

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO - UFOP
ESCOLA DE DIREITO, TURISMO E MUSEOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Direito

Rosilene Borges dos Santos Araújo

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A (DES) CONEXÃO COM A JUSTIÇA SOCIAL.
ENTENDENDO O FENÔMENO A PARTIR DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DE
SEUS ATORES SOCIAIS: O CASO DO ESTADO DE MINAS GERAIS.**

Ouro Preto
2019

Rosilene Borges dos Santos Araújo

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A (DES) CONEXÃO COM A JUSTIÇA SOCIAL.
ENTENDENDO O FENÔMENO A PARTIR DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DE
SEUS ATORES SOCIAIS: O CASO DO ESTADO DE MINAS GERAIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Escola de Direito, Turismo e Museologia, da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Diversidade cultural, novos sujeitos e novos sistemas de justiça.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Camilloto Arantes (UFOP).

Coorientador: Prof. Dr. Jorge Alexandre Barbosa Neves (UFMG).

Ouro Preto

2019

A659r

Araújo, Rosilene Borges dos Santos.

Judicialização da saúde e a (des) conexão com a justiça social. [manuscrito]: Entendendo o fenômeno a partir do perfil socioeconômico de seus atores sociais: o caso do Estado de Minas Gerais. / Rosilene Borges dos Santos Araújo. - 2019.

117f.: il.: color; tabs; lista de Siglas e abreviaturas.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Camilloto Arantes.

Coorientador: Prof. Dr. Jorge Alexandre Barbosa Neves.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Direito, Turismo e Museologia. Departamento de Direito. Programa de Pós-Graduação Novos Direitos, Novos Sujeitos.

Área de Concentração: Novos Direitos, Novos Sujeitos.

1. Judicialização da Saúde. 2. Acesso à Justiça. 3. Políticas Públicas. 4. Justiça Social. 5. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. I. Arantes, Bruno Camilloto. II. Neves, Jorge Alexandre Barbosa. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Direito, Turismo e Museologia
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

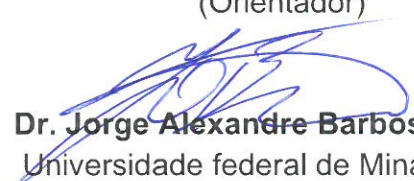


“Judicialização da saúde e a (des)conexão com a justiça social: entendendo o fenômeno a partir do perfil socioeconômico de seus atores sociais: o caso do estado de Minas Gerais”

Autora: Rosilene Borges dos Santos Araújo

Dissertação defendida e aprovada em 15 de março de 2019 pela comissão examinadora composta pelos professores:


Dr. Bruno Camiloto Arantes
Universidade Federal de Ouro Preto
(Orientador)


Dr. Jorge Alexandre Barbosa Neves
Universidade federal de Minas Gerais
(Coorientador)

Dr.^a Marjorie Correa Marona
Universidade federal de Minas Gerais
(participação por videoconferência nos termos da Resolução 7508 do CEPE)


Dr. Leonardo Silva Nunes
Universidade Federal de Ouro Preto

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pelas suas palavras de incentivo e orações, por me ensinar ainda quando criança o poder libertador da educação.

A minha tia Iracy *“in memoriam”* pelo aconchego de seus gestos e a todos os meus familiares.

Ao Wagner, meu amigo e companheiro. Esta nova fase não se concretizaria sem a sua presença. Pela compreensão de tantas ausências, pela firmeza de alguém que jamais perde a sutileza e a doçura assim como as canções de Milton Nascimento. E todas as vezes que trafegava pelas montanhas de Minas e que retornava para casa abria a porta e antes de entrar revia a vida inteira, “pensava em tudo que era possível falar que servisse apenas para nós dois, sinais de bem, desejos vitais”. E você sorria “olhando pra mim” e acenava “um beijo de paz...estrada de prazer, um sonho acontecer”. Isto é parceria. Sempre!

Aos ensinamentos dos meus orientadores, Bruno e Jorge, pois conhecimento não se constrói só, mas nas trocas constantes.

Ao Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES) que permitiu o acesso ao banco de dados para a produção deste trabalho.

“A miséria é de quem a sofre; a responsabilidade, porém, cabe a todos nós”.

(Florestan Fernandes)

RESUMO

A busca judicial pela efetivação do direito à saúde devido à incompletude das políticas públicas e até mesmo por uma ineficiente gestão ganhou maior destaque com a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS), ancorado nos princípios da assistência universal, integral e gratuita, consagrados pela Constituição de 1988. A viabilização do acesso aos bens e serviços de saúde através da esfera judicial culminou no fenômeno denominado judicialização da saúde. Neste trabalho, aborda-se tal fenômeno a partir do recorte do Estado de Minas Gerais e das ações pleiteando a dispensação judicial de medicamentos. Diante do aumento acentuado das demandas judiciais, que muitas vezes acaba desorganizando o planejamento administrativo e comprometendo o orçamento público, cabe perquirir se a judicialização da saúde está dificultando a efetivação do princípio da justiça social, que dentro da perspectiva constitucional consiste na justa distribuição de bens e recursos de modo a propiciar iguais oportunidades e liberdades a todos, visando a redução das desigualdades sociais. Para tal, intentou-se descrever o perfil socioeconômico de quem pede em juízo e o modo como pede, e se as demandas partem de municípios do Estado com maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), já que este reflete a desigualdade social. Assim, buscou-se investigar, através de um estudo descritivo retrospectivo das ações, do período de 1999 a 2009, se a judicialização favorece aqueles que não são os mais vulneráveis na estrutura social e que podem arcar com os custos do acesso à justiça, aumentando as desigualdades no que se refere a bens e serviços de saúde e distorcendo o princípio da justiça social. Ainda, se o Judiciário está servindo como meio para os setores mais vulneráveis da sociedade buscarem demandas igualitárias e contestarem as políticas de saúde. A partir das análises realizadas constatou-se que a maioria das ações foram ajuizadas de forma individualizada, por advogados privados, tiveram como origem da prescrição médica receituários da rede privada de saúde e quase 1/3 dos beneficiários eram profissionais das ciências e das artes, que possuem alto nível de competência, conhecimento e experiência no ramo das ciências físicas, biológicas, sociais e humanas. Ainda, que os municípios que mais judicializaram possuem IDHM alto ou muito alto, o que indica uma distorção do princípio da justiça social e da equidade na distribuição dos bens em saúde.

Palavras-chaves: Judicialização da Saúde. Acesso à Justiça. Políticas Públicas. Justiça Social. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

ABSTRACT

Due to deficiency of public policy and inefficient management, the legal pursue for fulfillment of the right to health has gained more prominence with the establishment of SUS (Unified System of Health), anchored in the principles of universal, unabridged, and free assistance, consecrated by the 1988 Brazilian Constitution. The feasibility of access to goods and services of health through the judicial sphere has culminated in the phenomenon called “judicialization of health”. This work approaches this phenomenon using data from the Brazilian state of Minas Gerais about legal actions for dispensation of medicines. In the face of a sharp increase of legal demands, which many times end up messing with the administrative planning and compromising public budget, it is fit to investigate if the judicialization of health is getting in the way of the principle of social justice, that in the constitutional perspective consists on a fair distribution of goods and services as to assure equal opportunity and freedom to all, with the purpose of reducing social inequalities. To this end, this work details the social-economic profile of those who move legal action, the way it happens, and if the demands come from cities with higher or lower IDHM (Municipal Human Development Index), seeing as it reflects social inequality. Thus, this works intends on investigating, through a descriptive, retrospective study of legal actions from 1999 to 2009, if the judicialization of health favors those who aren't the most vulnerable in the social structure and who are able to handle the cost of accessing justice, which would increase inequality in what concerns good and services of health and would distort the principle of social justice. Additionally, if the judiciary system has been serving as means for the most vulnerable to seek more egalitarian demands and to contest health policies. The analysis has verified that most legal actions have been filed in an individualized manner by private lawyers, and have as their origins drug prescriptions by doctors from the private healthcare system, and that nearly a third of the beneficiaries were professionals of the arts and sciences, with high level of knowledge and experience in the field of physical, biological, social and human sciences. Moreover, the cities that filed the higher number of actions in the state have a high or very high IDHM, which indicates a distortion in the principle of social justice and equity in the distribution of goods in health.

Key words: Judicialization of Health. Access to Justice. Public Policy. Social Justice.
Municipal Human Development Index.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Série histórica de ações individuais concernentes à medicamentos	48
Figura 2: Distribuição percentual das ações segundo a tipologia	49
Figura 3: Presença de logomarca do SUS no receituário médico	53
Figura 4: Distribuição percentual das ações nos casos que autor e beneficiário não são a mesma pessoa	54
Figura 5: Faixas do IDHM	64
Figura 6: Método de cálculo do IDHM	65
Figura 7: Frequência das ações judiciais por municípios do Estado de Minas Gerais.....	67
Figura 8: Correlação entre a frequência das ações judiciais por municípios do Estado de Minas Gerais e IDHM 2000	68
Figura 9: Correlação entre a frequência das ações judiciais por municípios do Estado de Minas Gerais e IDHM 2010	68
Figura 10: Média de anos de estudo das pessoas que vivenciaram conflitos entre 2004 e 2009, segundo o espaço institucional em que buscaram soluções no Brasil	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Critérios para atendimento pelas Defensorias Públicas.....	35
Tabela 2: Quantitativo das ações judiciais de medicamentos, Minas Gerais.....	47
Tabela 3: Distribuição das ações segundo o representante processual.....	55
Tabela 4: Distribuição por coortes dos registros etários dos beneficiários das ações.....	58
Tabela 5: Distribuição quantitativa das ocupações mencionadas e não mencionadas no banco de dados.....	60
Tabela 6: Distribuição quantitativa das ocupações mencionadas e classificáveis na CBO, subnotificadas e sem menção no banco de dados.....	61
Tabela 7: Distribuição quantitativa das ocupações mencionadas no banco de dados.....	61
Tabela 8: Distribuição quantitativa das ocupações subnotificadas no banco de dados.....	62
Tabela 9: Valores e faixas do IDHM, Minas Gerais	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Art. – Artigo
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CEPAL – Comissão Econômica Para a América Latina e o Caribe
CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CNS – Conferência Nacional de Saúde
COEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG
CRM – Conselho Regional de Medicina
CRO – Conselho Regional de Odontologia
FJP – Fundação João Pinheiro
Fundação Seade – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
GPES – Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde
HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
IVS – Índice de Vulnerabilidade Social
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NOBs – Normas Operacionais Básicas
ONU – Organização das Nações Unidas
PADs – Pesquisa por Amostra de Domicílios
PIB – Produto Interno Bruto
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSN – Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROCON – Programa de Proteção e Defesa do Consumidor
SES-MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TRF – Tribunal Regional Federal

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	PODER JUDICIÁRIO E JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA	19
2.1	A Judicialização da política e o ativismo judicial: estabelecendo alguns parâmetros	21
2.2	O Judiciário e a saúde pública: o surgimento de mais um <i>locus</i> de contestação das políticas de saúde	27
3	A INDETERMINAÇÃO DO CONCEITO JURÍDICO DE NECESSITADO E SUA ESTREITA RELAÇÃO COM A VULNERABILIDADE SOCIAL	32
4	ESTABELECENDO O UNIVERSO DE ANÁLISE	44
4.1	Aspectos éticos e legais	45
4.2	Variáveis analisadas	45
4.3	Período de análise	45
4.4	Resultados e discussão	45
4.4.1	Perfil das demandas judiciais: como pedem os jurisdicionados	46
4.4.2	Evolução histórica das ações judiciais	47
4.4.3	Tipologia das ações	48
4.4.4	Da origem da prescrição médica	51
4.4.5	Dos autores e beneficiários da tutela em juízo	53
4.4.6	Da representação processual	54
4.4.7	Do perfil socioeconômico dos beneficiários	56
4.5	Judicialização da saúde e IDHM: estabelecendo correlações	66
5	A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE ESTÁ PROPICIANDO UMA JUSTA DISTRIBUIÇÃO DE BENS E IGUAIS OPORTUNIDADES A TODOS OS JURISDICIONADOS?	71
6	JUSTIÇA SOCIAL E EQUIDADE: A INTRÍSECA LIGAÇÃO NO CAMPO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	87
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
	REFERÊNCIAS	102
	ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO	115

1 INTRODUÇÃO

O debate em torno do papel do Poder Judiciário e autonomia dos juízes entrou na agenda pública após a Segunda Guerra Mundial, dentro de uma sistemática violação de direitos fundamentais pelos regimes autoritários.

A emergência de um novo constitucionalismo, o fortalecimento da jurisdição constitucional, a complexidade da sociedade contemporânea, marcada pelos conflitos entre grupos sociais, a massificação da tutela jurídica e a globalização contribuíram para o surgimento de uma nova arena de discussão, na qual procedimentos políticos de mediação cedem lugar aos judiciais (VIANNA *et al.*, 1999). Assim, a comunidade mundial assiste a expansão do processo decisório da vida política e das relações sociais através do Judiciário, num fenômeno que conjuga judicialização da política e ativismo judicial.

No cenário nacional, é com a redemocratização do país e a nova ordem jurídica instalada, marcada por uma constitucionalização abrangente e pela adoção do sistema de controle de constitucionalidade híbrido, que o Judiciário torna-se protagonista. As mudanças que reordenaram uma nova prática dos tribunais são marcadas, precipuamente, pela constitucionalização do Direito, com a irradiação de valores constitucionais por todo o ordenamento jurídico; reconhecimento da força normativa de princípios jurídicos e reaproximação entre direito e moral. Essas mudanças podem trazer alguns riscos para a democracia, que vai desde o enfraquecimento dos outros poderes na definição dos sentidos da Constituição, o esvaziamento da esfera pública enquanto campo de disputa por direitos até a judicialização exacerbada da política e da vida social (SARMENTO, 2010a, p. 233).

Uma das áreas que mais sofreram o impacto da judicialização excessiva foi a saúde, com um crescimento acentuado de ações buscando o acesso a bens e serviços devido a incompletude na prestação das políticas de saúde. Por sua vez, passou a ser recorrente decisões determinando o fornecimento estatal de medicamentos de alto custo e não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou fora dos protocolos clínicos e terapêuticos; tratamentos experimentais no exterior ou mesmo cirurgias na rede privada de saúde.

Nesse sentido, um dilema emerge: de um lado tem-se a efetivação do direito constitucional à saúde, e, de outro, o alto impacto financeiro destas ações individuais

no orçamento público, trazendo ao debate questões como reserva do possível e mínimo existencial.

A partir deste cenário surge a necessidade de perquirir a interface do direito à saúde, efetivado através da judicialização, e o princípio da justiça social. O direito à saúde deve ser prestado mediante acesso integral, gratuito e igualitário (art. 196). O princípio da justiça social está previsto nos arts. 3º, 170 e 193. O art. 3º impõe que uma sociedade justa é objetivo a ser perseguido por todos na República Federativa do Brasil. O art. 170 dispõe sobre os princípios da ordem econômica, ao passo que o art. 193 dispõe sobre os princípios da ordem social. A ordem econômica, embora fundada na livre iniciativa, tem por finalidade assegurar a todos uma vida digna segundo os ditames da justiça social. Já a ordem social volta-se para o primado do trabalho, do bem-estar e da justiça sociais. Deste modo, tanto a ordem econômica quanto a ordem social subordinam-se à justiça social e devem operar segundo os seus ditames.

Nesse sentido, a perspectiva jurídica e constitucional do princípio da justiça social é aquela que consiste em um direito da sociedade de exigir do Estado que este aja de forma contínua para garantir e promover a igualdade de todos os seus cidadãos no que se refere a direitos, liberdades e oportunidades (JUNKES, 2005, 2011). Este viés concilia Estado e sociedade como responsáveis por uma justa distribuição de bens e recursos e coloca em debate a judicialização da saúde da forma como está posta. Ora, se a maior parte destas ações é intentada de forma individualizada, por indivíduos provenientes da rede privada de saúde, por advogados particulares, por cidadãos com alta formação científica e especialização técnica e de municípios com maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), é possível falar numa justa distribuição de recursos e iguais oportunidades a todos?

Para responder a isto é necessário conhecer o perfil de quem pede e como pede em juízo, a partir das ações de medicamentos ajuizadas contra o Estado de Minas Gerais, no período de 1999 a 2009. Assim, intentou-se descrever o perfil socioeconômico dos cidadãos que buscam o Judiciário para efetivar o direito à saúde, considerando variáveis como sexo, faixa etária, ocupação e local de residência; o perfil da representação processual; apresentar o modo de atuação, se por demandas individuais ou coletivas; e verificar se os municípios do Estado de

Minas Gerais que mais judicializam apresentam maiores IDHM, para saber se efetivamente está havendo igualdade na distribuição dos recursos em saúde.

A análise do problema apontado considera que o Judiciário pode ser uma alternativa para os setores subalternos da sociedade terem acesso à demandas igualitárias, a agenda da saúde e evidenciar um caminho para reforçar a sua representação ao invés de um papel de salvação (VIANNA *et al.*, 1999) e que a justiça social deve propiciar a igualdade de todos os seus cidadãos no que se refere a direitos, liberdades e oportunidades, permitindo uma justa distribuição de recursos.

Desta feita, este trabalho foi estruturado em 6 capítulos. No Capítulo 1 foram traçadas as causas que favoreceram a judicialização da política tanto no panorama mundial quanto no Brasil e alguns parâmetros para a compreensão do termo, distinguindo-o do ativismo judicial. No capítulo 2 foi trabalhado o conceito jurídico de necessitado, cuja defesa dos interesses cabe, precipuamente, à Defensoria Pública, bem como o conceito de vulnerabilidade social.

No capítulo 3, para testar a hipótese de que a judicialização da saúde dificulta a efetivação da justiça social, considerando que esta deve promover a redução dos desequilíbrios sociais, a distribuição de forma justa dos bens e recursos e iguais oportunidades, buscou-se descrever o perfil socioeconômico dos beneficiários destas ações, o perfil da representação processual e o modo de atuação em juízo, se por demandas individuais ou coletivas. Também intentou-se traçar uma correlação entre IDHM e judicialização da saúde, investigando, a partir do local de residência dos beneficiários, se os municípios que mais judicializam possuem maior IDHM, o que implica em canalização de recursos para aqueles que já possuem melhores indicadores socioeconômicos.

Posteriormente, no capítulo 4, apresentou-se a discussão em torno da definição jurídica e constitucional do princípio da justiça social e se a judicialização está produzindo uma justa distribuição de recursos e iguais oportunidade a todos os cidadãos, a partir dos dados encontrados no capítulo 3. No capítulo 5 discorreu-se sobre a intrínseca relação entre justiça social e equidade.

Por fim, no último capítulo apontou-se que a judicialização da saúde como está posta em Minas Gerais dificulta a efetivação do princípio da justiça social e não favorece os mais vulneráveis na estrutura social. Ainda, que os municípios que mais judicializam possuem IDHM alto ou muito alto. Assim, a judicialização não está favorecendo uma justa distribuição de recursos e a igualdade de oportunidades a

todos, na medida em que está deslocando parcela do orçamento público para favorecer justamente aqueles que podem arcar com os custos do acesso à justiça.

2 PODER JUDICIÁRIO E JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA

Nas últimas décadas, a comunidade mundial tem assistido à expansão do processo decisório da vida política e das relações sociais através do Poder Judiciário, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, num cenário de profunda violação de direitos fundamentais.

Vigorava na Europa, antes da Segunda Guerra Mundial, uma cultura jurídica que dava ênfase à lei, tratando-a quase como fonte exclusiva do Direito, sem atribuir força normativa às Constituições. Os direitos fundamentais existentes não envolviam garantias contra os arbítrios que as maiorias políticas, porventura, viessem a cometer e passavam a valer na medida em que recebiam tratamento pela lei. Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a experiência negativa de regimes totalitários, legitimados pela vontade da maioria política, os direitos fundamentais passaram a ser positivados nas Constituições assim como mecanismos de limitação do legislador infraconstitucional, já que maiorias poderiam unir-se para subjugar minorias e praticar atrocidades. Neste cenário, observa-se o enfraquecimento do Executivo e a insurgência de um Judiciário que se afasta da neutralidade para atuar na concretização de direitos fundamentais (SARMENTO, 2010a, p. 237).

Isso, atrelado a novos processos sociais decorrentes da complexidade da sociedade contemporânea, tais como produção e consumo em massa, enfrentamentos decorrentes das relações de trabalho, de meio ambiente, de gênero, de religiões e de etnia, têm provocado a insurgência de conflitos coletivos que o Direito deve regular. Estes conflitos transbordam a concepção liberal e bipolarizada da tutela jurídica, os arranjos institucionais existentes e a superação da divisão público-privado (CAPPELLETTI, 1977, p. 131-135). E, conseqüentemente, propiciam a conformação de um cenário para a ação social substitutiva à das instituições públicas e a emergência do Judiciário como “alternativa para resolução de conflitos políticos, para a agregação do tecido social e mesmo para adjudicação de cidadania” (VIANNA *et al.*, 1999, p. 22). Tais fatores estariam no centro da redefinição do relacionamento entre os Poderes na Europa Ocidental.

Emerge um novo constitucionalismo¹ marcado pelo reconhecimento da força normativa de princípios jurídicos e, conseqüentemente, a valorização de sua importância no processo de aplicação do Direito; a constitucionalização do Direito, com a irradiação de valores constitucionais por todo o ordenamento jurídico, destacando-se aqueles que versem sobre direitos fundamentais; a rejeição ao formalismo e recursos; a reaproximação entre direito e moral, fazendo com que a filosofia penetre cada vez mais nos debates jurídicos e a judicialização da política e das relações sociais (SARMENTO, 2010a, p. 233).

A ideia de tripartição de poderes perde espaço para posições mais favoráveis ao ativismo judicial, fazendo com que procedimentos de mediação política cedam frente aos procedimentos judiciais; um Judiciário atuante se ergue, o que coloca em segundo plano a atuação do Legislativo e Executivo.

Nesse sentido, as constituições que se seguiram no pós-guerra são marcadas por regras de alto teor axiológico, que deixaram de tratar apenas da estrutura básica do Estado para abordar uma gama de temas, como relações de trabalho, família, economia, direitos individuais e outros.

De fato, a maior parte dos países que reestruturaram suas ordens jurídicas desde então, seja após libertarem-se do jugo de antigas colônias, seja depois da superação de ditaduras internas, optaram pela introdução ou ampliação dos instrumentos de controle de constitucionalidade nos seus textos magnos.

Neste quadro, a Constituição foi deixando de ser vista como mero repositório de conselhos para os poderes políticos e se convertendo em norma jurídica. A possibilidade de controle de constitucionalidade dos atos do legislativo e do governo – por cortes constitucionais, como no modelo Kelseniano, ou através da jurisdição ordinária, como na matriz norte-americana – conferiu maior eficácia ao postulado teórico da supremacia da

¹ Não se pretende aqui fazer uma defesa do neoconstitucionalismo, mas apresentar algumas características dessa matriz teórica que propiciaram o avanço da judicialização da política. A expressão “neoconstitucionalismo” refere-se a um conceito formulado na Europa, sobretudo na Itália e Espanha após a Segunda Guerra Mundial, e não é utilizado no debate jurídico da Alemanha e Estados Unidos. As perspectivas teóricas do neoconstitucionalismo não são unânimes, apresentando variações. De acordo com Daniel Sarmiento (2010a, p. 235-236) os adeptos do neoconstitucionalismo buscam se embasar em teóricos como Robert Alexy, Ronald Dworkin, Peter Haberle, Luigi Ferrajoli, Carlos Santiago Nino e Gustavo Zagrebelsky, que nunca se definiram como tal. Entre estes autores há uma variação de posições jusfilosóficas e de filosofia política, sendo tarefa extremamente complexa definir o neoconstitucionalismo, pois há positivistas e não positivista, adeptos do liberalismo político, procedimentalistas e comunitaristas, defensores do uso do método na aplicação do direito e grandes opositores do emprego do método na hermenêutica jurídica. Já em países periféricos tais matizes são reproduzidas de forma mais tardia, como no Brasil, o que só ocorre com o advento da Constituição de 1988. A expressão neoconstitucionalismo é mais recente e encontra ressonância no Brasil, em 2003, após a publicação da obra Neoconstitucionalismo(s), organizada por Miguel Carbonell, gerando intensa atividade acadêmica sobre o tema e a adesão a tal matiz teórica de autores e juristas como Luiz Roberto Barroso, Ana Paula Barcellos, Écio Otto Ramos Duarte e outros.

Constituição (SARMENTO, 2010b, p. 172- 173).

2.1 A judicialização da política e o ativismo judicial: estabelecendo alguns parâmetros

No Brasil, é com a transição política e a nova ordem jurídica instalada pela Constituição de 1988 que houve o aumento da presença do Judiciário e de seus procedimentos na vida do país. O Judiciário assume papel proeminente na medida em que ideais como Estado Democrático de Direito, separação de poderes e direitos fundamentais são resgatados, diferentemente do que ocorreu na Europa Ocidental, cujo movimento iniciou-se no final da Segunda Guerra Mundial.

No texto constitucional houve a inserção de uma vasta gama de direitos fundamentais, dedicando-lhe um título específico logo em seu início, como garantia contra os abusos perpetrados no período ditatorial e a consagração de um sistema híbrido de constitucionalidade. O Constituinte confiou ao Judiciário o sistema de controle de constitucionalidade das leis, que conjuga o controle concentrado e o difuso e vários legitimados ativos (art. 103), representando um importante mecanismo de defesa dos direitos e garantias fundamentais e também de controle da atividade administrativa. Novas ações constitucionais foram criadas e a inafastabilidade da tutela jurisdicional contra qualquer lesão ou ameaça de lesão a direito (art. 5º, inciso XXXV) foi consagrada (BRASIL, 1988). É neste contexto que ocorre a judicialização da política.

Cabe destacar que as constituições anteriores consagravam vários direitos, mas estes não tinham efetividade; as leis tinham mais valor jurídico que a própria Constituição. Sobre a recepção dos novos direitos no Brasil, adverte Sarmento:

É verdade que já tínhamos controle de constitucionalidade desde a proclamação da República. Porém, na cultura jurídica brasileira de até então, as constituições não eram vistas como autênticas normas jurídicas, não passando muitas vezes de meras fachadas. Exemplos disso não faltam: a Constituição de 1824 falava em igualdade, e a principal instituição do país era a escravidão negra; a de 1821 instituiu o sufrágio universal, mas todas as eleições eram fraudadas; a de 1937 disciplinava o processo legislativo, mas enquanto ela vigorou o Congresso esteve fechado e o Presidente legislava por decretos; a de 1969 garantia os direitos à liberdade, à integridade física e à vida, mas as prisões ilegais, o desaparecimento forçado de pessoas e a tortura campeavam nos porões do regime militar. Nesta última quadra histórica, conviveu-se ainda com o constrangedor paradoxo da existência de duas ordens jurídicas paralelas: a das

constituições e a dos atos institucionais, que não buscavam nas primeiras o seu fundamento de validade, mas num suposto poder revolucionário em que estariam investidas as forças armadas (SARMENTO, 2010a, p. 245).

Dentre as condições facilitadoras da judicialização da política no Brasil Ernani Carvalho (2004) aponta a existência de um sistema democrático, já que não é possível compatibilizar expansão do Judiciário e governo autoritário, o sistema de separação de poderes, a existência de direitos políticos, o uso dos tribunais pelos grupos de interesses bem como pelos partidos de oposição que, não podendo barrar as decisões da maioria legislativa, utilizam-se dos tribunais para frear e até mesmo inviabilizar as alterações em curso.

O deslocamento das discussões da arena política para a judicial tem levado o Judiciário a esmiuçar as mais diversas matérias, como a constitucionalidade de pesquisas científicas utilizando células-tronco embrionárias (Ação Direta de Inconstitucionalidade 3510/DF); a Lei de Imprensa, que envolve a liberdade de informação jornalística (Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 130/DF); a constitucionalidade de cotas raciais nas universidades públicas (Ação Direta de Inconstitucionalidade 3330/DF); a interrupção da gravidez de feto anencéfalo (Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 54/DF) e o reconhecimento de união estável de pessoas do mesmo sexo (Ação Direta de Inconstitucionalidade 4277/DF e Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental 132/RJ). Em consequência, o Judiciário está avançando em áreas impregnadas de conteúdo moral, como no caso das pesquisas com células embrionárias e aborto de feto anencéfalo, fazendo com que a judicialização da política e das relações sociais não se apresente como um fato isolado.

Nesse contexto, tem-se a existência de um Poder Legislativo que se torna omissivo no que se refere à edição de leis que disponham sobre temas relevantes para a vontade da maioria ou mesmo para minorias excluídas do processo decisório formal e que elegeram os seus representantes pelo voto popular, provocando o surgimento de uma via alternativa, isto é, a demanda judicial. A discussão destas questões está sendo transferida para o Judiciário, onde mediações políticas cedem lugar aos procedimentos judiciais. Neste caso, o reconhecimento não ocorreu pela via legislativa, mas sim pela atuação do STF de modo contramajoritário para garantir direitos fundamentais.

Dessa forma, omissões legislativas podem gerar violações de direitos fundamentais de determinados grupos como os citados acima, ou mesmo majorias constantes no Parlamento podem valer-se de procedimentos políticos e regras do jogo representativo para subjugar direitos fundamentais de minorias que não se encontram no poder em dado momento histórico. Em diversas ocasiões, a falta de interesse do grupo que está no poder, seja no Legislativo ou no Executivo, em razão um desacordo moral, pode representar uma afronta aos direitos fundamentais de minorias, sem que igual consideração e respeito sejam tomados em relação aos mais variados projetos de vida, criando um ambiente propício ao desenvolvimento da judicialização da política e das relações sociais.

