



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**FRANCISCO AFONSO TAVARES JUNIOR
FREDERYCK ALVES BEZERRA OLIVEIRA**

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: DIREITO E DIGNIDADE HUMANA

CAJAZEIRAS - PB

2016

**FRANCISCO AFONSO TAVARES JUNIOR
FREDERYCK ALVES BEZERRA OLIVEIRA**

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: DIREITO E DIGNIDADE HUMANA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial obrigatório à obtenção de título de Médico.

Orientador: Prof^o Dr. Francisco José Gonçalves Figueiredo

CAJAZEIRAS - PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

T231j Tavares Júnior, Francisco Afonso

Judicialização da saúde: direito e dignidade humana. / Francisco Afonso Tavares Júnior; Fredeyck Alves Bezerra Oliveira. - Cajazeiras: UFCG, 2015.

33f.

Bibliografia.

Orientador (a): Prof. Dr. Francisco José Gonçalves Figueiredo.

Monografia (Graduação) – UFCG.

**FRANCISCO AFONSO TAVARES JUNIOR
FREDERYCK ALVES BEZERRA OLIVEIRA**

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: DIREITO E DIGNIDADE HUMANA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito parcial obrigatório à obtenção
de título de Médico.

Aprovado em 15/02/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Francisco José Gonçalves Figueiredo
Orientador (UACV – UFCG)

Prof^a. Ms. José Antonio de Albuquerque Filho
Professor da Faculdade São Francisco da Paraíba
Examinador

Prof^a. Ms. Eliane de Sousa Leite
Membro (UAENF – UFCG)
Examinador

AGRADECIMENTOS

À Deus, por nos ter permitido chegar até aqui e realizar o sonho de ser médico.

Às nossas famílias, por sempre nos apoiarem nas decisões mais complexas e por acreditar que somos capazes de transpor os mais difíceis obstáculos.

Aos professores Maria do Carmo Farias e Francisco Figueiredo, por tornar a ilusão de concluir este trabalho uma realidade.

Aos professores José Antonio de Albuquerque Filho e Eliane de Sousa Leite, pelas contribuições e sugestões ao presente trabalho.

OLIVEIRA, F. A. B.; TAVARES JUNIOR F. A. **Judicialização da saúde: direito e dignidade humana**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo realizar uma análise documental-analítica de decisões judiciais sobre a judicialização em saúde. Utilizaram-se como amostras decisões monocráticas deferidas em 1ª instância na comarca de Cajazeiras - PB, no período de outubro de 2014 a maio de 2015. O universo do estudo foi constituído por oito decisões e os dados analisados permitiram constatar que a solicitação e deferimento de ações judiciais em saúde fundamentadas na garantia de direitos prevista na Constituição, é uma característica presente da demanda judicial. Observa-se um processo de judicialização excessiva, que se manifesta pela proliferação de decisões que condenam o poder público ao custeio de tratamentos que eram para ser ofertados na rede básica de saúde e remetem ao gestor a responsabilidade da decisão de alocação de recursos que, muitas vezes, contradiz o princípio da equidade em saúde e o acesso a uma assistência de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Judicialização. Saúde. Direito.

OLIVEIRA, F. A. B.; TAVARES JUNIOR F. A. **Health Judicialization: Law and human dignity.** Completion of Course Work (Medicine Undergraduation) - Federal University of Campina Grande, 2016.

ABSTRACT

This study aims to accomplish a documentary-analytical analysis of court decisions on the health judicialization. Monocratic decisions deferred on a first instance in the region of Cajazeiras-PB were used as samples from October 2014 to May 2015. The entire study consisted of eight decisions; and the analyzed data allowed to verify that the request and deferment of the lawsuits in health based on the guarantee of rights provided on the constitution is a present trait of the legal claim. A process of excessive judicialization is observed, which is manifested by the proliferation of decisions condemning public authority for funding treatments that were supposed to be offered in the basic health system and refer back to the administrator the responsibility for resource allocation decision, which often contradicts the principle of equity in health and access to health care quality.

KEY WORDS: Judicialization. Health. Law.

ABREVIATURAS E LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CF/88	Constituição Federal de 1988
MP	Ministério Público
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PB	Paraíba
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de Medicamentos.....	22
-----------------	-----------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Análise de Conteúdo referente à Categoria “Processos na Comarca de Cajazeiras – PB”	21
-----------------	---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 APARATO JURIDICO LEGAL DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS DO CIDADÃO.....	13
3.2 O DIREITO E AS POLITICAS PUBLICAS NO BRASIL.....	16
4 MATERIAIS E MÉTODOS	18
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	18
4.2 CARACTERIZAÇÕES DO LOCAL DA PESQUISA.....	18
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	19
4.4 CRITERIOS DE INCLUSÃO.....	19
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	19
4.6 ASPECTOS ETICOS.....	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5.1 CATEGORIAS DE ANALISE TEMATICA.....	20
5.1.1 PROCESSOS NA COMARCA DE CAJAZEIRAS.....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	27
APENDICES	

