

CAPÍTULO 4

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SANTA CATARINA: ANÁLISE DE UM MUNICÍPIO

Data de submissão: 08/11/2024

Data de aceite: 02/12/2024

Graziela Liebel

<http://lattes.cnpq.br/0194075202399588>

Bruno Alves Cunha

<http://lattes.cnpq.br/5020181461973931>

RESUMO: O trabalho analisa o fenômeno da judicialização da saúde no Município de Araquari- SC à luz do contexto do federalismo brasileiro e das normas que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição de 1988 estabeleceu a saúde como um direito fundamental, discutido o papel do Poder Judiciário como mediador na efetivação desse direito, considerando as implicações da judicialização para os entes federativos e as dificuldades enfrentadas pelos municípios na prestação de serviços de saúde. A análise inclui dados sobre o crescimento populacional de Araquari, o aumento das demandas judiciais e os desafios orçamentários enfrentados pela gestão pública local em virtude da crescente judicialização, assim como exemplos de desafios de casos judicializados com recorrência.

PALAVRAS-CHAVE: Judicialização da saúde; federalismo; Sistema Único de Saúde; direitos fundamentais; políticas

públicas.

ABSTRACT: The paper analyzes the phenomenon of health judicialization in the Municipality of Araquari-SC in light of the context of Brazilian federalism and the regulations governing the Unified Health System (SUS). The 1988 Constitution established health as a fundamental right, discussing the role of the Judiciary as a mediator in the realization of this right, considering the implications of judicialization for the federative entities and the challenges faced by municipalities in providing health services. The analysis includes data on the population growth of Araquari, the increase in judicial demands, and the budgetary challenges faced by local public management due to the rising judicialization, as well as examples of frequently litigated cases.

KEYWORDS: Judicialization of health; Federalism; Unified Health System; Fundamental rights; Public policies

APRESENTAÇÃO

A história recente do federalismo brasileiro se origina na redemocratização do país no ano de 1985, com o marco da

eleição indireta de um presidente civil após o período ditatorial. A convocação de uma assembleia nacional constituinte, instalada em 1º de fevereiro de 1987, culminou com a promulgação da atual Constituição Republicana em 5 de outubro de 1988.

A sua redação contempla as cláusulas pétreas, assim entendidas como aquelas que *“constituem um núcleo intangível que se presta a garantir a estabilidade da Constituição e conservá-la contra alterações que aniquilem o seu núcleo essencial, ou causem ruptura ou eliminação do próprio ordenamento constitucional, sendo a garantia da permanência da identidade da Constituição e dos seus princípios fundamentais”*¹.

A tese da imutabilidade constitucional, escreve Paulo Bonavides, *“equivale a cerrar todos os caminhos à reforma pacífica do sistema político, entregando à revolução e ao golpe de Estado a solução das crises”*².

Entre as vedações previstas no art. 60 parágrafo 4º, inciso I da CRFB/88 se encontra a defesa do modelo federativo, mediante a dicção de que *“não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir a forma federativa de Estado”*³.

Em que pese a herança de forte concentração de poderes na União, típica de regimes autoritários, o constituinte previu um modelo de federalismo cooperativo, onde *“nem a União nem qualquer ente federado pode atuar isoladamente, mas todos devem exercer sua competência conjuntamente com os demais”*⁴.

Como decorrência do modelo cooperativo para fins de efetivação material de direitos fundamentais, o constituinte elencou no art. 23 da Carta Maior o rol de competências comuns a todos os entes federativos, para que a atuação de um não excluisse a dos demais no mesmo âmbito. O direito fundamental à saúde se encontra no seu inc. II, cristalizando a obrigação do seu fornecimento a todos os entes, indistintamente.

A lei nº 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde ou Lei do SUS, corrobora no âmbito infraconstitucional o imperativo de atenção universal à saúde, princípio regente do sistema, mediante a previsão do art. 2º de que *“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”*⁵.

Trata-se da consagração de direito de segunda geração, o qual obriga o Estado Brasileiro- *lato sensu*- ao fornecimento universal de serviços de saúde, passível de efetivação mediante provocação individual do Poder Judiciário com vistas a obrigar o Poder Executivo ao atendimento.

A Lei nº 8.142/90 *“Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”*⁶.

Possui um papel fundamental para a participação comunitária de forma a contribuir com a construção do sistema, e estabelece as suas diretrizes de funcionamento.

No que tange ao financiamento, lança as bases de uma notória contradição: o Sistema Único de Saúde visa efetivar o direito fundamental à saúde em caráter universal conforme uma constituição de viés garantidor, tipicamente social-democrata, ao descompasso

de uma série de reformas neoliberais do governo Fernando Henrique Cardoso, que promoveu privatizações de grandes estatais e fortaleceu um modelo de favorecimento de terceirizações⁷.