Não raras as vezes, na democracia, que sintetiza a ideia de soberania popular e governo da maioria, surgem tensões, seja por ação, ao realizar aquilo que é vedado, ou por omissão, ao não realizar aquilo que é obrigatório, que acabam por violar direitos fundamentais de grupos minoritários. Para arbitrar estas tensões existem as cortes constitucionais, tal como o STF, com o desempenho de seu papel contramajoritário (BARROSO, 2010). Nesse sentido, cabe destacar a importância da jurisdição constitucional e o seu papel contramajoritário para a proteção de minorias, assente no acórdão da 2ª Turma do STF, quando do julgamento do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 477.554/Minas Gerais (STF, 2011), referente ao reconhecimento de união estável homoafetiva:

(...) A FUNÇÃO CONTRAMAJORITÁRIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E A PROTEÇÃO DAS MINORIAS - A proteção das minorias e dos grupos vulneráveis qualifica-se como fundamento.- Incumbe, por isso mesmo, ao Supremo Tribunal Federal, em sua condição institucional de guarda da Constituição (o que lhe confere "o monopólio da última palavra" em matéria de interpretação constitucional), desempenhar função contramajoritária, em ordem a dispensar efetiva proteção às minorias contra eventuais excessos (ou omissões) da maioria, eis que ninguém se sobrepõe, nem mesmo os grupos majoritários, à autoridade hierárquico-normativa e aos princípios superiores consagrados na Lei Fundamental do Estado. Precedentes. Doutrina (STF, 2011).

O Parlamento não pode agir de modo a afrontar direitos fundamentais, ainda que legitimado pelo princípio democrático. Nesse cenário, percebe-se um Judiciário participando da arena política como mediador das disputas das elites, sejam elas políticas ou econômicas, seguido de uma onda de descrença dos cidadãos em relação aos demais poderes e a vida política, sobretudo pela ideia de que o sistema

político é corrompido desde a sua origem e gira em torno dos interesses partidários, ao passo que o Judiciário é imparcial e imune aos infortúnios da política. A mídia brasileira tem intensificado seus esforços para difundir esse sentimento; a divulgação de manchetes demonizando os demais poderes republicanos rapidamente ganha força assim como o ideal de que a solução para os problemas do país virá do Judiciário, o que pode oferecer sérios riscos ao sistema democrático e ao espaço da soberania popular, levando inclusive ao enfraquecimento desta instância (SARMENTO, 2010a).

Tem-se, com isto, os meios de comunicação midiáticos ecoando posições políticas e ideológicas construídas a partir de uma prática discursiva de neutralidade, enunciadas “por jornalistas ou analistas” que recorrem em grau variável à expertise técnica, conforme os perfis de público que pretendem convencer (ENGELMANN, 2015). Desse modo, a autonomia do Direito em relação à política vai se tornando cada vez mais relativa, deixando de ser algo típico do processo legislativo, que reflete a vontade do legislador, para se infiltrar cada vez mais no campo aplicação.

É neste cenário que o espectro de atuação do Judiciário tem-se alargado e a agenda do STF tem sido alterada no Brasil, num processo que conjuga judicialização da política e ativismo judicial. Cabe, portanto, distinguir o alcance destes termos.

O termo *judicialization of politics* (judicialização da política) foi difundido no meio acadêmico a partir do livro *The global expansion of judicial power* (1995), dos autores Tate e Vallinder (1995, p. 13 apud BARRETO, GRAEFF, 2016, p. 563-566) há pouco mais de 20 anos. O referido livro é uma compilação dos trabalhos apresentados em uma conferência em 1992. Nele é apresentado o conceito judicialização da política e os efeitos da expansão do Poder Judiciário sobre a política em diversos países. De acordo com estes autores, a judicialização da política ocorreria por duas frentes: uma intitulada *from Within*, vinda de dentro, e outra, *from without*, vinda de fora. A primeira se caracteriza pela absorção de métodos tipicamente judiciais pelas demais instâncias não judiciais. Já a segunda representa a expansão de instituições judiciais sobre matérias políticas com as quais não se envolviam, típicas dos demais poderes, o que desloca o espaço de discussão e o poder deliberativo para o Judiciário. Esta se apresenta como o sentido mais usual da expressão e que guarda relação com o que será desenvolvido neste trabalho.

O termo judicialização da política, de acordo com Vianna *et al.* (1999, p. 23), pode ser compreendido como “a invasão do direito, do Poder Judiciário e de sua *intelligentsia* nas instituições políticas e na sociabilidade” nas sociedades complexas e contemporâneas, estabelecendo um novo padrão entre os poderes da República. O autor esclarece que o termo judicialização das relações sociais define a crescente invasão do direito e do Judiciário na organização da vida social, atingindo a regulação da sociabilidade e das práticas sociais, inclusive daquelas tidas como de natureza estritamente privadas (VIANNA *et al.*, 1999, p. 149).

Streck (2016, p. 724) aduz sobre a necessária importância no tratamento dos dois fenômenos e na distinção dos conceitos; caso contrário, uma crítica contundente torna-se prejudicada. Se tudo for considerado judicialização, a face mais grave do problema fica de fora, qual seja: o ativismo judicial. Segundo ele, a judicialização da política guarda ligação com o funcionamento das instituições, seja este adequado ou não, dentro do arcabouço normativo traçado pela Constituição. Tal fenômeno é próprio dos sistemas democráticos, isto é, “quanto maior a possibilidade de se discutir, no âmbito judicial, a adequação ou não da ação governamental *lato sensu* em relação aos ditames constitucionais, maior será o grau de judicialização a ser observado”. Portanto, surge enquanto fenômeno contingencial.

Já no ativismo judicial o foco volta-se à autonomia dos magistrados no processo de tomada de decisão, dentro do espaço aberto dos dados fáticos e jurídicos do caso levado a sua apreciação. Neste fenômeno tem-se uma situação limite, com fronteiras fluidas entre o mundo do direito e o da política. Avançando sobre estas fronteiras e adentrando sobre um domínio que não lhe é típico, o magistrado extrapola suas atribuições (KOERNER, 2013, p. 71-72).

Desta maneira, o ativismo decorre do exercício de atribuições constitucionais de magistrados e tribunais que acabam ultrapassando os limites jurídicos e invadindo a esfera de competência de outro poder; liga-se à “resposta que o Judiciário oferece à questão objeto de judicialização”. Assim, se o magistrado ao decidir um caso que foi levado a sua apreciação impõe sua vontade, substituindo o debate público, mesmo que para realizar um suposto avanço, promove ativismo judicial (STRECK, 2016, p. 724).

De um modo geral, aparecem como vantagens do ativismo três aspectos: garantia de funcionamento do regime democrático, proteção contramajoritária de

direitos de minorias que dificilmente conseguiriam sucesso no Legislativo quanto às suas demandas e proteção de direitos fundamentais.

De outro norte, há quem faça objeção por faltar ao Judiciário a legitimidade democrática, já que não é eleito pelo voto popular e por ultrapassar sua capacidade institucional. Ao avançar sobre as fronteiras entre direito e política ou entre direito e regulação da vida social o juiz extrapola suas atribuições e produz riscos, atua sob influência de valores subjetivos, interesses e preferências políticas. Pode gerar a desorganização da atividade administrativa, como no caso da concessão de medicamentos de alto custo, na medida em que o orçamento possui limitação e é menor do que as demandas sociais. Ainda, por faltar ao Judiciário conhecimento técnico e de gestão para decidir sobre políticas públicas (BARROSO, 2010; KOERNER, 2013).

Para Streck (2016, p. 723-724), o ativismo se mostra prejudicial à democracia porque decorre de uma linguagem privada, construída à margem do processo argumentativo da esfera pública. Já a judicialização, em princípio, não é possível defini-la como boa ou ruim, pois isso é dependente do grau em que ela é posta em funcionamento na sociedade; mas algum grau de judicialização da política sempre existirá em regimes democráticos amparados por uma Constituição.

Mas, há um consenso de que tanto o ativismo judicial quanto a judicialização da política, a depender de sua intensidade, podem levar à desmobilização social do cidadão e ao enfraquecimento da arena pública enquanto mecanismo democrático de disputas e concretização de direitos. A prevalência da arena judicial pode afastar sujeitos que não tenham familiaridade com as instituições jurídicas e acaba afastando o papel de relevo das outras instâncias (Executivo, Legislativo, “esfera pública informal”) na definição dos sentidos da Constituição, o que prejudica o desenvolvimento de diálogos interinstitucionais (SARMENTO, 2010a, p. 260).

A judicialização da política e o ativismo judicial possuem pontos de intercessão, já que ambos os fenômenos decorrem da ruptura do sistema estanque da separação dos poderes, deixando evidente um novo modelo de relacionamento entre os poderes em que o Judiciário ganha um “maior status político e social”. Entretanto, tais fenômenos se distanciam quando o primeiro envolve “um processo de todo o Poder Judiciário, de cunho essencialmente procedimental”, ao passo que o segundo “direciona-se aos atores deste Poder” (VIEIRA, 2011, p. 182).

Ao demonstrar a diferença entre o ativismo e a judicialização da política restou evidente a existência de limites à jurisdição constitucional. Nesse sentido, a discussão que se propõe envolve a assunção da ideia de judicialização da política como novas práticas de resistência da sociedade na busca por demandas igualitárias, como forma de associações de interesses dos setores subalternos terem acesso à agenda pública, evidenciando um caminho para reforçar a sua representação e não um papel de salvação pelo Judiciário (VIANNA *et al.*, 1999). Portanto, a projeção do Judiciário nas sociedades complexas e contemporâneas tem demonstrado que

A invasão do direito sobre o social avança na regulação dos setores mais vulneráveis, em um claro processo de substituição do Estado e dos recursos institucionais classicamente republicanos pelo judiciário, visando a dar cobertura à criança e ao adolescente, ao idoso e aos portadores de deficiência física. O juiz torna-se protagonista direto da questão social. Sem política, sem partidos ou uma vida social organizada, o cidadão volta-se para ele, mobilizando o arsenal de recursos criado pelo legislador a fim de lhe proporcionar vias alternativas para a defesa e eventuais conquistas de direitos (VIANNA *et al.*, 2007, p.41).

2.2 O Judiciário e a saúde pública: o surgimento de mais um *locus* de contestação das políticas de saúde

A Constituição de 1988 trouxe um novo arcabouço normativo para os direitos fundamentais, representando um claro avanço; estes recebem posição topográfica de destaque no texto normativo constitucional, tanto que ela aborda já em seu início os direitos e garantias fundamentais para depois avançar no que diz respeito à estrutura do Estado e à separação dos poderes. Cabe destacar que esta é a primeira Constituição que agrega ao rol dos direitos fundamentais os direitos sociais e econômicos e confere aos direitos e garantias fundamentais aplicabilidade direta e imediata, conforme art. 5º, parágrafo 1º e art. 6º (BRASIL, 1988).

Foi durante o período de redemocratização do Brasil que o debate sobre a universalização do direito à saúde ganhou força dentro do Movimento Sanitarista, inclusive na tentativa de deslocá-lo do campo dos sistemas próprios de previdência, que tinham como destinatários trabalhadores do mercado formal. Atentou-se que a atenção primária à saúde e de maior complexidade, bem como questões de saneamento básico, meio ambiente, alimentação, dentre outras, exigiam a interação

de políticas públicas e programas sociais. Isso contribuiu para que o direito à saúde fosse inserido no rol dos direitos sociais juntamente com o direito à educação, alimentação, moradia, previdência social, dentre outros, conforme art. 6º, da Constituição de 1988.

Esses fatores culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988. Dentro deste novo aparato constitucional, a saúde se apresenta como um direito fundamental e proporcionado a todos de forma gratuita através do SUS. Destaca-se que o Movimento Sanitarista, em seu ideal de reforma, “tomou como ponto de partida o caráter dual da saúde, entendida como a possibilidade de ser vista como valor universal e núcleo subversivo da estrutura social”, e, como tal, indica um “processo de construção social de uma utopia democrática”. Portanto, os dispositivos constitucionais positivados que versam sobre a saúde foram resultado de um amplo processo de discussão e politização (FLEURY, 2009, p. 160-161).

A partir deste novo paradigma constitucional, mais que um direito social, o direito à saúde passou a ser considerado um direito fundamental inerente à própria vida, apresentando-se como de todos. Deve ser garantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas que visem sua proteção, promoção e recuperação, conforme art. 196 da Constituição de 1988. As ações e serviços de saúde devem ser prestados mediante acesso universal e igualitário, com universalidade de cobertura e atendimento, priorizando as atividades preventivas (arts. 194, 196 e 198). A igualdade de acesso às políticas públicas que a promovem e protegem está entre os seus maiores avanços em relação ao paradigma anterior, em que apenas poderia usufruir da rede pública de saúde aquele trabalhador filiado a um sistema próprio de previdência ou ao sistema formal de emprego (BRASIL, 1988).

De uma leitura sistemática desses artigos constitucionais, constata-se que a saúde se apresenta como um direito de cidadania e expressão de um processo de inserção do indivíduo e dos vários grupos da sociedade. Assim, cabe ao Estado promovê-la como direito de inclusão na comunidade.

Bello (2010) adverte para os riscos do conceito de cidadania que vigora no campo do direito, que ele denomina “cidadania fossilizada”, atrelada à ideia de titularidade de direitos e obrigações formalmente instituídos por textos legais e constitucionais. A cidadania não pode se afastar de suas condições de produção e

efetividade que se manifestam na vida em comunidade e em meio às possibilidades políticas de sua realização.

Na doutrina contemporânea do direito, principalmente no contexto brasileiro, tem-se entendido que somente uma abordagem jurídica pura – quando muito aliada a uma reflexão pela filosofia do direito – é capaz de compreender e equacionar a questão da cidadania na chamada “era dos direitos”. Assim, relegam-se a um segundo plano, ou mesmo desconsideram-se, as dimensões da participação e do pertencimento - de caráter político, sociológico e histórico – da cidadania. Para tanto, alega-se uma suposta insuficiência desses elementos para o enfrentamento da temática diante de um novo contexto, no qual reconhece-se formalmente todas as categorias clássicas de direito (civis, políticos e sociais) e exige-se uma aposta plena na sua efetivação por meio dos tribunais (BELO, 2010, p. 181-182).

Noutro giro, o que se percebe é a insuficiência na prestação do direito à saúde mediante políticas públicas de caráter universal, integral e igualitário, o que tem provocado uma massificação das tutelas jurídicas no campo da saúde. Diante dos novos contornos do direito à saúde e dos mecanismos judiciais postos à disposição do cidadão para efetivá-lo, assiste-se a um crescimento exponencial do número de demandas judiciais que obrigam o Poder Público a fornecer bens e serviços de saúde; daí emerge o fenômeno da judicialização da saúde.

Tal fenômeno pode ser observado com clareza no campo da saúde pública, pois é justamente nele que a judicialização ganha maior expressão, com acentuado número de demandas judiciais, iniciando-se na década de 90 com os medicamentos antirretrovirais para o tratamento dos portadores do vírus HIV. Assiste-se no cenário nacional a proliferação de ações judiciais no sentido de concretizar o direito à saúde, às vezes com decisões não muito criteriosas, na medida em que determinam que o Poder Público forneça o que for pedido, inclusive medicamentos que não tiveram a eficácia comprovada, desconsiderando a dimensão coletiva do assunto. Portanto, medicamentos sem registro na ANVISA e procedimentos experimentais de alto custo têm sido concedidos, em muitos casos, apenas com prescrição de médicos integrantes da iniciativa privada, o que gera a desorganização do planejamento do Executivo.

Essas demandas judiciais implicam em gastos de elevado vulto financeiro, com destaque para aquelas que buscam assistência farmacêutica e acabam representando um mecanismo adicional de efetivação do direito à saúde. Ainda, têm mudado o rumo da alocação dos recursos públicos em saúde.

Os dados são alarmantes. Conforme divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a verba empregada para os gastos com a judicialização da saúde é bilionária e corre-se o risco de se estabelecer um colapso no sistema público de saúde. De 2010 a 2015 foram destinados pela União R\$ 3,2 bilhões para atender a determinações judiciais na compra de medicamentos, equipamentos, dietas, suplementos alimentares, gastos com cirurgias, internações e depósitos judiciais, um incremento de 797%; já no ano de 2016, o gasto atingiu R\$1,6 bilhão (CIEGLINSKI, 2017).

Deste modo, tem ocorrido a transferência do processo decisório das políticas públicas do Executivo para o Judiciário e emergindo um novo *locus* de decisão ou de contestação das políticas de saúde, ampliando a arena de discussão. O Judiciário acaba se transformando em ponto estratégico na operação do sistema político na medida em que é capaz de alterar a elaboração e implementação das políticas de saúde; a conformação deste cenário ultrapassa as questões jurídicas e de representação tradicionais.

Não se propõe neste estudo fazer uma revisão teórica do conceito da judicialização da saúde ou discutir se determinada decisão é ativista ou não, mas apresentar um estudo empírico para demonstrar em que medida a massificação das demandas judiciais no âmbito da saúde pública do Estado de Minas Gerais pode romper com a lógica da equidade no acesso a bens e serviços e com a justiça social, favorecendo um grupo determinado na sociedade que pode não ser o mais vulnerável socialmente. Deste modo, busca-se contribuir para a construção de um diagnóstico da judicialização da saúde no Estado de Minas Gerais.

A política de saúde é um tipo de política social que deve distribuir bens e direitos, e, como tal, guarda estreita ligação com justiça social. Por sua vez, a justiça social concilia a ideia de Estado e sociedade como responsáveis pela garantia de uma justa distribuição de bens e recursos que propiciem iguais oportunidades a todos os cidadãos (JUNKES, 2005, 2011). Ora, é possível pensar numa justa distribuição de recursos se a maior parte destas ações judiciais é intentada de forma individualizada, por usuários da rede privada de saúde, por advogados particulares, ou seja, por aqueles que podem arcar com os custos do acesso à justiça? Seriam tais ações judiciais oriundas de regiões do Estado com maior IDHM, acentuando ainda mais as disparidades econômicas e sociais?

A resposta a estes questionamentos indicará se está havendo ou não a democratização do acesso a bens e serviços de saúde por meio da judicialização da saúde e, via de consequência, a promoção da justiça social.

3 A INDETERMINAÇÃO DO CONCEITO JURÍDICO DE NECESSITADO E SUA ESTREITA RELAÇÃO COM A VULNERABILIDADE SOCIAL

Os tribunais constitucionais são chamados na contemporaneidade a esmiuçar e se pronunciar sobre uma variedade de temas de relevância política, econômica e social, intervindo, por vezes, em decisões políticas proferidas pelos órgãos representativos tradicionais, conforme apontado no capítulo 2. Neste cenário, as fronteiras entre o Direito e a política se estreitam, sobretudo na Europa após a Segunda Guerra Mundial, conjugando um processo de afirmação do papel da jurisdição constitucional e das próprias constituições. Isto tem desembocado no fenômeno da judicialização da política e do ativismo judicial.

A complexidade da sociedade contemporânea, marcada pelo conflito coletivo entre grupos, pela massificação das tutelas jurídicas e a globalização, tem levado os tribunais a se pronunciarem sobre uma variedade

[...] de situações, não raras vezes marcadas pela diversidade de possibilidades de enfoque de um determinado problema social, cuja resolução pela ordem jurídica não é tarefa simples, pois a legislação vigente não alcança a amplitude de relações sociais e suas consequências, ou seja, diversas situações que ainda se encontram à margem da lei. É nesse contexto que, a partir do final do século XX acentuou-se a consciência do ser humano como um ser em contínua situação de risco e, portanto, em condição de vulnerabilidade (SOCZEK, 2008, p. 19).

Diante da complexidade das relações sociais e das novas situações sobre as quais o Judiciário é chamado a se pronunciar, a quem cabe a defesa dos necessitados? Como definir os necessitados ou socialmente vulneráveis no ordenamento jurídico brasileiro?

De acordo com o art. 134, *caput*, da Constituição de 1988², cabe à Defensoria Pública a defesa dos necessitados. Enquanto instituição permanente e essencial ao Estado Democrático de Direito, deve a Defensoria Pública prestar orientação jurídica e realizar a defesa do direito dos necessitados ou dos que comprovarem

² Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 80, de 2014).

insuficiência de recursos, seja judicial ou extrajudicialmente, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV (BRASIL, 1988).

Entretanto, a Constituição de 1988 não definiu o conteúdo do vocábulo "necessitado" e nem "insuficiência de recursos", trazendo-os como conceitos jurídicos indeterminados. Isso ocorre quando termos ou expressões presentes num dado enunciado normativo são imprecisos ou vagos; a incerteza presente está no próprio conteúdo do vocábulo e não na consequência jurídica do texto normativo. No caso em questão, a vagueza paira sobre o termo necessitado. Qual o seu alcance nos dias de hoje? A consequência jurídica está presente no enunciado normativo, qual seja, a assistência jurídica gratuita àqueles considerados necessitados.

A norma costuma ser composta de duas partes: a situação fática e o efeito jurídico. Normas fechadas são aquelas em que essas duas partes já são definidas pelo legislador, cabendo ao juiz apenas identificar a situação fática descrita na norma e aplicar seus efeitos jurídicos ao caso concreto. Um exemplo, dentre milhares: o art. 1.007, § 3º do Novo CPC, prevê ser dispensado o recolhimento do porte de remessa e retorno (efeito jurídico), se o processo estiver materializado em autos eletrônicos (situação fática). Não é desse tipo de norma que cuida o art. 489, § 1º, II do Novo CPC. Quando o legislador fixa no conteúdo da norma a situação fática, mas deixa a consequência jurídica em aberto, para ser definida pelo juiz no caso concreto, tem-se o conceito jurídico indeterminado. São exemplos o preço vil da arrematação, o caráter manifestamente protelatório na interposição de recursos, o perigo de dano exigido para concessão de tutela de urgência, a repercussão geral para admissão do recurso extraordinário, a grande repercussão social para a admissão do incidente de assunção de competência, a relevância da matéria para admissão do *amicus curiae* no processo, etc. Nas cláusulas gerais o legislador prevê uma situação fática vaga e um efeito jurídico indeterminado, de forma que nesse caso o grau de indefinição é ainda maior do que no conceito jurídico indeterminado, porque nesse caso, além de ser vaga sua hipótese de incidência, é indeterminado seu efeito jurídico. São exemplos o poder geral de cautela, a boa-fé objetiva, o devido processo legal, a função social etc. O legislador, ao criar conceitos jurídicos indeterminados, que são conceitos vagos, de definição imprecisa, praticamente delega ao juiz no caso concreto seu preenchimento, sendo tal fenômeno ainda mais robusto nas cláusulas gerais. Trata-se de considerável poder colocado nas mãos do juiz pelo legislador, e como é sabido, com todo grande poder vem uma grande responsabilidade. Diante da fluidez semântica do conceito jurídico indeterminado e das cláusulas gerais, caberá ao juiz a exposição dos motivos concretos de sua incidência no caso concreto. Não há, por exemplo, como se entender como fundamentada uma decisão judicial que anula arrematação apenas afirmando que o preço do lance vencedor foi vil. O juiz tem que explicar porque o preço foi considerado vil, desenvolvendo seu raciocínio com base nas circunstâncias do caso concreto. (NEVES, 2018, p.187).

Por sua vez, a Lei Complementar nº 80/1994, que “organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais

para sua organização nos Estados” (BRASIL, 1994), também não esclareceu o alcance do termo. Tal assertiva decorre de seu art.1º:

Art. 1º A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, assim considerados na forma do inciso LXXIV do art. 5º da Constituição Federal (BRASIL, 1994).

Já no âmbito estadual, a Defensoria do Estado de Minas Gerais possui regramento nos arts. 129 e 130 da Constituição Estadual. No art. 129, *caput*, reproduz o termo necessitado tal como na Constituição de 1988, permanecendo este mais uma vez como conceito jurídico indeterminado:

Art. 129 – A Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, a que incumbe a orientação jurídica, a representação judicial e a defesa gratuitas, em todos os graus, dos necessitados (MINAS GERAIS, 1989).

A organização da Defensoria Pública de Minas Gerais e a definição de suas competências ficaram a cargo da Lei Complementar nº 65/2003. De acordo com o art. 4º, da mencionada Lei, cabe à instituição prestar assistência integral e jurídica aos necessitados em todas as instâncias, isto é, àqueles que comprovarem insuficiência de recursos, bem como apurar o estado de carência dos assistidos.

Art. 4º – À Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais incumbe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa em todos os graus, judicial e extrajudicialmente, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados. § 1º – Consideram-se necessitados os que comprovarem insuficiência de recursos, na forma da lei. § 2º – À Defensoria Pública compete apurar o estado de carência de seus assistidos (MINAS GERAIS, 2003).

Nesse sentido, cabe à Defensoria Pública dos estados e da União definir o alcance do conceito de necessitado e apurar o estado de carência daqueles que serão assistidos por ela, já que a Constituição de 1988 trouxe tal conceito como indeterminado e não esclareceu quais seriam os parâmetros objetivos para a insuficiência de recursos.

No ordenamento brasileiro há uma variedade de parâmetros adotados pela Defensoria Pública dos estados, sejam eles objetivos (renda, patrimônio individual, patrimônio familiar, isenção de imposto de renda, etc.), subjetivos (declaração do interessado e/ou avaliação o defensor) ou a conjugação de ambos, ficando tal mister no âmbito da discricionariedade da entidade. O III Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil elucida isto.

Tabela 1: Critérios para atendimento pelas Defensorias Públicas

Quadro 40: Critérios utilizados pelas Defensorias Públicas das unidades da Federação e a Defensoria Pública da União para que a pessoa possa ser atendida.	
UF	critérios para que a pessoa possa ser atendida pela Defensoria Pública
AC	renda de até 4 salários mínimos
AL	patrimônio familiar, patrimônio pessoal, valor e natureza da causa
AM	até 3 salários mínimos e declaração do interessado que pagar as custas processuais e honorários advocatícios trará prejuízos ao sustento próprio e de sua família
AP	renda familiar até 2 salários mínimos, patrimônio pessoal, patrimônio familiar, valor e natureza da causa
BA	patrimônio familiar
CE	renda familiar até 6 salários mínimos, patrimônio pessoal, patrimônio familiar, valor da causa, natureza da causa, valor e natureza da causa e isenção do imposto de renda
DF	Declaração do interessado
ES	renda até 3 salários mínimos, renda familiar até 3 salários mínimos, valor da causa e valor e natureza da causa
MA	até 3 salários mínimo e natureza da causa
MG	renda até 3 salários mínimos, renda familiar até 5 salários mínimos, patrimônio pessoal e valor e natureza da causa
MS	renda familiar até 5 salários mínimos, patrimônio familiar e isenção do imposto de renda
PA	Declaração do interessado
PB	Declaração do interessado
PE	Declaração do interessado mais avaliação do defensor d
PI	renda de até 4 salários mínimos
PR	renda familiar até 3 salários mínimos, patrimônio pessoal, patrimônio familiar, natureza da causa e isenção do imposto de renda
RJ	Declaração do interessado e análise de documentos
RO	valor da causa, natureza da causa e valor e natureza da causa
RR	renda de até 3 salários mínimos
RS	renda de até 3 salários mínimos
SE	patrimônio familiar
SP	renda familiar até 3 salários mínimos, patrimônio familiar, valor da causa e natureza da causa
TO	Declaração do interessado e critérios subjetivos
MT	Renda de até 3 salários Mínimos
DPU	isenção do imposto de renda

Extraído de: III Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil (BRASIL, 2009)

Nesse sentido, considerando o disposto no art. 4º, § 2º, da Lei Complementar Estadual nº 65/2003, o Conselho Superior da Defensoria Pública de Minas Gerais editou a Deliberação nº 25/2015, fixando parâmetros para a defesa dos interesses individuais dos cidadãos e a sua competência para prestar assistência integral e gratuita àqueles considerados necessitados.

De acordo com o art. 1º, da Deliberação nº 25/2015, o critério utilizado para definir “necessitado” em relação à defesa dos interesses individuais é o da vulnerabilidade econômica, isto é, será considerado necessitado todo aquele que tenha renda mensal individual não superior a 3 salários mínimos ou familiar não superior a 4 salários mínimos. Destaca-se que este limite de renda pode chegar a 5 salários mínimos quando a entidade familiar for composta por 6 ou mais membros:

Art. 1º. Presume-se necessitada, sob o aspecto econômico, toda pessoa natural, nacional ou estrangeira, residente ou não no Brasil, que atenda, cumulativamente, às seguintes condições:

I – Renda mensal individual não superior ao valor de 3 (três) salários mínimos, ou renda mensal familiar não superior a 4 (quatro) salários mínimos;

II – não possua recursos financeiros em aplicações ou investimentos em valor superior a 12 (doze) salários mínimos.

§ 1º. Entidade familiar é o núcleo formado por indivíduos que têm laços de parentesco, mantendo-se pela renda comum de seus membros.

§ 2º. A renda mensal individual será considerada quando o interessado não integrar entidade familiar.

§ 3º. Renda mensal familiar é a soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pela totalidade dos membros da entidade familiar maiores de dezesseis anos.

[...]

§ 5º. O limite do valor da renda familiar previsto no inciso I do *caput* deste artigo será de 5 (cinco) salários mínimos quando a entidade familiar for composta por 6 (seis) ou mais membros.

§ 6º. Na hipótese de colidência de interesses entre membros de uma mesma entidade familiar, a renda mensal deverá ser considerada individualmente.

§ 7º. Nas hipóteses de mediação, conciliação e arbitragem, será considerada apenas a renda do beneficiário que inicialmente buscou a assistência jurídica prestada pela Defensoria Pública.

