada nos processos judiciais analisados relaciona-se ao acesso a internamentos e tratamentos custeados pelo SUS. Nessa categoria, além das instituições públicas, outras fizeram parte do cenário das ações como, as Instituições Filantrópicas e as Privadas, que foram litigadas a fornecerem os serviços aos usuários.

Quando houve demanda para estas instituições, as mesmas alegaram a necessidade de o usuário deixar caução, ou seja, uma fiança como garantia para que os serviços fossem cobertos durante o período de internamento e tratamento. Essa escusa quando a fiança não era realizada foi justificado pelo baixo repasse financeiro que recebiam do Estado para realização das tecnologias pleiteadas, em geral, de elevado custo.

Aduz a Agravante, em síntese, que a agravada deveria ao menos ter prestado caução (Doc. 90, p.1).

Dentre os serviços de internamento, o tratamento para a Obesidade teve destaque, com ações que demandavam uma atenção especializada aos usuários para não somente o controle de peso, como também controle da compulsão alimentar a partir da reeducação alimentar e do acompanhamento das comorbidades decorrentes do sobrepeso. Esses usuários necessitavam de atendimento de equipe multiprofissional tamanha a complexidade do caso. Destarte, a solicitação era o internamento em clínica que pudesse realizar esse tratamento multiprofissional.

Aduziu que é portadora de transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), não sendo indicado para o seu caso a cirurgia bariátrica, posto que ineficaz. Disse, ainda, que não é recomendável a sua internação em hospitais da rede pública de saúde por um longo período com outros pacientes devido ao risco de infecções, sendo recomendável a sua internação na Clínica de Emagrecimento, pois, só assim, ser-lhe-á assegurado acompanhamento médico e de psicólogo, nutricionista e profissional de educação física. Seguiu afirmando que o atual tratamento ambulatorial se afigura ineficaz impedir a sua compulsão por comida (Doc. 21, p. 7).

Na realidade do sistema de saúde não visualizamos instituições públicas que possuam a característica desse tipo de atendimento e cuidado ao usuário. Entretanto, com o avançar das doenças crônicas e a obesidade deixando de ser um fator risco para ser reconhecida como uma



patologia do século XXI o SUS precisa se adequar para o atendimento das necessidades de saúde de sua população, incorporando acesso aos cidadãos que nele se enquadram.

Nesse ínterim, outro ponto destacado está relacionado com a busca por tratamentos para emagrecimento com fins estéticos ou por solicitação de internamento em instituições que não são registradas como médicas. Com a finalidade de restringir e evitar que haja uso inadequado dos recursos públicos há a constante alegação da realização dos pedidos administrativos fundamentado com documentação legal e que possuam o detalhamento da solicitação e da sua eficácia para a patologia apresentada pelo usuário.

Além da Obesidade, outro ponto que merece destaque está atrelado ao tratamento *Home Care*. Muitos usuários demandaram por esta modalidade de tratamento para resolução de suas necessidades de saúde, por serem usuários de doenças crônicas, como a Esclerose Lateral Amiotrófica. Todas as decisões foram favoráveis para o Estado fornecer o serviço aos usuários, impedindo que os mesmo fossem hospitalizados para que pudessem ter garantido o direito à vida com dignidade.

A decisão Agravada considerou que o bem jurídico em litígio é o direito à saúde, amparo constitucionalmente, afirmando desalienada a verossimilhança do direito invocado, vez que conforme documentos adunados aos autos, principalmente os relatórios médicos de fls. 28 à 36, com base em constatou a necessidade de a Autora ser submetida ao tratamento domiciliar, adequado para o quadro clínico em que se encontra, e sua negativa constitui uma afronta ao direito fundamental de saúde, assegurado pela Carta Magna (Doc. 94, p. 1).

Relata que a Agravada ajuizou a ação *suso* apontada alegando ser portadora de Esclerose Lateral Amiotrófica, em estágio avançado, com uma série de complicações, e que seu atendimento está sendo realizado pelo SUS, junto ao Hospital Roberto Santos, em condições de alta hospitalar, desde que haja acompanhamento domiciliar multidisciplinar *Home Care*.

Aduz que o programa estadual de internação hospitalar criado de acordo com a Portaria GM nº 2.529/06 e Portaria nº 1.669/08, estabelece parâmetros e limitações de atuação para tal internação, não havendo previsão de fornecimento de *Home Care* com ventilação artificial, como determinado pela decisão agravada (Doc. 62, p.1).

De acordo com Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, define o atendimento domiciliar àqueles usuários que estejam clinicamente estáveis e que exijam cuidados superiores aos disponibilizados no nível ambulatorial e realizados por equipe multiprofissional. Entretanto, há critérios de exclusão, decorrente da complexidade do modelo proposto, como por exemplo, indivíduos que necessitem de ventilação mecânica, como no processo acima citado (BRASIL, 2006c).



Apesar da alegação do Estado em seguir o estabelecido da portaria para o cumprimento da internação domiciliar, o Judiciário determina que o tratamento *Home Care* seja cumprido, no intuito de garantir a manutenção de forma digna e o direito à saúde do indivíduo. Assim, inferimos que a jurisprudência firmada pelo Tribunal de Justiça da Bahia reafirma a efetivação dos direitos fundamentais sociais, com obrigação do Estado em cumpri-los.

#### **4.2.3 Judicialização da Saúde para o Acesso a Cirurgias**

No rol das demandas judiciais analisadas, poucas estavam relacionadas ao acesso a cirurgias. No entanto, todas tiveram decisão favorável ao usuário, com determinação do Estado ou município na realização da mesma, independente da competência alegada pelas partes e do alto custo dos procedimentos pleiteados, onerando o sistema.

Decorrente disso, mais uma vez, discorreu-se no recurso que não houve nenhum pedido administrativo do requerente para que o órgão de saúde pudesse analisar a possibilidade de realização do procedimento sem que fosse recorrido ao Judiciário. No momento da solicitação ao órgão competente pode-se realizar a comprovação da necessidade de realização do procedimento bem como analisar uma alternativa que fosse menos onerosa aos cofres públicos, desde que atendesse a demanda de forma eficaz para o usuário.

Da mesma forma que, para o internamento e tratamento as instituições vinculadas ao SUS solicitaram caução, as demandas por cirurgias também foram permeadas por essa situação que viola o direito do ser humano de ser atendido de forma integral em qualquer serviço que possa oferecer condições adequadas para seu tratamento.

Um caso que merece atenção no processo foi relativo ao usuário, no seu pedido de demanda judicial, determinar o local e cidade que queria realizar o procedimento cirúrgico. Essa demanda não foi favorável ao requerente, pois o Judiciário juntamente com o Executivo, entendem que a determinação do local e cidade de realização do procedimento deve ser realizada pelo órgão administrativo competente e deve estar pautado na eficácia do serviço, na disponibilidade de vaga e, com relação ao orçamento, que seja o menos oneroso para a administração e não apenas atendendo um desejo do requerente.

Analisando atentamente a questão em comento, percebo que a decisão combatida deve ser reformada, em face da desproporcionalidade entre a medida liminarmente concedida e o fim por ela perseguido. Isto porque o procedimento pleiteado e passível de ser realizado de modo outro, que não o solicitado pela parte, menos oneroso a administração pública.



(...)

Desta feita, o argumento encetado pela agravada de que lhe causaria sérios transtornos deslocar-se para a cidade de Salvador para o tratamento e as revisões, e de que não teria parentes disponíveis para seu acompanhamento - não é causa suficiente para que o poder judiciário intervenha, de forma a promover a ruptura do modelo administrativo adotado pelo SUS, determinando o custeio, por parte do Estado, de procedimento a ser realizado em hospital não credenciado. Não há proporcionalidade entre os benefícios que a medida solicitada trariam a paciente e a intervenção que o judiciário promoveria na esfera administrativa.

(...)

Ante o exposto, se restaram preenchidos os requisitos elencados pelo artigo pelo artigo 273, CPC, para a antecipação da tutela em favor da agravada no tocante a realização da cirurgia bariátrica as expensas do SUS, não restaram preenchidos os mesmos requisitos em relação ao deferimento liminar da realização do procedimento no município de Feira de Santana, tendo em vista que o procedimento é passível de ser realizado de outro modo que não o solicitado pela parte, menos oneroso a administração, porém alcançando a eficácia pretendida (Doc. 22, pp. 3-6).

Ademais, a ausência de um apoio técnico na área de saúde para as autoridades judiciais podem corroborar para decisões que devem ser reanalisadas, como por exemplo, uma situação de obesidade mórbida com comorbidades associadas, foi pleiteada a realização do procedimento em caráter de urgência, no entanto, por questões de segurança para o indivíduo, a cirurgia bariátrica não poderia ser realizada de imediato.

De acordo com avaliação realizada por equipe médica especializada, deve haver, primeiramente, a perda de peso do usuário e o controle das comorbidades, com acompanhamento por equipe multiprofissional, para, somente após, realizar o procedimento cirúrgico. Caso esse protocolo não seja seguido pode causar prejuízos à vida e à saúde do indivíduo.

Cuida-se de Agravo de Instrumento, com pedido de atribuição de efeito suspensivo, interposto de decisão interlocutória que, (...) concedeu a liminar pleiteada, para determinar que o Requerido forneça, gratuitamente, à Requerente os meios necessários ao seu internamento e tratamento, devendo abranger os exames pré-operatórios, intervenção cirúrgica e acompanhamento pós-operatório, providenciando e colocando a disposição da autora, no prazo de 5 (cinco) dias, toda estrutura necessária a realização do procedimento bariátrico (...).

Em breve sumário, insurge-se o Estado da Bahia contra a decisão agravada, aduzindo que, nunca foi procurado pela Agravada, para que prestasse o serviço médico vindicado, e, para tanto, assevera que a sua situação é bastante peculiar, pois é super obesa, que apresenta várias comorbidades, sendo desaconselhado, por especialistas do Hospital Espanhol, única unidade credenciada, a realização do procedimento da forma açodada preconizada pela decisão judicial, consoante a documentação inclusa, ainda mais que, para a realização da predita cirurgia bariátrica, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (SBCB) estabeleceu rígidos critérios clínicos para sua indicação, não se tratando de procedimento cirúrgico simples, podendo ocorrer o periculum in mora inverso, correndo risco ao erário e a própria agravada.

(...)

Dessumo, pois, que de uma leitura atenta dos autos, a Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde, órgão da estrutura da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, não se opõe em autorizar o internamento e procedimento cirúrgico pleiteado, todavia, entende a Agravante como



exíguo, o prazo de 5 (cinco) dias, para a realização do procedimento indicado, porquanto, antes do procedimento, é necessário que a agravada submeta-se a tratamento para emagrecimento, como sugere a SUREGS (fls. 08/10) e o Hospital Espanhol (fls. 13/14) (Doc. 23, pp. 2-3).

Nessa situação, o Estado não negou o acesso do usuário ao serviço, pelo contrário, comprova a real necessidade da cirurgia, porém, antes da mesma, deva ser realizado o emagrecimento e acompanhamento das comorbidades. Assim, apenas entrou com recurso para que o prazo de cumprimento da decisão fosse dilatado de cinco para 60 dias para que houvesse o acompanhamento necessário do usuário.

Podemos observar a partir dessa ação, a veemente necessidade de se ter um apoio técnico na área de saúde para o acompanhamento das decisões emitidas pelos juízes, evitando o prolongamento desnecessário dos processos, os recursos com alegações pelas partes e os possíveis transtornos causados aos usuários pela espera do atendimento a sua demanda.

#### **4.2.4 Judicialização da Saúde para o acesso a Outras Demandas**

Nessa categoria estão inseridas todas as demandas relacionadas à solicitação de exames, aparelhos, materiais, transporte e transferências hospitalares e para a UTI e foram agrupadas por apresentarem o menor número de ações ajuizadas no Tribunal de Justiça da Bahia. Além disso, apresentaram comportamentos similares no processamento e julgamento dos processos, com todas as demandas com decisão favorável ao usuário.