Por fim, sob pena de incorrer em reducionismo em razão da necessária sintetização para os moldes do presente trabalho, cabe mencionar a Emenda Constitucional nº 29, que almejou assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde através da fixação de valores orçamentários mínimos obrigatórios a serem destinados à área da saúde.

A sua especificação se deu através da edição da Lei Complementar nº 141/12⁸, que determinou aos estados e aos municípios a aplicação do percentual de 12% (Estado) 15% (município) da arrecadação de impostos em iniciativas de saúde.

Acompreensão do contexto de criação do SUS, a complexidade do seu funcionamento entre os três entes federativos, as suas disfuncionalidades e as prestações que lhe são exigidas são fundamentais para a análise do fenômeno da judicialização da saúde.

A modificação da visão do Estado, passando a atuar no papel de garantidor dos diversos direitos fundamentais, refletiu-se na reformulação de políticas públicas de forma a efetivar tais direitos, sem as quais as previsões legais seriam inócuas.

O advento dos direitos sociais de 2^a geração, entre os quais se encontra o direito à saúde, a proatividade do indivíduo na formulação das políticas públicas superou seu anterior paradigma, de direito negativo, limitado ao encaminhamento de suas demandas através da sua representação legislativa e executiva. O cidadão passou a ser titular de direito concreto exigível perante a Administração, através da intervenção do Poder Judiciário, que impôs o cumprimento de prestações individualizáveis.

Barroso relaciona este fato com a transferência decisória ao Judiciário de questões de larga repercussão política ou social que deveriam estar sendo resolvidas pelos Poderes Executivos e Legislativos⁹.

Schulze e Gebran Neto sugerem uma série de motivos que levariam ao excesso de judicialização no Brasil¹⁰:

O povo brasileiro tem a cultura do litígio, sendo o país que mais judicializa no mundo, já que não há limites para o que as pessoas podem levar ao judiciário; 2) o acesso à justiça é facilitado, sendo possível ajuizar ações sem advogados perante os juizados especiais; 3) por vezes é muito mais rápido pedir ao judiciário do que enfrentar as filas e burocracia do SUS; 4) pressões individuais e sociais levam os juízes a se sentirem compelidos a não negar pedidos relativos à saúde; 5) ausência de reflexão do judiciário sobre questões orçamentárias; 6) governança pública da saúde pouco desenvolvida; 7) o povo brasileiro tem uma noção paternalista do Estado: este deve prestar tudo sem limites; 8) cultura da automedicação ao invés de melhores cuidados com a própria saúde.

O princípio da inafastabilidade da jurisdição, preconiza no artigo 5º, XXXV, de Constituição Federal, que “a lei não subtrairá à apreciação do poder judiciário qualquer lesão ou ameaça de lesão a direito”¹¹.

Dante das omissões e da prestação deficiente dos gestores públicos, provoca-se o Poder Judiciário a se pronunciar acerca da efetivação do direito individual à vida e ao direito social à saúde em contraposição às limitações legais de atuação dos entes públicos, submetidos ao princípio da legalidade.

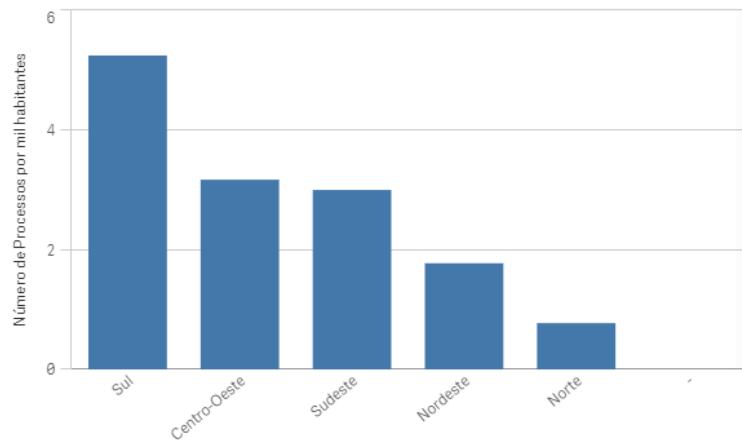
No caso dos serviços de saúde não se trata de mera transferência de encargos, mantida a titularidade do serviço, mas de repartição de atribuições no âmbito do exercício de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante um modelo de coordenação e cooperação emanado da Lei nº 8.080/90¹².

A judicialização da saúde como meio de acesso a medicamentos ou a tratamentos de saúde é um fenômeno crescente e presente em todos os entes públicos nas três esferas federativas. Dentre os diversos fatores que contribuem para sua ocorrência, encontram-se a ausência de limites ao acesso à Justiça, as deficiências das prestações estatais, as omissões legislativas e a cultura do litígio. Trata-se da institucionalização do processo judicial como mecanismo de resolução de todos os problemas individuais e sociais¹³.

