

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

ANA TEREZA SOARES DE MARIA

**ANÁLISE DAS DECISÕES PROFERIDAS DO TJPB RELACIONADAS AO
CÂNCER DE MAMA NO ANO 2018**

**JOÃO PESSOA
2019**

ANA TEREZA SOARES DE MARIA

**ANÁLISE DAS DECISÕES PROFERIDAS DO TJPB RELACIONADAS AO
CÂNCER DE MAMA NO ANO 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
da obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientadora: M.^a Maria Lígia Malta de
Farias.

**JOÃO PESSOA
2019**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M333a Maria, Ana Tereza Soares de.

Análise das decisões proferidas do TJPB relacionadas ao
câncer de mama no ano 2018 / Ana Tereza Soares de
Maria. - João Pessoa, 2019.

80 f. : il.

Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Judicialização, Saúde, Câncer de mama. I. Título

UFPB/CCJ

ANA TEREZA SOARES DE MARIA

**ANÁLISE DAS DECISÕES PROFERIDAS DO TJPB RELACIONADAS AO
CÂNCER DE MAMA NO ANO 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Direito de João Pessoa do Centro de
Ciências Jurídicas da Universidade
Federal da Paraíba como requisito parcial
da obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientadora: M.^a Maria Lígia Malta
de Farias.

DATA DA APROVAÇÃO: 14 DE MAIO DE 2019

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Me. MARIA LÍGIA MALTA DE FARIAS
(ORIENTADORA)


Prof.^a Dr.^a RAQUEL MORAES DE LIMA
(AVALIADORA)


Prof. Me. FILIPE MENDES CAVALCANTI LEITE
(AVALIADOR)

RESUMO

O direito à saúde tem gerado grandes discussões direcionada ao cumprimento integral deste direito, sendo pleiteado nas esferas jurídicas pertinentes. Desta forma, as demandas judiciais podem servir como sentinela aos principais problemas enfrentados pelos sistemas assistenciais à saúde, sendo de fundamental importância o estudo destas reclamações. Este estudo aborda a judicialização na saúde relacionada ao câncer de mama seja através da assistência pública ou suplementar. Por meio da análise de ações judiciais contidas na base pública on-line do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba. Com a aplicação dos requisitos estabelecidos metodologicamente, foram analisadas 9 ações relacionadas a demandas judiciais a prestação de serviços de saúde a portadores do câncer de mama. O período de busca dos registros analisados foi do ano de 2018. Além de quantificar e descrever o perfil das demandas levadas à Justiça, buscou-se a análise qualitativa de decisões judiciais. . O estudo concluiu que não existiam trabalhos com o recorte presente que foi analisado, direcionado ao câncer de mama. Também identificou que os principais problemas judicializados são a busca por fornecimento de medicamentos e autorização de procedimentos. Concluiu que o arcabouço normativo tem sido utilizado harmonicamente na jurisprudência analisada. Foi encontrado também nuances de possíveis modificações na jurisprudência nas decisões vindouras devido a decisões de recursos repetitivos e de repercussão geral publicados no ano de 2018.

Palavras-chave: Judicialização. Saúde. Câncer de mama.

SUMMARY

The right to health has generated great discussions aimed at the full fulfillment of this right, being sought in the pertinent legal spheres. In this way, the judicial demands can serve as a sentinel to the main problems faced by health care systems, being of fundamental importance the study of these complaints. This study addresses the judicialization in breast cancer-related health whether through public or supplementary care. Through the analysis of lawsuits contained in the online public database of the Court of Justice of the State of Paraíba. With the application of the requirements established methodologically, we analyzed 9 actions related to lawsuits to provide health services to breast cancer patients. The period of search of the analyzed records was of the year of 2018. In addition to quantifying and describing the profile of the demands brought to justice, a qualitative analysis of judicial decisions was sought. . The study concluded that there were no studies with the present cutout that was analyzed, directed to breast cancer. He also identified that the main judicial problems are the search for drug supply and authorization of procedures. It concluded that the normative framework has been used harmonically in the case-law analyzed. It was also found nuances of possible changes in jurisprudence in the decisions to come due to decisions of repetitive appeals and of general repercussion published in the year 2018.

Keywords: Judiciary. Health. Breast cancer.

