



PODER EXECUTIVO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIEDADE E CULTURA NA
AMAZÔNIA – PPGSCA/UFAM

ADRIANO GONÇALVES FEITOSA

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E MEDICAMENTOS EM MANAUS/AM

MANAUS

2020

ADRIANO GONÇALVES FEITOSA

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E MEDICAMENTOS EM MANAUS/AM

Dissertação de Mestrado elaborada pelo mestrando Adriano Gonçalves Feitosa e apresentada perante a Banca de Defesa do Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia (PPGSCA), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Yoshiko Sasaki.

MANAUS

2020

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F311j Feitosa, Adriano Gonçalves
 Judicialização da saúde e medicamentos em Manaus-AM /
 Adriano Gonçalves Feitosa . 2020
 183 f.: 31 cm.

 Orientadora: Yoshiko Sasaki
 Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) -
 Universidade Federal do Amazonas.

 1. Judicialização. 2. Saúde. 3. Medicamentos. 4. Direitos Sociais.
 I. Sasaki, Yoshiko. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

AGRADECIMENTOS

Direciono meus agradecimentos a todos que contribuíram para esta nova conquista em minha jornada acadêmica e profissional: a meus pais, **Marcos Feitosa de Souza** (*in memoriam*) e **Jane Maria Gonçalves Feitosa**, a minha irmã **Isabela Gonçalves Feitosa**, estendendo, ainda, minha gratidão a todos os meus familiares, avós, tios, tias, primos e sobrinha **Luciana Gamilla Feitosa Goolsby**.

Em especial, agradeço a minha orientadora Prof.^a Dr.^a **Yoshiko Sasaki** não apenas pela doação de seu concorrido tempo de orientação e pelos conhecimentos transmitidos – adquiridos ao longo de uma longa, prolífica e respeitável carreira acadêmica e profissional –, mas também pela paciência com minha inexperiência acadêmica inicial, por sempre acreditar no potencial de nossa pesquisa, ocasionalmente me aconselhando espiritual e vocacionalmente, e por sempre incentivar meu aperfeiçoamento como profissional do direito.

Não poderia deixar de registrar, ainda, a contribuição individual de cada um dos professores e técnicos do **Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia (PPGSCA)**, em nome de quem agradeço também a própria **Universidade Federal do Amazonas (UFAM)** e a **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)**, duas entidades de essencial importância para a realização desta pesquisa, ora pelas contribuições diretas e indiretas em matéria de capital intelectual – de alto nível, a propósito –, ora por terem disponibilizado recursos sem os quais estariam prejudicados os esforços de exclusividade e cientificidade desta pesquisa.

Manaus, junho de 2020

Adriano Gonçalves Feitosa

RESUMO

Partindo do pressuposto de que no Brasil a saúde é direito de todos e dever do Estado, a presente dissertação objetiva analisar a judicialização da saúde no acesso a medicamentos na comarca de Manaus, capital do estado do Amazonas, numa contribuição à discussão que se traça em nível nacional. Trata-se de uma pesquisa explicativa com abordagem interdisciplinar de estudo que resgata a trajetória histórico-epistêmica da saúde pública e do sistema público de saúde brasileiro, busca investigar a concepção de saúde institucionalizada pela Constituição de 1988 e emoldurar a estrutura normativo-legal que regula a matéria, e, ainda, verificar de que forma o Poder Judiciário do Amazonas lida com o fenômeno da judicialização da saúde. Para tanto, utilizou-se da pesquisa explicativa com técnica de análise de conteúdo, que consistiu na coleta de processos judiciais via Diário da Justiça Eletrônico (DJE) do Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas (TJAM), referentes ao período de tramitação processual entre 2018 e 2019. Ao verificar de que forma o fenômeno da judicialização da saúde se manifesta no estado do Amazonas, principalmente em Manaus, foram identificados não apenas os principais medicamentos e outros bens demandados em juízo, mas também o grau de atuação em demandas de saúde por parte da Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE-AM), do Ministério Público do Estado do Amazonas (MPE-AM) e de advogados particulares, subsidiariamente ao tempo médio de resposta a pedidos de tutela de urgência e de sentenciamento. Por fim, tendo em conta que dos 160 processos analisados, 94 tiveram resultado procedente, favorável aos requerentes – sendo que 25 processos não possuíam sentença até a data de 01/05/2020 (data de finalização desta pesquisa), 12 processos foram extintos sem resolução de mérito, 07 processos foram sentenciados como improcedentes (contra os requerentes), 05 processos foram sentenciados como parcialmente procedentes, e 01 processo foi encerrado com acordo entre as partes. Conclui-se que o Judiciário do Amazonas, amparado com o assessoramento dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NATJUS), e alinhado com a jurisprudência superior do STJ e STF, destaca-se em prol da efetivação do direito fundamental à saúde de maneira integral, embora o tempo de resposta a cada demanda não seja uniforme, em alguns casos sendo absurdamente prolongado, o que, todavia, deve ser analisado no contexto de cada caso, sempre a considerar o grau de cooperação e responsabilidade dos agentes processuais envolvidos.

Palavras-chave: judicialização; saúde; medicamentos.

ABSTRACT

Assuming that health in Brazil is considered a constitutional and universal right and simultaneously a state's obligation, this master's thesis aims to analyze the judicialization of health in terms of the search for access to medicines in the city of Manaus, capital of the state of Amazonas, aiming to contribute to a wider national discussion. This is an explanatory research which uses the critical method, dedicating to the theme an interdisciplinary approach; it also rescues the historical-epistemic trajectory of universal public health and the Brazilian public health system, seeking to investigate the concept of health institutionalized by the 1988 Constitution and to frame its normative structure; besides that, it aims to verify how the Judiciary Power in the State of Amazonas deals with the phenomenon of the judicialization of health. For that, it was used the explanatory research with content analysis technique, which consisted of judicial processes collected through the Electronic Journal of Justice (DJE) of the Court of Justice of the State of Amazonas (TJAM), referring to the period of procedural processing between 2018 and 2019. By verifying how the phenomenon of the judicialization of health manifests itself in the state of Amazonas, mainly in Manaus, not only were identified the main drugs and other goods demanded in court, but also its frequency in health demands supported by the Public Defender's Office (DPE-AM), the Public Prosecutor's Office (MPE-AM) and by private lawyers, in addition to the average response time to the requests for emergency relief and sentencing. Finally, taking into account that of the 160 cases analyzed, 94 had a favorable result, favorable to the claimants - 25 cases having no sentence until the date of 01/05/2020 (date of completion of this research), 12 cases were terminated without resolution of merits, 07 cases were sentenced as unfounded (against the claimants), 05 cases were sentenced as partially valid, and 01 case was closed with agreement between the parties - it is concluded that the Judiciary of Amazonas, supported by the advice of the Division of Technical Support to the Judiciary (NATJUS), and aligned with the superior jurisprudence of the STJ and STF, stands out in favor of the realization of the fundamental right to health in an integral way, although the response time to each demand is not uniform, in some cases being absurdly prolonged, which, however, must be analyzed in the context of each case, always considering the degree of cooperation and responsibility of the agents involved in the process.

Key words: judicialization; health; medicines.

LISTA DE SIGLAS

8ª CNS	–	Oitava Conferência Nacional de Saúde
CAPs	–	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CNJ	–	Conselho Nacional de Justiça
CNRS	–	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CONASEMS	–	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	–	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	–	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COSEMS	–	Conselhos Municipais de Saúde
CRFB/1988	–	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DJE	–	Diário da Justiça Eletrônico
DNSP	–	Departamento Nacional de Saúde Pública
DPE-AM	–	Defensoria Pública do Estado do Amazonas
DPU	–	Defensoria Pública da União
HND	–	História Natural da Doença
IAPs	–	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	–	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	–	Instituto Nacional de Previdência Social
MPE-AM	–	Ministério Público do Estado do Amazonas
NATJUS	–	Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário
NOAS	–	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	–	Norma Operacional Básica
OCDE	–	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
ONU	–	Organização das Nações Unidas
SUDS	–	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
SUCAM	–	Superintendência de Campanhas
SUSAM	–	Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Amazonas
STF	–	Supremo Tribunal Federal
STJ	–	Superior Tribunal de Justiça
TFD	–	Tratamento Fora de Domicílio
TJAM	–	Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Os números do CNJ sobre a judicialização da saúde em 2018.....	p. 62
Quadro 02 – Os representantes dos requerentes.....	p. 87
Quadro 03 – Denominação utilizada pelos peticionantes para o pedido de tutela de urgência.....	p. 88
Quadro 04 – Natureza/Nomenclatura das Ações.....	p. 88
Quadro 05 – Resultado dos pedidos de tutela de urgência.....	p. 89
Quadro 06 – Média de dias entre peticionamento do processo e decisão sobre a tutela de urgência.....	p. 90
Quadro 07 – Resultado final dos processos.....	p. 91
Quadro 08 – Média de dias entre peticionamento e decisão definitiva de mérito.....	p. 91
Quadro 09 – Classificação em categorias de objetos demandados.....	p. 92
Quadro 10 – Medicamentos mais demandados em juízo.....	p. 93

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p. 08
CAPÍTULO 01 – SOCIEDADE, CULTURA E SAÚDE	p. 14
1.1. A visão da saúde na História (de Hipócrates ao início do século XX).....	p. 14
1.2. A ‘saúde-doença’ como processo social e os seus agravantes.....	p. 21
1.3. Estado e epidemiologia.....	p. 27
CAPÍTULO 02 – O ESTADO BRASILEIRO E SUAS POLÍTICAS DE SAÚDE	p. 37
2.1. Breve histórico das políticas sociais de saúde até a Constituição da República Federativa de 1988.....	p. 37
2.2. Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito à saúde da população.....	p. 46
2.2.1. A arquitetura do funcionamento do SUS.....	p. 47
2.3. A gestão de saúde e os conselhos gestores e de fiscalização.....	p. 53
CAPÍTULO 03 – JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	p. 60
3.1. Reflexões sobre a judicialização da saúde: origens e críticas.....	p. 60
3.2. Parâmetros ou critérios para a judicialização em matéria de medicamentos.....	p. 73
3.3. Caminhos metodológicos da pesquisa.....	p. 82
3.4. Quando a Justiça entra em cena: análise das principais demandas judiciais em Manaus, Amazonas.....	p. 86
CONCLUSÃO	p. 97
REFERÊNCIAS	p. 101
APÊNDICE	p. 106

INTRODUÇÃO

O fenômeno da judicialização se mostra cada vez mais presente em discussões acadêmicas interdisciplinares e de planejamento administrativo na esfera pública. Sua ascensão decorre, certamente, do reconhecimento da urgência de viabilizar práticas operacionais racionalizadas e eficazes, tendentes ao aperfeiçoamento da prestação da tutela jurisdicional, sem, contudo, objetar ou recusar eficácia a direitos fundamentais sociais.

Em um país com o porte do Brasil, com suas marcas geográficas e populacionais peculiares, a judicialização enquanto problema adquire maiores proporções ao se distinguir em duas dimensões, ou duas indissociáveis facetas de uma mesma dimensão: relações sociais e políticas sociais.

Nesse sentido, pode-se falar tanto em uma cultura individualista de litigância que dá indícios de crescimento entre os diversos sujeitos de direito em suas relações cotidianas (consumo, prestação de serviços, vizinhança etc.), como também vem preponderando uma cultura coletivista que advoga perante a esfera pública a concessão universal e indiscriminada de direitos.

Embora também se destaque uma maior litigância promovida por usuários de planos de saúde – na esfera privada, portanto –, a judicialização da saúde também alcança – e, de certo modo, assombra – a dimensão pública da convivência humana, a coletividade, impondo sempre às sociedades uma busca de equilíbrio.

No Brasil, todavia, diante das patentes desigualdades sociais que persistem apesar do avanço do tempo, esse equilíbrio é relativizado pela previsão de prevalência constitucional (ao menos como regra formal) de um sistema público de saúde amplamente inclusivo e não discriminatório, que, paralelamente, não obsta a coexistência e o funcionamento de uma rede privada de saúde (em caráter complementar).

No caso da saúde brasileira, sabe-se bem o peso político que o termo “saúde pública” carrega em si, traduzindo uma vasta gama de significados, que se condensam no Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado na passagem dos anos 1980 aos 1990 como um verdadeiro marco político-filosófico que visou tratar a saúde para além do positivismo e das abordagens monocausais que privilegiavam a medicina tradicional curativo-terapêutica, em detrimento da medicina preventiva e alternativa; com a mudança de paradigmas, passou-se a enxergar a saúde-doença como um fenômeno complexo, um processo social e histórico em que “saúde” e “doença” são facetas indissociáveis de um mesmo fenômeno.

A mera institucionalização de um sistema idealista, de base universal, integral e equitativa, contudo, não assegurou sua efetiva implementação, ou pelo menos não permitiu que viesse a atingir os potenciais esperados ou conjecturados desde a época de sua concepção. Em geral, aponta-se que os passos dados até o momento não foram uniformemente coordenados. Em uma percepção particular, caminha-se com um rumo em mente (que a convicção pública às vezes parece até trair, mesmo que momentaneamente), o que não diminui a distância do trajeto nem os esforços necessários à sua superação.

Se um apreço ao bom-senso humanístico, ou a mera empatia, parece faltar no atual cenário polarizado de mobilização das massas populares, cada vez mais defensivas do direito de emitir publicamente suas opiniões diárias sobre como deve ser conduzido politicamente o país, isso também se reflete na judicialização, com o aumento da litigância entre esses indivíduos, que induzem o espaço forense – aprioristicamente, impessoal – a substituir qualquer outro espaço que privilegie o entendimento pela discussão, convencimento e persuasão racional. Dialogar e negociar, e não litigar irrazoavelmente, seriam os objetivos ideais de convivência em sociedade.

Não se ignora que o direito à saúde é um direito fundamental, cujo acesso é garantido de forma expressa e plena desde o advento da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, asseguradora de direitos pela previsão em seu texto de diversos atores legitimados a

defendê-los e pleiteá-los em prol da coletividade, criando uma profusão de protagonistas no palco das relações sociojurídicas, como, por exemplo, os próprios cidadãos diretamente interessados, órgãos classistas e de representação sindical, os partidos políticos com representação nacional, as defensorias públicas, o Ministério Público e a Ordem dos Advogados do Brasil.

É nesse contexto que se principia a explicar o fenômeno da judicialização do acesso à saúde, que pode, portanto, ser visto como uma reação de escape à espera morosa de que os legisladores produzam normas jurídicas que garantam avanços sociais (dentre os quais, maior inclusão no tocante à saúde), tendo o gabinete dos magistrados se tornado uma solução muitas vezes mais crível para a consolidação de políticas públicas e sociais, o que, por outro lado, alguns membros do Poder Legislativo tacham de inversão de papéis, usurpação de competências ou ativismo judicial.

Ocorre que, se o Judiciário é chamado a agir – “provocado” a agir pelas partes interessadas, e a partir de então manejado por impulso oficial do juiz da causa, como se diz no linguajar técnico do direito – para determinar que o Estado forneça medicamentos, providencie leitos hospitalares ou preste serviços, consultas e exames médicos, é porque algo não vai bem nos trâmites regulares de acesso à saúde, i.e., pela via tradicional administrativa diante dos gestores do SUS (seja nos municípios, estados ou União).

Os dados compilados a respeito do crescimento da judicialização em nível nacional apenas embasam a percepção já dispersada entre a população em geral e usuários do SUS, bem como seus operadores e gestores, de que o sistema não opera plenamente conforme suas diretrizes lançadas no texto constitucional e em sua legislação de base, o que muitas vezes – e com esteio no senso comum, vulgar – se atribui ser consequência de má gestão, falta de vontade política ou reflexo de uma cultura institucional não convicta de preceitos éticos e humanistas, o que favoreceria a profusão da corrupção entre ocupantes da Administração Pública.

Muito mais do que isso, contudo, acaba por impactar a gestão do SUS, e sua efetiva implementação: tem peso significativo a lógica neoliberal que permeia o sistema, enquanto resquício dos sistemas prévios, pré-1988, eminentemente privatistas, previdenciário-recuperatistas, cujos espectros ainda obstam a instauração eficaz do sistema universal, gratuito, descentralizado e preventista que a Constituição de 1988 almejou institucionalizar por meio do SUS.

No Brasil, onde os estudos mais recentes constatam na última década um crescimento de cerca de 130% nas demandas judiciais que versam sobre saúde, o problema da efetivação dos direitos sociais e sua convergência com políticas sociais firmes e longevas mostra o quão difícil é traduzir as pretensões sociais, legitimamente decorrentes do texto normativo da Constituição, trazendo-as do papel à realidade de fato. O problema ainda esbarra em obstáculos práticos e operacionais, bem conhecidos pelos administradores públicos: sobretudo, restrições e limites orçamentários dissonantes das plenas necessidades ou demandas sociais já referidas.

Trata-se, evidentemente, de um tema cuja projeção de crescimento persiste como preocupação de gestores e autoridades públicas, afinal, principalmente diante de decisões judiciais que impõem ao Estado o cumprimento de medidas ou o fornecimento de objetos e bens individualizadamente (em muitos casos, com elevadíssimos valores de custeamento), veem-se prejudicadas as próprias rotinas administrativas de realocação de recursos e disponibilização de outros insumos que, por sua vez, até então tinham sua viabilização regularmente prevista pelo sistema público de saúde, o que por si só potencializa o ajuizamento de outras ações por parte dos novos usuários prejudicados em suas pretensões de acesso à saúde.

É neste sentido que se faz necessária uma proposta crítica de discussão de alternativas e mecanismos de entendimento mútuo que permitam conciliar os ideais de universalidade, integralidade, descentralização, participação e equidade com a real e efetiva prestação de cuidados em saúde pública, sem ser preciso recorrer abarrotadamente ao Judiciário como suposta via única.

Visando abordar a correlação entre o fenômeno da judicialização das políticas sociais de saúde e a efetivação do direito de acesso à saúde em Manaus/AM, especialmente quanto à obtenção de medicamentos, justifica-se a presente pesquisa também na oportunidade que uma abordagem interdisciplinar original pode propiciar, dando vazão à ótica das ciências sociais em saúde e do direito para tentar responder as seguintes questões norteadoras:

- (i) De que forma o Estado brasileiro concebe, oficialmente, a questão da saúde? Neste aspecto, cabe comentar a trajetória de concepções construídas ao longo do tempo, no que diz respeito à saúde.
- (ii) A que se deve o atual estado do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil? Isto é, quais causas prováveis podem ser atribuídas a esse fenômeno sentido ainda com tanta força?
- (iii) Quais características assume esse fenômeno na comarca de Manaus, capital do estado do Amazonas – o *locus* imediato de interesse empírico desta pesquisa – para acesso a medicamentos de alto custo, não cobertos ou em falta no SUS?

Em primeiro lugar, faz-se imperioso resgatar a história e a trajetória institucional da saúde pública, de seus esboços primordiais à ascensão da epidemiologia, paradigma que foi além dos já esgotados modelos biomédico e etiológico, por exemplo, na explicação das doenças, privilegiando, assim, a perspectiva da prevenção como paritária à da recuperação, e reconhecendo a importância do caráter histórico-social da doença, para além das concepções focadas nos aspectos biológicos causais.

Em seguida, no segundo capítulo, procede-se com uma análise do processo de institucionalização do que veio a se constituir como SUS, um sistema público e universal – em contraposição ao modelo anterior, híbrido em três vertentes: filantrópico, privatista e securitizado –, traçando-se, ainda, um esboço legal, ou normativo-jurídico, acerca da estrutura institucional em voga, dos diplomas legais, da legislação e das normas constitucionais que

regulam o sistema de saúde no Brasil; esta seção, conjugada à visão universal da trajetória da saúde pública, será importante para compreender o porquê da proliferação do fenômeno da judicialização em matéria de saúde.

Por fim, concentram-se no terceiro capítulo algumas reflexões teóricas e propostas para o estudo da judicialização da saúde, efetuando-se, também, uma análise da jurisprudência dos tribunais superiores brasileiros quando do confronto com demandas judicializadas de acesso a medicamentos; é neste momento que, cumprindo com a responsabilidade acadêmica de contribuir com originalidade para a discussão do tema, aproveita-se para investigar a judicialização da saúde perante a realidade do Judiciário amazonense, buscando-se constatar de que forma os magistrados da comarca de Manaus lidam com tais demandas, e quais são os medicamentos mais demandados pelos jurisdicionados.

CAPÍTULO 01 – SOCIEDADE, CULTURA E SAÚDE

O presente capítulo pretende abordar a fundamentação teórica da saúde enquanto processo social e histórico, e não meramente ausência de doença; portanto, levam-se em conta aspectos, elementos e fenômenos da dinâmica da vida humana e social na compreensão e promoção da saúde por políticas públicas, tais como econômicos, políticos, culturais e jurídicos. Busca-se, assim, evidenciar o processo saúde-doença como dinamizado pela história social da humanidade, para além dos reducionismos em que incorrem enfoques pautados essencialmente nas dimensões biológica e etiológica, monocausais, das doenças.

1.1. A visão da saúde na História (de Hipócrates ao início do século XX)

Vasta é a produção científica centrada na saúde em âmbitos nacional e internacional, ontem e hoje. Em razão da própria e peculiar condição do ser humano enquanto animal pensante, autorreflexivo, nada mais natural do que, desde os primórdios, ter voltado a sua curiosidade para os céus, buscando compreender suas origens e sua inserção em um universo tão complexo, como também tendo dirigido atenção para o estudo de sua realidade mais imediata, do universo palpável, que, no caso das ciências da saúde, materializa-se e se problematiza no corpo humano, individual ou social. (SCLIAR, 1987)

Ante a possibilidade de esboçar um fluxo ilustrativo, as primevas “revelações” mítico-religiosas despontam na partida da esquematização intelectual humana; depois, as observações indutivas, ou intuitivas, mais atentas às condições do ambiente, ao contexto físico e geográfico dos grupamentos humanos; em seguida, a percepção de agentes endógenos, ou operações internas, e também dos fatores psíquicos como pareados às manifestações motoras e somáticas, com abertura gradual ao seu estudo sistematizado; por fim, porém com ressalvas, a superação do isolacionismo e reducionismo das tendências prévias e a ascensão de uma alternativa mais

inclusiva, que é precisamente a compreensão do binômio ‘saúde-doença’ como um processo social, dinâmico e histórico pautado em relações entre o elemento humano e os elementos físicos, biológicos, geográficos, psíquicos e culturais. (SCLiar, 1987; GARRAFA, 1991; SEGRE, FERRAZ, 1997; ALMEIDA FILHO, 2011)

Historicamente, pode-se considerar como ponto de partida para a compreensão do que é saúde a análise da relação entre esse fenômeno e outro que lhe é correlato, qual seja, a doença. Concebidas a saúde e a doença como dois vieses de uma mesma relação, ou como elementos de um mesmo processo, esta tendência filosófica se encontra não apenas nos escritos acadêmicos contemporâneos, mas já se encontrava esboçada nas fontes basilares sobre as quais se construiu a medicina ocidental, os escritos de Hipócrates (460-377 A.E.C.).

Giovanni Berlinguer aponta que o estudo hipocrático das doenças se pautava:

No quanto existe de comum e de individual na natureza humana: na doença, no doente, na dieta e em quem prescreve (porque deste depende o seu desenvolvimento favorável ou não); na constituição geral e específica dos fenômenos celestiais e de cada região, nos costumes do povo, no regime, nas profissões, na idade de cada um; na fala, nas maneiras de ser, no silêncio, no pensamento, no sono e na insônia, nos sonhos (como e quando), nos gestos involuntários (arrancar os cabelos, coçar-se, chorar); nos paroxismos, nas fezes, na urina, nas secreções, no vômito; na ligação entre as doenças (quais derivam do passado e quais geram o futuro); nos abscessos, se dão sinal de morte ou de crise; no suor, nos calafrios, no frio, na tosse, no espirro, no soluço, na respiração, nos arrotos, na flatulência (silenciosa ou ruidosa), nas hemorragias, nas hemorroidas. Com base em tudo isso, estenda-se a investigação até onde se consiga. (BERLINGUER, 1988, p. 12)

Por mais que Hipócrates também tenha sustentado que a saúde seria o equilíbrio balanceado entre quatro fluidos que constituiriam o corpo (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue) – evidentemente, teorização bastante aquém da realidade, com as compreensíveis ressalvas das circunstâncias históricas de seu desenvolvimento –, ressalta-se sobretudo o caráter mais racionalista e de base empírica das observações do sábio grego. A esse respeito, Moacyr Scliar destaca:

A obra hipocrática caracteriza-se pela valorização da observação empírica, como demonstram os casos clínicos nela registrados, reveladores de uma visão epidemiológica do problema de saúde-enfermidade. A apoplexia, dizem esses textos, é mais comum entre as idades de 40 e 60 anos; a tísica ocorre mais frequentemente entre os 18 e 35 anos. Essas observações não se limitavam ao

paciente em si, mas a seu ambiente. O texto conhecido como “Ares, águas, lugares” discute os fatores ambientais ligados à doença, defendendo um conceito ecológico de saúde-enfermidade. (SCLIAR, 2007, p. 31-32)

Para Georges Canguilhem (2009, p. 12), a medicina grega, sintetizada na tradição hipocrática, abandona concepções de inclinação mais ontológica em prol de uma visão dinâmica da doença, totalizante; a perturbação do equilíbrio humoral (dos quatro elementos constituintes do corpo humano), ou seja, a perturbação do equilíbrio do “todo”, configuraria a doença. Haveria, assim, uma dualidade de concepções de saúde e doença: a *(i)* ontológica, tão antiga quanto o homem, e a qual se atribui uma representatividade simbólica de todos os males que afligem a humanidade; e a *(ii)* hipocrática, mais empírica, dinâmica, fluida e sempre tendente à harmonização e ao equilíbrio.

Ainda para Canguilhem (2009, p. 12), essas duas concepções persistem no tempo, oscilando em aceitação por muitas gerações de profissionais da saúde, constatando-se um fundo de otimismo humano, em face de sua própria e irreversível condição existencial, em qualquer uma das versões escolhidas: na hipocrática, há a pressuposição do equilíbrio saudável como princípio (e a doença, a invalidez e a morte como regras residuais, de exceção, medidas extremas da régua da vida); na ontológica, por sua vez, os males também podem ser expurgados, vencidos, superados e curados, daí o vislumbre de alternativas de prorrogação da vitalidade humana, e para o contorno de sua também inerente falibilidade.

De qualquer forma, tanto para uma visão quanto para outra, há espaço para o desenvolvimento e aplicação de técnicas humanas principalmente no controle do fenômeno doença – e a implícita busca pelo domínio humano sobre a natureza –, manifestadas essencialmente na clínica médica e na terapêutica, ainda que a concepção hipocrática propicie dar maior abertura e protagonismo ao naturismo, isto é, à crença nas forças da natureza e seus mecanismos de autorregulação como provedores de saúde. Canguilhem (2009, p. 13) avalia, ainda, que ambas “têm, no entanto, um ponto em comum: encaram a doença, ou melhor, a experiência de estar doente, como uma situação polêmica, seja uma luta do organismo contra

um ser estranho, seja uma luta interna de forças que se afrontam”.

Para além da prévia visão religiosa da doença como punição e castigo divinos, ou da concepção astromiasmática, com a Modernidade e suas pretensões científicas as doenças passaram a ser objeto de classificação sistemática. No século XVII, Giambattista Morgagni aperfeiçoou a anatomia patológica; no século XIX, Claude Bernard desenvolveu a fisiopatologia e antecipou as discussões sobre predisposição imunológica como fator causal; e, com o desenvolvimento de melhor aparelhamento tecnológico – em especial, o microscópio – cientistas do naipe de Robert Koch e Louis Pasteur passaram a “individualizar as causas, os mecanismos de transmissão, as medidas preventivas e higiênicas (profilaxia) para muitas doenças infecciosas, da peste à varíola, da tuberculose à malária”. (BERLINGUER, 1988, p. 15)

No contexto do cientificismo ascendente a partir dos séculos XVIII e XIX, a anatomia e a fisiologia, aliadas ao conhecimento enciclopédico patogênico, deveriam bastar para que os profissionais da medicina pudessem explicar os distúrbios que afligiam a humanidade; eis a época de ouro de um naturalismo clínico inicialmente mecanicista, depois organicista e funcionalista. Todavia, nem mesmo o impulso catalogador conseguiu avançar no pleno deslinde das causas da doença, e, de modo reflexo, na compreensão do que seria de fato o complexo fenômeno sanitário.

Ao buscar definições daquilo que seria a doença ou a saúde em dicionários e enciclopédias tradicionais, Berlinguer (1988, pp. 22-29) se debruçou sobre a *Encyclopédie* de Diderot e d’Alembert (1751), notando que o verbete de doença se traduz por “o estado de um animal vivo que não goza de saúde; é a vida física num estado de imperfeição” (BERLINGUER, 1988, p. 27). Evidente é o círculo vicioso que se forma a partir da remissão conceitual à ausência de saúde, fato que não se elucida com o subjetivismo valorativo suscitado pelo termo explícito “imperfeição” e, também, por seu antônimo implícito “perfeição”.

Ainda conforme o mesmo autor, a Enciclopédia Britânica, por sua vez, define doença

como “uma alteração do organismo da condição fisiológica normal, suficiente para produzir sinais ou sintomas evidentes”, de destacada índole empiricista e que enfatiza os sinais, ou sintomas, aptos a denunciar e colocar em evidência certas condições de alteração da “normalidade” (condição saudável) do organismo. (BERLINGUER, 1988, p. 27)

Na Enciclopédia Americana, por outro lado, a problemática se radicaliza, à medida que doença se define como “carência ou ausência de comodidade; condição de incômodo ou dor” (BERLINGUER, 1988, p. 28). Inconteste, portanto, é a abertura conceitual que dá azo à proliferação de subjetivismos na tratativa da matéria.

Desde meados do século XX, pelo menos oficialmente no pós-Segunda Guerra, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 22 de julho de 1946, teve-se como ponto de partida revelador de uma mudança paradigmática a célebre definição de saúde insculpida no documento instituidor daquele órgão internacional, definição esta que foi comemorada por muitos e, por outro lado, também amplamente criticada:

Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou enfermidade; o gozo do mais alto padrão de saúde é um dos direitos fundamentais de todos os seres humanos sem distinção de raça, religião, crença religiosa, filosofia política, ou condição socioeconômica; a saúde de todos os povos é fundamental para a conquista da paz e segurança e depende da cooperação plena dos indivíduos e nações; [...]. (OMS, 1946, p. 01)

Como se nota no próprio excerto acima transcrito do ato constitutivo da OMS, esse “estado de completo bem-estar físico, mental e social” conjugaria aspectos até então dificilmente – ou, então, esparsa e dissonantemente – reconhecidos como relevantes para a identificação e diagnose de circunstâncias, determinantes e agravantes das condições sanitárias globais. Na data em que surgiram, estas breves notas sobre o que seria a saúde representaram uma revolução, pois significaram a superação institucionalizada da mera associação da saúde à ausência de doença.

Ressalte-se, contudo, que ainda hoje há críticas contra tal concepção da OMS, que seria inatingível, estritamente de cunho político-ideológico e que, por isso mesmo, seria uma visão

utópica de um tema de elevada relevância prática, cotidiana e coletiva.

Não se ignora que, efetivamente, tal conceito se reveste de viés político, principalmente se for levado em conta o contexto de sua entidade criadora, a OMS, órgão internacional vinculado à Organização das Nações Unidas (ONU), outro órgão internacional, portanto, em consonância com o qual seus membros signatários deveriam se comprometer em seguir a mesma linha política, visto que sua finalidade é precisamente buscar reger harmonicamente os interesses dos diversos Estados-membros.