O fenômeno alcança todas as esferas federativas e não passa despercebido pelos mais diversos indicadores estatísticos.

Segundo dados coletados do relatório anual “Justiça em Números”¹⁴ em janeiro de 2024, há uma evidente disparidade do fenômeno entre as diversas regiões do país, com a região sul na condição de maior detentora de ações de saúde ajuizadas proporcionalmente ao número de habitantes:

Número de processos por mil habitantes, por região



A utilização de métrica estadual pelo Conselho Nacional de Justiça- CNJ confirma que a judicialização da saúde recebeu incrementos relevantes nos mais diversos tribunais estaduais do país:

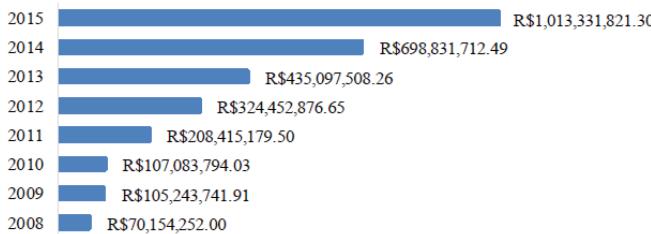
TJ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
TJAC	0	0	3	9	44	116	217	175	257	266	1.087
TJAL	2	441	1.197	1.103	1.929	1.169	640	1.623	2.935	2.871	13.910
TJCE	159	954	906	1.353	2.410	4.086	4.654	14.759	5.843	28.025	63.149
TJDFT	0	0	1	3	10	26	44	136	585	2.663	3.468
TJES	3	3	8	9	10	31	24	31	46	67	232
TJMA	555	2.244	4.106	4.154	3.438	2.355	2.589	2.186	2.238	2.411	26.276
TJMG	36	376	627	762	1.159	1.836	1.998	2.268	3.625	5.546	18.233
TJMS	39	53	701	1.188	1.986	2.908	4.046	3.940	5.684	5.825	26.370
TJMT	452	2.006	2.362	1.995	2.262	2.151	2.677	1.508	1.495	1.123	18.031
TJPE	529	2.241	2.474	3.245	8.228	12.206	5.531	5.041	6.011	6.261	51.767
TJPI	0	7	7	7	12	23	40	67	41	61	265
TJRJ	36.908	18.390	3.954	23	15	41	115	182	122	173	59.923
TJRN	266	1.406	2.106	2.519	2.484	2.514	2.811	2.483	2.698	4.092	23.379
TURO	0	0	180	226	579	1.231	308	455	3	0	2.982
TJSC	182	235	388	485	899	1.970	4.561	7.010	8.387	12.303	36.420
TJSP	2.317	3.746	7.729	9.379	14.022	16.531	19.627	21.518	21.356	23.465	139.690
TJTO	5	1	4	42	103	180	254	471	584	600	2.244
TOTAL	41.453	32.103	26.753	26.502	39.590	49.374	50.136	63.853	61.910	95.752	487.426

Figura 3 - Número de processos relativos à saúde em Primeira Instância 2008-2017

Fonte: Conselho Nacional de Justiça(2019)

A título meramente exemplificativo, observa-se que a ocorrência de novos ajuizamentos no tribunal catarinense no ano de 2008 era de 182 processos, número que saltou para 12.303 no ano de 2017, representativo de percentual anual de crescimento aproximado de 59,71%.

O aumento de grandeza pode ser observado também no âmbito federal, mediante o aumento do gasto orçamentário para o atendimento das demandas judicializadas de saúde em desfavor da União:



Fonte: DLOG/MS (peças 84, 91, 104 e 120).

Gráfico 2 - Valores gastos pelo Ministério para cumprir decisões judiciais, de 2018 a 2015

Para além do maior acesso à informação e do acesso à justiça por parte dos cidadãos, uma causa inexorável remete à evolução jurisprudencial do direito de acesso à saúde e dos mecanismos legais a serem empregados para a sua efetivação.

A evolução jurídica pátria sobre a matéria reporta as primeiras ações atinentes

à concretização do direito à saúde nos Tribunais Superiores em meados da década de 90, com acentuado aumento a partir dos anos 2000, razão pela qual se fez necessária a evolução da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça sobre a matéria.

O entendimento pacífico anterior atribuía caráter meramente programático ao direito à saúde, conforme cristalizado na lavra do Recurso em Mandado de Segurança n. 6564/RS, no ano de 1996 pelo Superior Tribunal de Justiça¹⁵.

O grande salto hermenêutico foi deflagrado pelas demandas de acesso a tratamento via SUS formuladas pelos pacientes contaminados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹⁶. Em que pese a edição da Lei nº 9.313/96¹⁷ e estruturação da política pública de combate ao HIV/AIDS, muitos pacientes buscavam amparo judicial de forma a efetivar o direito constitucional e legalmente expresso, inviabilizado na via administrativa.

