

## Judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: o que dizem as informações judiciais? Um estudo de caso

*Health judicialization and the Unique Health System: what do judicial information says? A case study*

### Matheus Andrade

Graduando em Medicina, bolsista de IC  
Capes-CNPq/PIBIC-UFSCar  
E-mail: maatheus\_tibia@hotmail.com  
ORCID: 0000-0002-4344-4870

### Giovanni Gurgel Aciole

Médico, Doutor em Saúde Coletiva. Professor  
Associado Dmed/CCBS/UFSCar. Coordenador  
do Grupo Quíron – Estudos e Práticas em  
Saúde.  
E-mail: giovanni.aciole@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-6400-8293

### Resumo

**Introdução:** A judicialização da saúde é tema em ascensão no Brasil, pelo aumento no número de casos levados ao poder judiciário e na produção científica relacionada ao assunto. Concomitantemente, há uma dilatação na importância da saúde como direito em escala mundial. **Objetivo:** explorar o perfil da judicialização da saúde em um município paulista. **Método:** trata-se de um estudo documental de abordagem quali-quantitativa, realizado por meio das plataformas digitais do Poder Judiciário do estado com instrumento próprio de padronização da coleta. **Resultados:** os processos eram majoritariamente demandas de medicamentos (60,8%) indisponíveis na rede pública (54,9%), solicitados através de advogados particulares (65,8%) e receituários da rede privada (51,8%). O impacto econômico não alcançava 1% do orçamento municipal para saúde, mas é significativo em termos de orçamento específico da área afetada. **Conclusões:** a judicialização da saúde não mostra tendência de crescimento regular, em contrassenso aos rumos da saúde nacional, mas ecoa as deficiências da regionalização e da estrutura de serviços e ações no plano municipal. Seu perfil demanda atenção do governo municipal na solução dos déficits de atenção do sistema de saúde local, em particular na área de saúde mental, visando evitar impactos significativos na agenda e nos custos financeiros do SUS.

**Palavras-chave:** Judicialização da Saúde; Direito à saúde; Políticas de saúde; sistema único de saúde.

### Abstract

**Introduction:** The judicialization of health is a growing issue in Brazil, with the increase in the number of cases brought to the judiciary and the scientific production related to the subject. Concomitantly, there is an increase in the importance of health as a right on a global scale. **Objective:** to explore the profile of the judicialization of health in a city in São Paulo. **Method:** this is a documental study with

a qualitative and quantitative approach, carried out through the digital platforms of the State Judiciary Branch with its own instrument for standardizing collection. **Results:** the processes were mostly demands for medicines (60.8%) unavailable in the public network (54.9%), requested through private lawyers (65.8%) and prescriptions from the private network (51.8%). The economic impact did not reach 1% of the municipal health budget, but it is significant in terms of the specific budget of the affected area. **Conclusions:** the judicialization of health does not show a trend of regular growth, contrary to the direction of national health, but echoes the deficiencies of regionalization and the structure of services and actions at the municipal level. Its profile demands attention from the municipal government in solving the deficits in the attention of the local health system, specially on the mental health care, in order to avoid significant impacts on the SUS agenda and financial costs.

**Keywords:** Judicialization of health; constitutional law; health policy; national health system

## Introdução

O debate que concerne às tênues fronteiras do direito à saúde não é, de forma alguma, uma exclusividade regional ou nacional. As origens deste se remetem à Alemanha do período pós-guerra, mais especificamente à Lei Fundamental de 1949, a primeira importante elaboração dogmática de um “Princípio da Dignidade da Pessoa Humana”<sup>1</sup>. Sobredito princípio foi interpretado já no início da década de 1950 de maneira mais ampla, concluindo-se que de sua exegese decorre não só liberdade e proteção da vida contra ameaças externas, como tradicionalmente proposto, mas também certa segurança social<sup>2</sup>.

Nesse sentido, a atual Constituição da República Federativa do Brasil deu seguimento a essa tendência alemã e, por que não, europeia, ao dispor, em seu artigo 1º, IV, a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Brasileiro e inserir em seu artigo 170 a previsão de uma “existência digna”, além de explicitar difusamente alguns aspectos desse princípio. Dentre estes aspectos está o direito à saúde, frisado como direito de todos e dever do Estado no artigo 196 da Carta Magna<sup>3</sup>.

Por outro lado, os direitos fundamentais positivos (aqueles que exigem ação de terceiro, geralmente o Estado, para serem plenamente exercidos) geram um custo que precisa ser avaliado tendo em vista as condições materiais das quais a Administração Pública dispõe. A essa noção geral de que a efetivação dos direitos a prestações materiais estaria condicionada à reserva das capacidades financeiras do Estado se deu o nome de “reserva do possível”. Essa perspectiva limita os direitos sociais pelo entendimento de que as prestações reivindicadas devem corresponder às exigências razoáveis de um indivíduo à sociedade<sup>4,5</sup>.

