

Judicialização da Saúde no Estado de São Paulo: possíveis soluções para mediação entre os Poderes Judiciário e Executivo.

Ana Táffari Ferreira da Costa

Elaine Viana Vaz Martins

Orientador: Me. Daniel Bruno da Silva

Resumo

Considerando a formação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), sua abrangência, seu orçamento e a importância deste modelo participativo para a saúde pública, sob o prisma dos atores envolvidos, torna-se fundamental analisar o financiamento público da saúde e o impacto na execução da política pública de saúde resultante de decisões judiciais a favor da realização, pelo SUS, de procedimentos de alto custo e alta complexidade, efeito conhecido por Judicialização da Saúde. Analisar possíveis soluções para mediação entre os Poderes Executivo e Judiciário contribui para a eficiência da gestão da política pública de saúde no Estado de São Paulo. Em síntese, é importante destacar que não há limite para esse conceito, pois a ciência sempre evolui em busca da melhoria na qualidade e preservação da vida, direito universal tutelado pelo Estado.

Abstract

The Unified Health System in Brazil (*SUS*) is notable for its structure that is based on its coverage, its budget and the significance of this cooperative model of public health. Taking this into consideration and respecting the perspective of all the involved, it is critical to analyze the public financing of health and the impact of Health Judicialization (judicial decisions making *SUS* pay for the high-cost procedures) on the implementation of the public health policy. Health Judicialization, is creating a conflict between Executive and Judiciary Powers. In face of this problem, it is necessary to analyze possible solutions for mediation between the Powers. These cooperation will create a better ambience for the improvement of the efficiency of public health policy management in the State of São Paulo. In summary, it is important to emphasize that there is no limit to this concept, since society is always evolving towards preservation of life, that is an universal right and should be protected by the State.

Palavras-chave

Política de Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Judicialização da Saúde, Soluções.

Keywords

Public Health Policy, Unified Health System, Health Judicialization, Solutions.

1. Introdução

O financiamento público da Saúde se divide em Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Média/Alta Complexidade. No âmbito do SUS, a definição de Alta Complexidade está relacionada ao conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, com objetivo de proporcionar à população acesso a serviços qualificados, integrados aos demais níveis de atenção à Saúde (Atenção Básica e de Média complexidade).

A Judicialização da Saúde é a tentativa de obter, por meio de ações judiciais, acesso a medicamentos, exames, cirurgias ou tratamentos, aos quais os pacientes não conseguem ter acesso pelo SUS ou pelos planos privados. Neste estudo identificam-se possíveis soluções para mediação entre Poder Executivo e Judiciário, a partir de iniciativas em andamento no Estado de São Paulo.

Num primeiro momento este artigo objetiva apresentar a formação do Sistema Único de Saúde no Brasil e o financiamento da saúde pública. Em sequência, analisar e os impactos da Judicialização da Saúde no orçamento público e possíveis soluções de mediação entre os Poderes Executivo e Judiciário, a fim de contribuir para a eficiência da gestão da política pública de saúde.

Através da revisão bibliográfica realizada sobre o tema da Judicialização da Saúde, evidenciou-se que há pelo menos duas correntes de pensamento, que serão descritas no desenvolvimento. Por um lado, a defesa de que é através desse mecanismo que se garante o mínimo constitucional e a integralidade na prestação de serviços de saúde pública a quem busca garantir seu direito fundamental ao acionar o Poder o Judiciário. Por outro lado, com um viés pragmático, defende-se a integralidade condicionada à possibilidade de atendimento por meios viáveis e universalmente acessíveis, pré-definidos em protocolos de saúde pública, excluindo do conceito de integralidade o atendimento em condições excepcionais não planejadas.

Notoriamente, não é cabível nesse texto, por sua limitação teórica e por seu objetivo inicial, esgotar as diferentes interpretações do conceito de integralidade no atendimento à saúde pública, em suas diferentes correntes, mas defender que a mediação entre os Poderes Executivo e Judiciário promoverá um importante avanço na interpretação do caso concreto à luz de uma política pública de saúde universalmente viável, conforme iniciativas já em andamento no Estado de São Paulo.

Essa situação, ampliada para nível nacional, certamente encontrará peculiaridades locais, por questões culturais, sociais e econômicas, que poderão ser objeto de estudo em outro texto, extrapolando o escopo deste breve estudo inicial.

A escolha do tema Judicialização da Saúde justifica-se por dois aspectos relevantes:

1.1 Judicialização da Saúde como mecanismo garantidor de direito social

O fenômeno ocorre através do chamado ativismo judicial, situações em que o Poder Judiciário, ao julgar o caso concreto, decide pela aplicação do preceito constitucional de acesso universal à Saúde, impõe ao Poder Executivo a realização de procedimentos de alto custo e/ou alta complexidade, em rede pública ou privada, com financiamento pelo SUS – Sistema Único de Saúde, ainda que esses procedimentos não estejam previstos nos protocolos de atenção do SUS ou no Orçamento Público da Saúde.

Quando o Estado deixa de cumprir uma imposição estabelecida pelo texto constitucional, trata-se de um comportamento revestido da maior gravidade político-jurídica, pois, mediante inércia, o Poder Público também desrespeita a Constituição, também ofende direitos que nela se fundam e também impede, por ausência de medidas concretizadoras, a própria aplicabilidade dos postulados e princípios da Lei Fundamental. (MELLO, Celso de. 2004. STF/ADPF 45, Relatório com Voto do Ministro Celso de Mello, DJ de 29/04/2004)

A omissão do Poder Executivo transfere para o Poder Judiciário o papel de alocar recursos orçamentários, ainda que ao caso concreto, pela falta de padronização de uma efetiva política para atendimento universal a esse tipo de caso, pela falta de planejamento e pela falta de uma avaliação do impacto dessas decisões isoladas no orçamento global.

1.2 Tendência de ampliação da busca desse mecanismo pela população

A demanda por procedimentos de alto custo e alta complexidade e a busca do Poder Judiciário para garantir o acesso a eles, traz ameaça ao conceito de eficiência na gestão orçamentária.

O Judiciário está mais próximo dos cidadãos que ali podem reivindicar direitos constitucionais, uma vez que não pode se negar a promover a Justiça a quem quer que o procure, tornando-se instrumento de acesso democrático pela jurisdição constitucional, ao direcionar a atenção política para a satisfação de direitos que, de outra forma, estariam dispersos no cotidiano do poder. (SUNSTEIN, 2004, p.228)

Sendo assim, à luz da Constituição Federal, da Constituição Estadual e da jurisprudência, avaliar o impacto de decisões judiciais, Judicialização da Saúde, é premissa para garantir maior efetividade na execução da política pública de Saúde em sede do Poder Executivo, não apenas do Poder Judiciário.

O Poder Judiciário, por meio do controle difuso de constitucionalidade, pode determinar a realização de direitos sociais, mesmo que individualmente, daqueles que batem à sua porta, principalmente em relação à Saúde, uma vez que o direito à vida, quando chega ao Judiciário para ser protegido, é questão emergencial. (BARBOZAL; KOZICKILL, 2012)

As decisões, em geral, autorizam os beneficiados a furar longas filas de espera, o que tem acirrado o debate sobre como repartir os recursos das políticas sociais, em um momento de restrição severa de gastos pelos governos federal, estaduais e dos municípios, gerando um efeito redistributivo perverso.