Segundo Ornelas¹⁸, o posicionamento dos Tribunais Superiores se alterou substancialmente, mediante a adoção do entendimento pela fundamentalidade do direito à saúde e pela sua aplicabilidade imediata, tornando-se um direito subjetivo a uma prestação positiva do Estado, dando abrigo a toda sorte de pretensões individuais formuladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde¹⁹.

A superação total do entendimento anterior foi cristalizada pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do Agravo Regimental no Agravo de Instrumento n. 238.328/RS²⁰, de 16/11/1999, e do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286/RS²¹, de 12/09/2000. O novo panorama conferido pelos tribunais contribuiu para um efeito chamada no que tange à judicialização em desfavor dos entes públicos como meio de acesso aos mais diversos tratamentos de saúde²².

O primeiro grande julgamento acerca da delimitação de responsabilidade entre os entes federativos em relação ao dever prestacional à saúde foi a Suspensão de Tutela Antecipada- STA- nº 175²³, mediante a fixação de parâmetros a serem seguidos por todo o Poder Judiciário para a concessão de medicamentos e tratamentos demandados em face do SUS.

Além de não conferir ao Estado o papel de segurador universal e irrestrito diante de quaisquer pretensões jurídicas no amplo direito à saúde, o STF reconheceu o caráter solidário entre os entes federativos, obrigados individual ou conjuntamente a assegurar o direito de acesso à saúde.

Posteriormente, por ocasião do julgamento do Recurso Extraordinário n. 855.178/SE²⁴ com repercussão geral, fixou o Tema nº 793 através do qual consignou que “*o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, por quanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente ou conjuntamente*”.

Em acréscimo, o Min. Edson Fachin propôs o aperfeiçoamento da responsabilidade solidária a partir da STA nº 175 com o adendo que “*compete à autoridade judicial direcionar*

o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro²⁵.

Dessa forma, o direcionamento do cumprimento da obrigação pela autoridade judicial deve ser realizado ao ente mais capacitado para atendê-la, respeitando-se o nível de complexidade da prestação e o caso concreto, sem prejuízo da solidariedade existente e de eventual ressarcimento futuro entre os entes federativos.

No âmbito do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, por sua vez, discutiu no Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas-IRDR nº 030235511.2014.8.24.0054²⁶, julgado em 9/11/2016, a questão da necessidade de comprovação de hipossuficiência do autor do pleito de dispensação de medicamento ou terapia no âmbito da assistência à saúde, oportunidade em que assentou os parâmetros locais para o atendimento judicial de demandas de fornecimento de medicamentos.

Diante da multiplicidade de ações prestacionais de saúde, tanto individuais como coletivas, os tribunais têm empreendido esforços para trazer uniformidade e presteza aos julgamentos e ao atendimento dos pleitos na área da saúde, utilizando, inclusive, dos instrumentos de formação de precedentes vinculantes lançados nas últimas reformas da legislação processual.

Nota-se que existem e são necessárias muitas outras adaptações à nova realidade social e de demanda processual. A corrida ao Poder Judiciário e o proporcional acréscimo do comprometimento das verbas públicas impõem a qualificação das decisões, como também a implementação de iniciativas que reduzem a litigiosidade, especialmente com o atendimento administrativo e a autocomposição das controvérsias.

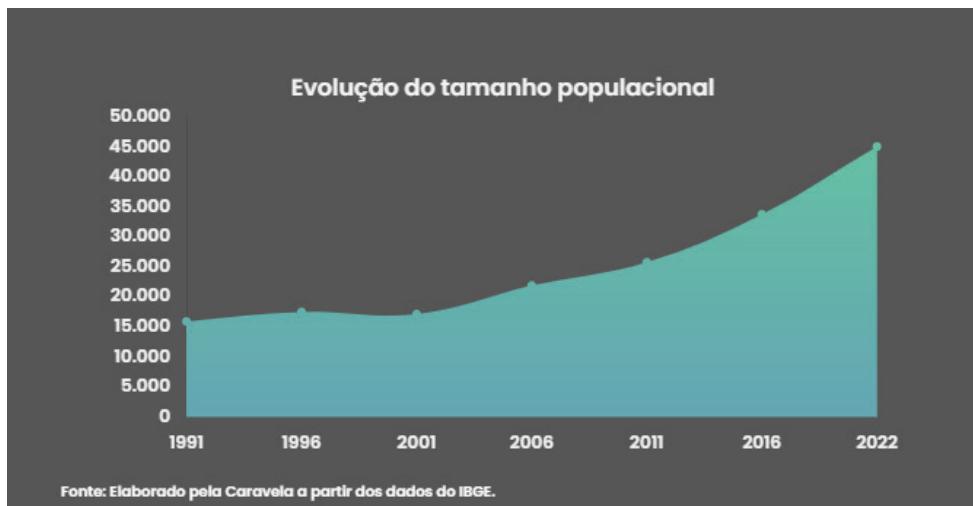
Dessa sorte, infere-se que: a obrigação prestacional de saúde compete a todos os entes federados, em caráter solidário; inexiste dever ao fornecimento irrestrito de quaisquer procedimentos de saúde; o magistrado deve direcionar o cumprimento de ordem judicial ao ente mais apto, em benefício do paciente; o direcionamento não afasta o dever de ressarcimento decorrente da natureza solidária da responsabilidade.