Mesmo com a ressalva gerada pela denominada “reserva do possível”, o Poder Judiciário brasileiro vem sendo bastante receptivo a demandas que visam obter insumos, tratamentos e medicamentos através do SUS, muitas vezes desconsiderando o impacto dessas decisões no orçamento público destinado à saúde<sup>6</sup>. Outrossim, essa tendência judicial não só muitas vezes ignora o aspecto coletivo do direito à saúde, bem como frequentemente desconsidera a perspectiva das evidências científicas que embasariam a demanda<sup>7</sup>.

Diversos aspectos negativos dessa influência do judiciário na alocação dos recursos destinados à saúde já foram propostos, sendo os principais o aumento da iniquidade causado pelo acesso facilitado de alguns segmentos sociais à via judicial<sup>8-10</sup> e a influência do *marketing* comercial e/ou *lobby* das indústrias farmacêuticas junto a profissionais de saúde, pacientes e pesquisadores para a solicitação de produtos específicos<sup>11</sup>.

Em contrapartida, reiterados estudos apontaram evidências contrárias a esses aspectos, indicando que a procura da via judicial se dá por indivíduos residentes de zona rural e urbana, principalmente provenientes de classes sociais de menor nível socioeconômico, que se valem, principalmente, de formas proporcionadas pelo próprio Estado que favorecem demandas gratuitas, ou seja, ações movidas pela defensoria pública com base em receituários médicos advindos da rede pública de saúde<sup>12,13</sup>.

Também em contraste com a hipótese de que a judicialização seria um instrumento da elite econômica para obter medicamentos de alto custo, há evidências de uma regionalização das principais demandas, que variam de acordo com as deficiências da rede de saúde local, explicitando a necessidade de estudos direcionados a contextos regionais específicos de modo a colaborar com a identificação dessas falhas<sup>13-14</sup>. Ainda que a questão da judicialização da saúde no Brasil venha sendo discutida desde 1988<sup>15</sup>, o ano de promulgação da atual Constituição Brasileira, revisões recentes apontam um aumento no número de trabalhos tratando desse tema<sup>16,17</sup>, sinalizando a relevância crescente desse fenômeno ante o poder público e a comunidade científica.

Em se tratando de temas que ganham relevância hodiernamente, a judicialização da saúde no nosso país tem-se concentrado em ações individuais ou coletivas junto ao Poder Judiciário reclamando obrigação do Estado em garantir acesso a medicamentos de alto custo ou não padronizados nos protocolos assistenciais oficiais. Robustas razões que colocam de um lado a responsabilidade do Estado em garantir a saúde como direito constitucional e, de outro, as severas limitações dos orçamentos públicos, quer municipais, quer federais, o que tem trazido o tema da assistência para a agenda do judiciário<sup>18,19</sup>; e suscitou, ainda que indiretamente, a criação no âmbito do Ministério da Saúde da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), assim definida descrita em sua página eletrônica, criada pela Lei 12.401 de 28 de abril de 2011, com o objetivo de assessorar o MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, os chamados PDCTs<sup>20</sup>.

Diante do contexto explicitado, o presente estudo visa contribuir com a caracterização da judicialização da saúde em um município paulista, analisando seu impacto econômico e caracterizando as demandas mais prevalentes ou de maior demanda junto ao Judiciário.

### Material e método

O estudo é uma pesquisa documental, com abordagem metodológica quali-quantitativa. A unidade de análise do estudo são os dados públicos e de livre acesso de uma ação judicial, definidos pela resolução nº121 do Conselho Nacional de Justiça<sup>21</sup> e disponibilizados na plataforma de consulta de processos do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), parte do sistema E-SAJ.

Padronizou-se um instrumento próprio para coleta de dados dos processos de sentenças judiciais para posterior análise exploratória. Os itens coletados foram: Número do processo; Data da sentença; Órgão alvo; Natureza (medicamento, internação voluntária, internação compulsória ou obrigação de fornecimento); Oferta no SUS no contexto municipal (integralmente disponível, parcialmente disponível ou indisponível); Justificativa apresentada para a solicitação; Custo do medicamento, insumo ou serviço requerido, estimado no próprio processo judicial, de maneira a evitar anacronismos; Tipo do representante do requerente (defensor público ou advogado particular); Origem da prescrição médica (SUS ou rede privada).

Os dados investigados que não estavam disponíveis dentre os documentos públicos de cada processo foram marcados como “não encontrados”. A análise qualitativa dos argumentos

apresentados pelos requerentes foi feita com os dados coletados das sentenças, que normalmente carregam somente uma versão resumida desses (única acessível, visto que a petição inicial tem acesso restrito às partes do processo).