Em consonância com as demais demandas, o acesso a essas tecnologias de saúde possuem custo elevado para o sistema, por estarem em um grupo que acompanha o avanço tecnológico dos materiais. Cada vez mais, novos equipamentos são lançados pela indústria com características mais avançadas e com menores incômodos para os usuários, em compensação, com custos mais elevados. Essas novas tecnologias, geralmente, não são incorporadas de imediato pelo SUS, pelo custo como já foi explanado, mas também para que haja uma garantia da eficácia destes produtos que compense o gasto com seu custeio, pois, na maioria das vezes, são produtos de fabricação internacional e precisam ser importados.

Para o SUS, a aquisição de um produto com essas características provoca um grande deslocamento de verbas orçamentárias com alteração no planejamento das políticas públicas, e, devido a isso, a maior alegação que o requerido refere nos recursos está atrelada ao gasto dispendioso dado a um atendimento individualizado em detrimento da coletividade.



Em algumas ações, os produtos solicitados não possuíam a comprovação da eficácia no tratamento e não eram previstos para serem disponibilizados pelo SUS decorrente do custo elevado, como por exemplo, a solicitação de aparelho respiratório para usuário com Esclerose Lateral Amiotrófica.

Narra a exordial que a impetrante é portadora de Esclerose Lateral amiotrófica; que o seu tratamento é realizado através do SUS e que há recomendação médica para uso (...) do aparelho de auxílio respiratório Bipap Syncrony Respiromics, sendo esperado o benefício do aumento do tempo médio de sobrevida.

(...)

No mérito, afirmou que (...), quanto ao aparelho respiratório solicitado, não existiria, na comunidade científica, comprovação da eficácia, e não haveria previsão de disponibilização do mesmo pelo SUS.

(...)

Ademais, não há necessidade de perícia técnica para a demonstração da eficácia do aparelho pleiteado no tratamento da esclerose lateral amiotrófica, pois, conforme se sabe, a insuficiência respiratória constitui uma das principais causas de morte dos pacientes que sofrem desta enfermidade. E, como bem ponderou o Ministério Público, a ventilação não invasiva tem se mostrado tratamento eficiente para o prolongamento da sobrevida dos portadores da esclerose lateral amiotrófica (Doc. 10, pp. 3 e 7).

Assim, além da comprovação, outro ponto alegado pelos requeridos está associado à dilação do prazo para cumprimento das decisões, pois como já abordado, por serem produtos importados, o prazo estabelecido torna-se inviável para que haja o planejamento do órgão administrativo competente para a aquisição e, posterior, dispensação para o usuário. Na finalização desse trâmite, caso o tempo estabelecido na decisão já tenha ultrapassado pode ser cobrado do requerido o pagamento de multa estabelecido no processo.

Diante dessas questões, o pedido administrativo, se realizado pelo usuário, pode ser avaliado e direcionado para setores competentes que referenciem as ações e serviços necessários para a garantia do direito à saúde do indivíduo. Em uma ação específica, foi requisitada do Estado, a realização de um exame em determinado hospital, entretanto a alegação do requerido foi que o hospital citado não realiza mais o procedimento por não estar com estrutura adequada, mas que o usuário iria ser encaminhado para realização em outro local que atendesse aos critérios do exame.

Analisando os documentos colacionados aos autos, constata-se que o Hospital São Rafael não mais realiza o procedimento de Cintilografia Corporal Total Com Gálio, eis que a capacidade do serviço de Medicina Nuclear desse nosocômio não comporta estrutura operacional para tal exame, solicitando, inclusive a Secretaria Estadual de Saúde a exclusão desse procedimento da Programação Físico Orçamentária, conforme às fls. 46/47.

Motivo pelo qual a decisão de primeiro grau deve ser reformada, eis que não pode obrigar o Estado da Bahia custear tratamento em hospital que não mais dispõe de tal serviço (Doc. 40, p. 5).



Nessa situação particular, se houvesse o pedido administrativo, não haveria a necessidade da entrada do processo judicial, caso o Estado encaminhasse o usuário para o atendimento da demanda no serviço adequado, otimizando tempo no andamento do cuidado ao indivíduo, ao serviço do Poder Executivo e Judiciário, além de onerar os Poderes, com dispêndio de recursos humanos por meio de ações que poderiam ser solucionadas administrativamente.

Com os resultados das ações, podemos inferir que muitos processos judiciais poderiam ser resolvidos com a análise e encaminhamento dos pedidos administrativos realizados pelos usuários aos órgãos do sistema de saúde, na esfera administrativa. Aqueles casos, em que mesmo com as solicitações realizadas e que tivessem a negativa do requerido, caracterizariam a necessidade do acesso à justiça por meio do Judiciário no intuito de reivindicarem para a real efetivação de seus direitos.

Sobre outro ponto de vista, podemos elucidar que os pedidos administrativos também não são realizados por falta de acesso dos usuários aos serviços, pela burocracia do órgão administrativo, ou, até mesmo, por não possuir uma organização de funcionamento interno resolutiva para receber e encaminhar esses pedidos. Essa via de resolução de demandas pode aproximar mais o usuário do sistema, como também, o sistema passará a traçar um perfil das demandas que mais são pleiteadas, que possuem maior relevância pela gravidade das necessidades, para que, posteriormente, com avaliação desses dados haja uma incorporação gradual de tecnologias e inovações no SUS.

Destarte, a judicialização da saúde no SUS possui um leque de interpretações, desde positivas quanto negativas, que são permeadas por vislumbrar possibilidades de mudanças no arcabouço administrativo do sistema de saúde, de maior participação social dos indivíduos com o exercício da cidadania e a busca por justiça social, como pelo uso de orçamento destinado a outros serviços sendo deslocados para cumprimento de imediato das decisões, com alteração de planejamentos e políticas públicas para o atendimento ao indivíduo e coletividades e a incorporação constante de inovações tecnológicas no SUS.

Assim, todos os setores envolvidos nesse processo, precisam estar articulados – usuários, gestores, profissionais de saúde e autoridades judiciais – para que haja o crescimento de um sistema de saúde vislumbrado e instituído na Constituição Federal em 1988, mas que, até os dias atuais, necessita da participação de todos os cidadãos para efetivação de seus



direitos e deveres, em particular, no tocante aos direitos fundamentais sociais, como o direito à vida e à saúde, por uma vida digna e de qualidade.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise dos processos judiciais para o acesso às tecnologias de saúde no SUS disponíveis no Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, na 2ª Instância, no período de 2005 a 2010, podemos inferir que a judicialização se comportou de forma evolutiva no período analisado, com números significativos para o Estado no ano de 2009. O ano apresentando é consonante com a consolidação da jurisprudência no Brasil pelo Supremo Tribunal Federal após a realização da Audiência Pública convocada pelo Ministro Gilmar Mendes e com as demandas por saúde no SUS apresentados nos demais estados do país.

As ações judiciais analisadas, em sua maioria, foram Decisões Monocráticas (59,2%), seguidos dos Acórdãos (40,8%), estes que representam a consolidação da jurisprudência adotada pelas autoridades judiciais na Bahia e que são adotados como referências para as demais decisões proferidas, principalmente, nos tribunais de primeira instância que compõem o arcabouço Judiciário do Estado.

Com relação às tipologias dos processos, o Agravo de Instrumento, se conformou como o mais utilizado (72,8%), pois, em grande parte, as ações foram advindas de recursos sobre as decisões já prolatadas pelos juízes de primeiro grau dos municípios do Estado. O município de Salvador apresentou maior número de origem dos processos prolatados para o acesso aos SUS (71,8%), coincidente com a maior demanda de usuários para o acesso à justiça. No entanto, devemos destacar o crescimento de demandas provenientes dos demais municípios do Estado, em destaque para, Feira de Santana (11,7%), Itabuna (3,9%) e Alagoinhas (1,9%).

No rol das ações pleiteadas, o acesso aos medicamentos teve o maior destaque (60%), com a maioria dos processos litigando por medicamentos, tanto para o tratamento de Doenças Crônico-degenerativas, com medicamentos disponíveis pela Assistência Farmacêutica por meio das Farmácias Básicas, como para o tratamento de doenças raras, com fármacos caracterizados como excepcionais, de elevado custo e/ou que não possuíam registro na ANVISA e incorporação ao RENAME. Além dos medicamentos, uma categoria que teve valores significativos, foi para o acesso alimentos em casos de Intolerância Alimentar (5%), colocando o Estado a repensar no perfil epidemiológico da população do Estado.

Nesse ínterim, a elevado procura por medicamentos nos remete à discussão sobre a evidente medicalização da sociedade, decorrente da globalização e mercantilização das tecnologias de saúde, principalmente pelos laboratórios e indústrias farmacêuticas, privilegiando tecnologias consideradas “duras”, formando sujeitos passivos na sociedade, em



detrimento das “tecnologias leves”, que promovem um cuidado dialógico e relacional, corroborando para que o indivíduo seja um sujeito ativo no seu processo saúde-doença para uma vida digna e com qualidade.

A jurisprudência adotada pelo Poder Judiciário do Estado da Bahia determina a grande quantidade de demandas que foram atendidas (86,4%) em favor dos usuários, para que os mesmos pudessem ter acesso às tecnologias de saúde no SUS, independente das alegações interpostas pelos requeridos, colocando o Estado como o responsável pelo cumprimento das decisões, efetivando os direitos fundamentais sociais estabelecidos na Carta Magna, além de estar pautado no princípio da dignidade da pessoa humana.

Várias foram as alegações do Estado e/ou municípios para a escusa do cumprimento das decisões. Dentre elas, podemos destacar o privilégio do indivíduo em detrimento da coletividade, os altos custos dispensados para o cumprimento das decisões alterando planejamentos e políticas públicas, a não competência do ente federado na efetivação do direito demandando, a interferência do Poder Judiciário nas políticas de saúde e a falta de provas pré-constituídas.

Essas alegações não foram levadas em consideração pelo Poder Judiciário, na justificativa de que o Estado não pode exonerar-se de suas obrigações com os cidadãos. A garantia dos direitos fundamentais sociais não é constituída apenas para a coletividade, e sim, para cada indivíduo. Ademais, o planejamento e as políticas públicas formuladas devem garantir o indivíduo o acesso ao direito à saúde e o perfil epidemiológico da sociedade deve ser considerado. Associado à isso, todos os entes federados (municipal, estadual e federal) são responsáveis pela efetivação dos direitos dos cidadãos, a partir da premissa da responsabilidade solidária.

Além disso, o Judiciário não defere suas decisões pautadas na criação de novas políticas públicas, e sim, obrigando o Estado a cumprir as ações provenientes de políticas já existentes, mas que são, dolosamente, negadas pelo Executivo, no cumprimento de acesso dos usuários ao sistema de saúde. Para o entendimento do Judiciário, com relação às provas pré-constituídas, estas podem apresentar a veracidade dos fatos por meio de receitas e relatórios médicos, assinadas, carimbadas e com registro dos profissionais no CRM, e não apenas através das perícias médicas realizadas pelo Estado e municípios. Devem ser utilizados, também, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, elaborados por comissão técnica do Ministério da Saúde, como fundamentos para as decisões. Desse modo, o Judiciário apresenta-se, de forma veemente, com a necessidade de um apoio técnico na área de saúde, para consubstanciar suas decisões.



Outro ponto em destaque, relaciona-se aos pedidos administrativos nos órgãos competentes para o fornecimento de tecnologias do sistema de saúde. Estes pedidos, quando realizados, podem promover a articulação dos usuários com o Executivo para a efetivação de suas demandas. No entanto, a negativa ou omissão das solicitações, abrem caminhos para o ingresso do acesso à justiça pelo Poder Judiciário.