Uma interessante e bem articulada ponderação já feita nesse sentido é a veiculada por Naomar de Almeida Filho, quando o autor assevera que a criação conceitual de 1946 da OMS – provavelmente um alívio para o espírito depressivo do pós-guerra, diz o autor –, “reinventou o Nirvana e chamou-o de ‘saúde’ [...]”. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 08)

O ‘Nirvana’ a que o autor faz alusão, em um criativo jogo metafórico, nada mais é do que um conceito próprio do credo budista – considerado religião por alguns e, por outros, filosofia de vida – e que sintetiza a busca eterna e cíclica por uma ascensão espiritual, ou aperfeiçoamento pessoal e terreno, numa difícil jornada ascética cujo fim apenas raros iluminados alcançam. A associação que o autor faz ao conceito de saúde inaugurado pela OMS é pertinente, portanto, pois traduz com sublime ironia uma contundente crítica à ficção romântica, utópica, do ‘completo bem-estar’, alcunhando-o de “misticismo sanitário”. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 08)

Ainda a esse respeito, Marcos Segre e Flávio Ferraz (1997, p. 539) criticam a impossibilidade de se definir e avaliar expressões tão subjetivas como ‘perfeição’ e ‘bem-estar’, cuja dificuldade conceitual não diminui nem mesmo quando aplicados critérios externos de avaliação, isto é, referenciais ou indicadores mais objetivos; remetendo aos estudos psicanalíticos de Freud, os autores também destacam o ‘mal estar’ inerente à civilização, óbice resistente ao soergimento da felicidade plena dos indivíduos:

Para ele [Freud], a civilização passou a existir quando os homens fizeram um

pacto entre si, pelo qual trocaram uma parcela de sua liberdade pulsional por um pouco de segurança. Desta forma, a própria organização social e a condição mesma da existência do homem em grupos se baseiam em uma renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de “mal-estar”. Desta condição não se pode fugir, donde resulta que entre indivíduo e civilização sempre haverá uma zona de tensão. (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539)

Outra visão crítica que frequentemente se impõe diante do conceito formulado pela OMS suscita os riscos não apenas da medicalização das relações humanas – sempre potencialmente conflituosas, por princípio, em razão das individualidades e particularidades culturais dos diferentes povos –, mas também da politização da vida cotidiana, corriqueira, à medida que considerar todo mal-estar físico, mental ou social como doença implicaria o risco de “transformar qualquer sinal de conflito e qualquer distorção nas relações entre os homens, em ocasião ou pretexto para tratamento médico”. (BERLINGUER, 1988, p. 16)

Na esfera das competências e obrigações políticas dos Estados, a amplidão e abertura conceitual do que seria saúde também gerou a outorga de maiores responsabilidades, ônus e encargos aos Estados na prestação de serviços e produtos em políticas e programas de promoção da saúde. Contudo, isto não desmerece os efeitos de tal escolha política consignada no conceito vocalizado pela OMS. De fato, é relevante a tratativa da saúde como direito fundamental social, em sua acepção ampla de “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, e enquanto compromisso político.

De qualquer modo, embora o próprio desenvolvimento das ciências da saúde revele a perpetuação de tendências fortemente enraizadas na priorização das doenças em abordagens profissionais tradicionais, como a abordagem clínica, individualizante e casuística, apresentam-se também outras perspectivas, não mais reducionistas ou exclusivistas, como esforço de superação das técnicas e ideais típicos da Era Moderna; perspectivas estas que, para a análise e diagnose de circunstâncias problemáticas da vida cotidiana, não mais desconsideram aspectos políticos, econômicos e jurídicos, coletivos ou individuais; a rigor, estes devem obrigatoriamente constituir elementos fatoriais de qualquer equação que almeje efetividade em

intervenções sociais.

1.2. A ‘saúde-doença’ como processo social e os seus agravantes

Hoje, prepondera o caráter social do binômio ‘saúde-doença’, tendo em vista os modos como a sociedade e seus membros se organizam, interagem, produzem e consomem; todos os aspectos da convivência humana se tornam passíveis de tangenciar ou repercutir, de uma forma ou de outra, na questão sanitária. Moacyr Scliar sintetiza bem a problemática da questão, quando delinea a plurivocação de qualquer esboço conceitual do fenômeno saúde:

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. (SCLIAR, 2007, p. 30)

Também para Volnei Garrafa, acertadamente, “o estudo do homem, individual e coletivamente considerado, não poderá ser desenvolvido sem a evidente caracterização deste homem dentro da sociedade da qual faz parte”, sociedade esta que espelha as relações travadas em seu âmago, com todos os desdobramentos possíveis, notadamente as relações de produção. (GARRAFA, 1991, p. 69)

Para além de um argumento defensável unicamente por determinada teoria, ou ideologia político-filosófica, compreender a ‘saúde-doença’ enquanto um processo histórico dinamizado pelas relações humanas deve ser simultaneamente o ponto de partida e o ponto de chegada das investigações científicas hodiernas, tendentes a superar a monocausalidade típica do positivismo. A fase em que preponderou a monocausalidade positivista, do biologicismo etiológico, representou um reducionismo estanque, mecanizado, que contraria a complexa, multifatorial e interconectada realidade que se apresenta diante da existência humana. (GARRAFA, 1991, p. 68)

Neste sentido, sem menosprezar as contribuições das práticas médico-clínicas de

outrora, ainda sob a vigência exclusivista do paradigma monocausal positivista, Nunes (2000, p. 219) ressalta:

Sem negar a importância desse momento e das investigações que se seguiram, cumpre lembrar que, já no final do século XIX, e nas primeiras décadas do século XX, as condições de saúde continuavam extremamente precárias para amplos contingentes da população. De outro lado, a impossibilidade de abarcar com o paradigma unicausal a complexa trama de problemas levou a que investigadores procurassem um enfoque alternativo. Este seria denominado de multicausal.

A multicausalidade foi, assim, um dos primeiros esforços de superação científica a caminhar rumo ao reconhecimento do caráter social do binômio ‘saúde-doença’. A partir dos anos 1950 e ao longo das duas décadas que se seguiram, foi sintetizada por Leavell e Clark como um modelo explicativo das doenças atrelado aos princípios da ecologia, pelo que passou a se conhecer como História Natural da Doença (HND). (NUNES, 2000, p. 219)

Esse modelo alcançaria o “conjunto de processos interativos que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte”. (LEAVELL; CLARK, 1976, p. 7, *apud* ALMEIDA FILHO, 2011, p. 45)

O modelo HND se propôs a traduzir e explicar a determinação de doenças a partir da polarização de dois meios, ou domínios, que são mutuamente complementares: *(i)* meio interno, onde se desenvolvem as doenças; e *(ii)* meio externo, ou meio-ambiente, em que se interlaçam em suas operações próprias os chamados ‘agentes’ e ‘determinantes’. Naquele primeiro, tomam conta modificações bioquímicas, fisiológicas e histológicas, fatores hereditários ou congênitos, alterações orgânicas etc.; no segundo, despontam os fatores externos, de natureza física, biológica e sociopolítico-cultural. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 45)

Almeida Filho pontua que, precisamente por distinguir dois momentos no processo de determinação da doença – a pré-patogênese e a patogênese propriamente dita –, a HND avançou em relação aos modelos anteriores, afirmando ainda que é na fase da pré-patogênese que se dão as “inter-relações dinâmicas entre condicionantes ecológicos e socioeconômico-culturais e

condições intrínsecas do sujeito, até o estabelecimento de uma configuração de fatores propícia à instalação da doença”. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 47)

A partir de determinado momento, no entanto, a multicausalidade defendida pelo modelo HND não deu mais conta de explicar com completude os meandros da complexa questão sanitária, para além do modelo biomédico centralizador e das causalidades patológicas como definidoras do fenômeno da ‘saúde-doença’, não tendo sido capaz de afirmar com propriedade seu inerente e primordial caráter social. Destarte, pondera-se que “esses modelos nada mais são que matrizes ou quadros gerais dentro dos quais múltiplas e diferentes enfermidades podem ser descritas e formalizadas teoricamente”. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 51)

“Será certamente mais adequado se falar em ‘história social da saúde’, em processos da ‘saúde-doença-cuidado’ e em objeto complexo da saúde, visando a estender o escopo de estudo dos fenômenos relativos a saúde, ação e vida”, aduz, enfim, Almeida Filho, concluindo que é preciso superar modelos tais como a HND para só então se passar a ter como norte uma perspectiva compreensiva de fenômenos correlatos à saúde e à doença, como o sofrimento, a dor, as aflições e mesmo a morte, “transcendendo o âmbito biológico restrito para uma abordagem dos sistemas ecossociais e culturais”. (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 52)

Garrafa (1991, p. 70), por sua vez, critica a vertente neopositivista da HND, por esta aceitar “a separação do homem em partes, aspecto que favorece a fragmentação do real, [...], até a deflagração de núcleos tão reducionistas e associais que dificultam em grande proporção uma visão mais abrangente do mundo”.

O autor exemplifica:

A leucemia é um tipo de neoplasia maligna, razoavelmente conhecida no que se refere ao seu contexto clínico propriamente dito. As mais de 110 mil mortes resultantes do cogumelo atômico lançado pelos norte-americanos em Hiroshima e Nagasaki, em 1945, por outro lado, são muitas vezes imputadas de forma simplista e reduzidamente biológica às radiações ionizantes emanadas da explosão nuclear, e que atuaram diretamente sobre a usina de formação dos glóbulos sanguíneos: a medula óssea das vítimas. Caso as razões políticas e econômicas não tivessem sido suficientemente fortes para

determinar a deflagração da Segunda Guerra, a bomba não teria sido lançada, nem a leucemia vitimado tantos japoneses daquela região. (GARRAFA, 1991, p. 70)

Uma multicausalidade que enfatize o viés social inerente às questões sanitárias, de tratativa empírico-qualitativa, por outro lado, é a que se apresenta como alternativa mais apta a fornecer explicações concretas para o processo ‘saúde-doença’, num saudável esforço conjunto com as ciências sociais. “Saúde e doença devem ser vistas como situações ou momentos dinâmicos de um mesmo processo vital”, afirma Garrafa (1991, p. 68), complementando que a “análise de uma ou de outra [saúde e doença], isoladamente, leva, inevitavelmente, a desvios teóricos graves que deságuam numa prática médica equivocada, sofisticada, cara, inacessível, opressora, e descomprometida sob o ponto de vista social”.

É diante da insuficiência do paradigma reducionista e biologicista de outrora, que o caráter social da ‘saúde-doença’ se mostra necessário, pois este não é excludente, senão reconhece a primaz correlação entre o plano societal e os eventos e fatos do plano biológico. Daí a importância da reformulação – e rearticulação, acrescentamos – entre teoria e prática sob o enfoque conjunto das ciências sociais e da saúde. (BREIHL; GANDRA, 1985, *apud* GARRAFA, 1991, p. 68)

A doença deve ser compreendida como parte essencial da vida, transitória ou definitiva (quando com sequelas, ou quando letal, respectivamente), mas sempre dinâmica, e por isto mesmo um processo em que a saúde também consta como elemento paritário na equação.

Para demonstrar a forte marca de influência do plano societal sobre o fenômeno da doença, Asa Cristina Laurell traz como contribuição estudos sobre mudanças no perfil patológico da sociedade mexicana entre as décadas de 1940 e 1970, ressaltando que a “demonstração mencionada é difícil no caso do México, seja pela pouca confiabilidade das estatísticas populacionais existentes, seja pela falta de investigação referente à problemática de que nos ocupamos”. (LAURELL, 1982, p. 04)

A autora prossegue, destacando que, em todo o período avaliado, as doenças mais

frequentes persistiram sendo a pneumonia, em primeiro lugar, e as gastroenterites e colites, em segunda posição; porém, ao final do período, suas taxas de frequência já haviam decaído à metade e à terça parte, de forma que, simultaneamente, verificaram-se aumentos absolutos em outras doenças, como cardiopatias, tumores malignos, doenças do sistema nervoso central, diabetes e acidentes em geral. Não tendo havido, no período estudado e no contexto da vastidão do México e de suas áreas rurais, progresso material relevante em disponibilização às classes de cidadãos de tecnologia e tratamentos daquele primeiro grupo de doenças, e também de doenças como febre tifoide, malária, varíola, sarampo, coqueluche, sífilis e tuberculose, Laurell constata:

Os perfis patológicos que o México apresenta nos dois momentos históricos estudados são claramente distintos, fato que não é explicável em termos biológicos, especialmente porque as mudanças mencionadas não são o resultado de mudança na estrutura etária da população. (LAURELL, 1982, p. 04)

Laurell admite, assim, que parte da mudança no perfil patológico mexicano possa ter se dado com influência de campanhas e ações específicas de controle e prevenção, com a ressalva de que o decréscimo de doenças que necessitam de medidas específicas de prevenção – como a pneumonia e as infecções intestinais – não poderia ser explicado como resultado do desenvolvimento da clínica médica. “Deve-se buscar a explicação não na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos”, assevera a autora. (LAURELL, 1982, p. 05)

No Brasil, por sua vez, Nunes (2000, p. 222) remete à série histórica de análises sobre a taxa de mortalidade por tuberculose no Rio de Janeiro, entre 1860 e 1980, de autoria de Ruffino Neto e Pereira (1982), destacando que os declínios nas taxas e regressões nas curvas gráficas – a propósito de não ter havido quaisquer avanços significativos nas técnicas de tratamento disponíveis na época estudada – se deveram de fato às “modificações nas condições de vida da população carioca”. (NUNES, 2000, p. 224)

Ainda nesse sentido, mais fornecendo um plano de fundo do que meramente um

complemento, seria preciso ainda ressaltar o papel que as políticas escravistas coloniais, e em especial as políticas imigratórias brasileiras do final do século XIX, tiveram na conformação do ambiente demográfico das grandes capitais no Brasil, notadamente São Paulo e Rio de Janeiro, como reflexo ou resultado do processo de ascensão de um capitalismo mercantilista pós-industrial e globalista.

Evidentemente, no caso brasileiro, mesmo a abolição da escravatura não foi meramente uma conquista social e humanitária, em prol do reconhecimento dos direitos mais básicos de uma grande massa até então injustiçada; em verdade, o fim do trabalho escravo se deu por imposição e consequência lógica das grandes forças do capital global. Ao comentar essa passagem histórica, Sílvia Alexim Nunes (1991, p. 50) avalia que a grande massa social marginalizada até o limiar do século XIX para o XX, no Brasil, pelos mecanismos oficiais e institucionais de controle passou então a ser disciplinada por novos e diferentes mecanismos e procedimentos de contenção. É precisamente neste contexto que a dita medicina social alcança o Brasil, mas cujos frutos começariam a prosperar apenas na metade do século XX. (FINKELMAN, 2002, p. 91)

No contexto da passagem para o século XX, a grande massa humana de imigrantes que foi coagida ao traslado do Velho ao Novo Mundo, para trabalhar nas grandes plantações de café do sudeste brasileiro, em substituição à mão-de-obra recém-alforriada, foi também objeto do jogo do capital, tendo suas energias produtivas empregadas para o sustento da máquina de acumulação e concentração inequalitária de riquezas.

Neste sentido, são de inestimável contribuição pesquisas como, por exemplo, a de Maria Alice Rosa Ribeiro (1993), que destaca as motivações econômicas das cooperativas de grandes fazendeiros do sudeste por detrás dos primeiros esboços mais relevantes de políticas sociais no Brasil – em especial, das políticas públicas de saúde –, em face dos grandes movimentos de imigração promovidos por iniciativa governamental e privada, no ocaso do século XIX e despertar do século XX.

Destaca-se, numa análise do caso brasileiro, a formação repentina de um mercado de trabalho livre, com uma crescente população de escravos recém-libertos, deixados à própria sorte, desocupados e marginalizados, assim como também uma crescente leva de imigrantes, que chegavam aos milhares nos principais portos do país, também submetidos a condições desumanas – análogas à escravidão, por assim dizer, em função das altas dívidas que eram coagidos a assumir no decorrer do processo de imigração. (RIBEIRO, 1993, p. 20)

Ficam evidenciados, assim, alguns dos fatores que, conjugados aos sociais (políticos, jurídicos, econômicos, históricos, geográficos, culturais etc.) devem ser levados em consideração para o equacionamento do processo ‘saúde-doença’ como problema concreto, de efetivo interesse e utilidade prática.

1.3. Estado e epidemiologia

A concepção, outrora em vigor, de que entre países ditos desenvolvidos e países ainda em desenvolvimento operaria uma linha de distinção nítida e cristalina quanto ao fenômeno ‘saúde-doença’, e que seria facilmente constatada pela análise das principais doenças que afligem uma dada sociedade, hoje não mais é suficiente: enquanto que naqueles constatar-se-iam com maior intensidade e frequência as cardiopatias e os cânceres, nos últimos, por exemplo, seriam notadas doenças tais como tuberculose, malária, febre amarela, infecções respiratórias e diarreicas. (YUNES, 1971; PRATA, 1992; GUERRA *et al.*, 2005; ARAÚJO, 2012)

Esta diferenciação é útil para a compreensão dos reflexos do capitalismo avançado no meio urbano industrializado, com sua dinâmica e tensões laborais e produtivas próprias, mas diante da complexidade contemporânea, com o atual estado de interconexão mundial, fronteiras se tornaram mais tênues, permeáveis a agravos sanitários indiferentes a distinções socioeconômicas.

Não se deixa de reconhecer que, de fato, os países industrializados e países em vias de

desenvolvimento vivenciam processos particulares de agravos à saúde, na forma, por exemplo, das enfermidades laborais, cardiovasculares e tumores malignos, mas, sim, passa-se a perceber uma maior tenuidade nas fronteiras físicas e abstratas entre os países industrializados e não industrializados, assumindo-se uma interconectividade, uma interdependência mútua; assim, agravos no processo ‘saúde-doença’ em qualquer lado podem – e, de fato, assim ocorre – implicar consequências no outro. Notam-se, no concerto internacional, sobreposições desses perfis, como no caso do Brasil, onde o perfil epidemiológico não é homogêneo. (PRATA, 1992, p. 172)

Pensar em divisões estanques e reducionistas, mesmo que didáticas, não é mais capaz de fornecer respostas satisfatórias na pesquisa em saúde, principalmente diante da descoberta, nos anos 1980 e 1990, de novas condições de enfermidade aptas a reverberar em efeitos e consequências, a nível global, indistintamente de divisões sociopolíticas: na transição para o século XXI, doenças como a tuberculose multidroga resistente (MDRT, na sigla em inglês), ou os novos surtos de difteria na Rússia, o cólera no Peru, a febre amarela no Quênia etc., desafiaram a previsibilidade clínico-científica até então construída no seio das práticas médicas. (CUETO, 2015, p. 68-69; GUERRA *et al.*, 2005, p. 218)

Com as chamadas doenças emergentes (novas modalidades de enfermidade, até então desconhecidas pelas ciências da saúde) e reemergentes (ressurgimento de enfermidades que já se julgavam erradicadas ou controladas), superou-se a “ideia tradicional de que havia apenas dois processos epidemiológicos mundiais distintos, o que muitos especialistas consideravam imutável”. (CUETO, 2015, p. 71)

Na contemporaneidade, reconhece-se a multicausalidade complexa do fenômeno ‘saúde-doença’ – as causas ambientais, sociais, culturais, políticas, jurídicas e econômicas que originam ou atuam como agravantes –, porém, sem se deixar de reconhecer a potencial emergência de novas doenças capazes de colocar em risco tanto países mais avançados em termos de tecnologia e práticas médicas quanto os países já vulneráveis na atual ordem

socioeconômica instituída. Trata-se, assim, de um perigo em comum tanto para países ricos como para os de mais baixa renda, com consequências de impacto global. (CUETO, 2015, pp. 70-71)

Desponta daí a importância da perspectiva epidemiológico-sanitária, compreendida como um modo de superar a mera contabilização típica dos estudos estatísticos, a partir de então buscando privilegiar um olhar voltado para o coletivo-social nas análises dos fatores e eventos determinantes de agravos à saúde de grupos e populações. (LAST, 1983, *apud* SCLIAR, 1987, p. 60; ALMEIDA FILHO, 1986, p. 306)

A Epidemiologia é uma medicina do coletivo com um instrumental contábil, para além da medicina social do século XIX. Para compreender seus termos, é preciso antes dedicar também algumas notas à medicina social.

Acerca da medicina social, pode-se de início invocar a análise de Michel Foucault (1984), que apresenta três marcos para a sua compreensão. Ora o autor denomina esses marcos de “direções da medicina social”, ora os chama de “alvos da medicina social”, mas que podem ser tidas como três manifestações originárias da medicina social, em épocas e locais distintos: *(i)* a medicina de Estado, surgida na Alemanha, subserviente à política mercantilista, burocratizada e policialesca (repressiva e tendente à preservação da ordem econômica estatal) (1984, p. 80); *(ii)* a medicina urbana, surgida na França, em fins do século XVIII, em meio ao inchaço das cidades com indigentes, doentes e uma classe proletária explorada, despontando a medicalização como mecanismo de controle das condições sanitárias precárias, das agitações sociais e demais tensões de classe e poder geradas nesse estágio de desenvolvimento do capital (1984, p. 85); e, por fim, *(iii)* a medicina do trabalho, cujo exemplo maior se deu na Inglaterra, com o operariado sendo considerado um perigo para o bem público, daí surgindo uma ideia de assistência controlada e controle finalístico duplo (auxiliar os pobres e, ao mesmo tempo, impedi-los de prejudicar direta ou indiretamente as classes mais abastadas). (FOUCAULT, 1984, pp. 93-94)

Essa síntese explica a concepção foucaultiana de medicina social, exposta em duas das hipóteses de trabalho que principiam seu estudo específico sobre o tema: *(i)* a medicina moderna (cuja expressão máxima é a clínica médica), nascida em fins do século XVIII, não é individualizadora puramente por ter se rendido à lógica do mercado; ela seria, em verdade, também uma medicina coletiva, mas instrumentalizada por técnicas de controle social, por uma tecnologia do corpo social (1984, p. 79); e *(ii)* o capitalismo teria socializado as forças de produção em sua essência, o corpo. “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica”, aduz o autor. (FOUCAULT, 1984, p. 80)

A epidemiologia – “estudo dos fatores determinantes e da distribuição dos eventos e agravos relativos à saúde em populações” (SCLIAR, 1987, p. 60), ou “estudo do ‘processo saúde-doença’ em populações humanas” (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 32) –, por sua vez, também surge como uma espécie de medicina social ou medicina do coletivo, mas cujo principal instrumento era uma visão contábil prática, empírica, de coleta de dados:

Os números que funcionam como indicadores de Saúde estão para a saúde do corpo social como os sinais vitais (pulso, temperatura) para o corpo individual. No entanto, as estatísticas de saúde não eram suficientes para explicar os mecanismos que presidem a gênese e a distribuição das doenças. Para que isso acontecesse, o raciocínio estatístico teria de ser necessariamente ampliado, com as observações colhidas nos locais onde as doenças ocorrem. O olhar contábil da saúde pública precisava ser completado por um outro olhar, mais dinâmico: o olhar epidemiológico. (SCLIAR, 1987, p. 56)

Naomar de Almeida Filho comenta que o termo epidemiologia já havia sido cunhado em 1802, por Juan de Villalba, no sentido de um estudo histórico das epidemias espanholas, porém o termo apenas deslanchou com o sentido atual, ainda que com uma tonalidade ainda eminentemente estatística, em 1839, quando aplicado por William Farr em seus registros anuais de mortalidade e morbidade na Inglaterra e Gales. (ALMEIDA FILHO, 1986, p. 306)

A marca forte da epidemiologia é a capacidade de dar suporte a um discurso sobre o social que não seja reducionista; pelo contrário, permite redescobrir “o caráter social e cultural

da enfermidade e da medicina, bem como as suas articulações com a estrutura e a superestrutura da sociedade”. (ALMEIDA FILHO, 1986, p. 307)

Almeida Filho (1986, p. 305) afirma, inclusive, que o clássico texto de Friedrich Engels, “As condições da classe trabalhadora na Inglaterra em 1844”, talvez tenha sido o primeiro texto analítico de epidemiologia crítica.

De acordo com Almeida Filho e Maurício Barreto (2011, p. 03), hoje a epidemiologia compreende três aspectos principais:

1. Estudo dos determinantes de saúde-enfermidade. A investigação epidemiológica possibilita o avanço sobre os determinantes do processo saúde/doença, tal como ocorre em contextos coletivos, contribuindo para o avanço correspondente no conhecimento etiológico-clínico.
2. Análise das situações de saúde. A disciplina epidemiológica desenvolve e aplica metodologias efetivas para descrição e análise das situações de saúde, fornecendo subsídios para o planejamento e organização das ações de saúde, isto corresponde ao que antigamente se chamava “diagnóstico de saúde da comunidade”.
3. Avaliação de tecnologias e processos no campo da saúde. A metodologia epidemiológica pode ser empregada na avaliação de programas, atividades e procedimentos preventivos e terapêuticos, tanto no que se refere a sistemas de prestação de serviços, quanto ao impacto das medidas de saúde na população. Aqui consideramos desde estudos de eficiência e efetividade de programas e serviços de saúde até ensaios clínicos de eficácia de processos diagnósticos e terapêuticos, preventivos e curativos, individuais e coletivos.

Esses três vieses demonstram a comunicabilidade da epidemiologia com estudos em ciências sociais e humanas, à medida que aquela se mostra capaz de dar contorno a pesquisas em áreas diversas, desde a saúde propriamente dita, a áreas tais como antropologia e história, ou administração e direito.

Já sob a ótica do pensamento crítico de Boaventura de Sousa Santos, cujos aportes teóricos inspiram e norteiam a presente pesquisa, urge buscar uma articulação de teoria e prática no estudo dos fenômenos da saúde (prestada pelo Estado), cumprindo registrar a correlação entre os modelos políticos estatais que se embatem e confrontam na contemporaneidade, repercutindo na questão da saúde. Essa caracterização é importante, pois no seio de cada sociedade, para além de suas inerentes particularidades e especificidades culturais, a depender da identificação do modelo político estatal que vigora em determinado momento histórico, percebem-se e se valorizam elementos capazes de esclarecer fenômenos da vida social, tal como

é o caso da correlação entre o direito à saúde e as políticas públicas que um Estado venha a adotar para a concretização daquele. (SANTOS, 1987, p. 13)

Santos, na esteira de um pensamento crítico original, alternativo, contra-hegemônico e descolonizador, considera que a partir da segunda metade do século XX o embate se dá significativamente entre os modelos do *Welfare State* (Estado-Providência ou, ainda, Estado de bem estar social) e a ascensão hegemônica do liberalismo, em sua vertente renovada pelo limiar do século XX para o XXI, o neoliberalismo, também alcunhado pelo autor de globalização neoliberal, ou governação neoliberal. (SANTOS, 2006, p. 400)

Em face da ascensão e consagração constitucional dos chamados direitos sociais a partir do pós-Segunda Guerra, o modelo do Estado-Providência capitalista passou a entrar em uma grave contradição com a crise de petróleo de 1973, que colocou em cheque o *Welfare State* no primeiro mundo, repercutindo com mais intensidade após a guinada neoliberal que se seguiria nos anos 1990. Nesse período, “o neoliberalismo neutralizou, ou enfraqueceu grandemente, os mecanismos democráticos de redistribuição social – ou seja, os direitos socioeconômicos do Estado-Providência, ou as políticas redistributivas [...]”. (SANTOS, 2006, p. 411)

Boaventura afirma que a contradição entre direitos sociais e o neoliberalismo reproduz, ou externaliza, contradições já anteriormente interiorizadas e absorvidas pelo modelo do Estado-Providência, das incompatibilidades entre capital e trabalho, entre políticas sociais e a economia liberal propriamente dita. (SANTOS, 1987, pp. 17-19)

Essas incompatibilidades são mitigadas superficialmente, ao ponto de se propagar uma suposta compatibilidade e complementaridade entre “crescimento econômico e políticas sociais, entre acumulação e legitimação, ou mais amplamente, entre capitalismo e democracia” – crença criada e reproduzida no âmago do Estado-Providência – que justifica o aumento de despesas sociais (SANTOS, 1987, pp. 02-03), à medida que à luz da realidade aparente, superficial, não parece haver o que se contestar.

O *modus operandi* do neoliberalismo, seguindo os rastros do Estado-Providência, diz

Santos (1987, p. 21), é a integração e a trivialização, apenas dois do total de quatro mecanismos (integração, trivialização, exclusão e repressão) de “dispersão das contradições sociais” e, conseqüentemente, legitimação de seu próprio sistema. O autor complementa:

As políticas de capital social permitiram a integração no sistema social, econômico e político de vastíssimas camadas das classes populares ainda que, por vezes, essa integração tenha sido obtida à custa da descaracterização (e, neste sentido, trivialização) das especificidades sociais de alguns setores dessas camadas (por exemplo, as mulheres trabalhadoras). (SANTOS, 1987, p. 21)

Estes dois mecanismos que Boaventura destaca indicam uma espécie de sedução e aparente homogeneização das relações sociais. Quanto aos dois outros mecanismos apenas referenciados (exclusão e repressão), o autor reconhece que permanecem sendo aplicados, por exemplo, em relação aos “velhos, camponeses pobres, minorias étnicas ou religiosas [...] e contra as ações reivindicativas mais radicais, sobre certas populações vivendo em bairros de lata ou cometendo crimes ditos comuns” (SANTOS, 1987, p. 21), porém a marca forte na transição do Estado-Providência para o neoliberalismo seria o modo privilegiado de integrar o maior número de pessoas a condições socioeconômicas de maior estatura, e ao mesmo tempo trivializar diferenças, particularidades e especificidades que coloquem em risco a estabilidade pactuada e intermediada pelo Estado.

A tensão entre classes, embora maquiada na vigência do Estado-Providência e do Estado neoliberal, acumula-se internamente ao próprio capitalismo, que aos poucos dá sinais de enfraquecimento, de crise e ruptura, e cujas contradições mais representativas agouram, segundo a teorização de Santos, uma transição paradigmática sem precedentes, direcionada para a descolonização e para a emancipação social, a serem afirmadas sob a égide de um paradigma pós-moderno contra-hegemônico, não mais etnocêntrico, mais consciente e harmonioso com outras formas de conhecimento e mais atento às vozes do Sul, erguendo-se como uma alternativa de solidariedade. (SANTOS, 2006, p. 27)

Pensar no complexo binômio ‘saúde-doença’ como um processo histórico-social se adequa bem à teoria de Boaventura de Sousa Santos, em especial por traduzir o reconhecimento

de novas possibilidades à produção de conhecimento em saúde, ou mesmo de um novo senso comum tendente à emancipação social, para além das amarras de uma ciência autoritária, verticalmente impositiva e não aberta à plurivocação de outras formas de conhecer e compreender a realidade em que a humanidade se insere.

Pode-se cogitar, em um exercício quase intuitivo, que se uma concepção individualizadora da saúde está em voga em determinada sociedade – hipoteticamente dominada e dirigida exclusivamente por uma concepção político-econômica liberal já fortemente enraizada, institucionalizada –, essa mesma sociedade enfrentará a problemática da ‘saúde-doença’ defendendo tratar-se de uma questão cujas respostas e resolução também se operariam de forma individual, gravitando na órbita da esfera privada de cada cidadão, não sendo um assunto típico das preocupações estatais administrativas, burocráticas; aqui, a saúde seria tratada como sendo de foro íntimo de cada indivíduo, nos limites das capacidades de cada um. (FUHRMANN, 2004, p. 113)

Evidentemente, a sociedade mencionada a título de exemplo já não mais se sustenta como exemplo histórico fidedigno, puramente liberal, pois o próprio capital típico do Estado-Providência, ao dar vazão aos direitos sociais, parece ter reconhecido a exigibilidade de um mínimo de prestações sociais a serem garantidas, ações que fogem à regra da individualização radical, e que mesmo objetivando balancear crescimento econômico e harmonia social, não eximem o Estado de uma missão paralela, a de controlar as forças de produção e, conseqüentemente, prover uma estabilidade política mediada entre forças antagônicas (as tensões classistas que tendem a subverter as relações e a ordem social), o que se vem alcançando nas últimas décadas com razoável e limitado sucesso. (SANTOS, 1987, p. 22)

Em estudo específico sobre as políticas sociais de saúde na Europa, entre as décadas de 1960 e 1980, citando dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Boaventura destaca um aumento generalizado de tais despesas na área da saúde, em proporção maior que o aumento do produto interno bruto, em países como Suécia, Irlanda,

Alemanha, França, Itália, Inglaterra, Espanha, Portugal e Grécia. (SANTOS, 1987, p. 03)

Eis então o dilema: o Estado gasta cada vez mais com despesas de capital social (investimento social e consumo social), tendendo a apaziguar, ou mitigar, as tensões sociais, buscando fazer jus ao compromisso de mediar as diferenças antagônicas que caracterizam as relações sociais, e de “manter a um nível de tensão politicamente aceitável, os conflitos, tensões, mal-estares, doenças etc., que decorrem dessas contradições” (SANTOS, 1987, p. 21); em determinado momento, contudo, inevitavelmente, passa a dispende mais do que a arrecadar, e nessa ocasião qualquer tentativa de redução ou contenção de gastos custará caro, politicamente, ao governo cujo mandato coincidir com os mais graves episódios da crise e agitações sociais.