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF88) previu a dignidade da pessoa humana entre os princípios fundamentais da República Brasileira. Com isso vimos que esse princípio tutelado do cidadão exige o reconhecimento e a proteção do direito fundamental em todas as gerações. Entre esses direitos, a saúde toma relação estreita para efetivação da dignidade da pessoa humana. A partir daí, viu-se o crescimento da judicialização da saúde brasileira, tendo como princípio a defesa da dignidade, entendendo-se como sendo o mínimo vital para eventual efetivação do direito à saúde. (BARCELLOS, 2008)

Observando debates teóricos sobre o mínimo existencial ou vital, podemos inferir que focam na preservação da vida tendo como atores principais para sua proteção, a Administração Pública e o Judiciário. Isso ocorre porque existem necessidades básicas para a sobrevivência do homem e o Estado muitas vezes não possui meios para sua realização, invocando a teoria da reserva do possível, que expõe sobre a impossibilidade de promover certos direitos sem prejuízo de outras pessoas. Quando isso ocorre, deve-se recorrer ao Poder Judiciário, para com a sua intervenção garantir a proteção do instituto mais protegido de nossa Constituição (direito à dignidade da pessoa humana) no sentido de que não venha a padecer por falta de recursos.

A saúde pública brasileira é baseada nos Art. 194 e 195 (“Da Seguridade Social”) e nos Art. 196 a 200 (“Da Saúde”) da CF88, os quais apresentam como objetivos: a universalidade de cobertura de atendimento; a seletividade e a distributividade dos benefícios e serviços.

Associado à CF/88 existe as normas infraconstitucionais, que regem a saúde pública, as quais fornecem as diretrizes a serem seguidas para a implementação da saúde pública no país, tendo como objetivo a regulamentação e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais normas são: a Lei nº 8.080/90, regulamentada pelo decreto N° 7.508 de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS e refere sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, o planejamento e o funcionamento dos serviços correspondentes e a Lei nº 8.142/90, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área. Entretanto, mesmo com a existência desses e outros dispositivos regulamentando a operacionalização do sistema, é observado a infinidade de dificuldades que a saúde pública enfrenta para efetivar-se como um direito social universal e igualitário para os cidadãos. Um dos mais evidentes é a relação entre a

oferta de recursos públicos e a concessão universal de serviços de saúde, já que a efetivação de direitos sociais, de acordo com Galdino (2002), está atrelada às possibilidades econômicas e financeiras do Estado, no que se denomina “reserva do possível”. Logo, é inevitável que o Estado leve em conta as “impossibilidades materiais das prestações públicas, ainda que os direitos a tais prestações estejam expressamente previstos no texto constitucional e, nesta qualidade, sejam objeto de reconhecimento jurisdicional” (GALDINO, 2002, p. 174). Portanto, é correto vislumbrar que as necessidades de saúde da população são vastas; enquanto os recursos públicos são limitados, o que estabelece uma dificuldade para a ampliação efetiva dos direitos sociais.

No Brasil, há uma crescente no número de decisões judiciais obrigando o Poder Público a fornecer bens e serviços de saúde, o que vem sendo denominado de “judicialização da saúde”. O Poder Judiciário brasileiro tem sido muito receptivo a demandas individuais que contestam a concessão de insumos, medicamentos e tratamentos de saúde pelo SUS. As decisões mais frequentes consideram que o direito à saúde previsto na Constituição garante ao cidadão o direito de receber esses produtos sempre que houver a necessidade, por indicação médica, diante da recusa de fornecimento pelo poder público. Na imensa maioria dos casos, o Judiciário obriga os gestores de saúde a fornecer os produtos demandados pelos pacientes-requerentes, que pedem principalmente medicamentos (FERRAZ, 2011; FERREIRA et al., 2004; WANG, 2009).

O Judiciário brasileiro também tende a não levar em conta o impacto orçamentário de uma decisão judicial que obriga o sistema de saúde a providenciar um determinado tratamento. Há ainda que se destacar que os entes federativos (Municípios, Estados e União) se solidarizam quanto ao ônus gerado pela judicialização da saúde, cabendo a cada um o respectivo nível de complexidade (primário, secundário ou terciário) no sistema de saúde, ou seja, cada um assume uma competência justa, ou pelo menos o mais próximo disto, com uma cidade assumindo medicamentos básicos e um Estado responsabilizando-se por medicações mais caras, como tratamento antineoplásico (terapia adjuvante).

Em geral, questões relacionadas ao orçamento público, como a escassez de recursos e a não previsão de gasto, bem como o fato do medicamento não pertencer às listas de medicamentos do SUS, não são razões suficientes para se negar o pedido de um tratamento médico para os juízes, já que se encontram respaldos no direito à saúde está assegurado na Constituição Federal. Esse posicionamento do Judiciário brasileiro favoreceu o impressionante crescimento no número de ações contestando tratamentos médicos com base no direito constitucional à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a situação da judicialização à saúde na Comarca de Cajazeiras - PB.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais motivos para a abertura de processos na Comarca de Cajazeiras;
- Conhecer quais os serviços ou produtos com maior frequência de requisição na referida Comarca;
- Compreender o resultado da decisão judicial para os casos analisados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aparato jurídico legal de proteção aos direitos do cidadão

O surgimento do Estado Moderno fez florescer os direitos fundamentais como são conhecidos atualmente, os quais sofreram influência do momento histórico da época. No final do século XVIII e início do século XIX surgiram várias Constituições que ressaltaram os direitos e garantias fundamentais. Para Ferreira Filho (2011), a afirmação documental dos direitos fundamentais se deu através da Constituição Francesa de 1848. Entretanto, se faz o reconhecimento de que novos direitos fundamentais foram elencados efetivamente com o término da Primeira Guerra Mundial.