Foram analisados todos os processos julgados em primeira instância registrados no banco de sentenças do TJSP até dezembro de 2017. Estes foram filtrados segundo o critério “assunto” do banco de dados, sendo os seguintes assuntos gerais selecionados: “requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar”; “tratamento médico-hospitalar”; “fornecimento de medicamentos”; “terceirização do SUS”; “financiamento do SUS”; “vigilância sanitária e epidemiológica”; “saúde mental”, “controle social e conselhos de saúde”; “hospitais e outras unidades de saúde”; “doação e transplante de órgãos; tecidos e partes do corpo humano” e “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos”. Estas palavras-chave de busca foram as categorias de agrupamento que permitiram a sistematização dos achados e sua posterior análise.

Em conjunto foi-solicitado ao sistema que exibisse somente os processos em que constassem as palavras “São Carlos”, visto que todos os processos julgados na cidade ou em referência a ela teriam seu nome constando obrigatoriamente como comarca ou parte requerida, o que funcionou como variável de abrangência regional, uma vez que o território da comarca abrange outras municipalidades que lhe são próximas.

Após a sistematização inicial dos dados de cada ação judicial, segundo os critérios de motivação ou fator preponderante da ação, se realizou o agrupamento temático, por meio do qual se verificou o predomínio de processos que tangiam a área de saúde mental, um setor que merece destaque. As doenças mentais atingiram um nível inquietante, sendo estimadas como responsáveis por 32,4% dos anos vividos com incapacidade (YLDs) e 13% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs)<sup>22</sup>. Apesar disso, a judicialização em saúde mental não é frequentemente estudada com o objetivo de que sejam esclarecidas suas características fundamentais, sendo mais comumente analisada sob a ótica da efetividade de medidas específicas<sup>23</sup>.

Para a análise do impacto econômico da judicialização, foi coletado o orçamento anual do município para a saúde, oferecido para consulta pública digitalmente no Portal da Transparência<sup>24</sup>. Visto que o município tem esse dado divulgado até o ano de 2014, o orçamento para os anos seguintes foi estimado com base na aplicação mínima prevista por lei (15% das receitas provenientes de impostos)<sup>22</sup>. Os dados consolidados foram posteriormente organizados e analisados tendo em vista a obtenção de um quadro geral da assistência à saúde mental no município e da judicialização decorrente de suas deficiências. Não houve conflito de interesses.

## Resultados

Após a aplicação dos filtros automáticos do sistema E-SAJ, foram analisadas 2853 ações judiciais, sendo a primeira sentença de 05 de agosto de 2013 e a última de 30 de dezembro de 2017. A divisão dessas ações ao longo dos anos pode ser vista na **Figura 1**.

Dado curioso é que, apesar de haver um crescimento do número anual de processos ao longo do tempo mesmo se retirado esse fator, a grande responsável pelo enorme aumento de julgados em 2015 (e perdurando até 2017) foi a fosfoetanolamina, conhecida na época como “pílula do câncer”. Se retirados os julgados que tratam dessa matéria o aumento se torna menos abrupto, como observado na **Figura 2**.

Depois de analisados os feitos e excluídos os processos de solicitação da fosfoetanolamina, 51 processos foram identificados como referentes à área de saúde mental (13,63% do total de 374 processos, conf. Figura 2 acima). Estes, constituíram o grupo de maior prevalência no total dos processos analisados, havendo uma miscelânea de várias causas difusas que incluíam desde implantação de stents com rapamicina até solicitação de laudo médicos para interdição de familiar por questões civis ou patrimoniais. O predomínio de processos na saúde mental corrobora estudos que indicam haver interfaces entre demanda judicial, regionalização e estruturação da rede de saúde local<sup>13,14</sup>.

De fato, o município do estudo apresenta uma rede de saúde mental altamente desestruturada, com ausência de psiquiatras nas unidades de saúde (CAPS e UBS), entre outros déficits operacionais. Esta estrutura desorganizada, mesmo que voltada para atender determinadas problemáticas, gera complicações e impede que o município assumira a assistência necessária e plena para sua população. Assim, é quase inexistente a articulação entre a Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos de saúde mental. Isso contribui para o aumento da medicalização excessiva e a diminuição de ações no território, com as famílias e a comunidade. Mas não há somente um problema de articulação: não há serviços como CAPS III, leitos psiquiátricos em hospital geral, serviços de emergência psiquiátrica e CAPSad para maiores de 18 anos<sup>25</sup>.

As características principais dos 51 processos e suas distribuições anuais podem ser encontradas no **Quadro 1**.