Como se não fosse o bastante, em tais momentos de crise, o Estado tende a conceder mais benefícios sociais, aumentando gastos com políticas sociais compensatórias, o que não resolve o problema original, senão apenas o protela, dando-lhe uma curta sobrevida (SANTOS, 1987, p. 23). Essa é a crise a que o Estado-Providência esteve fadado, e essa é a crise a que o Estado neoliberal também se submete.

Em saúde, o que se obtém disso tudo, em suma, é que as demandas em saúde variam conforme o momento histórico e o modelo político-econômico estatal que vigora em cada sociedade. O neoliberalismo, enquanto um projeto tendente à hegemonização global, coloca em risco as relevantes conquistas sociais obtidas mais recentemente sob o manto do Estado-Providência, que no âmago contraditório de sua própria existência institucional concedeu diversos direitos sociais (educação e saúde, por exemplo), amplos, rígidos e protegidos por meio de mecanismos jurídico-constitucionais, como no caso da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

No caso do Brasil, a partir da redemocratização recente e da promulgação da Constituição ainda vigente, em 1988, consagrou-se um generoso rol de direitos fundamentais sociais, dentre os quais se destaca o acesso à saúde, com expressão máxima no sistema público de saúde universal que daí se soergueu. O SUS abriu, é certo, um canal de resistência ao

movimento maciço de retorno aos ideais individualistas que os ventos do neoliberalismo carregam consigo, porém, deve-se atentar para o fato de que logo após sua promulgação o texto constitucional enfrentou os primeiros óbices à sua implementação efetiva: as leis orgânicas da saúde (Lei n.º 8.080/1990 e Lei n.º 8.142/1990) apenas foram promulgadas em 1990, após resistência no Parlamento e vetos presidenciais; indicativo do peso das supra referidas forças hegemônicas neoliberais.

O fenômeno da saúde, como visto, detém um aspecto dúplice (saúde-doença), pelo menos assim se vem reconhecendo mais vigorosamente desde o século passado.

Com essa mudança de paradigma, foi possível a superação – não de forma integral ou completa, deve-se admitir – do prévio posicionamento centrado em práticas curativas, terapêutico e clínicas, passando-se a dispor de um modelo de atenção mais completo, desde a atenção básica até as necessidades de alta complexidade.

Contudo, se os acontecimentos históricos, na linha do desenvolvimento das ciências sociais e da saúde, permitiu o surgimento institucional dos sistemas públicos de saúde em escala global, também houve um movimento antagônico, no contrafluxo, que se refletiu nas tendências político-econômicas liberais e, já no último quartel do século XX, neoliberais. Essas ditas tendências se originaram de contradições no âmago do chamado *Welfare-State*, ou Estado-Providência.

No Brasil, tem-se um caso específico de alto interesse, à medida que, ao findar o século passado, o país lidou com uma passagem institucional abrupta, de um regime militar focado em um desenvolvimento econômico com toques liberais para a reinauguração de um regime constitucionalista e democrático, numa transição que levou a marca dos muitos compromissos em termos de direitos sociais garantidos pelo texto da Constituição de 1988. Passadas mais de três décadas de vigência do texto constitucional, evidentemente, ainda persistem entraves à efetivação de uma parte de suas disposições.

CAPÍTULO 02 – O ESTADO BRASILEIRO E SUAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Neste capítulo, aborda-se a trajetória histórica das políticas sociais de saúde no Brasil, desde seus primórdios até a consolidação institucional do SUS na Constituição de 1988.

Para tanto, analisa-se o marco normativo do SUS, a partir do texto constitucional, das leis orgânicas de saúde (Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990) e demais atos normativos infralegais que buscam implementar as diretrizes constitucionais do sistema desde 1988.

Busca-se analisar a saúde enquanto direito constitucional, fundamental e social, com vasto amparo legal-normativo, e instrumentalizado por atos infralegais tendentes a efetivar principalmente a descentralização e a gestão participativa do sistema.

2.1. Breve histórico das políticas sociais de saúde até a Constituição da República Federativa de 1988

Os antecedentes imediatos do Sistema Único de Saúde (SUS) são mais comumente traçados até a década de 1980, precisamente em razão dos movimentos que se organizavam em prol da redemocratização do país. O sistema até então vigente não mais satisfazia os anseios da população, em face da ineficácia dos projetos sanitários até então tentados.

Por oportuno, cumpre apresentar quais projetos foram esses, com os comentários pertinentes. Sem pretensões demasiado ambiciosas, não se pode ousar querer representar com fidedignidade e justiça mais de 500 anos de História; neste quesito, não se pode senão apresentar um breve e incompleto panorama que busque ilustrar a trajetória das políticas sociais de saúde no Brasil.

Todavia, o resgate histórico dos antecedentes do SUS é importante, ressalte-se, pois, nas palavras de Paim (2009, p. 25), “este conhecimento deve contribuir para não reproduzirmos o

passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento, o que conseguimos de avanço, bem como as ainda existentes ameaças de retrocesso”.

A princípio, podem-se tomar como ponto de partida os tempos do Brasil colonial, quando se começava a esboçar um projeto de estatalidade, mas que entretanto apenas se emanciparia da metrópole lusitana na primeira quadra do século XIX. Até então, antes da presença portuguesa nas terras que constituiriam o domínio europeu no Novo Mundo, apenas se conheciam as curas ritualísticas, xamânicas e místicas da pajelança, das ervas, raízes e elementos naturais em geral (CARVALHO, 2012, p. 186), e que, conjugados, definiam a sorte dos indivíduos que transitavam entre os domínios obscuros da doença e da morte.

Com a presença europeia, aglutinaram-se também os elementos da medicina ocidental até então concebidos; foram então conjugadas as realidades, de modo que formas de conhecimento tão distintas entre si permaneceram (e ainda permanecem) sendo praticadas ora paralelamente, ora com eventuais pontos de contato.

Oficialmente, a organização sanitária da colônia refletia a organização da metrópole, com a preponderância de uma lógica organizativa militarizada, visto que os primeiros habitantes europeus no início do século XVI eram militares e funcionários administrativos concentrados em fortes, fortalezas e entrepostos comerciais e de defesa de um território cuja posse ainda era recém-reivindicada e contestada por diversos outros Estados-nações. Assim, diz Paim (2009, p. 25):

Os serviços de saúde das tropas militares subordinavam-se ao cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal. Já o físico-mor, diretamente ou por meio de seus delegados nas capitâneas, respondia pelo saneamento e pela profilaxia das doenças epidêmicas e às questões relativas ao trabalho de médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários, curandeiros etc.

Já com a colonização efetivamente sendo implementada, abarcando mais do que apenas militares e burocratas, e principiando-se uma organização administrativa do território, “as câmaras municipais se preocupavam com a sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o

comércio de alimentos. E desde aquela época os moradores solicitavam a presença de médicos, mediante cartas ao rei”. (PAIM, 2009, pp. 25-26)

Ademais, nesse período, “o perfil epidemiológico caracterizava-se pelas doenças pestilenciais e o cenário político econômico era de um país agrário e extrativista”, não havendo quaisquer modelos públicos de atenção à saúde da população. (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 71)

Em meados do século XVI, a necessidade de atendimento médico a pessoas em condição de vulnerabilidade fez com que surgissem as primeiras Santas Casas, no molde das que já existiam em Portugal. Assim, em 1543, Brás Cubas fundou a Santa Casa de Santos, a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos, que funcionavam segundo os princípios da caridade cristã e da filantropia, abrigando indigentes, viajantes e doentes; em seguida, seriam criadas as Santas Casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, P. 71; PAIM, 2009, p. 26)

O marco de maior importância histórico-institucional para as políticas de saúde brasileiras, contudo, se deu no século XIX: a transferência da família real portuguesa para sua colônia nos trópicos, em 1808, fugindo do cerco de Napoleão em Lisboa. Nesse mesmo ano, Dom João VI funda o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador, na Bahia, objetivando proteger a saúde da população com base no modelo de medicina científica que prosperava na Europa de então (BERTOLLI FILHO, 2008, *apud* PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 72). No mesmo ano, o monarca criaria também a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 72)

Outras ações em saúde, na primeira metade do século XIX, foram a supervisão do Serviço de Inspeção dos Portos pelo Ministério do Império e a criação da Junta Central de Higiene Pública, em 1850, para combater a febre amarela no Rio de Janeiro (PAIM, 2009, p. 26). A Junta também era subordinada ao Ministério do Império, composta por um presidente nomeado pelo governo imperial, por um provedor de saúde do porto e um inspetor do Instituto

Vaccínico, e pelos cirurgiões-mor do Exército e da Armada, sendo a Junta particularmente responsável por desempenhar “atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina”. (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 72)

Nos anos 1880, já no ocaso da monarquia e às vésperas do alvorecer republicano, especificamente em 1886, contabilizaram-se como ações de reforma dos serviços sanitários a criação da Inspetoria Geral de Higiene, da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública. (PAIM, 2009, p. 26)

A despeito da existência formal de todos esses órgãos, não seria errado dizer que a atuação do Estado era eminentemente repressiva, isto é, com ações de resposta posteriores à identificação de epidemias e da iminência de potenciais danos com reflexos econômicos.

Assim, principalmente na primeira metade do referido século, comenta Ária Carvalho (2012, p. 186):

Não havia nenhuma forma sistemática de atuação na saúde dos habitantes, a não ser em casos de epidemia e atribuições sanitárias no controle de navios e a saúde dos portos, ou seja, a preocupação era evitar que endemias ou epidemias se alastrassem e repercutissem a nível econômico ou social.

Com efeito, embora decisiva a presença da família real no Brasil para o desenvolvimento da saúde pública, como reconheceu o estudo pioneiro de Roberto Machado *et al.* (1978), a administração colonial portuguesa, até a segunda metade do século XVIII, não se pautou na “organização do espaço social, visando um ataque planejado e continuado às causas de doença, agindo, por isso, de modo muito mais negativo que positivo, no que diz respeito à saúde”. (MACHADO *et al.*, 1978, *apud* NUNES, 2000, p. 253)

Sob outro viés, nas cidades, a atuação do Estado em saúde restringia-se basicamente “à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas e à internação dos loucos no Hospício criado pelo Imperador. Os serviços médicos hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas nas cidades maiores”. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, *apud* PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 72)

Com a proclamação da República, a perpetuação ao longo da primeira metade do século XX da economia de base agroexportadora, enfática na cultura cafeeira que atingia seu auge, e com os grandes contingentes de imigrantes que inchavam demograficamente tanto os campos quanto o meio urbano, o Brasil se viu às voltas com epidemias de doenças como varíola, febre amarela, malária e a peste. (CARVALHO, 2012, p. 186-187)

Entre 1899 e 1930, período que ficou conhecido como República Velha, mormente pela velha política clientelista e oligárquica que se baseava na alternância de poderes para o controle da presidência da República, pactuada entre as elites de São Paulo e Minas Gerais, prevaleceu uma concepção liberal de intervenção residual, excepcional, quanto a políticas sociais e de saúde, numa espécie de “não-sistema de saúde”, como pontua Paim (2009, p. 27).

Entretanto, as epidemias comprometiam a estabilidade e a ordem socioeconômica estabelecida, pelo que se instituiu um sistema de campanhas sanitárias episódicas e pontuais para saneamento de portos, cidades, combate a vetores de transmissão de doenças e a vacinação obrigatória. (PAIM, 2009, p. 28; CARVALHO, 2012, p. 187)

As campanhas sanitárias elevaram ao panteão de pioneiros da saúde pública brasileira os nomes de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Geraldo Horácio de Paula Souza, Belisário Penna e Barros Barreto, alguns mais conhecidos do que outros, mas igualmente importantes para a defesa e difusão do conhecimento científico em matéria de saúde.

Como preconiza Carvalho (2012, p. 189), “são nas primeiras décadas do século XX, em meio aos esboços de conquistas de direitos sociais, que política sanitária e previdência social têm suas histórias entrelaçadas”. Esta afirmação sintetiza bem a questão, pois o contexto dos primeiros direitos sociais é justamente o das condições de trabalho precárias, tanto no ambiente urbano-industrial que se erigia pouco a pouco, quanto nos campos, nos resquícios do auge da cafeeira. (PREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 76)

Pouco após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, já em 24 de janeiro de 1923 se instituía o Decreto n.º 4.682, popularmente referenciado como

Lei Eloy Chaves, marco da previdência social no Brasil, por meio da autorização de funcionamento das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) (CARVALHO, 2012, pp. 189-190); as CAPs seriam transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), em 1933, ocasião em que se consagrou o “aporte de financiamento advindo dos empregados, empregadores e Estado. Formou-se então o tripé no que tange a organização dos serviços e ampliação das categorias participantes”. (CARVALHO, 2012, p. 191)

É de se destacar, ainda, a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, bem como do Ministério da Educação e Saúde Pública, ambos no ano de 1930, já no governo provisório instaurado pela Revolução liderada por Getúlio Vargas. Nesse período, Paim destaca a origem de três subsistemas que, antes do SUS, operavam em paralelo (saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária):

A organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como *saúde pública*; de outro, a saúde do trabalhador [medicina do trabalho], inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a *medicina previdenciária* e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial. (PAIM, 2009, pp. 30-31, grifos no original)

Sob a tutela do Ministério da Saúde, criado em 1953, deu-se continuidade às antigas campanhas sanitaristas, com a diferença de que muitas delas se transformaram em órgãos ou serviços específicos para o combate da febre amarela, da tuberculose e da hanseníase, por exemplo. Na década de 1960, esta lógica atingiu o ápice quando o Departamento Nacional de Endemias Rurais criado pelo governo de Juscelino Kubitschek foi substituído pela Superintendência de Campanhas (Sucam). (PAIM, 2009, pp. 30-31)

No decorrer da década de 1960, expressão máxima da medicina previdenciária, visto que os IAPs também prestavam serviços de atendimento médico exclusivamente aos seus segurados, “a saúde era direcionada a quem podia pagar através da contribuição previdenciária. Os demais atores sociais dependiam de hospitais filantrópicos que dispusessem de atendimento”. (CARVALHO, 2012, p. 191)

Uma diferença básica entre as CAPs e os IAPs é que as primeiras eram mais difusas do que os últimos, no sentido de que as CAPs eram organizadas por empresas e financiadas pelas empresas e trabalhadores (cada empresa deveria ter sua própria CAP); os IAPs, por sua vez, eram criados por categorias de trabalhadores, a exemplo do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários (IAPC), ou do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores de Transportes e Cargas (Iapetec), dentre outros. Em 1966, houve a unificação dos IAPs, que se concentraram sob a denominação Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em 1977, por meio da Lei n.º 6.439, desmembraram-se funções do INPS para outros dois institutos: o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), responsável pela assistência médica aos segurados, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), encarregado da gestão financeira; ao INPS restara apenas a concessão de benefícios previdenciários.

Sob a vigência desse sistema, a saúde permaneceu securitizada, concentrada na medicina previdenciária:

Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios. Como o direito à saúde não estava vinculado à condição de cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como os de seus familiares. (PAIM, 2009, p. 33)

Apesar de a década de 1980 ser facilmente associada à recessão econômica, com seus malgrados planos de estabilização econômica e hiperinflação, portanto, à ideia de insucesso político na dimensão econômica, isto não se aplica à sociedade civil, que teria reunido várias conquistas com processos globais de redemocratização. (MATTA; LIMA, 2008, p. 29)

Nesse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986, foi de vital importância para o que se viria a conhecer como Movimento Sanitarista. Esse movimento, heterogêneo em suas bases, e que ansiava pela institucionalização de políticas

públicas amplas e inclusivas voltadas à saúde, acabou sendo responsável por dar forma à Reforma Sanitária, cujo ápice de atuação foi a constitucionalização de compromissos públicos em políticas de saúde, e que se manifestaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema universal, gratuito, inclusivo e participativo.

Para Bravo e Matos (2004, pp. 23-24), a Reforma teria como preocupação central e fundamentos:

Assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacam-se uma melhor explicitação do interesse público, a democratização do Estado, a criação de uma esfera pública com controle social. Outros aspectos [...] são a democratização do acesso, a universalização das ações, a descentralização, a melhoria da qualidade dos serviços, com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações.

Para Paim (2008, p. 92), a Reforma Sanitária brasileira significou uma verdadeira reforma social articulada sob diversas dimensões, ou “momentos”: *(i)* momento-ideia, demarcado pela tese de Sérgio Arouca intitulada “O dilema preventista”; *(ii)* momento-proposta, bem representado pelo que se articulou no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados; *(iii)* momento-projeto, aqui se inserindo a celebração da 8ª Conferência Nacional de Saúde; *(iv)* momento-movimento, identificando-se este momento com o Movimento Sanitário em si, a partir de práticas ideológicas, políticas e culturais convergentes com o pleito da democratização do acesso à saúde; e, finalmente, *(v)* momento-processo, apresentado como um conjunto de atos não necessariamente lineares, a exemplo de iniciativas como o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) – precursor do SUS, em 1987 –; a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS); a própria Constituição de 1988, no ápice de importância normativo-institucional; e, também, demais iniciativas desde então.

O autor faz, ainda, a ressalva de que o ciclo apresentado é apenas um recurso metódico-didático, não se ignorando que “uma ideia passa a ter significado e sentido à medida que uma força social a sustente, mobilizando sujeitos e produzindo fatos políticos” (PAIM, 2008, p. 93).

O SUS nasceu, assim, da conjugação do esforço político tanto de profissionais da área sanitária quanto de movimentos sociais mais amplos, cuja heterogeneidade se ressalta. De acordo com Menicucci (2008, p. 307), os muitos novos sujeitos políticos que ganharam protagonismo no contexto da redemocratização fizeram uso daquele momento para a construção de uma nova *episteme* a guiar o projeto sanitário, de tom mais político e demandador da atuação estatal. Para isso,

Aglutinaram aliados e interesses, como membros da academia, do movimento médico, do movimento popular, parlamentares etc., cuja heterogeneidade se evidenciou na implantação da reforma quando se atualizaram as divergências de interesses que haviam sido escamoteadas em função da agregação em torno da retomada do regime democrático e da reforma sanitária como projeto ético de caráter coletivo. (MENICUCCI, 2008, p. 307)

Essa mesma heterogeneidade do grupo que constituiu e promoveu debates sob a bandeira do Movimento Sanitarista, mais tarde, acabaria por perder espaço para a chamada Contrarreforma, no contexto da ascensão da proposta privatista da saúde como projeto global de uma hegemonização neoliberal, em vias de efetivação.

Em razão da desarmonização de interesses, fundada na diversificação das identidades partidárias que a democracia propiciou, o corporativismo retomou lugar no movimento dos médicos e, principalmente, na esfera dos movimentos sociais sindicalizados, à medida que a luta e a conquista de garantias tais como planos de saúde privados para classes de trabalhadores significaram, a princípio, a não cobertura prática desses sujeitos pelo SUS e, conseqüentemente, a sua falta de interesse de aplicação de energia no esforço pela efetivação plena do sistema público sanitário que a CRFB/1988 inaugurara. (MENICUCCI, 2008, p. 308)

Imediatamente após a entrada em vigor da Constituição, a saúde universal e gratuita ficou, assim, relegada a mera norma inaplicada, por pelo menos dois anos, até a promulgação da Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), ponto de partida para a efetivação do sistema contra-hegemônico que o SUS se tornou. Como óbice à sua efetivação plena, é de se destacar que a própria Constituição preconiza a complementaridade do subsistema privado de saúde,

com sua lógica mercadológica inerente, implicitamente reconhecendo o projeto privado como elemento de peso no jogo político traduzido pela Constituinte de 1987.

2.2. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito à saúde da população

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma criação jurídico-normativa que advém primariamente da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988), enquanto documento que institucionalizou o direito de acesso à saúde, direito universal cuja prestação gratuita e igualitária ficou assegurada pelo Estado.

Amparado a nível constitucional, o direito de acesso à saúde se explicita no artigo 6º da CRFB/1988, figurando dentre outros direitos sociais, quais sejam, educação, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, bem como assistência aos desamparados. Todos estes direitos, no contexto de mais de três décadas passadas desde a promulgação do texto constitucional, dão espaço para a discussão em torno de sua efetividade.

Em se tratando especificamente do direito de acesso à saúde, este direito fundamental social se repete no decorrer da Constituição, em diversos artigos, incisos, alíneas e parágrafos dos dispositivos constitucionais.

Com efeito, a CRFB/1988 reprisa o termo “saúde” sessenta e seis vezes: estabelecendo-a como direito (art. 6º, art. 7º e art. 196); como necessidade vital básica dos trabalhadores urbanos e rurais e suas famílias (art. 7º, inciso IV); protagonizando as normas de saúde como essenciais para a redução dos riscos inerentes ao trabalho (art. 7º, inciso XXII); delimitando as competências comuns e as competências concorrentes dos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) de legislar, zelar e prestar serviços em matéria de saúde (art. 23, inciso II, art. 24, inciso XII, art. 30, inciso VII); estabelecendo normas assecuratórias de aplicação de recursos em serviços de saúde pelos estados e municípios (art. 34, inciso VII,

alínea “e”, art. 35, inciso III); regulamentando o acúmulo de cargos públicos por profissionais da saúde (art. 37, inciso XVI, alínea “c”); ressaltando os direitos previdenciários diferenciados para servidores públicos em atividades e condições especialmente prejudiciais à saúde (art. 40, § 4º, inciso III); estipulando critérios orçamentários para a destinação de recursos à saúde (art. 166, §§ 9º e 10, art. 167, inciso IV); criando a chamada seguridade social, constituída no tripé “saúde, previdência social e assistência social” (art. 194, art. 198, §§ 1º e 2º); dispondo acerca das regras de financiamento e elaboração orçamentária da seguridade (art. 195, inciso IV, §§ 2º e 10); estabelecendo o dever estatal de regulamentação, fiscalização e controle, diretamente ou por terceiros, das ações e serviços de saúde (art. 197); traçando normas de gestão descentralizada e participativa, com atendimento integral e priorizando atividades preventivas (art. 198, incisos I, II e III). (BRASIL, 1988)

Apenas para exemplificar, os traços do direito constitucional de acesso à saúde, acima apontados, apenas englobam – e superficialmente! – menos da metade das sessenta e seis referências à saúde no texto da Constituição de 1988. Eis a complexidade não apenas do sistema constitucional soerguido pela realidade sociopolítica brasileira no final da década de 1980, como também do sistema sanitário que se institucionalizou, mas que nestas últimas três décadas, todavia, segue enfrentando dificuldades em adquirir eficácia social.

2.2.1. A arquitetura do funcionamento do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) traduz um vasto aparato técnico-normativo, que se espalha do nível constitucional – com destaque à consagração pela CRFB/1988 do direito fundamental social de acesso à saúde – ao plano infraconstitucional, que se divide tanto em uma dimensão legal (Lei n.º 8.080/1990 e Lei n.º 8.142/1990) quanto infralegal (inúmeros atos administrativos, como decretos presidenciais, portarias ministeriais, regulamentos e resoluções).

Para enfrentar a complexidade do sistema, deve-se proceder à sua descrição estruturante. Para isso, é importante destacar que já na Constituição de 1988 se deram os primeiros passos para a construção de um sistema de saúde universal, integral, descentralizado e participativo, que consagra e celebra o direito fundamental social de acesso à saúde materializado no artigo 196 da CRFB/1988. Ademais, também a partir da Lei n.º 8.080/1990 pode-se obter a definição institucional do SUS: seu art. 4º dispõe que o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde”. (BRASIL, 1990a)

Embora em sua própria denominação conste o termo “único”, e a despeito da definição eminentemente publicística do art. 4º da Lei n.º 8.080/1990 acima referenciada, crítica frequente ao sistema inaugurado pela CRFB/1988 é de que, em verdade, tratar-se-ia de um sistema híbrido (público e privado) que, não sendo plenamente estatal, aderiria em diversas oportunidades aos pleitos da mercantilização dos serviços, isto é, do mercado privado paralelo, ora em aparente colaboração com a vertente pública do SUS, ora em concorrência e aproveitando-se dele para seus próprios fins. (PAIM, 2018, pp. 15, 22, 35-38)

Fato é que, independentemente das reais motivações dos parlamentares que inscreveram na CRFB/1988 o sistema vigente, este é realmente dual, como se constata da simples leitura da parte final do artigo 196 do texto constitucional, explicitamente reforçado pelo artigo 199, que declara ser livre à iniciativa privada a assistência à saúde, permitindo a participação “complementar” das instituições privadas no SUS. Por mais que se reconheça a relevância pública das ações e serviços de saúde, coloca-se sua execução para além unicamente da esfera pública, ou seja, tais ações e serviços são também lançados à sorte da iniciativa privada e às regras próprias do mercado. (BRASIL, 1988)

As competências e atribuições constitucionais do SUS estão dispostas no artigo 200 da CRFB/1988, num rol que não se exaure no corpo da Constituição, mas que transpassa para a

legislação infraconstitucional por força da parte final do *caput* do referido artigo.

Dentre as atribuições listadas, encontram-se as de controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias; participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar ações de vigilância sanitária, epidemiológicas e de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos; participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; incrementar inovação e o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, água e bebidas, controlando seu teor nutricional; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e, por fim, colaborar na proteção do meio ambiente. (BRASIL, 1988)

Por outro viés, a partir do estudo dos princípios e diretrizes que norteiam o conjunto, sistema ou rede que compõe o SUS, também se desvendam os seus meandros. Em primeiro lugar, cabe apontar que já na Constituição encontram-se inseridas no Capítulo referente à saúde, especificamente no art. 198, as chamadas “diretrizes” do sistema, que se resumem em três: *(i)* atendimento integral; *(ii)* descentralização e *(iii)* participação da comunidade. Evidentemente, estas são as diretrizes constitucionais que guiam o sistema. (BRASIL, 1988)

Tais diretrizes, contudo, não são exclusivas, pois também na Lei n.º 8.080/1990 o legislador inseriu outros valores-guias, desta vez de forma mais exhaustiva: são quatorze os incisos do art. 7º, constituindo o que se optou chamar de princípios e que, sintetizados, dizem respeito à *(i)* universalidade de acesso a todos os serviços; *(ii)* integralidade da assistência à saúde, em matéria de prevenção e cura, quanto a serviços de baixa, média e alta complexidade; *(iii)* preservação da autonomia individual, quanto à integridade física e moral de cada assistido; *(iv)* igualdade material (para além das meras formalidades); *(v)* direito garantido aos assistidos de receberem plenas informações sobre sua condição de saúde; *(vi)* divulgação de informações acerca dos serviços de saúde disponibilizados à fruição das pessoas; *(vii)* estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática das políticas de saúde a partir da

epidemiologia; **(viii)** participação da comunidade; **(ix)** descentralização político-administrativa, com o espraiamento do núcleo de direção para cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), com particular enfoque na atuação municipal, regionalizando e hierarquizando os serviços; **(x)** integração na execução quanto às ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; **(xi)** conjugação de esforços materiais e humanos na prestação dos serviços de saúde; **(xii)** capacidade de prestar os respectivos serviços e resolver as questões enfrentadas em qualquer nível de assistência e complexidade; **(xiii)** organização dos serviços prestados objetivando evitar duplicidade de esforços e recursos; e, por fim, **(xiv)** atendimento específico destinado às mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, com acompanhamento psicológico e demais serviços multiprofissionais associados. (BRASIL, 1990a)

Embora cada um dos quatorze tópicos acima discriminados represente em si um princípio por vez, presentes na Lei n.º 8.080/1990, percebe-se que nada mais são do que desdobramentos daquelas primeiras três diretrizes constitucionais. Assim o é, pois documentos do próprio Ministério da Saúde, posteriores à lei em questão, já não fazem referência a quatorze princípios, senão referenciando pelo menos nove princípios – três princípios ditos doutrinários, isto é, cunhados no meio acadêmico, e outros seis princípios organizativos, expressos no supramencionado art. 7º da Lei n.º 8.080/1990. (BRASIL, 1990a)

É o caso da primeira cartilha que tratou do SUS, produzida e divulgada em 1990 pelo Ministério da Saúde, e intitulada “ABC do SUS: doutrinas e princípios”. Neste documento ministerial, universalidade, equidade (igualdade material) e integralidade são apresentados como princípios doutrinários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, pp. 04-05), ao passo que constituiriam princípios organizativos a regionalização, a hierarquização, a resolubilidade, a descentralização, a participação dos cidadãos e a complementaridade do setor privado na atuação e prestação dos serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, pp. 05-06)

Note-se, inclusive, que a complementaridade enquanto princípio nem mesmo foi prevista expressamente nos incisos do art. 7º da Lei n.º 8.080/1990. À primeira vista, a sobredita

cartilha do SUS parece elencar este princípio de modo a inovar e exceder a interpretação do texto da lei, mas após a leitura atenta do caput do referido art. 7º, percebe-se a sutileza da técnica legislativa ao mencionar as “ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)”. Da mesma forma, a complementaridade é prevista, não como princípio, mas como regra constitucional expressa, no art. 199 da CRFB/1988. (BRASIL, 1988)

Sobre a estrutura normativa do SUS, é de se ressaltar ainda a importância não só da compreensão das normas constitucionais e das Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990, como também do aparato infralegal, com especial destaque às portarias ministeriais que vieram a se conhecer como Normas Operacionais Básicas (NOBs): *(i)* Norma Operacional Básica de 1991 (NOB-91); *(ii)* Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-93); *(iii)* Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96); *(iv)* Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS-2001); e *(v)* Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 (NOAS-2002).

Acerca das NOBs, Scatena e Tanaka chamam atenção para a identificação dos atores responsáveis pela lavratura dessas normas: a NOB-91, oriunda da Resolução 273 do INAMPS; a NOB-92, da então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde; a NOB-93 e a NOB-96, ambas de lavra do próprio Ministério da Saúde. Isso, segundo os autores, é a primeira evidência da atuação múltipla de atores diversos passando a atuar em conjunto, buscando compreender e delimitar suas próprias funções, sob a lógica da descentralização originalmente prevista na CRFB/1988, e à época ainda em vias de implementação. (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 49)

A partir de 2006, procedeu-se com a iniciativa de se pactuar reformas institucionais entre os três níveis de governo, o que se convencionou chamar de Pacto pela Saúde, viabilizado por meio da Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde. Em ato conexo, o Ministério da Saúde elaborou e publicou uma coletânea de documentos intitulada Série Pactos pela Saúde, dividida em dez volumes: *(i)* Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –

Diretrizes Operacionais; **(ii)** Pactos pela Vida e de Gestão – Regulamento; **(iii)** Regionalização Solidária e Cooperativa – Orientações para sua implementação no SUS; **(iv)** Política Nacional de Atenção Básica; **(v)** Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde; **(vi)** Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores; **(vii)** Política Nacional de Promoção à Saúde; **(viii)** Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência; **(ix)** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e **(x)** Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Interestadual – Orientações para organização e funcionamento.