Para o advogado Octávio Luiz Motta Ferraz, do King's College de Londres, no caso da Saúde, por exemplo, há um equívoco entre os juristas brasileiros na forma de interpretar o direito ao acesso. "O Judiciário não aumenta o Orçamento num passe de mágica, mas redistribui um Orçamento limitado. Se os litigantes fazem parte de um grupo que não está na base da pirâmide, o efeito dessa redistribuição é regressivo. "Para o desembargador Renato Dresch, membro do Fórum do CNJ, o juiz não pode negar o pedido de um doente. "O juiz não entende de Medicina. Se há um documento indicando risco de vida, irá atender. É importante que as secretarias de Saúde utilizem notas técnicas para embasar suas defesas. (Folha de São Paulo, 05/06/2016. <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/acoes-na-justica-disparam-e-elevam-despesas-publicas.shtml>)

2. Desenvolvimento

2.1 O Sistema Único de Saúde – SUS

A ideia do SUS não é nova, ela vem amadurecendo desde a década de 70 época em que o acesso à saúde era restrito. A atuação do Ministério da Saúde se resumia, por exemplo a vacinação e o atendimento médico hospitalar à poucas doenças. Na época foi criado o chamado INAPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) que prestava atendimento apenas às pessoas que contribuíam com a previdência social, ou seja, os trabalhadores com carteira assinada.

Com a insatisfação da grande parcela da população sobretudo a formada por trabalhadores informais, trabalhadores rurais e desempregados, e abraçado pelo meio acadêmico como oposição técnico e política ao regime militar, surgiu o chamado movimento sanitarista brasileiro. Estas ideias que surgiram no Brasil e se somaram a discussões mundiais realizadas no âmbito da Organização Mundial de Saúde. Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional em Saúde, tida como um marco para a criação do SUS. A CNS foi aberta pelo primeiro presidente civil (José Sarney) e foi a primeira CNS com participação popular. Nela se propagou a Reforma Sanitarista e implantou-se o então chamado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que era um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, e formou as bases da Seção II – Da Saúde em nossa Constituição Federal de 1988.

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o

controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

(<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>)

2.1.1 SUS – Constituição Federal de 1988 e o direito à saúde

O direito à saúde está inserido em nossa Constituição Federal de 88 tanto através do artigo 6º inserido no Capítulo II – Dos Direitos Sociais dando um prisma de bem-estar e justiça social, quanto no Artigo 196 - Seção II, intitulada como “Da Saúde” onde faz-se o reconhecimento que é dever do Estado garantir, mediante políticas sociais e econômicas que objetivem a prevenção a doenças, acesso universal e igualitário às ações e ações que auxiliem na proteção e recuperação.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

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

(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)

Neste contexto nasceu o SUS (Sistema Único de Saúde) criado em 1988 como grande marco para a promoção da saúde e regulamentado pela Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei nº 8.142/90. O SUS é um sistema único porque é pensado em diretrizes e leis que abrangem todo o Brasil e toda a sua população sendo que o acesso a este sistema é um direito de cada cidadão. É importante destacar que, desde o nascimento até a morte, todos os brasileiros moradores no Brasil têm a cobertura do SUS e podem gozar de seus benefícios.

Salientamos que o SUS ainda não funciona como deveria, ou pelo mesmo como foi pensado originalmente pois, em um país de dimensões continentais, com orçamento limitado onde há descompasso entre a oferta e a demanda, o SUS, com suas limitações pode não funcionar para todos, mas, há de se ressaltar, que funciona para grande parte da população. É inegável que a criação do SUS foi uma grande evolução e até hoje é tido como o mais completo sistema de saúde do mundo. O SUS tem como princípios doutrinários a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde conforme ressaltamos brevemente:

Universalidade: O cidadão tem acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção da saúde, proteção e recuperação. É um direito de cidadania inerente a todos brasileiros natos ou naturalizados residentes no Brasil desde de seu nascimento até a sua morte. Todos tem direito a saúde e aos serviços

de saúde que necessitam. Vale ressaltar que o financiamento é chamado de financiamento solidário, ou seja, todos contribuem através de impostos.

Equidade: Como já preconiza nossa Carta Magna, todos os brasileiros são iguais perante a lei e devem ser tratados desta forma também na área da saúde. No entanto é inegável que há desigualdades sejam elas regionais ou sociais devendo estas desigualdades ser respeitadas, ou seja o tratamento deve ser de busca de igualdade respeitada as diferenças existentes e, neste ponto, a equidade objetiva o acesso e tratamento de saúde mais igual. A Equidade diz respeito a tratar desigualmente os desiguais, ou seja, que todos tenham um atendimento de saúde mais igual, inclusive com o Estado atuando em proteger àqueles mais vulneráveis, com menos condições financeiras, que não tem acesso imediato aos hospitais A, B, ou C.

Integralidade: Este é o grande desafio pois o Estado se compromete a dar atendimento integral a todos os seus cidadãos, ou seja, deve empreender desde ações para a prevenção de qualquer mal até o tratamento de toda e qualquer condição de saúde nos mais diversos níveis de complexidade e devem funcionar em rede. Diz respeito às abrangências de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes. Vão desde ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos (como citamos no item Equidade), às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

(<http://www.revistacapitolina.com.br/sera-que-voce-conhece-o-sus/>)

O princípio da Equidade possui duas vertentes sendo: a organização do fluxo de investimentos para o desenvolvimento dos serviços em nossas várias regiões, bem como Estados e Municípios por vezes tão distintos e as ações a serem realizadas de acordo com a necessidade e problemas da população usuária expostas a riscos diferenciados. Neste aspecto os movimentos sociais organizados tem papel importante defendendo grupos de minorias e levando demandas políticas além de ajudar na adoção de propostas que por vezes se transformam em programas e projetos específicos no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde. Como exemplo, podemos citar as políticas públicas voltadas para a população negra, indígena e GLBTT (gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais) e neste sentido, inclusive, se articulando com o princípio da Integralidade do cuidado à saúde. Equidade, não é igualdade, mas sim, tratar diferentemente pessoas diferentes para que tenham direitos iguais.

Quanto à Integralidade, o SUS busca atender através dos seus profissionais, gestores, prestadores de serviços e usuários. Podemos citar como exemplo as campanhas de vacinação que fazem parte do Programa Nacional de Imunização, referência mundial, distribuição de medicamentos, de preservativos, pesquisas, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, transfusão de sangue, transplante de órgãos. A saúde é vista como um todo envolvendo desde o aspecto biológico, social, econômico e até espiritual, com a criação de Centros Holísticos a partir da introdução da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

que visa fornecer práticas alternativas, tradicionais e complementares como acupuntura, cromoterapia, meditação, reiki entre outras fornece praticas alternativas fomentando práticas de cuidados não invasivos.