Índice de Ilustrações

FIGURA 1 Site de fonte de dados da pesquisa	32
FIGURA 2 Fluxograma da classificação do registros jurisprudenciais encontrados..	33
FIGURA 3 Análise das jurisprudências utilizadas nas decisões de direito público classificadas na pesquisa.....	52

Índice de Tabelas

TABELA 1 - Características selecionadas para análise pela metodologia da pesquisa	31
TABELA 2 - Registros tendo como parte em demanda pessoa jurídica de direito público.....	38
TABELA 3 - Registros tendo como parte em demanda pessoa jurídica de direito público.....	48
TABELA 4 - Registros tendo como parte em demanda pessoa jurídica de direito privado	56

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1- Número de beneficiários de planos privados de saúde	26
GRÁFICO 2 - Quantitativo das espécies das ações iniciais dos registros analisados.	41
GRÁFICO 3 - Estratificação da causa de pedir dos registros analisados	42
GRÁFICO 4 - Tendência dos argumentos utilizados pelos apelantes nos registros analisados.....	49
GRÁFICO 5 - Principais legislações citadas nas decisões de mérito perante o poder público.....	51
GRÁFICO 6 - - Principais argumentos utilizados pela parte apelante de direito privado, nas decisões de mérito dos registros analisados	57
GRÁFICO 7 Análise dos fundamentos dos acórdãos classificados nas relações de direito privado.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CPC	Código de Processo Civil
FAS	Fundo de Apoio Social
Funrural	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
JFP	Justiça federal da Paraíba
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado da Saúde da Família
NAT	Núcleo de Apoio Técnico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPA	Plano de Pronto Ação
PRI	Processo Regional Integrado
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RE	Recurso Extraordinário
RG	Repercussão Geral
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de Mama
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TJDF	Tribunal de Justiça do Distrito Federal
TJMT	Tribunal de Justiça do Mato Grosso
TJPB	Tribunal de Justiça da Paraíba
TJRS	Tribunal da Justiça do Rio Grande do Sul
TRF5º	Tribunal Regional Federal 5º
TRF5º/JF	Tribunal Regional Federal 5º/ Juizado Federal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	DIREITO À SAÚDE	13
2.1	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	15
3	ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL	19
3.1.1	SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	21
3.1.2	SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	25
4	CÂNCER DE MAMA	28
5	METODOLOGIA DA PESQUISA	31
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

“Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” é assim conceituada a saúde para a Organização Mundial de Saúde (OMS). Tanto complexa é seu conceito, quanto a plenitude de sua existência no ser humano. Como garantir o equilíbrio pleno desta rede para que se tenha a completude deste bem estar (SCLIAR, 2007). Previsto na nossa Carta Magna, o Direito à Saúde, tem gerado grandes discussões direcionada ao cumprimento integral deste direito. Nos artigos 6º e 196 da Constituição (BRASIL, 1988), o direito fundamental à saúde se tornou dever do Estado. O Estado executa este direito através de políticas públicas voltadas para atenção integral da saúde do indivíduo (PERLEBERG NETO, 2017).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o acesso aos serviços de saúde no Brasil vem melhorando estatisticamente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias. Em 2013 esse valor aumentou para 15,3% nos últimos quinze dias, fica evidente o fortalecimento deste acesso com o passar das décadas, e a melhoria que um sistema universal e mais acessível é modificador. (IBGE; VIACAVA, 2018).

O acesso a saúde, teoricamente universal e a dicotomia dessa assistência através, do SUS e da Saúde Suplementar traz a jogo, a capacidade do Estado e dos planos de saúde privados, a garantia do cuidado integral desses usuários. Suas fragilidades são pleiteadas judicialmente sendo as decisões fundamentadas nas legislações vigentes pertinentes.

O SUS, deve ter a capacidade de atender suas demandas dentro do seu contexto social de forma integral. Para que as necessidades da população sejam atendidas, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão da prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade (PINHEIRO, 2014). O cuidado integral se consolida através das Redes de Atenção à Saúde (RAS), possíveis fragilidades destas redes são litigadas através do poder judiciário para que seja garantida a integralidade da assistência. (SANTOS, 2016)

O sistema de Saúde Suplementar ou como é mais conhecido, Sistema Privado, é constituído por serviços onerosos ao consumidor para atendimentos de saúde. O destaque cabe às operadoras de planos de assistência à saúde; aos beneficiários, que são os usuários dos serviços de assistência à saúde oferecidas pela operadora; e os prestadores de serviços de saúde, pessoas físicas ou jurídicas conveniadas às operadoras através contrato que efetuam os serviços assistenciais prestados aos beneficiários (GAMARRA, 2017). A Saúde Suplementar é um importante setor de prestação de serviços de saúde e atende grande parte da população, o que diminui de forma considerável os usuários do setor público, além de movimentar a economia do país (CUNHA, 2017).

Apresentando um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, o câncer de mama é uma neoplasia assim classificada devido a sua alta incidência, morbidade, mortalidade, alta demanda financeira no tratamento, manutenção e reabilitação (DOS REIS, 2018). Diante das fragilidades apresentadas diariamente em relação a efetivação do cuidado ao tratamento dos portadores de câncer de mama, o cidadão, ver a judicialização como possível, forma de garantir o seu direito de assistência. A judicialização da saúde tem sido discutida na atualidade por expressar uma possível discordância entre os gestores executivos, planos de saúde e seguros de saúde diante das decisões do Poder Judiciário que obrigam estas instituições a fornecer prestações de saúde em cumprimento de suas responsabilidades (NEVES, 2018).