A pacificação dos entendimentos supra trouxe por consequência que o ente municipal passou a figurar sozinho ou junto ao ente estadual em ações judiciais que possuem por demandas de fornecimento de medicamentos/tratamentos, muitas das quais sequer possui unidades de atendimento em seu limite territorial. Em razão da responsabilidade solidária, passou a ser compelido a prestar atendimentos de níveis de complexidade acima da sua capacidade logística e orçamentária que, *a priori*, caberiam aos demais entes.

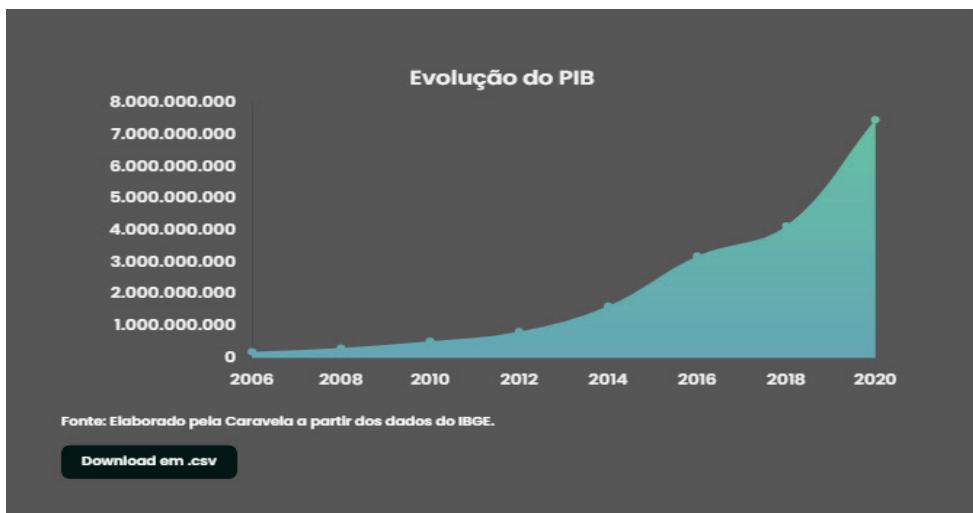
Os municípios de pequeno e médio portes são especialmente sensíveis ao fenômeno, submetidos a dilemas quanto à priorização da alocação de recursos escassos para a manutenção da sua rede municipal de saúde. Percentual nada irrisório do orçamento das pastas de saúde passou a ser comprometido para possibilitar o atendimento de determinações judiciais.

Nesse contexto, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-

IBGE, em 2019 Araquari foi a cidade de maior crescimento populacional do Estado de Santa Catarina, chegando à marca de 3,9% em relação ao ano anterior. A título meramente ilustrativo, a população domiciliada no município no ano 2010 era de 24.810 habitantes, número que alcançou 45.283 no último censo do ano 2022²⁷. Frise-se que grande parte dos postos de trabalho exercidos nos seus limites são ocupados por trabalhadores residentes em Joinville, o que acarreta numa população de trânsito não contabilizada para fins de residência, mas gera uma demanda por políticas públicas acima do cômputo oficial.



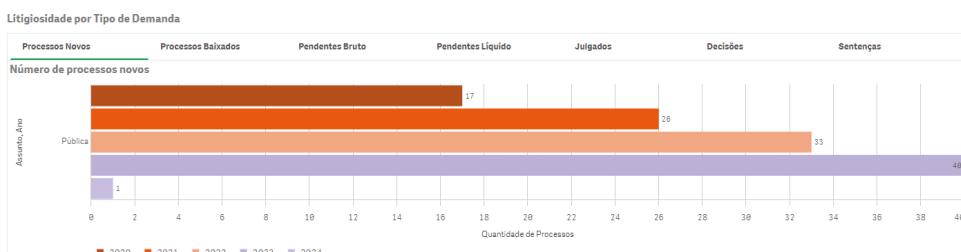
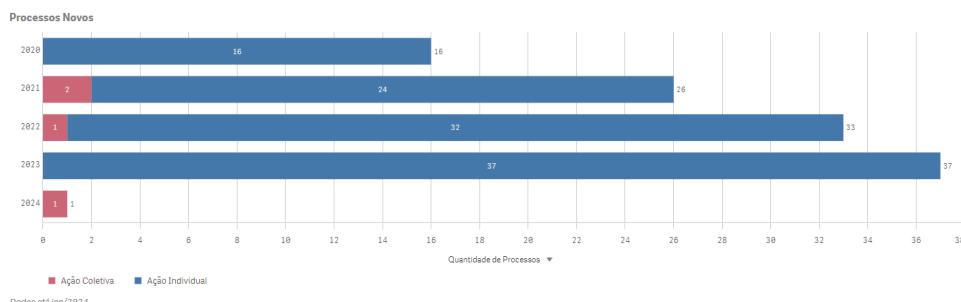
No que tange ao Produto Interno Bruto- PIB em preços correntes, modestos R\$ 532.600.000,00 foram registrados no ano de 2010. No registro mais recente do ano de 2021 o montante alcança a marca de R\$ 7.487.635.000,00²⁸, o que representa um valor 14 vezes maior e uma taxa média de crescimento anual na ordem de 26,81%.