Há também os princípios organizacionais como, por exemplo, o princípio da Descentralização que objetiva que o SUS esteja em diversas partes, o mais próximo possível do cidadão. Este princípio também abrange a questão da responsabilidade fragmentada entre o governo federal, estadual, municipal e do Distrito Federal. Temos ainda o princípio do controle social que é de suma importância para a construção do SUS pois, pode abarcar assuntos como a construção de UBS, horário de funcionamento do serviço, além de permitir a participação dos cidadãos em conselhos e conferências de saúde. É a população ajudando a construir e a gerir os caminhos do Sistema Único de Saúde.

2.1.2 SUS – Financiamento e Emenda Constitucional 29/2000

Se até 1988 tínhamos o sistema do tipo Bismarckiano (Chanceler Otto von Bismarck) de proteção social, ou seja, era de contratação obrigatória e o financiamento se dava através de contribuições vinculadas ao trabalho assalariado (trabalhador com carteira assinada), a partir do advento da Constituição Federal de 1988 passamos a ter o sistema chamado de modelo Beveridgiano (Sir William H. Beveridge), que é ordenado por autoridades estatais e financiados com recursos fiscais.

A Constituição Federal de 1988 determina que o financiamento do SUS seja fragmentado entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde, isso significa que, além da previsão de recursos no orçamento da União, as peças orçamentárias tanto dos estados como dos municípios devem constar recursos para as políticas de saúde.

O repasse financeiro é feito através de blocos de financiamento divididos entre Atenção Básica, Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Bloco de Vigilância em Saúde, Bloco de Assistência Farmacêutica, etc.

A vinculação constitucional de recursos para a saúde, definida através da EC nº29/2000, prevê, para a União, que o investimento de um ano seja igual ao montante aplicado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Para Estados e Municípios, foi definido aplicar em Saúde um percentual mínimo de sua receita, numa transição a partir do mínimo de 7% em 2000, até atingir os percentuais, respectivamente, de 12% e 15%, em 2004, conforme segue: Estados: 12% da receita e Municípios: 15% da receita de impostos municipais.

2.1.3 SUS – Bloco de investimento

A priori a atenção básica é de responsabilidade municipal. A cargo do Estado, em geral, ficam ações que abrangem a média e a alta complexidade.



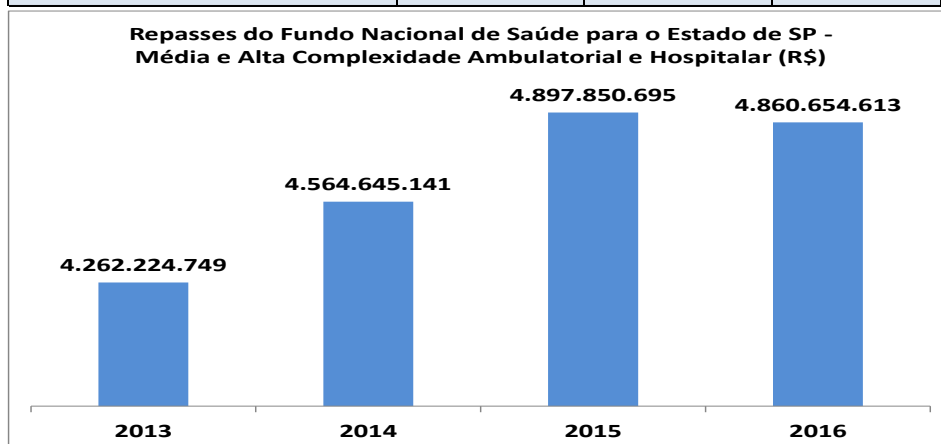
A Emenda Constitucional nº 29 também estabeleceu que deveriam ser criados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios os fundos de saúde e os conselhos de saúde. Os Fundos recebem os recursos locais e os transferidos pela União, já os conselhos tem como atribuição acompanhar os gastos e fiscalizar as aplicações. A transferência se dá Fundo a Fundo, ou seja, o aporte à fonte de recursos deverá ser feito através de transferência de um fundo de saúde com destinação exclusiva para este fim.

2.1.4 SUS – Composição anual dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Estadual de Saúde (FUNDES)

Para exemplificar, segue abaixo a composição dos recursos repassados Fundo-a-Fundo para o Estado de São Paulo no quadriênio de 2013 a 2016. O bloco de Média e Alta Complexidade, já representa cerca de 90% do valor total repassado ao Estado pelo Fundo Nacional de Saúde.

Evolução dos repasses do FNS ao FUNDES - Ano 2013 a 2016

Composição Anual de Recursos Repassados pelo Fundo Nacional de Saúde por ano			
Descrição	2014	2015	2016
Bloco Atenção Básica	2.489.130	2.742.220	3.146.680
Bloco Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	4.134.322.577	4.464.272.596	4.276.805.780
Bloco Vigilância em Saúde	78.258.134	76.496.729	183.679.810
Bloco Assistência Farmacêutica	340.219.060	350.017.001	392.086.926
Bloco Gestão do SUS	5.680.580	1.047.070	550.380
Bloco Investimento	3.675.660	3.275.078	4.385.037
Total	4.564.647.155	4.897.852.710	4.860.656.629
Peso M/A Complexidade sobre Total	90,6%	91,1%	88,0%



Elaboração própria fonte: <http://www.fns.saude.gov.br>

2.1.5 SUS – Contribuição dos Entes Federativos

Os percentuais de investimento financeiro dos Municípios, Estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional nº 29 (setembro 2000). Por esta lei, Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde enquanto cabe aos Estados o percentual de 12%.

No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

A base das Receitas Municipais é formada por todas as receitas de impostos de natureza municipal como ISS, IPTU e ITBI (+) Receitas de transferências da União:

Quota-Parte: FPM + ITR + Transferências da Lei Complementar nº87/96 (Lei Kandir) (+) Imposto de Renda Retido na Fonte (+) Receitas de transferências do Estado: Quota-Parte do ICMS + IPVA + IPI – Exportação (+) Outras receitas correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos

A base das Receitas Estaduais é formada por todas as receitas de impostos de natureza estadual, ou seja, ICMS, IPVA, ITCMD (+) Receitas de transferências da União:

Quota-Parte: FPE + IPI – Exportação + Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir) (+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF (+) Outras receitas correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. (-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios: ICMS (25%) + IPVA (50%) + IPI – Exportação (25%)

2.1.6 SUS – Demonstrativo da aplicação de recursos em ações e serviços públicos de Saúde em relação à Receita Líquida no Estado de São Paulo – de 2013 a 2015

Em 2013, o Estado de São Paulo, através do Decreto nº 58.912 de 26 de fevereiro de 2013, instituiu a Unidade Orçamentária FUNDES (Fundo Estadual de Saúde) de titularidade da Secretaria da Saúde, dedicada exclusivamente à movimentação financeira dos recursos das ações e serviços públicos de saúde. Neste ano a aplicação de recursos foi de 12,43% da Receita Líquida de Impostos e Transferências Federais conforme demonstrado abaixo:

ESPECIFICAÇÃO	REALIZAÇÃO
TOTAL DA RECEITA	141.557.155.223
RECEITA DE IMPOSTOS	126.213.393.850
OUTRAS RECEITAS PROVENIENTES DE IMPOSTOS	8.050.620.880
TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS	7.293.140.492
TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS	-36.278.235.277
A - TOTAL DA RECEITA LÍQUIDA	105.278.919.946
FUNÇÃO 10 – SAÚDE	14.459.618.591
ADMINISTRAÇÃO DIRETA	11.566.421.247
Secretaria da Saúde	11.477.654.538
Outras da Administração Direta	88.766.709
ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	2.893.197.344
Hospital das Clínicas USP	1.178.183.019
Hospital das Clínicas Ribeirão Preto	410.992.829
SUCEN	65.052.755
Universidades e Faculdades de Medicina	841.469.913
Outras da Administração Indireta	397.496.827
EXCLUSÕES	-1.376.385.526
Cancelamento de Restos a Pagar	-19.699.624
Insuficiência financeira - previdência estadual	-281.060.832
Aposentadorias e pensões	-14.934.980
Despesas intra-orçamentárias	-839.758.870
Demais deduções da Função 10 – Saúde	-220.931.221
B - TOTAL DA DESPESA LÍQUIDA	13.083.233.065
PERCENTUAL DE APLICAÇÃO (B/A)	12,43%

https://portal.fazenda.sp.gov.br/acessoinformacao/Downloads/balanco_2013.pdf

Durante o exercício de 2014, o Estado de São Paulo efetuou gastos em ações e serviços públicos de saúde, no montante de R\$ 13.417.444.832, ou seja, 12,46% da Receita Líquida de Impostos e Transferências Federais:

ESPECIFICAÇÃO	REALIZAÇÃO
TOTAL DA RECEITA	145.037.101.764
RECEITA DE IMPOSTOS	131.427.835.795
OUTRAS RECEITAS PROVENIENTES DE IMPOSTOS	5.291.507.603
TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS	8.317.758.366
TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS	-37.346.404.903
A - TOTAL DA RECEITA LÍQUIDA	107.690.696.861
FUNÇÃO 10 - SAÚDE	15.214.714.605
ADMINISTRAÇÃO DIRETA	12.058.499.417
Secretaria da Saúde	11.915.497.946
Outras da Administração Direta	143.001.471
ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	3.156.215.188
Hospital das Clínicas USP	1.144.683.185
Hospital das Clínicas Ribeirão Preto	429.065.718
SUCEN	59.705.336
Universidades e Faculdades de Medicina	1.015.413.724
Outras da Administração Indireta	507.347.225
EXCLUSÕES	-1.797.269.773
Cancelamento de Restos a Pagar	-28.486.199
Insuficiência financeira - previdência estadual	-294.671.512
Aposentadorias e pensões	-15.135.676
Despesas intra-orçamentárias	-1.185.341.383
Demais deduções da Função 10 - Saúde	-273.635.003
B - TOTAL DA DESPESA LÍQUIDA	13.417.444.832
PERCENTUAL DE APLICAÇÃO (B/A)	12,46%

https://portal.fazenda.sp.gov.br/acessoinformacao/Downloads/balanco_2014.pdf

Em 2015, o Estado de São Paulo o montante foi de R\$ 14.031.276.981, ou seja, 12,50% da Receita Líquida de Impostos e Transferências Federais, cumprindo, assim, o disposto na Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000, regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

ESPECIFICAÇÃO	REALIZAÇÃO
TOTAL DA RECEITA	150.980.722.548
RECEITAS DE IMPOSTOS	137.007.739.006
OUTRAS RECEITAS PROVENIENTES DE IMPOSTOS	4.861.455.059
TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS	9.111.528.483
TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS	(38.735.100.120)
A - TOTAL DA RECEITA LÍQUIDA	112.245.622.428
FUNÇÃO 10 - SAÚDE	15.992.134.220
ADMINISTRAÇÃO DIRETA	12.652.837.898
Secretaria da Saúde	12.430.759.139
Outras da Administração Direta	222.078.758
ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	3.339.296.322
Hospital das Clínicas USP	1.270.606.394
Hospital das Clínicas Ribeirão Preto	423.178.397
SUCEN	72.422.585
Universidades e Faculdades de Medicina	902.684.812
Outras Administração Indireta	670.404.134
EXCLUSÕES	(1.960.857.239)
Cancelamento de restos a pagar	(19.912.523)
Insuficiência financeira	(360.134.402)
Aposentadorias e pensões	(15.713.053)
Despesa intraorçamentária	(1.283.076.531)
Demais deduções	(282.020.730)
B - TOTAL DA DESPESA LÍQUIDA	14.031.276.981
PERCENTUAL DE APLICAÇÃO (B/A)	12,50%

https://portal.fazenda.sp.gov.br/acessoinformacao/Downloads/balanco_2015.pdf

2.2 Judicialização da Saúde

No Brasil a relação entre direito e saúde vem ganhando forma desde a Constituição de 1988 e gera cada vez mais debates entre os mais diversos grupos sociais e políticos.

O desafio de implementação seguindo os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade efetiva por parte do Estado fez com que cada vez mais direitos fossem submetidos ao chamamento judiciário para sua efetivação.

A tentativa de se obter medicamentos, exames, cirurgias ou tratamentos (muitos sequer aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária) aos quais os pacientes não conseguem com o acesso pelo SUS ou ainda pelos planos privados, tem se tornando constante através de ações judiciais, aumentando assim as demandas do judiciário e, por consequência, significativo dispêndio de recursos públicos em todas as esferas de governo quer seja por possível ineficiência do sistema de saúde, falta de planejamento ou até mesmo pela influência a indústria farmacêutica, incentivando a médicos a prescreverem medicamentos que não existe na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de modo que o paciente entre com um mandado judicial para adquiri-lo de forma gratuita.

Quando o judiciário defere o pleito judicial, o Estado, representado geralmente pela Secretaria Estadual de Saúde tem que comprar o medicamento, impactando assim o financiamento da saúde pois, estas decisões judiciais individuais obrigam o poder público a pagar por procedimentos de saúde e medicamentos muitos de última geração requeridos por pacientes brasileiros.

Preocupado com isso, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem estimulado a discussão, diretrizes e ações estratégicas para a atuação judicial onde se pretende desenhar uma política judiciária em saúde. Entre outras coisas, esta orientação abarca que os medicamentos e tratamentos utilizados no Brasil necessariamente tem que depender de prévia autorização da Anvisa até para garantir a saúde dos próprios usuários, recomenda que os gestores em saúde sejam ouvidos antes da concessão do objeto de demanda judicial inclusive incentivando que os tribunais celebrem convênios como, por exemplo, o **Termo de Cooperação Técnica criado no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo**.

(ver detalhes em Possíveis Soluções)

2.2.1 Judicialização da Saúde – Conceitos de Mínimo Existencial e Reserva do Possível

As demandas judiciais amparadas na disposição constitucional de universalidade da saúde sobrecarregam as finanças dos entes estatais que se encontra entre o dilema do Mínimo Existencial e a Reserva do Possível.