A sobredita Portaria 399/2006, do Ministério da Saúde¹, que inaugurou o Pacto, serviu de nova roupagem para a tentativa de implementação das diretrizes do SUS, em um esforço maior do que um mero complemento às Normas Operacionais precedentes. Para Paim (2018, p. 67), o Pacto significou “uma maneira de estabelecer responsabilidades sanitárias com metas, atribuições e prazos acordados, buscando superar a descentralização tutelada pelo governo federal com vistas à constituição de um SUS solidário entre as três esferas de governo”.

Telma Menicucci esclarece o Pacto pela Saúde, sintetizando-o em suas três vertentes matriciais, i.e., o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão:

O Pacto pela Vida consistiu no compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades de impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. *O Pacto em Defesa do SUS* envolveu ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado. *O Pacto de Gestão do SUS* trouxe alterações nas regras anteriores com vistas a reforçar a estratégia da regionalização, contribuindo para o fortalecimento da denominada *gestão compartilhada e solidária do SUS*. (MENICUCCI, 2018, p. 30, grifos no original)

O Pacto pela Saúde, assim, pautando-se em erigir um novo pacto federativo, fundamenta-se no respeito às diretrizes e princípios que a Constituição de 1988 já delimitara acerca do SUS, ressaltando a atenção às reais necessidades da população em matéria de saúde,

¹ No contexto da Série Pactos pela Saúde, do Ministério da Saúde, outras portarias ministeriais se aliam à importância da Portaria 399/2006, com destaque à Portaria 699, de 30 de março de 2006; Portarias 648, 649 e 650, de 28 de março de 2006; Portaria 822, de 17 de abril de 2006; Portaria 1.097, de 22 de maio de 2006; Portaria 2.133, de 11 de setembro de 2006; Portaria 1.624, de 10 de julho de 2007; Portaria 1.996, de 20 de agosto de 2007; Portaria 2.691, de 19 de outubro de 2007.

a serem tratadas por definição de prioridades, articuladas e integradas, e tendentes à melhoria do acesso a ações e serviços de saúde e do fortalecimento do planejamento regional, simultaneamente com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos atinentes ao pacto federativo. (CARVALHO *et al.*, 2012, p. 902)

Resumidamente, Carvalho *et al.* esboçam os principais aspectos e instrumentos condizentes a cada uma das três matrizes do Pacto pela Saúde: *(i)* no Pacto pela Vida, esta vertente implica ações prioritárias a serem executadas com foco em resultados e na delimitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros necessários para sua consecução, tendo como instrumento a unificação dos indicadores de saúde previstos em atos infralegais dispersos, i.e., portarias; *(ii)* no Pacto em Defesa do SUS, por sua vez, haveria o comprometimento mútuo entre os três entes federativos para reafirmar o SUS enquanto política de Estado, e não meramente política de governo, associando o direito à saúde ao direito de cidadania, e tendo como instrumento implementar projetos de mobilização social que discutissem saúde enquanto condição de cidadania; *(iii)* no Pacto de Gestão, enfim, houve a discriminação de responsabilidades dos entes federados, com a devida repartição de funções e atribuições, num esforço de otimização de eficiência que não desprezasse o caráter compartilhado, solidário, descentralizado e participativo do SUS, instrumentalizado pela adesão de estados e municípios mediante assinatura do apropriado Termo de Compromisso de Gestão. (CARVALHO *et al.*, 2012, p. 903)

2.3. A gestão de saúde e os conselhos gestores e de fiscalização

Quanto à gestão do sistema, há de se proceder à descrição de sua estrutura normativa específica, das normas constitucionais às leis, e destas às normas infralegais. Ao se falar em gestão, tangencia-se também participação popular e comunitária, bem como as

responsabilidades decorrentes da gestão do sistema.

É importante desde já destacar que, por amparo constitucional, a gestão do SUS é compartilhada entre o Poder Público e os próprios cidadãos. Ao mesmo tempo em que a CRFB/1988 delinea e resguarda as competências e as respectivas responsabilidades dos entes federativos – União, estados da federação e municípios – como solidárias, também o faz no tocante à família, à comunidade e aos indivíduos em si, evidenciando que a promoção, proteção e recuperação da saúde é – além de direito de todos – também dever não exclusivo do Estado (portanto, dever extensivo aos particulares e à comunidade) (art. 196, art. 197 e art. 198), numa lógica mais benéfica do que potencialmente prejudicial; seria prejudicial, de fato, caso isentasse, exonerasse ou eximisse o Estado de suas obrigações.

A participação da comunidade é tanto uma diretriz constitucional, conforme já comentado, como também um princípio previsto por força do art. 7º, inciso VIII, da Lei n.º 8.080/1990. Com efeito, a marca da representatividade popular e do acompanhamento direto nas políticas de saúde, por parte dos cidadãos, dos trabalhadores e da sociedade civil de forma geral, faz-se presente em diversas passagens do texto da Lei n.º 8.080/1990 (por exemplo, art. 6º, art. 12 e art. 19-H) (BRASIL, 1990a), e também da Lei n.º 8.142/1990 (art. 1º). (BRASIL, 1990b)

Essa mescla, ou extensão de protagonismo também aos cidadãos, ao demandar planejamento e articulação estratégica no emprego dos recursos, negociação em torno de objetivos comuns, pactuação de metas, resolução mediada de conflitos, integração por meio da articulação eficiente de bases de provisão de serviços, entre outros, constitui-se numa rede de gestão política inovadora em relação à história das políticas sociais de saúde brasileiras. (FLEURY; OUVÉRY, 2006, p. 76)

Em atenção à diretriz constitucional da descentralização do SUS (art. 196, inciso I, CRFB/1988), a Lei n.º 8.080/1990, em seu art. 9º, estabelece que a direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera de governo, da seguinte forma: (i) pela União, por meio do

Ministério da Saúde; *(ii)* e pelos estados e pelo Distrito Federal, por meio das respectivas secretarias estaduais de saúde; *(iii)* da mesma forma, pelos municípios, através de suas respectivas secretarias municipais de saúde. (BRASIL, 1990a)

Esses são os gestores políticos do SUS que a Constituição de 1988 elenca, na esfera de cada ente federativo; “são as entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implementado e funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias, da lógica organizacional e seja operacionalizado dentro dos princípios anteriormente esclarecidos”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 06)

A Lei n.º 8.080/1990 estabelece ainda o funcionamento de Comissões Intergestores Tripartites – estas, no âmbito de cada estado da federação, são compostas pelos três entes políticos, União, estado e município – e Bipartites – compostas por apenas dois entes, i.e., estados e municípios –, funcionando como “foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)”, vide art. 14-A, parágrafo único, da sobredita lei. (BRASIL, 1990a)

A respeito dessas entidades colegiadas, representativas de um esforço conjugado entre dois ou mais entes federativos, Nelson Rodrigues dos Santos comenta que o seu fortalecimento se deu apenas a partir de 1993, com a crise de financiamento a que se submeteu o setor saúde, com a desvinculação do orçamento do Ministério da Saúde em relação à previdência social: nesse contexto de crise e de necessidade de adaptação para a sobrevivência dos estados e municípios na lógica do SUS é que se impôs a criação das comissões intergestores, dos fundos de saúde em todos os entes federados, dos repasses de recursos públicos entre os fundos, dentre outras medidas. (SANTOS, 2008, pp. 238-239)

O art. 12 da Lei n.º 8.080/1990 também prevê as comissões intersetoriais de âmbito nacional, compostas pelo Ministério da Saúde e órgãos competentes de saúde, bem como por entidades que representem a sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde e cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Tais políticas e programas abrangem as seguintes atividades, nos termos do art. 13 da lei em comento: *(i)* alimentação e nutrição; *(ii)* saneamento e meio ambiente; *(iii)* vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; *(iv)* recursos humanos; *(v)* ciência e tecnologia; e *(vi)* saúde do trabalhador. (BRASIL, 1990a)

Também são previstos os seguintes conselhos, na qualidade de entidades representativas dos entes estaduais e municipais, com recursos financiados pelo Fundo Nacional de Saúde, nos termos do art. 14-B: *(i)* Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e *(ii)* Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) (BRASIL, 1990a). Os Conselhos Municipais de Saúde (Cosems), por sua vez, são entidades representativas dos “entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems”, previstos no art. 14-B, § 2º. (BRASIL, 1990a)

Em linhas gerais, o projeto do SUS, desde suas origens normativo-constitucionais, tende para uma gestão descentralizada – compartilhada, para todos os efeitos, entre União, estados e municípios –, regionalizada – com maior protagonismo atribuído aos municípios, enquanto esferas políticas de contato mais imediato com os cidadãos –, e participativa, à medida que o caráter consultivo e formulador de políticas dos diversos conselhos assegura controle e fiscalização populares mais efetivos. (FLEURY; OUVÉNEY, 2006, p. 77)

No tocante a essa gestão compartilhada e intersetorial que o ordenamento legal erige, há o agravante de que essa é uma determinação que vai contra a realidade sociopolítica brasileira, tão estratificada e verticalizada, não propícia à participatividade popular na discussão e formulação de políticas sociais ou na execução e resolubilidade de problemas práticos do sistema, em um contexto de individualismos e competitividade que obstam a eficácia de implementação do SUS. (TRAVERSO-YÉPEZ, *apud* PEREIRA; OLIVEIRA, 2014, p. 62)

Em um outro prisma, as principais dificuldades que se podem apontar na gestão do SUS se levantam a partir das *(i)* relações entre as esferas de governo corresponsáveis pelo sistema (relações intergovernamentais), das *(ii)* relações entre Estado e sociedade, e, por fim, das *(iii)*

relações entre Estado e mercado. (FLEURY; OUVÉRY, 2006)

Entre as três esferas autônomas de governos, a relação se torna complexa precisamente em razão da diretriz de descentralização que a Constituição consignou, à medida que cada ente federado detém parcela própria de autonomia e funções específicas a levar a cabo. Manter a coerência e o consenso na formulação conjunta de políticas é, destarte, um desafio inerente ao sistema. Outro desafio que se pode mencionar ainda é a assimetria e o subfinanciamento dos municípios no pacto federativo, diante dos estados e da União. (FLEURY; OUVÉRY, 2006, pp. 77-78)

Entre Estado e sociedade, a problemática gira em torno da questão do fortalecimento da democracia deliberativa, à medida que, a partir dos processos e movimentos sociais que marcaram os anos 1980, abriram-se os ambientes decisórios do país para camadas populares antes excluídas. Eis que desponta o interesse público simultânea e verdadeiramente como ponto de partida e de chegada na discussão e formulação de políticas de saúde, evidentemente sujeito à atuação efetiva ou meramente intentada de influência e pressão de diversos grupos de interesse nas “arenas decisórias do SUS”, i.e., os Conselhos de Saúde e seus membros – representantes paritários (formalmente e em tese) da sociedade civil e da Administração Pública. (FLEURY; OUVÉRY, 2006, p. 79)

Em se tratando das relações entre Estado e mercado, a previsão constitucional e posteriormente legal da complementaridade da iniciativa privada em oferta de serviços de saúde não foi aleatória, senão sinaliza a resistência de resquícios dos modelos securitizados e privatistas em que se pautava a realidade política em saúde antes de 1988.

Tal realidade, que se perpetuou, ainda que inicialmente fragmentada, na lógica do novo sistema, fortalecendo-se a partir da guinada neoliberal dos anos 1990, tem como base de fundamento a produção de medicamentos, equipamentos hospitalares e outros insumos por empresas multinacionais, com maior concentração em áreas urbanas e industrializadas atendidas por uma malha de infraestrutura beneficiada, e cujo efetivo controle de suas

atividades, produtos e respectivos preços representa verdadeira dificuldade para os governos.

Essa questão específica repercute com maior grau quanto aos serviços mais especializados e que exigem maior complexidade tecnológica, indo de encontro muitas vezes à efetivação dos tão almejados princípios da equidade e da integralidade. (FLEURY; OUVÉRY, 2006, p. 81)

Não obstante as dificuldades apontadas na gestão do sistema, evidentemente, o controle social propiciado pela previsão constitucional-legal e funcionamento técnico e efetivo dos conselhos como instâncias ou ambientes de consultas, discussões, esclarecimentos, proposições, formulação e elaboração de políticas de saúde, insere-se como um dos princípios norteadores da estratégia de descentralização em si, como asseveram Scatena e Tanaka: “associado à transparência no processo decisório, [o princípio d]o controle social é elemento de democratização do Estado, sendo ambos, princípios orientadores do processo de descentralização”. (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 57)

O Brasil passou por uma longa trajetória de consolidação de seu sistema público de saúde, desde os primórdios de sua inexistência enquanto sistema, em que a saúde era preocupação majoritariamente privada, particular, filantrópica – e em diminuta escala, apenas episodicamente, preocupação das autoridades públicas –, até o momento em que as demandas sociotrabalhistas a elevaram a um sistema contributivo e securitizado, e daí ao sistema hoje vigente, universal, integral, equitativo, participativo, que se preocupa com os extremos das necessidades da população (dos cuidados básicos e preventivos às mais altas e complexas necessidades de atenção).

A ampla e intrincada estrutura normativa que busca regular a saúde no ordenamento jurídico brasileiro, no fim das contas, soergue-se basicamente da previsão constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado; toda a aparente complexidade do sistema legal em saúde se deve, assim, às dificuldades que o Estado tem em conciliar o compromisso expresso no texto da Constituição com a realidade político-governamental cambiante e sempre transitória

no país, onde a despeito de um irrefutável valor normativo superior, o texto constitucional ainda se vê frequentemente travancado, com eficácia prejudicada, por movimentos e tendências liberais e em nome de uma governabilidade que, para conciliar pretensões político-partidárias, vive a postergar e adiar – se não, a sacrificar – a efetivação dos valores constitucionais de 1988.

CAPÍTULO 03 – JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Este capítulo buscará apresentar não apenas reflexões acerca da judicialização da saúde em si – ainda em um nível teórico e sob os influxos da jurisprudência superior –, como também os dados oriundos dos processos judiciais recolhidos e catalogados via portal virtual do Diário da Justiça Eletrônico do estado do Amazonas (DJE), a serem analisados sob a ótica do fenômeno da judicialização das políticas sociais, de forma a compreender quais causas originam o aumento de demandas em matéria de saúde perante o Poder Judiciário amazonense, e o que o fenômeno representa diante dos comandos constitucionais que já garantem por si próprios a universalidade do direito de acesso à saúde.

Nesta seara, analisar-se-ão os elementos dos processos judiciais levantados, para se verificar se essa alternativa realmente concede eficácia ao SUS e acesso dos usuários ao direito fundamental à saúde, especificamente a medicamentos.

3.1. Reflexões sobre a judicialização da saúde: origens e críticas

O estudo específico do tema que aqui se enfrenta, seja no campo sociológico ou no estritamente jurídico – frequentemente ladeado por análises eminentemente quantitativas de dados extraídos de processos judiciais paradigmáticos no campo da judicialização de políticas sociais –, tem se mostrado profícuo e proveitoso para muitos pesquisadores das ciências sociais.

O interesse em tais pesquisas talvez tenha sido despertado pela percepção de ricas possibilidades de aproveitamento prático dos resultados, como, por exemplo, proporcionar uma melhor racionalização das decisões judiciais que vão se produzindo no confronto forense ao tema, ou uma melhor operacionalização da gestão dos numerosos acervos de processos judiciais que, ano após ano, vão se acumulando nas diversas instâncias do Judiciário, demandas estas muitas vezes ousadas em seus pedidos de condenação, à espera sempre de decisões definitivas

e urgentes, desvinculadas de eventuais circunstâncias político-ideológicas que gravitem a esfera do governo de então; enfim, decisões verdadeiramente guardiães do texto constitucional.

É neste sentido que têm surgido estudos mais direcionados ao estudo da judicialização e, em particular, à judicialização da saúde enquanto política social e, com mais peso, da saúde enquanto direito fundamental de eficácia plena, garantido textualmente pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Na medida em que crescem exponencialmente no Brasil as demandas por acesso à saúde mediante provocação jurisdicional, relevantes se mostram tais estudos em suas múltiplas perspectivas.

Há pesquisas em todas as direções, multidisciplinares por excelência ou meramente centradas nos aspectos jurídicos do problema: estudos sob a perspectiva da Administração Pública, isto é, do Poder Executivo, e suas limitações orçamentárias; ou que enfatizam a perspectiva dos gestores, especificamente dos gestores em saúde; pesquisas que priorizam a perspectiva dos profissionais da saúde e sua formação; ou que mantêm uma perspectiva essencialmente jurídica, com foco na atuação dos magistrados; ou, ainda, pesquisas sob a perspectiva de outros personagens direta ou indiretamente envolvidos na problemática, como instituições e órgãos constitucionalmente legitimados para atuar em tais questões, como as defensorias públicas e o Ministério Público; é certo, contudo, que os estudos que perspectivam o Judiciário e a atuação dos juízes com mais centralidade parecem demonstrar uma incontestável tendência nas pesquisas jurídicas contemporâneas².

² Após uma rápida busca pelos termos “judicialização” e “saúde” na biblioteca digital *SciElo* – sistema de referência que alberga uma seleta coleção de periódicos científicos brasileiros e estrangeiros –, encontram-se 146 resultados, dentre os quais se destacam publicações de renome perante a comunidade acadêmica, como a Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, ou a Revista *Physis* – Revista de Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, dentre muitos outros repositórios digitais de universidades e centros de pesquisa brasileiros. Efetuando a mesma pesquisa no portal do *Google Acadêmico*, que reúne resultados mais abrangentes, por buscar indexações a um nível mais amplo, em sítios eletrônicos de órgãos da Administração Pública, instituições de pesquisa e universidades privadas, além de outras bibliotecas digitais que não fazem parte da rede *SciElo* ou que não tenham necessariamente indexação oficial, chega-se a 19.600 resultados que tratam da temática.

À medida que no dia a dia ainda há empecilhos à realização plena desse importante direito fundamental e social, destacam-se evidências do aumento de sua judicialização (demandas de efetivação desse direito perante o Judiciário, em face de sua não observância ou implementação pela Administração Pública), como se infere de pesquisa recente promovida pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper) para o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), intitulada “Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução”, pesquisa esta que faz parte da série “Justiça Pesquisa” (CNJ, 2019).

Esta edição mais recente, de 2019, aponta um aumento em 130% nas demandas judiciais em matéria de saúde, tomando como base o período entre 2008 e 2017, bem como também ressalta o crescimento de 13 vezes nos gastos do Ministério da Saúde com ações judiciais, chegando a R\$ 1,6 bilhão em 2016. (CNJ, 2019, p. 13)

Por sua vez, o relatório “Justiça em Números” expõe a problemática da judicialização da saúde em nível nacional, tomando como base o ano de 2017. Refinando os dados apresentados no referido documento, em específico quanto à judicialização de questões de saúde na seara cível (i.e., em âmbito não criminal ou não administrativo), Lima Júnior e Jair Schulze (2018) apresentam o seguinte quadro:

Quadro 01 – Números do CNJ sobre a judicialização da saúde em 2018

Assunto dos Processos	Quantidade
Saúde (Direito Administrativo e outras matérias de Direito Público)	152.201
Fornecimento de medicamentos – SUS	420.930
Tratamento médico-hospitalar – SUS	135.849
Tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos – SUS	242.684
Assistência à saúde/servidor público	35.356
Ressarcimento ao SUS	4.474
Reajuste da tabela do SUS	3.004
Convênio médico com o SUS	1.350
Repasse de verbas do SUS	1.044
Terceirização do SUS	1.328
Planos de saúde (Direito do Consumidor)	564.090
Serviços hospitalares – consumidor	32.172
Planos de saúde (Direito do Trabalho)	76.090
Doação e transplante de órgãos/tecidos	1.255
Saúde mental	6.739

Controle social e conselhos de saúde	2.850
Hospitais e outras unidades de saúde	13.125
Erro médico	83.728
Total	1.778.269

Fonte: Adaptação de LIMA Júnior, A. H. S.; SCHULZE, C. J. Os números do CNJ sobre a judicialização da saúde em 2018. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2018-nov-10/opiniao-numeros-judicializacao-saude-2018#_ftn1

Para os autores, “o novo diagnóstico demonstra que, entre 2016 e 2017, houve um incremento de aproximadamente 400 mil processos judiciais”, indicando a necessidade de atuação coordenada de todos os atores do sistema de saúde e do sistema de Justiça, a exemplo de algumas iniciativas promovidas pelo próprio CNJ, que os autores listam: *(i)* aprovação da Resolução 238/2016³; *(ii)* criação da plataforma e-NatJus; *(iii)* fomento à atuação dos comitês de saúde dos estados e do Distrito Federal; *(iv)* fomento à criação e adoção dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NatJus); *(v)* realização frequente de eventos sobre o tema; *(vi)* aproximação entre os magistrados e a sociedade para debater a judicialização. (LIMA Júnior; SCHULZE, 2018, p. 02)

Em uma intuição comum sobre as origens do fenômeno, talvez na mesma esteira de muitas conclusões acadêmicas já elaboradas sobre o tema, poder-se-ia apontar a judicialização como uma reação de escape à morosidade e à inércia de um Poder Legislativo demasiadamente burocrático, inoperante e ineficaz, desviado em suas finalidades, tendencioso e desbalanceado, pelo que o Judiciário despontaria em contraponto como uma via alternativa de maior credibilidade.

Uma crescente desconfiança ou incredulidade nas potencialidades funcionais do parlamento brasileiro seria, assim, responsável pela maior procura dos gabinetes de juízes, desembargadores e ministros de tribunais superiores como alternativas de efetivação de um direito universal, o direito à saúde – cuja eficácia constitucional é plena e imediata tão somente

³ Os autores fazem referência à Resolução n.º 238/2016 do CNJ, que dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais, de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a criação, no âmbito dos tribunais, de varas especializadas em processos que versem sobre saúde; além da criação de Núcleos de Apoio Técnico (NAT), que propiciem assessoramento técnico aos juízes quando do enfrentamento de tais demandas.

na teoria, sendo na prática muitas vezes resistidamente negado aos usuários do sistema público de saúde.

Ocorre que também se faz notar uma argumentação contrária, que inverte a narrativa e destaca que o ativismo com que os membros do Judiciário eventualmente parecem agir não seria algo virtuoso, mas sim um atentado ao clássico princípio da separação ou harmonização entre os poderes; e, não somente, invocam-se razões de ordem fiscal e orçamentária para sustentar que a judicialização, quando respondida por magistrados facilmente comovidos ou sem vasto conhecimento técnico das causas com que lidam, resultaria sempre em uma Justiça particular, contrária aos interesses coletivos, pois seletiva e arbitrária, como em casos em que a demanda é pela disponibilização gratuita, custeada pelo Estado, ora de medicamentos de alto custo ou fornecidos tão-somente por laboratórios estrangeiros, ora de medicamentos ainda em fase de testes, ou seja, não disponibilizados no mercado, portanto, de difícil importação.

Tangenciando o tema do ativismo judicial – isto é, a suposta inferência ilegítima do Judiciário nos assuntos de cunho político mais próprios do Executivo e Legislativo –, a análise de Vianna sustenta que a judicialização da política não deriva de uma conduta profissional ideologicamente motivada que generalizadamente pudesse ser atribuída com exclusividade aos magistrados, e ao Judiciário, portanto:

A judicialização da política não deriva de um eventual sistema de orientação dos juízes, mas da nova trama institucional trazida pela moderna sociedade capitalista, que pôs o direito, seus procedimentos e instituições no centro da vida pública, e, neste preciso sentido, ela já é parte constitutiva das democracias contemporâneas. (VIANNA, 2008, p. 04)

Virtuosa para alguns e perniciosa para outros, a judicialização deve sua origem “tanto ao legislador constituinte quanto à cidadania que, progressivamente, foi se apropriando, em suas práticas, dos novos institutos criados pela Carta [de 1988], e não, como em outros contextos nacionais, pelo ativismo dos seus magistrados” (VIANNA, 2008, p. 03).

Isso, contudo, não implica dizer que o ativismo judicial não existe, ou que seja irrelevante sua análise a partir da conduta ativa dos magistrados. Pelo contrário, Vianna alerta

que a atuação judicial exacerbada, pautada em critérios morais e éticos – em contraponto às tradições jurídicas positivistas-legalistas que imperaram até os anos 1980, quando se soergueu com maior vigor o pós-positivismo jurídico enquanto paradigma teórico no campo do direito – e que queira se sobrepor às vias políticas regulares e institucionalizadas, “longe de ampliar apoios e alianças para os fins perseguidos pode, muito contrariamente, indispor contra eles, em razão do meio utilizado, o sistema político e seus principais personagens”. (VIANNA, 2008, p. 05)

Em outro estudo, Vianna, Burgos e Salles posicionam a judicialização como resultado de um desencadeamento antagônico-histórico entre o *Welfare State* do pós-Segunda Guerra, sua crise e a conseqüente ascensão do neoliberalismo. Com este, emerge uma sociedade “fragmentada, entregue às oscilações do mercado, onde o cimento das ideologias e da religião, mesmo o dos laços da família tradicional, perde força coesiva”. (VIANNA; BURGOS; SALLES, 2007, p. 40)

Em uma conclusão marcante, os autores anotam que os cidadãos do Estado neoliberal, enfraquecidos em matéria de fé, sem partidos ou sindicatos, nada podem fazer senão direcionar suas expectativas de direitos ao Poder Judiciário, uma espécie de muro das lamentações simbólico:

O juiz torna-se protagonista direto da questão social. Sem política, sem partidos ou uma vida social organizada, o cidadão volta-se para ele, mobilizando o arsenal de recursos criado pelo legislador a fim de lhe proporcionar vias alternativas para a defesa e eventuais conquistas de direito. (VIANNA; BURGOS; SALLES, 2007, p. 41)

Para Barroso, por sua vez, o mote principal para a compreensão das origens da judicialização parece ser meramente o reconhecimento de um aumento significativo da “demanda por justiça na sociedade brasileira”, síntese de uma fundamentação também solidariamente pautada na “redescoberta da cidadania”, na “conscientização das pessoas em relação aos próprios direitos” e, ainda, “pela circunstância de haver o texto constitucional criado

novos direitos, introduzido novas ações e ampliado a legitimação ativa para tutela de interesses, mediante representação ou substituição processual”. (BARROSO, 2005, p. 44)

Em outro prisma, a perspectivação dualista de Barroso acerca do fenômeno aqui estudado também pode ser traduzida: *(i)* enquanto “judicialização da política” (políticas sociais, sobretudo), à medida que se passa a usar com maior frequência os mecanismos processuais e o Judiciário, de modo geral, para demandar questões eminentemente da seara política, como o aperfeiçoamento de um sistema educacional ou de saúde, como no caso do presente estudo; e, também, *(ii)* enquanto “politização da jurisdição”, ou uma judicialização politizada, à medida que esse uso de mecanismos jurisdicionais pode ser igual e estrategicamente manuseado como armamento para ofensivas e manobras típicas da rotina política brasileira, como no caso de uso de ações judiciais por parte de uma oposição política que queira obstaculizar um potencial avanço de projetos e programas governamentais da situação.

Quanto à “judicialização da política”, o contexto de ampliação do espectro de direitos e garantias constitucionais de fato foi importante para a realidade sociopolítica do Brasil, afinal, no final de uma década como a de 1980, a conquista de muitos direitos sociais até então inéditos certamente impactou as relações no país, tanto na dimensão particular (indivíduos em face de indivíduos ou de companhias privadas) quanto na dimensão pública (indivíduos em face da Administração Pública e seus agentes), desde a perspectiva dos que operavam o sistema até a perspectiva dos que passariam a finalmente se beneficiar: os cidadãos, usuários dos sistemas educacional, assistencial, de proteção e seguridade social, de saúde etc., ainda que em uma caminhada gradual, nem sempre amplamente inclusiva e ainda inacabada.

Já a “politização da jurisdição” fica evidenciada nos estudos pioneiros realizados por Werneck Vianna, Carvalho, Melo e Burgos, em 1999, consistente na análise das Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs) ajuizadas perante o Supremo Tribunal Federal no período de 1988 a 1998; e, ainda, na retomada desse tópico de estudos em 2007 por Vianna, Burgos e Salles.

Para esses pesquisadores, as ADIs foram paradigmaticamente elevadas a um patamar de estratégia política interpartidária, operada na lógica oposição *versus* situação, em que a ADI se torna um instrumento de combate político consagrado. Por exemplo, a partir de 2003 até 2005, “a esquerda, que recorria a ele com muita frequência no período FHC, diminui significativamente o seu uso; em especial o Partido dos Trabalhadores, um antigo campeão, não elaborará nenhuma [...] contra normas federais no governo Lula”. (VIANNA *et al.*, 2007, p. 43)

Sobre as críticas que o tema da judicialização suscita, Mapelli Júnior sintetiza as que são comumente levantadas pela comunidade jurídica em uma digladição antagônica e bipolarizada, cujas duas principais facetas da discussão seriam *(i)* a defesa da judicialização enquanto forma legítima de concretização do direito social que a CRFB/1988 prevê e assegura, posição defendida por grupos de juristas embasados em conceitos filosóficos e de teoria geral do direito; em contraponto, haveria *(ii)* o discurso de que no Brasil a litigância em matéria de saúde teria se tornado uma intervenção ilegítima de um Judiciário acomodado a lidar com direitos individuais, porém despreparado para julgar lides de interesse coletivo. (MAPELLI JÚNIOR, 2015, p. 06)

Barroso (2008, pp. 23-28), por sua vez, em um estudo introdutório à temática em apreço, faz um levantamento mais amplo e esmiuçado das críticas frequentes no meio acadêmico jurídico em face do fenômeno da judicialização, após o qual propõe “alguns parâmetros para racionalizar e uniformizar a atuação judicial no fornecimento de medicamentos”.

A primeira crítica que Barroso aponta seria a de que o art. 196 da CRFB/1988 seria uma “norma programática”, à medida que a saúde seria “direito de todos e dever do Estado, *garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]*”. (BRASIL, 2019, p. 42, grifo nosso)

Segundo o autor, essa posição crítica teria origem em trabalho de José Afonso da Silva, constitucionalista mais conhecido por sua clássica obra “Curso de Direito Constitucional Positivo”, originalmente publicada em 1976. Para Silva (1999, pp. 83-84 *apud* BARROSO, 2008, p. 23):

[A saúde enquanto dever do Estado] não impõe propriamente uma obrigação jurídica, mas traduz um princípio, segundo o qual a saúde e o desporto para todos e cada um se incluem entre os fins estatais, e deve ser atendido. Sente-se, por isso, que as prescrições têm eficácia reduzida.

Isso implicaria compreender o art. 196 como manifestação de uma norma sem aplicabilidade plena e imediata, vinculada sua efetivação às ações e programas estatais que o Executivo eventualmente vier a conceber, no limite de suas possibilidades, de seu cronograma político e, evidentemente, de seus recursos orçamentários, bem como da própria vontade política em priorizar ou não a concretização de tais “princípios” em um determinado programa de governo.