A Constituição de Weimar, na Alemanha, em 1919, foi crucial nesse sentido, pois trouxe uma noção de contraprestação. Podemos citar como exemplo, o serviço escolar, que se apresentava como uma contraprestação do direito à educação, o serviço médico/hospitalar quanto ao direito à saúde, etc. Contudo, a consagração efetiva dos direitos fundamentais sociais se dá com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948, que distinguiu como núcleo básico desses direitos da pessoa humana, o direito à vida, dentre outros como a liberdade, a justiça e a educação (SOUZA, 2012).

Para Sarlet (1998, p. 90) “os direitos à vida, liberdade e igualdade correspondem diretamente às exigências mais elementares de dignidade da pessoa humana”. Esta tríade forma o núcleo do princípio da dignidade humana, fundamental para do Estado Constitucional.

A Constituição brasileira de 1988 apresenta no artigo 6º os direitos sociais, como, o direito à educação, saúde, moradia, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à infância e maternidade, bem como a assistência aos desamparados. Além disso, os direitos fundamentais têm aplicabilidade imediata, conforme estabelecido no artigo 5º, parágrafo 1º, desta mesma Carta Magna. Portanto, caso haja omissão do Estado na aplicação dos direitos sociais fundamentais, este poderá ser condenado a fazê-lo através de decisões judiciais, ao que se denomina “judicialização das políticas públicas”.

Temos uma situação conflituosa entre a necessidade de atuação estatal para a garantia dos direitos fundamentais e a impossibilidade financeira de atender na totalidade estas demandas. Canotilho (1991) afirma que essa limitação de recursos públicos é um empecilho para a execução dos direitos sociais. Segundo o autor, a efetivação destes direitos

somente é alcançável dentro do que permite uma “reserva do possível”, em que se condiciona a efetividade de tais direitos à existência de recursos econômicos, já que é preciso considerar que, além da previsão legal para a prestação de um direito, deve-se atentar para os recursos orçamentários disponíveis para o atendimento destes.

Esta teoria, conforme Krell (2002, p.70) surgiu a partir da jurisprudência constitucional alemã, na qual a formação dos direitos às prestações do Poder Público está relacionada à disponibilidade dos recursos. E a decisão sobre como dispor estes recursos seria discricionária, governamental e parlamentar, através da elaboração dos orçamentos públicos.

Segundo Barcellos (2002, p. 236), “a expressão reserva do possível procura identificar o fenômeno econômico da limitação dos recursos disponíveis diante das necessidades quase sempre infinitas a serem por eles supridas”. Esta teoria revela que existem limites de possibilidades materiais aos direitos sociais, independente deles estarem legalmente previstos ou não. Logo, de nada adiantaria a previsão constitucional se não existir orçamento disponível para custeio destas prestações, sendo justamente nesses casos em que o Estado não oferece tais direitos, impulsionando os cidadãos a procurarem o Poder Judiciário para execução de suas necessidades.

Existe, também, o chamado “mínimo existencial”, conceito que vincula a existência de um núcleo de direitos, imediatamente tutelável, e não está ligado à ideia de reserva do possível. Estamos tratando de algo ligado à realização dos direitos fundamentais, que representam a concretização do princípio da dignidade da pessoa humana (CF Art 1º, III). A ideia que o norteia refere-se à preservação e garantia das condições e exigências mínimas de uma vida digna. Isso significa dizer que o direito ao mínimo existencial está alicerçado no direito à vida e na dignidade da pessoa (AMARAL, 2001, p.67).

Barcellos (2002), afirma que o Judiciário deve determinar o fornecimento do “mínimo existencial” independentemente de outras variáveis, sejam elas orçamentárias ou não. Por fim, a autora, afirma que o mínimo existencial, segundo o qual será possível exigir ao Poder Judiciário é composto por quatro elementos: educação fundamental, saúde básica, assistência aos desamparados e acesso à justiça.

Antes da Constituição Federal de 1988, um fragmento da população brasileira, que não constituía o trabalho formal, era excluído do direito à saúde. Com a redemocratização, renovou-se o debate a respeito da universalização dos serviços públicos de saúde. Tal debate teve seu auge na Assembleia Constituinte, na qual se criou o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição estabelece em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos, bem como um dever do Estado, instituindo também o acesso universal e igualitário às ações e

serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Portanto, após a promulgação da Carta Magna todos os brasileiros passaram a ter o direito à saúde (BRASIL, 1988).