A análise das decisões judiciais diante casos com pontos em comum é de extrema importância para a segurança jurídica principalmente em sua uniformidade, como também verificar se caminham de acordo com precedentes jurídicos sobre o tema e das decisões de tribunais superiores. Como exigência para formulação de sentenças as fundamentações são requisitos que se ausente, poderá levar a nulidade da decisão. Os fundamentos deverão confrontar todos os argumentos apresentados no processo capazes de modificar a conclusão decidida pelo julgador (RODRIGUES, 2017). As demandas judiciais analisadas também podem servir como sentinela aos principais problemas enfrentados pela assistência à saúde, sendo de fundamental importância o estudo destas reclamações.

O presente estudo tem por objetivo quantificar e analisar as demandas judiciais publicadas no Tribunal de Justiça da Paraíba que sejam relacionadas a assistência à saúde do portador de câncer de mama. Dividido em cinco capítulos no capítulo um foi

abordado o Direito à Saúde e a judicialização da saúde no Brasil, no segundo capítulo para fundamentar os campos de acesso a saúde no país foi explanado sobre as formas de acesso a saúde existentes na atualidade, suas implicações e fragilidades. O terceiro capítulo deslinda sobre o câncer de mama, objeto de estudo escolhido pela pesquisa devido a ser, o de maior incidência em mulheres no Brasil. No quarto capítulo é demonstrado os pormenores da metodologia adotada nesta pesquisa. O quinto e último capítulo aborda todos os achados da metodologia escolhida e realiza a discussão com a literatura, legislação e jurisprudência pertinente a temática.

2 DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde como direito fundamental tem sua origem histórica nas constituições modernas. Estas, tinham como direcionamento a igualdade exclusivamente normativa através de um modelo liberal. O Estado, absenteísta exerciam intervenção mínima nas relações, principalmente econômicas. Neste período temos a criação dos “*direitos de primeira geração*”. Estas relações fortificaram o capitalismo, aumentando vertiginosamente as diferenças sociais e agravando ainda mais, a situação dos mais vulneráveis. Conta desta data, a luta por direitos trabalhistas e o reconhecimento das desigualdades sociais. O Estado nesta fase passa a ter uma atuação positiva, através de políticas públicas, preste a efetivação desses direitos. Surge neste momento, os “*direitos de segunda geração*”, em prol da igualdade social garantindo assim: direitos do trabalho, saúde, moradia, lazer, educação entre outros.

A Constituição Federal de 1988, acolheu os direitos sociais como direitos fundamentais como descrito no seu artigo 6º: “*São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.*” A classificação dos direitos sociais como direitos fundamentais, os colocam em um patamar de proteção e garantia social por estarem inserido nas “cláusulas pétreas” da constituição não podendo ser modificadas, a não ser pelo poder originário constituinte. Conforme disposto no artigo 60 da normativa supracitada, não poderá ser abolida por emenda constitucional “os *direitos e garantias individuais*” (BRASIL, 1988).

A Assistência à Saúde está inserida na Seguridade Social, conforme preceitua a constituição expresso no artigo 194, segundo normativa a mesma compreende um conjunto de ações do Poder público e da sociedade na garantia dos direitos à saúde, previdência e assistência social. No artigo seguinte, 196, temos a normativa direcionada a organização e garantia da saúde aos cidadão, apresenta o dever do Estado na prestação deste serviço, através de políticas públicas. Determina ainda, a garantia de acesso universal, igualitário e que seja assegurado o cuidado de forma integral. No artigo 197 é perceptível a necessidade da suplementação da assistência privadas nos serviços públicos. Neste artigo também é possível observar a responsabilidade depositada no Poder Público sobre esta assistência pois, determina

como sua obrigação a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde .

O artigo 198 prepara e garante a organização do serviço público de saúde em forma de sistema centralizado, dando origem assim, ao Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1990. De acordo com a constituição no referido artigo são diretrizes do SUS: a descentralização, com coordenação única em nível federal, estadual e municipal; atendimento integral priorizando a prevenção mais não em detrimento da assistência especializada curativa e participação da comunidade.

O SUS é regulado através da Lei 8080/1990 que vem fortalecer os preceitos constitucionais e organizar seu funcionamento. Determina os princípios do SUS que vem a reforçar a garantia do cidadão brasileiro ao acesso à saúde de forma universal, igualitária e integral. São dispostos no artigo 7º desta lei, quatorze princípios que direcionam a organização, coordenação e execução do SUS. Os principais deles são a universalidade, integralidade, igualdade e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, fortalecendo assim as diretrizes constitucionais.

Analisando este artigo podemos destacar a complexa rede necessária e garantia, que é estabelecida para prestação de saúde pelo SUS, e com isso a responsabilidade assumida pelos entes federados na execução e efetividade. É descrito com detalhes, a integralidade dessa assistência e o amparo completo a esse cidadão, para que permita o acesso amplo do conceito saúde.