Esse ponto deve ser analisado pelo Executivo, pois pode ser uma alternativa para a redução da judicialização da saúde, desde que haja a valoração desses pedidos, com análise e resposta coerente e justa à demanda pleiteada. A organização no arcabouço administrativo para o atendimento às necessidades dos usuários promove uma maior aproximação do sistema de saúde, além de corroborar para o desenvolvimento de um sujeito ativo e participativo no planejamento das políticas de saúde, com o exercício da cidadania.

Caso a via judicial seja pleiteada, o usuário utiliza um caminho alternativo para o exercício de sua cidadania e participação nas ações e serviços ofertados pelo SUS. Caminho este, que não é menos importante para o acesso às tecnologias, no entanto, que promove maior deslocamento orçamentário do Executivo e que, em consequência, poderá promover desorganização no planejamento das ações e redução da oferta de alguns serviços que já eram estabelecidos.

Contudo, durante a pesquisa foram evidenciadas limitações, como a subalimentação do sistema que disponibiliza o acesso aos processos no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, que se apresenta aquém, em quantidade, quando comparados, pelo mesmo período, em outros estados. No curso da pesquisa, o sistema do Tribunal estava em transição, do SAIPRO (Sistema de Acompanhamento Integrado de Processos Judiciais) para o SAJ (Sistema de Automação da Justiça), com a implantação dos processos digitais em substituição dos processos físicos, que permitem um número mais fidedigno de ações, pois já são movimentados no próprio sistema. Os processos físicos precisavam ser escaneados para, posteriormente, serem disponibilizados no SAIPRO. Além disso, no sítio do Tribunal tivemos apenas acesso as ações que já estavam ajuizadas na Segunda Instância e não às ações ajuizadas inicialmente no pleito das demandas na Primeira Instância.

Dessa forma, mesmo com as limitações apresentadas pelo estudo, entendemos que a via judicial se configura como um caminho alternativo para o acesso às tecnologias de saúde no SUS, efetivando a participação dos usuários nas políticas públicas com o exercício da cidadania por uma justiça social, com a possibilidade de avanços na incorporação de novos tratamentos e procedimentos que valorizem o cidadão de forma digna e humana e possibilitem o crescimento do SUS, mas que, ao mesmo tempo, demanda por atenção e cautela na



crescente quantidade de ações que são ajuizadas, para não haver uma desorganização administrativa no Executivo que promova, ao invés de maior acesso da sociedade ao sistema de saúde, restrições aos usuários, principalmente, por aqueles que não adotaram a via judicial para o acesso ao sistema, corroborando para a estagnação e retrocesso do SUS.

Concluimos, que para que não haja esse retrocesso, os entes federados devem reavaliar as ações e serviços de saúde garantidos pelo sistema e planejar as políticas públicas em consonância com o perfil epidemiológico da sociedade, de cada localidade que o ente federado é responsável. A partir do momento que houver uma maior efetivação dos direitos dos cidadãos no acesso à saúde, haverá substancialmente, a redução da judicialização. Desse modo, devemos compreender o fenômeno da judicialização como um fundamento para a reestruturação das políticas públicas de saúde e reconhecimento do dever do Estado no cumprimento de suas obrigações perante os indivíduos, no intuito de garantir a efetivação dos direitos fundamentais sociais, como o direito à vida e à saúde, preservando a dignidade da pessoa humana.



## REFERÊNCIAS

ABREU DE JESUS, Washington Luiz. ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, pp. 161-70, 2010.

AITH, Fernando. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para a sua efetivação. In: SANTOS, Lenir (Org.) **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2010, pp. 183-238.

ANDRADE, Eli Iola Gurge; MACHADO, Carlos Dalton; FALEIROS, Daniel Resende et al. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.18, n.4, supl.4, p.46-50, 2008.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Acesso aos serviços de saúde uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, pp. 815-23, 2003.

BAHIA. Superintendência de Regulação (SUGERS). **Judicialização do processo regulatório no estado da Bahia**. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/direg/images/arquivos/judicializacaodoc.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/arquivos/judicializacaodoc.pdf)>. Acesso em: 17.08.2011.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). PDR - **Plano Diretor de Regionalização**. Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/)>. Acesso em: 20.11.2012a.

BAHIA. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Relação de Magistrados** - Entrância Intermediária por Ordem Alfabética de Comarca. 2012b.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites da atuação judicial. **Revista de Direito Sanitário**, v.10, n.1, p.13-38, mar./jul. São Paulo, 2009.

BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.1, p.59-69, Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. RESOLUÇÃO n. 196/1996 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. In: VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde**. Brasília – DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral Crônica C**. Brasília - DF, 2002b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília – DF: CONASS, 2003.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal – STF. **ADPF 45-9 – Distrito Federal**. Julgamento em 29.04.2004. Disponível em: <[http://www.sbdp.org.br/arquivos/material/343\\_204%20ADPF%202045.pdf](http://www.sbdp.org.br/arquivos/material/343_204%20ADPF%202045.pdf)>. Acesso em: 23.06.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006a.

BRASIL Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.048 de 03 de setembro de 2009**. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2009a.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal - STF. **Audiência Pública nº. 04**. Convocada em 05 de março de 2009b. Disponível em: <



[http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudiencaPublicaSaude/anexo/Abertura\\_da\\_Audienca\\_Publica\\_\\_MGM.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudiencaPublicaSaude/anexo/Abertura_da_Audienca_Publica__MGM.pdf)>. Acesso em: 23/06/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notícia de 02 de setembro de 2008**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=53828](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=53828)>. Acesso em: 15.09.11a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 12.401 de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 20, de 25 de julho de 2012**. Torna pública a decisão de incorporar os inibidores de protease telaprevir e boceprevir para tratamento da hepatite crônica C no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 01/2013**. Fluxo para dispensação dos inibidores da protease para tratamento da Hepatite Crônica C no SUS. Brasília – DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acesso a Medicamentos**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31033&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31033&janela=1)>. Acesso em: 15.01.2013b.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI Jr., Luiz. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A.; CORDONI Jr., L (org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CESAR, Alexandre. **Acesso à justiça e cidadania**. Cuiabá: Ed.UFMT, 2002.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. de Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1839-49, Agosto, 2009.



CONTESSÉ, Jorge; PARMO, Domingo Lovera. Acesso a tratamento médico para pessoas vivendo com HIV/AIDS: êxitos sem vitória no Chile. **SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos**, ano 05, n.º 8, São Paulo, junho de 2008.

CRACO, Priscila Frederico; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 2, pp. 188-92, 2004.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de Direito Constitucional**. 2ª Ed. Salvador: JusPodivm, 2008.

CYRILLO, Denise C.; CAMPINO, Antonio Carlos C. Gastos com a saúde e a questão da judicialização da saúde. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos (org.). **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial**. São Paulo: Atlas, 2010.

DALLARI, D. A. **Direitos Humanos e Cidadania**. 1ª ed. São Paulo: Moderna, 1998.

DELDUQUE, Maria Célia; MARQUES, Silvia Badim; ROMERO, Luis Carlos. A saúde precisa de juízes epidemiologistas! **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.80-7, jan./abr. 2009.

DIAS, Solange Gonçalves. Reflexões acerca da participação popular. **Integração**, ano XIII, n.48, p.45-53, jan./fev./mar. 2007.

DUARTE, Jorge. Entrevista em Profundidade. In. DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, pp.62-75, 2005.

FALEIROS, V. de P. et al. Ministério da Saúde. **A Construção do SUS: Histórias da reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília-DF, 2006.

GANDINI, João Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; SOUZA, André Evangelista de. **A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências**. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br>>. Acesso em: 28.10.2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

GONTIJO, Guilherme Dias. A judicialização do direito à saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.20, n.4, p.606-11, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 14.01.2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEITE, Silvana Nair; MAFRA, Ana Cristina. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, suppl.1, 2010, pp. 1665-72.



- LIMA, Wilza Carla Mota Brito; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.439-49, jul./set. 2010.
- LIMA, Maria Alice Dias da Silva; RAMOS, Donatela Dourado; ROSA, Raquel Borba; NAUDERER, Taís Maria; DAVIS, Roberta. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul Enferm.** v. 20, n.1, pp. 12-17, 2007.
- LOPES, Luciane Cruz; BARBERATO-FILHO, Silvio; COSTA, Augusto Chad; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** vol.44, n.4, 2010, pp. 620-628.
- MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.9, n.2, p.73-91, jul./out. 2008.
- MACHADO, Marina Amaral de Ávila; ACURCIO, Francisco de Assis; BRANDÃO, Cristina Mariano Ruas et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 590-98, jun., 2011.
- MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social a assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.1, p.101-7, 2007.
- MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In.: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.
- MÉDICI, André Cezar. Judicialização, integralidade e financiamento da saúde. **Diagn. Tratamento**, v.15, n.02, p. 81-7, abr./jun. 2010.
- MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, v.27, n. 65, Set./Dez. 2003.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1995.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.



PEPE, Vera Lúcia Edais et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.3, p.461-71, mar. 2010a.

PEPE, Vera Lúcia Edais; FIGUEIREDO, Tatiana de Aragão; SIMAS, Luciana; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; VENTURA, Míriam. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, vol. 05, p. 2405-14, 2010b.

PINHEIRO, Roseni. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In.: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

PINSKY, Carla Bassanezi. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <[www.internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.rtf)>. Acesso em: 06.11.10.

PRIBERAM. **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa**. Acesso on-line. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/>>.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e à promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. In: KEINERT, Tania Margarete Mezzomo; PAULA, Silvia Helena Bastos de; BONFIM, José Ruben de Alcântara (Orgs.) **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009.

SARMENTO, Daniel. A proteção judicial dos direitos sociais: alguns parâmetros ético-jurídicos. In: SOUZA-NETO, C. P.; SARMENTO, Daniel (Coords.) **Direitos sociais**: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2007, pp. 553-86.

SCATENA, Lúcia Marina et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.3, p. 389-97, 2009.

SANT’ANA, João Maurício Brambati et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.29, n.2, 2011.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo; RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; BESSA JORGE, Maria Salete. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.1, p. 75-85, 2007.



SCHEFFER, Mario. Judicialização e incorporação de tecnologias: o caso dos medicamentos para tratamento da Aids no SUS. In: KEINERT, T. M. M.; PAULA, S. H. B.; BONFIM, J. R. A. (Orgs.) **As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009.

SILVA, Virgílio Afonso da. O Judiciário e as Políticas Públicas: entre Transformação Social e Obstáculo à Realização dos Direitos Sociais. In: SOUZA-NETO, C. P.; SARMENTO, D. (Coords.) **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2007, pp. 587-99.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.2, pp. 153-8, 2008.

TESSER, Charles D. **Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. Curso de Direito processual Civil. Forense Jurídica (Grupo GEN), vol. I, 2009.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl.2, pp. 190-98, 2004.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito a saúde. **Physis, Revista de Saúde Pública**, v.20, n.1, p.77-100, 2010.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.2, p.365-9, 2008.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p.214-22, 2007.

WEICHERT, Marlon Alberto. O direito à saúde e o princípio da integralidade. In: SANTOS, Lenir (Org.) **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2010, pp. 101-42.



## APÊNDICES



## APÊNDICE A – Lista de Documentos

### ACÓRDÃOS

**Documento 01** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Remessa Necessária e Apelação Cível nº 4740-7/2006**. Relator(a): Des(a). Vera Lúcia Freire de Carvalho. Órgão Julgador: Quinta Câmara Cível. Julgamento: 25/11/2008. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 05/08/2012.

**Documento 02** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Apelação Cível nº 27774-5/2008**. Relator(a): Juíza Convocada Ilza Maria da Anunciação. Órgão Julgador: Primeira Câmara Cível. Julgamento: 30/-7/2008. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 05/08/2012.