§ 8º. A permanência temporária de indivíduo em um núcleo familiar não caracteriza a constituição da entidade familiar prevista no § 1º.

§ 9º. Na hipótese de a medida extrajudicial ou judicial abranger o interesse de mais de uma entidade familiar, a renda de cada uma será analisada de forma separada (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2015).

Diante do exposto, o critério utilizado para definir necessitado na Deliberação

nº 25/2015 é o da hipossuficiência econômica, a partir de parâmetros objetivos³. Tal tendência seguiu o critério adotado pela maioria das Defensorias Públicas nos estados, conforme III Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil (TAB. 1). Entretanto, nas sociedades complexas e contemporâneas há um leque enorme de outras vulnerabilidades que não somente a econômica, ou seja, situações que podem acometer os sujeitos nos mais variados contextos, comprometendo a sua autonomia individual. Tais situações são capazes de ensejar a atuação da Defensoria Pública, como no caso de idosos, crianças e adolescentes, usuários de serviços públicos, mulheres vítimas de violência doméstica e consumidores. Tanto é que o art. 26, da Deliberação nº 25/2015, não afastou a assistência integral e gratuita de outros casos que possam configurar vulnerabilidades e exigir a proteção do Estado. O critério da hipossuficiência econômica é aplicável apenas à assistência jurídica referente a interesses individuais.

Sobre a aplicação de critérios econômicos apenas para demandas individuais e a legitimidade da Defensoria Pública para atuar em lesões coletivas, manifestou Ada Pelegrini Grinover (2008), em Parecer sobre arguição de inconstitucionalidade do inciso II, do artigo 5º, da Lei nº 7.347/1985 (Lei da Ação Civil Pública), objeto da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 3943/DF):

Saliente-se, ainda, que a necessidade de comprovação da insuficiência de recursos se aplica exclusivamente às demandas individuais, porquanto, nas ações coletivas, esse requisito resultará naturalmente do objeto da demanda – o pedido formulado. Bastará que haja indícios de que parte ou boa parte dos assistidos sejam necessitados. E, conforme já decidiu o TRF da 2ª Região, nada há nos artigos 5º, LXXIV e 134 da CF que indique que a defesa dos necessitados só possa ser individual. Seria até mesmo um contrassenso a existência de um órgão que só pudesse defender necessitados individualmente, deixando à margem a defesa de lesões coletivas, socialmente muito mais graves (GRINOVER, 2008).

Desta forma, a vulnerabilidade enquanto objeto de reflexão possui múltiplas dimensões ou contextos. E foi na modernidade, sobretudo a partir do fim do século XX, que a sociedade percebeu que todos nós somos vulneráveis a todo momento, já que a fragilidade começa no próprio corpo, sendo algo inerente à condição humana. A partir do momento que nascemos somos expostos a uma série de situações que

³ Para os processos da área criminal não se aplica o critério econômico, bem como da curadoria especial; basta que nestes casos a parte não tenha constituído advogado.

nos tornam vulneráveis; logo, a vulnerabilidade é uma característica fundamental da vida humana, ligando-se a alguma fragilidade da existência, ainda que seja possível a experiência em diferentes contextos (físico, econômico, social ou jurídico), seja de forma individual ou coletiva (SOCZEK, 2008, p. 23).

O conceito de vulnerabilidade surge na década de 80 e está relacionado à saúde pública e aos estudos sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que constatou a mudança de perfil dos atingidos pela epidemia que rapidamente se alastrou por vários países. Percebeu-se que a suscetibilidade de contágio se devia mais a um conjunto de fatores socioeconômicos do que exclusivamente ao comportamento individual. Isto fez emergir novas evidências no contexto da infecção e a substituição do termo “grupo de risco” por vulnerabilidade. Logo, o termo surge transcendendo o aspecto biológico e reordenando as práticas ligadas à prevenção e à promoção da saúde sem perder de vista o aspecto socioeconômico e cultural (CARMO, GUIZARDI, 2018).

A vulnerabilidade econômica, critério adotado pela Defensoria Pública nos estados, guarda relação com a incapacidade de sujeitos ou grupos acessarem de maneira plena os bens produzidos em sociedade. Já o termo vulnerabilidade social ganha ressonância na literatura acadêmica nas últimas décadas, sobretudo a partir dos anos 90, com o “exaurimento da matriz analítica da pobreza” que se limitava a questões de ordem econômica. Preocupava-se mais em conhecer os segmentos mais desprovidos da sociedade do que entender os determinantes do processo de empobrecimento. Em decorrência disso foram desenhados os grupos de risco na sociedade com uma visão voltada ao indivíduo e não ao contexto social que produziu a vulnerabilidade. Tal tendência vem sendo propagada por organismos internacionais, como o Banco Mundial, Organização das Nações Unidas (ONU) e Comissão Econômica Para a América Latina e Caribe (CEPAL). Assim, o termo vulnerabilidade social surge atrelado aos pressupostos orientadores para a consolidação de políticas sociais (SOCZEK, 2008, p. 24; MONTEIRO, 2011, p. 31).

O Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), em recente estudo apresentado em 2018 sobre o cenário da vulnerabilidade social no Brasil e o processo de construção do índice de vulnerabilidade social (IVS), adverte sobre a polissemia do termo e o seu emprego nem sempre com o mesmo sentido:

Embora venha sendo discutida nos últimos anos, a expressão vulnerabilidade social não possui um significado único e consolidado na literatura. Um testemunho deste fato é o texto de Prowse (2003), que analisa os diversos usos desta categoria em um conjunto de artigos produzidos no âmbito do Centre for Chronic Poverty, do Reino Unido. O autor também aborda as implicações desta multiplicidade de significados para a compreensão das análises apresentadas, bem como para o debate em torno da questão da pobreza crônica. De acordo com o autor, enquanto alguns trabalhos referem-se à vulnerabilidade como suscetibilidade à pobreza, outros a caracterizam como sintoma de pobreza. Haveria ainda aqueles que a compreendem como uma das dimensões da pobreza (IPEA, 2018, p.10).

O IPEA adota a perspectiva que parte do

[...] reconhecimento de que as vulnerabilidades sociais decorrem de processos sociais mais amplos contra os quais o indivíduo, por si só, não tem meios para agir e cujos rumos só o Estado, por meio de políticas públicas, tem condições de alterar (IPEA, 2018, p.16).

Inaugura-se uma nova abordagem do conceito de vulnerabilidade social que vai além da privação de renda. Apesar de a vulnerabilidade alojar-se mais facilmente entre os segmentos mais pobres da sociedade, mostrando a relevância do aspecto econômico, este pode não ser determinante para a exclusão social num dado contexto, pois há grupos vulneráveis e marcados pela exclusão por outras questões como gênero, etnia, cultura, migração (refugiados), deficiência física, etc., o que extrapola os aspectos individuais e atinge inclusive feições coletivas ou de grupos. Logo, a vulnerabilidade apresenta múltiplos condicionantes, podendo ter várias formas presentes num mesmo sujeito, como, por exemplo, renda e cor ou deficiência física e renda.

Algo é certo, o acesso precário à renda faz com que os sujeitos fiquem privados ou acessem com mais dificuldade os meios para a superação das vulnerabilidades no seu cotidiano, sejam eles meios materiais ou não, como as capacidades, a autonomia, a liberdade e o autorrespeito. Nesse sentido, é possível associar vulnerabilidade social às dificuldades de acesso a direitos e proteção social (CARMO, GUIZARDI, 2018, p. 7).

Comunga-se da ideia de que o necessitado não é apenas aquele que sofre privação econômica, mas também aquele submetido a outras vulnerabilidades sociais no seu cotidiano, podendo apresentar outros condicionantes como gênero (mulher em situação de violência doméstica), etnia (indígenas, negros), cultura (violação de territórios quilombolas e terreiros de matriz africana), imigração (caso dos refugiados venezuelanos nas fronteiras com o Estado de Roraima), questões coletivas, como no caso do rompimento da Barragem de Fundão no Município de Mariana, dentre tantas outras

possibilidades. Estas situações podem levar à fragilidade diante de uma situação jurídica e legitimam a atuação da Defensoria Pública enquanto instituição permanente e essencial à defesa dos necessitados, entre os quais se inserem os vulneráveis sociais.

O conceito de necessitado na nova ordem constitucional não pode se restringir à visão reducionista de hipossuficiência econômica, deve abarcar as situações de vulnerabilidade social. Tanto é que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) também tem promovido a revisão do termo necessitado previsto na Constituição de 1988 e reproduzido em vários diplomas legais, deixando assente a importância da ampliação de seu alcance, sobretudo em países marcados por forte desigualdade social como o Brasil, onde o acesso à justiça é negado aos mais pobres:

Por espelhar e traduzir exemplarmente as marcas identificadoras do Welfare State, que está baseado nos princípios da solidariedade, da dignidade da pessoa humana e da efetiva igualdade de oportunidades, inclusive de acesso à Justiça, a Defensoria Pública – instituição altruísta por excelência – é essencial à função jurisdicional do Estado, nos termos do art. 134, *caput*, da Constituição Federal. [...] A rigor, mormente em países de grande desigualdade social, em que a largas parcelas da população – aos pobres sobretudo – se nega acesso genuíno ao Judiciário, como ocorre infelizmente no Brasil, seria impróprio falar em verdadeiro Estado de Direito sem a existência de uma Defensoria Pública nacionalmente organizada, conhecida de todos e por todos respeitada, capaz de atender aos necessitados da maneira mais profissional e eficaz possível. [...] A expressão "necessitados" (art. 134, *caput*, da Constituição), que qualifica, orienta e enobrece a atuação da Defensoria Pública, deve ser entendida, no campo da Ação Civil Pública, em sentido amplo, de modo a incluir, ao lado dos estritamente carentes de recursos financeiros – os miseráveis e pobres –, os hipervulneráveis (isto é, os socialmente estigmatizados ou excluídos, as crianças, os idosos, as gerações futuras), enfim todos aqueles que, como indivíduo ou classe, por conta de sua real debilidade perante abusos ou arbítrio dos detentores de poder econômico ou político, "necessitem" da mão benevolente e solidarista do Estado para sua proteção, mesmo que contra o próprio Estado. Vê-se, então, que a partir da ideia tradicional da instituição forma-se, no Welfare State, um novo e mais abrangente círculo de sujeitos salvaguardados processualmente, isto é, adota-se uma compreensão de *minus habentes* impregnada de significado social, organizacional e de dignificação da pessoa humana. [...] Ao se analisar a legitimação ad causam da Defensoria Pública para a propositura de Ação Civil Pública referente a interesses e direitos difusos, coletivos stricto sensu ou individuais homogêneos, não se há de contar nos dedos o número de sujeitos necessitados concretamente beneficiados. Basta um juízo abstrato, em tese, acerca da extensão subjetiva da prestação jurisdicional, isto é, da sua capacidade de favorecer, mesmo que não exclusivamente, os mais carentes, os hipossuficientes, os desamparados, os hipervulneráveis. (BRASIL, 2012).

O entendimento do STJ esboçado acima reconheceu a legitimidade da Defensoria Pública para atuar nas ações coletivas, na representação dos interesses difusos e individuais homogêneos, independente do critério econômico para a

seleção dos assistidos. A seleção dos cidadãos baseada exclusivamente na insuficiência de recursos financeiros não vai ao encontro da atual concepção de necessitado, que na atualidade pode ser compreendida como vulnerabilidade social. Tal concepção não está estritamente vinculada a questões de privação de renda, isto é, à pobreza, mas é compreendida dentro de uma perspectiva multidimensional.

A vulnerabilidade social considera a pobreza para além das questões de renda, abordando outras dimensões como acesso a serviços, representação e a capacidade dos indivíduos de pautar suas ações de acordo com a sua autodeterminação. Assim, a vulnerabilidade apresenta-se como estruturante e multidimensional:

[...] la noción de vulnerabilidad es entendida como una situación y un proceso multidimensional y multicausal, en la que confluyen simultáneamente la exposición a riesgos, la incapacidad de respuesta¹⁴ y adaptación¹⁵ de individuos, hogares o comunidades, los cuales pueden ser heridos, lesionados o dañados ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas que afectan su nivel de bienestar y el ejercicio de sus derechos. De allí que la vulnerabilidad se emparenta con otras nociones que se expresan ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos; como debilidad interna para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de oportunidades que se le presenta; como inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar y como degradación de las condiciones que permiten una vida plena y saludable (G. Busso, 2001 y 2004) (BUSO, 2005, p.16).

A vulnerabilidade social ultrapassa a ideia de pobreza embora guarde ligação com ela. É importante destacar que não existe um conceito de pobreza na lei, nem mesmo na Lei nº 1.050/60. A ligação entre pobreza e vulnerabilidade social não é direta, embora exista uma interligação, já que sujeitos pobres são mais vulneráveis, pois estão mais expostos aos riscos existentes na sociedade e possuem menor capacidade de enfrentamento e prevenção. Ainda, os meios que os pobres têm à disposição para tal são caros e ineficientes, o que pode gerar o enfraquecimento de seu capital humano e a perpetuação de seus efeitos negativos de natureza intergeracional (SOJO, 2003 apud BRONZO, 2008, p. 3).

Cabe esclarecer que a definição de pobreza é complexa, situando-se no campo da disputa teórica e metodológica, e seu parâmetro não pode ser único para todos os países, pois se deve considerar as diferentes necessidades e o grau de

desenvolvimento em um dado contexto socioeconômico, as especificidades de cada país e suas questões culturais. Para Rocha (2006), a pobreza pode ser definida como um fenômeno no qual as necessidades básicas não são atendidas de forma suficiente. Assim, é necessário definir quais são estas necessidades básicas, já que elas variam de acordo com um dado contexto social. Em última análise, ser pobre poder ser definido como não possuir “os meios necessários para se operar no meio social em que se vive” (ROCHA, 2006, p. 9-10). A pobreza se mostra como relativa em contraposição à pobreza absoluta e pode ser compreendida como ausência de condições mínimas de sobrevivência física, como educação, saúde, moradia, habitação e alimentação.

A pobreza relativa, segundo Rocha (2006, p. 11-13), define as necessidades a serem realizadas numa dada sociedade em função de seu modo de vida, o que significa delinear um conjunto de indivíduos “relativamente pobres” em uma sociedade onde o mínimo vital já é assegurado. Já Schwartzman (2007, p. 94) aponta que a pobreza relativa “tenta identificar as pessoas que se situam abaixo de um ponto qualquer na distribuição de renda”, ponto este definido de forma arbitrária.

Nesse sentido, é importante destacar que as diferentes formas de mensuração e enfoque da pobreza levam à seleção de diferentes beneficiários, tal como a seleção dos assistidos pela Defensoria Pública, e, via de consequência, diferentes formas de enfrentá-la e promover a cidadania.

Os recursos postos socialmente são de grande relevo para o enfrentamento das vulnerabilidades, inclusive na área da saúde. Entretanto, os recursos não são distribuídos de forma igualitária entre os diferentes estratos sociais ou territórios nacionais. Alguns sujeitos apresentam vantagens de acesso em relação a outros no que tange aos mais variados serviços prestados pelo Estado ou pela iniciativa privada, não escapando a saúde a esta regra, mesmo após a universalização do acesso a bens e serviços em saúde trazidos pela Constituição de 1988.

Desta feita, as desigualdades em saúde apresentam-se como uma das nuances das desigualdades sociais e também possuem múltiplas dimensões, como individuais (gênero, raça, sexo, idade, escolaridade), geográficas (residência e região), que se ligam fortemente à instalação e disponibilização dos serviços de saúde e até mesmo culturais (FAHEL *et al.*, 2014).

Estariam tais desigualdades de acesso aos bens e serviços de saúde sendo reproduzidas na arena judicial, aprofundando ainda mais as iniquidades? Será

verificado no próximo capítulo, a partir dos dados de processos ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, se a judicialização da saúde dificulta a concretização do princípio da justiça social na medida em que não é posta pelos mais vulneráveis socialmente. Ora, se a maioria das ações for ajuizada de forma individualizada, por advogados privados, por beneficiários cuja origem do atendimento não é do SUS e por quem pode arcar com os custos do acesso à justiça e não pela Defensoria Pública não se pode falar na efetivação do princípio da justiça social.

4 ESTABELECENDO O UNIVERSO DE ANÁLISE

O banco de dados utilizado neste trabalho foi construído pelo Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde (GPES), vinculado ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e dentro do projeto “Impacto das ações judiciais na política nacional de assistência farmacêutica: gestão da clínica e medicalização da justiça”.

Os dados que formam o referido banco foram coletados a partir de expedientes administrativos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e tratados pelo GPES. Referem-se a ações judiciais ajuizadas contra o Estado de Minas Gerais, individuais ou coletivas, cujo objeto era pedido de medicamentos, materiais, procedimentos e outros. A coleta dos dados foi orientada por um questionário elaborado pelo GPES e segmentado em 10 partes.

A parte 01 designa dados gerais, como pesquisador responsável pela coleta, número do processo, ano de início e o pedido. A parte 02 refere-se a informações processuais (data da petição inicial e data de entrada na SES-MG, instância de ajuizamento, comarca, tipo de ação proposta, se houve pedido liminar). A parte 03 refere-se a dados sociodemográficos do beneficiário e a parte 04 a dados do autor, visando saber se autor e beneficiário são a mesma pessoa ou se a ação foi ajuizada por outra entidade (associação ou Ministério Público). A parte 05 refere-se aos dados do representante judicial do autor (advogado, defensoria pública, núcleo de assistência judiciária ou sem representação). A parte 06 volta-se aos dados do réu e a parte 07 aos dados de atendimento do beneficiário (prescrição, receituário com logomarca ou não do SUS, nome do profissional, especialidade, número no Conselho Regional de Medicina (CRM) ou no Conselho Regional de Odontologia (CRO), doença diagnosticada (CID). A parte 08 refere-se a dados da nota técnica (número e data da nota técnica) e a parte 09 a dados do medicamento (nome do medicamento, fórmula farmacêutica, tempo indicado, posologia, etc.). Por fim, a parte 10 volta-se a outros pedidos (materiais, procedimentos e outros) (CAMPOS NETO, 2012).

Os dados extraídos dos questionários foram tabulados pelo GPES em uma planilha através do software Excel® 2007. Assim, este trabalho fará uso de dados secundários (CAMPOS NETO, 2012).

O banco de dados refere-se ao período de 22 de outubro de 1999 a 20 de outubro de 2009 e é formado pelo registro de 6.112 processos.

4.1 Aspectos éticos e legais

O acesso ao banco de dados do GPES ocorreu por meio de assinatura do Termo de Compromisso (Anexo 1). A pesquisa que consistiu na construção do banco de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP), em 24 de setembro de 2008, através do Parecer n° ETIC 292/2008.

A confidencialidade deste trabalho será mantida na medida em que nos resultados não serão divulgados dados dos sujeitos processuais ou a numeração do processo.

4.2 Variáveis analisadas

As variáveis analisadas são: ano de ingresso do processo, sexo do beneficiário, faixa etária, representante processual, município de residência e origem da prescrição médica. O recorte envolve apenas as ações de medicamentos; logo, não serão analisadas ações que versam sobre materiais, procedimentos e outros.

4.3 Período de análise

O período de análise será o mesmo apresentado no banco de dados do GPES (de 22 de outubro de 1999 a 20 de outubro de 2009).

4.4 Resultados e discussão

O banco de dados permite inúmeros recortes para pesquisa e uma série de análises que podem suscitar discussões detalhadas. Optou-se, porém, pelo recorte a partir das ações de medicamentos, embora o banco de dados possua informações sobre procedimentos médico-hospitalares, materiais e outros.

Outras perspectivas de análise podem ser observadas no âmbito da pesquisa de Castro (2013), voltada à judicialização da saúde no campo dos procedimentos

ambulatoriais e hospitalares e também na pesquisa de Campos Neto (2012), voltada à judicialização de um tipo específico de medicamento, os anticorpos monoclonais.

4.4.1 Perfil das demandas judiciais: como pedem os jurisdicionados

O banco de dados é formado por 6.112 processos ajuizados contra o Estado de Minas Gerais referentes ao período de 1999 a 2009. É oportuno esclarecer que o número de ações presentes no banco de dados não coincide com o número de beneficiários, considerando a existência de ações coletivas e demandas com mais de uma pessoa no polo ativo.

O objeto destas ações compreende pedido de medicamentos, materiais, procedimentos e outros suprimentos, como equipamentos médico-hospitalares, suporte nutricional e cosmecêuticos. Entretanto, este estudo está voltado para as ações cujo objeto é o fornecimento de medicamentos e que foram ajuizadas contra o Estado de Minas Gerais ou contra ele e os demais entes da federação. Isto, pois, compreende o maior número de processos do banco de dados, podendo fornecer um panorama mais geral do fenômeno.

Foram desprezados os processos em que existiam mais de um autor ou beneficiário no polo ativo e as ações coletivas, já que no caso destas, em sua grande maioria, os beneficiários são um número indeterminado de pessoas ou uma coletividade que não é passível de identificação, tal como todos os portadores de hepatite ou todos os pacientes do SUS que necessitem de um dado tratamento no âmbito de todo o estado. Estes casos inviabilizariam a análise do perfil socioeconômico dos beneficiários. Quanto às ações que tenham mais de um autor no polo ativo, mas não possuem a natureza de ação coletiva, o descarte se deu em função da impossibilidade de se estabelecer a correta relação entre o autor e seu respectivo advogado ou médico, o que por sua vez se apresenta como uma limitação ao estudo assim como a incompletude de alguns dados do banco. Tal fato pode ser justificado, já que os expedientes administrativos de onde os dados foram coletados para a formação do banco são destinados aos gestores públicos estaduais e não propriamente à pesquisa (CAMPOS NETO, 2012).

Assim, foram analisadas as informações de 5.090 processos. Cabe destacar que destes, 4.211 processos envolviam pedidos exclusivos de medicamentos, 356 processos envolviam pedidos de medicamentos e materiais, 89 processos envolviam

pedidos de medicamentos e procedimentos e 434 envolviam pedidos de medicamentos e outros, como equipamentos médico-hospitalares, suporte nutricional e cosmeceuticos.

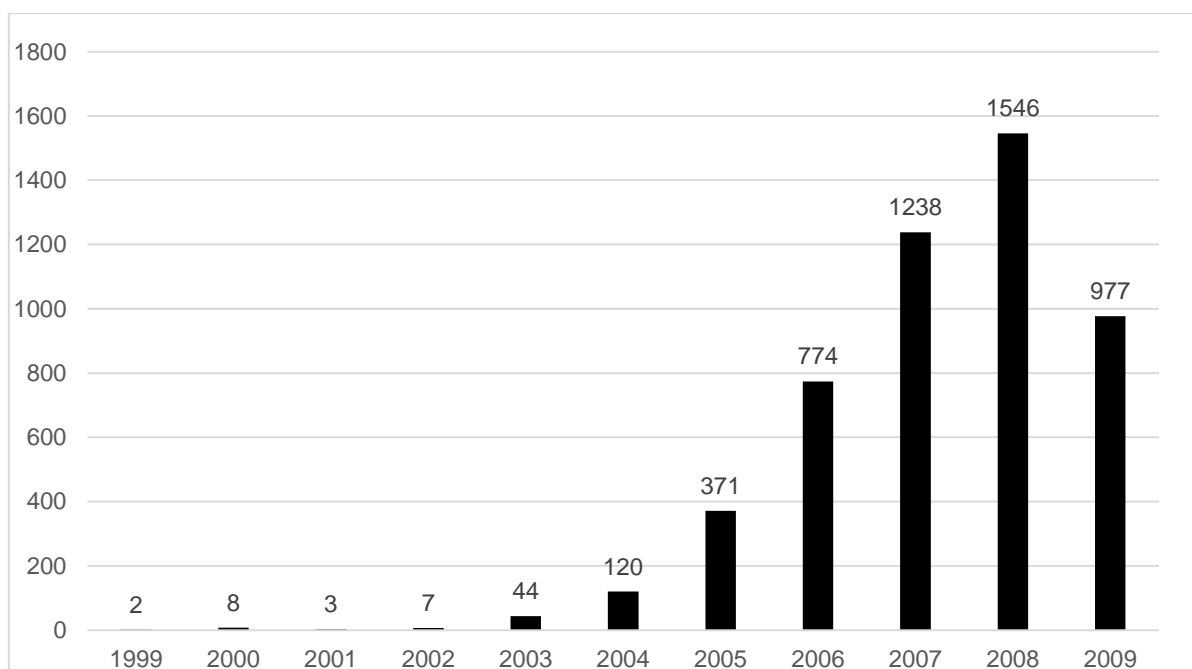
Tabela 2: Quantitativo de ações judiciais de medicamentos, Minas Gerais

Ações de medicamentos	Quantitativo	%
Ações exclusivas de medicamentos	4211	82,73%
Medicamentos e materiais	356	6,99%
Medicamentos e procedimentos	89	1,75%
Medicamentos e outros	434	8,53%
Total	5090	100,00%

Fonte de dados: elaboração própria a partir do banco do GPES

4.4.2 Evolução histórica das ações judiciais

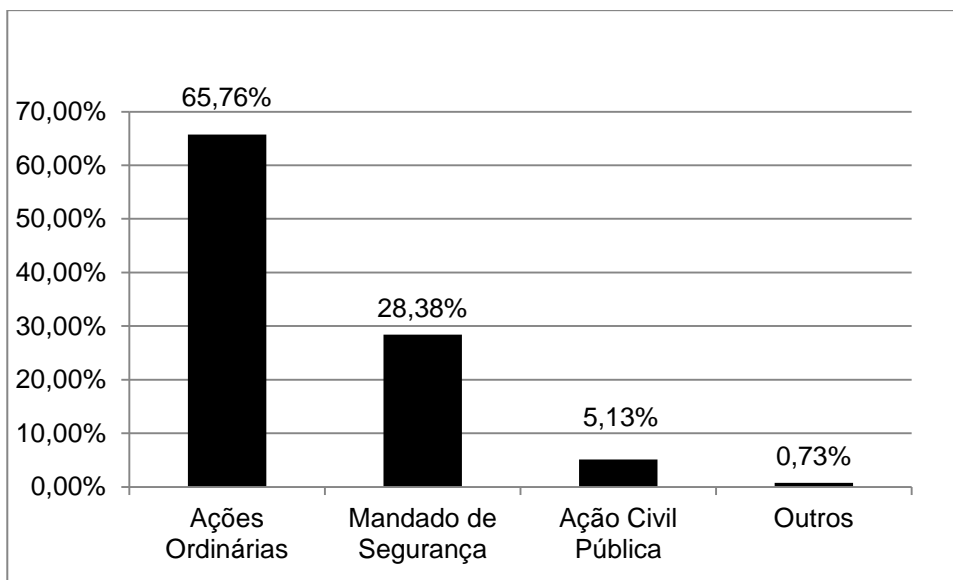
De acordo com o banco de dados, os registros das primeiras ações judiciais solicitando medicamentos são do ano de 1999. Neste período foram encontrados apenas 2 processos. A partir de 2003 observa-se um crescimento vertiginoso que atinge seu ápice em 2008, com 1.546 processos, conforme FIG. 01, que mostra a evolução temporal das ações judiciais de medicamentos. Cabe destacar que os beneficiários das duas primeiras ações, segundo o banco de dados, residiam em Contagem e Ribeirão das Neves.

Figura 1: Série histórica de ações individuais concernentes à medicamentos

Fonte de dados: elaboração própria a partir do banco de dados do GPES

4.4.3 Tipologia das ações

Quanto à tipologia das ações, há um predomínio de ações ordinárias e mandados de segurança, que correspondem, respectivamente, a 3.347 (65,76%) e 1.445 (28,39%) processos. Destaca-se que a ação civil pública foi usada em um número muito baixo de processos, isto é, 261 (5,13%), embora seja o meio mais hábil para se contestar políticas públicas, já que pode beneficiar uma coletividade, inclusive aqueles que não podem arcar com os custos do acesso à justiça. Outras ações não atingiram 1%, correspondendo a 37 processos.

Figura 2: Distribuição percentual das ações segundo a tipologia

Fonte de dados: elaboração própria a partir do banco de dados do GPES

Cabe esclarecer que a ação civil pública é um instrumento processual previsto na Constituição de 1988 (art. 129, III) e regulamentado pela Lei nº 7.347/1985. Ela compõe o microsistema coletivo e tem por objeto a tutela de bens e direitos metaindividuais (direitos difusos, os coletivos em sentido estrito e os individuais homogêneos) além de outros direitos difusos e coletivos, tal como a saúde pública, a educação, os direitos do idoso e adolescente, do consumidor, dentre outros, de acordo com o art. 1º da Lei nº 7.347/1985 (NEVES, 2013).

Dentre seus legitimados ativos incluem-se o Ministério Público, Defensoria Pública, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista, fundação, associação constituída há pelo menos um ano e que inclua entre suas finalidades institucionais a proteção ao meio ambiente, ao consumidor, à ordem econômica, à livre concorrência, aos direitos de grupos raciais, étnicos ou religiosos ou ao patrimônio artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, conforme art. 5º, da Lei nº 7.347/1985 (BRASIL, 1985). Ainda, de acordo com o art. 5º da Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor), também são legitimados as entidades e órgãos da administração pública, direta ou indireta, ainda que sem personalidade jurídica, especificamente destinados à defesa dos interesses e direitos protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990).

O processo coletivo comum é composto pelas ações coletivas, tais como ação civil pública, ação popular, mandado de segurança coletivo, dentre outras, e visa resguardar direito material protegido pelo microsistema coletivo, podendo ser preventivo (no caso de ameaça de lesão) ou reparatório (quando envolve lesão). Assim, requer a “presença de uma situação concreta a ser tutelada e um conflito de interesses qualificado por uma pretensão resistida ou uma ameaça de violação à norma de direito material tutelado pelo microsistema coletivo” (NEVES, 2016, p. 75).