O artigo 199, apresenta a dicotomia de assistência fornecida a população brasileira sendo elas pública e suplementar. O artigo trata que é livre a iniciativa privada, não sendo pertinente, as diretrizes expostas no artigo 198 de universalidade, igualdade e integralidade. Filho (1999) descreve seu entendimento a respeito do artigo exposto da seguinte forma sobre a questão da iniciativa privada. *“Nada tem cabimento na saúde suplementar. A atividade é livre à iniciativa privada, não se aplicando às operadoras de planos e seguros de saúde as exigências de acesso universal e amplitude de assistência, próprias da função estatal na saúde”.*

A construção do direito à saúde, com toda a abrangência que lhe foi dada no texto constitucional, exigindo para sua garantia o controle popular das políticas públicas, tem sido efetivada com muita lentidão pelo Poder Judiciário. Deve-se

reconhecer, entretanto, que a dificuldade de compreender a amplitude do direito à saúde é devida tanto aos fatores culturais quanto, sobretudo, à inexperience dos operadores do direito no tratamento jurídico das políticas públicas (DALLARI, 2008, p.19).

Entende-se que o direito a saúde no Brasil, devido a sua característica dicotômica. Apresenta em um hemisfério o direito público, universal que abrange todos os cidadãos, é garantido e regulado pela constituição e legislações infraconstitucionais pertinentes. Sendo esse sistema dever do Estado de garantir a assistência integral. Trata-se de direito fundamental intrínseco de todos cidadãos brasileiros. O outro hemisfério trata da assistência privada, garantida através das relações contratuais estabelecidas entre as partes. Sendo esta regulada pelo direito do consumidor, código civil e legislações pertinentes

2.1 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A judicialização da saúde no Brasil vem crescendo em escala progressiva. Um Estado com déficits financeiros e que não tem comportado as demandas de saúde necessárias à população. Como é previsto em sua Constituição o acesso integral a saúde é garantido ao cidadão, reivindicar este direito. Sendo assim, o ente público, torna-se polo passivo de inúmeras ações judiciais que pleiteiam, a concessão das mais diversas demandas em relação a assistência à saúde, diante uma rede de atenção, que não consegue garantir a assistência integral a todos através da administração (NEGREIROS, 2014; DE OLIVEIRA, 2017).

Mesmo com duas principais forma de acesso a saúde, a realidade é que existe uma situação deficitária do sistema público, contando ainda com um sistema de saúde privado caro e que por algumas vezes não contempla todas às necessidades do usuário, ao qual até os mais abonados, não teriam condições de arcar com despesas altíssimas de alguns tratamentos sendo assim, a judicialização surge com a possibilidade de garantia ao tratamento necessário (SOUZA, 2018; KALIKS,2013).

Para Barroso (2010),

Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário. Trata-se, como intuitivo, de uma

transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, que são o Legislativo e o Executivo. (BARROSO, 2010, p.5).

Diante da judicializações, as decisões consolidam suas fundamentações através de jurisprudências repetidas, abordando a temática. O termo jurisprudência tem vários significados, o que as vezes ocasiona um entendimento controverso do que tipo de objeto estaríamos tratando. São eles: todo o arcabouço das decisões judiciais; o precedente judicial que se utiliza com argumento jurídico para fundamentar demanda pleiteada; a sentença de tribunais superiores; os acordos plenários das Câmaras de apelação e as dispostas obrigatoriamente com caráter vinculante como as súmulas vinculantes (SILVA et al,2017).

Para o glossário do Supremo Tribunal Federal (STF) jurisprudência significa “Conjunto de decisões reiteradas de juízes e tribunais sobre algum tema “ou também “Orientação uniforme dos tribunais na decisão de casos semelhantes” (BRASIL, 2018). Como a coleta de dados deste trabalho trata de decisões publicadas oriundas dos tribunais de Segunda instância, a conceitualização que se refere a “sentenças de tribunais superiores” enquadra de forma precisa para nosso objetivo.

Impõe-se o dever aos tribunais de acordo com artigo 926 do Código de Processo Civil (CPC) manter sua jurisprudência uniforme, estável, íntegra e coerente. Assim é desejável que o mesmo juiz não mude de opinião; que os tribunais de segunda instância mantenham a jurisprudência firme e estável; mas é, principalmente, não só desejável, como imprescindível para o bom funcionamento do sistema que os tribunais superiores, não alterem com frequência suas posições.(SALOMÃO, 2017).

A judicialização de políticas públicas, envolve adversidades, que se iniciam na separação de poderes, principalmente relacionado ao direcionamento gerencial do poder judiciário nas questões políticas. Repercute na responsabilidade de cada ente federado. Abrange a complexa ponderação entre valores constitucionais e o princípio da reserva do financeiramente possível, objetivando garantir o atendimento das demandas individuais ou coletivas de forma que não comprometa a política pública de saúde em sua totalidade (VALLE,2011).

Servindo para facilitar e garantir o acesso, a judicialização da saúde surge como possibilidade para o cidadão, desvencilhar da burocracia do sistema de saúde e suas limitações. Em estudo Leitão (2012) corrobora esta necessidade de

judicialização, em relação ao acesso da assistência farmacêutica. O cidadão brasileiro tem a cada dia plena consciência do seu direito, isto impulsiona as demandas judiciais, principalmente em relação a deterioração do sistema de saúde (SOUZA, 2018).