Sobre o pacto Federativo, a Constituição atribui competência concorrente aos entes para legislar sobre proteção e defesa da saúde, conforme artigo 24, XII, e 30, II. 36. Cabe à União estabelecer as normas gerais, conforme art. 24, § 1º da Constituição. Aos Estados, cumpre complementar a legislação federal, de acordo com o mesmo artigo, parágrafo 2º. E aos Municípios, cumpre legislar sobre os assuntos de interesse local, podendo eventualmente complementar a legislação federal e estadual, quando necessário (artigo 30, I e II).

Em relação ao aspecto administrativo, a Carta Magna atribui competência comum à União, aos Estados e Municípios. Assim, os três entes federativos podem criar e realizar suas políticas de saúde. No âmbito federal, a direção do SUS fica a cargo do Ministério da Saúde; nos Estados e no Distrito Federal, das Secretarias de Saúde; e na esfera municipal, da Secretaria de Saúde local, nos termos da lei nº 8080/90, art. 9º (BRASIL, 1990).

Quanto ao conceito de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) define como “o completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou agravos”. Observa-se ainda que tal conceito reconhece a saúde como um direito fundamental de todo ser humano, independente de sua condição social ou econômica. No entanto, tal definição sofreu algumas críticas, tendo em vista as limitações orçamentárias para a efetivação de um completo “bem estar físico, mental e social”.

Em virtude do conceito de saúde estabelecido, pode-se afirmar que se trata de um direito social, de tal forma que este direito é exaustivamente tratado em diversos artigos de nossa Constituição, como os artigos 5º, 6º, 7º, 21, 22, 23, 24, 30, 127, 129, 133, 134, 170, 182, 184, 194, 195, entre outros (BRASIL, 1988).

Como já citado anteriormente, o direito à saúde é considerado um direito social, e, portanto, passível de demandar prestações por parte do Estado. Como bem ensina Sarlet (2003, p. 314.):

Por mais que os poderes públicos, como destinatários precípuos de um direito à saúde, venham a opor - além da já clássica alegação de que o direito à saúde (a exemplo dos direitos sociais prestacionais em geral) foi positivado como norma de eficácia limitada - os habituais argumentos da ausência de recursos e da incompetência dos órgãos judiciários para decidirem sobre a alocação e destinação de recursos públicos, não nos parece que esta solução possa prevalecer, ainda mais nas hipóteses em que está em jogo a preservação do bem maior da vida humana (SARLET, 2003, p. 314).

Diante disso, não se pode deixar de reconhecer o direito à saúde como norma de eficácia plena, de aplicação imediata, passível de ser exigida do Estado, quando este se

mostrar ineficaz ou insuficiente. Tais demandas se fundamentam em nome do direito à vida. Deste modo, através da conformação constitucional dada em 1988, tem-se que a qualquer interessado é permitido requerer em ação cabível perante os Tribunais, o acesso imediato e concreto ao direito fundamental à saúde.

3.2 O direito à saúde e as políticas públicas no Brasil

Desde a promulgação da Constituição foram criadas várias iniciativas visando melhorias no âmbito da saúde. Tais como a Lei nº 8.142/90, a qual garante a participação dos usuários do sistema na gestão dos serviços, bem como estabelece parâmetros para as transferências entre as diversas esferas de governo; e a Portaria nº 3.916/98, que criou a Política Nacional de Medicamentos, entre tantas outras.

O direito à saúde está inserido no capítulo dos direitos fundamentais da Constituição, mais precisamente no art. 5º, e possui aplicação imediata. Ao analisarmos os artigos 16 a 19 da Lei n. 8.080/90, que dispõe sobre normas gerais do SUS, entendemos que este é formatado para que os entes federados sejam solidários. Baseado no artigo 16 desta lei, mais do que adotar políticas gerais de saúde, mais do que coordenar os sistemas integrados de assistência e estabelecer normas gerais, cabe à União promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios dos serviços e ações de saúde, com abrangência estadual e municipal. Já o Estado, conforme inciso I do artigo 17 desta lei deve promover a descentralização para os Municípios, sem deixar de prestar apoio técnico e financeiro. Ao ente municipal resta a carga principal da gestão e execução dos serviços públicos de saúde, conforme estabelece o inciso I do artigo 18. O Distrito Federal, por sua vez, tem atribuições com características estaduais e municipais (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) é a que determina a estrutura e o *modus operandi* do SUS. Segundo Barroso (2012, p.12), “o SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta”. Entre as competências do SUS está o que estabelece o art. 6º, VI desta lei: “*formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção*”.

Esta lei, além de propor as bases estruturais para organização do SUS, também estabelece os princípios nos quais a sua atuação deve se pautar, dentre eles, tem-se princípio o da universalidade (acesso à saúde para todos os cidadãos) e o da solidariedade entre os entes

da federação (que implica em atribuir a responsabilidade prioritária ao Município na execução das políticas da saúde, sem imiscuir da responsabilidade os Estados e a União) (BRASIL, 1990).

Portanto, observa-se que a ideia do direito à saúde como um direito de todos, através do acesso universal e igualitário, também se faz presente na legislação infraconstitucional.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo e retrospectivo, de cunho descritivo-analítico e documental, realizado a partir de decisões judiciais para solicitação de medicamentos no município de Cajazeiras - PB, as quais foram proferidas em 1ª instância pelo Poder Judiciário da 4ª VARA, comarca de Cajazeiras, no período de outubro de 2014 a maio de 2015.