Dos 51 processos de saúde mental, três (5,9%) datavam de 2013; onze (21,6%) de 2014, seis (11,8%) de 2015, sete (13,7%) de 2016 e vinte e quatro (47,1%) de 2017. Ou seja, em contraste com os dados de processos em saúde no geral, o campo de saúde mental não vinha apresentando aumento progressivo no número de sentenças anualmente, até dar este salto quantitativo de 400% no último ano estudado.

Ao mensurar o impacto econômico que as sentenças causam ao município, optamos por mensurar um valor mínimo e um valor máximo, a depender do quanto este desembolsa ao perder ações em que não é o único requerido. O valor mínimo seria atingido ao não contribuir com os gastos desses processos conjuntos e o valor máximo ao arcar com todo o custo deles. Em 12 processos (23,5%) o município foi o único requerido, em 10 (19,6%) o estado de São Paulo foi o único requerido e em 29 (56,9%) ambos figuram como responsáveis.

Em 2013, os processos em saúde mental tiveram custo estimado entre R\$20.000 e R\$30.000, representando entre 0,08% e 0,12% do orçamento municipal daquele ano para saúde. Para 2014, esse custo ficou entre R\$14.521 e R\$61.688, equivalente a entre 0,04% e 0,17% do orçamento. No ano de 2015, o custo estava entre R\$2.000 e R\$17.928, ou entre 0,01% e 0,08% do orçamento. Em 2016, variava entre R\$10.000 e R\$12.000, ou entre 0,03% e 0,05% do orçamento. Já em 2017, o custo estimado foi entre R\$63.000 e R\$267.513, ou entre 0,2% e 0,8% do orçamento.

Quando se considera, no entanto, o montante previsto para custeio das ações em saúde mental, este percentual alcança expressivos 30,75% do valor orçado para o ano de 2013, variando em escala ascendente nos anos seguintes, até atingir a expressiva marca de 55,27% do orçamento da saúde para a área de atenção a saúde mental em 2017.

Já a análise qualitativa dos argumentos apresentados pelos requerentes indicou certo padrão argumentativo, passível de categorização em seis linhas de discurso principais: 1- O tratamento padronizado não apresentou eficácia comparável à do solicitado por via judicial. Apresentado em 20 processos (39,2%); 2- Urgência do pedido, que demoraria para tramitar por via administrativa.

Apresentado em 15 processos (29,4%); 3- Incapacidade de consentimento de um dos requeridos, que precisaria ser conduzido coercitivamente para tratamento. Apresentado em 13 processos (25,5%); 4- Impossibilidade financeira para arcar com os custos do tratamento indicado pela prescrição médica. Apresentado em 11 processos (21,6%); 5- A rede municipal não oferece o tratamento requisitado, mas o ministério público considera obrigação da mesma fazê-lo, em um processo do total encontrado (2%); 6- O medicamento é oferecido pelo programa de alto custo para outra condição, mas não há cobertura para a enfermidade da qual padece o paciente. Apresentado em um processo (2%).

Por fim, cabe destacar que três processos (5,9%) não continham a habitual descrição dos argumentos do requerente na sentença.

### Discussão

O fenômeno da fosfoetanolamina, que teve sua distribuição cerceada pela Portaria IQSC 1389/2014<sup>26</sup> e levou a grande quantidade de pedidos por via judicial, dificulta a análise da dimensão do crescimento da judicialização da saúde no município estudado, visto que nos bancos de dados do judiciário temos a informação de quando o processo foi oficialmente aberto no sistema, e pode ocorrer um hiato variável em meses e até anos, entre a consulta ao advogado a tomada de decisão quanto à ação judicial e sua efetivação no sistema.

É importante lembrar que o Poder Judiciário é composto por um número limitado de magistrados, que ao lidarem com um crescimento exponencial do número de demandas em regime de urgência “da noite para o dia”, podem ter deixado de julgar em caráter sentencial as demandas em outras áreas, dentre as quais a da saúde mental. Vale observar que, apesar desta investigação se basear nas datas de publicação das sentenças, diversos processos já estavam sendo executados em caráter liminar, limitando a urgência da emissão de sentença.

A despeito disso, há um crescimento considerável e regular nas demandas judiciais por serviços, medicamentos e insumos em saúde no geral, crescimento esse não seguido de maneira regular pelas solicitações em saúde mental, que tiveram um padrão muito menos constante de crescimento. Estas podem ser polarizadas em dois tipos: medicamentos e internações. Os dois tópicos permitem análises bastante diferentes quanto a sua situação.

Em se tratando de medicamentos, as solicitações são focadas em fármacos de distribuição não padronizada pela rede pública de saúde. Há somente uma exceção, em que um requerente exigia o fornecimento de uma medicação de alto custo que tem distribuição regulamentada, mas sua condição não é listada como uma das passíveis de recebimento do fármaco.