**Documento 03** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 512-9/2008**. Relator(a): Juíza Convocada Gardênia Pereira Duarte. Órgão Julgador: Primeira Câmara Cível. Julgamento: 23/07/2008. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 05/08/2012.

**Documento 04** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 39635-9/2008**. Relator(a): Des(a). Clésio Rômulo Carrilho Rosa. Órgão Julgador: Segunda Câmara Cível. Julgamento: 05/05/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 05/08/2012.

**Documento 05** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 64699-0/2006**. Relator(a): Des(a). Carlos Alberto Dultra Cintra. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 2008. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 05/08/2012.

**Documento 06** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 2384-9/2009**. Relator(a): Des(a). Carlos Alberto Dultra Cintra. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 05/08/2012.

**Documento 07** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0010940-97;2009;805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Órgão Julgador: Segunda Câmara Cível. Julgamento: 16/03/2010. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 05/08/2012.

**Documento 08** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0005856-18.2009.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Órgão Julgador: Segunda Câmara Cível. Julgamento: 16/03/2010. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 05/08/2012.

**Documento 09** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 35021-8/2009**. Relator(a): Des(a). Antônio Roberto Gonçalves. Órgão Julgador: Quinta Câmara Cível. Julgamento: 29/09/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 05/08/2012.



**Documento 10** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 39053-1/2009**. Relator(a): Des(a). Carlos Alberto Dutra Cintra. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 05/08/2012.

**Documento 11** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 54984-5/2008**. Relator(a): Des(a). Maria da Purificação da Silva. Órgão Julgador: Primeira Câmara Cível. Julgamento: 25/03/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 06/08/2012.

**Documento 12** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 78270-7/2008**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Órgão Julgador: Segunda Câmara Cível. Julgamento: 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 06/08/2012.

**Documento 13** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 3904-8/2009**. Relator(a): Des(a). Daisy Lago Ribeiro Coelho. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 26/03/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 06/08/2012.

**Documento 14** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0005830-20.2009.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Órgão Julgador: Segunda Câmara Cível. Julgamento: 2010. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 06/08/2012.

**Documento 15** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 30638-4/2009**. Relator(a): Juiz Convocado Josevando Souza Andrade. Órgão Julgador: Terceira Câmara Cível. Julgamento: 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 06/08/2012.

**Documento 16** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 11086-1/2009**. Relator(a): Juiz Convocado Josevando Souza Andrade. Órgão Julgador: Terceira Câmara Cível. Julgamento: 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 06/08/2012.

**Documento 17** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 55887-0/2008**. Relator(a): Des(a). José Olegário Monção Caldas. Órgão Julgador: Quinta Câmara Cível. Julgamento: 23/04/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 06/08/2012.

**Documento 18** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 42338-5/2006**. Relator(a): Des(a). Lícia de Castro L. Carvalho. Órgão Julgador: Quinta Câmara Cível. Julgamento: 05/06/2007. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 06/08/2012.

**Documento 19** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 13021-5/2009**. Relator(a): Des(a). Rosita Falcão de Almeida Maia. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 03/12/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 06/08/2012.



**Documento 20** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 57844-7/2009**. Relator(a): Des(a). Daisy Lago Ribeiro Coelho. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 26/11/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 06/08/2012.

**Documento 21** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 19843-8/2009**. Relator(a): Des(a). Antônio Roberto Gonçalves. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 26/11/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 07/08/2012.

**Documento 22** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 46285-7/2008**. Relator(a): Juiz Convocado Josevando Souza Andrade. Órgão Julgador: Terceira Câmara Cível. Julgamento: 20/01/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 07/08/2012.

**Documento 23** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 31456-2/2008**. Relator(a): Juiz Convocado José Marques Pedreira. Órgão Julgador: Quarta Câmara Cível. Julgamento: 12/11/2008. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 07/08/2012.

**Documento 24** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 52411-2/2008**. Relator(a): Des(a). Rosita Falcão de Almeida Maia. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 17/06/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 07/08/2012.

**Documento 25** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 52397-0/2008**. Relator(a): Des(a). Daisy Lago Ribeiro Coelho. Órgão Julgador: Câmaras Cíveis Reunidas. Julgamento: 2008. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 07/08/2012.

**Documento 26** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Remessa Necessária nº 34465-5/2008**. Relator(a): Juíza Convocada Márcia Borges Faria. Órgão Julgador: Primeira Câmara Cível. Julgamento: 29/01/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 07/08/2012.

**Documento 27** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 59065-7/2007**. Relator(a): Des(a). Maria da Purificação da Silva. Órgão Julgador: Primeira Câmara Cível. Julgamento: 13/02/2008. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 07/08/2012.

**Documento 28** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 58863-3/2007**. Relator(a): Des(a). José Olegário Monção Caldas. Órgão Julgador: Câmaras Cíveis Reunidas. Julgamento: 05/03/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 07/08/2012.

**Documento 29** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 40252-2/2005**. Relator(a): Juiz Convocado Waldemar Ferreira Martinez. Órgão Julgador: Quinta Câmara Cível. Julgamento: 09/10/2007. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 07/08/2012.



**Documento 30** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 31902-5/2005**. Relator(a): Des(a). Lícia de Castro L. Carvalho. Órgão Julgador: Quinta Câmara Cível. Julgamento: 15/05/2007. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 07/08/2012.

**Documento 31** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Apelação Cível nº 33709-2/2009**. Relator(a): Des(a). Sara Silva de Brito. Órgão Julgador: Primeira Câmara Cível. Julgamento: 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 08/08/2012.

**Documento 32** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 73223-6/2008**. Relator(a): Des(a). Gesivaldo Britto. Órgão Julgador: Segunda Câmara Cível. Julgamento: 02/06/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 08/08/2012.

**Documento 33** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 0008193-77.2009.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). José Cícero Landin Neto. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 2010. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 08/08/2012.

**Documento 34** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 74478-6/2008**. Relator(a): Des(a). Sinésio Cabral Filho. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 23/07/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 08/08/2012.

**Documento 35** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 15975-9/2006**. Relator(a): Des(a). Lícia de Castro L. Carvalho. Órgão Julgador: Quinta Câmara Cível. Julgamento: 15/05/2007. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 08/08/2012.

**Documento 36** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 49985-4/2008**. Relator(a): Des(a). Clésio Rômulo Carrilho Rosa. Órgão Julgador: Segunda Câmara Cível. Julgamento: 20/01/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 08/08/2012.

**Documento 37** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 17589-0/2009**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Órgão Julgador: Segunda Câmara Cível. Julgamento: 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 08/08/2012.

**Documento 38** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 70558-7/2008**. Relator(a): Juíza Convocada Ilza Maria da Anunciação. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 08/08/2012.

**Documento 39** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0011628-59.2009.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Órgão Julgador: Segunda Câmara Cível. Julgamento: 2010. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 08/08/2012.



**Documento 40** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 38642-1/2009**. Relator(a): Juíza Convocada Ilza Maria da Anunciação. Órgão Julgador: Quinta Câmara Cível. Julgamento: 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 08/08/2012.

**Documento 41** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 5152-2/2009**. Relator(a): Des(a). Daisy Lago Ribeiro Coelho. Órgão Julgador: Seção Cível de Direito Público. Julgamento: 28/05/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 09/08/2012.

**Documento 42** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 17018-1/2009**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Órgão Julgador: Segunda Câmara Cível. Julgamento: 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 09/08/2012.

### **DECISÕES MONOCRÁTICAS**

**Documento 43** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 18071-3/2009**. Relator(a): Des(a). Lícia de Castro L. Carvalho. Decisão Monocrática de 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 09/08/2012.

**Documento 44** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0013594-23.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Carlos Alberto Dutra Cintra. Decisão Monocrática de 03/11/2010. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 09/08/2012.

**Documento 45** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 43919-7/2009**. Relator(a): Des(a). Sara Silva de Brito. Decisão Monocrática de 28/07/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 09/08/2012.

**Documento 46** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 49825-7/2009**. Relator(a): Des(a). Rosita Falcão de Almeida Maia. Decisão Monocrática de 26/08/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 09/08/2012.

**Documento 47** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0001016-28.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Antônio Roberto Gonçalves. Decisão Monocrática de 04/01/2010. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 09/08/2012.

**Documento 48** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0001405-13.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Rosita Falcão de Almeida Maia. Decisão Monocrática de 09/03/2010. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 09/08/2012.

**Documento 49** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0004646-92.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). José Cícero Landin Neto. Decisão



Monocrática de 28/04/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 09/08/2012.

**Documento 50** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0012734-22.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Decisão Monocrática de 19/10/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 09/08/2012.

**Documento 51** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0012770-64.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Decisão Monocrática de 28/09/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 10/08/2012.

**Documento 52** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0013184-62.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Decisão Monocrática de 19/10/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 10/08/2012.

**Documento 53** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0013651-41.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Decisão Monocrática de 28/10/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 10/08/2012.

**Documento 54** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0014990-35.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). José Cícero Landin Neto. Decisão Monocrática de 22/11/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 10/08/2012.

**Documento 55** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0003129-52.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Decisão Monocrática de 08/04/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 10/08/2012.

**Documento 56** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0003454-61.2009.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Decisão Monocrática de 19/01/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 10/08/2012.

**Documento 57** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0012153-07.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Decisão Monocrática de 06/10/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 10/08/2012.

**Documento 58** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 11086-1/2009**. Relator(a): Juiz Convocado Josevando Souza Andrade. Decisão Monocrática de 19/03/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 10/08/2012.

**Documento 59** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0010884-30.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Rosita Falcão de Almeida Maia. Decisão



Monocrática de 13/09/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 10/08/2012.

**Documento 60** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 33599-5/2009**. Relator(a): Des(a). Antônio Pessoa Cardoso. Decisão Monocrática de 17/06/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 10/08/2012.

**Documento 61** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 2384-9/2009**. Relator(a): Juiz Convocado Josevando Souza Andrade. Decisão Monocrática de 14/04/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 11/08/2012.

**Documento 62** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 52787-7/2009**. Relator(a): Des(a). Maria Geraldina Sá de S. Galvão. Decisão Monocrática de 08/09/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 11/08/2012.

**Documento 63** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 52968-8/2009**. Relator(a): Des(a). Maria Geraldina Sá de S. Galvão. Decisão Monocrática de 11/09/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 11/08/2012.

**Documento 64** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 40826-6/2009**. Relator(a): Des(a). Antônio Pessoa Cardoso. Decisão Monocrática de 21/08/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 11/08/2012.

**Documento 65** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0015458-96.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Carlos Alberto Dutra Cintra. Decisão Monocrática de 02/12/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 11/08/2012.

**Documento 66** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0016083-33.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Emílio Salomão Pinto Resedá. Decisão Monocrática de 27/01/2011. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 11/08/2012.

**Documento 67** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 20315-5/2009**. Relator(a): Juiz Convocado Josevando Souza Andrade. Decisão Monocrática de 23/04/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 11/08/2012.

**Documento 68** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 35021-8/2009**. Relator(a): Des(a). Antônio Roberto Gonçalves. Decisão Monocrática de 09/07/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 11/08/2012.

**Documento 69** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0009376-49.2010.805.0000-0**. Relator(a): Juiz Convocado Jatahy Fonseca Júnior. Decisão



Monocrática de 30/07/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 11/08/2012.

**Documento 70** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 72109-6/2009**. Relator(a): Des(a). Antônio Roberto Gonçalves. Decisão Monocrática de 11/11/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 11/08/2012.

**Documento 71** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 0006688-10.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Decisão Monocrática de 28/01/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 12/08/2012.

**Documento 72** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0011983-35.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Decisão Monocrática de 23/09/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 12/08/2012.

**Documento 73** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 56045-6/2009**. Relator(a): Juiz Convocado Josevando Souza Andrade. Decisão Monocrática de 16/09/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 12/08/2012.