O Mínimo Existencial, como o próprio nome diz, abrange o mínimo necessário, imprescindível para a dignidade da vida humana e, de acordo com nossa Constituição, este mínimo seria direito a educação, moradia e saúde. Com o crescimento elevado da efetivação dos direitos de nossa Constituição cidadã, começou a surgir a falta de recursos do Estado para suprir tais direitos e é neste contexto nasce a chamada Reserva do Possível.

[EVVM1] Comentário: Preconizados pela nossa

Ou seja, quando o Estado se depara com um direito fundamental constitucional, ele alerta que deve ser observado se há recursos para tal abrangência, se há capacidade econômica e possibilidade financeira para o feito, cabendo assim à Administração Pública em cada caso concreto mediante direitos conflitantes buscar compatibiliza-los.

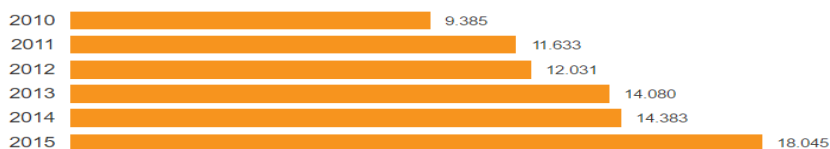
[EVVM2] Comentário: Ou seja, quando o Estado se depara com a responsabilidade de efetivar um direito fundamental constitucional, deve-se observar se há recursos disponíveis ou alocáveis para tal demanda, se há capacidade e viabilidade orçamentária, financeira e econômica pois as demandas são crescentes e os recursos escassos, de modo que cabe à Administração Pública ...segue

2.2.2 Judicialização da Saúde – O caso paulista em números

Segundo pesquisa realizada pela Folha de São Paulo, demonstrada a seguir, a judicialização da Saúde atingiu patamares que exigem solução integrada entre Poder Executivo e Judiciário. O Estado de SP sofreu 18.045 casos em 2015, com crescimento de 92% comparado a 2010 e é o segundo Estado com maior número de ações por 100.000 habitantes.

AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO

Condenações do Estado de SP em processos na área da saúde

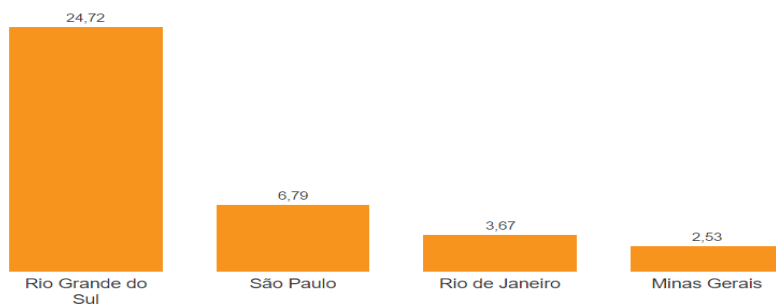


+92% com relação a 2010

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de SP
Confira mais infográficos da [Folha](#)

ESTADOS PROCESSADOS

Número de ações por 100 mil habitantes*



*Estudo só considerou esses 4 Estados: em SP, foram analisados os meses de janeiro e setembro de 2015; em MG, RS e RJ, a amostra se refere a março e novembro

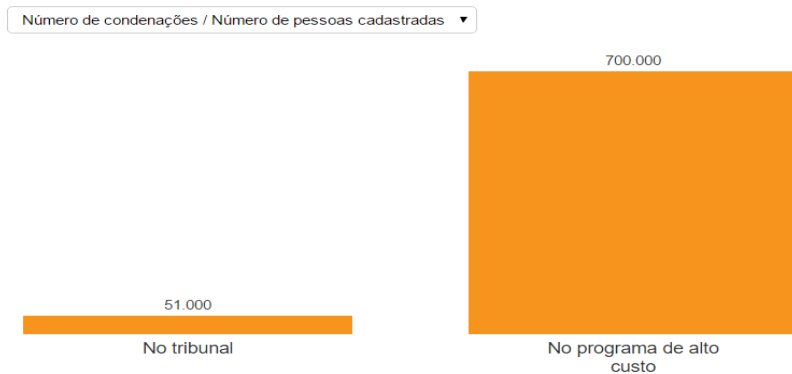
Fonte: Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa)
Confira mais infográficos da [Folha](#)

Folha de São Paulo. Com tratamentos de até R\$2,5 bilhões, doentes dependem de decisão do STF. 28 set. 2016

Em 2015, o Estado de São Paulo teve 51.000 condenações, que consumiram R\$ 1,2 bilhão, a um custo médio de R\$ 23 Mil por ação. Em comparação, o Estado gasta com 700.000 pessoas cadastradas em programas de alto custo previstos pelo SUS, um montante de R\$ 600 milhões, a um custo médio de R\$ 857 por usuário.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SP

Gasto do estado por paciente



Folha de São Paulo. Com tratamentos de até R\$2,5 bilhões, doentes dependem de decisão do STF. 28 set. 2016

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SP

Gasto do estado por paciente

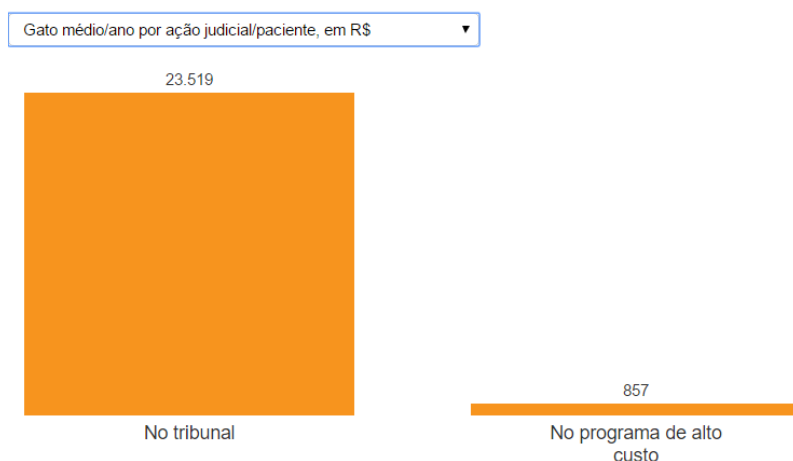


Folha de São Paulo. Com tratamentos de até R\$2,5 bilhões, doentes dependem de decisão do STF. 28 set. 2016

Essa diferença de investimento unitário comprova que o acesso pela via da judicialização distorce o caráter universal e de eficiência da gestão da Saúde. O custo médio por ação é de R\$ 23 Mil e o custo médio no SUS é de R\$ 857 mesmo em programas de alto custo.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SP

Gasto do estado por paciente



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de SP
Confira mais infográficos da [Folha](#)

Fonte: Jornal Folha de São Paulo. Com tratamentos de até R\$2,5 bilhões, doentes dependem de decisão do STF. 28 set. 2016

2.2.3 Judicialização da Saúde - Homologação de medicamentos

O número de processos judiciais aumentou significativamente nos últimos cinco anos, passando de 9.385 para 18.045 em 2015, ou seja, uma alta de 92%. Do total de remédios pedidos durante esse período, 10% já são disponibilizados pela União ou pelos próprios Estados e 14% são medicamentos de assistência básica, cuja oferta é de responsabilidade dos municípios.