Tendo em vista o caso principal, a resolutividade local do problema é bastante dificultada pelo fato da lista de medicamentos disponíveis através da rede pública ser delegação da instância federal, adicionando novos medicamentos à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) somente mediante parecer da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)<sup>20</sup>. Uma estratégia viável localmente são as ações de educação aos médicos da rede pública e privada para que conheçam e deem preferência aos medicamentos já padronizados pelo SUS. Entretanto, o principal argumento utilizado nessas solicitações afirma que os remédios disponíveis, apesar de já indicados, não apresentaram a mesma eficácia do agora demandado. Um argumento que encontra abrigo, justamente, por apostar em um viés privatista porventura existente no direito brasileiro, centrado na garantia absolutista dos direitos individuais e pouco receptivo às

injunções de natureza coletiva e pública, muitas vezes determinando ao poder público que obtenha serviços e ações diretamente do prestador privado<sup>16,18,19</sup>.

O panorama é outro ao analisar o segundo tipo principal de requisição judicial, as internações. Esse é um problema muito mais regionalizado, decorrente do fato de que no município não há instituição pública capacitada para atender a demanda, no caso específico, leitos de internação em saúde mental. Este fato gerou, inclusive, a ação de obrigação de fornecimento de agosto de 2013, em que o Ministério Público exigiu que a municipalidade comportasse opções locais de tratamento, já que era regra que esses casos fossem remanejados para hospital psiquiátrico em outra região.

Desde então o município vem se disponibilizando através de processo administrativo para que arque com os custos dessas internações, voluntárias ou compulsórias, em clínicas particulares da região (por isso o serviço foi descrito nos resultados como “parcialmente disponível”). Isso dilata o valor do serviço, que se torna, além de mais custoso, mais lento. Essa lentidão do processo administrativo é que motiva a maioria das ações nessa área, que têm como argumento mais frequente a urgência da demanda. No caso das demandas de internação compulsória, é ainda comum que se cite a incapacidade de escolha do outro requerido, normalmente um dependente químico que tem a solicitação de internação feita por um familiar.

Há de se notar que, dentre os processos em que se citava o tipo de representante do requerente entre os documentos públicos, figura uma maioria de advogados particulares em relação a quantidade de representados pela defensoria. Contudo, é mister frisar que mais de um quarto dos processos não continha essa informação, dificultando a afirmação categórica de que a judicialização da saúde mental no município estudado é um fenômeno guiado por requerentes com condição socioeconômica alta ou resulta de algum ativismo judicial garantista e democrático<sup>19</sup>.

Tal dificuldade se faz ainda mais presente quando se tenta observar a origem das prescrições, visto que tal dado está ausente em quase metade das ações analisadas. Dentre os processos em que este dado estava disponível há um equilíbrio entre prescrições provenientes das redes pública e privada, fato que normalmente não era levado em conta pelo magistrado na decisão. Apesar do único processo julgado improcedente ter receituário de origem da rede privada, o argumento para sua improcedência foi a requisição de uma “carta branca” para que o requerente pudesse exigir do Estado qualquer medicamento indicado pelo médico daquele momento em diante sem precisar passar novamente pelo Poder Judiciário.

O último dado a ser analisado no presente artigo foi o impacto econômico das decisões judiciais no orçamento do município dedicado à saúde. Como se pode notar, apesar de seu custo relativo não alcançar 1% do orçamento, os valores requisitados alcançam a casa dos seis dígitos. Essa demanda econômica é inesperada e exige uma mobilização em regime de urgência na maioria das vezes, visto que há punição proporcional ao tempo de atraso para cumprimento das sentenças. Não há registro de processos julgados improcedentes por conta do princípio da “reserva do possível” ou outros argumentos ligados ao custo financeiro, mostrando, se não um descaso do judiciário pelo aspecto financeiro, ao menos uma presunção de que os custos podem ser arcados sem maiores dificuldades pelo município.

Quanto ao aspecto comparativo da situação regional, os resultados encontrados na região nordeste para ações na área da saúde, mais especificamente no estado do Ceará, são confluentes ao mostrar que a principal requisição é a de medicamentos, e os processos são movidos majoritariamente por advogados particulares. Não obstante, as internações não representavam número importante de processos, e os receituários eram provenientes principalmente da rede pública de saúde<sup>14</sup>.

Já em relação a um estudo que analisou as ações na área da saúde no Distrito Federal, há divergência nas principais demandas, visto que nessa região a principal requisição era a internação em UTIs da rede privada e a origem das prescrições possuía ampla dominância da rede pública, além dos representantes também possuírem grande dominância da defensoria pública. Mas os medicamentos também eram importantes causa de processo judicial, sendo o segundo item mais solicitado<sup>13</sup>.