Segundo Didier e Zaneti (2006, p. 30), “o núcleo do conceito de processo coletivo está em seu objeto litigioso e na tutela do grupo”. Assim, o processo será coletivo se possuir, como objeto do litígio, uma situação jurídica albergada pelo microsistema coletivo. A tutela coletiva é marcada pela controvérsia sobre interesses de grupos, classes ou categorias de pessoas, a conflituosidade dos grupos envolvidos e a defesa em juízo por meio da legitimação extraordinária.

As ações coletivas servem à proteção de direitos e interesses coletivos frente ao Poder Público e representam um importante mecanismo de participação da sociedade na gestão da coisa pública; acabam assumindo o papel de instrumento de democracia participativa, “servindo para extravasar as diversas orientações populares sobre os rumos a serem adotados pelo governo nacional” (ARENHART, 2009, p. 1-2). E, na medida em que cumprem este papel, as ações coletivas apresentam-se como elemento de realização de direitos fundamentais. Destaca-se o poder que estas ações têm de modificar as condutas daqueles que são colocados no polo passivo. E isto se dá pelo fato destas ações discutirem o litígio em sua totalidade buscando a causa do problema.

No âmbito das tutelas coletivas, que visam efetivar o direito fundamental à saúde, há o mandado de segurança coletivo e a ação civil pública. Esta se volta a reparar as omissões na efetivação do direito à saúde no campo dos interesses difusos e coletivos, aquele a proteger direito líquido e certo por inércia ou abuso do Poder. Entretanto, quando se trata da proteção de direitos sociais como a saúde, privilegia-se a ação civil pública sem exclusão de outras vias, já que ela é um instrumento que, pelas suas características e legitimados, se mostra mais adequado à defesa destes direitos (LINS, 2008 apud LAGES, PEREIRA, 2016).

Diferentemente das ações coletivas, as ações individuais, grande maioria no âmbito do Estado de Minas Gerais no período analisado, fazem um recorte simplista

e singelo sobre o problema da judicialização das políticas públicas, pois, segundo Sérgio Arenhart (2015, p. 211), as ações individuais reduzem o caso ao debate sobre o direito individual de alguém *versus* a capacidade patrimonial do Estado, quando na verdade o que se está em jogo é o modo de distribuição dos bens e recursos em saúde, que em última análise implica uma questão de justiça social. Um processo que se volta à discussão das políticas públicas exige uma amplitude além da lógica bipolar dos processos individuais normalmente utilizados no país.

Os processos individuais, certamente, por sua própria finalidade, não se afeiçoam a esse debate. O recorte que promovem no conflito – que passa a ser traduzido apenas na pretensão deduzida pelo autor em face do réu – faz com que toda discussão de política pública se converta em simples debate entre um “direito subjetivo” de determinado indivíduo frente ao Estado. Tome-se o exemplo das ações de medicamentos (...). Demandas individuais como essas, como por um passe de mágica, convertem um problema que é extremamente grave em uma discussão singela: o direito fundamental à saúde pode ou não impor a prestação de determinado tratamento específico a indivíduo determinado? Ou, em outros termos, reduz o problema a um conflito entre o direito fundamental à vida e à saúde (daquele que busca o medicamento como forma para sobreviver) *versus* o interesse patrimonial do Estado (que se nega a custear o remédio para o autor). Sob esse ângulo, a discussão parece muito simples, e sua solução, evidente. Porém, o que na realidade esse processo individual faz é ocultar o verdadeiro conflito: a política pública de saúde nacional. Realmente, esse tipo de demanda obscurece o fato de que, aquilo que está em jogo nessa causa, é a discussão sobre como devem ser distribuídos os recursos reservados à saúde no país. E, pior, ao condicionar a distribuição desses recursos a partir do ajuizamento das ações individuais, faz com que eles sejam alocados segundo: a) a maior compreensão do emprego do Judiciário na tutela dos próprios interesses; b) a anterioridade do exercício do direito de ação; c) o mais alto nível cultural, econômico e social do requerente (que, *ultima ratio*, é aquele que mais facilmente preenche os dois primeiros requisitos). Ou seja, ao fim e ao cabo, as ações individuais privilegiam aqueles que, normalmente, estão em condições “menos desfavoráveis” e, portanto, que não serão aqueles que mais necessitam da proteção da política pública (ARENHART, 2015, p. 211).

Portanto, o predomínio de ações individuais privilegia aqueles que possuem informação em relação ao seu direito e que podem arcar com os custos do acesso à justiça, conforme apontado acima, sendo que apenas 5,13% das ações de medicamentos foram tratadas em juízo por meio da ação civil pública.

4.4.4 Da origem da prescrição médica

Outra variável de relevância na análise é a origem da prescrição médica dos beneficiários, se da rede pública de saúde (SUS) ou da privada, já que esse dado

pode dar um indicativo do perfil socioeconômico daqueles que estão judicializando a saúde em Minas Gerais.

Passar pela rede privada de saúde em alguma medida implica em arcar com os custos de um plano de saúde ou do próprio tratamento em pecúnia. Nesse sentido, quanto à estrutura de consumo dos serviços de saúde no país, Travassos *et al.* (2000, p.142) constataram que esta sofre variação entre sujeitos cobertos e não cobertos por planos de saúde. Para os indivíduos que possuem planos de saúde há o predomínio do uso de clínicas e consultórios particulares, já para os sujeitos não cobertos há o predomínio de postos de saúde pública e hospitais. E quando se observa faixas de renda, observa-se que os grupos de maior renda consomem mais serviços ambulatoriais, ao passo que os serviços hospitalares tendem a aumentar à medida que a renda diminui. Sobre esta diferença no consumo dos serviços de saúde cabe destacar:

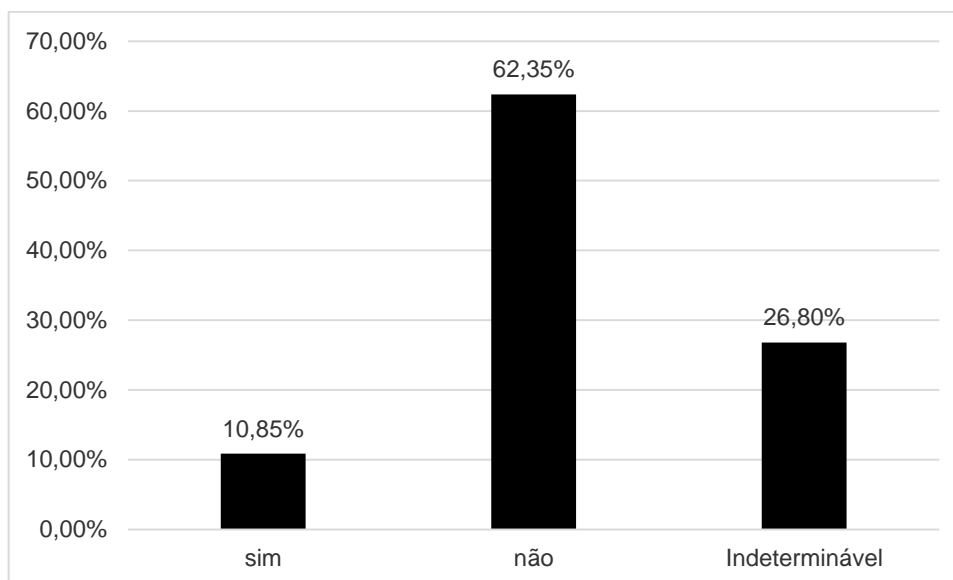
Essa dicotomia que existe entre os usuários do SUS e os indivíduos que pagam por planos de saúde, e que, em grande parte, estão inseridos no mercado formal de trabalho mascara a dualidade que ocorria antes da constituição do SUS e que era devida à existência de contribuintes e não contribuintes, e, um dos principais responsáveis por esta segmentação – a qual pode refletir na saúde da população e facilitar ou dificultar o acesso – é a cobertura de plano de saúde, sejam estes públicos ou privados (FAHEL *et al.*, 2014, p. 3).

Fahel *et al.* (2014), em estudo sobre o grau de acesso aos serviços de saúde nas regiões de planejamento do Estado de Minas Gerais e na região metropolitana de Belo Horizonte, constataram que, em 2009, os indivíduos com planos de saúde tiveram 54% mais de chance de consultar o serviço médico, o que evidencia uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre quem dispõe de plano de saúde e de quem não o possui e utiliza o SUS.

Os dados analisados apontaram que em 10,85% dos casos havia a logomarca do SUS no receituário médico e em 62,35% não havia, ao passo que em 26,80% dos casos isto era indeterminável. Assim, é evidente que o grupo que usa o Judiciário para contestar as políticas de saúde não é usuário preferencial ou exclusivo do SUS; e provoca o deslocamento de parte do orçamento público para atender suas próprias demandas, muitas vezes para conseguir remédios até mesmo sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e comprometer o

acesso equânime ao SUS. Acessar o Judiciário para contestar as políticas de saúde implica também em arcar com os custos do acesso à justiça.

Figura 3: Presença de logomarca do SUS no receituário médico



Fonte de dados: elaboração própria a partir dos dados do GPES.

4.4.5 Dos autores e beneficiários da tutela em juízo

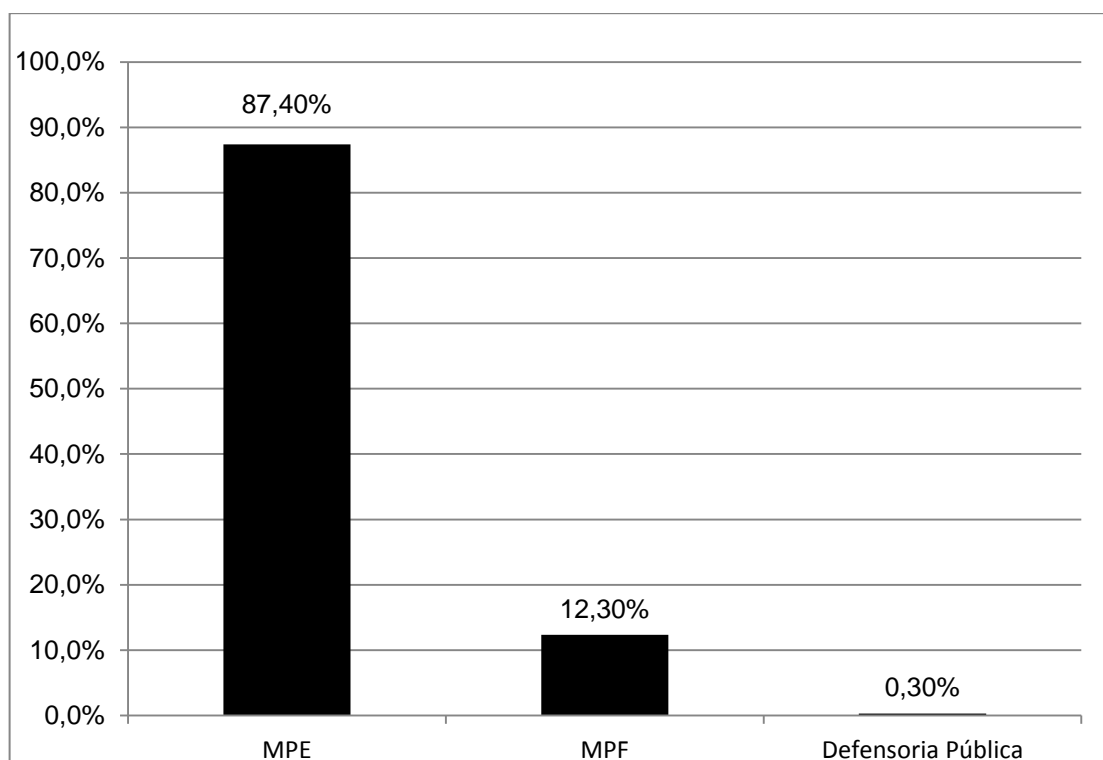
Para melhor compreender algumas perguntas que consubstanciaram o formulário de coleta de dados e o resultado descritivo destes dados, é importante esclarecer o conceito de parte, fazendo a distinção entre parte material, parte processual e parte legítima.

Parte material, segundo Fredie Didier (2017, p. 236), é o sujeito da relação jurídica posta em juízo, sendo que este pode ou não ser parte processual, já que em situações excepcionais o Direito pode conferir a outrem a legitimidade para defender em nome próprio direito alheio (legitimação extraordinária). Já a parte processual é aquela que faz parte da relação jurídica processual, assumindo qualquer das relações jurídicas processuais, participando do contraditório e podendo sofrer os efeitos de eventual decisão proferida. Logo, mesmo que não seja a titular do direito material que constitui o escopo do processo, será considerada parte processual pelo fato de ali estar presente. Já a parte legítima é aquela que possui autorização para estar em juízo questionando uma certa situação jurídica. Daí a necessidade de saber se autor e beneficiário são a mesma pessoa, até mesmo em função da

legitimidade extraordinária para propor a ação civil pública no campo da saúde (art. 5º, da Lei nº 7.347/1985). Assim, constatou-se que, em 92,99% dos casos, autor e beneficiário coincidem na mesma pessoa, ao passo que em apenas 7,01% das ações estes dados não coincidem.

Assim, quando autor e beneficiário não são as mesmas pessoas, o Ministério Público Estadual foi o responsável pelo ajuizamento de 312 ações (87,40%) e o Ministério Público Federal por 44 (12,30%) ações. O que chama a atenção é a baixa atuação da Defensoria Pública no período analisado (apenas 1 processo), sendo ela encarregada constitucionalmente da defesa dos direitos dos necessitados juntamente com as associações as quais sequer figuraram nos processos, o que representa um indício de que a judicialização da saúde está sendo posta por aqueles que podem arcar com os custos do acesso à justiça.

Figura 4: Distribuição percentual das ações nos casos que autor e beneficiário não são a mesma pessoa



Fonte de dados: Elaboração própria a partir do banco de dados do GPES

4.4.6 Da representação processual

Quanto à representação processual dos autores buscando a tutela do direito à saúde, se por advogado particular, defensor público, núcleo de assistência jurídica ou sem representação, cabe apontar que a maior parte das ações foram ajuizadas por advogados particulares (59,61%), seguida pelos defensores públicos (21,24%), núcleo de assistência jurídica (3,60%) e sem representação jurídica (9,18%)⁴. Cabe esclarecer que os casos que não possuem representação jurídica decorrem da Lei nº 9.099/95 (art. 9º) e da Lei nº 10.259/2001 (art. 10), já que nos juizados especiais a parte pode demandar em juízo sem advogado. Entretanto, há que se observar que as ações que tramitaram na justiça federal ocorrem ou pelo menos deveriam ocorrer desde que a União integre o polo passivo por questão de competência.

Tabela 3: Distribuição das ações segundo o representante processual

Representante	Quantitativo	%
Sem menção no banco de dados	376	6,36%
Advogados	3524	59,61%
Defensor Público	1256	21,24%
Núcleo de Assistência Jurídica	213	3,60%
Sem Representação Jurídica	543	9,18%
Total	5912	100,00%

Fonte de dados: elaboração própria a partir do banco de dados do GPES

Os resultados encontrados não destoam daqueles encontrados em outros estados da federação. Chieffi e Barata (2009) em estudo sobre as ações judiciais no Estado de São Paulo, visando a obtenção de medicamentos no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2006, constatou que a maioria das ações também foram ajuizadas por advogados privados (74%) e que a justiça gratuita contribuiu com apenas ¼ dos casos.

Pereira (2006), em estudo sobre as demandas judiciais por medicamentos no Estado de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004, constatou que 59% das ações foram ajuizadas por advogados particulares, 35% pela Defensoria Pública e 6% por

⁴ O número de representantes processuais não coincide com o número de processos, pois pode haver mais de um advogado vinculado a um escritório de advocacia e atuando para o autor.

escritórios modelos; 59% dos medicamentos não eram financiados por programas do governo da referida unidade da federação.

Pessoa (2007), em trabalho sobre o perfil das demandas administrativas e judiciais por medicamentos no Estado do Ceará, constatou que 86% delas foram conduzidas por advogados particulares e pela Defensoria Pública, ao passo que as demandas administrativas por medicamentos, em sua maioria, foram conduzidas pela Promotoria de Saúde daquele Estado.

Machado *et al.* (2011, p. 592-593), em pesquisa voltada à judicialização da assistência farmacêutica no âmbito de Minas Gerais, no período de 2005 a 2006, constataram que 60,3% das ações judiciais foram ajuizadas por advogados particulares, o que corresponde a mais da metade, 23,1% pela Defensoria Pública, 4,2% pelo Ministério Público, 3,1% por núcleo de assistência judiciária e 9,4% sem representação. Tendência próxima também foi constatada por Campos Neto (2012, p. 44) para o mesmo período deste trabalho, porém com um recorte voltado para os anticorpos monoclonais, confirmando a tendência de que a judicialização não está sendo posta pelos vulneráveis socialmente, mas por aqueles que podem arcar com os custos do acesso à justiça. Assim, no trabalho do autor, 81,8% da representação processual ocorreu por advogados privados ao passo que a Defensoria Pública respondeu apenas por 10,7% das ações e os núcleos de assistência judiciária por 1,3%.

4.4.7 Do perfil socioeconômico dos beneficiários

O uso dos serviços de saúde de uma população sofre influências de fatores como o modo de estruturação do sistema de saúde de um país, a disponibilidade financeira, dos recursos humanos e da tecnologia disponível, das preferências e escolhas do usuário, da cultura local, da localização geográfica dos serviços e do local de residência do beneficiário. Assim, o acesso aos serviços de saúde está condicionado a fatores socioeconômicos, geográficos e ao perfil das necessidades em saúde de uma dada localidade.

A desigualdade em saúde, conforme já apontado no capítulo anterior, representa um tipo de desigualdade social e possui múltiplas dimensões. Assim, trabalhos e pesquisas estão sendo desenvolvidos no país que evidenciam a composição multidimensional e a distribuição diferenciada dos serviços de saúde

entre os vários estratos da hierarquia social (FAHEL, NEVES, 2009). Destaca-se, nesse sentido, os estudos e pesquisas de Travasso *et al.* (2000) e Fahel *et al.* (2007, 2009, 2014), que utilizam, respectivamente, dados da Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição (PNSN), da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e da Pesquisa por Amostra de Domicílios (PADs).

Fator relevante neste estudo é o perfil socioeconômico daqueles que pleiteiam em juízo a tutela do direito à saúde, já que a utilização dos serviços de saúde em Minas Gerais não ocorre de forma universal e com equidade, sofrendo influência direta de características socioeconômicas, demográficas, territoriais e capacitantes dos cidadãos, conforme apontaram Fahel *et al.* (2014) em pesquisa que analisou os efeitos destas características sobre o acesso da população aos serviços de saúde a partir de dados da PADs⁵. Assim, é possível que esta desigualdade no acesso a bens e serviços de saúde se reverbere na arena judicial. E, se assim estiver acontecendo, a judicialização da saúde não estará diminuindo as iniquidades em saúde e, via de consequência, não estará promovendo a justiça social.

Fahel *et al.* (2014, p.15) destacam que diversos estudos indicam que as mulheres têm maior probabilidade de acessar os serviços de saúde em função da intenção de prevenir possíveis doenças, conforme pode ser constatado através dos dados da PNAD de 1998, 2003 e 2008. Em outro estudo, que visava medir o acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais utilizando-se de dados da PNAD de 1998 e 2003, Fahel e Neves (2009, p. 149) constataram que as mulheres consultaram um médico 2,8 vezes a mais que os homens em 1998. A pesquisa ainda aponta que o acesso aos serviços de saúde sofre influência de outros fatores, como cor, escolaridade, renda e plano de saúde.

[...] As mulheres consultaram médico em média 2,8 vezes, valor que, quando comparado aos homens, representou em média uma consulta e meia a mais. A menor discrepância foi verificada entre os brancos e os não brancos, que consultaram em média 2,2 e 1,9 vezes, respectivamente. Também ocorrem diferenças importantes no acesso entre os quintos de renda, que apresentaram uma diferença de 1,2 consultas médicas em média a mais para o último quinto, quando comparado ao primeiro. [...] Os mais escolarizados com 2,6 consultas em média, os portadores de planos de saúde com 3,0 consultas em média, a população urbana com 2,2 consultas, e os residentes na região Sudeste, com a média de 2,3 consultas

⁵ PADs é a pesquisa realizada pela Fundação João Pinheiro em Minas Gerais baseada em amostra de domicílios distribuídos nas dez regiões de planejamento do Estado e na região metropolitana de BH, coleta informações sobre saúde, educação, renda, dentre outros assuntos, além de características dos domicílios e indivíduos. É realizada a cada 2 anos.

por indivíduo, além de apresentarem maior acesso do que seus grupos de comparação, superaram a média nacional de 2,1 consultas. [...] Para o ano de 2003, foram verificadas as mesmas iniquidades existentes em 1998, indicando a manutenção das características da estrutura de desigualdades em saúde. (FAHEL; NEVES, 2009, p. 149).

No que se refere ao sexo, constatou-se no banco de dados que 56,44% (2.873) são representantes do sexo feminino e 43,56%(2.217) do sexo masculino. Assim, há um predomínio de mulheres tanto no acesso aos serviços de saúde quanto na judicialização.

Quanto à idade à época do ajuizamento da ação, verificou-se uma baixa presença de registros etários, apenas 35,04%. Mas, dentre aqueles disponíveis, verificou-se que a coorte que mais judicializou foi aquela compreendida entre 55 a 59 anos, seguida da coorte de 40 a 44 anos, somando a população feminina e masculina (TAB. 3), isto é, distanciando das faixas extremas. A ausência de tal dado em grande parte dos registros pode ser justificada pelo fato da indicação etária não ser requisito para a petição inicial.

Tabela 4: Distribuição por coortes dos registros etários dos beneficiários das ações

Coorte	Masculino	Feminino	M%	F%	Total	%
00 - 04 anos	68	53	8,6%	5,4%	121	6,8%
05 - 09 anos	43	33	5,4%	3,3%	76	4,3%
10 - 14 anos	49	43	6,2%	4,3%	92	5,2%
15 - 19 anos	44	34	5,5%	3,4%	78	4,4%
20 - 24 anos	30	34	3,8%	3,4%	64	3,6%
25 - 29 anos	46	46	5,8%	4,6%	92	5,2%
30 - 34 anos	41	66	5,2%	6,7%	107	6,0%
35 - 39 anos	52	68	6,5%	6,9%	120	6,7%
40 - 44 anos	62	70	7,8%	7,1%	132	7,4%
45 - 49 anos	65	65	8,2%	6,6%	130	7,3%
50 - 54 anos	39	79	4,9%	8,0%	118	6,6%
55 - 59 anos	61	80	7,7%	8,1%	141	7,9%
60 - 64 anos	41	66	5,2%	6,7%	107	6,0%
65 - 69 anos	41	65	5,2%	6,6%	106	5,9%
70 - 74 anos	31	71	3,9%	7,2%	102	5,7%

75 - 79 anos	36	50	4,5%	5,1%	86	4,8%
80 - 84 anos	21	37	2,6%	3,7%	58	3,3%
85 - +	24	30	3,0%	3,0%	54	3,0%
Total	794	990	100,0%	100,0%	1784	100,0%

Fonte de dados: elaboração própria a partir de dados do GPES

Com relação à ocupação dos beneficiários, observou-se menção em 3.384 (66,48%) dos registros, ao passo que em 1.706 (33,52%) não havia indicação. Dentre aqueles existentes, constatou-se que em 2.404 casos os sujeitos não se enquadravam na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), já que estavam designados como “desempregado”, “aposentado”, “estudante”, “estagiária” e “do lar”. Ainda, existiam aquelas ocupações indicadas como “beneficiário”, “beneficiário do auxílio doença”, “beneficiário do INSS”, “afastado” e “pensionista”, que foram descartadas por não se enquadrarem na CBO. Por fim, também foram descartadas designações de ocupações como “autônomo”, que pode englobar uma variedade de profissionais e ser enquadrado em mais de um grande grupo, “bombeiro”, já que não há como identificar se é civil ou militar e “representante”, uma vez que não foi especificada a atividade. Assim, foram analisadas 980 ocupações.

É importante salientar que esta indicação não tão precisa das ocupações que levou ao descarte dos registros apontados se deve, em alguma medida, à designação da ocupação na petição inicial ser de competência do representante processual. Se a petição inicial do processo expõe de maneira vaga ou genérica a ocupação do beneficiário, isto se reflete no banco de dados. Portanto, dentro deste contingente, observou-se a presença de 167 desempregados, 215 estudantes, 1.212 aposentados, 580 do lar, além de 230 ocupações que foram descartadas pelos motivos mencionados anteriormente. Relevante, entretanto, é o fato de os aposentados responderem por 1.212 ações (50,42%).

É oportuno esclarecer que a CBO “é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É, ao mesmo tempo, uma classificação enumerativa e uma classificação descritiva” (MTE, 2010, p. 8). Não obstante, esta regulamentação é apenas para fins de classificação e não para regulamentar as profissões, que fica a cargo do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

A CBO vigente é a de 2002, dividida em grandes grupos. Para fins metodológicos, neste trabalho será adotada a classificação da CBO em 10 grandes grupos, quais sejam: forças armadas, policiais e bombeiros militares; membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes; profissionais das ciências e das artes; técnicos de nível médio; trabalhadores de serviços administrativos; trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados; trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca; trabalhadores da produção de bens e serviços industriais e trabalhadores de manutenção e reparação.

Dentre os 980 registros, observou-se uma tendência ao predomínio dos profissionais das ciências e das artes (30,82%), seguido dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (22,96%), conforme TAB. 7. É importante frisar que o grande grupo de profissionais das ciências e das artes inclui aquelas ocupações cujas atividades primordiais requerem conhecimentos profissionais de alto nível e experiência em matéria de ciências físicas, biológicas, sociais e humanas. Ainda, neste grupo estão inseridos aqueles profissionais das artes e desportos cujo exercício requer alto nível de competência, como no caso de maestros. As atividades deste grupo consistem em ampliar o acervo de conhecimentos científicos e intelectuais através de pesquisa e propiciar a difusão desses conhecimentos (MTE, 2010).

Assim, estes dois grupos mais os membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes respondem por mais de 50% das ações. Isto pode ser mais um indicativo que a judicialização da saúde está sendo posta por aqueles que não são os mais vulneráveis na estrutura social, mas que possuem sofisticação política, cultural e econômica.

Tabela 5: Distribuição quantitativa das ocupações mencionadas e não mencionadas no banco de dados

Ocupações	Quantitativo	%
Com menção	3384	66,48%
Sem menção	1706	33,52%
Total	5090	100,00%

Fonte de dados: elaboração própria a partir de dados do GPES

Tabela 6: Distribuição quantitativa das ocupações mencionadas e classificáveis na CBO, subnotificadas e sem menção no banco de dados

Ocupações	Quantitativo	%
Ocupações mencionadas e classificáveis na CBO	980	19,25%
Ocupações subnotificadas	2404	47,23%
Sem menção	1706	33,52%
Total	5090	100,00%

Fonte de dados: elaboração própria a partir de dados do GPES

Tabela 7: Distribuição quantitativa das ocupações mencionadas no banco de dados

Grupos	Quantitativo	%
Forças armadas, policiais e bombeiros militares	10	1,02%
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	69	7,04%
Profissionais das ciências e das artes	302	30,82%
Técnicos de nível médio	91	9,29%
Trabalhadores de serviços administrativos	90	9,18%
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	225	22,96%
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	51	5,20%
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	108	11,02%
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	11	1,12%
Trabalhadores de manutenção e reparação.	23	2,35%
Total	980	100,00%

Fonte de dados: elaboração própria a partir de dados do GPES

Tabela 8: Distribuição quantitativa das ocupações subnotificadas no banco de dados

Ocupações	Quantitativo	%
Desempregado	167	6,95%
Estudante	215	8,94%
Aposentados	1212	50,42%
Do Lar	580	24,12%
Descarte	230	9,57%
Total	2404	100,00%

Fonte de dados: elaboração própria a partir de dados do GPES

É importante destacar que o acesso aos serviços de saúde começa antes mesmo do acesso à justiça e a judicialização do acesso a medicamentos pressupõe, de uma maneira geral, que o indivíduo tenha passado por algum atendimento médico anterior, isto é, nos serviços de saúde, seja no SUS, seja na iniciativa privada. Assim, Fahel e Neves (2009) constataram que o pertencimento a um estrato ocupacional tem reflexos na probabilidade de acesso aos serviços de saúde e que o grau de acesso se diferencia por estratos ocupacionais. Ainda, os dados apontam, com base na PNAD de 1998 e 2003, que ter um emprego formal aumenta a probabilidade de acesso aos serviços de saúde. Em outra oportunidade, Fahel *et al.* (2014) constataram que maior escolaridade e renda aumentam a probabilidade de um indivíduo ter consultado um médico nos últimos 12 meses e que as chances de uma pessoa ter consultado também aumentam com a idade.

Isto, em alguma medida, pode contribuir para o processo de explicação da judicialização da saúde, sendo impulsionada pelo grupo de profissionais das ciências e das artes (grupo que reúne profissionais de elevada escolaridade, alto conhecimento científico e profissional). Ora, estes indivíduos, após acessarem os serviços de saúde e não conseguirem que suas demandas sejam atendidas administrativamente através da assistência farmacêutica, passam a contestar as políticas de saúde em juízo.

Os dados até aqui analisados apresentam uma tendência: a judicialização está posta por aqueles que possuem sofisticação política e econômica (elevada escolaridade e alto conhecimento científico) e que não se apresentam como os mais vulneráveis socialmente. E que as desigualdades no acesso aos bens e serviços de saúde estão sendo reverberadas na arena judicial.