Comprar um medicamento que já está na rede pública para atender uma decisão judicial encarece, pois é adquirido sem descontos obtidos em negociações de grande escala, o que, diga-se de passagem, em muito favorece a própria indústria farmacêutica.

Com base no sistema de controle da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, verificou-se que 66% dos medicamentos obtidos por via judicial não constavam na lista do SUS. Os 34% restantes já eram fornecidos pela rede pública, mas os pacientes solicitaram versões produzidas por outras empresas ou que continham algum incremento tecnológico.

Em 2016, o Ministério da Saúde gastou R\$ 654,9 milhões na compra de uma dezena de remédios para atender demandas judiciais de 1.213 pacientes. Uma única ação impetrada por um portador de

mucopolissacaridose, doença genética que impede o processamento de moléculas de açúcar, obrigou por decisão judicial a Secretaria da Saúde de SP para R\$2,5 milhões pelo medicamento.
(<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=107801>)

Devido à natureza insubstituível e às patentes laboratoriais, uma solução seria acelerar a liberação pela Agência reguladora e cadastrar esses medicamentos no SUS, ainda que sob o risco de expandir a demanda fora da via judicial, com o objetivo de estimular – mediante fomento ou desonerações – o interesse da indústria farmacêutica em produzir nacionalmente. E, num segundo momento, estimular a pesquisa e desenvolvimento de alternativas nacionais, até mesmo quebra de patente. Mas iniciativas para medicamentos de alto custo ainda são burocráticas, não voltadas à produção nacional de equivalentes com redução de custo.

2.3 Possíveis Soluções para Judicialização da Saúde

A complexidade do financiamento da Saúde do Brasil é atípica em relação a outros países, até mesmo mais desenvolvidos, mas demonstra a robustez do modelo e o compromisso do Estado em garantir o acesso universal, independente do meio, utilizando diversas modalidades:

- fontes de financiamento - público, privado ou corporativo;
- provisão de serviço - pública ou privada, com ou sem terceirização;
- instalações - através de instalações públicas ou privadas.

O financiamento público da Saúde no Brasil está em 45% (2013). E se tornou ainda mais relevante após a Constituição Federal de 1988. A composição dos gastos entre União, Estados e Municípios evoluiu então de forma a reduzir a parcela da União e transferir para Estados e Municípios a prestação de serviços, após a CF/88. Estados e Municípios investem em média 13% e 23% (2015), respectivamente, de suas Receitas próprias de impostos em Saúde, a partir do mínimo previsto na EC/2000. (LEVI, 2016, p. 33-63).

O objetivo de se executar a política pública da Saúde de forma mais descentralizada, nas unidades federativas, visa justamente a garantir direitos de forma mais efetiva, ao ajustar a prestação de serviço à demanda da população local.

O "boom da litigação" é um fenômeno mundial que vem ocorrendo nas democracias contemporâneas, especialmente por conta da distância existente entre representantes e representados. São estimulados os canais de representação por via da legislação. (VIANNA; BURGOS; SALLES, 2007, p. 41)

2.3.1 Possíveis Soluções – Planejamento antecipado do Poder Executivo em relação a protocolos de saúde avançados

A recorrência à Justiça contra o Poder Executivo, para que se posicione em relação a direitos previstos legalmente e que se encontram impedidos de ser exercidos é um fenômeno mundial,

resultado da Sociedade de Bem Estar Social. O caso mais simbólico é o da Judicialização da Saúde, mas também ocorre com a fila da creche e em outras áreas.

Os favoráveis à Judicialização entendem que a Justiça não pode obstruir o acesso a um direito previsto, e que o órgão deve absorver a despesa gerada pela decisão judicial. Questiona-se 'O que significaria para a sociedade a incapacidade de o Estado não corresponder ao esperado?'

Contudo, a corrida aos juízes para solicitar uma vaga em UTI, marcar cirurgias ou para conseguir determinado medicamento não diminuiu. O drama cotidiano de todas as instituições envolvidas com a saúde pública e com parte da privada no Brasil é o de tentar evitar a morte de uma pessoa e prejudicar tantas outras que também aguardam por cuidados emergenciais.

(<http://oglobo.globo.com/opiniaao/a-judicializacao-da-saude-11334080#ixzz4eNThXTDe-2014>)

Os críticos, porém, alegam que se todos entrarem com o processo, faltará recursos financeiros: apesar de apenas uma parcela pequena e melhor informada da população ter alcance a essa possibilidade, há uma tendência crescente.

O Poder Executivo se ressentido do impacto financeiro de decisões judiciais para fornecer remédios, mas o Judiciário alega que o maior culpado pela disparada de ações é o próprio Estado.

Escalado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo para falar sobre o tema, o juiz Leandro Galluzzi dos Santos diz que o poder público peca tanto pela omissão como pela gestão falha. "Não oferecer os medicamentos básicos é um convite à indústria de ações judiciais". Folha de São Paulo, 28/09/2016. (<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/entenda-a-judicializacao-da-saude-e-debate-do-stf-sobre-acesso-a-remedios.shtml>)

Ações que chegaram ao STF, Supremo Tribunal Federal, quer pela tese da tutela de um direito Constitucionalmente amparado, quer pelos recursos contrários dos entes em relação a decisões de primeira e segunda jurisdição, ainda encontram dificuldade de análise, mesmo em relação ao caso concreto, por se tratar da mais alta corte jurisprudencial.

Em determinado caso, o ministro relator, Marco Aurélio Mello, entendeu que o Estado não pode deixar de fornecer remédios de alto custo e fora da lista do SUS a pacientes sem condições de pagar pelo tratamento, desde que tais produtos tenham registro na ANVISA. Outros ministros defendem a possibilidade de o tribunal encontrar uma solução intermediária, diminuindo o impacto das ações para os Estados, mas sem inviabilizar o acesso de pacientes de baixa renda a remédios de alto custo.

A expectativa é que a Justiça e o Poder Executivo cheguem a um termo comum, que minimizaria riscos relacionados à pulverização de casos sem que o Estado possa atuar pró-ativamente de forma planejada.

De fato, o poder público está diante de um dilema: tem a missão de implementar políticas públicas. Mas também tem limites econômicos e financeiros para implementação das mesmas. Uma abordagem pró-ativa e planejada do fenômeno por parte do Poder Executivo traria maior condição de previsibilidade da demanda, propiciando a tomada de decisão antecipada, para que não seja tratado pontualmente - cada caso e cada impacto orçamentário e operacional.

Ao analisar o uso do Judiciário para conseguir tratamentos médicos não autorizados no SUS (Sistema Único de Saúde), Daniel Wang, pesquisador e professor de Direitos Humanos da London School of Economics, chega a uma conclusão preocupante, dada a escassez de recursos para esta área no Brasil:

O litígio de saúde no Brasil está fazendo o sistema público de saúde menos justo e racional. Os tribunais estão criando um sistema público de saúde de dois níveis - um para aqueles que podem recorrer e ter acesso a qualquer tipo de tratamento, independentemente dos custos, e outro para o resto da população, que não tem acesso a cuidados restritos. A forma como o Judiciário decide tem também obrigado o Estado a fornecer drogas e serviços baseados em evidências científicas pobres e, às vezes, sem considerar a relação custo-efetividade ou as prioridades da saúde pública. (WANG, 2016)

Para Wang, a Judicialização da Saúde tornou o Judiciário “um ator importante” na política de saúde no Brasil, neste processo que ele denomina de “litígio da saúde”. A progressiva constitucionalização dos direitos sociais e as dificuldades do Estado em prover esses serviços efetivamente, o envelhecimento da população, a crise econômica e os cortes no orçamento da saúde contribuíram para o atual aumento dos casos, o que pressiona o Estado a se antecipar.