Este entendimento foi aplicado no primeiro enfrentamento da matéria pelo STJ, em 1996, no Recurso Ordinário em Mandado de Segurança (RMS) n.º 6564/RS, caso em que se pleiteava fornecimento de equipamento médico importado dos Estados Unidos da América, à época custando cerca de cinquenta mil dólares, para o tratamento de uma paciente portadora da síndrome de hipoventilação alveolar central:

O ministro Demócrito Reinaldo, relator do feito, argumentou que as normas garantidoras do direito à saúde na Constituição Federal teriam natureza programática, carecendo, para sua eficácia, de regulamentação pelo legislador ordinário. Por isso, segundo o relator, não haveria direito líquido e certo a tutelar. [...] Como se denota, o julgado cuidava de um dramático caso envolvendo a imprescindibilidade da prestação material pleiteada para a adequada tutela do direito à vida. Ainda assim, a corte superior acatou o argumento com pelo menos duas cláusulas restritivas dos direitos fundamentais sociais: a natureza programática das normas definidoras de direitos sociais e a reserva do possível, esta como uma condição de restrição fática caracterizada pela escassez de recursos públicos ponderada em situações concretas que envolvam direitos sociais prestacionais. (BALESTRA NETO, 2015, pp. 96-97)

Esse posicionamento da jurisprudência superior brasileira mudou, já na primeira década do século XXI, de forma a privilegiar a dignidade da pessoa humana e o direito à vida, como profundamente impactados e dependentes do pleno acesso à saúde – o que, entretanto, apenas motivou o aumento de uma oposição crítica a tal posicionamento, em que voltou a crescer sobremaneira a vociferação acadêmico-jurídica e profissional-forense contra decisões amplamente assecuratórias de fornecimento de medicamentos, equipamentos e práticas em

saúde, invocando-se principalmente o argumento de que tal atuação do Judiciário não estaria sendo verdadeiramente inclusiva segundo os interesses da coletividade, mas estaria sim individualizando o acesso à saúde de alguns poucos privilegiados em desfavor de todo o resto de uma população também dependente do mesmo sistema público de saúde.

Outra crítica suscitada por Barroso (2008, p. 23) seria quanto ao “desenho institucional” previsto na Constituição – como o próprio autor coloca –, uma vez que determinações judiciais de entrega de medicamentos ou prestação de serviços de saúde em face do Executivo atravancaria as funções regulares dos seus órgãos, por serem inferências imprevisíveis e com efeitos diretos no manejo de seus próprios recursos.

Esbarra-se, assim, na questão da clássica repartição ou harmonização entre os poderes do Estado, que, com a interferência de um Judiciário demasiadamente ativo, incorreria em uma “alteração do arranjo institucional concebido pela Constituição de 1988”. (BARROSO, 2008, p. 24)

É daí que também se levantam as vozes contra o chamado ativismo judicial, que nada mais é do que um dado Poder – o Judiciário, no caso – ultrapassando suas funções, e adentrando na esfera de atuação dos outros dois – o Executivo e o Legislativo. A esse respeito, no caso da judicialização das políticas públicas, Gebran Neto diz que:

[...] o Poder Judiciário é o menos legitimado para realizar escolhas políticas, seja porque não se submete ao crivo do escrutínio popular, seja porque não é o detentor das condições ideais para examinar o impacto político e econômico e suas decisões. [...] Não se quer, com isso, defender a ideia de vedação da atuação do Poder Judiciário quanto às políticas públicas, mas que as políticas já existentes devem merecer deferência por parte do julgador, bem como a preferência da atuação negativa, invalidando aquelas que estejam em desconformidade com a Constituição Federal ou com as leis. (GEBRAN Neto, 2014, p. 17)

A separação dos poderes foi uma das defesas utilizadas pela União no julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada (STA) n.º 175, que tramitou no STF entre 2007 e 2010, em face de uma demanda ajuizada por portador da rara doença de Niemann-Pick, Tipo C, em que se requeria o fornecimento judicial do medicamento Zavesca, até então não registrado perante

a Anvisa, e à época custando mensalmente mais de cinquenta mil reais. O julgamento da questão pelo plenário do STF foi um verdadeiro marco decisório, em que foram traçados os primeiros parâmetros objetivos de imposição judicial para fornecimento de medicamentos pela Administração Pública.

Crítica de peso é a que se soergue sob a denominação de “reserva do possível”, de viés financeiro, segundo a qual os recursos financeiros de que dispõe o Estado seriam insuficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais em sua plenitude. É com frequência que se alega que ao beneficiar um demandante individualmente, em contraponto um juiz estaria a prejudicar tantos outros que não ingressaram na via judicial. (BARROSO, 2008, p. 25)

Nessa lógica de intervencionismo do Judiciário sobre questões de natureza política – enquanto pertinentes ao planejamento social programado e executado por dirigentes políticos democraticamente eleitos –, atender às demandas de judicialização em saúde implicaria desalocar e desorganizar a Administração Pública em detrimento de toda uma coletividade, pois esta precisaria sempre, para cumprir determinações judiciais impositivas, romper com suas atividades regulares e programadas para fornecer medicamentos ou prestar serviços individualizadamente. Nesse contexto, o Executivo ver-se-ia comprometido em seu planejamento e eficiência administrativa.

Gebran Neto justifica sinteticamente a teoria da reserva do possível como:

[...] aquilo que o Estado pode garantir de modo isonômico para todos os indivíduos, por meio de política pública de saúde que permita, em primeira linha, um atendimento básico para todos, tanto na promoção, quanto na prevenção e tratamento da saúde. Depois, com previsão de um atendimento especializado para aqueles que deles necessitem. Por fim, uma atuação muito específica para tratamentos caros e raros. Tudo isto conforme as possibilidades orçamentárias e as políticas públicas instituídas. (GEBRAN Neto, 2014, p. 15)

Vitor Hugo Mota de Menezes, por sua vez, ao tratar exaustivamente do assunto, classifica a reserva do possível como pertencente a um grupo de três grandes críticas e teses de contraposição feitas à concessão de direitos sociais, em especial a saúde, em que de todos os três grupos a categoria em que se insere a reserva do possível seria a mais importante opositora

aos fundamentos do Estado Social, e, por consequência, principal justificadora do Estado Mínimo. (MENEZES, 2015, p. 181)

Para Menezes, a aplicação da teoria da reserva do possível implicaria um “viés mais operacional”, técnico, distinto e distante das abstrações filosóficas, ao passo que “preocupado com a solução de casos concretos – o que é denominado pela doutrina de microjustiça –, o juiz fatalmente ignora outras necessidades relevantes e a imposição inexorável de gerenciar recursos limitados para o atendimento de demandas ilimitadas”. (MENEZES, 2015, p. 187)

Também se registra como crítica bastante suscitada a impossibilidade de membros do Judiciário, principalmente os magistrados, dominarem por si sós conhecimentos técnicos específicos da área da saúde, essenciais para a resolução das questões demandadas. Neste sentido, Gouvêa (2003, pp. 22-23, *apud* BARROSO, 2008, p. 28) afirma:

O Legislativo e principalmente o Executivo acham-se aparelhados de órgãos técnicos capazes de assessorá-los na solução de problemas mais complexos, em especial daqueles campos que geram implicações macropolíticas, afetando diversos campos de atuação do poder público. O Poder Judiciário, por sua vez, não dispõe de iguais subsídios; a análise que faz do caso concreto tende a perder de vista possíveis implicações fáticas e políticas da sentença, razão pela qual os problemas de maior complexidade – incluindo a implementação de direitos prestacionais – devem ser reservados ao administrador público.

Mapelli Júnior se manifesta nesta linha de argumentação, não apenas questionando o embasamento técnico deficiente de muitas decisões proferidas em matéria de saúde, como também o embasamento estatístico, isto é, a apropriada atenção e análises de dados sob abordagens quantitativas que possam subsidiar as pesquisas sobre judicialização. (MAPPELLI JÚNIOR, 2015, pp. 07 e 17)

A crítica particular desse autor espraia, inclusive, sobre a atuação médica, ou melhor, a correlata conduta e participação dos profissionais em saúde em demandas judicializadas, questionando a legitimidade de suas motivações, à luz da lógica de funcionamento e das influências operadas pela indústria farmacêutica:

As decisões judiciais que acolhem acriticamente os pedidos formulados nas ações judiciais de assistência farmacêutica, desconsiderando em bloco todas as normas jurídico-constitucionais da saúde pública e do SUS, essencialmente

[...] desconsideram a realidade fática por trás de grande parte da judicialização da saúde: as estratégias da indústria farmacêutica, denunciadas com profundidade pela literatura científica [...]. As características das ordens judiciais pesquisadas no nosso estudo, em todos os aspectos, demonstram que, no Brasil, tais práticas antiéticas e ilegais vêm produzindo um bom resultado, servindo para aumentar os lucros já estratosféricos de uma das indústrias mais poderosas e ricas do mundo (Angell, 2010). Juízes e tribunais, induzidos em erro por médicos inescrupulosos e por advogados responsáveis pelas ações judiciais, desconfiam *a priori* das políticas públicas do SUS, para dar crédito a médicos e propagandistas. (MAPELLI JÚNIOR, 2015, p. 363)

Em 2017, Mapelli Júnior ainda expressou esse seu posicionamento – acima extraído das considerações finais de sua tese de doutorado perante a Universidade de São Paulo – de forma mais sintética, declarando em entrevista concedida à coluna virtual de uma popular revista de circulação nacional que “os juízes confiam demais nos médicos”, declaração sua que estampa o título-manchete da referida reportagem. (SEGATTO, 2017)

Ressalte-se que, desde que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) elaborou a Resolução n.º 238/2016, os Poderes Judiciário e Executivo dos estados vêm se organizando paulatinamente para colocar em funcionamento seus Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-JUS), compostos por profissionais da saúde que prestam assessoria exclusiva aos magistrados em processos de judicialização da saúde.

Para além desta iniciativa, até o atual momento o CNJ também promoveu três grandes Jornadas de Direito da Saúde (a primeira em 2014, a segunda em 2015 e a terceira em 2019), em que os magistrados participantes já votaram 103 enunciados (evidentemente, sem natureza cogente ou vinculante), dos quais 92 permanecem em vigência.

Relevante para o assunto aqui tratado é o enunciado n.º 18⁴, aprovado em 18 de março de 2019, segundo o qual “sempre que possível, as decisões liminares sobre saúde devem ser precedidas de notas de evidência científica emitidas por Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário – NatJus e/ou consulta do banco de dados pertinente”. (CNJ, 2019, p. 05)

⁴ Os demais enunciados, todos associados ao tema da saúde em juízo, tangenciam uma variada gama de subtemas, desde critérios e orientações quanto à concessão de liminares para fornecimento de medicamentos, como também aferição de incapacidade financeira dos demandantes, abandono de tratamento, conflito de interesse médico, cobertura contratual e tabelas de planos de saúde, entre outros.

No mesmo sentido, o enunciado n.º 83 sugere que:

Poderá a autoridade judicial determinar, de ofício ou a requerimento da parte, a juntada ao processo de documentos de evidência científica (nota técnica ou parecer) disponíveis no e-NatJus (CNJ) ou em bancos de dados dos Núcleos de Assessoramento Técnico em Saúde (NATS) de cada estado, desde que relacionados ao mesmo medicamento, terapia ou produto requerido pela parte.

Nesse ponto é importante destacar que, no Amazonas, diante da crítica que realça a falta de critérios técnicos embasando decisões judiciais em matéria de saúde, surgiu como estratégia de enfrentamento ao problema, em nível municipal e estadual, a criação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS), órgãos multiprofissionais compostos principalmente por profissionais da saúde encarregados de subsidiar as decisões dos magistrados com pareceres técnicos sobre as demandas em questão, por força da já referida Resolução n.º 238/2016 do CNJ.

Inicialmente, por força do Acordo de Cooperação Técnica n.º 010/2018-TJ/AM, firmado em 05 de abril de 2018 com o Governo do Amazonas, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM), criou-se conjuntamente com o ente estadual o Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS/SUSAM), com sede junto à SUSAM.

Também por força de Acordo de Cooperação Técnica (ACT n.º 009/2018-TJ/AM) firmado em 05 de abril de 2018 entre o TJ/AM e a Prefeitura de Manaus, oficializou-se a criação de seu Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS/SEMSA) em 13 de setembro de 2018, por meio da Portaria n.º 530/2018-ASTEC/SEMSA, publicada no Diário Oficial do Município (DOM) em 21 de setembro de 2018.

3.2. Parâmetros ou critérios para a judicialização em matéria de medicamentos

De forma a facilitar a confrontação de algumas propostas para a abordagem do assunto, traz-se à lume as contribuições de Barroso (2008), que as elaborou em forma de enunciados sintéticos; em seguida, apresenta-se a contribuição metodológica de Asensi (2010), que

ultrapassa a mera escala forense e prática do tema, em uma proposta de “juridicização” da discussão, verdadeira proposta teórico-metodológica de enfrentamento do problema em questão.

Barroso (2008) expõe seus parâmetros em forma de enunciados, comentando-os em seguida:

- a) No âmbito de ações individuais, a atuação jurisdicional deve ater-se a efetivar a dispensação dos medicamentos constantes das listas elaboradas pelos entes federativos (2008, p. 29);
- b) A alteração das listas pode ser objeto de discussão no âmbito de ações coletivas (2008, p. 30);
- c) O Judiciário só pode determinar a inclusão, em lista, de medicamentos de eficácia comprovada, excluindo-se os experimentais e os alternativos (2008, p. 33);
- d) O Judiciário deverá optar por substâncias disponíveis no Brasil (2008, p. 34);
- e) O Judiciário deverá optar pelo medicamento genérico, de menor custo (2008, p. 34);
- f) O Judiciário deverá considerar se o medicamento é indispensável para a manutenção da vida (2008, p. 35); e
- g) O ente federativo que deve figurar no polo passivo é aquele responsável pela lista da qual consta o medicamento requerido (2008, p. 35).

Em linhas gerais, seus parâmetros se pautam: *(i)* na necessidade de respeitar as listas de medicamentos elaboradas pelos entes da federação, de forma a “assegurar a universalidade das prestações e preservar a isonomia no atendimento aos cidadãos, independentemente de seu acesso maior ou menor ao Poder Judiciário” (BARROSO, 2008, p. 29); *(ii)* em um argumento democrático, à medida que destaca que “os recursos necessários ao custeio dos medicamentos [...] são obtidos através da cobrança de tributos” (2008, p. 29); *(iii)* na presunção legítima, diante da separação dos poderes, de que as listas de medicamentos elaboradas pelo Poder Público são adequadas frente às necessidades prioritárias dos usuários do sistema de saúde e aos recursos disponíveis para sua efetivação, apenas excepcionalmente podendo ser discutidas em juízo (2008, p. 31); *(iv)* no respeito às opiniões médicas majoritárias e comprovadamente eficazes, e não meramente em casos isolados de eficácia de tratamento (2008, pp. 33-34); *(v)* na “necessidade de se harmonizar a garantia do direito à saúde com o princípio constitucional do acesso universal e igualitário”, devendo-se buscar sempre privilegiar o mercado nacional de

medicamentos e os estabelecimentos conveniados ao SUS (2008, p. 34); (v) na prevalência de fornecimento de medicamentos genéricos ou de menor custo (2008, p. 34); (vi) na preferência dada à inclusão nas listagens oficiais de medicamentos que comprovadamente sejam vitais à sobrevivência dos pacientes, pelo que “em um contexto de recursos escassos, um medicamento vital à sobrevivência de determinados pacientes terá preferência sobre outro que apenas é capaz de proporcionar melhor qualidade de vida, sem, entretanto, ser essencial para a sobrevivência” (2008, p. 35); e, por fim, (vii) na vinculação de cada medicamento pretendido exclusivamente ao ente federativo responsável pela elaboração da listagem em que aquele se insira (2008, p. 36).

Cabe ressaltar que tais critérios propostos por Barroso datam de período anterior ao seu ingresso como ministro no Supremo Tribunal Federal, cujos posicionamentos mudaram apenas em alguns aspectos, conforme se verá mais adiante quando da análise dos parâmetros judiciais estabelecidos pelo STJ e STF quanto à matéria.

Contudo, antes de proceder com a análise da jurisprudência superior, é de particular interesse a proposta metodológica de Felipe Dutra Asensi para o estudo jurídico de conflitos e relações sociais, sem que se caia numa redundante centralização de análises voltadas às instituições que compõem o Judiciário ou que com ele exercem suas funções regulares (Defensorias Públicas e Ministério Público, com maior destaque).

Para Asensi, as análises mais tradicionais sobre o assunto das políticas sociais em juízo, em especial quando em domínios da saúde, são demasiadamente centradas na figura do Judiciário, tendo este se tornado um “*lugar privilegiado* de discussão de acadêmicos, profissionais do direito e atores políticos”, privilegiando-se um “raciocínio juiz-centrado de efetivação de direitos e implementação de políticas públicas”. (ASENSI, 2010, p. 42, grifo no original)

Essa valorização da concepção judiciária, portanto, operaria “em detrimento de reflexões sobre outras formas jurídicas e não jurídicas de aplicação e efetivação de direitos”. (ASENSI, 2010, p. 43)

Em contraponto, o autor propõe trasladar a discussão da “judicialização” para a “juridicização”, “de forma a pensar em outras práticas desenvolvidas pelas instituições jurídicas” (ASENSI, 2010, p. 45), do judicial para o jurídico, isto é, alçar a discussão para fora dos domínios intramuros do Judiciário para levá-la como pauta a diferentes centros produtores do direito em si.

A juridicização seria, portanto, uma alternativa de visibilização de esforços não apenas concentrados ou levados a cabo pelo Judiciário, mas também por órgãos, agências e membros de todos os poderes, bem como da sociedade civil, por iniciativas próprias ou em conjunto.

Superada a exposição das propostas teórico-metodológicas acima, e levando em conta o escopo da presente pesquisa, deve-se proceder agora com um panorama acerca do tratamento jurisprudencial da matéria, ou seja, de que forma os tribunais vêm lidando com o tema.

Contudo, diante da impossibilidade de se analisar toda a jurisprudência que se vai criando diariamente por todo o país, e em face do próprio modelo de jurisdição adotada no Brasil, os destaques serão feitos com ênfase nos dois tribunais superiores brasileiros por excelência, quais sejam, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) e o Superior Tribunal Federal (STF).

É de conhecimento notório que cada instância, e cada órgão do Judiciário correspondente a tal posição, possui suas designações próprias, isto é, suas funções típicas, atribuições que por força de estrita previsão legal e regimental não podem escapar de um raio de limitação muito bem delimitado e amplamente conhecido pela praxe forense, inclusive por força do texto constitucional⁵.

⁵ Em linhas gerais, e sintetizando a abordagem do assunto conforme o interesse da pesquisa, na chamada justiça comum, ou justiça estadual, há uma primeira instância, dividida em Varas ou Juizados, cujos magistrados responsáveis são os juízes de direito; em respeito ao princípio do duplo grau de jurisdição,

Neste sentido, o STJ e o STF, ao exercerem suas funções jurisdicionais, desempenham, cada qual, seus papéis constitucionalmente delegados, destacando-se como Cortes de Vértice, pois funcionam no ápice do sistema jurisdicional brasileiro. (MITIDIERO, 2013)

O STJ, alcunhado de “tribunal da cidadania”, atua como órgão jurisdicional protetor da legislação federal, encarregado de julgar de modo aprioristicamente final e definitivo⁶ os “recursos especiais” (suas decisões apenas não serão definitivas quando de alguma maneira violarem a Constituição, caso em que caberá a provocação ulterior do STF); e o STF, por sua vez, no ápice da estrutura judiciária brasileira, atua como guardião máximo da Constituição do Brasil, cabendo-lhe diversas atribuições, algumas das quais se costuma criticar como que não sendo matérias propriamente atinentes à natureza da Corte Suprema e que por isso apenas atribulam suas atividades, numa confusão de competências desnecessária a uma Corte de porte do STF.

No que importa para a presente pesquisa, evidentemente, a temática do acesso à saúde enquanto direito fundamental, social e universal, sob a lógica de um sistema de saúde também universal, integral e equitativo, alcança os tribunais superiores precisamente por suas atribuições funcionais. Se no Brasil os estudos acadêmicos de judicialização já contam quase três décadas, por outro lado, são mais recentes tanto o enfrentamento do tema nas Cortes

há, ainda, uma segunda instância, o Tribunal de Justiça do Estado, composto por magistrados designados desembargadores, que compõem distintas Câmaras – órgãos julgadores que, reunidos, constituem o Tribunal Pleno. (CINTRA; GRINOVER; DINAMARCO, 2013, pp. 216-217)

⁶ A propósito de se ter mencionado os termos “final e definitivo” acerca dos julgamentos do STJ e, também, do STF, cabe ressaltar que desde a primeira a instância (com os juízes de direito) as decisões judiciais detêm em si um grau de definitividade meritória. Porém, também carregam consigo uma inerente recorribilidade (possibilidade de recorrer) – afeita ao princípio do duplo grau de jurisdição e operada, evidentemente, por meio do sistema recursal (CINTRA; GRINOVER; DINAMARCO, 2013, pp. 83-84) –, que pode ser acionada em caso de descontentamento e irrisignação com as decisões ou em decorrência de algum erro ou vício quanto à decisão, ou ainda por força de expresso comando legal, como é o caso de condenações contra a Fazenda Pública: *(i)* quando em valor superior a mil salários mínimos contra a União Federal e suas respectivas autarquias e fundações; *(ii)* condenação superior a quinhentos salários mínimos contra os estados, Distrito Federal e municípios capitais de estados; e, ainda, *(iii)* condenação superior a cem salários mínimos para os demais municípios e suas respectivas autarquias e fundações, observados os incisos e parágrafos do art. 496 do Código de Processo Civil de 2015 em sua integralidade. Nesses três últimos casos apontados, incide obrigatoriamente o fenômeno processual chamado “remessa necessária”, que nada mais é do que o envio obrigatório dos autos do processo para reexame pela segunda instância.

Superiores quanto o início de sinalizações de posicionamento jurisprudencial alinhado e definitivo.

Ingo Sarlet (2018) aponta como paradigmáticos para o enfrentamento do assunto na prática forense um julgado do STJ e três do STF, quais sejam: *(i)* Recurso Repetitivo REsp n.º 1.657.156/RJ, 1ª Seção do STJ, Relator Ministro Benedito Gonçalves; *(ii)* Suspensão de Tutela Antecipada (STA) n.º 175, julgada em 2010 pelo STF, Relator Ministro Gilmar Mendes, STF; *(iii)* Recurso Extraordinário (RE) n.º 566.471/RN⁷, com repercussão geral reconhecida pelo STF, Relator Ministro Marco Aurélio; e *(iv)* Recurso Extraordinário (RE) n.º 657.718/MG, com repercussão geral igualmente reconhecida pelo STF, também com relatoria do Ministro Marco Aurélio.

Quanto à decisão mais recente do STJ, de 25 de abril de 2018, a primeira seção daquele órgão, quando do julgamento do REsp n.º 1.657.156, estabeleceu como critérios objetivos norteadores das decisões em matéria de fornecimento de medicamentos, mesmo quando ausentes nas listagens do SUS, que: *(i)* o autor da demanda é quem deve comprovar a imprescindibilidade do acesso ao medicamento pleiteado, devendo apresentar laudo médico fundamentado e circunstanciado; *(ii)* o autor deve comprovar, ainda, sua incapacidade financeira para arcar por conta própria com os custos do medicamento pretendido; e, por fim, *(iii)* o medicamento prescrito deve necessariamente possuir registro junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Em complemento, o STJ também determinou que, com o trânsito em julgado das decisões em cada caso concreto, sejam oficiados o Ministério da Saúde e a Comissão Nacional de Tecnologias do SUS, de modo a estudarem a viabilidade de incorporação dos novos medicamentos ao sistema. (SARLET, 2018, p. 02)

⁷ Cabe registrar que o RE n.º 566.471/RN constou na agenda de julgamentos do STF para apreciação pelo plenário em 11 de março de 2020, conforme anunciado no sítio eletrônico do Supremo Tribunal Federal por meio do periódico Repercussão Geral em Pauta, edição n.º 106 (STF, 2019, p. 09). Na data de apreciação, o tribunal pleno, por maioria, negou provimento ao recurso extraordinário e, em seguida, deliberou que seria discutida em momento posterior a fixação da tese de repercussão geral que definiria os novos critérios de fornecimento de medicamentos.

Já no STF, no caso do RE n.º 657.718/MG, que trata do fornecimento de medicamentos não registrados na Anvisa, o autor faleceu no decorrer do processo, porém, reconhecida a repercussão geral da matéria, por se tratar também de tema de interesse coletivo e por ser assunto recorrente em diversas outras demandas, o julgamento prosseguiu, tendo o STF firmado o seguinte entendimento em 22 de maio de 2019:

Decisão: O Tribunal, apreciando o tema 500 da repercussão geral, deu parcial provimento ao recurso extraordinário, nos termos do voto do Ministro Roberto Barroso, Redator para o acórdão, vencidos os Ministros Marco Aurélio (Relator) e Dias Toffoli (Presidente). Em seguida, por maioria, fixou-se a seguinte tese: “1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União”, vencido o Ministro Marco Aurélio. Ausente, justificadamente, o Ministro Celso de Mello. (STF – RG RE: 657718 MG – Minas Gerais, Relator: Ministro Marco Aurélio, Plenário, Data de Julgamento: 22-05-2019).

Os pontos 1, 3 e 4 da decisão acima elencada são, em particular, frutos da contribuição do ministro Luís Roberto Barroso, que, por meio de voto-vista, fez predominar o entendimento de que os medicamentos a serem fornecidos pela tutela jurisdicional devem deter registros perante a Anvisa – portanto, não podem ser medicamentos experimentais, sem se ter efetivamente concluído a fase de testes; apenas excepcionalmente podem ser fornecidos judicialmente medicamentos sem registro no Brasil (mas que já tenham sido testados ou registrados em outros países), quando os processos de registro dos medicamentos pleiteados estejam tramitando por tempo irrazoavelmente extenso na referida agência, o que, contudo, cabe ao pleiteante provar.

É de se destacar, ainda, como lembra Ingo Sarlet, uma sugestão de complemento suscitada pelo ministro Barroso à ocasião de seu voto-vista – e que, entretanto, não se fez constar na ementa da decisão final – no sentido da necessidade de um diálogo interinstitucional

“entre o Poder Judiciário e os entes ou pessoas com *expertise* técnica na área da saúde”, destacando como exemplos as câmaras e núcleos de apoio técnico em saúde dos Tribunais, bem como os profissionais do SUS e os técnicos da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). (SARLET, 2018, p. 03)

Evidentemente, tratar-se-ia de um reforço àquelas mesmas medidas já recomendadas pela Resolução n.º 238/2016 do CNJ, que estimula a criação de núcleos técnicos de apoio em saúde para auxiliar e reforçar o embasamento técnico-científico das decisões de magistrados e tribunais de todo o Brasil.

Mais remotamente, em ordem decrescente e regressiva no esquema cronológico jurisprudencial, porém com sua importância histórica, é de se destacar o julgamento pelo STF da STA n.º 175, no já distante ano de 2010, ocasião em que o voto do ministro Gilmar Mendes foi acompanhado unanimemente pelos demais membros do STF, à época se ponderando naquela Corte os primeiros critérios subjacentes ao tema em juízo após a audiência pública de 2009.

Otávio Balestra Neto (2015, p. 107) sintetiza esse importante marco decisório do STF, sintetizando as três teses de defesa veiculadas pela União nos autos do referido processo, e, ainda, os primeiros parâmetros estipulados pela Corte Suprema brasileira para tratar do assunto quando do seu julgamento definitivo pelo plenário daquele tribunal superior: *(i)* afronta ao princípio da separação dos poderes, que se operaria pela indevida interferência do Judiciário nas políticas públicas levadas a cabo pelo Executivo; *(ii)* inexistência de previsão legal-normativa determinando a solidariedade passiva dos entes federativos integrantes do SUS, pelo que se defendia que fosse acionado em juízo apenas o ente em cuja listagem de medicamentos constasse o medicamento pleiteado pelo jurisdicionado; e, ainda, *(iii)* grave lesão às finanças e saúde públicas e possibilidade de efeito multiplicador.

O raciocínio decisório proferido pelo tribunal, por sua vez, partiu da premissa de averiguação da existência ou não de políticas públicas que abranjam a prestação demandada

pelo autor da ação. Existindo política estatal, o Judiciário não estaria criando uma política, senão determinando o cumprimento de uma já existente; em caso contrário, não existindo política, passa-se a verificar se tal falta se deveria a *(i)* omissão legislativa ou administrativa, *(ii)* decisão administrativa preexistente de, especificamente, não fornecer determinada prestação ou *(iii)* expressa vedação legal à dispensação de tal prestação. Ademais, em se tratando de medicamentos, ficou determinada a essencialidade de que haja registro do fármaco em questão perante a ANVISA, apenas em casos excepcionais sendo permitida a importação de medicamento não registrado, nos termos da Lei n.º 9.782/1999. (MENDES; BRANCO, 2013, pp. 640-641)

Para além das questões acima elencadas, decidiu-se, também, a respeito da motivação para a negativa de fornecimento ou prestação: em respeito aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS, bem como em atenção à dita “medicina com base em evidências”, determinou-se que, a princípio, há de se privilegiar os tratamentos oferecidos pelo SUS em detrimento das preferências pessoais dos demandantes, o que não impede a posterior constatação médica de que, por exemplo, em um caso concreto, apenas será eficaz um tratamento alternativo diverso daqueles fornecidos pelo SUS, em razão de alguma particularidade do organismo do requerente, caso em que o Judiciário poderá intervir para a sua prestação. (MENDES; BRANCO, 2013, p. 641)

Por fim, ainda no âmbito da STA n.º 175, o STF enfrentou o caso dos *(i)* tratamentos puramente experimentais, que não podem ser alvo de determinação judicial, uma vez que ainda se encontram em fase de testes, sem comprovação científica quanto à sua eficácia, podendo apenas ser dispensados no âmbito de estudos clínicos; e dos *(ii)* novos tratamentos ainda não incorporados pelo SUS, que, por sua vez, só poderão ser questionados em juízo se for comprovado que a omissão ou demora administrativa em atualizar protocolos clínicos do SUS e incorporar novos tratamentos eficazes esteja prejudicando o viés de integralidade do sistema, e desigualando, ou seja, colocando em desbalanço, as opções de que gozam os usuários do

sistema público e os usuários da rede privada de saúde. (MENDES; BRANCO, 2013, pp. 641-642)

3.3. Caminhos metodológicos da pesquisa

A presente pesquisa se pauta em uma abordagem qualitativa, não só por tratar de um tema interdisciplinar por natureza, mas também por ser essa abordagem a mais apta a romper com quaisquer tendencialidades essencialmente positivistas inculcadas na formação jurídica deste pesquisador; nada mais natural, então, do que inserir os presentes estudos na seara das ciências sociais, sob o amparo de uma abordagem que ultrapasse uma generalização baseada em observações pretensiosamente neutras ou objetivas por excelência. (QUEIROZ, 2001, p. 17)

Cumprir registrar, ainda, que se trata de uma pesquisa explicativa e utilitária, pois se destina a “resolver problemas da práxis, isto é, são sugeridas pela necessidade de elucidar uma questão prática e chegar à utilização do resultado para modificações na sociedade ou em parte dela” (QUEIROZ, 2001, p. 18), e que buscou conciliar as abordagens qualitativa e quantitativa no estágio de ordenação, classificação e análise propriamente dita dos dados empíricos levantados. (MINAYO, 2009, pp. 22 e 25)

É certo que, ao tangenciar análises sociojurídicas, em alguns momentos esta pesquisa se aproximou mais daquilo que se chama “dogmática jurídica”, terreno mais propício a florescer o positivismo jurídico (juspositivismo) – em especial no segundo capítulo, em que se analisaram aspectos da moldura normativa (constitucional, legal e infralegal) do Sistema Único de Saúde (SUS) – isto é, o núcleo duro e técnico do direito enquanto objeto da ciência jurídica mais perscrutado pelos operadores da área, como as normas em sua manifestação formal, constituições, leis, atos normativos legais e infralegais, produzidos no ambiente legislativo, bem como sentenças e demais atos judiciais produzidos no âmbito do poder judicante.

Contudo, não se obsteu a busca pela conciliação da pretensa rigidez logicista da tradição acadêmica jurídica com os avanços analíticos e interpretativistas das ciências sociais. Evidentemente, foi preciso avançar com cautela, para o devido controle de excesso de subjetivismos, do *bias* (parcialidade, tendencialidade) do pesquisador e de eventual fuga aos rigores da metodologia científica. (GOLDENBERG, 2004)

A respeito dos métodos que nortearam esta pesquisa, há de se destacar o método crítico, desenvolvido sob o influxo teórico do pensamento crítico; o ponto de partida para a empreitada intelectual aqui esboçada foi a revisão bibliográfica interdisciplinar do tema sanitário, especificamente quanto a medicamentos, e de sua judicialização sob duas vertentes principais: a literatura produzida no âmbito das ciências sociais em saúde e a literatura eminentemente jurídica; na fase posterior, preponderou a pesquisa documental, concentrada em processos judiciais virtuais.