**Documento 74** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0010938-93.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Decisão Monocrática de 16/09/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 12/08/2012.

**Documento 75** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0013366-48.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Decisão Monocrática de 26/10/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 12/08/2012.

**Documento 76** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 60173-2/2009**. Relator(a): Des(a). Maria da Graça Osório Pimentel Leal. Decisão Monocrática de 30/09/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 12/08/2012.

**Documento 77** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0002846-29.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). José Cícero Landin Neto. Decisão Monocrática de 14/04/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 12/08/2012.

**Documento 78** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0011759-97.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). José Cícero Landin Neto. Decisão Monocrática de 28/09/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 12/08/2012.

**Documento 79** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0013604-67.2010.805.0000-0**. Relator(a): Juíza Convocada Dinalva Gomes Laranjeira



Pimentel. Decisão Monocrática de 05/11/2010. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 12/08/2012.

**Documento 80** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 31512-4/2008**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Decisão Monocrática de 02/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 12/08/2012.

**Documento 81** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 54530-3/2009**. Relator(a): Des(a). José Cícero Landin Neto. Decisão Monocrática de 17/09/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 13/08/2012.

**Documento 82** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 38839-4/2009**. Relator(a): Des(a). Maria Geraldina Sá de Souza Galvão. Decisão Monocrática de 16/07/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 13/08/2012.

**Documento 83** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 22475-7/2009**. Relator(a): Des(a). Lícia de Castro L. Carvalho. Decisão Monocrática de 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 13/08/2012.

**Documento 84** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 6951-3/2009**. Relator(a): Des(a). Rosita Falcão de Almeida Maia. Decisão Monocrática de 02/03/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 13/08/2012.

**Documento 85** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0001187-82.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Decisão Monocrática de 02/03/2010. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 13/08/2012.

**Documento 86** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 38656-4/2009**. Relator(a): Des(a). Rosita Falcão de Almeida Maia. Decisão Monocrática de 16/09/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 13/08/2012.

**Documento 87** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Mandado de Segurança nº 39053-1/2009**. Relator(a): Des(a). Carlos Alberto Dultra Cintra. Decisão Monocrática de 03/07/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 13/08/2012.

**Documento 88** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 62758-1/2009**. Relator(a): Juiz Convocado Josevando Souza Andrade. Decisão Monocrática de 19/11/2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 13/08/2012.

**Documento 89** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 30638-4/2009**. Relator(a): Des(a). Carlos Alberto Dultra Cintra. Decisão Monocrática de



30/06/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 13/08/2012.

**Documento 90** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 76511-9/2009**. Relator(a): Des(a). Antônio Roberto Gonçalves. Decisão Monocrática de 12/11/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 13/08/2012.

**Documento 91** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 428-1/2009**. Relator(a): Des(a). Vera Lúcia Freire de Carvalho. Decisão Monocrática de 01/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 16/08/2012.

**Documento 92** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0011669-89.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Decisão Monocrática de 05/10/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 16/08/2012.

**Documento 93** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 53867-8/2009**. Relator(a): Des(a). José Cícero Landin Neto. Decisão Monocrática de 13/08/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 16/08/2012.

**Documento 94** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 60435-6/2009**. Relator(a): Des(a). Antônio Roberto Gonçalves. Decisão Monocrática de 2009. Disponível em: <[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 16/08/2012.

**Documento 95** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 24422-7/2009**. Relator(a): Des(a). Rosita Falcão de Almeida Maia. Decisão Monocrática de 27/05/2009. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 18/08/2012.

**Documento 96** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0014384-07.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Carlos Alberto Dultra Cintra. Decisão Monocrática de 19/11/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 18/08/2012.

**Documento 97** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0013037-36.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Carlos Alberto Dultra Cintra. Decisão Monocrática de 14/10/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 20/08/2012.

**Documento 98** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0012850-28.2010.805.0000-0**. Relator(a): Juíza Convocada Dinalva Gomes Laranjeira Pimentel. Decisão Monocrática de 08/11/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 21/08/2012.

**Documento 99** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0011077-45.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Sara Silva de Brito. Decisão



Monocrática de 2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 21/08/2012.

**Documento 100** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0000452-49.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Antônio Roberto Gonçalves. Decisão Monocrática de 28/01/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 21/08/2012.

**Documento 101** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0002233-09.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Carlos Alberto Dultra Cintra. Decisão Monocrática de 16/03/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 21/08/2012.

**Documento 102** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0001916-11.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Maria do Socorro Barreto Santiago. Decisão Monocrática de 09/03/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 21/08/2012.

**Documento 103** - BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. **Agravo de Instrumento nº 0002140-46.2010.805.0000-0**. Relator(a): Des(a). Rosita Falcão de Almeida Maia. Decisão Monocrática de 01/07/2010. Disponível em:  
<[http://www7.tjba.jus.br/template/popup\\_servicos.wsp?tmpid=155](http://www7.tjba.jus.br/template/popup_servicos.wsp?tmpid=155)>. Acesso em: 21/08/2012.



## APÊNDICE B – Matriz Geral de Análise dos Acórdãos

Nº	Processo	Ano	Tipo de ação	Cidade de origem	Requerente	Requerido	Tipo de demanda	Agravo	Decisão	Ano do julgamento
01	58863-3	2007	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Artrite Reumatoide	Demanda atendida	2009
02	55887-0	2008	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2009
03	4740-7	2006	Apelação Cível	Salvador	Estado da Bahia	Ministério Público	Medicamentos	Hepatite C	Demanda atendida	2008
04	40252-2	2005	Agravo de Instrumento	Salvador	Usuário	Estado da Bahia	Medicamentos	Artrite Reumatoide	Demanda atendida	2007
05	27774-5	2008	Apelação Cível	Salvador	Usuário	Salvador	Medicamentos	Mucopolissacaridose tipo II	Demanda atendida	2008
06	52411-2	2008	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de administração do Estado da Bahia	Alimento	Intolerância Alimentar	Demanda atendida	2009
07	39053-1	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos Aparelho médico	Esclerose Lateral Amiotrófica	Demanda atendida	2009
08	3904-8	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Distúrbio Respiratório	Demanda atendida	2009



09	64699-0	2008	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos Materiais para curativos	Epidermólise Bolhosa Distrófica	Demanda atendida	2009
10	35021-8	2009	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Ministério Público	Estado da Bahia	Medicamentos	Osteoporose	Demanda atendida	2009
11	52397-0	2008	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia e de Salvador	Alimento	Intolerância Alimentar	Demanda atendida	2009
12	73223-6	2008	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Ministério Público	Estado da Bahia	Medicamentos	Esquizofrenia	Demanda atendida	2009
13	46285-7	2008	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Estado da Bahia	Usuário	Cirurgia	Obesidade Mórbida	Demanda atendida	2009
14	57844-7	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Leucemia Linfoide Crônica	Demanda atendida	2009
15	34465-5	2008	Mandado de Segurança	Feira de Santana	Feira de Santana	Feira de Santana	Alimento	Intolerância Alimentar	Demanda atendida	2009
16	70558-7	2008	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Retinopatia Diabética	Demanda atendida	2009
17	512-9	2008	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Estado da Bahia	Ministério Público	Medicamentos <i>Botton</i>	Miopia Mitocondrial	Demanda atendida	2008
18	38089-1	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos Aparelho de glicemia	Diabetes Mellitus tipo II	Demanda atendida	2010



						Bahia	Fitas reagentes			
19	31456-2	2008	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Estado da Bahia	Usuário	Internamento Tratamento Cirurgia	Obesidade	Demanda atendida parcialmente	2008
20	10940-9	2009	Agravo de Instrumento	Itabuna	Itabuna	Ministério Público do Estado da Bahia	Medicamentos	Citomegalovírus	Demanda atendida	2010
21	30.638-4	2009	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Estado da Bahia	Ministério Público	Alimento	Intolerância Alimentar	Demanda atendida	2009
22	78270-7	2008	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Ministério Público	Medicamentos	DPOC	Demanda atendida	2009
23	45562-2	2009	Agravo de Instrumento	Governador Mangabeira	Governador Mangabeira	Ministério Público	Medicamentos	Diabetes Mellitus Cardiomiopatia	Demanda atendida parcialmente	2010
24	19843-8	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Internamento	Obesidade	Demanda atendida parcialmente	2009
25	54984-5	2008	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	VSR	Demanda atendida parcialmente	2009
26	13021-5	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Leucemia Mieloide Crônica	Demanda atendida	2009
27	38642-1	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Exame	Sem informação	Demanda atendida parcialmente	2009
28	33709-2	2009	Apelação	Salvador	Ministério	Estado da	Medicamentos	Transtorno bipolar	Demanda	2009



			Cível		Público	Bahia			atendida parcialmente	
29	5152-2	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Não foi comprovada causa para uso das vacinas especiais.	Demanda não atendida	2009
30	2384-9	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Puberdade Precoce	Demanda não atendida	2009
31	15975-9	2006	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos Fitas reagentes	Diabetes	Demanda atendida	2007
32	31902-5	2005	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Artrite Reumatoide	Demanda atendida	2007
33	39635-9	2008	Agravo de Instrumento	Itabuna	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Síndrome de Sjogren	Demanda atendida	2009
34	67438-8	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Tratamento	Sequelas neurológicas advindas de AVC	Demanda atendida	2010
35	49985-4	2008	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Hipertensão Arterial Diabetes Mellitus	Demanda atendida	2009
36	42338-5	2006	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2007
37	17589-0	2009	Agravo de Instrumento	Irecê	Estado da Bahia	Ministério Público	Medicamentos	Cistinose	Demanda atendida	2010
38	17367-8	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Usuário	Estado da Bahia	Medicamentos	Enfisema Pulmonar	Demanda atendida	2010
39	17018-1	2009	Agravo de Instrumento	Caetité	Caetité	Ministério Público do Estado da Bahia	Medicamentos	Sem informação	Demanda atendida parcialmente	2009



40	59065-7	2007	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Artrite Reumatoide	Demanda atendida	2008
41	74478-6	2008	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos Aparelho de glicemia Fitas reagentes	Diabetes	Demanda atendida	2009
42	11.086-1	2009	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Estado da Bahia	Ministério Público	Medicamentos	Câncer de mama	Demanda atendida	2009



### APÊNDICE C - Matriz Geral de Análise das Decisões Monocráticas

Nº	Processo	Ano	Tipo de ação	Cidade de origem	Requerente	Requerido	Tipo de demanda	Agravo	Decisão	Ano do julgamento
01	14990-3	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Usuário	Estado da Bahia	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010
02	60173-2	2009	Agravo de Instrumento	Itabuna	Itabuna	Ministério Público	Medicamentos	Citomegalovírus	Demanda atendida	2009
03	2384-9	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Puberdade Precoce	Demanda atendida	2009
04	24422-7	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Transferência hospitalar	Sem informação	Demanda atendida	2009
05	54530-3	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Salvador	Ministério Público	Medicamentos	Diabetes Hipertensão Arterial	Demanda atendida	2009
06	1016-2	2010	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010
07	30.638-4	2009	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Estado da Bahia	Ministério Público	Alimento	Intolerância Alimentar	Demanda atendida	2009
08	3454-6	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia e do município de Salvador	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010