Outrossim, o estudo que analisou a situação da judicialização da saúde no Rio Grande do Sul é discordante do presente estudo no tipo de representante majoritário e na disponibilidade das principais demandas por medicamentos. Nesse estado a defensoria pública era a grande responsável pelos processos em saúde e a maioria dos medicamentos solicitados faziam parte dos já padronizados pelo SUS. De outra sorte, como o presente estudo, este também demonstrou uma ampla tendência do poder judiciário a decidir a favor do requerente<sup>12</sup>.

A investigação feita no presente trabalho possui algumas limitações. Por se tratar de um método que ordena as ações temporalmente por meio de suas sentenças, grande parte do impacto econômico pode estar anacrônico, visto que várias demandas já estavam sendo cumpridas em caráter liminar anteriormente, assim como outras liminares poderiam ser cumpridas nos anos analisados no estudo, apesar de suas sentenças ainda não terem sido publicadas. Para eliminar essa limitação seria necessário um arquivo municipal que compilasse as ordens judiciais cumpridas pelo município em cada período, arquivo esse inexistente na secretaria de saúde municipal.

Outra limitação advém da limitadíssima literatura envolvendo especificamente a judicialização da saúde mental, que não permite análise regional comparativa *stricto sensu*. Por fim, a pesquisa de processos digitais teve seu conteúdo bastante limitado pelo CNJ desde 2010, dificultando novos estudos com ampla coleta de dados<sup>21</sup>.

### Conclusão

A judicialização da saúde é um fenômeno ascendente nos municípios brasileiros, assim como no nível federal. Apesar disso, as demandas em saúde mental não acompanham esse ritmo de crescimento, apontando um possível ponto forte do serviço de saúde local. Dentre as demandas identificadas no município do estudo, as ações em saúde mental apresentam relativa predominância em relação às demandas na área da saúde locais, sugerindo a convivência de duas possibilidades: a dificuldade de acesso as ações de saúde mental propostas pelo SUS, e o recurso à via judicial como alternativa possível. Freios possíveis são os custos judiciais que podem ser inviáveis para classes socioeconômicas menos favorecidas, mas ativismo judicial acaba onerando de forma inversa os setores responsáveis pela saúde mental na rede pública uma vez que promove o progressivo e significativo comprometimento do orçamento da saúde em ações individualizadas e, quase sempre, remetidas a prestadores privados.

Cabe aos municípios otimizar suas redes de atendimento, para que o acesso ao cuidado em saúde mental seja facilitado, e seu alcance o mais universalizado possível, no contexto da garantia de acesso a serviços de qualidade, tecnologicamente atualizados, visando uma melhor garantia da qualidade de vida e saúde do cidadão/usuário e a diminuição da necessidade da via judicial, que causa gastos inesperados ao poder público, reduzindo também o espaço para argumentações como as que predominaram nos processos judiciais encontrados.

### Referências

1. Alemanha. Lei Fundamental da República Federal da Alemanha. Deutscher Bundestag. 2011. Disponível em: <<https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80208000.pdf>>.
2. Bachof, O. Begriff und Wesen des sozialen Rechtsstaates. Verhandlungen der Tagung der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer. 12; 42-3; 1954.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
4. Sarlet I, Figueiredo M. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. Revista Brasileira De Direitos Fundamentais & Justiça. 1(1); 171-213; 2007.
5. Wang DWL. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. Revista Direito GV. 4(2); 539-568; 2008.
6. Wang DWL, Vasconcelos NP, Oliveira VE, Terrazas FV. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. Rev. Adm. Pública. 48(5); 1191-1206; 2014.
7. Dias ER, Silva JGB. A Medicina Baseada em Evidências na jurisprudência relativa ao direito à saúde. Einstein (São Paulo).14(1); 1-5; 2016.
8. Barata R, Chieffi AL. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad. Saúde Pública. 25(8); 1839-1849; 2009.
9. Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo Rev. Saúde Pública. 41(1); 101-107; 2007.
10. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev. Saúde Pública. 41(2); 214-222; 2007.
11. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis. 20(1); 77- 100; 2010.
12. Biehl J, Socal MP, Amon JJ. The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. Health and Human Rights. 18(1); 209-2200; 2016.
13. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 19(2); 591-598; 2014.
14. Nunes CFO, Ramos Jr AN. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. Cadernos Saúde Coletiva, 24(2); 192-199; 2016;
15. Dallari SG. Uma nova disciplina: o direito sanitário. Rev. Saúde Pública. 22; 327-34; 1988.
16. Dias MSA, Gomes DF, Dias TA, Silva LCC, Brito MCC, Neto MCC. Judicialização da saúde pública brasileira. Rev. Bras. Polít. Públicas. 6(2); 132-145; 2016.
17. Oliveira MRM, Delduque MC, Sousa MF, Mendonça AVM. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? Saúde debate. 39(105); 525-535; 2015.