A escolha pela abordagem qualitativa baseia-se em Bardin (2011) ao afirmar que ela nos permite analisar a presença ou ausência de uma ou mais características em uma determinada passagem do texto que é dada relevância. Desse modo, a pesquisa qualitativa nos garante uma grande abrangência diante da análise dos dados colhidos, proporcionando a criação de novas hipóteses e a avaliação dos indicadores inicialmente estabelecidos. Diante disso, optou-se por uma pesquisa de caráter descritivo por apresentar a descrição das características de determinada população ou fenômeno desejados pelo investigador (GIL, 2006).

O estudo em questão trata-se de pesquisa de natureza documental. A pesquisa documental corresponde a uma modalidade de estudo que se usa de um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a compreensão, apreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. (SEVERINO, 2007). Estas podem ser realizadas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou posteriormente.

4.2 Caracterizações do local da pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida na 4ª VARA do Tribunal de Justiça da Paraíba, localizada no município de Cajazeiras.

A cidade de Cajazeiras está localizada no interior do estado da Paraíba, pertencendo à Mesorregião do Sertão Paraibano e à Microrregião de Cajazeiras. Ocupa uma área de 565.899 km² e apresenta população estimada para o ano de 2015 de 61.431 habitantes, sendo classificada como o sétimo maior município do Estado em número populacional. Além disso, é sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, atendendo a demanda da própria cidade e também de 14 municípios circunvizinhos, dispondo de 62 estabelecimentos de saúde, sendo 31 públicos (CAJAZEIRAS, 2014; IBGE, 2015).

4.3 População e amostra

A população-alvo desta pesquisa foi formada por sentenças judiciais, proferidas em 1ª instância, relacionadas ao tema da saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cajazeiras - PB, com solicitações de pedidos diversos.

4.4 Critérios de inclusão

Foi considerado como critério de inclusão ser um processo de solicitação de medicamento ou insumos por decisão judicial.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de consulta a oito sentenças de usuários do SUS solicitando medicamentos ou insumos pelo poder Judiciário, durante os meses de outubro de 2014 e maio de 2015.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo respeitou as considerações éticas de pesquisa, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde visto que os dados analisados são decisões de cunho privado, mas com caráter público e de fácil acesso para toda a população, não sendo, portanto, necessária a submissão desse projeto ao Comitê de Ética para que o mesmo pudesse ser realizado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O universo do estudo foi constituído por oito decisões judiciais, proferidas em 1ª instância. Os dados analisados permitiram constatar que a solicitação e deferimento de ações judiciais em saúde fundamentadas na garantia de direitos, prevista na Constituição, é uma característica majoritária nas demandas judiciais. Em todas as sentenças em estudo, existe a afirmação de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, conforme a CF/88.

Os dados obtidos e representados no quadro abaixo possuem teor qualitativo e são discutidos segundo a literatura vigente.

5.1 Categorias de análise temática

A análise das decisões monocráticas será exposta em um quadro, a fim de permitir uma melhor compreensão da organização da análise do conteúdo exposto. De início, identificamos a temática norteadora como sendo os processos que recorriam ao direito à saúde na Comarca de Cajazeiras - PB, que foi dividido em subcategorias para que cada temática fosse explorada da melhor forma possível, com a finalidade de se obter a análise detalhada do conteúdo exposto no discurso de cada indivíduo.

5.1.1 Processos na Comarca de Cajazeiras – PB

A caracterização do Quadro 1 proporcionou a identificação da categoria **Processos na Comarca de Cajazeiras - PB** e de seis subcategorias: Ação Civil pública, Reclamação, Serviço/Produto requisitado, Causa da solicitação, Decisão Judicial e Penalidades.

Baseado na análise do quadro, temos que a subcategoria **Ação Civil Pública** é aquela intentada pelos legitimados elencados no art. 5 da Lei 7.347/85, no caso tendo-se como legitimado o Ministério Público (MP), para a tutela específica do interessado, neste caso o usuário do SUS, pleiteando o fornecimento de medicamentos e/ou insumos e tratamento ao reclamante. (BRASIL, 1985)

Quadro 1 - Análise de Conteúdo referente à Categoria “Processos na Comarca de Cajazeiras – PB”. (n=8)

Subcategoria	Unidade de contexto
Ação Civil Pública	<i>“defesa do direito indisponível com pedido de antecipação de tutela antecipada”</i> . [P1-P8]
Reclamação	<i>“recusa da administração em fornecer o tratamento e/ou medicamento de que necessita”</i> . [P1-P8]
Serviço/Produto Requisitado	<i>“dieta apropriada, fraldas geriátricas.... e sessões de fisioterapia”</i> . [P1, P4] <i>“prestação continuada de medicamentos”</i> . [P2, P5-P8] <i>“pleiteia o fornecimento de cirurgia reparadora”</i> . [P3]
Causa da Solicitação	<i>“portador de sequelas cognitivas e motoras graves secundárias”</i> . [P1] <i>“hipotireoidismo secundário”</i> . [P2] <i>“catarata senil bilateral”</i> . [P3] <i>“Alergia a proteína ao leite de vaca”</i> . [P4] <i>“portador de insuficiência cardíaca”</i> . [P5-P6] <i>“sequela de tratamento neoplásico”</i> . [P7] <i>“baixa acuidade visual bilateral”</i> . [P8]
Decisão Judicial	<i>“fornecimento imediato do produto solicitado em 10 dias”</i> . [P1-P8]
Penalidades	<i>“fixo multa diária de R\$ 500,00 em caso de descumprimento da presente ordem judicial”</i> . [P1-P8]