A respeito do local da pesquisa, elegeu-se a comarca de Manaus, capital do estado do Amazonas, sob o recorte temporal de 01/01/2018 a 31/12/2019, período que cobre a inauguração de unidades de cooperação interinstitucional no estado do Amazonas, voltadas à melhor prestação do serviço jurisdicional em demandas judiciais relacionadas ao tema da saúde, em um esforço de cooperação até então inédito, como, por exemplo, os NAT-JUS criados por iniciativa conjunta entre o governo do estado, a prefeitura de Manaus e o Poder Judiciário.

Para alcançar os fins desta pesquisa, utilizou-se a análise documental de atos judiciais eletrônicos recolhidos principalmente no acervo das cinco Varas da Fazenda Pública da comarca de Manaus, do Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal, e do Juizado da Infância e Juventude; quanto à filtragem de dados, optou-se pelo uso do mecanismo de filtragem e consulta oficial do Diário da Justiça Eletrônico (DJE), por meio de buscas avançadas no respectivo “Caderno 2 – Judiciário – Capital”, a partir da expressão “fornecimento de medicamento” .

Os processos judiciais que a pesquisa objetivou recolher e analisar se limitaram àqueles ajuizados contra o estado do Amazonas, portanto, foram desconsiderados na listagem final (Apêndice) processos instaurados contra particulares, ou exclusivamente contra entes municipais, sem a presença do estado do Amazonas no polo passivo.

É importante registrar que, de acordo com a Lei de Organização Judiciária do Amazonas, as questões ajuizadas em face do Poder Público, seja ele a nível municipal ou estadual, são de competência das cinco Varas da Fazenda Pública que funcionam na capital; portanto, as demandas em matéria de saúde de cunho patrimonial, ou obrigacional, que tenham no polo passivo municípios, ou o próprio estado do Amazonas, devem a princípio tramitar nessas Varas, por serem especializadas em demandas cujos resultados e determinações em juízo possam vir a gerar despesas ou movimentação/relocação orçamentária por parte do Poder Público, daí uma esfera diferenciada para seu enfrentamento. Contudo, a competência para julgamento pode ser redirecionada também para o Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal, em razão do valor da causa; e, ainda, podem ser de exclusividade do Juizado da Infância e Juventude, em se tratando de causas em que sejam discutidos interesses de menores.

Deve-se ressaltar uma possível limitação da pesquisa, à medida que, numa consulta referente ao período entre 2018 e 2019, fazendo-se uso das palavras-chave “fornecimento de medicamento”, apareceram como resultados atos publicados no DJE precisamente nesse período, mas não necessariamente iniciados especificamente em 2018 ou 2019, senão integrantes de autos processuais protocolados em 2016, 2015, 2014 e assim por diante, a depender das particularidades de cada processo e da dinâmica processual casuística desenrolada entre os atores processuais (o prolongamento moroso no trâmite desses processos mais antigos tem várias causas, como comportamento protelatório, demasiados pedidos de prorrogação de prazos, muitos peticionamentos ou interposição de recursos não necessariamente úteis ou adequados, repetidas tentativas de agendamento de audiências em face da impossibilidade de

alguma parte comparecer, declinações de competência incidentais em face de superveniente mudança na lei de organização judiciária, sobrecarga de trabalhos em uma Vara por motivos diversos etc.).

Portanto, a busca pelo DJE não facilita o trabalho do pesquisador que deseje organizar processos judiciais exclusivamente por ordem cronológica de protocolização, para só então analisar o respectivo trâmite e conteúdo de seus atos.

Outra limitação se impõe quanto aos processos sigilosos, que por força de lei têm seu trâmite assegurado em “segredo de justiça”, e que são listados sem a possibilidade de acesso por indivíduos não cadastrados como atores processuais naqueles autos.

Em seguida ao ato de coleta, procedeu-se com a categorização de cada processo e sua posterior análise, fornecendo um panorama de quais são as demandas mais frequentes em termos de judicialização da saúde, em especial para acesso de medicamentos, e quais têm sido as eventuais respostas por parte do Judiciário amazonense.

Destaca-se, por fim, como um dos principais fatores que podem vir a obstar estudos acadêmicos deste gênero – *in casu*, processos judiciais em matéria de saúde, recolhidos e consultados por via dos mecanismos de busca e filtragem profissionais/institucionais (*e-saj* e DJE) –, a falta de uniformidade e coesão quanto à autotaxação (efetuada pelos petionantes) dos processos quanto ao seu “assunto” e “classe processual” – campos de preenchimento aos quais, geralmente, são atribuídos os termos “Obrigação de Fazer/Não Fazer”, “Saúde”, “Assistência à Saúde”, “Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos”, sem uma discriminação mais precisa e fidedigna a respeito do objeto principal demandado, conforme se constatou ao fim desta pesquisa.

A padronização e correta especificação, portanto, dos campos “classe processual”, “assunto” e “outros assuntos” no momento da protocolização digital do processo judicial pelos seus petionantes (advogados, defensores públicos, promotores, procuradores etc.) certamente serviria não apenas para a futura filtragem desses dados para fins de análises acadêmicas ou de

aperfeiçoamento da gestão dos acervos processuais pelo próprio Judiciário, mas também poderia contribuir para a disseminação de conhecimentos úteis e práticos em matéria de concessão de direitos sociais e prática processual no âmbito da própria comunidade jurídica, cujos operadores poderiam por conta própria separar, visualizar e compreender de que forma se dá a dinâmica da judicialização da saúde no estado do Amazonas (ou outros temas de interesse prático) e como ela deve ser demandada pelos jurisdicionados, instrumentalizada pelos advogados e julgada pelos magistrados.

3.4. Quando a Justiça entra em cena: análise das principais demandas judiciais em Manaus, Amazonas

Ao todo, foram catalogados 161 processos, porém um deles (0643418-55.2017.8.04.0001) foi desconsiderado da listagem, uma vez que esse processo foi ajuizado por uma servidora pública municipal, segurada da entidade municipal Manausmed, em que pleiteia o fornecimento de medicamentos exclusivamente perante o município, e não em face do estado do Amazonas; portanto, para todos os efeitos, considera-se como definitivo, para fins das análises a que foram submetidos, o número de 160 processos⁸.

Quanto ao nível de publicidade, do total dos 160 processos principais, verificou-se que 16 processos tramitam classificados como sigilosos, portanto, com restrição de acesso e visualização do conteúdo.

Todavia, do total de 16 processos sigilosos, em 15 deles foram obtidas as informações principais pretendidas por meio da consulta de processos vinculados, isto é, processos secundários, ou anexos, tratando-se principalmente de recursos processuais como agravos de

⁸ Os referidos processos se encontram listados e classificados no Apêndice, intitulado “Quadro de processos de judicialização da saúde”.

instrumento ou apelações (em trâmite na 2ª instância), não protegidos pelo sigilo dos autos principais.

Apenas um processo se encontra sob sigilo absoluto (processo n.º 0633925-20.2018.8.04.0001), sobre o qual não se conseguiu descobrir nenhum dado, como, por exemplo, os nomes das partes litigantes, se houve assistência da DPE-AM, ou se o caso foi ajuizado pelo Ministério Público do Amazonas ou promovido por advogados particulares; não havendo processos anexos não sigilosos, evidentemente, não foi possível descobrir do que estes autos tratavam especificamente em matéria de saúde.

A respeito de quem representou e promoveu as demandas dos Requerentes, do total dos 160 processos principais, verificou-se que a maior parte dos processos de judicialização da saúde foram promovidos sob a assistência da Defensoria Pública do Estado do Amazonas (100), ao passo que, em sequência, são mais representativos os processos tocados por advogados particulares (38) e pelo Ministério Público (21), como se explicita no Quadro 2, abaixo.

Quadro 02 – Os representantes dos requerentes

Quantidade	%	Processos
100	62,5	Processos assistidos pela DPE-AM.
38	23,75	Processos ajuizados por advogados particulares.
21	13,125	Processos ajuizados pelo Ministério Público.
01	0,625	Processo em sigilo absoluto (0633925-20.2018.8.04.0001), sobre o qual não se conseguiu descobrir nenhum dado, como, por exemplo, os nomes do(a) Requerente e Requerido(a), se aquele foi assistido(a) pela DPE-AM, ou se o caso foi ajuizado pelo Ministério Público do Amazonas ou promovido por advogados particulares; não havendo processos anexos não sigilosos, evidentemente, não foi possível descobrir do que estes autos tratam especificamente, em matéria de saúde.
160	100	Total

Fonte: Quadro montado a partir de dados advindos da análise de processos judiciais recolhidos via DJE, remetendo-se o leitor ao Apêndice, intitulado “Quadro de processos de judicialização da saúde”.

Desta forma, vê-se que a quantidade de processos assistidos pela DPE-AM equivale a 62,5% do total de processos catalogados, ao passo que a participação de advogados particulares se dá na proporção de 23,75% dos processos; e por fim, a quota de participação do Ministério Público é de 13,13%.

Em se tratando de pedidos de antecipação de tutela, ou pedidos de liminar, isto é, pedidos de natureza antecipatória dos efeitos finais de uma sentença de mérito, verificaram-se alguns dos termos mais usados na identificação das peças processuais; seguem listadas abaixo, no Quadro 03, as 137 menções mais frequentes, tendo se deixado de enumerar as demais variantes, por não serem representativas.

Quadro 03 – Denominação utilizada pelos peticionantes para o pedido de tutela de urgência

Ocorrências	Denominação Utilizada Pelos Peticionantes
61	Pedido de Tutela de Urgência Antecipada
23	Pedido de Liminar
20	Pedido de Tutela Antecipada
14	Pedido de Antecipação dos Efeitos da Tutela
07	Pedido de Tutela de Urgência
04	Pedido de Antecipação de Tutela
02	Pedido de Tutela de Urgência Satisfativa
02	Pedido de Antecipação de Tutela Específica
02	Pedido de Tutela Específica Antecipada
01	Pedido de Tutela de Urgência de Caráter Antecedente
01	Pedido Liminar de Antecipação de Tutela
137	Total

Fonte: Quadro montado a partir de dados advindos da análise de processos judiciais recolhidos via DJE, remetendo-se o leitor ao Apêndice, intitulado “Quadro de processos de judicialização da saúde”.

Ademais, do total de 160 processos, conforme os tipos de Ação (Quadro 04, abaixo), verificaram-se 105 “ações de obrigação de fazer” e 22 ações intituladas pelos peticionantes como “ações cominatórias”, o que urge destacar tratam-se de ações da mesma natureza, pois tendentes a impor, i.e., obrigar uma parte que figura no polo processual contrário a uma prestação comissiva.

Quadro 04 – Natureza/Nomenclatura das ações

Quantidade	%	Processos
105	65,625	Ações de Obrigação de Fazer
22	13,75	Ações Cominatórias
20	12,5	Ações Cíveis Públicas (promovidas pelo Ministério Público do Estado do Amazonas)
05	3,125	Ações Ordinárias
03	1,875	Mandados de Segurança
02	0,625	Ações de Execução Provisória Individual de Decisão Interlocutória Coletiva

01	0,625	Ação Civil Pública (promovida pela Defensoria Pública do Estado do Amazonas)
01	0,625	Ação Cautelar
01	0,625	Processo em sigilo absoluto, sobre o qual não se sabe a natureza da ação
160	100	Total

Fonte: Quadro montado a partir de dados advindos da análise de processos judiciais recolhidos via DJE, remetendo-se o leitor ao Apêndice, intitulado “Quadro de processos de judicialização da saúde”.

As 21 “ações públicas” (20 de autoria do Ministério Público do Estado do Amazonas e 01 ação promovida pela Defensoria Pública do Estado do Amazonas), por outro lado, têm natureza e procedimentos próprios e distintos.

Ainda, constata-se a ocorrência de 05 “ações ordinárias”, 03 “mandados de segurança”, 01 “ação cautelar” e 02 “ações de execução provisória individual de decisão interlocutória coletiva”, sendo estas duas o desdobramento executório da única ação civil pública promovida pela DPE-AM.

Analisando-se a quantidade de Tutelas de Urgência concedidas, o Quadro 05, abaixo, enumera 133 pedidos concedidos de tutela de urgência, 04 pedidos não concedidos e 01 pedido concedido parcialmente, além de 06 situações em que o magistrado de primeira instância responsável pela causa acabou, ao fim, não analisando especificamente a tutela de urgência requerida.

Quadro 05 – Resultado dos pedidos de tutela de urgência

Quantidade	%	Resultado dos Pedidos de Tutela de Urgência
133	83,125	Concedidas
04	2,5	Não Concedidas
01	0,625	Concedidas Parcialmente
16	10	Sigilosos (processos prejudicados para análise do conteúdo)
06	3,75	“Não se Aplica” (processos em que o juiz da 1ª instância não analisou o pedido)
160	100	Total

Fonte: Quadro montado a partir de dados advindos da análise de processos judiciais recolhidos via DJE, remetendo-se o leitor ao Apêndice, intitulado “Quadro de processos de judicialização da saúde”.

Isto significa que 83,13% dos pedidos foram concedidos, enquanto apenas 2,5% dos pedidos não foram concedidos.

A respeito do tempo médio entre o peticionamento do processo e decisão/despacho concedendo ou não Tutela de Urgência, os resultados seguem como expostos no Quadro 06, abaixo.

Quadro 06 – Média de dias entre peticionamento do processo e decisão sobre a tutela de urgência

Soma dos dias entre peticionamento e Decisão Interlocutória/Despacho que concedeu ou não o Pedido de Tutela de Urgência	5.296,5
Quantidade de processos válidos em que foram contados os referidos dias	138
Média	38,4 dias (1 mês e 8 dias)

Fonte: Quadro montado a partir de dados advindos da análise de processos judiciais recolhidos via DJE, remetendo-se o leitor ao Apêndice, intitulado “Quadro de processos de judicialização da saúde”.

Compreende-se que a média de 38,4 dias não parece absolutamente irrazoável, porém, sob a ótica da natureza dos processos mais representativos de judicialização da saúde (situações de urgência e de risco à vida humana), não parece condizer com a expectativa que se tem quanto ao enfrentamento da matéria pelo Judiciário, que é a proteção máxima justamente da vida humana quando em vulnerabilidade.

Há de se destacar que inúmeros fatores são responsáveis por prolongar ou reduzir o período referido, como a necessidade de adequação dos termos da petição inicial, de seus fundamentos ou pedidos (por emenda), apresentação de documentos obrigatórios conforme as regras procedimentais (não apresentados de início pela parte autora), decisões em que o magistrado declina da competência em razão do limite de valor da causa, ou em razão da matéria (como no caso das Varas dos Juizados Especiais ou da Vara da Infância e Juventude)⁹; ocasionalmente, esses fatores processuais, dentre outros, podem acarretar novas dilações de

⁹ Um dos fatos constatados ao fim desta pesquisa foi o de que por reiteradas vezes o peticionamento equivocado dos processos quanto à competência das Varas prejudicou o tempo total de trâmite das ações e de resposta às demandas, à medida que as primeiras manifestações dos magistrados foram geralmente no sentido de declinar da competência e determinar a redistribuição dos autos à Vara competente, com exceção de um processo em que tal manifestação apenas foi prolatada após mais de três anos de atuação do juiz então encarregado; todo esse quadro se revela demasiadamente grave diante de casos de urgência de saúde, em que o manejo adequado de cada dia e hora se mostra imprescindível para resguardar a vida dos jurisdicionados.

prazos e, evidentemente, contribuem para o maior lapso de tempo entre o peticionamento e a concessão ou não da Tutela de Urgência requerida.

Por esses motivos, remete-se ao já mencionado Apêndice desta pesquisa, em que se pode visualizar caso a caso o exato tempo entre o peticionamento e a decisão concessiva ou denegatória das tutelas de urgência requeridas. Para a obtenção da média em comento, do total de 160 processos listados, foram também desconsiderados os 16 processos sigilosos e 06 outros processos na categoria “não se aplica” (que nunca chegaram a ter os pedidos de tutela de urgência apreciados pelos magistrados da 1ª instância).

Já conforme o resultado final dos processos, no Quadro 07, abaixo, verificam-se 94 processos procedentes, 25 sem sentença até a data de 01/05/2020 (data de finalização desta pesquisa), 12 processos extintos sem resolução de mérito, 07 processos improcedentes, 05 processos parcialmente procedentes e 01 caso que findou com acordo entre as partes.

Quadro 07 – Resultado final dos processos

Quantidade	%	Resultado Final
94	58,75	Procedentes
25	15,625	Sem Sentença até 01/05/2020
16	10	Sigilosos (processos prejudicados para análise do conteúdo)
12	7,5	Extintos sem resolução do mérito
07	4,375	Improcedentes
05	3,125	Parcialmente Procedentes
01	0,625	Acordo entre as partes dando fim ao processo
160	100	Total

Fonte: Quadro montado a partir de dados advindos da análise de processos judiciais recolhidos via DJE, remetendo-se o leitor ao Apêndice, intitulado “Quadro de processos de judicialização da saúde”.

O tempo médio entre peticionamento do processo e decisão definitiva de mérito, por sua vez, seja por sentença (via de regra) ou por acórdão (especificamente, nos casos dos três mandados de segurança listados no Apêndice), é visto no Quadro 08, abaixo.

Quadro 08 – Média de dias entre peticionamento e decisão definitiva de mérito

Soma dos dias entre peticionamento e Sentença/Acórdão	76.110
Quantidade de processos válidos em que foram contados os referidos dias	119
Média	639,6 dias (21 meses e 10 dias)

Fonte: Quadro montado a partir de dados advindos da análise de processos judiciais recolhidos via DJE, remetendo-se o leitor ao Apêndice, intitulado “Quadro de processos de judicialização da saúde”.

Para o cálculo da média de tempo entre peticionamento e prolação de decisão definitiva de mérito (sentenças na 1ª instância e acórdãos na 2ª instância), do total de 160 processos listados, foram considerados válidos apenas 119 processos, em que foram verificadas 116 sentenças e 03 acórdãos (estes três, novamente, referentes aos mandados de segurança); desta forma, foram desconsiderados 25 processos sem sentença até 01/05/2020 e os 16 processos sigilosos, uma vez que as circunstâncias os tornaram prejudicados para a análise de conteúdo pelo impossibilidade de acessá-los.

A partir dos processos catalogados no Apêndice, para facilitar a compreensão dos objetos da demanda, foram identificadas categorias representativas dos objetos demandados, como medicamentos, exames, consultas, cadeiras de rodas, internação hospitalar etc., categorias que seguem minuciadas no Quadro 09, abaixo.

Quadro 09 – Classificação em categorias de objetos demandados

Ocorrências	%	Categorias
100	62,5	Medicamentos
12	7,5	Cirurgia + Exames + Consultas + Medicamentos + Materiais Médicos
07	4,375	Exames
05	3,125	TFD
04	2,5	Medicamentos + Materiais Médicos
03	1,875	Alimentação Especial + Materiais Médicos
03	1,875	Medicamentos + Alimentação Especial + Materiais Médicos
03	1,875	Hemodiálise
02	1,25	Medicamentos + Exames
02	1,25	Medicamentos + TFD
02	1,25	Quimioterapia
02	1,25	Tratamento Home Care
01	0,625	Cadeira de Rodas
01	0,625	Cadeira de Rodas + Fraldas
01	0,625	Cadeira de Rodas + Alimentação Especial + Medicamentos + Consultas
01	0,625	Cirurgia
01	0,625	Consultas
01	0,625	Exames + Consultas
01	0,625	Internação Hospitalar + Medicamentos
01	0,625	Internação em UTI Pública ou Custeio de UTI Particular
01	0,625	Materiais Médicos

01	0,625	Medicamentos + Materiais Médicos + Exames
01	0,625	Medicamentos + Materiais Médicos + Fraldas
01	0,625	Medicamentos + TFD + Exames
01	0,625	Medicamentos + Alimentação Especial + Materiais Médicos + Cadeira de Rodas + Fraldas
01	0,625	Tratamento Home Care + Alimentação Especial + Materiais Médicos
01	0,625	Prótese
160	100	Total

Fonte: Quadro montado a partir de dados advindos da análise de processos judiciais recolhidos via DJE, remetendo-se o leitor ao Apêndice, intitulado “Quadro de processos de judicialização da saúde”.

Conforme o quadro acima, constata-se que a demanda exclusiva e individualizada por medicamentos, isto é, demanda de apenas medicamentos (100 ocorrências), é a mais significativa de todas as categorias; em seguida, tem-se o bloco “cirurgia + exames + consultas + medicamentos + materiais médicos” (12 ocorrências), seguido de exames (07 ocorrências), tratamento fora de domicílio (05 ocorrências), “medicamentos + materiais médicos” (04 ocorrências), dentre outras categorias, cada qual com menos de 4 ocorrências, como discriminado no Quadro em comento.

Mais uma vez, remete-se ao Apêndice, por exprimir mais facilmente de que forma cada processo foi traduzido em uma categoria isolada ou um bloco de categorias representativas do que cada requerente pleiteava em juízo.

Prosseguindo, já especificamente quanto ao fornecimento de medicamentos, objeto imediato desta pesquisa, eis o Quadro 10, abaixo, que enumera em ordem decrescente os medicamentos mais demandados.

Quadro 10 – Medicamentos mais Demandados

Ocorrências	%	Medicamento
09	5,625	Bevacizumabe – Avastin®
05	3,125	Micofenolato de Mofetila 500mg
05	3,125	Rituximabe
04	2,5	Lucentis®
04	2,5	Pirfenidona
03	1,875	Afinitor® Everolimo
03	1,875	Carbamazepina 20ml/mg
03	1,875	Insulina Lantus®
03	1,875	Ocrevus® Ocrelizumabe 300mg
03	1,875	Teriparatida

03	1,875	Urbanil® Clobazam 10mg
03	1,875	Vigabatrina 500mg
02	1,25	Anti-VEGF/Antiangiogênico
02	1,25	Bomba de Insulina Accu Check
02	1,25	Canabidiol
02	1,25	Ciprofloxacina
02	1,25	Enzalutamida
02	1,25	Gardenal®
02	1,25	Hormotrop® Somatropina
02	1,25	Iressa® 250mg
02	1,25	Levetiracetam Keppra® 500mg ou 250mg
02	1,25	Paracetamol 750mg
02	1,25	Revolade® Eltrombopag
02	1,25	Sandostatin® LAR® 20mg
02	1,25	Topiramato 25mg
02	1,25	Venvanse® Lisdexanfetamina
02	1,25	Vidaza®
01	6,25	Ácido Fólico
01	6,25	Amplictil 100mg
01	6,25	Bactrim®
01	6,25	Belimumabe
01	6,25	Bleomicina ou OK432
01	6,25	Boceprevir 200mg
01	6,25	Bosentana 62,5mg
01	6,25	Bupropiona 300mg
01	6,25	Calcitriol 0,25mg
01	6,25	Canakinumabe – Ilaris®
01	6,25	Carbonato de Cálcio 500mg
01	6,25	Cavilon® Spray
01	6,25	Cetuximabe
01	6,25	Cinacalcet
01	6,25	Citoneurin®
01	6,25	Citrato de Tamoxifeno 20mg
01	6,25	Clenil® Compositum Spray
01	6,25	Cloridrato de Ciclobenzaprina 5mg
01	6,25	Cloridrato de Irinotecano injetável 100mg/5ml
01	6,25	Cloridrato de Lidocaína
01	6,25	Codeína 30mg
01	6,25	Danazol
01	6,25	Diprin® 10ml
01	6,25	Docetaxel
01	6,25	Duloxetina 30mg
01	6,25	Elmiron® Cilostazol 100mg
01	6,25	Entecavir Baraclude® 0,5mg
01	6,25	Eprex®
01	6,25	Eritropoetina
01	6,25	Escitalopram
01	6,25	Fabrazyme® 35mg
01	6,25	Fomotidina 20mg
01	6,25	Foscarnet
01	6,25	Galvus Met® 50/1000
01	6,25	Gilenya®
01	6,25	Gonadotrofina Coriônica Humana – HCG
01	6,25	Haldol® Decanoato 70,52mg/ml

01	6,25	Herceptin®
01	6,25	Hidroxicloroquina 400mg
01	6,25	Ibuprofeno 300mg
01	6,25	Icatibanto
01	6,25	Inlyta® 5mg
01	6,25	Ipilimumabe
01	6,25	Jardiance® 25mg
01	6,25	Keytruda®
01	6,25	Lanreotida injetável 120mg
01	6,25	Levotiroxina 125mg
01	6,25	Lorazepam 2mg
01	6,25	Macroantina® 100mg
01	6,25	Meloxicam 7,5mg
01	6,25	Memantina 10mg
01	6,25	Mestinon®
01	6,25	Nebilet® 0,5mg
01	6,25	Neuleptil 1%
01	6,25	Nexavar® 200mg
01	6,25	Nexium® 20mg
01	6,25	Nistatina Oral
01	6,25	Nivolumabe 100mg
01	6,25	Omalizumabe
01	6,25	Oxcarbazepina
01	6,25	Oxibutinina 1mg/ml
01	6,25	Paliperidona 6mg
01	6,25	Perjeta®
01	6,25	Plasil 10mg
01	6,25	Pradaxa® 150mg
01	6,25	Prometazina 25mg
01	6,25	Quetiapina Fumarato 100mg
01	6,25	Ranitidina Xarope 15mg
01	6,25	Ritalina 60mg
01	6,25	Rivotril®
01	6,25	Ranibizumabe
01	6,25	Revlimid®
01	6,25	Sertralina 100mg
01	6,25	Spinraza®
01	6,25	Sulfato de Salbutamol
01	6,25	Tamiran 500mg
01	6,25	Tramadol Cloridrato 100mg
01	6,25	Ursacol® 300mg
01	6,25	Valproato de Sódio 280mg
01	6,25	Vastarel® MR 35mg
01	6,25	Venlaxin 150mg
01	6,25	Zometa®
160	100	Total

Fonte: Quadro montado a partir de dados advindos da análise de processos judiciais recolhidos via DJE, remetendo-se o leitor ao Apêndice, intitulado “Quadro de processos de judicialização da saúde”.

Dos medicamentos mais demandados, o que encabeça a lista é o Bevacizumabe – Avastin® (09 ocorrências), seguido de Micofenolato de Mofetila 500mg (05 ocorrências),

Rituximabe (05 ocorrências), Lucentis® (04 ocorrências) e Pirfenidona (04 ocorrências), dentre outros, cada qual dos restantes com menos de 04 ocorrências: 07 medicamentos diferentes com 03 ocorrências de solicitação cada; 15 medicamentos com 02 ocorrências cada; e 82 solicitações individuais de medicamentos distintos.

As informações decorrentes das análises realizadas acima fornecem um panorama do reflexo do fenômeno da judicialização na atuação do Poder Judiciário do Amazonas, desde sua primeira instância – com os juízes de direito das Varas da Fazenda Pública, do Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal e do Juizado da Infância e Juventude – até a segunda instância, com a atuação monocrática e colegiada dos desembargadores.

Os dados e informações aqui gerados e compilados deverão servir para o aperfeiçoamento do sistema de prestação da tutela jurisdicional, a partir de suas várias partes funcionais.

CONCLUSÃO

O SUS tem origens que remetem a um atribulado momento político, reflexo de contradições e incompatibilidades (entre capital e trabalho, políticas sociais e a economia liberal, direitos sociais e neoliberalismo) que operavam no âmago do antigo Estado-Providência e se espalharam na lógica dos Estados contemporâneos.

Ainda assim, a despeito do momento conturbado, o SUS se soergueu a partir de uma concepção progressista da saúde como processo social, concepção bipartida que se expressa no binômio 'saúde-doença', que justificou um compromisso político-institucional de não mais se vislumbrar a saúde em um viés exclusivamente curativo-terapêutico, senão também preventivo, centrado na prestação de cuidados básicos, bem como alinhados a outras políticas sociais de inclusão democrática.

Do apanhado histórico e institucional da saúde pública brasileira, o SUS ascendeu como modelo de excelência não apenas pelas suas intenções fundadoras, na base das concepções sociais e humanistas do movimento sanitarista que o incubou, mas também pela resistência com que tem se fincado nas últimas décadas, a despeito de ocasionalmente se ver contrariado e em risco de fragmentação diante de tendências neoliberais cada vez mais fortes no ambiente político-econômico das nações contemporâneas.

Contudo, a despeito de tais sinais e obstáculos, os princípios que organizam o SUS se mantêm imantados, apontando rumo ao norte verdadeiro da harmonia social, onde a saúde ainda não deixou de ser um direito fundamental e social, de acesso universal, integral e equitativo, garantido por um sistema constitucional que, em matéria de saúde, pauta-se especificamente na regionalização, descentralização e participação popular; por ora, eis a lógica do sistema brasileiro, não obstante toda a movimentação antagônica a nível global de que já se fez menção, numa operação que, no mínimo, podemos apenas esperar resultar num balanço equilibrado, onde excessos não coloquem em demasiados riscos as conquistas sociais até aqui acumuladas.

Enquanto tal “balanço equilibrado” não se atinge espontaneamente, cabe aos três poderes a difícil tarefa de fazer-lhe as vezes, em especial ao Judiciário, que desde o advento da Constituição de 1988 tem demonstrado um compromisso quase inquebrantável com a tutela da Carta Política brasileira e a efetivação dos direitos fundamentais nela inscritos.

Embora concebido com sua finalidade precípua de inclusão e cobertura social indiscriminadas, e por isso mesmo seu caráter universal, o sistema público, contudo, não logrou êxito em sua missão de franquear acesso amplo, se não irrestrito – ou seja, de quem quer que dele precisasse, cidadão nacional ou não, homens ou mulheres, contribuintes da Previdência Social ou não –, a esse importante direito fundamental que é a saúde.

Mas isso não deve ser tomado como crítica inconsequente e impensada, ou mais um ataque dissimulado visando a enfraquecer o sistema, senão um reconhecimento necessário para a superação dos muitos óbices que se põem no caminho da saúde pública brasileira. É preciso reconhecer eventuais falhas e, sobretudo, propor soluções para o fortalecimento do SUS.

Isso fica evidente desde um primeiro contato com os números da judicialização em nível nacional, sempre demonstrados por critérios objetivos de estudos oficiais e acadêmicos. As centenas de milhares de processos que vêm assoberbando exponencialmente as atividades forenses ao longo dos anos refletem o peso desse fenômeno no quesito saúde.

Essas demandas judicializadas, que buscam por acesso ao direito à saúde, todavia, não são homogêneas, podendo assim ser agrupadas conforme seus objetos: medicamentos, exames, consultas, internação ou tratamento hospitalar etc. Os números levantados periodicamente pelo CNJ já indicavam o fornecimento de medicamentos como uma das demandas mais representativas dentre as vislumbradas no horizonte da problemática geral, com destaque complementar aos planos de saúde (na dimensão das querelas consumeristas) e aos tratamentos médico-hospitalares.

Tendo isso em vista como um dos pressupostos de partida, coube a esta pesquisa analisar a realidade dessa vertente perante o Poder Judiciário amazonense, de forma a verificar se no

local imediato de pesquisa, a comarca de Manaus, os medicamentos de fato lideravam a lista de demandas mais recorrentes em face do estado do Amazonas, e, uma vez obtida a confirmação, ao fim identificar quais eram os principais medicamentos requeridos, além do nível de frequência de sua demanda.

Investigando a judicialização em seu nível teórico, viu-se que há mais de uma abordagem em potencial para a compreensão de suas origens, podendo ser fruto de uma ampla conscientização dos cidadãos a respeito de seus direitos pós-1988, ou simples reação de escape a um Legislativo ou Executivo morosos, por vezes omissos, profundamente burocratizados e ineficientes.