Segundo Octavio Luiz Motta Ferraz, Associate Professor of Law Warwick University, United Kingdom, o impacto que a Judicialização da Saúde traz é destacadamente negativo, ao alargar a desigualdade de acesso à Justiça e a interpretação equivocada do direito à saúde pelo Judiciário como um direito individual de acesso a todo e qualquer tratamento existente no mercado, não importando seu custo ou eficiência. Ele defende que, sendo os recursos da saúde limitados, em qualquer lugar do mundo, e sobretudo no sistema público brasileiro que gasta pouco em comparação com outros países, é sempre necessária a realização de escolhas sobre que tratamentos financiar ou não dentro do sistema.

Tais decisões, extremamente difíceis, muitas vezes trágicas, pois envolvem a vida e a morte, devem se pautar por critérios de racionalidade e equidade, isto é, buscar utilizar os recursos do sistema da maneira mais eficiente e justa possível.

O fenômeno da chamada judicialização da saúde, isto é, o crescente número de ações judiciais contra o Estado, incluindo-se aqui municípios, estados e a União, que buscam obrigá-lo a fornecer determinado tratamento médico, tem como base demandas fundamentadas no direito à Saúde reconhecido na Constituição Federal de 1988, que diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. A judicialização da saúde ganhou força no final da década de 1990 com o sucesso de ações de pacientes

portadores do vírus da AIDS para receber medicamentos gratuitos do Estado e se espalhou para outros setores da saúde. São atualmente milhares de ações por ano buscando operações, equipamentos e medicamentos de todos os tipos. (...) O objetivo de trabalhos como o de Daniel Wang é avaliar se afirmações como essa são confirmadas pelos dados empíricos disponíveis. Sua enorme importância está em buscar um diagnóstico correto da situação, baseado em evidências e não em impressões, e facultar com isso a reflexão e tomada de medidas adequadas para a tentativa de solução do problema. Para a surpresa de muitos, sobretudo daqueles que possuem uma visão idealizada do Direito e do Poder Judiciário em relação aos demais poderes, o diagnóstico a que o estudo de Wang chega sobre a judicialização é preponderantemente negativo: ao invés de melhorar nosso sistema de saúde, admitidamente deficiente, a judicialização o torna ainda mais injusto e irracional. Isso se dá em virtude da combinação de dois fatores principais: i. a desigualdade de acesso à Justiça que persiste em nosso País apesar de avanços recentes; e ii. a interpretação equivocada do direito à saúde pelo Judiciário como um direito individual a todo e qualquer tratamento existente no mercado, não importando seu custo ou eficiência. (FERRAZ, 2016)

Estados alegam sufocamento financeiro para justificarem o não cumprimento de parte de suas obrigações fiscais e administrativas, o que gera incontáveis ações judiciais. A fim de minimizar essa prática, o STF, Supremo Tribunal Federal, propôs pautar a edição de uma súmula vinculante que resuma a orientação da corte para extinguir a guerra fiscal e questões relacionadas ao Pacto Federativo, que determina os repasses da União aos entes da Federação, como a liberação de recursos voltados à segurança pública e à saúde ou a proposta de que a DRU Desvinculação de Recursos da União – não incida sobre os recursos destinado à saúde.

2.3.2 Possíveis Soluções – Parceria Institucional e Mediação entre Executivo e Judiciário

Em São Paulo, uma iniciativa anunciada em dezembro de 2016, procura promover a interação entre os atores envolvidos nas solicitações judiciais de acesso à Saúde: a Secretaria da Saúde, o Tribunal de Justiça, o Ministério Público e a Defensoria Pública estaduais celebraram um **Termo de Cooperação** que estabelece um protocolo de fluxos de serviços de triagem e orientação farmacêutica a usuários do SUS. (mencionado em 2.2 Judicialização da Saúde)

A ideia é que profissionais capacitados avaliem as prescrições médicas antes que os pacientes tomem a decisão de acionar a Justiça. “Trata-se de uma forma de verificar a possibilidade de apresentar ao médico e ao paciente alternativa terapêutica fornecida pelo SUS, quando houver essa possibilidade”, explica Sylvio Ribeiro de Souza Neto, juiz assessor do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Para Renata Santos, da Secretaria de Saúde, a iniciativa é uma oportunidade de diálogo entre o poder judiciário e os gestores. “Queremos que os magistrados entendam que a secretaria quer atender os pacientes, dentro das melhores técnicas da medicina, sem se basear numa restrição econômica. Temos uma verba que deve ser aplicada em Saúde. O que buscamos são as melhores formas de usar os recursos públicos e atender ao maior número possível de pessoas”, diz ela.

(Pierro, 2017)

Também no final de 2016, o CNJ e o Ministério da Saúde, em parceria com o Hospital Sírio-Libanês, anunciaram um projeto para ampliar o uso de informações baseadas em evidências científicas pelos magistrados e aperfeiçoar o julgamento das demandas judiciais.

“Tratamos de temas como a elaboração e a padronização de notas técnicas”, conta Luiz Reis, do Hospital Sírio-Libanês, onde ocorreu a reunião.

O acordo prevê a expansão dos Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS), cuja tarefa é auxiliar tribunais de todo o país por meio de pareceres e notas técnicas sobre medicamentos. Em novembro, a primeira oficina de capacitação e treinamento dos NATS reuniu representantes de tribunais de 10 estados brasileiros.

A Recomendação nº 31/10 do CNJ lista algumas medidas práticas que podem ser adotadas pelos magistrados para solucionar a questão destas demandas judiciais, como instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, denominação genérica ou princípio ativo, bem como a indicação de produtos, órteses, próteses e insumos em geral, e posologia exata; evitar a autorização do fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; e ouvir os gestores antes da apreciação de medidas de urgência (item I, alínea b, b.1, b.2 e b.3). Contudo, tais medidas não se mostram suficientes, antes se exigindo a intervenção mútua dos Poderes do Estado, em especial do Executivo, e uma análise crítica da atual estrutura da saúde, a fim de que um novo quadro seja traçado, e outras práticas sejam implantadas. (REIS, 2017)

Esse modelo foi alvo de estudo acadêmico, sob a cunha de Juridicização da Saúde, conforme artigo em que é discutido o panorama da Judicialização da Saúde, com apresentação de soluções para sua “contenção saudável”, como privilegiar ações coletivas em vez das individuais; juridicizar a saúde; atender aos regramentos do SUS; incentivar trabalho interdisciplinar entre judiciário e área médica e a razoabilidade nas decisões judiciais; e atualização da RENAME.