4.5 Judicialização da saúde e IDHM: estabelecendo correlações

O desenvolvimento humano, algo que guarda estreita relação com o acesso aos direitos fundamentais, tal como acesso a bens e serviços de saúde, constitui um processo de ampliação das liberdades dos indivíduos em relação às suas capacidades e oportunidades para escolher os seus planos e metas de vida. De acordo com relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010), o desenvolvimento humano é um processo de ampliação das capacidades humanas, seja em relação às escolhas, seja em relação às oportunidades, de modo que cada pessoa possa levar a vida que deseja ter. Assim, relaciona-se com a criação de um ambiente no qual os sujeitos possam desenvolver o seu pleno potencial e levar vidas produtivas de acordo com suas necessidades e interesses; logo, o desenvolvimento humano é um processo em constante construção.

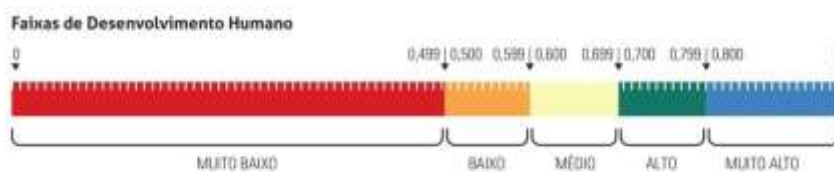
A criação de um índice capaz de mensurar o desenvolvimento humano foi realizada pelo economista Mahbub ul Haq com a contribuição do também economista Amartya Sen, respectivamente, do Paquistão e da Índia. Tal índice denominado IDH foi apresentado em 1990 no âmbito do PNUD e surgiu como uma alternativa à medição do desenvolvimento pelo Produto Interno Bruto (PIB) per capita. Dessa forma há um giro na perspectiva de análise, já que o desenvolvimento humano deixa de ser centrado no desenvolvimento econômico para voltar-se ao indivíduo, agregando outras esferas como a social, a cultural e a política. O crescimento econômico de um país nem sempre reflete o aumento da qualidade de vida da população e muitas vezes pode ser seguido do aumento da concentração de renda (IPEA, FJP, PNUD, 2014).

O IDH reflete três dimensões: educação (acesso a conhecimento), saúde (ter uma vida longa e saudável) e renda (possibilidade de desfrutar de um padrão de vida digno). A longevidade implica em acesso a bens e serviços de saúde como forma de evitar a morte prematura, aumentar a expectativa de vida e sua qualidade. O conhecimento é uma importante ferramenta para o exercício das liberdades individuais e para a escolha daquilo que o sujeito deseja ser; a educação, portanto, participa da construção da confiança do sujeito e reflete na autoestima, na autonomia e no bem estar. Já a renda é essencial para que o indivíduo tenha a satisfação de suas necessidades básicas, tal como alimentação, moradia, educação

e outras (IPEA, FJP, PNUD, 2014). Portanto, o IDH é um índice sintético formado por três dimensões e sofre variação de 0 a 1, e quanto mais próximo de 1 maior será o desenvolvimento humano. Tal índice é atribuído ao país ou região em análise e sua publicação ocorre com periodicidade anual pela PNUD.

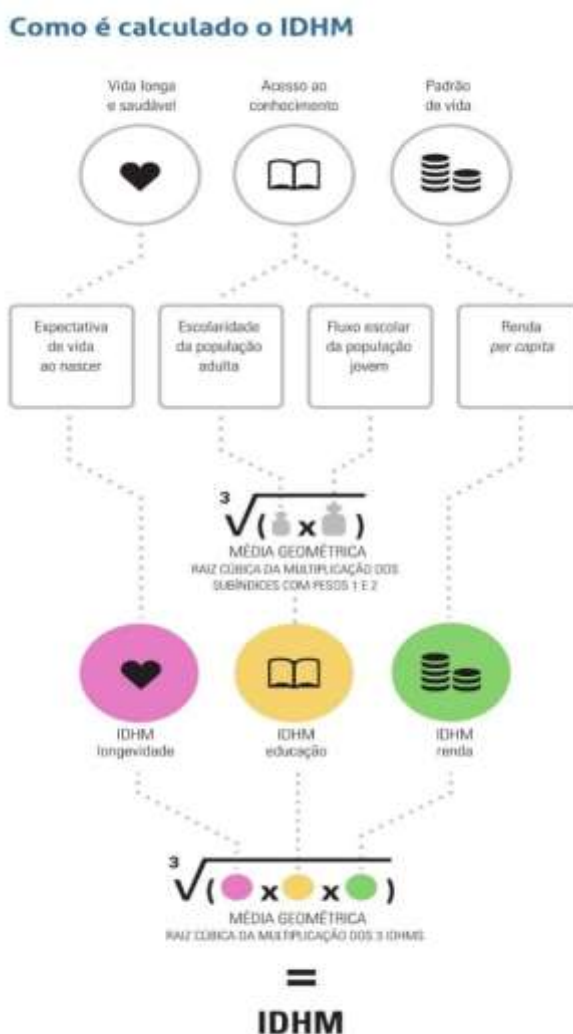
Diversos países têm adaptado o IDH as suas especificidades e necessidades locais, abordando-o sobre outras dimensões, tais como segurança, meio ambiente e outras. Desde 1998 o Brasil vem adaptando o IDH à realidade de seus municípios e regiões através da PNUD, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e da Fundação João Pinheiro (FJP), o que deu origem ao IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal). O IDHM é um índice que aborda as mesmas dimensões do IDH, porém adequa a metodologia usada no índice geral ao contexto nacional e à disponibilidade dos indicadores internos (IPEA, FJP, PNUD, 2014). Da mesma forma que o índice global, o IDHM varia de 0 a 1 (FIG. 5); quanto mais próximo do 1, maior será o índice de desenvolvimento humano. Sua forma de cálculo pode ser sintetizada na FIG. 6.

Figura 5: Faixas do IDHM



Extraído de: Atlas de Desenvolvimento Humano das Regiões Metropolitanas Brasileiras de 2014 (IPEA, FJP, PNUD, 2014).

Figura 6: Método de cálculo do IDHM



Extraído de: Atlas de Desenvolvimento Humano das Regiões Metropolitanas Brasileiras (IPEA, FJP, PNUD, 2014).

O IDHM representa um importante mecanismo de desenvolvimento porque é também um contraponto ao PIB per capita e sintetiza a realidade complexa de um município ou região, possibilitando comparações; o IDHM também pode orientar a elaboração e implementação de políticas públicas, como aquelas referentes à saúde.

A judicialização da saúde estaria concentrada em municípios do Estado com maior IDHM, aumentando ainda mais as iniquidades no acesso aos bens e serviços de saúde e comprometendo a igualdade no acesso às políticas públicas e a justa

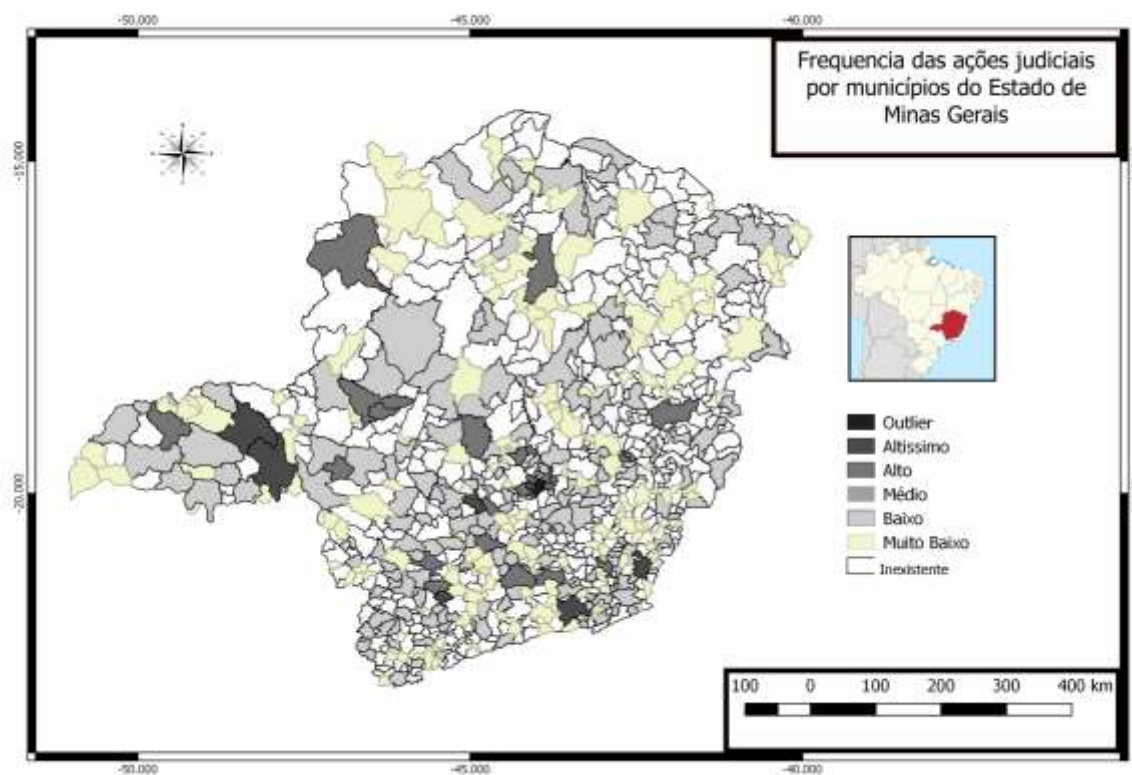
distribuição de bens? Grandes valores gastos com a judicialização estariam sendo deslocados para atender uma parcela da população que não é a mais vulnerável socialmente? Conforme dados expostos no tópico acima, a maior parte das ações são intentadas de forma individualizada, por advogados privados e 1/3 por profissionais de maior escolaridade, que compõem o grupo das ciências e das artes. Assim, há uma correlação entre maior IDHM e a judicialização nas regiões do Estado de Minas Gerais?

O Estado de Minas Gerais, em 2000, apresentava população de 17.891.494 e o IDHM de 0,624 (médio), ao passo que, em 2010, apresentava população de 19.597.330 e IDHM de 0,731; logo, o seu IDHM passou de médio para alto e teve um aumento de 17,15% (PNUD, IPEA, FJP, 2014).

Para fins de recorte metodológico, levando-se em conta que o período de análise da judicialização da saúde abrangido no banco de dados é de 1999 a 2009, foram considerados os valores do IDHM dos municípios de Minas Gerais de 2000 e 2010. Foram levantados os municípios de residência dos beneficiários destas ações e a frequência com que elas ocorreram nestes municípios e a correlação com os dados com o IDHM. Dessa forma será possível diagnosticar se as ações judiciais partem de municípios com maior IDHM.

Foi elaborado um mapa com os 853 municípios do Estado de Minas Gerais (FIG. 8) para demonstrar aqueles que mais judicializaram o direito à assistência farmacêutica no período de 1999 a 2009. Quanto mais escura a localidade, maior a intensidade da judicialização.

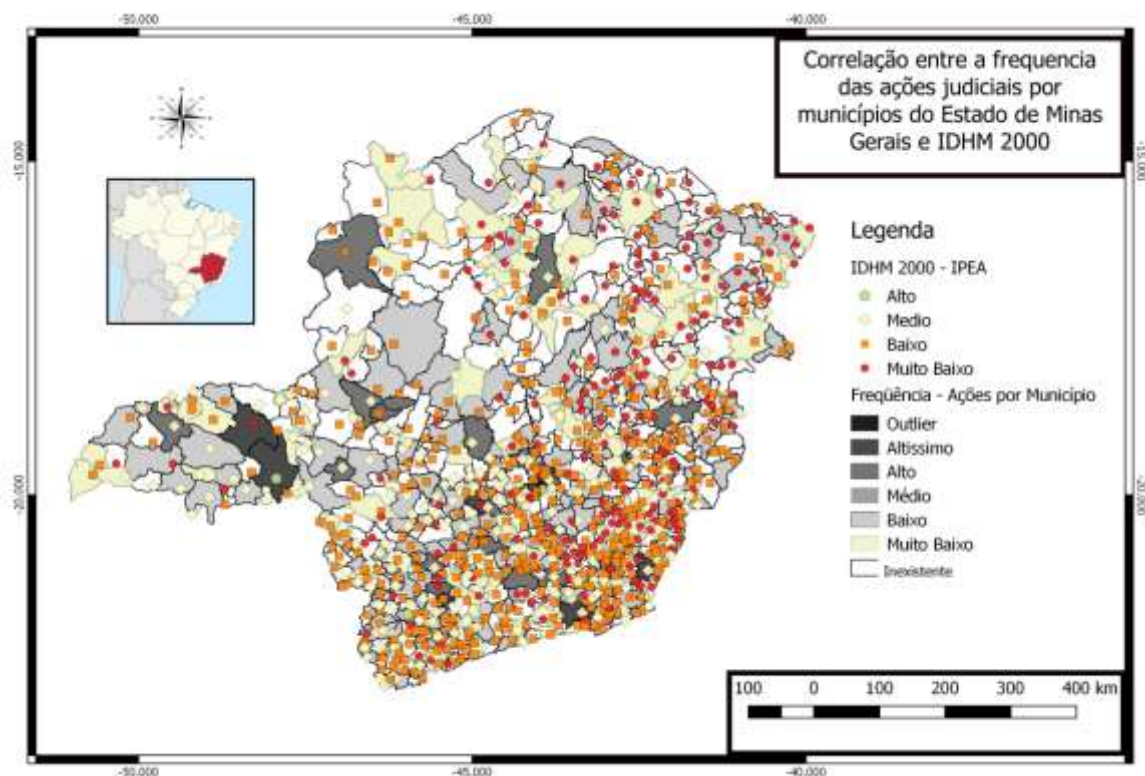
Figura 7: Frequência das ações judiciais por municípios do Estado de Minas Gerais



Fonte de dados: elaboração própria a partir do banco de dados do GPES

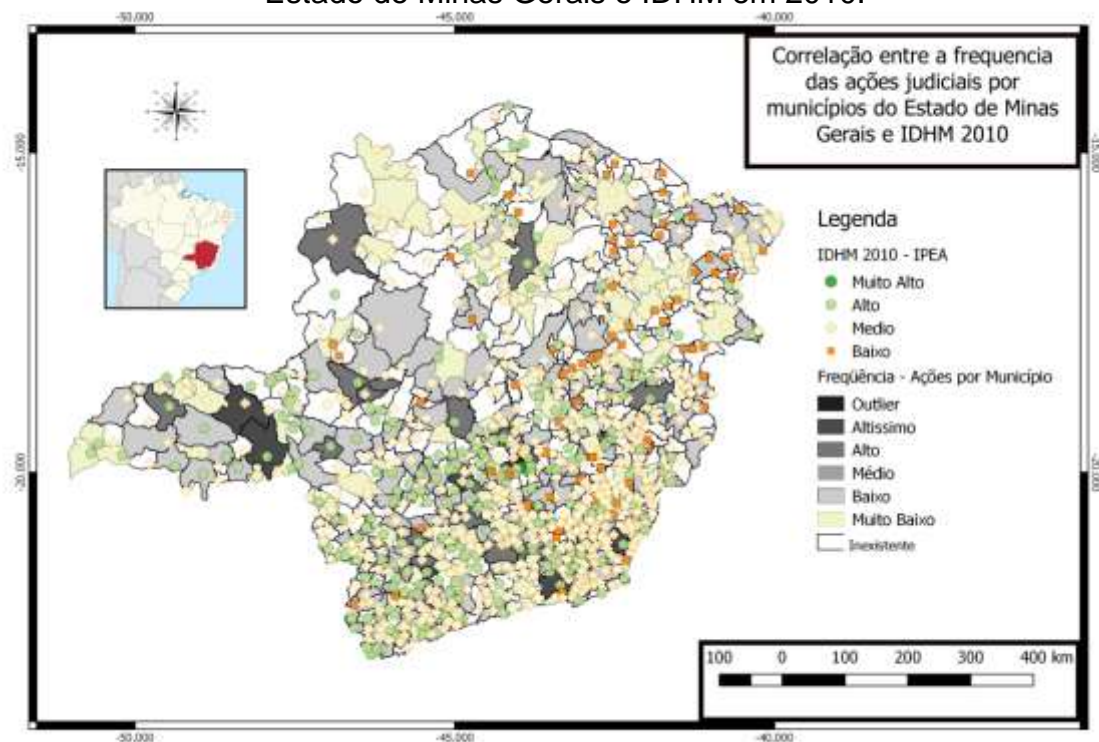
Com estes dados é possível perceber que os dez municípios que mais apresentaram ações judiciais no campo da saúde e no recorte aqui trabalhado foram: Belo Horizonte (1.671 ações), Uberlândia (377 ações), Juiz de Fora (247 ações), Varginha (241 ações), Uberaba (147 ações), Divinópolis (145 ações), Contagem (133 ações), Muriaé (132 ações), Betim (54 ações) e São João Del Rei (51 ações).

Figura 8: Correlação entre a frequência das ações judiciais por municípios do Estado de Minas Gerais e IDHM em 2000



Fonte de dados: elaboração própria a partir do banco de dados do GPES

Figura 9: Correlação entre a frequência das ações judiciais por municípios do Estado de Minas Gerais e IDHM em 2010.



Fonte de dados: elaboração própria a partir do banco de dados do GPES.

Tabela 9: Valores e faixas do IDHM, Minas Gerais

Municípios	IDHM	Faixa IDHM	IDHM	Faixa IDHM
	2000	2000	2010	2010
Belo Horizonte	0,726	Alto	0,81	Muito alto
Uberlândia	0,702	Alto	0,789	Alto
Juiz de fora	0,703	Alto	0,778	Alto
Varginha	0,702	Alto	0,778	Alto
Uberaba	0,692	Médio	0,772	Alto
Divinópolis	0,686	Médio	0,764	Alto
Contagem	0,651	Médio	0,756	Alto
Muriaé	0,635	Médio	0,734	Alto
Betim	0,612	Médio	0,749	Alto
Sao João Del Rei	0,673	Médio	0,758	Alto

Fonte de dados: elaboração própria a partir dos dados do Atlas de Desenvolvimento Humano.

Diante do exposto, é possível constatar que os cidadãos que mais judicializaram o direito à assistência farmacêutica, no período de 1999 a 2009, residiam em municípios do Estado de Minas Gerais de IDHM mais alto (classificados como alto ou muito alto), sendo Belo Horizonte um *outlier*. Dessa forma, a judicialização da saúde, ao invés de promover o acesso de todos a bens e serviços de saúde de forma igualitária, estaria acentuando as desigualdades socioeconômicas e, via de consequência, o desenvolvimento humano, sobretudo porque o orçamento público estaria sendo deslocado para atender justamente uma parcela da população que não é a mais vulnerável na estrutura social e que pode arcar com os custos do acesso à justiça.

Note-se que, em 2000, apenas Betim possuía IDHM menor do que do Estado de Minas Gerais. Já em 2010 todos os municípios que mais judicializaram no campo da saúde apresentavam IDHM maior que o índice do próprio Estado, que era 0,731. O Município de Belo Horizonte destaca-se, já que está no topo da lista no quesito judicialização da saúde no Estado e possui maior IDHM (0,81). Fica evidente a correlação entre maior IDHM e maior frequência de judicialização da saúde, ou seja, os cidadãos que residem em municípios com maior IDHM são os que mais

judicializaram no campo da saúde. Isto pode ser compreendido pelos próprios indicadores que compõe o IDHM.

Há que frisar que o IDHM tem 3 dimensões essenciais em sua composição: saúde (longevidade – expectativa de vida ao nascer), educação (escolaridade da população adulta e fluxo escolar da população jovem) e renda (renda per capita). A população destas regiões já tem os melhores índices e melhor acesso a direitos fundamentais como saúde, educação e renda. Conforme visto no tópico anterior, os indivíduos que mais judicializaram no Estado de Minas Gerais (mais de 30%) compõe o grupo da CBO das ciências e das artes, justamente aquele que possui o mais alto nível de escolaridade e conhecimento técnico-científico. Logo, a judicialização não está propiciando uma justa distribuição de bens, mas acentuando as desigualdades entre os municípios do estado.

Ao analisar as ações judiciais no Estado de São Paulo que pleiteavam medicamentos, Chieffi e Barata (2009, p. 1848-1849) demonstraram que 74% dos autores destas ações pertenciam aos estratos 1, 2 e 3, de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), que leva em consideração o local de moradia. O IPVS é um indicador desenvolvido pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação Seade) e classifica os setores censitários em 6 grupos de vulnerabilidade social: nenhuma vulnerabilidade, vulnerabilidade muito baixa, vulnerabilidade baixa, vulnerabilidade média, vulnerabilidade alta e vulnerabilidade muito alta. Isto significa que os requerentes destas ações possuíam nenhuma vulnerabilidade, vulnerabilidade muito baixa ou vulnerabilidade baixa e que os indivíduos que mais se beneficiam destas ações são os que possuem maior capacidade socioeconômica, já que nos estratos de maior vulnerabilidade estão aqueles com menor escolaridade e menores médias de rendimentos.

Os processos judiciais, portanto, estão ferindo o princípio da igualdade do acesso ao sistema público de saúde, o que significa que não estão fornecendo medicamentos a quem utiliza de forma preferencial o SUS e depende do fornecimento gratuito de medicamentos (CHIEFFI, BARATA, 2009).

5 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE ESTÁ PROPICIANDO UMA JUSTA DISTRIBUIÇÃO DE BENS E IGUAIS OPORTUNIDADES A TODOS OS JURISDICIONADOS?

A discussão acerca do princípio da justiça social tem ganhado destaque nas últimas décadas no âmbito da filosofia política e jurídica. No campo da saúde isto ficou mais proeminente com a nova ordem constitucional e com o fenômeno da judicialização da saúde, na medida em que os dados têm demonstrado um predomínio de ações individuais, ajuizadas por advogados privados e por aqueles que não são usuários exclusivos do SUS, o que gera o deslocamento do orçamento público da saúde para atender um determinado grupo social que pode arcar com os custos do acesso à justiça e que não se encontra entre os setores subalternos da sociedade.

Quanto ao que pode ser buscado pelos cidadãos no que se refere à prevenção, promoção e proteção da saúde, o art. 196, *caput*, da Constituição de 1988, dispõe sobre o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, na contramão da sistemática até então vigente, na qual apenas os trabalhadores vinculados ao Sistema de Previdência Social tinham cobertura. Por sua vez, o art. 198, inciso II, da Constituição de 1988, dispõe que o SUS deve garantir tratamento integral, abrangendo atividades preventivas, curativas e sem prejuízo das atividades assistenciais (BRASIL, 1988). Nesse sentido, o alcance do sistema de saúde de um dado país será determinado pela abrangência daquilo que tomam como justiça social e, via de consequência, sua execução da disponibilidade de aportes financeiros.

Assim, antes mesmo de discorrer sobre a existência ou não de uma conexão entre o princípio da justiça social e a judicialização da saúde, isto é, se da forma como a judicialização está posta ela favorece ou não os mais vulneráveis na estrutura social, é fundamental esclarecer questões antepostas, tal como o conceito de justiça social trazido pela Constituição de 1988.

Inicialmente, cabe esclarecer que inúmeras são as concepções de justiça, e desde a origem da civilização ocidental cristã a construção do conceito de justiça ocupou o centro dos debates de filósofos, sociólogos e economistas. O conceito de justiça sempre esteve no campo da disputa teórica e gravitou em torno de a quem e

a que deve ser aplicada. Sua definição leva em consideração o desenvolvimento humano e o meio social que passa a ser construído.

A criação do conceito de justiça social no campo filosófico é atribuída com frequência a filósofos católicos que, baseados em Aristóteles e São Tomás de Aquino, construíram a expressão justiça social (JUNKES, 2011). Entretanto, não há um consenso sobre o seu conteúdo e a noção exata de seu surgimento, mas a propagação de tal conceito deve-se, segundo Barzotto (2003), às Encíclicas Sociais da Igreja Católica.

A Encíclica *Quadragesimo anno*, de Pio XI, de 1931, é a primeira das Encíclicas sociais a utilizar o termo "justiça social". Ele é mencionado aí 7 vezes, nos parágrafos 57, 58, 71, 74, 88, 101 e 110. [...] Nessa Encíclica, o conceito é, em geral, aplicado à esfera econômica, para avaliar a distribuição de renda e riqueza. Contudo, embora o senso comum atribua aos trabalhadores somente o papel de beneficiários da justiça social, a justiça social tem a universalidade da justiça legal: todos têm obrigações em relação ao bem comum. Assim, "é contra a justiça social diminuir ou aumentar demasiadamente os salários em vista das próprias conveniências e sem ter em conta o bem comum". Os operários, na sua luta por melhores salários, devem estar atentos para que o mercado de trabalho não se veja encolhido por pretensões inviáveis economicamente: "os salários se regulem de tal modo, que o maior número de operários possa encontrar trabalho e ganhar o necessário para o sustento da vida." Assim como todos são os obrigados, todos são beneficiados, uma vez que o bem comum é o bem de todos, sendo realizado somente "quando todos e cada um tiverem todos os bens que as riquezas naturais, a arte técnica, e a boa administração econômica podem proporcionar [...]". Na ordem econômica, a fórmula da justiça social seria então: "todos os bens necessários para todos". [...] Ao contrário do que alguns intérpretes dizem, o conceito de justiça social não se aplica somente ao campo econômico. Efetivamente, o parágrafo 110 da *Quadragesimo Anno* prescreve: "As públicas instituições adaptarão a sociedade inteira às exigências do bem comum, isto é, às regras da justiça social", inserindo deste modo, a atividade econômica, em uma "ordem sã e bem equilibrada". A justiça social tem por esfera de Encíclica *Divini Redemptoris*, de 1937, Pio XI repete a ideia de que a justiça social deve reger toda a sociedade, não se restringindo a orientar a dimensão econômica: a justiça social deve regular "a ordem econômica e a organização civil". (BARZOTTO, 2003, p. 4-5).

Amaro (2016, p. 85) aponta que a ideia definitiva de justiça social surgiu no fim do século XIX ligada às Encíclicas Católicas, porém pelo esforço de pensadores que buscavam "uma terceira via entre o individualismo liberal e o coletivismo socialista", numa perspectiva denominada "idealismo moral e social". Ao pregar a liberdade do indivíduo ao extremo, o liberalismo clássico colocava como foco a liberdade dos indivíduos de realizar suas transações comerciais, bastando ao Estado garantir isto sem atuar para afastar ou minimizar as desigualdades

(neutralidade liberal). Assim, a ideia de justiça veio carregada com o conceito de liberdade para contratar e a justiça seria atingida na medida em que estas condições fossem asseguradas.

O socialismo, na perspectiva marxista, afasta a ideia tradicional de justiça e põe como foco a luta de classes para as reformas sociais, deixando de lado “as diferenças reais de capacidade, habilidade e talento que as pessoas têm por nascimento. Ao desprezar essa realidade, o socialismo corre sério risco de sacrificar a liberdade em nome da igualdade”, conforme aponta Fouillée apud AMARO (2016, p. 72). Já a terceira via abandona visões reducionistas e a concepção liberal de liberdade e igualdade desenvolvidas inicialmente pelos economistas liberais, que rechaçavam qualquer intervenção do Estado na ordem econômica exceto para garantir a liberdade de contratar. A terceira via passa a focar na igualdade material dos membros da comunidade e acopla a ideia de fraternidade, que não se “confunde com uma caridade indeterminada, mas se trata de um dever obrigatório de justiça puro e estrito” (AMARO, 2016, p. 72).

Já na contemporaneidade, a teoria da justiça foi revista por autores de relevo como Jonh Rawls, que na década de 70 lançou a obra *Uma teoria da Justiça (Theory of Justice)*, abordando a perspectiva de sociedade democrática na qual a justiça passa a ser a virtude primária das instituições sociais, criando para tal um arranjo hipotético e lançando mãos de princípios de justiça.

Rawls, conhecido como liberal igualitário, juntamente com outros intelectuais importantes como Ronald Dworkin, Bryan Berry, Norman Daniels, cada um à sua maneira, ponderam que não basta que seja assegurada uma acepção da liberdade negativa dos indivíduos, é necessário que cada um disponha de condições básicas que permitam a própria existência de acordo com seus planos e metas de vida, bem como o desenvolvimento de arranjos institucionais elementares da sociedade, sejam eles políticos ou socioeconômicos. Isso possibilita a cada um a capacidade fática de fazê-lo (VITA, 2011). Entretanto, neste tópico não se aprofundará tais teorias, retomando Rawls no capítulo posterior. A pesquisa se deterá, por ora, na análise da compreensão de justiça social trazida pelo texto constitucional.

Cabe destacar que no campo das teorias de justiça, onde se situa Rawls, num panorama geral busca-se de alguma forma dar resposta a certas questões centrais, como os critérios (considerações) a partir dos quais igualar os indivíduos com a finalidade de justiça e quem serão relacionados para tal. A saúde se apresenta como

um dos critérios de justiça, sobretudo no Brasil, um país marcado por fortes desigualdades sociais. As limitações orçamentárias demandam que prioridades sejam estabelecidas nos mais diversos países, isto é, o que será ofertado e a quem os serviços de saúde pública serão oferecidos. As decisões nesta seara não fogem à regra, envolvem também ideologia e valores de uma dada sociedade, além de fatores normativos, políticos e culturais. Assim, é preciso decidir quais as necessidades (considerações) que precisam ser priorizadas, escolher às vezes quem será atendido primeiro, o que pode resultar na escolha de quem vai morrer (FORTES, 2008, p. 696-698).