De qualquer modo, verifica-se a ocorrência de um fenômeno concreto em suas consequências e efeitos práticos, com repercussão em diversos segmentos da vida social, daí a importância deste estudo também em um nível concreto, para que também gere resultados práticos e potencialmente eficazes em intervenção social, principalmente pela disponibilização de dados e informações que possam subsidiar intervenções úteis por parte dos operadores profissionais do direito (em especial, a advocacia e a magistratura), como também aos gestores da saúde no estado do Amazonas.

Como se pode perceber pelos resultados apresentados após a análise dos 160 processos judiciais catalogados, não foi possível deixar de aproveitar a oportunidade para, tangencialmente, recolher também dados e informações complementares, como, por exemplo, as médias de tempo para concessão ou não de tutelas de urgência, ou para o deslinde meritório dos processos (resolução do mérito), que podem eventualmente subsidiar outros pesquisadores interessados em avançar sobre desdobramentos deste estudo.

Assim, diante da busca sempre incessante dos jurisdicionados pela efetivação do direito constitucional à saúde e, via reflexa, pela implementação do próprio SUS, constatou-se que prepondera o entendimento daquele direito como fundamental, protegido e corroborado judicialmente não somente pela jurisprudência histórica dos tribunais superiores – levantada

brevemente nesta pesquisa ainda em nível teórico-descritivo –, como também pelo Poder Judiciário do Amazonas, o que se verificou pela análise de processos de judicialização da saúde recolhidos via DJE que estiveram em trâmite nas Varas da Fazenda Pública, no Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal, e no Juizado da Infância e Juventude.

Por fim, espera-se ter proporcionado a oportunidade de que novos pesquisadores tomem parte na empreitada científica, renovando os objetivos de fundo deste trabalho e voltando sua atenção a campos adjacentes de pesquisa na realidade local do Judiciário amazonense; em nosso caso, nada mais se visou além de contribuir com originalidade para uma discussão altamente prática para a advocacia manauara, para o meio jurídico acadêmico nacional e, buscando superar limitações disciplinares, igualmente para as ciências sociais em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Bases históricas da epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2(3): 304-311, jul./set., 1986.
- _____. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 160 p.
- _____; BARRETO, Maurício Lima. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 699 p.
- ARAÚJO, José Duarte de. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 21(4):533-538, out-dez 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002>. Acesso em 29 de abril de 2019.
- ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *PHYSIS*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de junho de 2019.
- BALESTRA Neto, Otávio. A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde: evolução rumo à racionalidade. *Revista de Direito Sanitário*, 16(1), 87-111, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/100025/98615>>. Acesso em 22 de janeiro de 2020.
- BARROSO, Luís Roberto. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do Direito: o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 240, abr. 2005. ISSN 2238-5177. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/43618>>. Acesso em 25 de junho de 2019.
- _____. Da falta de efetividade a judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista Jurídica UNIJUS*, Minas Gerais, v. 15, p. 13-38, 2008. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em 20 de janeiro de 2020.
- BERLINGUER, Giovanni. *A doença*. São Paulo: Editora Hucitec-CEBES, 1988. 152 p.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. *Lei n.º 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 25 de abril de 2019.
- _____. *Lei n.º 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 25 de abril de 2019.
- BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A reforma sanitária e a contrarreforma na saúde. Brasília: *Humanidades-ANDES*, pp. 23-28, 2004.
- CARVALHO, André Luís Bonifácio de; SOUZA, Maria de Fátima; SHIMIZU, Helena Eri; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas; OLIVEIRA, Kátia Cristina de. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (4): 901-911, 2012.

- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. [Trad.: Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas]. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009. 154 p.
- CINTRA, Antônio Carlos de Araújo; GRINOVER, Ada Pellegrini; DINAMARCO, Cândido Rangel. *Teoria Geral do Processo*. 29. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.
- CNJ. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019. 172 p.
- CNJ. *Enunciados da I, II e III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>>. Acesso em 17 de janeiro de 2020.
- FINKELMAN, Jakobo (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p.
- FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Lisboa, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642012000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 de abril de 2019.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 111 p.
- FUHRMANN, Nadia Lucia. Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do Sistema Público de Saúde no Brasil. *Civitas*, Porto Alegre, v. 4, nº 1, jan.-jun. 2004. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/49>>. Acesso em 29 de abril de 2019.
- GARRAFA, Volnei. O processo saúde-doença. Brasília: *Humanidades-ANDES*, pp. 68-75, 1991.
- GEBRAN Neto, João Pedro. Direito constitucional à saúde e suas molduras jurídicas e fáticas. *Interesse Público*, Belo Horizonte, v. 17, n. 89, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2015/04/Artigo-direito-a-saude.pdf>>. Acesso em 24 de janeiro de 2020.
- GOLDENBERG, Mirian. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2005, 51(3): 227-234. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em 29 de abril de 2019.
- LAURELL, Asa Cristina. *A saúde-doença como processo social*. In: NUNES, Everardo Duarte. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983. 205 p.
- LIMA JÚNIOR, Arnaldo Hossepian Salles; SCHULZE, Clênio Jair. Os números do CNJ sobre a judicialização da saúde em 2018, *Consultor Jurídico*, 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-nov-10/opiniao-numeros-judicializacao-saude-2018>>. Acesso em 26 de janeiro de 2020.
- MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. *Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS*. 2015. Tese (Doutorado

em Radiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Acesso em 21 de janeiro de 2020.

MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios e 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. 410 p.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. 8 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013. 1424 p.

MENEZES, Vitor Hugo Oliveira de. *Direito à saúde e reserva do possível*. Curitiba: Juruá, 2015. 342 p.

MENICUCCI, Telma. *A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política*. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 398 p.

_____. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1): 29-40, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. 10 p.

MITIDIERO, Daniel. *Cortes superiores e cortes supremas: do controle à interpretação, da jurisprudência ao precedente*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013. 142 p.

NUNES, Everardo Duarte. *A doença como processo social*. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: FAPESP- HUCITEC, 2000. 283 p.

_____. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2): 251-264, 2000.

NUNES, Sílvia Alexim. A medicina social e a questão feminina. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1(1): 50-76, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311991000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 30 de abril de 2019.

OMS. *Constituição de 1946*. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>>. Acesso em 02 de dezembro de 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. In: MATTA, Gustavo Corrêa (Org.) *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. 410 p.

_____. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.

PEREIRA, Iara Cristina; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. *Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. 109 p.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 8(2): 168-175, abr./jun., 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n2/v8n2a08.pdf>>. Acesso em 29 de abril de 2019.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Problemas na proposição de pesquisa em ciências sociais. In: LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo (Org.). *Desafio da Pesquisa em ciências*

sociais. São Paulo: CERU, 2001. 204 p.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim: inventário da saúde pública*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993. 270 p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23: 13-74, Set. 1987. Disponível em: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Estado_Sociedade_Politicas_Sociais_RCCS23.PDF>. Acesso em 20 de março de 2019.

_____. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006. 511 p.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. *Democracia e Participação da Sociedade em Saúde*. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Orgs.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios e 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. 410 p.

SARLET, Ingo Wolfgang. STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos, *Consultor Jurídico*, 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-abr-27/direitos-fundamentais-stj-stf-criterios-fornecimento-medicamentos-parte>> Acesso em 05 de janeiro de 2020.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade*, 10(2): 47-74, 2001.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987. 111 p.

_____. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso em 02 de dezembro de 2018.

SEGATTO, Cristiane. Os juízes confiam demais nos médicos: o estímulo da indústria farmacêutica à judicialização da saúde não pode mais ser ignorado, diz o promotor de justiça Reynaldo Mapelli Júnior. *Revista Época* [on-line], Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/saude/cristiane-segatto/noticia/2017/07/os-juizes-confiam-demais-nos-medicos.html>>. Acesso em 15 de janeiro de 2020.

SEGRE, Marcos; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5): 538-542, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000600016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 30 de abril de 2019.

STF. Ministro Dias Toffoli divulga pauta de julgamentos e calendário de sessões para o primeiro semestre de 2020. *Repercussão Geral em Pauta*, Edição n.º 106. 11 p. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/jurisprudenciaRepercussaoInformacaoGeral/anexo/Edio106.pdf>>. Acesso em 18 de janeiro de 2020.

VIANNA, Luiz Werneck; CARVALHO, Maria Alice Rezende de; MELO, Manuel Palacios Cunha; BURGOS, Marcelo Baumann. *Judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999. 272 p.

WERNECK VIANNA, Luiz. O ativismo judicial mal compreendido. *Boletim CEDES* [on-line], Rio de Janeiro, julho e agosto de 2008, pp. 03-05. Disponível em: <<http://www.cedes.iuperj.br>>. Acesso em 07 de janeiro de 2020.

YUNES, João. A dinâmica populacional dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

Revista de Saúde Pública, São Paulo, 5: 129-150, 1971. Disponível em:
<<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1971.v5n1/129-150/pt>>. Acesso em 29 de abril de 2019.

APÊNDICE

Quadro de processos de judicialização da saúde (fornecimento de medicamentos) em face do estado do Amazonas

A filtragem dos presentes processos se deu com o auxílio da ferramenta de busca do Diário da Justiça Eletrônico (DJE) do Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas (TJAM), cujas movimentações processuais foram monitoradas nas edições do período de 1º de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2019, com buscas concentradas no “Caderno 2 – Judiciário – Capital”, a partir do emprego da palavra-chave "fornecimento de medicamento".

Período DJE		Número do Processo	Juízo	Ação	Assunto	Requerente	Requerido	Classificação em Categorias para a pesquisa	Obs.1 (Se necessário)	Obs.2 (Se necessário)	Obs.3 (Se necessário)	Tempo entre petição e Despacho/Decisão inicial	O juiz concedeu a antecipação de tutela?	Resultado Final do processo
DJE 01-01-2018 a 31-01-2018	1	0631115-77.2015.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Específica Antecipada (fornecimento do medicamento IRESSA 250mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Antônio Aruda Ferreira (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	01 dia	CONCEDEU PARCIALMENTE. Inicialmente, não concedeu, sob a fundamentação de que havia adulteração grosseira no receituário médico, porém, 6 meses depois, diante de novos fatos e provas, após a Contestação, houve reconsideração do despacho por parte do juiz, que autorizou a antecipação e depois a confirmou na Sentença	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 448 dias.
	2	0622828-28.2015.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer (Concretização de Direito Fundamental) cumulada com Pedido de Antecipação de Tutela	Obrigação de Fazer / Não Fazer	José Cardoso da Silva (assistido por advogados particulares)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	06 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 249 dias.

				Específica (fornecimento do medicamento FABRAZYME 35mg)										
	3	0616213-22.2015.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória com Pedido de Liminar (fornecimento do medicamento IRESSA 250mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Enildo Campos de Souza (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 109 dias.
	4	0631922-34.2014.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Civil Pública com Pedido de Tutela Antecipada (fornecimento do medicamento bomba de insulina ACCU CHECK)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	47 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 474 dias.
DJE 01-02-2018 a 28-02-2018	5	0612131-11.2016.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Satisfativa (fornecimento do	Tratamento da Própria Saúde	Lindomera Simões de Oliveira (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	04 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 195 dias.

				medicamento AVASTIN)										
	6	0638661-23.2014.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada inaudita altera pars (Tratamento Fora do Domicílio - TFD)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Railson Mesquita Tavares (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	TFD	***	***	***	Menos de 01 dia	NÃO CONCEDEU	IMPROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.054 dias.
	7	0631359-40.2014.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Liminar inaudita altera pars (Tratamento Fora do Domicílio - TFD)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Maria Marinilza Memória (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	TFD	***	***	***	31 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 560 dias.
DJE 01-03-2018 a 30-03-2018	8	0632480-35.2016.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Isabelle Vitória da Silva Gomes (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	120 dias	CONCEDEU. Inicialmente, antes de decidir, o juiz decidiu intimar a parte contrária e, apenas após 120 dias, concedeu a liminar.	IMPROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 309 dias.

				nto CANAKI NUMAB E ILARIS)										
9	0600693-56.2014.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer cumulada com Pedido de Antecipação de Tutela (realização de exame de COLONOSCOPIA)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Linhares da Silva Vasconcelos (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Município de Manaus	EXAMES	***	***	***	01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 430 dias.	
10	4001244-15.2017.8.04.0000	Conselho de Magistratura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Estado do Amazonas	Ministério Público do Estado do Amazonas – Primeiro Grau	***	***	***	***	***	***	***	
	0603124-58.2017.8.04.0001	Juizado da Infância e da Juventude	Ação Civil Pública (fornecimento dos medicamentos NEXIUM 20 mg, NEULEPTIL 1%, CARBAMAZEPINA 20ml/mg, e FRALDAS GERIÁTRICAS	Seção Cível	Ministério Público do Estado do Amazonas – Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS + MATERIAIS MÉDICOS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	Porém, em DJE de 25 de abril de 2019, referente a este processo encontra-se a seguinte decisão: “Processo 0603124 - 58.2017.8.04.0001 - Ação Civil	***	***	***	***	

				<p>TAMANHO P, SONDA BOTTON, FRASCOS, EQUIPOS e SERINGAS)</p>						<p>Pública - Seção Cível - REQUERIDO: E.A. e outro - DECISÃO Diante do exposto, ACOLHO os presentes embargos declaratórios, para assim retificar o dispositivo da sentença, nestes termos: ONDE SE LÊ: "Pelo exposto, ratifico a decisão de fls. 36/37, e, no mérito, JULGO PROCEDENTE O PEDIDO DO REQUE</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									RENTE, nos termos do art. 487, I do CPC para condena r o ESTAD O DO AMAZ ONAS a disponib ilizar os medica mentos NEXIU M 20 mg, NEULE PTIL 1%, CARBA MAZEP INA 20ml/m g, além de FRALD AS GERIÁ TRICA S TAMA NHO P, SONDA BOTTO N, FRASC OS, EQUIP OS e SERIN GAS ao adolesce				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									<p>nte T. S. E S., em conformidade com a prescrição médica e enquanto perdurar a indicação para utilização dos referidos fármacos. Outrossim, fixo multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), sem prejuízo das sanções criminais à espécie, em caso de descumprimento do estabelecido. "LEIA-SE: "Pelo</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

									exposto, ratifico a decisão de fls.36/37 , e, no mérito, JULGO PROCE DENTE O PEDID O DO REQUE RENTE, nos termos do art. 487, I do CPC para condena r o ESTAD O DO AMAZ ONAS a disponib ilizar os medica mentos NEXIU M 20 mg, NEULE PTIL 1%, CARBA MAZEP INA 20ml/m g, além de FRALD AS GERIÁ				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

									TRICA S TAMA NHO P, SONDA BOTTO N, FRASC OS, EQUIP OS e SERIN GAS ao adolesce nte T. S. E S., em conform idade com a prescriç ão médica e enquant o perdurar a indicaçã o para utilizaçã o dos referido s fármaco s. [...]					
11	4003105-36.2017.8.04.0000	2ª Câmara do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Luiz Carlos Coelho da Silva								
	0621276-57.2017.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Luiz Carlos Coelho da Silva (assistido)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	13 dias	CONCEDEU.	EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (tentativas infrutíferas de contatar o Requerente). Tempo entre petição e Sentença: 1.024 dias.	

			Antecipada inaudita altera pars (fornecimento dos medicamentos NIVOLUMABE 100mg, IPILIMUMABE 200mg e 50mg)		pela DPE-AM)									
12	4002083-40.2017.8.04.0000	1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Estado do Amazonas	Alex Hipólito Silvério Júnior	***	***	***	***	***	***	***	
	0611470-95.2017.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento dos medicamentos VENVANSE 50mg, BUPROPIONA 300mg e RITALINA 60mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Alex Hipólito Silvério Júnior (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	02 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 833 dias.	
13	0716649-91.2012.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou	Genivaldo Joaquinouth da Costa	Estado do Amazonas	CIRURGIA + EXAMES +	Não menciona medicamentos	***	***	58 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.799 dias.	

	0646139-77.2017.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Antecipação de Tutela inaudita altera pars (fornecimento do medicamento LUCENTIS)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Raimunda Barbosa (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Vision Clínica de Olhos Ltda.	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 353 dias.
16	0600851-43.2016.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Liminar inaudita altera pars (fornecimento do medicamento NEXAVAR 200mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Francisco Oliveira e Silva (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 470 dias.
17	4004049-72.2016.8.04.0000	1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Dionísio Lima Filho	***	***	***	***	***	***	***
	0628537-10.2016.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Dionísio Lima Filho (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	01 dia	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.

			a inaudita altera pars (fornecimento de medicamento VASTAR EL MR 35 mg)											
18	0604988-97.2018.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer (concretização de direito fundamental) cumulada com Pedido de Antecipação de Tutela Específica (aplicação do medicamento ANTI-VEGF)	Assistência à Saúde	Aguida Maria Dias Dutra (assistida por advogados particulares)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	60 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 114 dias.	
19	0604999-97.2016.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada (tratamento com injeção de ANTIANGIOTENSIVOS)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Sebastião Rendeiro da Silva (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	04 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 594 dias.	

	20	0603171-37.2014.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer cumulada com Indenização por Danos Morais	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Maria Helena Nascimento da Silva (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	CIRURGIA + EXAMES + CONSULTAS + MEDICAMENTOS + MATERIAIS MÉDICOS	Não menciona medicamentos específicos; a demanda é a realização de cirurgia e tudo o mais que for necessário e acessório à obrigação principal.	***	***	21 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 778 dias.
DJE 01-05-2018 a 31-05-2018	21	0607941-39.2015.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação Civil Pública consistente em Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação dos Efeitos da Tutela (tratamento HOME CARE)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Ministério Público do Estado do Amazonas – Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas	TRATAMENTO HOME CARE	***	***	***	39 dias	CONCEDEU.	EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (tentativas infrutíferas de contatar o Requerente). Tempo entre petição e Sentença: 1.152 dias.
	22	0636366-42.2016.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer (concretização de direito fundamental) cumulada com	Obrigação de Fazer / Não Fazer	José Carlos Avelino da Silva Batista (assistido por advogados)	Estado do Amazonas	CIRURGIA + EXAMES + CONSULTAS + MEDICAMENTOS +	Não menciona medicamentos específicos; a demanda é a realização de	***	***	01 dia	CONCEDEU.	PARCIALMENTE PROCEDENTE (obrigação de fazer procedente e indenização por danos morais improcedente). Tempo entre petição e Sentença: 556 dias.

			Tutela Antecipada e Danos Morais (cirurgia, medicamentos etc.)		particulares)		MATERIAIS MÉDICOS	cirurgia e tudo o mais que for necessário e acessório à obrigação principal.						
23	0266413-35.2014.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação Ordinária com Pedido de Tutela Antecipada (quimioterapia)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Dilamor de Sousa Fonseca (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + União + Município de Manaus	QUIMIOTERAPIA	***	***	***	11 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 671 dias.	
24	0618459-83.2018.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento AVASTIN)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Aldine dos Santos Oliveira (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Não se aplica, pois o juízo nunca se manifestou especificamente sobre o Pedido de Liminar (o Requerente opôs Agravo de Instrumento e a 2ª Instância concedeu a liminar)	Não se aplica. Obs.: Inicialmente, 10 dias após o peticionamento, o juiz declinou da competência; outro juiz assumiu e, 19 dias após o peticionamento, decidiu intimar a parte contrária antes de se posicionar; houve recurso de agravo de instrumento e, 33 dias após o peticionamento, a 2ª Instância concedeu a liminar.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 398 dias.	
25	4003980-06.2017.8.04.0000	Conselho de Magistratura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Antecipação de Tutela / Tutela Específica	Município de Manaus	Ministério Público do Estado do Amazonas – Primeiro Grau	***	***	***	***	***	***	***	
	0622459-63.2017.8.04.0001	Juizado da Infância	Ação Civil Pública	Antecipação de Tutela /	Ministério Público do Estado	Município de Manaus +	EXAMES	Processo em Segredo	É possível saber do	***	***	***	***	

		e Juventude	consistente em Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação dos Efeitos da Tutela (realização de exames de ressonância magnética de encéfalo com sedação e eletroneurografia de quatro membros)	Tutela Específica	do Amazonas – Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas		de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	que se trata analisando o Agravo de Instrumento na 2ª Instância, que não está em sigilo.					
26	4001286-64.2017.8.04.0000	Conselho de Magistratura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Antecipação de Tutela / Tutela Específica	Estado do Amazonas	Ministério Público do Estado do Amazonas – Primeiro Grau	***	***	***	***	***	***	***	***
	0602929-73.2017.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação Civil Pública com Pedido de Tutela de Urgência (fornecimento de VIGABATRINA 500mg e	Antecipação de Tutela / Tutela Específica	Ministério Público do Estado do Amazonas – Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução	***	***	***	***	***	***

		0600885-52.2015.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada (Alimentação Enteral e Assistência Médica Domiciliar – Home Care)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Shara de Assis Fernandes + Idaleiza Souto de Assis (assistidas pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	TRATAMENTO HOME CARE + ALIMENTAÇÃO ESPECIAL + MATERIAIS MÉDICOS	***	***	***	01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 590 dias.
DJE 01-06-2018 a 29-06-2018	30	4001090-94.2017.8.04.0000	Conselho de Magistratura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Ministério Público do Estado do Amazonas – Primeiro Grau	***	***	***	***	***	***	***
		0638938-68.2016.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação Civil Pública com Pedido de Liminar (fornecimento de RIVOTRIL, TOPIRAMATO e GARDENAL, além de sonda BOTON para Gastrostomia)	Saúde	Ministério Público do Estado do Amazonas – Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS + MATERIAIS MÉDICOS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	***	***	***	***	***

31	0004737-20.2007.8.04.0000	Câmaras Reunidas do Tribunal de Justiça	Mandado de Segurança com Pedido de Liminar (fornecimento do medicamento FOSCAR NET)	Liminar	Ary Cardoso de Azevedo (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	08 dias	CONCEDEU. Obs.: decisão da Desembargadora às folhas 38/42.	PROCEDENTE (SEGURANÇA CONCEDIDA por unanimidade dos desembargadores). Tempo entre petição e Acórdão: 1.313 dias.
32	4001506-28.2018.8.04.0000	Câmaras Reunidas do Tribunal de Justiça	Mandado de Segurança com Pedido de Liminar inaudita altera pars	Saúde	Viterino Ferreira de Souza (assistido por advogados particulares)	Estado do Amazonas	CIRURGIA + EXAMES + CONSULTAS + MEDICAMENTOS + MATERIAIS MÉDICOS	Não menciona medicamentos específicos; a demanda é a realização de cirurgia e tudo o mais que for necessário e acessório à obrigação principal.	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU. Obs.: decisão do Desembargador às folhas 35/39.	PROCEDENTE (SEGURANÇA CONCEDIDA por unanimidade dos desembargadores). Tempo entre petição e Acórdão: 73 dias.
33	0718359-49.2012.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação dos Efeitos da Tutela Jurisdicional (fornecim	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Mônica Leite Gonçalves (assistido por advogados particulares)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.790 dias.

				ento do medicamento GILENYA)										
DJE 02-07-2018 a 31-07-2018	34	0607815-81.2018.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento CETUXIMABE)	Assistência à Saúde	Bráulio Masakazu Takaki (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	17 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 121 dias.
	35	0622604-56.2016.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento TERIPARATIDA)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Jorquina Ferraro Rocha (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	03 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 262 dias.
	36	4002909-66.2017.8.04.0000	1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Liminar	Estado do Amazonas	Raimundo Marinho da Silva	***	***	***	***	***	***	***
		0626485-07.2017.8.04.0001	3ª Vara da	Ação de Obrigação de Fazer	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Raimundo Marinho da Silva +	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (conforme pedido de desistência do processo).

		Fazenda Pública	para Entrega de Medicamentos cumulada com Pedido de Tutela Antecipada (medicamento KEYTRUDA 100mg)		(assistido por advogados particulares)	Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado Do Amazonas								Tempo entre petição e Sentença: 340 dias.
37	4000271-26.2018.8.04.0000	Conselho de Magistratura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau	***	***	***	***	***	***	***	***
	0641661-26.2017.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação Civil Pública consistente em Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação dos Efeitos da Tutela (fornecimento imediato de leite específico NESTOGEN/NA N, fase 3, 8 latas por mês e do	Saúde	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS + ALIMENTAÇÃO ESPECIAL + MATERIAIS MÉDICOS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	É possível saber do que se trata analisando o Agravo de Instrumento na 2ª Instância, que não está em sigilo.	***	***	***	***	***

				medicamento VIGABATRINA 500mg)										
DJE 01-08-2018 a 31-08-2018	38	0618007-10.2017.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento PIRFENIDONE)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Edilo Lúcio da Silva Maciel (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Vander Alves + Francisco Deodato	MEDICAMENTOS	***	***	***	08 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 243 dias.
	39	0633925-20.2018.8.04.0001	Requer Senha.	Requer Senha.	Requer Senha.	Requer Senha.	Requer Senha.	***	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	Impossibilidade de acessar o processo para verificar qual o objeto da demanda.	***	***	***	***
	40	0619010-68.2015.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Liminar inaudita altera pars (CELAMINA)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Karoliny Ataíde Benton (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	03 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 873 dias.

44	0610006-07.2015.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória com Pedido de Liminar (INSULINA LANTUS)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Vilmar Nunes Durães (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	50 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.240 dias.
45	0712430-35.2012.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer cumulada com Tutela Antecipada (tratamento de Hepatite C, medicamento BOCEPREVIR 200mg)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Solange Hayden França (assistida por advogados particulares)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	28 dias	CONCEDEU.	EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (diversas tentativas infrutíferas de contatar o Requerente). Tempo entre petição e Sentença: 2.227 dias.
46	4001273-31.2018.8.04.0000	Conselho de Magistratura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Paulo Rafael Almeida Costa + José Ricardo Vieira da Costa	***	***	***	***	***	***	***
	0644996-53.2017.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecim	Assistência à Saúde	Paulo Rafael Almeida Costa + José Ricardo Vieira da Costa (assistidos	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	37 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.

				ento do medicamento VENVA NSE LISDEX ANFETA MINA)		pela DPE-AM)								
	47	4000158-72.2018.8.04.0000	3ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Serviços	Estado do Amazonas	Maria Dinelma Ferreira Moraes	***	***	***	***	***	***	***
		0645701-51.2017.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento AFINITOR - EVEROLIMO)	Serviços Hospitalares	Maria Dinelma Ferreira Moraes (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 240 dias.
DJE 01-10-2018 a 31-10-2018	48	0608933-68.2013.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Liminar inaudita altera pars (medicamento OMALIZUMABE)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Luiz Gomes da Costa (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	12 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 2.171 dias.

49	0606246-79.2017.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamentos NEBILET 0,5mg e JARDIANCE 25mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Francisco Aldenor Alves Barbosa (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	587 dias	NÃO CONCEDEU	EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (tentativas infrutíferas de contatar o Requerente). Tempo entre petição e Sentença: 749 dias.
50	0613153-41.2015.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação De Fazer com Pedido de Tutela Antecipada (realização de hemodiálise)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Aloísio Freitas Chagas (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	HEMODIÁLISE	***	***	***	01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 195 dias.
51	0630770-09.2018.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada (fornecimento de medicamento BOSENT	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Eliel da Silva e Silva (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	10 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 143 dias.

				ANA 62,5mg)										
52	0631253-73.2017.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (realização de biópsias)	Assistência à Saúde	Marlene da Silva (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	EXAMES	***	***	***	28 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 143 dias.	
53	0631288-33.2017.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento REVOLADE)	Assistência à Saúde	Cristiane de Araújo Marinho (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	28 dias	CONCEDEU.	EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (tentativas infrutíferas de contatar o Requerente). Tempo entre petição e Sentença: 393 dias.	
54	0630721-02.2017.8.04.0001	5ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento)	Assistência à Saúde	Andrea Campos de Lima (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	04 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.	

				BELIMU MABE)										
DJE 01-11-2018 a 30-11-2018	55	0622563-60.2014.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada inaudita altera pars (atendimento médico-hospitalar)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Vibarto Akira Hidaka (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Sociedade Portuguesa Beneficente do Amazonas	INTERNAÇÃO EM UTI PÚBLICA OU CUSTEIO DE UTI PARTICULAR	***	***	***	01 dia	CONCEDEU.	IMPROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.638 dias.
	56	0607319-28.2013.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Liminar inaudita altera pars cumulada com Danos Morais (procedimento cirúrgico no punho esquerdo)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Denilson Lima Machado (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	CIRURGIA + EXAMES + CONSULTAS + MEDICAMENTOS + MATERIAIS MÉDICOS	Não menciona medicamentos específicos; a demanda é a realização de cirurgia e tudo o mais que for necessário e acessório à obrigação principal.	***	***	Não se aplica, pois o juízo nunca se manifestou especificamente sobre o Pedido de Liminar (o processo ficou parado por cerca de 04 anos, o que levou a uma representação na Corregedoria de um Oficial de Justiça e a uma discussão nos autos sobre de quem era a responsabilidade pelo impulsionam	Não se aplica	EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO. Tempo entre petição e Sentença: 2.295 dias.

												ento processual)		
57	0600486-86.2016.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória com Pedido de Liminar (fornecimento do medicamento ENZALUTAMIDA)	Antecipação de Tutela / Tutela Específica	Raimundo Nilson Batista Pimenta (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 423 dias.	
58	0651677-05.2018.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência (procedimento de punção na fossa da clavícula direita, medicamentos etc.)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Antônio Carlos Gomes Mota + Nadja Ribeiro do Nascimento Mota + Ricardo José do Nascimento Mota + Renata do Nascimento Mota + Turíbio Aparecido Ribeiro Mota + Sérgio Henrique Félix Mota (assistidos por advogad	Estado do Amazonas + Fundação Centro de Controle de Oncologia - FCECON	MEDICAMENTOS + MATERIAIS MÉDICOS + EXAMES	Não menciona medicamentos específicos; a demanda é a realização de exames e tudo o mais que for necessário e acessório à obrigação principal.	***	***	03 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020. Obs.: processo suspenso, pois o Requerente faleceu e os herdeiros pediram habilitação no processo e conversão do mesmo em ação de indenização por perdas e danos.	

						os particula res)								
	59	0636725-60.2014.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada inaudita altera pars	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	José Aelso Figueiredo Albertino (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	PRÓTESE	***	***	***	51 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.613 dias.
DJE 03-12-2018 a 31-12-2018	60	4003333-74.2018.8.04.0000	Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau	***	***	***	***	***	***	***
		0634952-43.2015.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação Civil Pública consistente em Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência (fórmula nutricional, NUTRINI ENERGY MULTI FIBER, ANTIBIÓTICO, CIPROFLOXACINA 2mg/ml etc.)	Saúde	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS + ALIMENTAÇÃO ESPECIAL + MATERIAIS MÉDICOS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	É possível saber do que se trata analisando o Agravo de Instrumento na 2ª Instância, que não está em sigilo.	“FÓRMULA ALIMENTAR: Nutri Energi Multi Fiber de 500 ml, na quantidade de 60 unidades ao mês 300 (trezentas) unidades de frascos para dieta; 300 (trezentas) unidades de	***	***	***

										equipo para a dieta: Antibiótico; Ciprofloxacino 2 mg/ml; Nistatina Oral; Salbutamol; Ácido fólico; Carbamazepina Clenil composições spray MATERIAIS: 300 (trezentas) unidades da sonda de aspiração traqueal nº 6; 02 (duas) caixas de luvas estéreis nº 7,5; 05 (cinco) frascos de soro fisiológico 0,9%; 100 (cem) unidade			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

										s de seringas de 10 ml para administ rar água e medica mentos pela sonda enteral. Em caso de descum priment o do ora estabele cido, fixo multa de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) ao dia, sem prejuízo das sanções crimina is à espécie” MEDIC AMEN TOS			
61	0609586- 65.2016.8 .04.0001	5ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Liminar (medicam ento CANABI DIOL)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Luís Vinícius Batista Dourado (assistido por advogad os particula res)	Estado do Amazonas	MEDICAME NTOS	***	***	***	09 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 660 dias.