A saúde e o direito são áreas de grande destaque político no País. Entidades jurídicas e de saúde têm legitimado de forma atuante seu papel nesse processo, que influencia indiscutivelmente as civilidades e a formação de meios reivindicatórios de direitos pela coletividade. Há pouco mais de 30 anos o Brasil garantiu os direitos através da Constituição Federal de 1988 e sua criação foi originado de grande pressão social e parlamentar.

A judicialização do direito à saúde, já tem mostrado seus frutos conduzindo ambos sistemas públicos e privados, a atuar de forma diversa do seu histórico, em situações como fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças. Estes temas são reclamações frequentes ao judiciário em qualquer estado do Brasil. O decurso desta judicialização é o aumento do papel do judiciário no ativismo da efetivação da saúde. A presença do judiciário tem tornando-se, cada vez mais presente na gestão em saúde, seja em uma decisão de um juiz comum ou no plenário do STF. Por algum tempo estas decisões foram orientadas pelo convencimento pessoal do juiz, algumas temáticas hoje já estão consolidadas jurisprudencialmente, outras, ainda não.

Em regra, as decisões judiciais não tinham uma sólida padronização dos limites da decisão judicial ou não traziam uma discussão mais aprofundada sobre as questões específicas de saúde. Isto fez que os magistrados decidissem com frequência de maneira “solitária” as demandas de saúde apresentadas. O resultado foi uma ampliação decisiva dos serviços de saúde pela via judicial, e um dos exemplos mais paradigmáticos dessa “virada judicial” foi o reconhecimento do dever do Estado de concessão de antirretrovirais para portadores de HIV/Aids (ANSESI, 2015, p. 10).

Sendo assim, a importância do magistrado em qualquer que seja a instância, possuir o conhecimento amplo e pertinente da legislação sobre o tema, guiando assim a tomadas de decisões de forma mais coerente e acertada de acordo com a normativa vigente.

O fenômeno conhecido como “judicialização da saúde” no Brasil corresponde a busca do Judiciário para garantir, sobretudo, o acesso ao medicamento, e serve para esclarecer – no campo exclusivamente do direito – a dificuldade de equacionar a mudança. Sendo o medicamento um objeto híbrido, ao mesmo

tempo mercadoria e bem sanitário, o direito que dele se ocupa tem aspectos puramente contratuais clássicos, decorrentes de sua faceta mercadológica; outros claramente associados aos direitos sociais, que implicam a disciplina legal do acesso a eles enquanto bens indispensáveis ao cuidado a saúde; e outros que estão ainda na estrita dependência do desenvolvimento econômico-social e cultural que vêm sendo denominados por seu caráter transindividual, identificáveis na proteção ao conhecimentos tradicionais ou na avaliação dos riscos e benefícios éticos dos ensaios clínicos, por exemplo. É preciso, então, que os juízes e demais profissionais do campo jurídico conheçam os textos legais regulando as diversas matérias, mas é necessário também que eles controlem cada um dos suportes legais que contém os diferentes elementos que compõem a política do medicamento, verificando a efetiva realização do controle popular em todas elas, como ordena a constituição (ANSESI, 2013, p. 108).

Foi neste sentido que no decorrer dos anos que o judiciário empenhou-se na tentativa de ordenar os julgados na área da saúde buscando a uniformidade das decisões. Várias ações foram e continuam a ser realizadas neste intuito. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) lidera e estimula a atuação do judiciário nesta temática, buscando estabelecer uma política judiciária para a saúde. O trabalho inicial envolveu a divulgação e discussão do tema através do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde e a criação de Comitês Estaduais de Saúde.

Por certo, o Judiciário tem como dever a cumprir quando constatado a não prestação dos serviços de saúde ou o seu mau funcionamento, seja do SUS ou da saúde suplementar. Do mesmo modo, que a ilegalidade ou o não cumprimento contratual, cometido, ainda que por omissão, deve ser demonstrada pela pessoa que litigar individualmente. Não obstante isso, para que não seja esvaziado o sentido do direito à saúde e o cumprimento do acordo entre as partes, o Judiciário deve ponderar sempre que estabelecer critérios para a concessão/denegação dos pedidos individuais.

A análise destes critérios decisórios, as diferenças entre as decisões do tribunal, devem ser estudadas a fim de compreender as características do acesso aos serviços de saúde particulares e públicos, relacionados ao poder judiciário, da eficiência na prestação dos serviços, posturas dos profissionais de saúde e operadoras e gestores locais e ainda do conhecimento e da capacidade de exercício dos direitos, garantidos por lei, por parte da população, bem como valores e concepções utilizados pelos juízes no julgamento dos recursos.