No campo filosófico e normativo, a justiça social é um traço das instituições da sociedade que, num todo, determinam o acesso de seus membros a recursos que são meios para a satisfação de uma vasta gama de planos e metas de vida, incluindo necessidades e desejos (BARRY, 1989, p. 146 apud FIGUEIREDO, 1997). Parte-se do pressuposto que apenas um número circunscrito de critérios é abrangido por concepções de justiça. Tais critérios variam de acordo com cada sociedade ou grupo social e podem integrar a definição de justiça. E não raras as vezes percepções diferentes sobre estes critérios entram em conflito.

Por sua vez, Ribeiro aponta que a definição de justiça social

[...] relaciona-se, de uma forma ou de outra, à noção de igualdade na distribuição de bens na sociedade, entre eles a saúde, requerendo um conjunto de instituições, normalmente vinculadas ao Estado, responsáveis por essa distribuição (RIBEIRO, 2015, p. 1110)

Assim, concepção de justiça guarda relação ao modo como “benefícios e encargos, ganhos e perdas são distribuídos entre os membros de uma sociedade, como resultado do funcionamento de suas instituições”, sejam elas públicas ou privadas, trazendo como característica fundamental a distribuição. Critérios ou considerações sobre a justiça são aplicados a contextos nos quais estão envolvidos conflitos de interesses ou demandas múltiplas entre dois sujeitos ou grupos sociais (FIGUEIREDO, 1997, p. 72).

Referindo-se às teorias da justiça, Amartya Sen (2008, p. 29-33) pondera que toda acepção de justiça defende a igualdade em um espaço determinado, o que, via de consequência, implica na desigualdade em outros, já que os sujeitos são diversos em função de seus diferentes aspectos, tais como renda, riqueza, felicidade,

oportunidades, liberdade, direitos, aspectos biológicos, planos e metas de vida. Assim, para a construção da justiça deve-se decidir igualar (igualdade de quê?), seguido da escolha do espaço para tal. E é sobre a dimensão do espaço de igualdade que vão divergir as teorias de justiça.

Ainda que a questão “por que a igualdade?” não seja de modo algum descartável, não é o tema central que diferencia as teorias tradicionais, já que todas são igualitárias em termos de alguma variável focal. A pergunta que demanda atenção vem a ser “igualdade de quê?”. Para esta pergunta – “igualdade de quê?” –, teorias diferentes apresentam respostas diferentes. Estas respostas podem ser diferenciadas em princípio e envolvem diferentes abordagens conceituais. Mas a força prática destas distinções depende da importância empírica das heterogeneidades humanas relevantes que fazem a igualdade em um espaço diferenciar-se da igualdade em outro (SEN, 2008, p. 33).

Qual seria a melhor compreensão ou conteúdo jurídico a fazer do princípio da justiça social na dimensão da saúde pública, à luz da Constituição de 1988? Estaria tal princípio sendo distorcido pela judicialização da saúde, aumentando as iniquidades em saúde?

O termo justiça aparece inicialmente no preâmbulo da Constituição de 1988 como um dos valores máximos da sociedade. Já no corpo da Constituição, tal valor aparece logo no art. 3º, inciso I, associado a um dos objetivos da República Federativa do Brasil. A construção de uma sociedade justa passou a ser objetivo da República e se fez presente nas constituições anteriores, conforme aponta Eros Graus:

Justiça social, inicialmente, quer significar superação das injustiças na repartição, em nível pessoal, do produto econômico. Com o passar do tempo, contudo, passa a conotar cuidados, referidos à repartição do produto econômico, não apenas inspirados em razões micro, porém macroeconômicas: as correções na injustiça da repartição deixam de ser apenas uma imposição ética, passando a consubstanciar exigência de qualquer política econômica capitalista. Curiosamente, no entanto, porque envolvida em manto ético, a sua inserção no nível constitucional, como princípio – que já ocorria, inutilmente, desde a Constituição de 1946 –, não sofre contestação pública nem dos mais radicais adeptos do liberalismo. A Constituição de 1946 (art. 145) afirmava devesse a ordem econômica “ser organizada conforme os princípios da justiça social”; a Constituição de 1967 (art. 157) ter, a ordem econômica, “por fim realizar a justiça social”; a Emenda Constitucional n. 1/69 (art. 160), ter ela por fim “realizar o desenvolvimento nacional e a justiça social”. A posição ocupada pelo princípio na Constituição de 1988, como determinante da concepção de existência digna – que a Emenda Constitucional n. 1/69 (art. 160, II) e a Constituição de 1967 (art. 157, II) faziam repousar apenas na valorização do trabalho humano e a Constituição de 1946 visualizava possibilitada na segurança do trabalho (“a todos é assegurado trabalho” – parágrafo único

do art. 145) – lhe confere extremada relevância enquanto conformador, também, de todo exercício de atividade econômica (GRAUS, 2018, não paginado).

O termo justiça social aparece de forma explícita vinculado aos arts. 170 e 193 da Constituição de 1988⁶, os quais não trazem de forma objetiva o conteúdo jurídico do termo, que possuiu alta carga axiológica. Mas, o princípio da justiça social pode ser extraído dos preceitos constitucionais dispostos nos arts. 3º, 170 e 193. Se o art. 170 traz os princípios da ordem econômica, o art. 193 traz os princípios da ordem social. Daí decorre que a concepção de justiça social trazida pela Constituição de 1988 liga-se não só a valores sociais como aqueles da ordem econômica. A Constituição de 1988, em seu art. 3º, inciso I, ao dispor que um dos objetivos da República Federativa do Brasil é a construção de uma sociedade justa, subordina tanto a ordem econômica quanto a social ao referido princípio (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 quando expõe no art. 170 que a ordem econômica deve obedecer ao princípio da livre iniciativa e da livre concorrência, da valorização do trabalho humano e do pleno emprego, da existência digna a todos, da propriedade privada e sua função social, da defesa do consumidor e do meio ambiente, da redução das desigualdades regionais e sociais e do tratamento favorecido as empresas de pequeno porte, vai conformando e dando conteúdo ao princípio da justiça social juntamente com os demais dispositivos constitucionais, conforme se observa:

Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios:

- (I) - soberania nacional;
- (II) - propriedade privada;
- (III) - função social da propriedade;
- (IV) - livre concorrência;
- (V) - defesa do consumidor;
- (VI) - defesa do meio ambiente;
- (VII) - redução das desigualdades regionais e sociais;
- (VIII) - busca do pleno emprego;

⁶ Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios: [...].

Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

(IX) - tratamento favorecido para as empresas de pequeno porte constituídas; sob as leis brasileiras e que tenham sua sede e administração no País. (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, a ordem econômica rege-se pelo princípio da livre iniciativa, isto é, o direito de criar e explorar de maneira privada uma atividade econômica e livre de interferência externa (pública ou privada), senão em virtude de lei. A livre iniciativa não se resume em princípio básico da liberdade de comércio, deve abranger todas as formas de produção, individuais ou coletivas. O referido princípio, de acordo com Eros Graus (2018), pode ser lido sob dois aspectos: como liberdade de comércio e indústria e "liberdade de concorrência".

O primeiro aspecto impõe a faculdade de explorar este tipo de atividade sem ingerência do Estado e qualquer restrição imposta por este deve advir da lei. Já o segundo aspecto relaciona-se à liberdade de concorrência, que faculta ao particular a liberdade de conquistar clientes no mercado e impõe ao Estado a proibição de atuar para deter a concorrência quando em igualdade de condições. Desta forma, o Estado deve ser neutro, a não ser em caso de concorrência desleal e formas de associação vedadas pelo ordenamento jurídico que têm por finalidade o aumento abusivo de preços, delimitação da concorrência e, conseqüentemente, a dominação dos mercados. Estas práticas podem caracterizar abuso de poder econômico e deve ser repellido pelo Estado, conforme art. 173, § 4º, da Constituição de 1988 (GRAUS, 2018).

Nesse sentido, o princípio da livre iniciativa guarda estreita relação com o princípio da livre concorrência que, por sua vez, representa a liberdade de oferecer bens e serviços no mercado bem como buscar clientes desde que não seja de maneira a gerar prejuízos à sociedade. A atividade econômica não deve voltar-se somente ao lucro, mas também deve propiciar uma existência digna a todos, pois à medida que há desenvolvimento, há geração de trabalho, bens e riqueza, sem os quais a redução da pobreza e das desigualdades sociais ficaria comprometida, assim como a justiça social (JUNKES, 2011). Entretanto, a livre iniciativa deve ser lida numa perspectiva mais ampla, ou seja, enquanto desdobramento do princípio da liberdade, que abarca não só a liberdade de exercer atividade empresarial, mas também a liberdade de trabalho, motivo pelo qual não pode ser vista apenas como afirmação do capitalismo (GRAUS, 2018).

Ao colocar a proteção do consumidor dentro da ordem econômica juntamente com a livre concorrência, a Constituição de 1988 está enunciando que nenhuma exploração do mercado poderá afetar os direitos dos consumidores, parte mais vulnerável dentro do modelo de produção capitalista e que o explorador deverá oferecer o seu melhor. Eventuais inconseqüências na exploração do mercado irão gerar responsabilidade social (NUNES, 2018).

Do princípio da valorização do trabalho humano emana que, na ordem econômica, deve haver uma precedência do trabalho sobre o capital e outros valores de mercado, recebendo proteção estatal (JUNKES, 2005). Pois, capital e trabalho se movimentam por interesses diferentes e o Estado deve compatibilizá-los e conciliá-los por meio de suas diversas funções, isto é, compatibilizar a liberdade de iniciativa com a valorização do trabalho humano, o que implica inclusive em fomento às políticas de geração de emprego e de combate ao subemprego (GRAUS, 2018). O pleno emprego cria possibilidades ao indivíduo para viver de forma digna. É importante ressaltar que a valorização do trabalho se liga ao valor social do trabalho, um dos fundamentos da República Federativa do Brasil constante no art. 1º, inciso IV, da Constituição de 1988, e se apresenta como valor que deve orientar toda a nação. Assim, conforme aponta Barzotto,

Ora, a justiça social, aquela dirigida à consecução do bem comum, exige de todos, portanto, por meio de seus "ditames", que direcionem os seus esforços, tanto no campo do trabalho como no da livre iniciativa, para criar os bens econômicos que possam ser utilizados como meios de garantir a existência digna para todos (BARZZOTO, 2003, p. 5).

A ordem econômica deve ser capaz de propiciar uma vida digna a todos, e tal valor pode ser capturado numa perspectiva que acopla o princípio da dignidade da pessoa humana, disposto no art. 1º, inciso III, da Constituição de 1988, bem como os direitos individuais e sociais⁷. De tais preceitos decorrem também que os indivíduos são iguais em dignidade e cada pessoa deve dispor dos meios mínimos necessários a sua sobrevivência, isto é, de condições mínimas para uma existência

⁷ Art. 1º - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
[...]

III - a dignidade da pessoa humana;

digna, vinculadas aos direitos fundamentais (mínimo existencial)⁸. Sem estas condições materiais básicas (como saúde, alimentação, moradia, educação e outras) a liberdade no ponto de partida desaparece. Para que isto ocorra é necessário combater as desigualdades sociais para possibilitar a efetivação de uma igualdade material. (JUNKES, 2005; TORRES, 2010).

A vida digna a todos os seus cidadãos deverá ser assegurada por meio da soberania econômica nacional, que pressupõe a superação do subdesenvolvimento e o rompimento com a dominação externa capaz de ditar políticas macroeconômicas. A soberania nacional não implica em dependência econômica; através dela e da autonomia política o país é capaz de ditar políticas públicas capazes de transformar as estruturas sociais e econômicas, permitindo a integração de seus cidadãos às mais diversas formas de desenvolvimento (GRAUS, 2008). Tanto é que soberania e desenvolvimento constituem, respectivamente, fundamento (art. 1º, inciso I) e objetivo (art. 3º, inciso II) da República Federativa do Brasil.

A ordem econômica deverá observar tanto a propriedade privada quanto a sua função social. Com a Constituição de 1988, a propriedade privada vai se desvinculando de seu conteúdo tradicional (subsistência individual e autodeterminação), galgado no liberalismo clássico, e começa a adquirir novas feições. Enquanto expressão do princípio da liberdade, a propriedade deixa de ter caráter absoluto e exclusivamente individual para sofrer limitação e conformação pelo seu fim social, conforme art. 5º, inciso XXIII e art. 170, inciso III, da Constituição de 1988 (MENDES, BRANCO, 2018).

Facchini Neto (2018) destaca que em sociedades capitalistas como a brasileira, a propriedade acaba condicionando o acesso aos demais bens, já que eles representam uma fonte de riqueza, o que prejudica o exercício das liberdades fundamentais. Nesse sentido, a discussão na atualidade sobre a propriedade privada deve vir dentro de uma perspectiva mais abrangente, representando a transição de uma ética individualista para uma solidarista.

⁸ O mínimo existencial, nas lições de Ricardo Lobo Torres (2010, p. 314), corresponde a um direito a condições mínimas de e que não pode ser objeto de intervenção do Estado através dos tributos. Não é um princípio jurídico, nem valor, mas conteúdo essencial dos direitos fundamentais. Não possui um conteúdo específico e nem previsão constitucional própria, motivo pelo qual pode abranger vários direitos em seu núcleo essencial, como alimentação, saúde, moradia, educação, dentre outros. Aponta que o mínimo existencial não é mensurável sob a perspectiva da quantidade e envolve princípios vinculados à ideia de justiça e de redistribuição de riqueza. Sua fundamentação deve ser extraída de princípios da dignidade da pessoa humana, da liberdade, igualdade, da livre iniciativa e na Declaração dos Direitos Humanos.

A defesa de um meio ambiente ecologicamente equilibrado também limita a atividade de mercado, já que a degradação ambiental pode comprometer o bem-estar social e a própria existência das gerações futuras, conforme art. 170, inciso VI, e art. 225, da Constituição de 1988. Não deverá ser permitido o desenvolvimento de atividades no mercado que se desvinculem de tais preceitos e torna-se necessário ao desenvolvimento ambiental que encontre o equilíbrio entre o avanço econômico, o desenvolvimento social, o uso racional dos recursos naturais e o adequado planejamento do território (FIORILLO, 2018).

Ao dispor sobre o tratamento diferenciado às microempresas e empresas de pequeno porte a Constituição de 1988 assegura-lhes vantagens com a finalidade de sua instalação no mercado; ao garantir a essas empresas condições competitivas e isonômicas, elas terão maior capacidade de permanecer no mercado e gerar empregos.

Por fim, a ordem econômica é conformada pelo princípio da redução das desigualdades regionais e sociais, que deve ser lido conjuntamente com o art. 3º, inciso III, da Constituição de 1988. A preocupação com a redução das desigualdades regionais e sociais surge como objetivo da República Federativa do Brasil e serve como norte não só para o desenvolvimento da atividade econômica, mas para toda atividade desenvolvida no país.

Nesse sentido, o Legislador Constituinte não só reconheceu como deixou explícita a necessidade de superação de um quadro instalado de subdesenvolvimento marcado por pobreza, marginalização e desigualdades sociais. O art. 3º, inciso III, fundamenta a necessidade de implantação de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades sociais, o que inclui políticas de saúde e de combate as desigualdades socioeconômicas entre as regiões brasileiras. A redução de um quadro de desigualdades visa propiciar a todos uma vida digna. Assim, o fundamento da política de desenvolvimento nacional das regiões é o de isonomia das condições sociais de todos os cidadãos brasileiros, o que abrange a igualdade no acesso aos serviços públicos essenciais. Para igualar as condições sociais é preciso reconhecer as diferenças socioeconômicas entre as regiões brasileiras e suas especificidades; somente assim é possível promover os ditames da justiça social (GRAUS, 2018).

Constata-se que os preceitos constitucionais que tratam da justiça social analisados possuem alto teor de abstração, conteúdo principiológico e demonstram qual é a finalidade da ordem econômica: propiciar a todos uma vida digna.

O princípio da justiça social conforma a concepção de existência digna cuja realização é o fim da ordem econômica e compõe um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (art. 1º, III). A justiça social é um conceito cujo termo é indeterminado (note-se que não há “conceitos indeterminados”), contingencial. Do que seja justiça social temos a ideia, que fatalmente, no entanto, sofreria reduções – e ampliações – nesta e naquela consciência, quando enunciada em qualificações verbais. É que a justiça social é uma expressão que, no contexto constitucional, não designa meramente uma espécie de justiça, mas um dado ideológico. O termo “social” não é adjetivo que qualifique uma forma ou modalidade de justiça, mas que nela se compõe como substantivo que a integra. Não há como fugir, assim, à necessidade de discernir o sentido próprio da expressão, naturalmente distinto daquele que alcançamos mediante a adição dos sentidos, isolados, dos vocábulos que a compõem (GRAUS, 2018, não paginado).

Sob a perspectiva jurídica e constitucional, justiça social compreende

[...] um direito da Sociedade de exigir do Estado que este atue de forma a garantir e promover, continuamente, a fraternidade e a igualdade de todos os seus integrantes no que se refere à liberdade, dignidade (direitos individuais e sociais) e oportunidades (JUNKES, 2011, p. 87).

Portanto, emana da Constituição a concepção de justiça social que concilia Estado e sociedade como responsáveis pela garantia de uma justa distribuição de bens que propicie iguais oportunidades a todos. A justiça social consiste em um direito da sociedade de exigir do Estado que este atue de forma a promover constantemente a redução dos desequilíbrios sociais e a igualdade de todos os seus integrantes no que se refere à liberdade, à dignidade e às oportunidades, conforme apontado por Junkes (2005, 2011).

De acordo com os dados apresentados e analisados no capítulo anterior, em relação às ações judiciais pleiteando medicamentos contra o Estado de Minas Gerais, no período de 1999 a 2009, constatou-se um movimento de cooptação dos daqueles que não são os mais vulneráveis na estrutura social e não de contestação das políticas de saúde de um modo geral. Verificou-se que 62,35% dos beneficiários das ações de medicamentos tiveram como origem da prescrição de medicamentos a rede privada de saúde (receituários sem logomarca do SUS); 59,61% foram patrocinadas por advogados privados e apenas 21,24% por Defensores Públicos, a

quem cabe a defesa dos necessitados, conforme art. 134 da Constituição de 1988. As ações civis públicas sequer chegaram a 6%.

Quanto à ocupação dos beneficiários, dentre os dados existentes, percebeu-se que quase 1/3 deles (30,86%) pertenciam ao grupo de profissionais das ciências e das artes. Este grupo, de acordo com a Classificação da CBO, concentra os profissionais com maior grau de instrução e conhecimento intelectual que requer alto nível de competência e experiência no ramo das ciências biológicas, físicas, sociais e humanas. Estas ações judiciais apresentam uma tendência: foram patrocinadas por aqueles que poderiam, pelo menos em princípio, arcar com os custos do acesso à justiça, como custas processuais, honorários advocatícios e periciais, dentre outros. Isto evidencia que a judicialização tal como está sendo posta serve àqueles que não são os mais vulneráveis socialmente, o que dificulta a realização do princípio constitucional da justiça social ou, pelo menos, representa uma distorção dele. Nesse sentido, aponta Barroso

As políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais. Contudo, quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, privilegia aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial. Por isso, a possibilidade de o Judiciário determinar a entrega gratuita de medicamentos mais serviria à classe média que aos pobres. Inclusive, a exclusão destes se aprofundaria pela circunstância de o Governo transferir os recursos que lhes dispensaria, em programas institucionalizados, para o cumprimento de decisões judiciais, proferidas, em sua grande maioria, em benefício da classe média (BARROSO, 2010, p. 895)

Ora, como falar do Judiciário enquanto espaço alternativo de contestação das políticas de saúde e propulsor da justiça social se um grande contingente da população, sobretudo os mais vulneráveis socialmente, não tem nem acesso às políticas públicas, quiçá à Justiça? Acessá-la implica em poder arcar com os seus custos (honorários advocatícios, perícia, despesas com deslocamento), sem falar da informação e do processo educacional sobre seus próprios direitos. Assim, participar da vontade do Estado nos mais variados aspectos e dimensões, inclusive a da construção das políticas públicas e seus fóruns de discussão e exercer os direitos de cidadania implica, antes de tudo, informação sobre o que buscar ou reivindicar e o pleno exercício do direito de ir e vir, que abarca meios de locomoção geográfica e seus custos pecuniários.

Quando os direitos fundamentais sequer estão disponíveis a uma grande parcela da população, como no caso brasileiro, o acesso à justiça passa a ser elemento fundamental. Devido à importância do acesso à justiça para reivindicar direitos, Cappelletti e Garth (1988, p. 8) o coloca como direito social básico; além de servir aos cidadãos como meio de reivindicação de direitos também serve à resolução de litígios de forma individual e socialmente justa. Portanto, a justiça social pressupõe o acesso de forma efetiva à justiça.

Destaca-se, no mundo passa a ocorrer um movimento de acesso à justiça a partir de 1965, ancorado nas perspectivas de reforma dos instrumentos processuais e de reestruturação do Judiciário que Cappelletti e Garth (1988) denominam ondas renovatórias do acesso à justiça. A primeira é focada na assistência judiciária para os pobres. Nesta fase, o direito foi reconhecido sem que o Estado tomasse medidas para efetivá-lo. A segunda onda volta-se à representação dos direitos difusos, já que a forma como o processo civil estava estruturado e o tratamento recebido pelo Judiciário (lógica bipolarizada dos conflitos) era insuficiente para as demandas coletivas ou de grupos. Já a terceira onda renovatória, denominada enfoque do acesso à justiça, direciona-se à busca de métodos alternativos de solução de litígios (mediação, juízo arbitral, etc.), reforma dos procedimentos judiciais (simplificação), criação de tribunais e de justiça especializada.

Cappelletti e Garth (2008, p. 161-162) enfatizam que embora as mudanças do acesso à justiça sejam necessárias no âmbito processual e judicial, se em países com sistemas sociais injustos não houver mudanças nas dimensões políticas e sociais, corre-se o risco das novas regras tornarem-se apenas substitutos simbólicos da redistribuição de vantagens, ou seja, elas passam a reproduzir no sistema judicial vantagens que ocorrem num plano que antecede o acesso à justiça.

Por sua vez, Boaventura de Souza Santos (1999, p. 148-150) adverte que as barreiras para o acesso ao sistema de justiça possuem múltiplas dimensões: econômica, política e cultural, cujos impactos são mais intensos nos estratos sociais mais baixos. No âmbito dos estudos de democratização do acesso à justiça e da sociologia jurídica observou-se que, quanto aos aspectos políticos e culturais, os cidadãos mais pobres conhecem menos o sistema judicial e seus direitos (informação e educação), o que reflete na dificuldade em identificar a dimensão jurídica do problema e em buscar uma possível reparação. E mesmo quando o cidadão consegue identificá-la, há uma tendência a acionar menos o sistema judicial

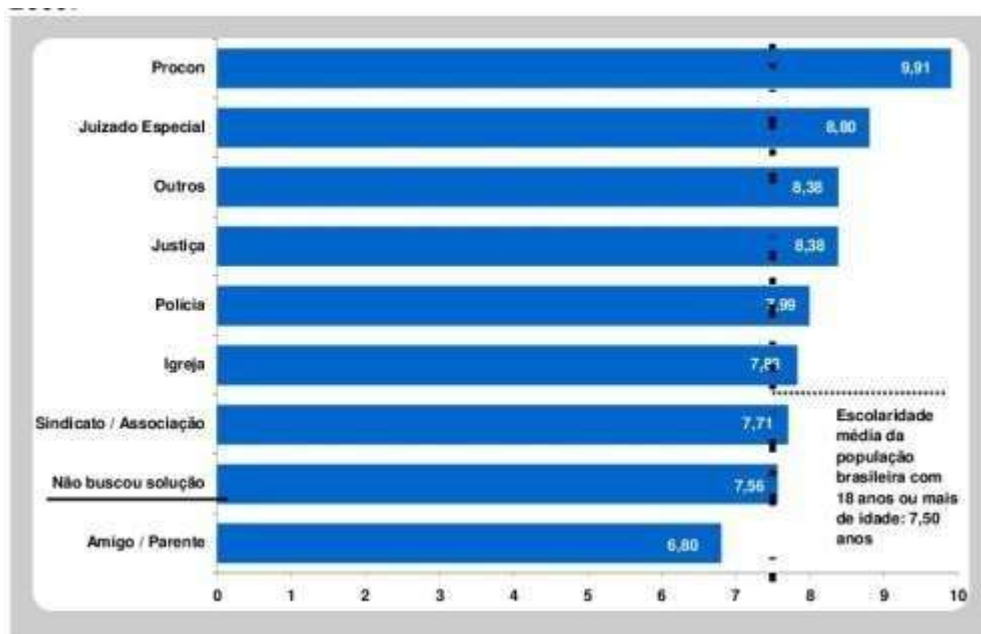
por questões diversas: é menos provável que conheça um advogado ou mesmo que saiba onde consultar-se com um, ou como e quando contatá-lo. Há também questões relativas a uma maior distância territorial entre o local de residência ou de labor e os tribunais e escritórios advocatícios, além da situação de temor de represálias caso recorram ao Judiciário. Já as questões econômicas envolvem os custos para se operar uma demanda judicial, como honorários advocatícios, custas processuais, peritos e deslocamentos.

Embora o Brasil tenha avançado em alguns pontos no que se refere ao acesso à justiça com a criação da Defensoria Pública, dos juizados especiais e outros mecanismos, os dados demonstram um grande alijamento no acesso da população mais pobre à Justiça.

De acordo com o “Panorama Nacional de Acesso à Justiça no Brasil”, do Conselho Nacional de Justiça (2011), em relação ao período de 2004 a 2009, dentre aqueles que vivenciaram conflitos, 23,3% foram de natureza trabalhista, 22% familiares, 12,6% criminal, 9,8% conflitos do cidadão relacionados ao Estado (previdenciários e de tributação) e 10,4% de outras categorias, como conflitos de vizinhança, outros serviços públicos, acesso a tratamentos e serviços de saúde. Dentro desse universo, 92,7% dos cidadãos procuraram resolver seus conflitos, e entre estes o Judiciário foi a solução mais buscada (70,2%), seguido da polícia (6%) e do PROCON (3,9%).

No que se refere ao perfil socioeconômico, constatou-se que a renda média mensal daqueles que procuraram resolver seus conflitos é consideravelmente maior do que daqueles que nada fizeram, atingindo 48% de diferença. Assim, a renda daqueles cidadãos que nada fizeram para solucionar seus conflitos corresponde a R\$ 985,00, ao passo que daqueles que buscaram resolver através do Judiciário ou do PROCON equivale a quase R\$1.500,00. Quanto à média educacional, observou-se que os cidadãos que procuraram o PROCON e a Justiça possuem anos de estudos mais próximo de 10, correspondendo, respectivamente, a 9,81 e 8,80. Já aqueles que nada fizeram ou buscaram amigos ou parentes, corresponde, respectivamente, a 7,56 e 6,80 (CNJ, 2011).

Figura 10: Média de anos de estudo das pessoas que vivenciaram conflitos entre 2004 e 2009, segundo o espaço institucional em que buscaram soluções no Brasil



Extraído de: Panorama de Acesso à Justiça no Brasil, CNJ (2011)

Tais dados só reforçam a influência das barreiras culturais, econômicas e políticas para o acesso à justiça conforme apontado por Santos (1999), o que evidencia uma relação de uso do Judiciário com escolaridade e renda, podendo este atuar para perpetuar desigualdades e distribuir vantagens, na contramão daquilo que a Constituição de 1988 propaga como justiça social, fenômeno também observado no âmbito da judicialização da saúde.

Chieffi e Barata (2009) também constataram que a dispensação de medicamentos via Judiciário no Estado de São Paulo beneficia aqueles que, em média, têm melhores condições socioeconômicas e residem em áreas com baixa ou nenhuma vulnerabilidade social, o que se aproxima da tendência encontrada neste estudo. De acordo com os dados analisados no capítulo anterior, os municípios do Estado de Minas Gerais que mais judicializaram na área da saúde possuem maiores IDHM (Belo Horizonte, Uberlândia, Juiz de Fora, Varginha, Uberaba, Divinópolis, Contagem, Muriaé, Betim, São João Del Rei).

A despeito das intenções de arbitragem de problemas sociais e de defesa dos interesses dos indivíduos diante do poder do Estado, a interferência do Judiciário acaba por atender aos indivíduos que, por sua inclusão social, já se encontram em posição privilegiada, reforçando ainda mais as desigualdades sociais no campo da saúde. [...] A interpretação dos direitos

sociais apenas na dimensão individual, desconsiderando a dimensão coletiva, não permite considerar o problema em todas as suas dimensões e em toda a sua complexidade, o que resulta em medidas que, em vez de promoverem a justiça social, acabam prolongando indefinidamente a imensa dívida social com a parcela mais vulnerável da população (CHIEFFI; BARATA, 2009, p. 1848).

Portanto, os dados sobre judicialização no campo da saúde apresentados no capítulo anterior confirmam a hipótese de que o Judiciário não está servindo como meio de contestação das políticas públicas por aqueles ocupantes dos estratos sociais mais baixos, nem de busca por demandas mais igualitárias ou mesmo reduzindo as desigualdades no acesso a bens e serviços de saúde, conforme os ditames da justiça social. Na medida em que parcela significativa do orçamento está sendo deslocada para atender os interesses daqueles que não são os mais vulneráveis socialmente e podem arcar com os custos do acesso à justiça, tem-se na judicialização da saúde um meio de cooptação dos interesses de um grupo específico, não um meio eficaz de contestação da distribuição dos bens e serviços de saúde, que deve ocorrer de forma igualitária e universal.