09	53867-8	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia e do município de Salvador	Cirurgia Prótese	Acidente Automobilístico	Demanda atendida	2009
10	33599-5	2009	Agravo de Instrumento	Juazeiro	Estado da Bahia	Ministério Público	Medicamentos	Epilepsia Refratária	Demanda atendida	2009
11	9376-4	2010	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia e do município de Salvador	Medicamentos	Osteonecrose de cabeça femoral	Demanda atendida	2010
12	13651-4	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010
13	38656-4	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Ministério Público	Transferência para UTI	Pneumonia	Demanda atendida	2009
14	13366-4	2010	Agravo de Instrumento	Nova Fátima	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Citomegalovírus	Demanda atendida	2010
15	16083-3	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Transtorno Bipolar	Demanda atendida	2011
16	10884-3	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010
17	49825-7	2009	Agravo de Instrumento	Alagoinhas	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2009
18	428-1	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Material para cirurgia Cirurgia	Doença Renal	Demanda atendida	2009
19	38839-4	2009	Agravo de	Salvador	Salvador	Ministério	Medicamentos	Hipertensão	Demanda	2009



			Instrumento			Público		Arterial	atendida	
20	39053-1	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamento do Aparelho Respiratório	Insuficiência Respiratória	Demanda atendida	2009
21	72109-6	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Anemia	Demanda atendida	2009
22	6688-1	2010	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Púrpura Trombocitopênica	Demanda atendida	2010
23	12153-0	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010
24	13604-6	2010	Agravo de Instrumento	Itaberaba	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos Materiais	Diabetes	Demanda atendida	2010
25	13184-6	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Associação Obras Sociais Irmã Dulce	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010
26	35021-8	2009	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Ministério Público	Estado da Bahia	Medicamentos	Osteoporose	Demanda atendida	2009
27	18071-3	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2009
28	31512-4	2009	Mandado de Segurança	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do Estado da Bahia	Medicamentos	Diabetes	Demanda não atendida	2009
29	2140-4	2010	Agravo de Instrumento	Itambé	Itambé	Usuário	Medicamentos Tratamento	Sem informação	Demanda não atendida	2010
30	12770-6	2010	Mandado de	Salvador	Usuário	Secretário de Saúde do	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010



			Segurança			Estado da Bahia				
31	12734-2	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010
32	13037-3	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Santa Casa de Misericórdia	Usuário	Internamento Tratamento	Sem informação	Demanda atendida	2010
33	49826-6	2009	Agravo de Instrumento	Ibicaraí	Estado da Bahia	Ministério Público	Medicamentos	Espondilite Anquilosante	Demanda atendida parcialmente	2009
34	11759-9	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Diabetes	Demanda atendida	2010
35	10938-9	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Lesão na retina	Demanda atendida	2010
36	2846-2	2010	Agravo de Instrumento	Alagoinhas	Estado da Bahia	Ministério Público	Medicamentos	Diabetes	Demanda atendida	2010
37	11983-3	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Doença de Paget	Demanda atendida	2010
38	60435-6	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Salvador	Usuário	Tratamento <i>Home Care</i>	Sem informação	Demanda atendida	2009
39	1405-1	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Exame	Câncer	Demanda atendida	2010
40	15458-9	2010	Agravo de Instrumento	Acajutiba	Acajutiba	Ministério Público	Transporte	Paralisia Cerebral	Demanda atendida	2010
41	11086-1	2009	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Estado da Bahia	Ministério Público	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2009
42	452-4	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Cirurgia Materiais	Sem informação	Demanda atendida	2010
43	13594-2	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010
44	43919-7	2009	Agravo de	Salvador	Estado da	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda	2009



			Instrumento		Bahia				atendida	
45	62758-1	2009	Agravo de Instrumento	Itabuna	Estado da Bahia	Usuário	Alimento	Intolerância Alimentar	Demanda atendida	2009
46	11669-8	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Exame	Doença Linfoproliferativa	Demanda atendida	2010
47	22475-7	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Santa Casa de Misericórdia	Usuário	Internamento	Obesidade	Demanda não atendida	2009
48	76511-9	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Santa Casa de Misericórdia	Usuário	Tratamento Internação Cirurgia	Apendicite aguda	Demanda atendida	2009
49	6951-3	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Santa Casa de Misericórdia	Usuário	Internamento	Obesidade	Demanda atendida	2009
50	56.045-6	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Tratamento	Doença na visão	Demanda atendida	2009
51	14384-0	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Santa Casa de Misericórdia	Usuário	Internamento Exames Tratamento	Sem informação	Demanda atendida	2010
52	11077-4	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Santa Casa de Misericórdia	Usuário	Internação Tratamento	Sem informação	Demanda atendida	2010
53	1916-1	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Santa Casa de Misericórdia	Usuário	Internamento Materiais Tratamento Home Care	Sem informação	Demanda atendida	2010
54	12850-2	2010	Agravo de Instrumento	Feira de Santana	Estado da Bahia	Usuário	Tratamento Internamento	Sem informação	Demanda não atendida	2010
55	3129-5	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010
56	52968-8	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Salvador	Ministério Público	Medicamentos	Tetraplegia	Demanda atendida	2009
57	2233-0	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Santa Casa de Misericórdia	Usuário	Internamento	Sem informação	Demanda atendida	2010



			Instrumento		Misericórdia		Transferência para a UTI Tratamento		atendida	
58	1187-8	2010	Agravo de Instrumento	Porto Seguro	Porto Seguro	Usuário	Medicamentos	Doença Crônica Pulmonar	Demanda atendida	2010
59	20.315-5	2010	Agravo de Instrumento	Brumado	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Osteoporose	Demanda atendida	2010
60	4646-9	2010	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Medicamentos	Câncer	Demanda atendida	2010
61	52787-7	2009	Agravo de Instrumento	Salvador	Estado da Bahia	Usuário	Tratamento <i>Home Care</i>	Esclerose Lateral Amiotrófica	Demanda atendida	2009



### APÊNDICE D - Sínteses das Categorias de Análise - Unidade Temática: Acesso às Tecnologias de Saúde

Categorias de Análise	Síntese por Processos	Síntese Analítica por Categorias
<b>Acesso a Medicamentos</b>	<b>Processo: 4740-7</b> - Ministério Público solicita o fornecimento do medicamento (Interferon Peguilado) para todos os portadores do vírus da Hepatite C, que necessitem de retratamento, com prescrição médica, por meio do Estado da Bahia, devido à negativa da Secretaria de Saúde do Estado em fornecê-los. O Estado da Bahia alega que não está fornecendo os medicamentos apenas para os que iniciam o tratamento e que atende aos protocolos. A demanda do Ministério Público foi atendida, com garantia do fornecimento do medicamento a todos os portadores da Hepatite C em retratamento com prescrição médica.	Demandas por medicamentos atendidas quase que integralmente com garantia do cumprimento, independente se realizado pelo Estado ou município, do direito à vida e à saúde, porém com alegações de elevados custos para o sistema e de falta de comprovação e incorporação de medicamentos na ANVISA.
	<b>Processo: 27774-5</b> - Usuários solicitam ao município de Salvador o fornecimento dos medicamentos (Elapraxe e os que se fizerem necessários) em cota semanal para o tratamento da Mucopolissacaridose tipo II. Com a recusa do município que alega não ser a esfera responsável, os usuários entram com recurso solicitando o cumprimento da demanda preliminarmente solicitada. A demanda dos usuários foi atendida, com garantia do fornecimento dos medicamentos para o tratamento da referida patologia rara.	
	<b>Processo: 512-9</b> - Ministério Público solicita ao Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos e substituição de sonda de gastronomia por <i>botton</i> . O Estado alega que os medicamentos não fazem parte do SUS e que o <i>botton</i> é um equipamento de alto custo. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos e o <i>botton</i> .	
	<b>Processo: 39635-9</b> - Usuário solicita ao Estado da Bahia o fornecimento de medicamento para tratamento de patologia rara, Síndrome de Sjogren. O Estado entra com recurso alegando que se for atender a todas as demandas individuais causará grandes prejuízos à saúde pública. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.	



	<p><b>Processo: 64699-0</b> - Usuários solicitam da Secretaria do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos e materiais para curativos para o tratamento da Epidermólise Bolhosa Distrófica. O Estado alega que os usuários não realizaram nenhuma solicitação administrativa dos medicamentos e curativos pleiteados, bem como o tratamento individualizado prejudica o planejamento das políticas públicas e alocação das verbas orçamentárias. A demanda dos usuários foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer os medicamentos e curativos.</p>	
	<p><b>Processo: 2384-9</b> - Usuários solicitam da Secretaria do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos para tratamento da Puberdade Precoce. Por falta de provas documentais pré-constituídas para comprovação da certeza e liquidez do direito invocado, foi negado o atendimento da demanda.</p>	
	<p><b>Processo: 10940-9</b> - Ministério Público solicita ao município de Itabuna o fornecimento do medicamento (Cidofovir) para tratamento de Citomegalovírus. O município nega o fornecimento alegando que o medicamento não consta na ANVISA, é importado e, por ser de alto custo, não é de competência da esfera municipal. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do município em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 17589-0</b> - Ministério Público solicita ao Estado da Bahia o fornecimento do medicamento (Cisteamine) para tratamento de Cistinose. O Estado alega que o medicamento não possui registro na ANVISA, não integra o RENAME nem o PROMEX e que há tratamento alternativo no SUS para a patologia. Além disso, alega que não pode privilegiar demandas individuais em detrimento da coletividade. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 35021-8</b> - Ministério Público solicita ao Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Aclasta) para o tratamento de osteoporose. O Estado alega que o SUS possui medicamentos similares para o tratamento da patologia. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 39053-1</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado o fornecimento de medicamento (Rilusol) e de aparelho respiratório para</p>	



	<p>tratamento da Esclerose Lateral Amiotrófica. O Estado alega que já faz o fornecimento do medicamento e que, com relação ao aparelho, não há comprovação da eficácia de seu uso e que não haveria previsão de disponibilização pelo SUS. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento e aparelho respiratório.</p> <p><b>Processo: 54984-5</b> - Usuário solicita ao Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Palivizumabe) para a prevenção de doença grave do trato respiratório provocado pelo VSR em RN prematuro. O Estado alega o privilégio de um indivíduo em detrimento do coletivo, além do tempo de cinco dias ser curto para aquisição do medicamento. A demanda do usuário foi atendida parcialmente, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento com a dilação do prazo de cinco para trinta dias.</p> <p><b>Processo: 78270-7</b> - Ministério Público solicita ao Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Spiriva e Seretide) para o tratamento de DPOC. O Estado alega que o medicamento Spiriva já é fornecimento ao usuário e que o Seretide carece de comprovação de sua eficácia para a patologia em questão. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer os medicamentos.</p> <p><b>Processo: 3904-8</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado o fornecimento de medicamento (Palivizumabe) para tratamento do Distúrbio Respiratório, pois o mesmo não respondeu ao pedido administrativo do usuário. O Estado alega o privilégio de um indivíduo em detrimento do coletivo. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.</p> <p><b>Processo: 17367-8</b> - Usuário solicita ao Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Respira) para o tratamento do Enfisema Pulmonar. O Estado alega que não foi realizado pelo usuário nenhum pedido administrativo para fornecimento do medicamento. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.</p> <p><b>Processo: 18071-3</b> - Usuário solicita ao Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Herceptin) para o tratamento do Câncer. O Estado alega o</p>	
--	--	--



	<p>privilégio de um indivíduo em detrimento do coletivo. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 11086-1</b> - Ministério Público solicita ao Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Herceptin) para o tratamento de Câncer. O Estado alega que não houve nenhum pedido administrativo do usuário para o fornecimento do medicamento, bem como o SUS já possui clínica para realizar o tratamento da patologia em questão e que disponibiliza o medicamento na clínica. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 55887-0</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado o fornecimento de medicamento (Avastin) para tratamento do Câncer. O Estado alega que o medicamento não integra a lista da ANVISA. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 42338-5</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Avastin) para tratamento do Câncer. O Estado alega o privilégio de um indivíduo em detrimento do coletivo, bem como que o medicamento não integra a lista da ANVISA. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 13021-5</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado o fornecimento de medicamento (Imatinib) para tratamento da Leucemia Mieloide Crônica, pois o mesmo não respondeu ao pedido administrativo do usuário. O Estado alega que o medicamento só é dispensado aos pacientes que tem acompanhamento na Rede Estadual de Oncologia. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 57844-7</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado o fornecimento de medicamento (Rituximabe) para tratamento da Leucemia Linfóide Crônica. O Estado alega que o medicamento só é dispensado aos pacientes que tem acompanhamento nos estabelecimentos de saúde cadastrados e especializados para o tratamento, além de alegar o privilégio de</p>	