No que concerne às despesas orçamentárias municipais, o ano de 2013 contemplou o valor de R\$ 65.665.410,49, que ascendeu a R\$ 348.658.109,00 em 2023²⁹, valor que supera 5 vezes o original e representa uma taxa média de crescimento anual de 35,74%.

Segundo um trabalho de projeção da população do município de Araquari/SC, utilizando ferramentas matemáticas, realizado em 2015, estima-se que até 2025 em torno de 119.000 pessoas viveriam no município³⁰.

O mesmo padrão de crescimento exponencial é replicado no âmbito araquariense, conforme pode ser observado em gráficos extraídos do Sistema de Estatística do Poder Judiciário – SIESPJ, a Base Nacional de Dados do Poder Judiciário – DataJud, responsável pelo armazenamento centralizado dos dados e metadados processuais relativos a todos os processos físicos ou eletrônicos, públicos ou sigilosos dos os tribunais que capturam o número de novos ajuizamentos de ações de saúde na comarca de Araquari anualmente, desde 2020:



Fonte: <https://www.cnj.jus.br/sistemas/datajud/>

O aumento demográfico exponencial ocasiona uma crescente pressão de demanda por serviços públicos e, por conseguinte, em um previsível crescimento da judicialização do acesso à saúde. Entre as mais diversas matérias ensejadoras de cumprimento judicial no Município de Araquari, há matérias que se destacam pela sua complexidade e recorrência.

Demandas por atendimento de especialidades médicas indisponíveis na rede municipal de saúde estão sempre presentes. Uma extração hermenêutica do entendimento da solidariedade entre os entes acarreta que o Poder Judiciário imponha sobre a municipalidade ordens para disponibilização inexistentes não apenas no SUS local,

mas em todos os municípios limítrofes.

A título exemplificativo pode-se citar a famigerada especialidade de neuropediatria, especificidade presente na quase totalidade de comandos judiciais para tratamento de crianças acometidas por Transtorno de Espectro Autista. Araquari conta com uma única médica pediatra no seu quadro efetivo para jornada laboral de 20 horas semanais quando da redação deste trabalho. Inexiste médico neurologista nos seus quadros.

As tentativas de contratação, inclusive mediante remuneração no patamar da prática de mercado através de dispensa de licitação, resultam infrutíferas dado o número diminuto de profissionais na região norte de Santa Catarina. As ordens inexequíveis derivam em multas cominatórias por descumprimento que podem alcançar valores exorbitantes e de efetividade questionável, com prejuízo evidente ao erário municipal.

No mesmo sentido, inexiste consenso acerca da obrigação de direcionamento ao ente responsável conforme o nível de complexidade do atendimento demandado. Em síntese, o autor possui liberdade para escolher em face de quais entes, isolada ou conjuntamente, prefere promover o ajuizamento. De entender pela obrigação de direcionamento do cumprimento ao ente responsável conforme preconizado na Lei nº 8.080/90, ordena que ingresse ao feito. Do contrário, ordena que o ente apontado pelo autor atenda a demanda e busque o ressarcimento através de meios autônomos.

A alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica atual está composta por estabelecimentos habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Os estabelecimentos habilitados como UNACON e CACON. Trata-se de esfera de atendimento financiada pela União, que repassa recursos a estabelecimentos federais ou estaduais. Não há nenhuma ingerência dos municípios, que não dispõem de estabelecimentos para tratamento oncológico.

Tal fato não exime que determinado paciente ajuíze ação em desfavor unicamente do Município de Araquari com fundamento na atenção integral à saúde e o Poder Judiciário emita ordem para que o ente municipal providencie e custeie o tratamento sem a necessidade de chamamento dos demais entes, com base no entendimento vinculante da natureza solidária da obrigação de saúde, ainda que sequer exista estabelecimento hospitalar nos seus limites territoriais.