6 JUSTIÇA SOCIAL E EQUIDADE: A INTRÍSECA LIGAÇÃO NO CAMPO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986 foi, sem dúvida, um dos eventos que mais influenciou a proposta de criação de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário. Seu relatório final foi considerado pela Assembleia Constituinte e trouxe a saúde como direito, inserindo-a em questões mais abrangentes (estruturais), resultantes das condições de alimentação, habitação, trabalho, acesso a serviços de saúde e outras. Assim, a Conferência expôs a necessidade de o Estado garantir a saúde mediante a integração das demais políticas econômicas e sociais. Naquela oportunidade, ficou explícita a existência de uma sociedade extremamente estratificada, na qual as desigualdades sociais e regionais refletem condições estruturais que atuam limitando o desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de planejamento sobre os serviços de saúde de forma adequada e acessível a todos. Isto, por sua vez, guarda relação com a questão de justiça (CNS, 1986).

A plataforma de reformas ocorrida nos países centrais na década de 80 chega na década de 90 aos países periféricos, porém com uma perspectiva bem diferente. Se naqueles os ajustes tinham o condão de manter os gastos sociais suportáveis, nestes serviam como instrumento de ajuste fiscal (DUARTE, 2000). Por sua vez, o panorama da América Latina e Caribe nas décadas de 80 e 90 reflete poucos avanços no campo social e econômico, o que pode ser percebido pelo crescimento pequeno e até inexistente de alguns países, pela concentração de renda e o aumento dos níveis de pobreza, com limitações contínuas à superação deste quadro (ALMEIDA, 2002).

No que se refere aos sistemas de saúde, apesar da heterogeneidade, as reformas na América Latina tiveram um viés neoliberal. O diagnóstico elaborado nos países centrais foi usado como instrumento para se questionar os sistemas de saúde latino-americanos. Estes foram tomados como ineficientes e operacionalizados com altos investimentos do Poder Público. Logo, seriam inadequados para enfrentar o cenário de carência e desigualdades sociais, o que colocou em questão os princípios da universalidade e equidade (DUARTE, 2000).

Muitas reformas foram patrocinadas e direcionadas por organismos internacionais, com destaque ao Banco Interamericano de Desenvolvimento e o

Banco Mundial. Entre as décadas de 80 e 90, o Banco Mundial formalizou o diagnóstico da região da América Latina e sugeriu uma agenda de saúde voltada à diminuição do papel estatal, ao fortalecimento do papel dos mercados para a produção de bens e serviços e ao estímulo a parcerias com setores não governamentais, já que os recursos eram escassos e as demandas crescentes (DUARTE, 2000). As reformas foram atreladas de forma direta a ajustes macroeconômicos, como alteração nas regras de financiamento da saúde, participação do setor público e privado com a separação das funções de financiamento e execução (ALMEIDA, 2002; PAIM, 2006). Trabalhava-se também no campo da política compensatória

[...] com uma concepção sintética do social, baseada em princípios de seletividade territorial e focalização dos gastos públicos, através da implementação de pacotes básicos de intervenções em saúde pública e assistência médica comprovadamente custo-efetivas para os mais pobres (DUARTE, 2000, p. 459).

De acordo com Infante *et al.* (2000, p. 15) o processo de reestruturação dos sistemas de saúde na América Latina se desenvolveu, de modo geral, em torno de 12 eixos: marco jurídico, direito a cuidados e garantias em saúde, ampliação da cobertura, função dos Ministérios da Saúde, separação de funções, descentralização, participação e controle social, financiamentos e gastos, oferta de serviços, modelo de gestão, recursos humanos e tecnologias (qualidade e avaliação). Em síntese, as reformas no setor da saúde estavam condicionadas ao processo de reforma do Estado, à predominância de considerações financeiras e marcadas pela influência limitada dos Ministérios da Saúde.

Según la información que existe, en la mayor parte de los países las reformas del sector de la salud responden a reformas generales del Estado (Perú desde 1995) o de la Constitución (Argentina, Colombia y Ecuador) y forman parte del proceso de modernización del Estado (Argentina y Chile desde 1994 (7), El Salvador, Jamaica, México (8), Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Uruguay). A veces toman nombres propios, como "nuevo federalismo" en México o "proceso de perfeccionamiento del Estado" en Cuba. También hay casos, como el del Brasil, en los que la reforma del sector de la salud no forma parte de un proceso de reforma total del Estado, sino de un debate más global en torno a la revisión del propio sistema de salud (9). Y en otros, la reforma empezó a gestarse antes, pero no se puso en marcha hasta que se firmaron los préstamos con los bancos internacionales. En algunos países, la reforma del sector se efectúa aisladamente, como un componente de un plan nacional de salud (Guyana y Honduras), o se produce de manera silenciosa (en Ecuador existe, por ejemplo, pero aún no muestra una clara

articulación), o no lleva el nombre de “reforma del sector de la salud” porque consiste solo en iniciativas piloto (Guatemala desde 1996). Y en otras ocasiones no se intenta reformar el sector sanitario en su totalidad, sino llevar a cabo algunos proyectos aislados (Uruguay) (INFANTE *et al.*, 2000, p. 14).

Quanto aos resultados, as reformas no campo da saúde foram orientadas por princípios como equidade, eficácia, qualidade, eficiência, sustentabilidade, participação e controle sociais (INFANTE *et al.*, 2000). A agenda política na América Latina é complexa e traz um paradoxo, já que vários organismos internacionais, ao mesmo tempo em que propõem a adoção de pacotes macroeconômicos, com reformas voltadas ao mercado e ajustes fiscais, que, por sua vez, implicam em diminuição de investimentos em direitos sociais pelo Poder Público, propagam o discurso da equidade (PAIM, 2006; ALMEIDA, 1999).

No cenário brasileiro, o sistema de saúde não ficou imune às influências da agenda neoliberal; entretanto, o projeto do SUS foi gestado antes destas reformas pelo Movimento Sanitarista e esteve vinculado a preceitos de democratização da saúde como o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e direitos ligados à cidadania. Logo, não teve origem em organismos internacionais, evidenciando suas particularidades. Cabe destacar que a agenda neoliberal encontrou resistência do Movimento Sanitarista, pois contrariava a ideia de universalidade das políticas de saúde projetada pelo Movimento antes mesmo da década de 80. Entretanto, algumas ideias destes organismos internacionais foram incorporadas, tais como descentralização e a focalização das ações de saúde (PAIM, 2006, p. 38). Noutro giro, no cenário brasileiro o vocábulo equidade passa a ser cada vez mais usado na legislação, nos documentos oficiais e na doutrina.

No que se refere ao arcabouço normativo, o princípio da equidade no acesso a bens e serviços de saúde está previsto na Constituição de 1988 além de outros instrumentos legais que tratam do Sistema Público de Saúde, tais como a Lei Federal nº 8.080/1990, Lei nº 8.142/1990, Decreto nº 7.508/2011, Lei Complementar nº 141/2012 e Normas Operacionais Básicas (NOBs).

O princípio da equidade em saúde está previsto no art. 196 da Constituição de 1988, embora não apareça com esta terminologia. O princípio é abordado com o

termo “igualitário”⁹ e surge na sua acepção mais ampla: acesso universal e igualitário aos serviços de saúde por toda a população, distante de qualquer ideia de discriminação positiva (BRASIL, 1988).

Por sua vez, ele é reproduzido na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/1990), em seu Capítulo II, que trata dos princípios e diretrizes do SUS¹⁰. Ainda, é abordado em outras passagens desta Lei.

A Lei nº 8.080/90, em seu art. 2º e 3º, dispõe que a saúde deverá ser prestada mediante políticas de caráter universal e igualitário e que ao mesmo tempo a saúde admite a existência de condicionantes e determinantes sociais e econômicos (alimentação, moradia, renda, saneamento básico, dentre outros). Ainda, que os níveis de saúde refletem a organização social e econômica de um país. Assim, a Lei nº 8.080/90 admite um conceito de equidade em duas dimensões: a que prega o acesso universal e igualitário aos bens e serviços de saúde (equidade de oportunidades) e a que ao mesmo tempo impõe a ação sobre os determinantes de saúde (equidade de condições), conforme aponta Duarte (2000, p.447).

Nesse sentido, a instituição de um sistema público de saúde que esteja em consonância com o princípio da equidade deve levar em consideração a distribuição dos recursos financeiros, já que o repasse de verbas da União aos demais entes da federação com viés redistributivo tem o condão de minimizar as desigualdades sociais e econômicas que atuam como determinantes e condicionantes de saúde (DUARTE, 2000). Isto está intrinsecamente relacionado à questão de justiça social. Por sua vez, o conjunto de critérios que devem ser considerados nos repasses financeiros está expresso no art. 35, da Lei nº 8.080/90. São eles: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. Ainda, a referida Lei chega até a ponderar tais critérios

⁹ 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.

¹⁰ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

por meio de outros indicadores de crescimento populacional no caso de estados e municípios sujeitos a notório processo de migração, devido ao impacto sobre as condições sociais promovidos pelo processo (BRASIL, 1990).

Entretanto, o art. 35, da Lei nº 8.080/90, não era autoaplicável, pois carecia de regulamentação quanto às múltiplas dimensões dos fatores que seriam considerados e o peso de cada um; a alternativa foi política. Assim, foi negociada e aprovada a Lei nº 8.142/1990 que versa “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”. De acordo com o seu art. 3º, § 1º, enquanto não houvesse a regulamentação do art. 35 da Lei nº 8.080 seria usado como critério de repasse aquele previsto no art. 35, § 1º, da Lei nº 8.080/90, isto é, um valor per capita igualitário. A necessidade de uma lei complementar que definisse critérios de transferências de recursos em áreas de financiamento compartilhado entre os entes federativos persistiu (IPEA, 2013).

Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que também reforçava a necessidade de definir critérios em lei complementar para repasse e divisão dos recursos na saúde entre União, Estados e Municípios, conforme aponta o art. 198, § 3º, inciso II. Em 2012, foi editada a Lei Complementar nº 141, que em seu art. 17 determinou:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do *caput* dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3o do art. 198 da Constituição Federal. (BRASIL, 2002).

Dos dispositivos acima indicados cabe ressaltar a importância do perfil epidemiológico para a repartição das receitas de saúde, já que este considera as características sociais e demográficas da população de uma localidade, ocorrências como morbidade, condições de consumo coletivo e condições ambientais, o que implica, pelo menos em tese, em destinar maiores recursos para regiões com pior condição sanitária e pior perfil demográfico (DUARTE, 2000). Entretanto, não se pretende aqui discutir a forma de repasse e a implementação destes entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, mas que o arcabouço normativo do princípio

da equidade considera os determinantes e condicionantes sociais e econômicos, bem como o perfil demográfico da população na repartição dos recursos. Falar de equidade em saúde significa falar em aporte financeiro e igualdade de oportunidades e de condições, que por sua vez implica em combate às desigualdades sociais.

Do ponto de vista conceitual o termo está longe de ser um consenso, estando no campo da disputa teórica assim como a justiça social. Etimologicamente, o termo equidade liga-se a concepção de igualdade.

Na seara das políticas de saúde, o conceito de equidade foi formulado por Margareth Whitehead no artigo *The concepts and principles of equity and health* (1992, p.433 apud RIBEIRO, 2015, p. 1113). A equidade, segundo a autora, pode ser definida como o direito de todos à “justa oportunidade para atingir seu total potencial de saúde”, afastando aquelas desigualdades que são inevitáveis e injustas. Assim, associa “o parâmetro de justiça à distribuição igualitária.” (WHITEHEAD, 1992 apud ESCOREL, 2008).

De acordo com Campos (2006, p. 24-25), o princípio da equidade tem sido usado em dois sentidos, um geral e outro específico. O sentido geral se confunde com o próprio significado de justiça, ou seja, estabelecer regras justas para a convivência e organização social; se aproximaria da própria etimologia da palavra (concepção de igualdade). E por decorrência lógica, é o inverso das desigualdades socioeconômicas. Assim, a expressão também tem sido usada com frequência quando se trata da promoção de direitos sociais, dentro dos quais se insere a saúde. Já no modo específico, a equidade implica no reconhecimento das nossas diferenças e no tratamento destas de forma distinta, conforme a emanção de um comando geral e abstrato. As normas, se forem aplicadas na literalidade aos casos concretos sem considerar as especificidades, podem produzir injustiças. No setor da saúde há o predomínio da concepção mais genérica de equidade (PAIM, 2006; ALMEIDA, 2002).

Embora não haja um consenso em torno do conceito de equidade, diferentes visões nutrem as teorias sobre a justiça social, e tanto um princípio quanto o outro implicam em regras de distribuição de bens e recursos. Destaca-se também que diferentes concepções de equidade influenciam o desenho dos sistemas de saúde, direcionam as regras de distribuição, a utilização de indicadores usados para medir o grau de equidade e “a interpretação dos resultados quanto à efetividade do sistema” (DUARTE, 2000, p. 445). Logo, resta latente a intrínseca relação entre

equidade e justiça social; e há quem defenda que a equidade é um subprincípio da justiça social.

Em termos normativos, a justiça está relacionada ao modo como a distribuição dos bens e recursos é feita e ao modo como deveria ser feita. Ela nos remete a necessidades, interesses e desejos dos cidadãos que deveriam ser atendidos pelo modelo econômico vigente na sociedade, ou então, por um arranjo estatal capaz de promover condições para uma sociedade mais justa. A promoção das políticas sociais significa encontrar soluções distributivas distintas daquelas produzidas pelo mercado. Inserida neste contexto está a questão da equidade, que se configura como princípio básico de justiça social (NUNES, 2011, p.12).

Cabe ressaltar que, não obstante o objeto deste trabalho não seja fazer uma revisão teórica das diversas concepções de equidade e como se dá o embate teórico no campo da saúde, apresenta-se as duas formas de abordagem da equidade e como ela se relaciona com a justiça social. De acordo com Paim (2006), a vasta gama dos trabalhos técnicos e doutrinários que tratam da temática não possuem como preocupação um rigor conceitual, mas é possível identificar duas vertentes que procuram distinguir a equidade da igualdade: a econômica e a da justiça.

A vertente econômica volta-se para uma distribuição mais eficiente de bens e recursos em saúde, lançando mão de teorias e dados da economia, estudos estatísticos e modelos matemáticos, sendo objeto de estudo da “Economia da Saúde” (PAIM, 2006). No plano dos organismos internacionais, tais como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o enfoque econômico volta-se para políticas de focalização destinadas aos mais necessitados em contraposição a políticas universais, a ajustes fiscais, a estrita submissão ao princípio da eficiência e ao custo-efetividade que, por sua vez, “não inclui a análise dos objetivos de determinada política e exclui explicitamente a valoração dos fins que a justificam, cuja definição e implementação pertencem ao campo político e não à análise técnica” (ALMEIDA, 2002, p. 31).

Ainda, como destaca Paim (2006, p. 37), parte dos teóricos desta vertente fazem incursões reflexivas quanto à justiça distributiva buscando referências nas obras de Amartya Sen. E conforme já apontado no tópico anterior, Sen é um economista indiano que contribuiu para criação do IDH. Seus estudos voltam-se para a teoria da escolha social e economia do bem-estar.

Cabe esclarecer que, segundo Nero (2002, p. 20-21), a “Economia da Saúde” é um ramo do saber que aplica conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços. Pode ser compreendida como o estudo de condições ótimas de distribuição de recursos e bens disponíveis à sociedade visando uma melhor assistência e estado de saúde possível, levando em consideração a limitação de recursos.

Por sua vez, a vertente que se volta à ideia de justiça tenta demonstrar que nem toda forma de igualdade é justa; na contemporaneidade, se alinha com as posições político-filosóficas de John Rawls e Amartya Sen (PAIM, 2006).

Rawls (2000) é um dos teóricos que mais influenciou outros pensadores no fim do século XX com a sua teoria da justiça, apresentada no livro *Uma Teoria da Justiça*. Ele apresenta como ponto crucial de sua teoria o desenvolvimento de uma concepção de justiça que apresente direcionamentos para solucionar questões de justiça social que se relacionam a estrutura da sociedade.

Para definir sua teoria, Rawls apresenta os princípios básicos que irão dar sustentação a uma sociedade democrática e bem ordenada e, via de consequência, estabelecer um sistema equitativo de cooperação entre todos e o bom funcionamento das instituições sociais (NUNES, 2011). Para Rawls (2000) é a sociedade, através de sua estrutura básica, que será responsável pela distribuição dos bens sociais primários. Estes compreendem as condições indispensáveis que possibilitam a cada cidadão buscar seus planos e metas de vida (saúde, educação, renda, autorrespeito). Ao lado destes bens existem os bens naturais (inteligência, sorte, azar, etc.), que sofrem influência da estrutura da sociedade. Os bens primários são igualmente distribuídos através do acordo original.

Rawls vai buscar um acordo original que servirá de sustentáculo para a instituição de um sistema público de normas e que será o ponto de partida para a discussão de uma Constituição. Discutir os princípios fundantes de uma Constituição é essencial para se pensar em justiça. Por sua vez, a discussão e escolha destes princípios resultam também na discussão das relações de poder e da estrutura do Estado (ARANTES, 2011, p. 272). A este modo de relacionar os princípios dentro de um sistema de cooperação Rawls chama justiça como equidade.

Para tanto, Rawls (2000) propõe uma situação hipotética inicial (posição original) na qual todos os indivíduos partiriam da mesma posição de igualdade para a escolha dos princípios de justiça na medida em que estariam sobre o “véu da

ignorância”, ou seja, não conheceriam seu lugar na sociedade (posição social) ou a distribuição dos recursos naturais. Cada membro da comunidade avaliaria os princípios e alternativas considerando os aspectos de um modo geral e não sua situação específica, o que garantiria que tais princípios seriam justos. Em consequência, isso evitaria que cada indivíduo estabelecesse princípios que beneficiassem a sua situação particular.

Os princípios da justiça são escolhidos sob um véu de ignorância. Isso garante que ninguém é favorecido ou desfavorecido na escolha dos princípios pelo resultado do acaso natural ou pela contingência de circunstâncias sociais. Uma vez que todos estão numa situação semelhante e ninguém pode designar princípios para favorecer sua condição particular, os princípios da justiça são resultado de um consenso ou ajuste equitativo. Pois dadas as circunstâncias da posição original, a simetria das relações mútuas, essa situação original é equitativa entre os indivíduos tomados como pessoas éticas, isto é, como seres racionais com objetivos próprios e capazes, na minha hipótese, de um senso de justiça. A posição original é, poderíamos dizer, o status quo inicial apropriado, e assim os consensos fundamentais nela alcançados são equitativos. (RAWLS, 2000, p. 13).

Segundo Rawls, quais seriam os princípios que regeriam uma sociedade liberal e justa, frutos do consenso advindos de cidadãos livres e dotados de razão? São eles:

Primeiro princípio: Cada pessoa deve ter um direito igual ao mais abrangente sistema total de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdade para todos.
Segundo princípio: As desigualdades econômicas e sociais devem ser ordenadas de tal modo que, ao mesmo tempo: a) tragam o maior benefício possível para os menos favorecidos, obedecendo as restrições do princípio da poupança justa, e, b) sejam vinculados a cargos e posições abertos a todos em condição de igualdade equitativa de oportunidades (RAWLS, 2000, p. 333).

Rawls (2000) apresenta uma ordem de prioridade na aplicação dos princípios de justiça estabelecidos. O primeiro princípio deve prevalecer sobre o segundo, o que significa que todos devem ter igualmente o mais abrangente sistema de direitos e liberdades básicas. Estes voltam-se para a satisfação das necessidades básicas do indivíduo como alimentação, habitação, saneamento, educação, água potável. Este sistema básico de direitos e liberdades não pode sofrer restrições visando a obtenção de maiores vantagens econômicas; logo, o primeiro princípio deve ter precedência sobre o segundo. (SILVA *et al.*, 2017).

Já o segundo princípio pode ser dividido em dois subprincípios: o princípio da igualdade equitativa de oportunidades e o princípio da diferença. Pelo princípio da igualdade equitativa todos os indivíduos devem ter a mesma oportunidade de acesso aos cargos e às mais variadas posições sociais, para que aqueles com talentos similares possuam condições equitativas de competir. E caso as oportunidades não sejam acessíveis a todos de forma equânime, estaremos diante de injustiças. “Assim, a justiça do resultado da distribuição dos benefícios depende do modo como a constituição política e as instituições sociais e econômicas distribuem os cargos e posições entre os membros da sociedade” (SILVA *et al.*, 2017, p.176). Por sua vez, o princípio da diferença incide sobre a distribuição dos bens primários (riqueza, oportunidades, habilidades, liberdade, autorrespeito), aqueles que os indivíduos preferem ter em maior quantidade. As desigualdades só serão justificáveis se contribuírem para elevar ao máximo o benefício daqueles mais pobres da comunidade (NUNES, 2011).

Para as iniquidades que porventura venham a surgir, é fundamental que a estrutura básica desta sociedade democrática e cooperativa contenha instrumentos de regulação perenes, onde o princípio da diferença vai incidir para controlar as desigualdades econômicas e sociais. Ele deve ser aplicado às normas e políticas públicas que regulem estas desigualdades.

Cabe registrar que os dois princípios de justiça propostos por Rawls devem coexistir; pois, para atingir sua concepção de justiça “não é suficiente o reconhecimento da existência e prioridade das liberdades básicas, é necessário também o reconhecimento de um mínimo social. É este que garante o valor das liberdades básicas” bem como o seu exercício (SILVA *et al.*, 2017, p. 178). Rawls trata das questões de justiça social por meio de perspectivas relacionadas à estrutura básica da sociedade.

Portanto, ao incorporar interesses coletivos e a preocupação em diminuir as desigualdades sociais e econômicas através de “políticas de distribuição” de discriminação positiva, em benefícios daqueles que se encontram em posições menos favorecidas na estrutura básica da sociedade, a teoria da justiça de Rawls lança as bases para definir o termo equidade (PORTO, 1995, p. 129).

Pondera-se, há quem defenda a interferência do Judiciário no plano individual para a efetivação do direito à saúde com base na teoria da justiça de Rawls. O direito à saúde no plano individual poderia ser fundamentado na perspectiva de que

cada sujeito deve ser levado em consideração, respeitadas as suas diferenças, e também por um dos princípios de justiça – o princípio da diferença. Através deste princípio Rawls aborda a “desigualdade controlada”, que pode ser sintetizado da seguinte forma:

[...] ninguém pode ter tudo, mesmo que isso seja amealhado licitamente, pelo que, ao menos pela tributação, uma parte deverá reverter à sociedade; 2) ninguém pode ficar sem alguma coisa, cabendo aos indivíduos um mínimo que deve ser garantido (BRITO FILHO, FERREIRA; 2015, p. 287).

Segundo esta corrente, considerando que cada indivíduo é merecedor de direitos básicos, dentre estes a saúde, cabe ao Estado distribuir bens materiais que estariam incluídos no sistema de direitos e liberdades básicas (mínimo social). E o mínimo em saúde não pode ser o mínimo de forma precária, mas aquilo que o Estado deve proporcionar a cada um e que seja necessário para este direito ser satisfeito, considerando o conhecimento disponível (BRITO FILHO, FERREIRA; 2015, p. 285). Nesse sentido, aqueles que defendem a não ingerência do Judiciário no campo individual, com argumentos da limitação da reserva orçamentária do Estado e de que inviabilizaria o direito de outros cidadãos, devido ao vultoso valor de alguns tratamentos ou medicamentos, se valeriam de fundamentos utilitaristas, rechaçados por Rawls.

Para os utilitaristas, as questões da sociedade não podem ser resolvidas com base em interesses particulares, mas de forma neutra e objetiva, pela soma das vantagens do Estado ou média das preferências da sociedade. “Para tanto, é necessário comparar a soma ou a média de níveis de bem-estar individuais para escolher a distribuição que maximize o bem-estar coletivo” (NUNES, 2011, p.14). Com base no princípio da diferença proposto por Rawls aquele que estiver em situação de necessidade, e desde que políticas públicas não garantam seu direito à saúde, pode buscar a efetivação de tal direito no plano individual (MARTINS, 2015).

Ainda, segundo esta corrente, quando argumentos da reserva do possível, do custo econômico dos direitos e da prevalência da lei orçamentária são utilizados para negar o direito individual à saúde, ao cidadão está negando o que é básico e reverberando visões elitistas de herdeiros do liberalismo, submetendo o interesse dos cidadãos, sobretudo dos menos favorecidos, aos interesses do Estado (BRITO FILHO, FERREIRA, 2015).

Em que pese tais argumentos, seria um pouco temerário dizer que ele se sustenta com base no princípio da diferença de Rawls. Não está aqui a negar a importância do Judiciário no processo de judicialização da saúde, inclusive para inserção de novos medicamentos na lista padronizada pelo Poder Público, mas a invocar cautela, sobretudo diante dos dados apresentados. Não é possível esquecer que efetivamente o orçamento estatal possui limitações, e conceder medicamentos não registrados na ANVISA ou fora dos protocolos clínicos do SUS, além de tratamentos experimentais no exterior só privilegia aqueles que podem arcar com os custos do acesso à justiça, conforme já elucidado no capítulo anterior.

Retomando o início deste tópico, a equidade em saúde passa a ser questionada a partir da década de 80 enquanto problema concreto derivado das iniquidades dos sistemas de saúde nos países periféricos. Posteriormente, uma nova roupagem é dada à equidade, atribuída à teoria da justiça de Rawls, que invoca uma política de distribuição voltada aos menos favorecidos da estrutura sociedade (discriminação positiva). Entretanto, o direito à saúde não surge, no caso brasileiro, ligado a qualquer forma de discriminação positiva, mas sim como um direito de cidadania e de todos, já que antes somente tinham acesso aos serviços de saúde aqueles trabalhadores vinculados ao sistema formal de trabalho. A ideia de focalização na saúde (distribuição de bens) direcionada para aqueles em condições de desvantagem, desigualdades ou exclusão surge de teóricos acadêmicos e é diferente da ideia inicial do Movimento Sanitarista, que propunha igualdade ampla (IPEA, 2011, p.18).

Cabe esclarecer que em “Uma teoria da justiça” a saúde não tem posição de relevo e ocupa lugar de bem primário natural, desejado por todos e que sofre influências da estrutura básica da sociedade, mas sem poder ser controlada pelas instituições sociais encarregadas de fazer justiça (IPEA, 2011; SILVA *et al.* 2017). Quanto aos dois princípios capazes de controlar o funcionamento justo da sociedade e propiciar a igualdade democrática, relacionam-se à distribuição de bens primários básicos (renda, liberdades, oportunidades, autorrespeito, etc.).

Com relação ao princípio da diferença, observa-se que as desigualdades sociais e econômicas somente são aceitáveis se houver igualdade de oportunidades, e estas devem existir para o maior benefício dos membros menos favorecidos da sociedade (RAWLS, 2000). Ocorre que os dados têm demonstrado que aqueles que estão patrocinando a judicialização da saúde não são os mais

desfavorecidos socialmente. Assim, com base nestes argumentos de Rawls, é possível rechaçar a dispensação judicial de medicamentos e mostrar que a interpretação desta corrente pode estar equivocada.

As evidências têm demonstrado que a judicialização não tem contribuído para a igualdade de oportunidades no acesso aos bens e serviços de saúde de forma individualizada, tampouco igualdade na distribuição dos recursos, pois privilegia aqueles que podem arcar com os custos do acesso à justiça. Por fim,

[...] como atender a todas as necessidades de saúde de cada pessoa se estas têm sempre um caráter social? Quem está autorizado a avaliar as necessidades de assistência médica quando se sabe que, neste campo, a oferta cria a demanda e que ninguém quer deixar de dar a seus entes queridos enfermos não só o que faz parte da rotina dos cuidados médicos nos hospitais e ambulatórios públicos, mas também o que parece ser a última palavra da ciência médica em matéria de terapêutica para esta ou aquela enfermidade? Nesse sentido, os reclamos de justiça fundados na noção de necessidade, como critério distributivo, precisam sempre ser devidamente avaliados quando são tomadas como justificativa para garantir o direito à saúde ou qualquer outro [...]. (IPEA, 2011, p.19).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a Constituição de 1988 emergiu um Poder Judiciário participando da arena política na condição de mediador das disputas entre os mais distintos grupos da sociedade, sejam elas políticas, econômicas ou sociais. Assistiu-se o alargamento da agenda do STF num processo que conjuga judicialização da política e ativismo judicial. Este processo foi sentido de forma intensa no campo da saúde pública, dada a limitação orçamentária e a variedade de pedidos de entrega de bens e serviços, que vai desde medicamentos não registrados na ANVISA até tratamentos no exterior.

A judicialização da saúde é um fenômeno que busca a entrega judicial de bens e serviços de saúde, ancorado no tripé da assistência universal, integral e gratuita previsto constitucionalmente. Em nosso país muito se tem discutido sobre seus impactos para toda a população e para o próprio sistema público de saúde; ainda que este fenômeno pode ser um processo legítimo de contestação das políticas de saúde e da construção de uma agenda pública, na medida em que o Executivo se torna omissivo na edição de atos que visem a elaboração e implementação destas políticas. Indagações passam a surgir quanto a este novo espaço, que vão desde a falta de *expertise* do Judiciário para determinar os rumos de uma política pública e promover a justiça social até mesmo como ele pode tornar-se em ponto estratégico na operação do sistema político por grupos e movimentos sociais.