	62	4002693-71.2018.8.04.0000	1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Antônio Calheiros Coelho do Nascimento	***	***	***	***	***	***	***
		0621055-40.2018.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento LUCENTIS)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Antônio Calheiros Coelho do Nascimento (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	05 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 696 dias.
DJE 01-01-2019 a 31-01-2019	63	4000468-78.2018.8.04.0000	1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Maria Eucinede Passos da Fonseca	***	***	***	***	***	***	***
		0639991-50.2017.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento AVASTIN)	Assistência à Saúde	Maria Eucinede Passos da Fonseca (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	70 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 592 dias.

64	0604732-28.2016.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação dos Efeitos da Tutela (ELTRO MBOPA G 50mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Waldomiro Reis da Silva (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (Requerente faleceu no curso do processo). Tempo entre petição e Sentença: 1.296 dias.
65	0604740-05.2016.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação dos efeitos da Tutela (medicamento TERIPARATIDA 250mcg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Maria Edite de Moura (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	É possível saber do que se trata analisando o Recurso de Apelação Cível na Consulta Processual de 2ª Instância, que não está em sigilo.	***	***	***	***
66	0642791-51.2017.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento)	Assistência à Saúde	Maria do Socorro Santiago de Lima (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + SUSAM	MEDICAMENTOS	***	***	***	06 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 152 dias.

				nto URSACO L 300mg)										
67	0632044-76.2016.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento AFINITOR – EVEROLIMO 5 mg/cp)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Laura dos Santos Pinheiro (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	180 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 845 dias.	
68	4000857-29.2019.8.04.0000	Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Liminar	Estado do Amazonas	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau	***	***	***	***	***	***	***	
	0602696-08.2019.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude - Cível	Ação Civil Pública (fornecimento de alimentação enteral completa com proteína de soro de leite hidrolisada etc.)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS + ALIMENTAÇÃO ESPECIAL + MATERIAIS MÉDICOS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	É possível saber do que se trata analisando o Agravo de Instrumento na 2ª Instância, que não está em sigilo.	***	***	***	***	

DJE 01-02-2019 a 28-02-2019	69	0635913-47.2016.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de kit de insumos: BOMBA DE INSULINA ACCU CHECK)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Isadora Mancini (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS + MATERIAIS MÉDICOS	***	***	***	03 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 395 dias.
	70	0624289-30.2018.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de cadeiras de rodas para locomoção e fraldas)	Saúde	Santhiago dos Santos Lisboa Avelino (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Município de Manaus	CADEIRA DE RODAS + FRALDAS	***	***	***	05 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 42 dias.
	71	0633446-27.2018.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Rosineide Gualberto Falcão (assistida por advogados particulares)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	25 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 184 dias.

				altera pars (fornecimento dos medicamentos MICOFE NOLATO DE MOFETILLA 500mg e HIDROXICLOROQUINA 400mg)										
72	0633451-49.2018.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (consulta com cirurgião ortopédico)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Sebastião Ednelson Vieira Neves (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	CONSULTAS	***	***	***	25 dias	CONCEDEU.	EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (tentativas infrutíferas de contatar o Requerente). Tempo entre petição e Sentença: 416 dias.	
73	0633457-56.2018.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (realização de exame)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Wanilda Teixeira Maia Soares (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	EXAMES	***	***	***	25 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 199 dias.	
74	0642805-35.2017.8.04.0001	Juizado Especial da	Ação de Obrigação de Fazer	Assistência à Saúde	Isabelle Queiroz Libório	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	10 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE.	

			Fazenda Pública Estadual e Municipal	com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento MESTINON)		(assistida pela DPE-AM)								Tempo entre petição e Sentença: 168 dias.
75	0611988-22.2016.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Satisfativa (fornecimento dos medicamentos CODEÍNA 30mg, PARACE TAMOL 750mg, CICLOBENZAPRINA 5mg, FOMOLIDINA 20mg, MELOXICAM 7,5mg)	Assistência à Saúde	Ruth Helena Alencar Marinho (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Não se aplica, pois o juízo nunca se posicionou sobre o Pedido de Liminar; Acordo entre as partes realizado em Audiência de Conciliação deu fim ao processo.	Não se aplica	ACORDO ENTRE AS PARTES (Audiência de Conciliação). Tempo entre petição e Sentença (Termo de Audiência): 938 dias.	
76	0621305-78.2015.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória com Pedido de Liminar (fornecim	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Ruth Helena Alencar Marinho (assistida	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 270 dias.	

				ento dos medicame ntos DULOXE TINA 30mg, CITONE URIN)		pela DPE- AM)								
77	0627371- 69.2018.8 .04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência inaudita altera pars (medicam ento VIDAZA 75mg)	Antecipaç ão de Tutela / Tutela Específica	João Dionísio de Carvalho (assistido por advogad os particula res)	Estado do Amazonas	MEDICAME NTOS	***	***	***	79 dias	CONCEDEU. Obs.: inicialmente, antes de decidir sobre o Pedido de Liminar, o juiz decidiu intimar a parte contrária e, diante da constatação de que o Estado já estava providenciando a aquisição do medicamento pleiteado, o juízo absteve-se de se posicionar sobre a Liminar; apenas após 79 dias, o juiz decidiu conceder a liminar.	Sem Sentença até 01/05/2020.	
78	0662353- 12.2018.8 .04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municip al	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipad a inaudita altera pars (fornecim ento do medicame nto ELMIRO N 100mg)	Sucessões	Euvaldo Silveira Leite (assistido por advogad os particula res)	Estado do Amazonas	MEDICAME NTOS	***	***	***	02 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.	
79	0614894- 19.2015.8 .04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominató ria de Obrigação de Fazer	Tratament o Médico- Hospitalar e/ou Fornecim	Artur Galdino Girão (assistido	Estado do Amazonas	TFD	***	***	***	14 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 455 dias.	

				com Pedido de Tutela Antecipada inaudita altera pars (Tratamento Fora do Domicílio - TFD)	ento de Medicamentos	pela DPE-AM)								
	80	0627734-95.2014.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido Liminar de Antecipação de Tutela cumulada com Indenização por Danos Morais (cirurgia estético-reparador, exames, medicamentos etc.)	Erro Médico	Alídia Linhares Vinhorte (assistido por advogados particulares)	Estado do Amazonas	CIRURGIA + EXAMES + CONSULTAS + MEDICAMENTOS + MATERIAIS MÉDICOS	Não menciona medicamentos específicos; a demanda é por realização de tratamento/cirurgia, exames e medicamentos que sejam necessários à cirurgia.	***	***	28 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 762 dias.
DJE 01-03-2019 a 29-03-2019	81	0607354-75.2019.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação Civil Pública (fornecimento de cadeira de rodas)	Seção Cível	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas	CADEIRA DE RODAS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	É possível saber do que se trata analisando o Agravo de Instrumento na 2ª Instância, que	***	***	***	***

	0638442-05.2017.8.04.0001	Juizado da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento PRADAX A 150mg)	Assistência à Saúde	Georgina Frigheri (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	10 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 613 dias.
88	4002763-88.2018.8.04.0000	3ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Antecipação de Tutela / Tutela Específica	Estado do Amazonas	Sara Matos Henrique Oliveira	***	***	***	***	***	***	***
	0603734-89.2018.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer cumulada com Pedido de Tutela de Urgência (internação e medicamentos)	Serviços Hospitalares	Sara Matos Henrique Oliveira (assistida por advogados particulares)	Estado do Amazonas + Fundação Hospital do Coração Francisca Mendes + SUSAM	INTERNAÇÃO HOSPITALAR + MEDICAMENTOS	***	***	***	79 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 731 dias.
89	0629199-03.2018.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Ageu Soares dos Santos (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	11 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 643 dias.

			medicamento BEVACIZUMAB - AVASTIN)											
90	4004147-86.2018.8.04.0000	3ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Luciana Lira Miranda + Estella Miranda Gomes	***	***	***	***	***	***	***	***
	0635044-16.2018.8.04.0001	Juízo de Direito da Central de Plantão Cível	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação de Tutela (cirurgia de CARDIOPATIA CONGÊNITA)	Seção Cível	Luciana Lira Miranda + Estella Miranda Gomes (assistidas por advogados particulares)	Estado do Amazonas	CIRURGIA + EXAMES + CONSULTAS + MEDICAMENTOS + MATERIAIS MÉDICOS	***	***	***	01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 301 dias.	
91	4004382-53.2018.8.04.0000	3ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Valdenira Martins Brasil	***	***	***	***	***	***	***	***
	0609639-12.2017.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada para fornecimento de medicamento	Direito Civil	Valdenira Martins Brasil (assistida por advogados particulares)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	525 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 894 dias.	

			RITUXI MABE											
92	0643418-55.2017.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento dos medicamentos DOCETAXEL, PERJETA e HERCEPTIN)	Assistência à Saúde	Isabel de Oliveira Nascimento (assistida pela DPE-AM)	Município de Manaus	MEDICAMENTOS	É de se destacar que apenas esta demanda foi ajuizada pela Defensoria Pública do Estado do Amazonas exclusivamente contra o Município de Manaus, para a obtenção de medicamentos.	***	***	Não se aplica, pois este processo trata de Requerente servidora pública municipal que pleiteia medicamentos perante o município, por ser segurada da entidade Manausmed	Não se aplica, pois este processo trata de Requerente servidora pública municipal que pleiteia medicamentos perante o município, por ser segurada da entidade Manausmed	Não se aplica, pois este processo trata de Requerente servidora pública municipal que pleiteia medicamentos perante o município, por ser segurada da entidade Manausmed	
93	4001849-24.2018.8.04.0000	Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Antecipação de Tutela / Tutela Específica	Estado do Amazonas	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau	***	***	***	***	***	***	***	
	0610140-29.2018.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação Civil Pública consistente em Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação dos	Saúde	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas + SUSAM	MEDICAMENTOS + EXAMES	***	***	***	14 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 199 dias.	

				Efeitos da Tutela (medicamentos ESCITALOPRAM 10mg e EXAME PCR PARA 15Q11)										
DJE 01-04-2019 a 30-04-2019	94	0636711-42.2015.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória com Pedido de Tutela Antecipada (medicamento RITUXIMABE)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Karyne Marques Carvalho (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 294 dias.
	95	0609702-42.2014.8.04.0001	5ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer para Fornecimento de Medicamentos de Uso Contínuo com Pedido Urgente de Tutela Antecipada (medicamentos CIPROFLOXACINA 500mg, TAMIRAN 500mg, MACRO	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Jubal de Souza Aguiar (assistido por advogados particulares)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	118 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.834 dias.

			DANTIN A 100mg, IBUPRO FENO 300mg, PARACE TAMOL 500 mg e DIPRIN 10ml)											
96	0602356- 64.2019.8 .04.0001	5ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer cumulada com Indenizaç ão por Danos Morais com Pedido de Tutela de Urgência em Caráter Antecede nte (medicam ento LANREO TIDA INJETÁV EL 120mg e OCTREO TIDE LAR 20mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Júlio César Limeira de Almeida (assistido por advogad os particula res)	Estado do Amazonas	MEDICAME NTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.	
97	4001790- 36.2018.8 .04.0000	2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumen to	Saúde	Luís Carlos Pereira Coutinho	Estado do Amazonas	***	A Defensori a Pública recorreu, pois o juiz não concedeu a	***	***	***	***	***	

								Antecipação de Tutela.						
		0604641-64.2018.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento PIRFENIDONA)	Assistência à Saúde	Luís Carlos Pereira Coutinho (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	09 dias	NÃO CONCEDEU	Sem Sentença até 01/05/2020.
DJE 01-05-2019 a 31-05-2019	98	0631335-07.2017.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação de Tutela (medicamento INLYTA 5mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Ronaldo da Silva Chlamtac (assistido por advogados particulares)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	02 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 196 dias.
	99	0634595-58.2018.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Execução Provisória Individual de Decisão Interlocutória Coletiva (fornecimento de alimentação enteral líquida ISOSOU)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Gaspar Antônio da Silva Bisneto (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	ALIMENTAÇÃO ESPECIAL + MATERIAIS MÉDICOS	Processo desdobramento do Processo n.º 0618458-98.2018.8.04.0001 - Ação Civil Pública	***	***	05 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.

				RCE 1,5 L etc. e materiais médicos)										
100	0648361-81.2018.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Execução Provisória Individual de Decisão Interlocutória (alimentação enteral líquida NUTRITION ENERGY FIBER etc.)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	João Pereira Caio (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	ALIMENTAÇÃO ESPECIAL + MATERIAIS MÉDICOS	Processo desdobramento do Processo n.º 0618458-98.2018.8.04.0001 - Ação Civil Pública	***	***	06 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.	
101	0618458-98.2018.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Tutela de Urgência em Ação Civil Pública	Saúde	Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE-AM)	Estado do Amazonas	ALIMENTAÇÃO ESPECIAL + MATERIAIS MÉDICOS	Obs.: esta foi a Ação Civil Pública (ação principal), cuja decisão teve efeito coletivo para todos os usuários do SUS no Amazonas.	***	***	54 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.	
102	0603945-67.2014.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer para o Fornecimento de Medicamentos com	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Tadao Matsui (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado	MEDICAMENTOS	***	***	***	21 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 861 dias.	

			Pedido de Tutela Antecipada inaudita altera pars (medicamento ZOMETA)			Do Amazonas-FCECON								
103	0615854-43.2013.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Liminar inaudita altera pars (medicamento INSULINA LANTUS)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Cláudio Wallace Carlos Saraiva (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	36 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 2.322 dias.	
104	0628051-93.2014.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Liminar inaudita altera pars (tratamento TFD)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Maria Cirino Vieira de Souza (assistida por advogados particulares)	Estado do Amazonas	TFD	***	***	***	123 dias	NÃO CONCEDEU	IMPROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 406 dias.	
105	4004879-67.2018.8.04.0000	1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Zuleide Bindá da Silva	***	***	***	***	***	***	***	
	0639182-26.2018.8.04.0001	5ª Vara da	Ação de Obrigação de Fazer	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Zuleide Bindá da Silva	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	08 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE.	

			Fazenda Pública	com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento AVASTIN ou LUCENTIS)		(assistida pela DPE-AM)								Tempo entre petição e Sentença: 221 dias.
DJE 03-06-2019 a 28-06-2019	106	4004911-72.2018.8.04.0000	1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Maria Auxiliadora de Oliveira	***	***	***	***	***	***	***
		0632284-94.2018.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento RANIBIZUMABE e realização de sessões de PANFOTOCOAGULAÇÃO)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Maria Auxiliadora de Oliveira (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	28 dias	CONCEDEU.	PARCIALMENTE PROCEDENTE (parcialmente, pois o juiz condicionou o acolhimento dos pedidos à apresentação trimestral de laudos médicos atualizados). Tempo entre petição e Sentença: 611 dias.

	0651127-10.2018.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento Gonadotrofina Coriônica Humana - HCG)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Sarah Victoria Castelo Branco Barbosa (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	27 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.
110	0619272-18.2015.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória com Pedido de Liminar	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Jonas Silva dos Santos (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	HEMODIÁLISE	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.298 dias.
111	0632452-96.2018.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamentos LEVOTIROXINA 125mg, CALCITRIOL 0,25mg e CARBON	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Luiza Monique França Meireles (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	13 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.

				ATO DE CÁLCIO 500mg)										
112	0633453-19.2018.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (realização de exame MANOMETRICA ESOFÁGICA)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Osmarina Liboa Batista (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	EXAMES	***	***	***	11 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 323 dias.	
113	4005216-27.2016.8.04.0000	Câmaras Reunidas do Tribunal de Justiça	Mandado de Segurança com Pedido de Liminar (fornecimento do medicamento CANABIDIOL)	Liminar	Maria do Socorro Rodrigues Neves (assistida por advogados particulares)	Estado do Amazonas + SUSAM	MEDICAMENTOS	***	***	***	133 dias	CONCEDEU. Obs.: decisão do Desembargador às folhas 51/55.	PROCEDENTE (SEGURANÇA CONCEDIDA por unanimidade dos desembargadores). Tempo entre petição e Acórdão: 892 dias.	
114	0623302-62.2016.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamentos)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Mariele Simone Lopes Araújo (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	05 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 491 dias.	

				MICOFENOLATO DE MOFETIL e RITUXIMABE)										
115	0609767-66.2016.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Ordinária de Obrigação de Fazer cumulada com Danos Morais com Pedido de Antecipação dos Efeitos da Tutela (medicamento CLORIDRATO DE IRINOTECANO INJETÁVEL 100mg/5 ml)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Shirlei Ramos de Bessa (assistida por advogados particulares)	Estado do Amazonas + Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado Do Amazonas-FCECON	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PARCIALMENTE PROCEDENTE (obrigação de fazer procedente e indenização por danos morais im procedente). Tempo entre petição e Sentença: 780 dias.	
116	0632187-60.2019.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicame	Fornecimento de Medicamentos	Honório Amaral (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	08 dias	CONCEDEU.	EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO (Requerente faleceu no curso do processo). Tempo entre petição e Sentença: 127 dias.	

			de Justiça	Declaraçã o										
	0622604-56.2016.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento TERIPARATIDA)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Jorquina Ferraro Rocha (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	03 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 262 dias.	
122	0219212-71.2019.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência (medicamentos RANITIDINA XAROPE 15mg, PLASIL 10mg, VALPROATO DE SÓDIO 280mg e URBANIL CLOBAZAM 10mg, ALIMENTAÇÃO ESPECIAL etc.)	Fornecimento de Medicamentos	Gabriel Souza de Araújo (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Município de Manaus + União	MEDICAMENTOS + ALIMENTAÇÃO ESPECIAL + MATERIAIS MÉDICOS + CADEIRA DE RODAS + FRALDAS	***	***	***	Não se aplica	Não se aplica, pois até 01/05/2020 o juiz não se posicionou sobre o Pedido de Liminar, limitando-se inicialmente a acautelarse para decidir em momento posterior à Contestação; com o curso do processo, o juízo declinou da competência para julgar em razão de incompetência absoluta do menor Requerente.	Sem Sentença até 01/05/2020.	

DJE 01-08-2019 a 30-08-2019	123	4005794-19.2018.8.04.0000	Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Tratamento da Própria Saúde	Estado do Amazonas + Município de Manaus	Victória Christina Rodrigues Nobre	***	***	***	***	***	***	***
		0627756-17.2018.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento LEVETIRACETAM 500mg ou 250mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Victória Christina Rodrigues Nobre (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Município de Manaus	MEDICAMENTOS	***	***	***	110 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.
	124	4001469-64.2019.8.04.0000	3ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Estado do Amazonas	Elissandra Patrícia Ferreira de Oliveira	***	***	***	***	***	***	***
		0646858-25.2018.8.04.0001	5ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Elissandra Patrícia Ferreira de Oliveira (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	11 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.

				RITUXI MABE 500mg e 100mg)										
125	0626447- 24.2019.8 .04.0001	Juizado da Infância e Juventu de	Ação de Obrigação de Fazer cumulada com Pedido de Tutela Antecipad a de Urgência	Fornecim ento de Medicam entos	Rodrigo da Cunha Alves (assistido por advogad os particula res)	Estado do Amazonas	TFD + EXAMES + MEDICAME NTOS	Não menciona medicame ntos específico s; a demanda é por TFD e tudo o que for necessário a tratar a condição do menor requerent e (síndrome nefrótica).	***	***	Não se aplica	Não se aplica, pois até o momento o juiz não se manifestou sobre o Pedido de Liminar, uma vez que tem cobrado do Requerente a apresentação de cópia de Requerimento Administrativo perante o Estado/SUSAM, sob pena de extinguir o processo sem resolução do mérito por falta de interesse de agir.	Sem Sentença até 01/05/2020.	
126	0223230- 77.2015.8 .04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação Ordinária com Pedido de Antecipaç ão de Tutela	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Izabel Bragança da Silva (assistida pela DPE- AM)	Estado do Amazonas + Município de Manaus + União	CIRURGIA	***	***	***	19 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.497 dias.	
127	0608831- 36.2019.8 .04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municip al	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipad a inaudita altera pars (realizaçã o de exame de Tomograf ia de Coerência Óptica e	Saúde	Luiz da Silva (assistido pela DPE- AM)	Estado do Amazonas	MEDICAME NTOS + EXAMES	***	***	***	02 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 212 dias.	

			forne- cime- nto do medicame- nto BEVACI- ZUMAB E)											
128	4000710- 03.2019.8 .04.0000	Conselh- o da Magistr- atura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumen- to	Antecipaç- ão de Tutela / Tutela Específica	Estado do Amazona- s	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau	***	***	***	***	***	***	***	***
	0660192- 29.2018.8 .04.0001	Juizado da Infância e Juventu- de	Ação Civil Pública consistent- e em Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipaç- ão dos Efeitos da Tutela (medicam- entos OXIBUTI- NINA 1mg/ml e BACTRI- M, CLORID- RATO DE LIDOCAÍ- NA etc.)	Seção Cível	Ministério Público do Estado do Amazona- s - Primeiro Grau (MPE- AM)	Estado do Amazonas	MEDICAME- NTOS + MATERIAIS MÉDICOS + FRALDAS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer- senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	É possível saber do que se trata analisando o Agravado de Instrum- ento na 2ª Instânci- a, que não está em sigilo.	***	***	***	***	
129	0638954- 22.2016.8 .04.0001	Juizado da Infância e Juventu- de	Ação Civil Pública (medicam- ento VIGABA	Seção Cível	Ministério Público do Estado do Amazona- s - Primeiro	Estado do Amazonas	MEDICAME- NTOS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer- senha do o	É possível saber do que se trata analisando do o	***	***	***	***	

			TRINA 500 mg)		Grau (MPE- AM)			para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	Agravo de Instrum ento na 2ª Instânci a, que não está em sigilo.					
130	4004586- 97.2018.8 .04.0000	Conselh o da Magistr atura do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumen to	Antecipaç ão de Tutela / Tutela Específica	Estado do Amazona s	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau	***	***	***	***	***	***	***	***
	0634567- 90.2018.8 .04.0001	Juizado da Infância e Juventu de	Ação Civil Pública (suplemen to alimentar hipercalór ico e acompanh amento mensal com nutricioni sta, bem como, cadeira de rodas adaptada)	Seção Cível	Ministério Público do Estado do Amazona s - Primeiro Grau (MPE- AM)	Estado do Amazonas	CADEIRA DE RODAS + ALIMENTAÇ ÃO ESPECIAL+ MEDICAME NTOS + CONSULTAS	Processo em Segredo de Justiça / Sigiloso (requer senha para acesso, vide Resolução n.º 121 do CNJ).	É possível saber do que se trata analisan do o Agravo de Instrum ento na 2ª Instânci a, que não está em sigilo.	***	***	***	***	
131	0624854- 91.2018.8 .04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipad a inaudita altera pars (realizaçã	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Regina Maria Bananeira de Souza (assistida pela DPE- AM)	Estado do Amazonas	CIRURGIA + EXAMES + CONSULTAS + MEDICAME NTOS + MATERIAIS MÉDICOS	***	***	***	37 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 414 dias.	

				o de cirurgia de ponte de safena)										
132	0639721- 55.2019.8 .04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipad a inaudita altera pars (fornecim ento de medicame nto OCRELI ZUMAB E 300mg)	Fornecim ento de medicame ntos	Izolda Nunes Bessa (assistida por advogad os particula res)	Estado do Amazonas	MEDICAME NTOS	***	***	***	03 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.	
133	0623200- 69.2018.8 .04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municip al	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipad a inaudita altera pars (fornecim ento do medicame nto CITRAT O DE TAMOXI FENO 20mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Maria Rosália Cordeiro Reis (assistida pela DPE- AM)	Estado do Amazonas	MEDICAME NTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 90 dias.	
134	0643369- 77.2018.8 .04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Roosevelt Simon (assistido pela DPE- AM)	Estado do Amazonas	HEMODIÁLI SE	***	***	***	19 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 79 dias.	

			Municipal	Antecipada inaudita altera pars (concessão de tratamento dialítico)										
135	0641738-64.2019.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada para o Fornecimento de Medicamento (medicamento OCREVUS OCRELI ZUMABE)	Fornecimento de Medicamentos	Ana Cristina Alves de Menezes (assistida por advogados particulares)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	19 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.	
136	0621138-27.2016.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento AFINITOR – EVEROLIMO 1mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Pedro Pereira de Souza (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	06 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 498 dias.	

137	0629978-89.2017.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência de Caráter Antecedente (fornecimento de materiais para cirurgia: solução de sórbite, cabo de bisturi elétrico e aparelho de RTU)	Antecipação de Tutela / Tutela Específica	Paulo Lopes da Silva (assistido por advogados particulares)	Estado do Amazonas + Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAIJ	CIRURGIA + EXAMES + CONSULTAS + MEDICAMENTOS + MATERIAIS MÉDICOS	Não menciona medicamentos específicos; a demanda é a realização de cirurgia e tudo o mais que for necessário e acessório à obrigação principal.	***	***	24 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 719 dias.
138	4001508-61.2019.8.04.0000	3ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Município de Manaus	Yasmin e Silva Monteiro	***	***	***	***	***	***	***
	0655172-57.2018.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de materiais: luvas Tamanho G, Pacotes de Gaze	Saúde	Yasmin e Silva Monteiro (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas + Município de Manaus	MATERIAIS MÉDICOS	***	***	***	83 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 354 dias.

		0641213-19.2018.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (realização de exames eletroencefalograma sob sono induzido e ressonância magnética de crânio)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Davi Cunha Lima (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	EXAMES	***	***	***	35 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 523 dias.
DJE 02-09-2019 a 30-09-2019	141	0637913-20.2016.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento MEMANTINA 10mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Francisca Santos da Silva (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	83 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 463 dias.
	142	0623657-04.2018.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada	Direito Administrativo e outras matérias de Direito Público	Maria Aparecida Santos Mendonça (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	72 dias	CONCEDEU. Obs.: o juiz decidiu o Pedido de Liminar simultaneamente com a Sentença.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 72 dias.

				a inaudita altera pars (fornecimento de medicamento AVASTIN)										
143	0651786-19.2018.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento BEVACIZUMAB E – AVASTIN e OCT de Mácula)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	José Epaminondas da Silva Passos (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	95 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 199 dias.	
144	0639380-29.2019.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento OCRELIZUMAB E 300mg)	Fornecimento de Medicamentos	Rose Mary da Silva Pimenta (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	17 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 92 dias.	

145	0631910-83.2015.8.04.0001	3ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação dos Efeitos da Tutela (fornecimento do medicamento MICOFE NOLATO DE MOFETIL 500 mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Mirlane Lopes de Souza (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	24 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.603 dias.
146	0655173-42.2018.8.04.0001	Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual e Municipal	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento PALIPERIDONA 06mg)	Saúde	Bruno Antonioli Thibes Miranda (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	14 dias	CONCEDEU.	IMPROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 390 dias.
147	0620220-57.2015.8.04.0001	Juizado da Infância e Juventude	Ação Civil Pública consistente em Obrigação de Fazer com Pedido de Antecipação	Seção Cível	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas + SUSAM + Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAJ	MEDICAMENTOS + EXAMES + CONSULTAS	***	***	***	58 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 683 dias.

			Tribunal de Justiça	Instrumento	Tutela Específica		Amazonas - Primeiro Grau							
	0000178-66.2017.8.04.4301	Vara Única de Guajará	Ação Civil Pública (medicamentos HALDOL DECANATO 70,52mg/ml, PROMETAZINA 25mg, AMPLICTIL 100mg, VENLAXIN 150mg, QUETIAPINA FUMARATO 100mg)	NÃO INFORMADO	Ministério Público do Estado do Amazonas - Primeiro Grau (MPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	Acesso parcial ao processo pelo sistema Projudi-AM	Pelo sistema e-saj, É possível saber do que se trata analisando o Agravo de Instrumento na 2ª Instância, que não está em sigilo.	***	02 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.	
151	0614173-33.2016.8.04.0001	1ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência de Natureza Antecipada inaudita altera pars (fornecimento do medicamento RITUXIMABE INJETÁV	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Francisca Vicente da Silva Dantas (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	59 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 164 dias.	

	0203366-58.2012.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada (fornecimento do medicamento CINACALCET)	Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	Alberto Folgosa Barroso (assistido pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	09 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 1.753 dias.
155	0634255-80.2019.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer cumulada com Pedido de Tutela Antecipada (fornecimento do medicamento BLEOMICINA ou OK432)	Liminar	Brenda Anália Almeida da Silva (assistida por advogados particulares)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS + TFD	***	***	***	05 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 112 dias.
156	0641162-13.2015.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cominatória com Pedido de Liminar (fornecimento dos medicamentos SERTRALINA 100mg e LORAZEPAM)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Ivone Feitosa Lopes (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	07 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 350 dias.

			PAM 2mg)											
157	4006239-37.2018.8.04.0000	2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Estado do Amazonas	Arlete Queiroz Olímpio	***	***	***	***	***	***	***	***
	0660977-88.2018.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de diversos medicamentos para tratamento de câncer de mama)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Arlete Queiroz Olímpio (assistida pela DPE-AM)	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	Não se aplica, pois o primeiro juiz a ter contato com o processo declinou da competência para julgar e determinou a redistribuição do processo, mas a Requerente recorreu com Agravo de Instrumento e a 2ª Instância autorizou a Liminar 26 dias após o peticionamento.	Não se aplica	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 296 dias.	
158	4003790-72.2019.8.04.0000	3ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Liminar	Estado do Amazonas	Ana Júlia Medeiros dos Santos	***	***	***	***	***	***	***	***
	0638581-83.2019.8.04.0001	2ª Vara da Fazenda Pública	Ação Cautelar Antecedente de Urgência com Pedido de	Pessoas com deficiência	Ana Júlia Medeiros dos Santos (assistida por advogad	Estado do Amazonas	MEDICAMENTOS	***	***	***	06 dias	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.	

				Liminar (medicamento SPINRAZA)		os particulares)								
	159	4005520-55.2018.8.04.0000	2ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça	Recurso de Agravo de Instrumento	Saúde	Estado do Amazonas	Rosimeire Marques Gabriel	***	***	***	***	***	***	***
		0625929-68.2018.8.04.0001	5ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipada inaudita altera pars (fornecimento de medicamento SANDOSTIN 20mg)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Estado do Amazonas	Rosimeire Marques Gabriel (assistida pela DPE-AM)	MEDICAMENTOS	***	***	***	01 dia	CONCEDEU.	Sem Sentença até 01/05/2020.
DJE 02-12-2019 a 31-12-2019	160	0621494-17.2019.8.04.0001	4ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer para Fornecimento de Medicamento com Pedido de Antecipação de Tutela e Danos Morais (medicamento ENECAVIR)	Indenização por Dano Moral	Estado do Amazonas	Doralice da Silva Nascimento (assistida por advogados particulares)	MEDICAMENTOS	***	***	***	Menos de 01 dia	CONCEDEU.	PARCIALMENTE PROCEDENTE (obrigação de fazer procedente e indenização por danos morais im procedente). Tempo entre petição e Sentença: 205 dias.

				BARACL UDE 0,5mg)										
161	0627953- 40.2016.8 .04.0001	5ª Vara da Fazenda Pública	Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela de Urgência Antecipad a inaudita altera pars (fornecim ento de medicame nto MICOFE NALATO DE MOFETI LA)	Obrigação de Fazer / Não Fazer	Bruna Lima da Silva Vale e Rosinha Gil da Rocha (assistidas pela DPE- AM)	Estado do Amazonas	MEDICAME NTOS	***	***	***	700 dias	CONCEDEU.	PROCEDENTE. Tempo entre petição e Sentença: 983 dias.	