Juridicização não é a mesma coisa que judicialização: refere-se à discussão de problemas do ponto de vista jurídico, mas evitando ao máximo levá-los ao Judiciário e transformá-los em demanda judicial. Em outras palavras, atina à busca do diálogo entre cidadãos, gestores, advogados, defensores públicos e Ministério Público. Tal caminho inclui a formação de grupos de trabalho para levantamento de dificuldades e possíveis soluções (com auxílio da comunidade), audiências públicas ou assinatura de Termos de Ajuste de Conduta firmados junto ao Ministério Público, por exemplo. (SILVA, 2016)

A Mediação oferece uma solução complementar ao Termo de Cooperação, para que, não havendo um consenso dentro do ambiente do convênio e a persistir a necessidade de se recorrer à Justiça, esse trâmite seja amparado por um mecanismo processual mais célere, de natureza extrajudicial, como varas especiais no Juizado da Fazenda Pública.

Implementar e sistematizar a Mediação como novo mecanismo de solução de conflitos da saúde, de forma extrajudicial, com a participação dos interessados, certamente seria uma importante meio de soluções de conflitos de forma célere, posto que fundamentada no diálogo e na solidariedade entre os envolvidos, em busca de uma eficaz solução. (OLIVEIRA, 2013)

3 Considerações Finais

O SUS reconfigurou o modelo de política sanitária no Brasil, servindo inclusive como referência mundial em vários de seus programas entre outros princípios integrando,

universalizando e trazendo equidade de saúde a todos os brasileiros natos e naturalizados através de nossa carta magna de 1988. Este sistema de saúde reconfigurou o modelo de política sanitária no Brasil, servindo inclusive como referência mundial em vários de seus programas entre outros princípios integrando, universalizando e trazendo equidade de saúde a todos os brasileiros natos e naturalizados. Ele não está pronto, precisa ser aprimorado a cada dia, por todos nós, gestores, profissionais de saúde, cidadãos usuários ou não, seja divulgando as coisas boas, seja através de críticas construtivas, seja coibindo abusos vez que é um sistema universal atingindo até os mais longínquos rincões deste país de proporção continental, mas, infelizmente com recursos inversamente proporcionais ao tamanho do nosso país e da demanda por saúde. São os contrapontos: a garantia do direito fundamental a saúde e a capacidade financeira do Estado.

Não podemos sopesar o valor de uma vida, mas podemos analisar até que ponto a prevalência do interesse individual não vai prejudicar o interesse da coletividade, inclusive podendo levar o sistema SUS a um colapso financeiro, pois países com recursos escassos como o Brasil talvez não possa se dar ao luxo de custear remédios de monta estratosférica.

Em um país com tantos desvios de recursos e de finalidades é de se pensar quantos leitos poderiam ser criados, quantos medicamentos poderiam ser distribuídos, mas, também a racionalidade nos faz refletir que dentro de um sistema é necessário levar em conta que existem as necessidades de outras pessoas. Os recursos finitos exigem que, para o cumprimento judicial, sejam remanejados prejudicando assim outros públicos. Deste modo pode-se dizer que a judicialização compromete a equidade do sistema de saúde.

Em declaração no ano de 2009, declaração esta, atual ainda nos dias de hoje, o então ministro da Saúde José Gomes Temporão, disse hoje em audiência pública sobre saúde, promovida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que “é justo acionar na Justiça o gestor público omissor que não provê, dentro de sua competência e responsabilidade, os bens e serviços de saúde disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS)”. Mas observou que “a via judicial não pode se constituir em meio de quebrar os limites técnicos e éticos que sustentam o sistema único de saúde impondo o uso de tecnologias, insumos ou medicamentos desorganizando a administração e deslocando recursos de destinações planejadas e prioritária e, salientou, o que surpreende muitas vezes, com isso colocando em risco e trazendo prejuízo à vida das pessoas” O direito à saúde não se esgota na norma constitucional. A formulação de políticas públicas deve ser política de Estado e não apenas de governo, sendo de salutar importância o estabelecimento de uma política judiciária nacional e simultaneamente local para a saúde,

talvez criando leis mais eficazes que impeçam que os mandados judiciais continuem a ser até mesmo um meio de expansão de mercado e lucros de alguns laboratórios.

Evidencia-se um consenso quanto ao esgotamento dos recursos financeiros e ao risco de se manter a Judicialização da Saúde sem antecipação e planejamento pelo Poder Executivo.

É fundamental que, num ciclo de gestão de longo prazo, esse assunto tenha prioridade e continuidade.

4. Bibliografia

BARBOZAL; KOZICKILL, 2101. Estefânia Maria de Queiroz Barbozal, Katya Kozickill, 2012. Conflito entre Poderes e Ativismo Judicial – Judicialização da política e controle judicial de políticas públicas. Revista Direito GV. Online version ISSN 2317-6172. Revista Direito GV. São Paulo, v.8, n. 1, jan/jun 2012.

FERRAZ, Octavio Luiz Motta, 2016. Judicialização da saúde: uma análise empírica do fenômeno. <http://direitosp.fgv.br/node/71963>

<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

<http://www.revistacapitolina.com.br/sera-que-voce-conhece-o-sus/>

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=107801>

<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/entenda-a-judicializacao-da-saude-e-debate-do-stf-sobre-acesso-a-remedios.shtml> Folha de São Paulo, 28/09/2016.

LEVI, Maria Luiza, 2016. Sistema de Saúde no Brasil: redistributividade no modelo de financiamento e provisão. Revista Parlamento e Sociedade. São Paulo, v. 4, n. 7, p. 33-63, jul/dez 2016.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes, 2013. A Judicialização da saúde no Brasil. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva (ISSN 1982-8829). Brasília (UnB), 02/04/2013.

PIERRO, Bruno de, 2017. Demandas crescentes. Revista Fapesp - Edição fevereiro de 2017 | Ano 18, n. 252. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

REIS, Wanderlei José dos. Terceirização: solução à judicialização da saúde pública? Instituto Brasileiro de Administração do Sistema Judiciário <http://www.ibrajus.org.br/revista/artigo.asp?idArtigo=247-2017>

SILVA, Liliâne Coelho da, 2016. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. Artigo Científico publicado na Revista Âmbito Jurídico - Seção Constitucional. Porto Alegre, 09/02/2016.

SUNSTEIN, 2004, p.228 em: Conflito entre Poderes e Ativismo Judicial – Judicialização da política e controle judicial de políticas públicas. Revista Direito GV. Online version ISSN 2317-6172. Revista Direito GV Vol. 8 no. 1. São Paulo. Jan/Jun 2012. Estefânia Maria de Queiroz Barbozal, Katya Kozickill.)

VIANNA; BURGOS; SALLES, 2007, p. 41 em: Judicialização da política no Brasil - a polarização da disputa nas eleições presidenciais. Petri, Paulo. Rio de Janeiro, Gramma, 1ª. ed., 2016)

WANG, Daniel, 2016. Tribunais como decisores de políticas de saúde. <http://direitosp.fgv.br/node/71962>. Íntegra disponível na página da DIREITO SP na SSRN.