No que tange à subcategoria **Reclamação**, sendo esta presente em todas as ações judiciais e definida como a ação de protestar ou reivindicar direito não assistido. Nos processos em questão houve procedência em tutela antecipatória em todas as reclamações. Haja vista, que a questão da antecipação de tutela, nestes casos, visa a evitar o *periculum in mora*, este em sua tradução literal significa o perigo na demora em prover a assistência devida e assim impedir que possa haver agravo à saúde do paciente. O município pode ainda reverter a responsabilidade ao Estado e à União, devido os federativos serem solidários. (BRASIL, 1988)

Com relação à subcategoria **Serviço/Produto Requisitado**, são pleiteados medicamentos, cuidados em saúde e insumos, além de tratamento específico para determinada patologia.

Nessa situação, faz-se necessário que sejam avaliados indicadores de monitoramento de demandas judiciais relacionados com princípios da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e da Política Nacional de Medicamentos (PNM) para que a partir deles se possa analisar a inserção dos princípios dessas duas políticas públicas no contexto da judicialização do acesso a medicamentos no município de Cajazeiras.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica é formada por blocos de financiamentos, os quais são representados pelos componentes padronizados no SUS: da atenção básica, estratégico e especializado. Analisou-se que, das decisões judiciais analisadas, 40% dos medicamentos solicitados estão presentes na lista de medicamentos padronizados nesses blocos de assistência, sendo 40% relativos ao bloco de atenção básica e não teve medicamentos do componente especializado ou estratégico, conforme dados da tabela abaixo.

Tabela 1 - Distribuição de Medicamentos

BLOCO DA AF	n	%
Atenção Básica	06	40
Estratégico	-	-
Especializado	-	-
Outros	09	60
TOTAL	15	100

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Realizando o comparativo dos dados com a literatura brasileira constata-se grande discrepância entre os estudos quanto à proporção de medicamentos padronizados no SUS que estão presentes nas solicitações judiciais. Pesquisa no Rio de Janeiro identificou que 57,4% dos medicamentos eram padronizados no SUS (SANT'ANA, 2009), já em São Paulo foram encontradas três proporções diferentes: 62% em estudo realizado por Vieira e Zucchi (2007), 33,8% conforme Macedo (2011) e 23% de acordo com Chieffi e Barata (2009). Para Leitão (2012), que realizou a pesquisa no Tribunal de Justiça da Paraíba, apenas 28,86% constavam nas listas oficiais de padronização do SUS.

Apesar disso, alguns argumentos podem ser utilizados para esclarecer essas discordâncias entre os resultados, como: o período de realização dos estudos e as constantes

atualizações das listas oficiais, uma vez que cada vez mais se acrescentam mais fármacos a fim de atender as novas exigências da saúde da população.

Tal resultado é semelhante a outros estudos no que tange a prevalência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica frente aos demais blocos de assistência (MESSEDER, 2005; SANTOS, 2006; VIEIRA; ZUCCHI, 2007; PEREIRA, 2007; ROMERO, 2008).

Não se pode deixar de relatar, que para se adquirir administrativamente medicamentos desse programa, além da prescrição médica, é necessário que o paciente se enquadre em Protocolos Clínicos Terapêuticos previamente estabelecidos pelo SUS, o que pressupõe dizer que os fármacos disponibilizados como componente especializado são para as patologias e terapêuticas específicas. Assim sendo, se para um determinado paciente for prescrito um desses medicamentos, mas o mesmo não apresentar a doença elencada nos protocolos do SUS, não haverá atendimento da prescrição médica por via administrativa. Essa medida objetiva coibir a utilização de medicamentos de forma indiscriminada para patologias que não se tem comprovação científica para utilização.

Nessas circunstâncias, dentre os estudiosos se tornou consenso que a utilização da via judicial para o fornecimento de medicamentos presentes nas listas oficiais públicas é uma forma legítima de garantir o pleno exercício do direito à assistência individual terapêutica (PEPE et al., 2010; MESSEDER et al., 2005; VIEIRA; ZUCCHI, 2007, PANDOLFO et al., 2012).

Quanto à subcategoria **Causa da Solicitação**, encontramos diversas, por conseguinte são elas: “*portador de seqüelas cognitivas e motoras graves secundarias*” [P1], “*hipotireoidismo secundário*” [P2], “*catarata senil bilateral*” [P3], “*Alergia a proteína ao leite de vaca*” [P4], “*portador de insuficiência cardíaca*” [P5-6], “*seqüela de tratamento neoplásico*” [P7], e “*baixa acuidade visual bilateral*” [P8].