Do resultado dos dados apresentados neste trabalho, referentes a processos judiciais buscando a entrega compulsória de medicamentos pelo Estado de Minas Gerais, constatou-se que a grande maioria dos beneficiários possuem melhores condições socioeconômicas e residem em municípios com maior IDHM. Levantou-se que em 62,35% dos casos as prescrições de medicamentos não tiveram origem no SUS. Quanto à representação processual, 59,61% das ações foram ajuizadas por advogados privados e apenas 21,24% por defensores públicos, o que demonstra uma distorção já na partida, uma vez que cabe à Defensoria Pública a defesa dos mais vulneráveis na estrutura social, conforme mandamento constitucional. Assim, estudos sobre como ocorre a mobilização estratégica (*legal mobilization*) da Defensoria Pública para o enfrentamento das demandas envolvendo direitos sociais,

assim como as assessorias populares tornam-se necessários, sobretudo diante da baixa atuação daquela no período analisado neste trabalho.

Quanto à ocupação, percebeu-se uma tendência ao predomínio dos profissionais das ciências e das artes (30,82%), seguido dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (22,96%). Assim, dentre aqueles cujas informações eram presentes, 1/3 dos beneficiários vinham do grupo que concentra profissionais com maior capacitação científica e profissional e com alta especialização técnica, evidenciando uma tendência de que a judicialização tal como está posta impede ou distorce o princípio da justiça social. Ainda, que a solução para as políticas de saúde não deve se restringir a demandas individuais, já que pode comprometer o acesso igualitário aos bens e serviços de saúde na medida em que privilegia aqueles que podem arcar com os custos do acesso à justiça.

Constatou-se que os 10 Municípios que mais judicializaram medicamentos no âmbito do território do Estado de Minas Gerais possuem IDHM alto ou muito alto. Assim, assiste-se o deslocamento de parcela significativa do orçamento para aqueles municípios que já possuem melhores indicadores socioeconômicos, direcionando verbas das políticas de saúde de caráter universal e igualitário. Logo, a judicialização pode estar rompendo com a lógica da equidade no acesso a bens e serviços de saúde e deixando de propiciar iguais oportunidades no que diz respeito a liberdade, capacidade e dignidade. Sem falar que deixa de combater as desigualdades regionais, já que os municípios que menos judicializaram possuem menor IDHM.

Portanto, em que pese o Judiciário ser um importante mediador das disputas no campo dos direitos fundamentais, sobretudo quando se está diante do forte poder estatal, as desigualdades de acesso aos serviços de saúde que antecedem o próprio sistema judicial estão sendo reverberadas com a judicialização. Os dados podem estar sinalizando que o Judiciário não está servindo como meio de promoção do acesso a demandas igualitárias e a agenda pública pelos setores subalternos da sociedade, mas privilegiando os cidadãos que podem arcar com os custos do acesso à justiça e que já possuem maior inclusão social. Isto também pode ser verificado quando se observa que apenas 5,13% das ações eram coletivas (ação civil pública), evidenciando mais uma vez que os direitos sociais estão sendo discutidos em juízo sem considerar a dimensão coletiva e universal do acesso à saúde.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz; ROSA, Roger dos Santos; BORDIN, Ronaldo. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n.1, p.115-128, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00115.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

ALMEIDA, Celia Maria. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7112.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

ALMEIDA, Celia. Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 23-36, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13790.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

ALMEIDA, Celia. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 905-925, jul./ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10176.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

ALVES, Débora Maciel. Ação coletiva, mobilização do direito e instituições políticas: o caso da campanha da Lei Maria da Penha. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, V. 26, n. 77, p. 97-111, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v26n77/10.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

AMARO, Bruno Lacerda. Origens e consolidação da ideia de justiça social. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, n. 112, p. 67-88, jan./jun. 2016.

ARANTES, Bruno Camilloto. Democracia, direito e política: uma análise da teoria da justiça de John Rawls. **Revista da Procuradoria Geral do Município de Juiz de Fora- RPGMJF**, v. 1, p. 269-279, 2011. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/pgm/revista/index.php>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

ARENHART, Sérgio Cruz. As ações coletivas e o controle das políticas públicas pelo Poder Judiciário. **Revista Eletrônica do Ministério Público Federal**, Brasília, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.prrj.mpf.mp.br/custoslegis/revista_2009/2009/aprovados/2009a_Tut_Col_Arenhart%2001.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2018.

ARENHART, Sérgio Luiz. Processos estruturais no direito brasileiro. Reflexões a partir do caso da ACP do carvão. **Revista de Processo Comparado: RPC**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 211-229, jul./dez. 2015.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NAS REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS. Brasília: IPEA, PNUD, FJP, 2014. 60 p. Disponível em:

<http://atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/Atlas_IDHM_Book_WEB.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018

AVRITZER, Leonardo; MARONA, Marjorie Corrêa. Judicialização da política no Brasil: ver além do constitucionalismo liberal para ver melhor. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 15, p. 69-94, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n15/0103-3352-rbcpol-15-00069.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2018.

BARRETO, Alvaro Augusto de Borba; GRAEFF, Caroline Bianca. “Judicialização da política”: arqueologia de um conceito. **Revista Eletrônica Direito e Política**, Itajaí, v.11, n.2, p. 562-600, 2016. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rdp/article/view/9020/5009>>. Acesso em: 28 dez. 2018.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BARROSO, Luiz Roberto. Da falta de efetividade à judicialização efetiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial. *In*: SOUZA NETO, Cláudio Pereira; SARMENTO, Daniel (coords.). **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 875-903.

BARZOTTO, Luiz Fernando. Justiça social: gênese, estrutura e aplicação de um conceito. **Revista Jurídica da Presidência**, Brasília, v. 5, n. 48, mai. 2003. Disponível em: <<https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/747/738>>. Acesso em: 09 jan. 2019.

BELLO, Enzo. Cidadania e direitos sociais no Brasil: um enfoque político social. *In*: SOUZA NETO, Cláudio Pereira; SARMENTO, Daniel (coords.). **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 177-205.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. **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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. **Lei complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994.** Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp80.htm>. Acesso em: 10 out. 2018.

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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Secretaria de Relações Institucionais da Presidência Da República, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985.** Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências, Brasília, DF: Presidência da República, 1985. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7347orig.htm>. Acesso em: 26 dez. 2018.

BRASIL, **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm>. Acesso em: 26 dez. 2018.

BRASIL. **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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995.** Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9099.htm>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.259, de 12 de julho de 2001.** Dispõe sobre a instituição dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais no âmbito da Justiça Federal. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10259.htm>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). **Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 477.554/MG**. União civil entre pessoas do mesmo sexo [...] consagrados na Lei Fundamental do Estado. Precedentes. Doutrina. Relator: Min. Celso de Mello, 26 de agosto de 2011. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28477552ENUME%2E+OU+477554%2EACMS%2E%29+%28%28CELSO+DE+MELLO%29%2ENORL%2E+OU+%28CELSO+DE+MELLO%29%2ENORV%2E+OU+%28CELSO+DE+MELLO%29%2ENORA%2E+OU+%28CELSO+DE+MELLO%29%2EACMS%2E%29&base=baseAcordaos&url=<http://tinyurl.com/ycqmeoqf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2. Turma). **Recurso especial 1264116/RS**. Administrativo. Ação civil pública. Direito à educação [...] Tutela de interesses individuais homogêneos. Relator: Min. Herman Benjamin, 13 de abril de 2012. Disponível em:

<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=1264116&tipo_visualizacao=RESUMO&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>. Acesso em 31 out. 2018.

BRITO FILHO, José Cláudio Monteiro de; FERREIRA, Vanessa Rocha. Direito fundamental à saúde e tutela individual: lendo esse direito à luz do liberalismo igualitário. **Conpedi Law Review**, Madri, v. 1, n. 2, p. 274-290, 2015. Disponível em: <<http://www.indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/3385>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRONZO, Carla. Vulnerabilidade, empoderamento e proteção social. Reflexões a partir de experiências latinoamericanas. *In: Encontro Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, 32. **Resumo dos Trabalhos do XXXII Enanpad**. Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. p. 157-157. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS-B967.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018

BUSSO, Gustavo. Vulnerabilidad social: nociones e implicâncias de políticas para Latinoamérica a inícios del siglo XXI. *In: Seminário Internacional “Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social em América Latina y el Caribe”, Comissão Econômica Para a América Latina e o Caribe (CEPAL)*. Santiago do Chile, 20 e 21 jun. 2001.

BUSSO, Gustavo. Pobreza, exclusión y vulnerabilidad social. Usos, limitaciones y potencialidades para el diseño de políticas de desarrollo y de población. *In: Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA)*, 8. Buenos Aires, 2005. Disponível em: <<http://www.redaepa.org.ar/jornadas/viii/AEPA/B10/Busso,%20Gustavo.pdf>>. Acesso em: 10 de out. 2018

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques. **As ações judiciais por anticorpos monoclonais em Minas Gerais, 1999-2009**: médicos, advogados e indústria farmacêutica. Orientador: Eli Iola Gurgel Andrade. 2012. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reflexões temáticas sobre equidade em saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CAPPELLETTI, Mauro. “Formações sociais e interesses coletivos diante da justiça civil”. Tradução: Nelson Palaia Ribeiro Campos. **Revista de Processo**. São Paulo, n. 5, p. 128-159. jan./mar. 1997.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à justiça**. Tradução: Ellen G. Northfleet. Porto Alegre: Sérgio Fabris, 1977. 168 p. Título original: Access to justice.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. Entre o guardião de promessas e o superego da sociedade: limites e possibilidades da jurisdição constitucional no Brasil. **Revista de informação legislativa**, v. 51, n. 202, p. 159-179, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/503043>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

CARVALHO, Ernani Rodrigues de. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 23, p. 115-126, nov. 2004.

CASTRO, Fernanda. **A judicialização da saúde em Minas Gerais: uma avaliação dos processos judiciais relacionados aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares no período de 1999-2009**. Orientador: Eli lola Gurgel Andrade. 2013. 103 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2013.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, nº 8, p. 1839-1849, ago. 2009.

CIEGLINSKI, Thaís. **CNJ avança para qualificar decisões judiciais sobre gastos com saúde**. Brasília, 16 mar. 2017. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84486-cnj-avanca-na-qualificacao-da-judicializacao-para-otimizar-gasto-de-saude>>. Acesso em :30 ago. 2017.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES. 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/CLASSIFICA%C3%87%C3%83O-BRASILEIRA-DE-OCUPA%C3%87%C3%95ES-MEC.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Relatório final** [...]. Brasília: CNS, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

COURA, Alexandre de Castro; ESCOSSIA, Matheus Henrique dos Santos da. A falácia no direito das minorias: a faceta pragmatista a partir do perfil contramajoritário da Corte. **Revista de informação legislativa: RIL**, v. 52, n. 207, p. 63-80, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/52/207/ril_v52_n207_p63>. Acesso em: 10 out. 2018.

DALARRI, Maria Paula Bucci. **Políticas públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Deliberação nº 25, de 26 de novembro de 2015**. Fixa parâmetros para o atendimento pela Defensoria Pública, relativos a interesses individuais. Belo Horizonte, MG: Defensoria Pública do Estado De Minas Gerais, 2015. Disponível em: <http://jornal.iof.mg.gov.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/156610/caderno1_2015-12-22%2025.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 out. 2018.

DEL NERO, Carlos R. O que é economia da saúde. *In*: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (orgs). **Economia da saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde, Brasília: IPEA. 1995. p.5-23. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/CAP1.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

DIDIER JUNIOR, Fredie; ZANETI JUNIOR, Hermes. **Curso de direito processual civil**: processo coletivo. 10. ed. Salvador: Jus Podivm, 2016. 512 p.

DIDIER JUNIOR, Fredie. **Curso de direito processual civil**: introdução ao direito processual civil, parte geral e processo de conhecimento. 19. ed. Salvador: Jus Podivm, 2017.

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; SCHWARTZ, Ida Vanessa D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacarídeos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 479-489, mar. 2012.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000.

ENGELMANN, Fabiano. **Judiciário e a produção do escândalo político**: fatores e contexto da “jurisdicização” da política, Brasília, 13 mar. 2015.

Disponível em: <<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/judiciario-e-a-producao-do-escandalo-politico-13032015>>. Acesso em: 07 maio 2018.

SCOREL, Sarah. Equidade em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, 2008. 478 p. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

FACCHINI NETO, Eugênio. Comentário ao artigo 170, inciso III. *In*: CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MENDES, Gilmar Mendes; SARLET, Ingo Wolfgang; STRECK, Lênio Luis (coords). **Comentários à Constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. *E-book*.

FAHEL, Murilo Cássio Xavier *et al.* Diferenças no acesso à serviços de saúde da população brasileira: uma análise comparada a partir das PNADs de 1998, 2003 e 2008". *In*: Encontro Nacional de Estudos Populacionais: população, governança e bem-estar, 19. **Anais**. 2014, São Pedro: São Paulo. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2268/2222>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

FAHEL, Murilo Cássio Xavier *et al.* Desigualdades em Saúde da População Mineira: uma análise comparada a partir das PADS de 2009 e 2011. **Revista Eletrônica de Economia**, Montes Claros, v. 2, n. 2, p. 123-140, 2014. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxLY29ub21pYWVwb2xpdGljYXNwdWJsaWNhc3xneDo3NDMzYWU1YTQ2MTkzMTM4>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

FAHEL, Murilo Cássio Xavier; NEVES, Jorge Alexandre Barbosa. Desigualdades em saúde no Brasil: análise comparada do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. **Teoria & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 17, p. 140-159, 2009.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub. Princípios de justiça e avaliação de políticas. **Lua Nova**, São Paulo, n. 39, p. 73-103, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451997000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 dez. 2018.

FIORILLO, Celso Antônio Pacheco. Comentário ao artigo 170, inciso VI. *In*: CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MENDES, Gilmar Mendes; SARLET, Ingo Wolfgang; STRECK, Lênio Luis (coords). **Comentários à Constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. *E-book*.

FLEURY, Sônia. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2686-2688, 2011. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/b445/3ea95d41d3eadd87f9487144157297152fb9.pdf>>. Acesso em :18 dez. 2018.

FLEURY, Sônia. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, jan./abr. 2009.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.3, p.696-701, 2008. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12923/art_FORTES_Reflexao_bioetica_sobre_a_priorizacao_e_o_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 dez. 2018.

GRAUS, Eros Roberto. Comentário ao artigo 170, *caput*, *In*: CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MENDES, Gilmar Mendes; SARLET, Ingo Wolfgang; STRECK,

Lênio Luis (coords). **Comentários à Constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. *E-book*.

INFANTE, Alberto *et al.* Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 8, n. 1/2, p. 13-20, 2000. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2000.v8n1-2/13-20/es>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Vulnerabilidade social no Brasil**: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Texto para discussão. Brasília :Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2364b.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018

JUNKES, Sérgio Luiz. **O princípio da justiça social e a sua relação com o conselho nacional de justiça**: uma análise das suas implicações na justiça da infância e juventude. 2011. 322f. Tese. (Doutorado em Direito). Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

JUNKES, Sérgio Luiz. A justiça social como norma constitucional. **Resenha Eleitoral - Nova Série**, Florianópolis, v. 12, n. 1, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.tre-sc.jus.br/site/resenha-eleitoral/revista-tecnica/edicoes-impresas/integra/2012/06/a-justica-social-como-norma-constitucional/indexe466.html?no_cache=1&cHash=aa3c3d7c9a3d443f55cddb5295ac227b>. Acesso em: 10 set. 2018.

KOERNER, Andrei. Ativismo Judicial?: Jurisprudência constitucional e política no STF pós-88. **Novos estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 96, p. 69-85, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 dez. 2018.

LAGES, Cíntia Garabini, PEREIRA, Renata Vilaça. Ações coletivas e o processo dialógico institucional como a tutela adequada na defesa do direito à saúde e experiência de outros países. *In*: LOBATO, Anderson Orestes Cavalcante; CERETTA, Juan (coords). **Direitos sociais e políticas públicas I**. Florianópolis: CONPEDI, 2016. p.74-91, 2016. Disponível em: <<https://www.conpedi.org.br/publicacoes/9105o6b2/07dgh43q/rg4Zs7k80Rc9q0Qt.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

LEITÃO, Rômulo Guilherme. "A Judicialização da Política". *In*: Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito - CONPEDI, 2005, Fortaleza. **Anais do XIV Congresso Nacional do CONPEDI**. Florianópolis, 2005. p. 239-240. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/XIVCongresso/098.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

LORENZETTO, Bruno Meneses; CLÈVE, Clèmerson Merlin. O Supremo Tribunal Federal e a autoridade constitucional compartilhada / Supremo Tribunal Federal and the shared constitutional authority. **Revista Brasileira de Direito**, Passo Fundo, v.

13, n. 3, p. 142-162, dez. 2017. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/1587>>. Acesso em: 16 nov. 2018. doi:<https://doi.org/10.18256/2238-0604.2017.v13i3.1587>.

LORENZO, Cláudio, Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética – RBB**, Brasília, v. 3, n. 2, p.299-312, 2006. Disponível em: <<http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 45, n. 3, p.590-598, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2403.pdf>>. Acesso em: 26 dez.2018.

MACIEL, Débora. KOERNER, Andrei. Sentidos da judicialização da política: duas análises. **Lua Nova**, São Paulo, n. 57. p. 113-133, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n57/a06n57>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

MARONA, Marjorie Corrêa; ROCHA, Marta Mendes da. Democratizar a jurisdição constitucional? O caso das audiências públicas no Supremo Tribunal Federal. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 25, n. 62, p. 131-156, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782017000200131&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 mar. 2018.

MARTINS, Urá Lobato. A judicialização das políticas públicas e o direito subjetivo individual à saúde, à luz da teoria da justiça distributiva de John Rawls. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 5, Número Especial, p. 309-328, 2015. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/3020/pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

MINAS GERAIS. [Constituição (1989)]. **Constituição do Estado De Minas Gerais**. Belo Horizonte, MG: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1989. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=Con&num=1989&ano=1989>>. Acesso em: 10 out. 2018.

MINAS GERAIS. **Lei complementar nº 65, de 16 de janeiro de 2003**. Organiza a Defensoria Pública do Estado, define sua competência e dispõe sobre a carreira de Defensor Público e dá outras providências. Belo Horizonte, MG, 2003. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=LCP&num=65&ano=2003>>. Acesso em: 10 out. 2018.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 02, jul./dez., 2011, p. 29-40. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695>>. Acesso em: 15 out. 2018.

NEVES, Daniel Assumpção Neves. **Ações constitucionais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, São Paulo: Método, 2013.

NEVES, Daniel Assumpção Neves. **Manual de processo coletivo**. 2. ed. Salvador: Jus Podivm, 2016.

NEVES, Daniel Assumpção. **Manual de Direito Processual Civil**. 10. ed. Salvador: Jus Podivm, 2018.

NUNES, André. As Teorias da Justiça e Equidade no Sistema Único de Saúde. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 37, p. 9-38, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/issue/view/31/showToc>>. Acesso em: 13 dez. 2018.

NUNES, Rizzato. Comentário ao artigo 170, inciso V. *In*: CANOTILHO, José Joaquim Gomes; MENDES, Gilmar Mendes; SARLET, Ingo Wolfgang; STRECK, Lênio Luis (coords). **Comentários à Constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. *E-book*.

PAIM, Jairnilson Silva. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n. 2, p.34-46, maio/ago. 2006.

PEPE, Vera Lúcia Edais *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2405-2414, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 dez. 2018.

PEREIRA, Januário Ramos. **Análise das demandas judiciais solicitando medicamentos encaminhados à diretoria de assistência farmacêutica da secretaria de estado da saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004**. Orientador: Eloir Paulo Schenkel. 2006. 133 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

PESSOA, Nívea Tavares. **Perfil das solicitações administrativas e judiciais de medicamentos impetradas contra a secretaria de saúde do estado do Ceará**. Orientador: Paulo Sérgio Dourado Arrais. 2007. 168f. Dissertação (Mestrado de Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Odontologia, Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

PORTO, Silva Marta. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. *In*: PIOLA, Sergio Francisco, VIANNA, Sérgio Magalhães (orgs.). **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, out. 1995. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5329:economia-da-saude-conceitos-e-contribuicao-para-a-gestao-da-saude&catid=291:1995&directory=1>. Acesso em: 20 dez. 2018.

RAWLS, Jonh. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. Título original: *A theory of justice*.

RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO 2010. Edição Especial. Nova York: PNUD, 2010. 253 p. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/RelatoriosDesenvolvimento/undp-br-PNUD_HDR_2010.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2018

RELATÓRIO NACIONAL DE ACESSO À JUSTIÇA NO BRASIL, 2004 A 2009. Brasília: CNJ, 2011. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/03/69f08fa6be2b411e6566b84bdc1d4b5a.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

RIBEIRO, Carlos Dimas. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 1109-1118, 2015.

ROCHA, Sonia. **Pobreza no Brasil**: afinal, de que se trata? 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006. 244 p.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A Sociologia dos Tribunais e a Democratização da Justiça. *In*: SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós modernidade. São Paulo: Cortez, 1999. p.141-161.

SARMENTO, Daniel. A proteção judicial dos direitos sociais: alguns parâmetros éticos-jurídicos. *In*: SOUZA NETO, Cláudio Pereira; SARMENTO, Daniel (coords.). **Direitos Sociais**: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010c. P. 553-586.

SARMENTO, Daniel. O Neoconstitucionalismo no Brasil: riscos e possibilidades. *In*: SARMENTO, Daniel. **Por um constitucionalismo inclusivo**: história constitucional brasileira, teoria da constituição e direitos fundamentais. Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2010a. P. 233- 272.

SARMENTO, Daniel. Ubiquidade constitucional: os dois lados da moeda. *In*: SARMENTO, Daniel. **Livres e iguais**: estudos de Direito Constitucional. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010b, p.167-205.

SCHWARTZMAN, Simon. **As causas da pobreza**. Rio de Janeiro: FGV, 2007. 207 p.

SEN, Amartya. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2008. 301 p.

SILVA, Virgílio Afonso da. O Judiciário e as Políticas Públicas: entre transformação social e obstáculo à realização dos direitos sociais. *In*: SOUZA NETO, Cláudio Pereira; SARMENTO, Daniel (coords.). **Direitos Sociais**: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p. 587-599.

SILVA, Delmo da *et al.* O direito à saúde no âmbito da justiça como equidade: limites e possibilidades da justiça social na extensão dos direitos sociais em Rawls. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Belo Horizonte. n. 115 . p. 169-201 . jul./dez. 2017. Disponível em:

<<https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/491>>. Acesso em: 18 jan. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIREITO PÚBLICO (São Paulo). **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3943**. Ada Pellegrini Grinover, São Paulo, 16 set. 2008. Disponível em: <http://www.sbdp.org.br/arquivos/material/542_ADI3943_pareceradapellegrini.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2018.

SOCZEK, Daniel. Vulnerabilidade social e Novos direitos: reflexões e perspectivas. **Espaço Jurídico**, Joaçaba, v. 9, n. 1, p. 19-30, jan./jun. 2008.

STRECK, Lênio Luiz. Entre o ativismo e a judicialização da política: a difícil concretização do direito fundamental a uma decisão fundamental constitucionalmente adequada. **Espaço Jurídico: Journal of Law**, vol. 17, n. 3, p. 721-732, 2016. Disponível em: <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/index.php/espacojuridico/article/view/12206/pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2018

STRECK, Lênio Luiz. Jurisdição Constitucional e Hermenêutica: Perspectivas e Possibilidades de Concretização dos Direitos Fundamentais Sociais no Brasil. **Novos Estudos Jurídicos**, Itajaí, v. 8, n. 2, p.257-301, maio/ago. 2003.

TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial como conteúdo essencial dos direitos fundamentais. *In*: SOUZA NETO, Cláudio Pereira; SARMENTO, Daniel (coords.). **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. p.313-339.

TRAVASSOS, Cláudia *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. Sistema de Bibliotecas e Informação. **Guia para normalização bibliográfica de trabalhos acadêmicos**. Ouro Preto, 2017. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufop.br/image/guia-normalizacao-sisbin.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

VIANNA, Luiz Werneck *et al.* **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999. 272 p.

VIANNA, Luiz Werneck; BURGOS, Marcelo Baumann; SALLES, Paula Martins. Dezessete anos de judicialização da política. **Tempo Social**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 39-85, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20702007000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 jun. 2018.

VIEIRA, Ribas *et al.* O supremo tribunal federal em tempos de mudança – parâmetros explicativos. *In*: MACHADO, Felipe; CATTONI, Marcelo (coords). **Constituição e processo: entre o direito e a política**. Belo Horizonte. Ed. Fórum, 2011. p. 179-213

VITA, Álvaro de. Justiça distributiva: a crítica de Sen a Rawls. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 471-496, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581999000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2019.

VITA, Álvaro de. Liberalismo, justiça social e responsabilidade individual. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 569-608, 2011.

VITA, Álvaro de. Uma concepção liberal-igualitária de justiça distributiva. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 39, p. 41-59, fev. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2018.

ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO

TERMO DE COMPROMISSO

TERMO DE COMPROMISSO que entre si fazem o Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde – GPES, representado por **Eli Iola Gurgel Andrade**, coordenadora do Projeto de pesquisa "Análise do impacto orçamentário no sistema único de saúde (SUS) de incorporação dos medicamentos mais demandados pela via judicial nos programas de assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais", de outro lado **Rosilene Borges dos Santos Araújo**, residente a Rua João Antunes de Siqueira, nº 173, Bairro Horto, Belo Horizonte/MG, CEP: 31035-020, Telefone: (31) 98827-2855, RG nº MG-8.646.668 e CPF nº 013.7623.516-20; Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado "Novos Direitos, Novos Sujeitos", na qualidade de orientando(a) do(a) professor(a) **Bruno Camilloto Arantes(UFOP)** e **Jorge Alexandre Barbosa Neves(UFMG)**, sob as seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira – Do objeto

O presente termo tem por finalidade o desenvolvimento da dissertação "Judicialização da saúde e a (des) conexão com a justiça social. Entendendo o fenômeno a partir do perfil socioeconômico de seus atores sociais. O caso do Estado de Minas Gerais" no âmbito do Projeto de pesquisa acima referido.

Cláusula Segunda – Das obrigações do Pesquisador

- 1 - Os trabalhos a serem enviados para publicação ou apresentação em eventos devem ser avaliados pela coordenadora da pesquisa antes de serem submetidos;
- 2 - Deverá citar o GPES como co-autor dos resultados das pesquisas quando da sua divulgação, seja por meio de artigos técnicos, relatórios, publicações, painéis, etc;
- 3 - Tratar, confidencialmente, todas as informações relativas aos trabalhos executados e resultados obtidos, assegurando que as mesmas poderão ser utilizadas em discussões dentro do grupo em âmbito científico, comprometendo-se a não as revelar a qualquer terceiro, tomando todas as providências cabíveis para que esta confidencialidade seja mantida por seus respectivos membros, a fim de resguardar sua oportuna exploração pelas partes.

Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde – GPES/UFMG



Cláusula Terceira – Dos Direitos de Propriedade dos Dados

TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE - Considerando que, para o desenvolvimento de trabalhos de pesquisa vinculados ao GPES, orientador(a) e orientando(a) irão lidar com informações consideradas confidenciais, os mesmo comprometem-se a manter o sigilo e a confidencialidade em relação às informações geradas no âmbito dos projetos, quanto a seus resultados parciais e/ou finais, bem como a utilização das bases de dados. As partes acima concordam e se comprometem a:

- 1 – Utilizar as bases de dados única e exclusivamente para as finalidades descritas neste documento;
- 2 – Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nesta base de dados;
- 3 – Não disponibilizar, emprestar ou permitir às pessoas ou instituições não autorizadas pelo GPES o acesso às bases de dados;
- 4 – Não divulgar, por qualquer meio de divulgação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem assim a confidencialidade dos dados contidos nas bases de dados;
- 5 – Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade das bases de dados;
- 6 – Manter em segredo todas as informações e/ou materiais, que tenham sido obtidos, verbal, por escrito, ou mediante qualquer outra forma, sendo a partir de agora denominadas como "informação" e usá-las exclusivamente para avaliação do projeto/estudo acima, conforme indicado na cláusula primeira;
- 7 - Não fazer uso da "informação" de nenhuma maneira, nem a qualquer tempo, exceto para os propósitos indicados na cláusula primeira. Não divulgá-la a qualquer pessoa, exceto para pessoas responsáveis e qualificadas, com autorização expressa do GPES, para as quais seja necessário, a fim de se atingir os objetivos propostos;
- 8 - A nenhum momento, direta ou indiretamente, tomar posse ou reclamar qualquer direito legal, seja por meio de solicitação de patente ou pelo uso de produtos ou processos derivados ou baseados na "informação", de maneira isolada ou em desacordo com as normas de Propriedade Intelectual vigentes;

Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde – GPES/UFMG



9 - Sem prejuízo às suas obrigações, conforme o presente acordo, retornar à outra parte, imediatamente após solicitação, todos os documentos contendo a "informação", ou qualquer outro material, incluindo cópias, fotos e extratos obtidos durante ou depois, não explorar ou usar a "informação" para qualquer propósito, a não ser conforme especificado na cláusula primeira ;

10 - Não reproduzir a "informação" obtida sem a permissão do coordenador da área.

Cláusula Quarta – Da Vigência

O presente Termo terá vigência por um período de um ano renovável após avaliação dos coordenadores de projeto e coordenação geral do GPES, a cada um ano.

Cláusula Quinta – Da Rescisão

Este termo poderá ser rescindido por quaisquer das partes, com uma antecedência mínima de três meses, para que possam ser acomodados os interesses de todos os envolvidos.

Cláusula Sexta – Do Acompanhamento

A coordenação do GPES será o órgão responsável para acompanhar e avaliar o presente TERMO e para julgar os casos omissos.

Belo Horizonte, 25 de outubro de 2018



Eli Iola Gurgel Andrade



Bruno Camillo Arantes



Jorge Alexandre Barbosa Neves



Rosilene Borges dos Santos Araújo

Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde – GPES/UFMG