3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Nos últimos 60 anos, melhorias significativas nas estatísticas de saúde tem sido observadas mesmo com o declínio na crise, a perspectiva de acesso seja público ou privada cresce. Como causas, pode-se elencar o aumento do nível de renda e educação da população, assim como a melhoria e disponibilidade dos serviços de saúde. No entanto, é perceptível que esta melhora em nosso país, tem sido lenta e desigual. Malária, tuberculose, diarreia, problemas respiratórios, e muitas outras doenças ainda são causas de grande parte das mortes. Para agravar o problema, doenças de alta morbidade se instala como característica principal dos adoecidos no Brasil e esse número só tem aumentado são exemplos: o câncer, problemas mentais e cardíacos (AMARAL,2018).

Desde da nossa constituição de 1988, a saúde passou a ser um bem de todo cidadão brasileiro. Um sistema universal, igualitário, integral fornecido pelo Estado independente de contribuição do usuário, nos faz único no continente americano. Estamos falando de uma rede complexa formada por um sistema com característica dicotômica, onde surge um sistema público e um sistema privado em uma visão relativamente simplista porém normatizada conforme os artigos 196, 197 e 199 da Constituição Federal, ao qual apresenta os possíveis atores na execução dos serviços de saúde para população. Sobre a temática Filho (1999) destaca que:

É possível estabelecer uma regulamentação das atividades da saúde suplementar que garanta os direitos dos seus usuários sem elitizar os serviços ou expor as empresas à insustentabilidade financeira. A convivência entre o serviço público de saúde e o segmento da saúde suplementar é uma realidade em todo o mundo, não apenas nos países mais desenvolvidos, mas também nas economias emergentes (FILHO, 1999, p. 2).

A Lei 8.080/1990 que determina a regulação dos serviços de saúde público, também em seu artigo primeiro apresenta esta dicotomia público/ privada da assistência, devido a complementariedade dos serviços privados, previstos para o SUS. Conforme seguinte redação: *“Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter*

permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (BRASIL,1990).

Para Paim (2012)

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público/privada financiada sobretudo por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM, 2012, p. 9)

Antes da Carta constitucional de 1988, o serviços de saúde de brasileiro tinha como característica a exclusão de grande parte da população ao acesso, tratava-se de serviços fornecidos de forma fragmentada a diferentes categorias, havia uma predominância dos serviços de saúde privado e o cuidado era voltado a ações curativas de saúde. Conforme cita Andrade (2018)

Durante esse período, o subsistema público – altamente centralizado no governo federal – apresentava segmentação institucional e de clientela. O Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (Mpas) tinham funções diferentes e públicos distintos. O Mpas – por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – responsabilizava-se pela assistência aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, enquanto o MS e as secretarias estaduais e municipais de saúde respondiam, basicamente, pelas ações de controle de doenças transmissíveis, pelas vigilâncias sanitária e epidemiológica e por serviços assistenciais (restritos) à população mais pobre; nesse caso, com o apoio de entidades filantrópicas (Santas Casas) (ANDRADE, 2018, p. 358).

Essas características formavam a assistência à saúde no Brasil até meados da década de 70. Após esse período, a movimentação administrativa para organização da coordenação dos serviços de saúde, buscava o aumento populacional com direito ao acesso de serviços públicos de saúde. São exemplos de resultados a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), que tinha o objetivo

de proporcionar assistência médica previdenciária ao trabalhador rural; Plano de Pronto Ação (PPA), em 1974, ofertava a toda a população, independentemente de vinculação à Previdência Social acesso a serviços de Urgência e Emergência; em 1976 deu início o primeiro processo de ações de atenção básica na região do nordeste através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Importante salientar que o PIASS representou o primeiro programa com efetiva articulação entre diferentes poderes nos serviços de saúde, todas as ações anteriormente decorriam do governo federal sem descentralização das responsabilidades.

Daí então discussões, articulações e outras programas forma precursores do que se tornaria no atual Sistema Único de Saúde. São exemplos dessas iniciativas a criação da organização de articulação interinstitucional: Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS); Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1986 e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. Para o setor privado mesmo com todo movimento de universalizar o acesso e torna-lo acessível, ocorreram mudanças significativas em sua estrutura no mesmo período. São exemplos o apoio no aumento dos serviços hospitalares com subsídio do Fundo de Apoio Social (FAS); aumento mercadológico dos planos de saúde e seguros privados.

O movimento de reforma sanitária tinha suas bases e fortalecimento nas universidades e junto aos profissionais de saúde. O auge do movimento ocorreu durante VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que culminou na Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Ela foi fonte para criação da letra normativa constitucional vigente.

3.1.1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil, onde o direito a um sistema público, universal e integral de saúde está positivado na Constituição Federal. Trata de um sistema relativamente novo e garantias de acesso abrangente, que é o inverso do histórico da assistência no país. As divergências, debates e dificuldades tem sido frequentes quanto a concepção de universalidade e integralidade. É bem verdade, que o SUS não alcançou a universalidade e a integralidade almejada na legislação. Desta forma, é primícias o constante debate construtivo, para que ela seja alcançada. São objetos destes

debates, o financiamento e suas limitações; os processos de prestação de serviços; fornecimento de medicamentos e insumos; mão de obra em saúde; implementação das redes de atenção; sistemas de informação e comunicação; tecnologias em saúde; mecanismos de garantia da qualidade; governança; legislação e mecanismos de regulação, entre outros.