Ademais, abundam ordens de internação de pacientes psiquiátricos em Serviços de Residencial Terapêutico- SRT. Embora prevista a responsabilidade compartilhada entre estados e municípios para a implantação desse perfil de serviço no seu diploma de regência, qual seja a Portaria nº 106/2001 do Ministério da Saúde, a sua implementação pelo Estado de Santa Catarina como política pública nunca foi priorizada. A postura do ente estadual é uníssona: evade-se da sua obrigação legal pela inexistência de vagas na sua rede, e atribui aos municípios mediante o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS-. Araquari tampouco dispõe de SRT nos seus limites territoriais, de sorte que a única forma para atender ordens

judiciais de acolhimento é mediante a compra de vagas em estabelecimentos privados, cujos preços de mercado alcançam valores verdadeiramente abusivos em razão da sua escassez.

Em virtude do prazo exíguo concedido para cumprimento pelo contexto emergencial típico deste perfil de acolhimento, não há margem para a realização de uma pesquisa mais ampla de estabelecimentos ou negociação de valores. Em inúmeras ocasiões o Município de Araquari foi compelido a providenciar vaga segundo parâmetros não atendidos por nenhum estabelecimento em toda a região sul do país.

Por último exemplo menciona-se a recente dificuldade para o cumprimento de ordens relacionadas à saúde envolvendo pacientes de aldeias indígenas localizadas em seu território. A instalação de equipamento com vistas a possibilitar o serviço de atendimento domiciliar- usualmente conhecido como *homecare*- de pacientes que necessitem suporte permanente ao passo que necessitam possuir resguardado o seu direito à moradia supõe um verdadeiro desafio para todos os atores envolvidos.

Previamente ao acondicionamento do local deve ser elaborado um Plano de Atendimento Domiciliar- PAD- fruto da análise individualizada das particularidades de cada caso por Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006.

Trata-se de um estudo que considera um grande número de variáveis: equipe de profissionais de saúde qualificada para o suporte necessário, equipamentos a serem instalados e seus cuidados de manutenção, qualificação aos familiares para os cuidados diários, acessibilidade de ambulância, proximidade a estabelecimento hospitalar na hipótese de remoção emergencial, adaptação da rede elétrica para a voltagem apta ao funcionamento dos equipamentos, cobertura de sinal de celular na área, potabilidade da água, entre tantas outras.

Desprovido das informações do PAD o ente municipal não consegue dimensionar o perfil de moradia e o seu acondicionamento de forma a atender as especificidades do atendimento domiciliar.

Para além das dificuldades inerentes à complexidade do perfil de atendimento, há uma barreira cultural a ser considerada. Nas aldeias situadas em Araquari, via de regra, parte significativa da comunicação com o mundo externo é realizada pelos homens, razão pela qual as mulheres exercem papéis em âmbito interno. Por conseguinte, possuem fluência no idioma de origem- uma das inúmeras variantes Tupi- e pouca familiaridade com a língua portuguesa. O fato impacta diretamente em uma grande dificuldade de comunicação por parte das equipes de enfermagem no tocante ao ensino dos protocolos de cuidado.

A presença do componente cultural indígena implica em um universo de complexidades para os quais as equipes ordinárias da rede municipal de saúde carecem de qualificação para lidar.

No entorno das aldeias existe um núcleo da Secretaria de Saúde Indígena- SESAI-

em razão de uma incipiente iniciativa derivada da previsão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com fulcro nos artigos 19-A a 19-H da Lei nº 8.080/90. Entretanto, as solicitações de suporte são negadas mediante a invocação de ausência de quadros. A postura do ente federal não diverge da do ente estadual no exemplo anterior: em razão da ausência de implementação, atribui à municipalidade a responsabilidade pela integralidade dos atendimentos, inclusive em hipóteses para os quais a sua competência é expressamente prevista na legislação e se exime de prestar apoio especializado.

Mencionam-se alguns exemplos dos desafios cotidianos enfrentados pelo Município de Araquari. A obrigação de efetivação do direito fundamental à saúde caminha ao descompasso da progressiva incapacidade de planejamento de políticas públicas pelo Poder Executivo em razão da erosão do seu orçamento para o atendimento de pleitos individuais judicializados.

A notória ausência de respaldo técnico das diversas áreas de saúde acarreta uma dificuldade adicional à defesa judicial do ente municipal, com evidente prejuízo à alocação de recursos pelo administrador público em virtude do incremento de vultosos valores reservados ao atendimento de ordens judiciais.

Seja no momento da solicitação administrativa pelo paciente, seja na necessária análise quando do recebimento de demanda judicializada de diversos aspectos, a ausência de respaldo técnico precariza vasto número de elementos de análise, tais quais: adequação diagnóstica, aspectos clínicos e epidemiológicos da condição de saúde, abordagem terapêutica, compatibilidade do medicamento/tratamento, descrição da tecnologia, existência de alternativa autorizada ou padronizada no SUS, custos relacionados, comprovação científica de eficácia, expectativa de evolução clínica, classificação como urgência/emergência nos termos da Resolução do Conselho Federal de Medicina- CFM nº 1451/95³¹, entre outros.