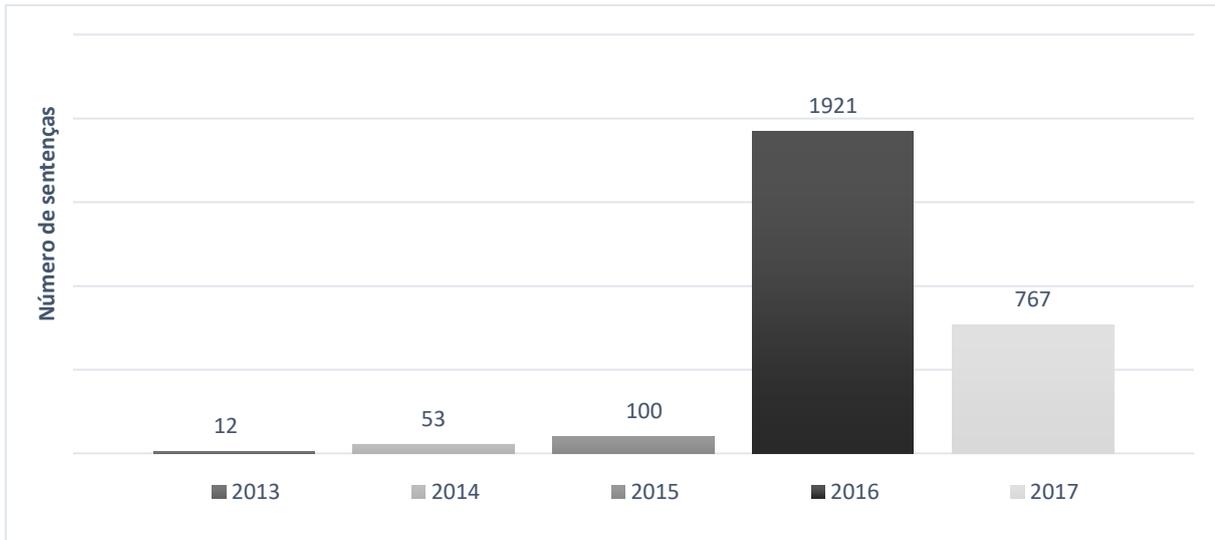
- <sup>18</sup> Barroso, LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em 4/3/2017.
- <sup>19</sup> Barroso, LR. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. 22 de dezembro de 2008. Disponível em: [https://www.conjur.com.br/2008-dez-22/judicializacao\\_ativismo\\_legitimidade\\_democratica](https://www.conjur.com.br/2008-dez-22/judicializacao_ativismo_legitimidade_democratica). Acesso em 12/2/2017.
- <sup>20</sup> Brasil. Lei no 12.401, de 28 de abril de 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm#targetText=Art.%202%C2%BA%20Esta%20Lei%20entra,Independ%C3%Aancia%20e%20123%C2%BA%20da%20Rep%C3%BAblica](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm#targetText=Art.%202%C2%BA%20Esta%20Lei%20entra,Independ%C3%Aancia%20e%20123%C2%BA%20da%20Rep%C3%BAblica).
- <sup>21</sup> Conselho Nacional de Justiça. Resolução no 121, de 5 de outubro de 2010. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/images/resolucoes/Resolucao\\_n\\_121-GP.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/resolucoes/Resolucao_n_121-GP.pdf).
- <sup>22</sup> Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. 3(2); 171–178; 2016.
- <sup>23</sup> Reis C, Guareschi NMF, Carvalho S. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicol. Soc.* 26(spe); 68-78; 2014.
- <sup>24</sup> Prefeitura Municipal de São Carlos. Portal da Transparência: Orçamento Municipal. Portal da prefeitura de XXXX. [s.d.]. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude-e-educacao.html>.
- <sup>25</sup> Dobies, DV.; Fioroni, N. Mental health care in the municipality of São Carlos, State of São Paulo: remarks about its history and current situation. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.285-99, abr./jun. 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200005>. Acesso em 15 de abril de 2016.
- <sup>26</sup> Universidade de São Paulo. Portaria IQSC no 1389, de 2014. Disponível em: <http://www5.iqsc.usp.br/files/2015/09/Portaria-distribuicao-de-medicamentos.pdf>

### Agradecimentos

Ao grupo Quíron, colegas e professores, e em especial ao Prof. Washington Abreu de Jesus, pelo apoio científico e acadêmico. À Secretaria de Saúde de São Carlos/SP, pelo suporte técnico. Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pela concessão de bolsa de IC por meio do Programa PIBIC/UFSCar.