A universalidade é um dos princípios fundamentais do SUS, que determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer distinção, tenham direito ao acesso à saúde. O SUS representou uma conquista democrática: antes da implementação do sistema, o acesso aos serviços públicos de saúde era restrito às pessoas com vínculo formal de trabalho. Entretanto, apesar dos avanços conquistados com a criação do SUS e de seu embasamento no princípio da universalidade, o sistema enfrentou dificuldades na implementação, especialmente considerando o contexto político e econômico do país no período da sua regulamentação (KEMPER, 2018, p. 2).

A forma de organização operacional do sistema de saúde escolhido por um Estado, pode levá-lo a autossuficiência ou ao colapso econômico, social e de saúde de sua população. Diante da temática abordada é necessário aprofundarmos no entendimento sobre as redes de atenção, visto que, o objetivo da RAS é formar uma complexa rede a qual, permita ao usuário acesso a suas necessidades de saúde. A possível presença de fragilidade nos fluxos formados por estas redes e em sua operação, gerará demandas muitas vezes judicializadas, para que seja garantido o acesso. Conforme a portaria nº. 4.279/2010 a RAS é assim conceituada:

Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p. 1).

O modelo de atenção à saúde, relacionada a divisão no cuidado à saúde, completará em breve um século. Elaboraões do cuidado de forma integrada e dialogada entre os diferentes níveis, podem ser vistas no relatório Dawson, publicado na Inglaterra em 1920. Como objetivos, este relatório orientava viabilizar os serviços de saúde conforme a carência da população integrando, as ações curativas com as preventivas em uma região determinada (SILVA, 2011).

Para Mendes (2010) o seu estudo concluiu que a literatura internacional demonstra que, as RAS são capazes de melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários como também melhorar a eficácia dos sistemas de atenção à saúde. Porém em uma análise observatória superficial, fica claro que este resultado não condiz com a realidade brasileira, o qual demonstra um sistema frágil e com arestas soltas.

Os estudos apontam no sentido de que estruturar sistemas em redes é o mais eficiente caminho para a concretização da integralidade como princípio fundante do SUS constitucional brasileiro como em efeito cascata as redes estruturadas e dialogando eficientemente concretiza a integralidade que diretamente diminui os custos. (JUNIOR, 2014, p.17)

Diante da importância das RAS para o SUS muito já se discutiu aqui no Brasil e em outros países, produzindo assim uma densa bibliografia sobre o tema. A transição da incidência e prevalência de doenças agudas para as crônicas diante da evolução da medicina, torna as redes de atenção mais adequadas para assistência destes indivíduos acometidos por doenças crônicas, visto que possui uma característica de formação do cuidado integrado, o que intrinsecamente, resulta na redução dos custos assistenciais à saúde (JUNIOR, 2014; PALOSCHI, 2016).

A RAS tem como objetivo, estabelecido por norma, a promoção da integração sistêmica dos serviços de saúde com a assistência contínua e integral do indivíduo através do desempenho responsável, eficaz, eficiente, acessível. Para melhor estruturação da RAS foi dividido em 2011 grupos temáticos pelo Ministério da Saúde (MS) gerando subdivisão da rede. Assim como também em níveis das unidades federativas também são construídas redes regionais para organização do fluxo (SILVA, 2014).

Entre as redes de atenção priorizadas pelo o MS a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas é uma delas, devido a sua incidência, prevalência, morbidade e mortalidade o câncer foi o que iniciou esta rede através, do aumento da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero. Esta rede é regulamentada pela portaria nº483 de 1º de abril de 2014. A mesma dispõe a responsabilidade dos entes públicos ao cuidado integral dos pacientes portadores destes agravos (BRASIL, 2014)

A Rede de Atenção à Saúde na Paraíba, a nível informativo estabelecido, ainda é muito fragilizada. Estudos existentes publicados são fragmentados e direcionados apenas para discussões de avaliação da forma de diálogo entre as redes, e outros poucos demonstrando algum serviço específico dentro de uma determinada linha de cuidado. O que torna difícil o conhecimento estrutural completo desta rede através de uma perspectiva acessível ao público, sendo este conhecimento aparentemente, apenas interno dos entes administrativos. A importância do conhecimento desta rede seria reconhecer, prontamente qual o ente responsável por determinada prestação de serviço, organização esta que é baseada em acordos administrativos, pactuações e normativas. De forma clara seria identificável pelo julgador o ente que não cumpriu as responsabilidades, independente do instituto da responsabilidade solidária entre os entes.