	<p>um indivíduo em detrimento do coletivo. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 59065-7</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Infliximabe) para tratamento da Artrite Reumatoide. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 58863-3</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Infliximabe, Adalimumabe e Etanercepte) para tratamento da Artrite Reumatoide. O Estado alega que existem outras classes terapêuticas disponíveis para o tratamento da patologia referida e que, o medicamento solicitado é de alto custo. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos.</p>
	<p><b>Processo: 40252-2</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Adalimumabe) para tratamento da Artrite Reumatoide. O Estado alega ausência de prova para a solicitação do medicamento. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 31902-5</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Adalimumabe) para tratamento da Artrite Reumatoide. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 33709-2</b> - Ministério Público solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Oxicarbazepina), bem como a padronização do medicamento para todos os portadores de Transtorno Bipolar. O Estado alega que não se opõe em fornecer o medicamento ao usuário, mas resiste em proceder à padronização requerida, devido ao elevado custo e por falta de comprovação do medicamento em questão, além do privilégio de um indivíduo em detrimento da coletividade. A demanda do Ministério Público foi atendida parcialmente, com determinação do Estado em fornecer o medicamento e providenciar a inclusão do medicamento na lista do SUS para todos os portadores da patologia.</p>



	<p><b>Processo: 73223-6</b> - Ministério Público solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Dlanzafina, Paliperidona e Carbamazefina). O Estado alega que os medicamentos pleiteados não constam na lista de medicamentos excepcionais e que não há orçamento disponível para aquisição. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos.</p>
	<p><b>Processo: 38089-1</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Insulina Glargina) e aparelho de glicemia com fitas. Usuário fez solicitação à secretaria e não obteve nenhuma resposta. O Estado alega que o medicamento não é fornecido pelo SUS. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento e aparelho de glicemia com fitas.</p>
	<p><b>Processo: 74478-6</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Insulina Humilin N e Insulina Humalog) e aparelho de glicemia com fitas. Usuário fez solicitação à secretaria e não obteve nenhuma resposta. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento e aparelho de glicemia com fitas.</p>
	<p><b>Processo: 15975-9</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Insulina Humana NOH e Insulina Humana Regular) e fitas. O Estado alega que há necessidade de incorporação à ANVISA. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos e fitas.</p>
	<p><b>Processo: 49985-4</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (ASS, Vastarel, Sinvastatina, Selozok, Losartam, Alodipino, Monocordil, Glibenclamida e Metformina). O Estado alega que há necessidade de realização de perícia médica para avaliar a eficácia dos medicamentos e avaliar se não há substitutos nos programas. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos.</p>
	<p><b>Processo: 45562-2</b> - Ministério Público solicita do município de Governador Mangabeira o fornecimento de medicamentos (Sustrate, Marevan,</p>



	<p>Carvedilol, Losartan e Furosemida). O município alega que recusa fornecer os medicamentos decorrentes do cumprimento das normas disciplinadoras da farmácia popular que trabalha com perfil de cada município. A demanda do Ministério Público foi atendida parcialmente, com determinação do município em fornecer os medicamentos, e, se necessário, sejam substituídos por outros de mesma finalidade.</p> <p><b>Processo: 70558-7</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Ranibizumabe). Usuário fez solicitação à secretaria e não obteve nenhuma resposta. O Estado alega falta de comprovação do medicamento para a patologia e que não há registro na ANVISA evidenciando uso <i>off label</i>. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p> <p><b>Processo: 5152-2</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia a aplicação das vacinas antimeningocócica e antipneumocócica. Usuário solicitou administrativamente, mas houve negativa. O Estado alega que as vacinas não são contempladas no calendário regular de vacinação e que só podem ser fornecidas exclusivamente às pessoas que atendem às indicações e critérios médicos definidos pelo Ministério da Saúde. A demanda do usuário não foi atendida, pois não houve comprovação da necessidade do usuário em fazer uso das vacinas solicitadas por não estarem nos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.</p> <p><b>Processo: 17018-1</b> - Ministério Público solicita do município de Caetité o fornecimento de medicamentos. O município alega que o fornecimento dos medicamentos pleiteados é do Estado e da União. A demanda do Ministério Público foi atendida parcialmente, com determinação do município em fornecer os medicamentos, com apenas redução do valor da multa caso não haja o cumprimento da decisão.</p> <p><b>Processo: 13594-2</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Nexavar). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p> <p><b>Processo: 43919-7</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Temodal). O Estado alega privilégio de um indivíduo em</p>
--	---



	<p>detrimento da coletividade. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 49825-7</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). O Estado alega que o usuário não realizou tratamento nas UNACON ou CACON e por isso, não poderia receber os medicamentos fora da rede. No entanto, o usuário faz tratamento em uma unidade da rede, porém no município de residência não possui nenhuma instituição vinculada. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 1016-2</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 4646-9</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). O Estado alega que o medicamento não é disponibilizado pelo SUS e que o medicamento para tratamento oncológico não pode ser fornecido fora da rede especializada. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 12734-2</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). O Estado alega que o medicamento para tratamento oncológico não pode ser fornecido fora da rede especializada. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 12770-6</b> - Usuário solicita da Secretaria de saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 13184-6</b> - Usuário solicita da Associação Obras Sociais Irmã Dulce o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). A Associação Obras Sociais Irmã Dulce alega que o repasse do SUS é inferior ao necessário para o fornecimento do medicamento ao usuário. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Associação Obras Sociais Irmã Dulce em</p>	



	fornecer o medicamento.
	<b>Processo: 13651-4</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). O Estado alega que o medicamento para tratamento oncológico não pode ser fornecido fora da rede especializada. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.
	<b>Processo: 14990-3</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.
	<b>Processo: 3129-5</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.
	<b>Processo: 3454-6</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Andriblastina e Transtuzumabe). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.
	<b>Processo: 12153-0</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). O Estado alega que o medicamento para tratamento oncológico não pode ser fornecido fora da rede especializada. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.
	<b>Processo: 11086-1</b> - Ministério Público solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe) ao usuário, bem como a todas as pessoas que se encontrarem na mesma situação. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.
	<b>Processo: 10884-3</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Transtuzumabe). O Estado alega que há a necessidade de perícia médica para avaliar a real necessidade do medicamento para o usuário. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.
	<b>Processo: 33599-5</b> - Ministério Público solicita do Estado da Bahia o



	<p>fornecimento de medicamento (Gabapentina). O Estado alega que a responsabilidade é do município, pois a medicação esta contemplada na lista de medicamentos de alto custo. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 2384-9</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Luptron Depot). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 52968-8</b> - Ministério Público solicita do município de Salvador o fornecimento de medicamentos (Oxibutina, Bacofleno e Xilocaína Geleia). O município alega que a Xilocaína geleia pode ser adquirido perante solicitação administrativa que o usuário não comprova que fez. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do município em fornecer os medicamentos.</p>	
	<p><b>Processo: 49826-6</b> - Ministério Público solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Infliximabe). O Estado alega que o usuário não quis se submeter ao tratamento disponível na rede. No entanto, não há tratamento disponível em portaria ministerial que englobe a patologia. A demanda do Ministério Público foi atendida parcialmente, com determinação do município em fornecer os medicamentos, apenas aumentando o prazo de cumprimento para 05 dias.</p>	
	<p><b>Processo: 16083-3</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Quetiapina). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do município em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 20315-5</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Oscal, Omeprazol, Rivotril e Nortriptilina). O Estado alega que a responsabilidade de fornecimento dos medicamentos é do município de Brumado, pois os mesmos fazem parte do rol da Atenção Básica. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do município em fornecer os medicamentos.</p>	
	<p><b>Processo: 35021-8</b> - Ministério Público solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Aclasta). A demanda do Ministério Público</p>	



	<p>foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 9376-4</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Enoxaparina). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 72109-6</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Eritropoetina). O Estado alega o privilégio de um indivíduo em detrimento da coletividade e de outras doenças mais usuais e de menor custo. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 6688-1</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Rituximabe). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 11983-3</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Aclasta). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 10938-9</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Lucentis). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 13366-4</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Cidofovir). A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 60173-2</b> - Ministério Público solicita do município de Itabuna o fornecimento de medicamento (Cidofovir). O município alega que o medicamento não possui registro na ANVISA e é de alto custo. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do município em fornecer o medicamento.</p>
	<p><b>Processo: 2846-2</b> - Ministério Público solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos. O Estado alega que o município de Alagoinhas possui competência para fornecimento de medicamentos para Diabetes pelo SUS. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos.</p>
	<p><b>Processo: 11759-9</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de</p>



	<p>medicamentos (Insulina Lantus e Insulina Novorap). O Estado alega que o privilégio de um indivíduo em detrimento da coletividade. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos.</p>	
	<p><b>Processo: 13604-6</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Insulina Lantus e Insulina Novorap) e agulhas, fitas reagentes e lancetas. O Estado alega que o município de Itaberaba possui competência para atendimento da demanda. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos e agulhas, fitas reagentes e lancetas.</p>	
	<p><b>Processo: 31512-4</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos. A demanda do usuário não foi atendida, por falta de interesse do mesmo no processamento e julgamento da ação.</p>	
	<p><b>Processo: 54530-3</b> - Ministério Público solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Tracolumus, Meticorten, Microfenolato sódico, Clonidina, Furosemida, Ácido Fólico, Complexo B, Lacastatina, Atenolol, Apresolina, Dipirona, Zanidip e Insulina NPH). O Estado alega que alguns medicamentos pleiteados não são fornecidos pelo SUS. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos.</p>	
	<p><b>Processo: 38839-4</b> - Ministério Público solicita do município de Salvador o fornecimento de medicamento (Carvedilol). O município alega que o medicamento pleiteado não consta na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e que por ser de alto custo o município não possui orçamento para custear o tratamento. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do município em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 1187-8</b> - Usuário solicita do município de Porto Seguro o fornecimento de medicamento. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do município em fornecer o medicamento.</p>	
	<p><b>Processo: 39053-1</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Rilusol) e aparelho respiratório. O</p>	