Na penúltima Subcategoria do Quadro 1 encontramos o item **Decisão Judicial**, o qual foi unânime, pois ao analisarmos as decisões judiciais vimos que as oito ações foram procedentes aos autores, deferindo, portanto, a solicitação conforme prescrição médica. Desse modo, 100% das sentenças foram favoráveis ao requerente. Outros estudos revelam que em outras localidades do Brasil, os deferimentos desses pedidos também têm percentuais elevados: 89% no Rio de Janeiro, em 2005 (BORGES; UGÁ, 2010), 90,3% em São Paulo, no ano de 2007 (MARQUES; DALLARI, 2007).

Ainda com relação aos processos no que refere ao direito à saúde, vale destacar que tal matéria já encontra jurisprudência pacificada na Corte de Justiça do Estado da Paraíba e em Tribunal Superior, assegurando as decisões em primeira instância.

Recentemente, uma revisão sistemática da literatura envolvendo países da América Latina, observou-se que as decisões dos tribunais, na maioria dos casos, são favoráveis aos autores, seja na Colômbia (75% - 87%), Costa Rica (89,7%) ou no Brasil (70% -100 %) (REVEIZ, 2013).

Quanto à Subcategoria **Penalidade**, houve consonância em se firmar multa diária de R\$ 500,00 (quinhentos reais) limitado ao valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais), sem prejuízo de eventual crime de desobediência, a ser revertido em favor do Fundo de Direito Difusos e Coletivos do Estado, conforme dispõe a Lei 7.347/85, nos termos do art. 12 §2º e art. 13 (Lei sobre a Ação Civil Pública) e ainda Lei 8.102/2006 (Lei sobre o Fundo Especial de Proteção dos Bens, Valores e Interesses Difusos).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das sentenças referentes à dispensação de medicamentos e a autorização de insumos à saúde mediante demandas judiciais permitiu evidenciar, apesar do pequeno universo da amostra, os efeitos dessas decisões sobre a formulação e a execução da política de saúde.

O direito do cidadão de exigir a garantia de acesso à saúde via sistema judiciário é importante para evitar a negligência do Estado. Contudo, a partir do pressuposto de que qualquer reivindicação deve ser atendida, conseqüentemente ocorre um impacto considerável nos recursos financeiros públicos, que são finitos, enquanto as demandas em saúde são infinitas, conforme a teoria da Reserva do Possível. Alguns fatores devem ser reavaliados para adequar tal enfrentamento, como: Responsabilidade tripartite de organização do sistema, não assumida em sua plenitude; Aquisição de medicamentos que não fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); Uma atualização periódica das listas oficiais ou a existência de novos caminhos administrativos no SUS, que avaliem a necessidade de medicamentos ainda não incorporados aos SUS; Prejuízo aos princípios do SUS; Aquisição de medicamentos não registrados pela ANVISA; Aquisição de medicamentos prescritos por profissionais de serviços privados, sem observância do princípio de integralidade das ações do SUS.

Com relação aos conflitos relacionados aos problemas sociais e a defesa dos interesses dos indivíduos podemos considerar que a interferência do Judiciário atende ao interesse individual, colocando-o em posição privilegiada em relação ao interesse coletivo, e contribuindo para que aumentem as desigualdades e as injustiças sociais no âmbito da saúde.

A antecipação de tutela, geralmente concedida ao requerente, deve ser melhor avaliada, uma vez que essas ações podem ser direcionadas a assessoria ou comitês técnicos de apoio ao judiciário para julgar a verdadeira necessidade de incorporar as requisições (medicamentos ou tratamentos) na rede pública de saúde.

Concluindo, este é um tema considerado complexo, já que envolve diversos atores e a sua resolução passa por uma melhor articulação e comunicação entre os Poderes Executivo e Judiciário para estabelecer novas diretrizes de apoio ao Executivo em decisões melhor embasadas tecnicamente pelo Judiciário, seja por meios de fóruns sistemáticos de discussão conjunta ou comitês técnicos para subsídio à decisão judicial.

Diante dos fatos, é possível afirmar que a partir do conhecimento destes elementos principais, é possível formular estratégias e ações potencialmente mais verídicas para a melhoria do acesso à saúde e, também, para a redução da demanda de saúde por via judicial.

Observa-se um processo de judicialização excessiva, que se manifesta pela proliferação de decisões que condenam o poder público ao custeio de tratamentos que eram para ser ofertados na rede básica de saúde e remetem ao gestor a responsabilidade da decisão de alocação de recursos que, muitas vezes, contradiz o princípio da equidade em saúde e o acesso a uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

AMARAL, G. **Escassez & Escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001, p.67.

BARCELLOS, A. P. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: O princípio da dignidade da pessoa humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008, p122.

_____. **Neoconstitucionalismo, direitos fundamentais e controle das políticas públicas**. Revista de Direito Administrativo, Rio de Janeiro, n. 240, abr./jun. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. reimp., 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Tema desenvolvido por solicitação da Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro, p.12. Disponível em: www.pjf.mg.gov.br.

BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D.; **Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1º instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro**. Brasil, 2005. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, 2010.

BRASIL. **Lei Nº 7347, de 24 de Julho de 1985**. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, e dá outras providências. 1985. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7347orig.htm>. Acesso em: 23 Jan. 2016

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 Jan. 2016.