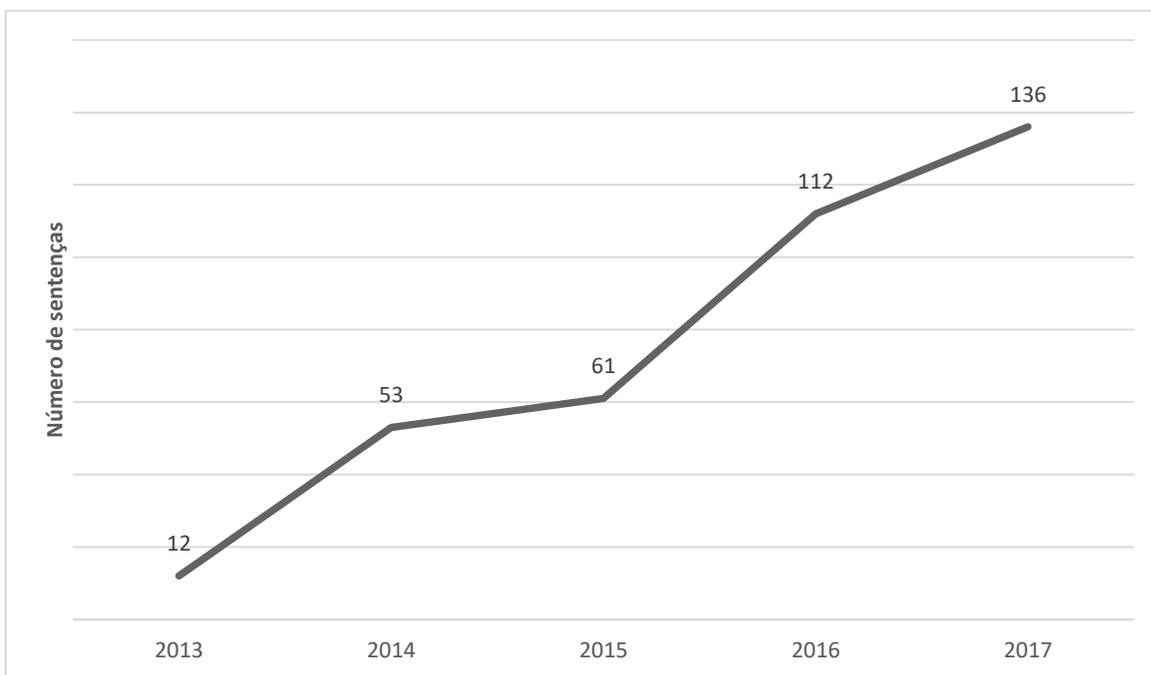
Apêndices

Figura 1 – Número de processos julgados por ano na saúde em São Carlos/SP, 2013 - 2017



Fonte: elaboração dos autores, 2019.

Figura 2 – Número de processos julgados por ano na área da saúde no município de São Carlos/SP, excluídos os que se referem a fosfoetanolamina



Fonte: Elaboração dos autores, 2019.

QUADRO 1 – Caracterização das ações judiciais em saúde no município de São Carlos segundo ano (2013-2017).

N	n (%)	2013	2014	2015	2016	2017	Total
<b>Natureza</b>							

## Judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: o que dizem as informações judiciais? ...

Medicamento	1 (3,2)	5 (16,1)	5 (16,1)	6 (19,4)	14 (45,2)	31 (100)
Internação voluntária	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	2 (100)
Internação compulsória	0 (0,0)	6 (35,3)	1 (5,9)	1 (5,9)	9 (52,9)	17 (100)
Obrigação de fornecimento	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)
<b>Oferta</b>						
Disponível	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (66,7)	3 (100)
Parcialmente disponível	1 (5,0)	7 (35,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	10 (50,0)	20 (100)
Indisponível	2 (7,1)	4 (14,3)	4 (14,3)	6 (21,4)	12 (42,9)	28 (100)
<b>Tipo do répresentante</b>						
Defensoria pública	1 (7,7)	2 (15,4)	3 (23,1)	1 (7,7)	6 (46,2)	13 (100)
Particular	2 (8,0)	5 (20,0)	2 (8,0)	4 (16,0)	12 (48)	25 (100)
Não encontrado	0 (0,0)	4 (30,8)	1 (7,7)	2 (15,4)	6 (46,2)	13 (100)
<b>Origem da Prescrição</b>						
SUS	0 (0,0)	2 (15,4)	3 (23,1)	3 (23,1)	5 (38,5)	13 (100)
Rede privada	0 (0,0)	3 (21,4)	2 (14,3)	1 (7,1)	8 (57,1)	14 (100)
Não encontrado	3 (12,5)	6 (25,0)	1 (4,2)	3 (12,5)	11 (45,8)	24 (100)

Fonte: Elaboração dos autores, 2019