Por oportuno, cabe matizar que o papel da defesa judicial do ente não passa pela negativa irrestrita de acesso ao direito fundamental à saúde, de matriz constitucional, e sim pela verificação da presença dos requisitos legais e clínicos para o fornecimento do fármaco ou tratamento pleiteado. O cotejo dos elementos técnicos e a sua compatibilidade com os requisitos legais é etapa salutar deste processo.

REFERÊNCIAS

- 1 PEDRA, Adriano Sant'Ana. **Reflexões sobre a teoria das cláusulas pétreas.** Revista de Informação Legislativa, Brasília, v. 43, n. 172, p. 135-148, dez. 2006. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/93266/Pedra%20Adriano.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 out. 2024.
- 2 BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional.** 16. ed. São Paulo: Malheiros, 2011. p. 196-197.
- 3 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 out. 2024.
- 4 BERCOVICI, Gilberto. **A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro.** Revista de Direito Sanitário, v. 3, n. 1, p. 13-28, 2002.
- 5 BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 2 out. 2024.
- 6 BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 2 out. 2024
- 7 CAMPOS, G. W. S. **O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal privado para organizar o cuidado à saúde.** Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, 2007. Suplemento.
- 8 BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Lcp141.htm. Acesso em: 2 out. 2024.
- 9 BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática.** SynTesis, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012. p. 24. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/7433>. Acesso em: 2 out. 2024.
- 10 SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à saúde: análise à luz da judicialização.** Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2015. p. 210.
- 11 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 out. 2024.
- 12 BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 2 out. 2024.
- 13 BONIFÁCIO, Ivan. **Campeão mundial de judicialização.** Revista Empório do Direito. Florianópolis, Santa Catarina. 2015. Disponível em <https://emporiododireito.com.br/leitura/campeao-mundial-de-judicializacao>. Acesso em 2 out. 2024

14 CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Justiça em números 2024*. Brasília, DF: CNJ, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias/justica-em-numeros/>. Acesso em: 2 nov. 2024.

15 BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso em Mandado de Segurança n. 6564/RS**. rel. Min. Demócrato Reinaldo, julgado em 23/05/1996. Disponível em https://processo.stj.jus.br/processo/ita/documento/?num_registro=199500687828&dt_publicacao=17/06/1996&cod_tipo_documento=1. Acesso em: 2 out. 2024.

16 DANIELLI, Ronei. **A judicialização da saúde no Brasil: do viés individualista ao patamar de bem coletivo**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

17

BRASIL. Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 2 out. 2024.

18 ORNELAS, Thaíse Siqueira. **A desjudicialização das Demandas por medicamentos: Uma análise sobre a efetividade do núcleo de apoio técnico – NAT após a sua instalação no município de Joinville**. Revista da Esmesc, v. 25, n. 31, 2018.

19 ARAÚJO, Flávia Dreher. **Judicialização do direito à saúde e a (não) responsabilidade solidária dos entes federativos da República Federativa do Brasil**. 2023. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2023.

20 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental no Agravo de Instrumento n. 238.328/RS**, Relator(a): Ministro Marco Aurélio, j. 16/11/1999. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=4954341>. Acesso em: 2 out. 2024.

21 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286/RS**. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=335538>. Acesso em: 2 out. 2024.

22 DANIELLI, Ronei. **A judicialização da saúde no Brasil: do viés individualista ao patamar de bem coletivo**. Belo Horizonte: Fórum, 2017. 54

23 BRASIL. Supremo Tribunal Federal - **STA 175**. Min. Presidente relator Gilmar Mendes. Julg. 25 de junho de 2009. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso: 2 out. 2024.

24 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 855.178 Sergipe**. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verPronunciamento.asp?pronunciamento=5452582>. Acesso em: 2 out. 2024.

25 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 855.178 Sergipe**. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verPronunciamento.asp?pronunciamento=5452582>. Acesso em: 2 out. 2024.

26 Tribunal de Justiça de Santa Catarina. **Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas nº 030235511.2014.8.24.0054**. rel. Des. Ronei Danielli, julgado em 9/11/2016. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sc/507687668/inteiro-teor-507687717>>. Acesso em: 2 out. 2024.

27 IBGE. População. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/araquari/panorama>. Acesso em: 2 out. 2024.

28 IBGE. População. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/araquari/panorama>. Acesso em: 2 out. 2024.

29 IBGE. População. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/araquari/panorama>. Acesso em: 2 out. 2024.

30 FURTADO, M. ; VARGAS, N. ; HOPNER, V. N.. **Projeção da população do município de Araquari/SC utilizando ferramentas matemáticas.** 2015

31 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1451/1995. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf. Acesso em: 2 out. 2024.