	<p>usuário fez solicitação administrativa com negativa. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento e aparelho respiratório.</p> <p><b>Processo: 2140-4</b> - Usuário solicita do município de Itambé o fornecimento de medicamentos (Citoneurin, Mionevrix e Euthyrox) e tratamento de hidroterapia. O município alega que o usuário não produziu provas e que a receita médica apresentada não constava a identificação e CRM do médico. A demanda do usuário não foi atendida, por falta de documentação legal.</p>	
<b>Acesso a Alimentos</b>	<p><b>Processo: 52411-2</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de fórmula alimentar, pois possui intolerância alimentar. Usuário fez a solicitação administrativa, mas não obteve resposta. O Estado alega que desconhece o pedido administrativo do usuário. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o alimento.</p> <p><b>Processo: 52397-0</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de fórmula alimentar, pois possui intolerância alimentar. Usuário fez a solicitação administrativa, mas não obteve resposta. O Estado alega que desconhece o pedido administrativo do usuário. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o alimento.</p> <p><b>Processo: 34465-5</b> - Ministério Público solicita do município de Feira de Santana o fornecimento de fórmula alimentar, pois possui intolerância alimentar. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o alimento.</p> <p><b>Processo: 62758-1</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de alimento (leite de soja Nansoy). O Estado alega que o privilégio de um indivíduo em detrimento da coletividade. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o alimento.</p> <p><b>Processo: 30638-4</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de alimento (leite hidrolisado Neocate). O Estado alega que o leite pleiteado não consta na Lista de Medicamentos de Atenção Excepcional e que é de elevado custo, além de privilegiar um indivíduo em detrimento da coletividade. A</p>	<p>Todas as demandas atendidas pautadas no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA com garantia do direito à vida.</p>



	demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o alimento.	
<b>Acesso a Internamento/Tratamento</b>	<b>Processo: 19843-8</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado o internamento e tratamento da obesidade em clínica de emagrecimento, pois o mesmo não respondeu ao pedido administrativo. A demanda do usuário foi atendida parcialmente, com determinação do Estado da Bahia em custear o internamento do usuário na clínica por um período de 06 meses e submeter, periodicamente, a avaliação da Junta Médica Especializada da Bahia.	Maioria das demandas atendidas pautadas no direito à vida, no entanto, com grande alegação de falta de provas que garantam a necessidade do usuário.
	<b>Processo: 31456-2</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o internamento, tratamento e cirurgia para a obesidade. O Estado alega que não houve nenhum pedido administrativo do usuário para atendimento das demandas, mas que não se opõe em autorizar os serviços, no entanto, o usuário além da obesidade possui comorbidades associadas que inviabilizam a realização dos procedimentos no tempo solicitado de 05 dias. A demanda do usuário foi atendida parcialmente, com determinação do Estado em custear o internamento, tratamento e cirurgia, apenas dilatando o período de 05 para 60 dias.	
	<b>Processo: 67438-8</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o tratamento para as sequelas advindas do AVC. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o tratamento ao usuário.	
	<b>Processo: 52787-7</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o tratamento domiciliar <i>Home Care</i> . O Estado alega que não previsão para o fornecimento do tratamento <i>Home Care</i> para a situação. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o tratamento <i>Home Care</i> .	
	<b>Processo: 56045-6</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o tratamento do usuário para doença na visão. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o tratamento adequado.	
	<b>Processo: 22475-7</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento do usuário na Clínica de Obesidade. A Santa Casa de Misericórdia alega que a instituição pleiteada não é considerada uma instituição médica e que não faz parte do rol de procedimentos médicos. A demanda do usuário não foi atendida, pois não houve comprovação que o	



	<p>mesmo corria risco de vida e comprovação de que a instituição pleiteada oferecesse serviços médicos.</p>
	<p><b>Processo: 6951-3</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento do usuário na Clínica de Obesidade. A Santa Casa de Misericórdia alega que exclui de seus serviços o tratamento de emagrecimento para fins estéticos. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento.</p>
	<p><b>Processo: 76511-9</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento, tratamento e cirurgia. A Santa Casa de Misericórdia alega que o usuário deveria ao menos ter prestado caução. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento, tratamento e cirurgia.</p>
	<p><b>Processo: 60435-6</b> - Usuário solicita do município de Salvador o tratamento <i>Home Care</i>. O município alega que não há comprovação para realização do tratamento pleiteado. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do município em realizar o tratamento <i>Home Care</i>.</p>
	<p><b>Processo: 14384-0</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento, tratamento e realização de exames. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento, tratamento e realização de exames.</p>
	<p><b>Processo: 13037-3</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento e tratamento. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento e tratamento.</p>
	<p><b>Processo: 12850-2</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o internamento e tratamento em unidade hospitalar. A demanda do usuário não foi atendida, por não haver comprovação do pedido de urgência/emergência.</p>
	<p><b>Processo: 11077-4</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento e tratamento. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento e tratamento.</p>
	<p><b>Processo: 2233-0</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o</p>



	<p>internamento, transferência para UTI e tratamento. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento, transferência para UTI e tratamento.</p> <p><b>Processo: 1916-1</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento, tratamento <i>Home Care</i> e materiais. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento, tratamento <i>Home Care</i> e materiais.</p> <p><b>Processo: 2140-4</b> - Usuário solicita do município de Itambé o fornecimento de medicamentos (Citoneurin, Mionevrix e Euthyrox) e tratamento de hidroterapia. O município alega que o usuário não produziu provas e que a receita médica apresentada não constava o a identificação e CRM do médico. A demanda do usuário não foi atendida, por falta de documentação legal.</p>	
<b>Acesso a Cirurgia</b>	<p><b>Processo: 46285-7</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o internamento e tratamento da obesidade em hospitais de Feira de Santana. O Estado alega que o município não possui na rede do SUS hospitais habilitados para tal procedimento e que necessitaria que fossem realizados em Salvador. A demanda do usuário foi atendida parcialmente, com determinação do Estado em custear o internamento e tratamento em local/data a serem determinados pelo órgão administrativo competente, menos oneroso, porém alcançando a eficácia pretendida.</p> <p><b>Processo: 31456-2</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o internamento, tratamento e cirurgia para a obesidade. O Estado alega que não houve nenhum pedido administrativo do usuário para atendimento das demandas, mas que não se opõe em autorizar os serviços, no entanto, o usuário além da obesidade possui comorbidades associadas que inviabilizam a realização dos procedimentos no tempo solicitado de 05 dias. A demanda do usuário foi atendida parcialmente, com determinação do Estado em custear o internamento, tratamento e cirurgia, apenas dilatando o período de 05 para 60 dias.</p> <p><b>Processo: 76511-9</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento, tratamento e cirurgia. A Santa Casa de Misericórdia alega que o usuário deveria ao menos ter prestado caução. A demanda do usuário</p>	<p>Todas as demandas atendidas garantindo o acesso do usuário, porém com grande alegação de altos custos para o sistema.</p>



	<p>foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento, tratamento e cirurgia.</p> <p><b>Processo: 428-1</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de material para cirurgia e cirurgia. O Estado alega que o usuário não se enquadra nos critérios estabelecidos para utilização do material e cirurgia solicitados. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o material para cirurgia e cirurgia.</p> <p><b>Processo: 53867-8</b> - Usuário solicita da Secretaria de saúde do Estado da Bahia o fornecimento de prótese e cirurgia. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer a prótese e realizar a cirurgia.</p> <p><b>Processo: 452-4</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de material e realização de cirurgia. O Estado alega que não há comprovação da necessidade de uso do material especificado. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o material e realizar a cirurgia.</p>	
<p><b>Acesso a Outras Demandas</b></p>	<p><b>Processo: 512-9</b> - Ministério Público solicita ao Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos e substituição de sonda de gastronomia por <i>botton</i>. O Estado alega que os medicamentos não fazem parte do SUS e que o <i>botton</i> é um equipamento de alto custo. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos e o <i>botton</i>.</p> <p><b>Processo: 64699-0</b> - Usuários solicitam da Secretaria do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos e materiais para curativos para o tratamento da Epidermólise Bolhosa Distrófica. O Estado alega que os usuários não realizaram nenhuma solicitação administrativa dos medicamentos e curativos pleiteados, bem como o tratamento individualizado prejudica o planejamento das políticas públicas e alocação das verbas orçamentárias. A demanda dos usuários foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer os medicamentos e curativos.</p> <p><b>Processo: 39053-1</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado o fornecimento de medicamento (Rilusol) e de aparelho respiratório para</p>	<p>Todas as demandas atendidas, no entanto com alegação de elevados custos para o sistema e de falta de comprovação das tecnologias requisitadas.</p>



	<p>tratamento da Esclerose Lateral Amiotrófica. O Estado alega que já faz o fornecimento do medicamento e que, com relação ao aparelho, não há comprovação da eficácia de seu uso e que não haveria previsão de disponibilização pelo SUS. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado da Bahia em fornecer o medicamento e aparelho respiratório.</p>
	<p><b>Processo: 38089-1</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Insulina Glargina) e aparelho de glicemia com fitas. Usuário fez solicitação à secretaria e não obteve nenhuma resposta. O Estado alega que o medicamento não é fornecido pelo SUS. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento e aparelho de glicemia com fitas.</p>
	<p><b>Processo: 74478-6</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Insulina Humilin N e Insulina Humalog) e aparelho de glicemia com fitas. Usuário fez solicitação à secretaria e não obteve nenhuma resposta. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento e aparelho de glicemia com fitas.</p>
	<p><b>Processo: 15975-9</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Insulina Humana NOH e Insulina Humana Regular) e fitas. O Estado alega que há necessidade de incorporação à ANVISA. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos e fitas.</p>
	<p><b>Processo: 38642-1</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia a realização do exame de cintilografia corporal total com gálio no Hospital São Rafael. O Estado alega que o hospital solicitado não possui mais a estrutura para realização do referido exame. A demanda do usuário foi atendida parcialmente, com determinação do Estado em realizar o exame, porém em local que possua estrutura para realização do mesmo.</p>
	<p><b>Processo: 1405-1</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia a realização do exame Pet Scam. O Estado alega que o exame é de alto custo. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em realizar o exame.</p>



	<p><b>Processo: 15458-9</b> - Ministério Público solicita do município de Acajutiba o fornecimento de transporte adequado ao usuário para que o mesmo possa realizar seu tratamento no município de Alagoinhas. O município alega a falta de comprovação de impossibilidade dos pais conduzirem o usuário. A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do município em fornecer o transporte.</p> <p><b>Processo: 13604-6</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de medicamentos (Insulina Lantus e Insulina Novorap) e agulhas, fitas reagentes e lancetas. O Estado alega que o município de Itaberaba possui competência para atendimento da demanda. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer os medicamentos e agulhas, fitas reagentes e lancetas.</p> <p><b>Processo: 38656-4</b> - Ministério Público solicita do Estado da Bahia a transferência do usuário para a UTI ou Unidade Semi-Intensiva Pediátrica do Hospital Santa Izabel. O Estado alega prazo curto para o cumprimento (48 horas). A demanda do Ministério Público foi atendida, com determinação do Estado em realizar a transferência.</p> <p><b>39053-1</b> - Usuário solicita da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o fornecimento de medicamento (Rilusol) e aparelho respiratório. O usuário fez solicitação administrativa com negativa. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o medicamento e aparelho respiratório.</p> <p><b>Processo: 428-1</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de material para cirurgia e cirurgia. O Estado alega que o usuário não se enquadra nos critérios estabelecidos para utilização do material e cirurgia solicitados. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o material para cirurgia e cirurgia.</p> <p><b>Processo: 11669-8</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia a realização do exame Pet Scam - CT. O Estado alega que não há solicitação de autorização para o exame e que podem ser de alto custo, existem outros exames que podem ser utilizados para diagnóstico. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em realizar o exame.</p>	
--	---	--



	<p><b>Processo: 53867-8</b> - Usuário solicita da Secretaria de saúde do Estado da Bahia o fornecimento de prótese e cirurgia. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer a prótese e realizar a cirurgia.</p>	
	<p><b>Processo: 24422-7</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia a transferência do usuário para o Hospital Santa Izabel. O Estado alega que o usuário não necessita mais do tratamento. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em realizar a transferência.</p>	
	<p><b>Processo: 14384-0</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento, tratamento e realização de exames. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento, tratamento e realização de exames.</p>	
	<p><b>Processo: 452-4</b> - Usuário solicita do Estado da Bahia o fornecimento de material e realização de cirurgia. O Estado alega que não há comprovação da necessidade de uso do material especificado. A demanda do usuário foi atendida, com determinação do Estado em fornecer o material e realizar a cirurgia.</p>	
	<p><b>Processo: 2233-0</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento, transferência para UTI e tratamento. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento, transferência para UTI e tratamento.</p>	
	<p><b>Processo: 1916-1</b> - Usuário solicita da Santa Casa de Misericórdia da Bahia o internamento, tratamento <i>Home Care</i> e materiais. A demanda do usuário foi atendida, com determinação da Santa Casa de Misericórdia em fornecer o internamento, tratamento <i>Home Care</i> e materiais.</p>	