_____. **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. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 23 Jan. 2016.

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

providências. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 23 Jan. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, edições Câmara, 2012.

_____. **Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**: Considerando a necessidade de o setor Saúde dispor de política devidamente expressa relacionada à questão de medicamentos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em 28 Jan. 2016.

CANOTILHO, J. J.; MOREIRA, V. **Fundamentos da Constituição**. Coimbra: Coimbra, 1991.

CHIEFF, A.L. **Acesso a Medicamentos**: características das demandas judiciais contra a secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERRAZ, O. M. Brazil Health inequalities, rights and courts: the social impact of the judicialization of health. In: YAMIN, Alicia; GLOPPEN, Siri (Org.). **Litigating the right to health**. Cambridge: Harvard University Press, 2011. p. 76-102.

FERREIRA, C. D. et al. O Judiciário e as políticas de saúde no Brasil: o caso Aids. Monografia vencedora do Concurso de Monografias “Prêmio IPEA 40 anos”, 2004.

FERREIRA FILHO, M. G. **Direitos Humanos Fundamentais**. 13. ed. São Paulo: Saraiva. 2011.

GALDINO, F. O Custo dos Direitos. In: TORRES, Ricardo Lobo (Org.) **Legitimação dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@ - Cajazeiras**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250370>>. Acesso em: 20 de Jan. 2016.

KRELL, A. J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (des) caminhos de um direito constitucional comparado.** Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 2002.

LEITÃO, L. C. A. **Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no Estado do Paraíba.** Dissertação de mestrado. Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, Campina Grande, PB. 2012.

MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, 2011

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saude Publica**.v. 41, n.1, p. 101-107, 2007

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do Acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Publica**. v. 21, n. 5, p. 525-534, 2005.

PANDOLFO, M. et al. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no Acesso aos medicamentos no Brasil. **Rev. Salud Pública**. v. 14, n. 2, 340-349, 2012.

PEPE, V.L.E (Org.). Manual indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos / organizado por Vera Lucia Edais Pepe e Miriam Ventura; com a colaboração de Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011. 56 p.

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

PEREIRA, J. R.; SANTOS, R. I.; NASCIMENTO JUNIOR, J. M.; SCHENKEL, E. P. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Rev Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl.3), p. 3551-3560, 2010.

REVEIZ, L. et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n.3, 2013.

ROMERO, L. C. **Judicialização das políticas de assistência farmacêutica**: o caso do distrito federal. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008.

SANT'ANA, J. M. B. **Essencialidade e Assistência Farmacêutica**: Um Estudo Exploratório das Demandas Judiciais Individuais para Acesso a Medicamentos no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, C. C.; GUIMARÃES, L. G.; GONÇALVES, S. A. **Estratégias para reorganização e otimização das atividades destinadas ao fornecimento de medicamentos demandados judicialmente contra a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Monografia de Especialização. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2006.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2.ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, L. P. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**. Disponível em: <http://stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf>. Acesso em: 23 de Nov.2015.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23^a ed. São Paulo: Cortez; 2007.

SOUZA, B. V. **A judicialização das políticas públicas na área da saúde e seus impactos no orçamento dos municípios do Estado do Paraná**. Monografia. p. 18; 2012

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

WANG, D. Poder Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 14, n. 54, p. 51-87, jan./jun. 2009.

APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA**

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS N: _____

Comarca de origem do processo: _____ Ano: _____

Ação civil: _____

Reclamação: _____

Serviço/Produto requisitado: _____

Causa da solicitação: _____

Decisão judicial: _____

Penalidades: _____

APÊNDICE B: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Análise de Conteúdo referente à Categoria “Processos na Comarca de Cajazeiras – PB”.
(n=8)

Subcategoria	Unidade de contexto
Ação Civil Pública	<i>“defesa do direito indisponível com pedido de antecipação de tutela antecipada”</i> . [P1-P8]
Reclamação	<i>“recusa da administração em fornecer o tratamento e/ou medicamento de que necessita”</i> . [P1-P8]
Serviço/Produto Requisitado	<i>“dieta apropriada, fraldas geriátricas.... e sessões de fisioterapia”</i> . [P1, P4] <i>“prestação continuada de medicamentos”</i> . [P2, P5-P8] <i>“pleiteia o fornecimento de cirurgia reparadora”</i> . [P3]
Causa da Solicitação	<i>“portador de sequelas cognitivas e motoras graves secundárias”</i> . [P1] <i>“hipotireoidismo secundário”</i> . [P2] <i>“catarata senil bilateral”</i> . [P3] <i>“Alergia a proteína ao leite de vaca”</i> . [P4] <i>“portador de insuficiência cardíaca”</i> . [P5-P6] <i>“sequela de tratamento neoplásico”</i> . [P7] <i>“baixa acuidade visual bilateral”</i> . [P8]
Decisão Judicial	<i>“fornecimento imediato do produto solicitado em 10 dias”</i> . [P1-P8]
Penalidades	<i>“fixo multa diária de R\$ 500,00 em caso de descumprimento da presente ordem judicial”</i> . [P1-P8]