Corroborando com esta fragmentação Sampaio (2016), descreve o processo de trabalho dos multiprofissionais, hoje com a nomenclatura de núcleo ampliado da saúde da família (NASF-AB). No estudo, demonstra este profissional como único organizador, gerenciador e em algumas situações até detentor do conhecimento das redes de atenção do município para resolução de conflitos na assistência da atenção básica. Para que o fluxo ocorra sem entrave o conhecimento compartilhado é necessário para o bom diálogo entre os serviços para melhor resolutividade dos casos.

Em agosto de 2018 foi realizado a aprovação da resolução nº 59 que trata das diretrizes para o Processo Regional Integrado (PRI) no âmbito estadual da Paraíba e entre elas prever a organização das Redes de Atenção à Saúde no Estado com ações na atenção Primária; atenção secundária e terciária; sistemas de apoio diagnóstico; programação da assistência farmacêutica; sistemas de diagnóstico; sistemas logísticos; sistema de governança e instâncias deliberativa. O documento em si pretende a identificação, estruturação e organização destes serviços, que se encontram fragmentados. Sendo assim, esta resolução coaduna com o entendimento que os gestores e profissionais, não possui conhecimento completo da rede existente e a necessidade de sua construção/complementação se confirma (PARAÍBA, 2018).

Essas fragilidades encontradas nas RAS, acabam refletindo na assistência prestada ao portador de câncer de mama que é nosso objeto de estudo. Trabalhar com o desconhecido, nestes casos os fluxos da rede, diante de uma assistência tão

garantidora como o nosso sistema universal de saúde, certamente deixariam arestas soltas no cuidado com estes pacientes. Essas arestas se trata, da não prestação de ações ou serviços necessários a seu cuidado integral e que, por má gestão administrativa/financeira ou técnica acabam sendo cumpridas após reivindicações ao sistema judiciário. Esta avaliação das fragilidades da rede é corroborada por Tolêdo (2016).

3.1.2 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Apesar de possuímos uma legislação teoricamente garantidora ao acesso a saúde de forma gratuita e universal, as políticas de saúde ainda assim, estimulam o fortalecimento do setor privado. São atores desta estrutura de assistência à saúde supletiva, configurada como uma atividade econômica relevante e extremamente competitiva. Com interesses difusos entre eles temos: às operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços sejam os profissionais de saúde, instituições hospitalares e clínicas, às empresas empregadoras e os usuários.

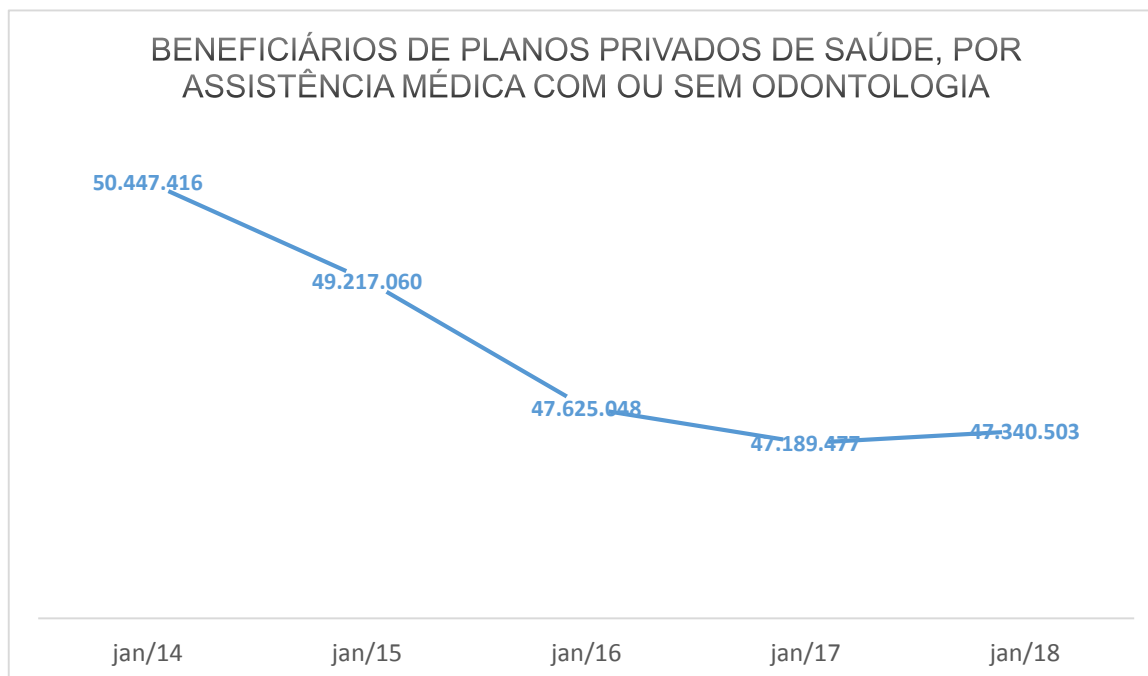
Este mesmo sistema privado é também é utilizado pelo sistema público como forma complementar do atendimento, neste caso ressarcido financeiramente pelo governo, pela prestação de serviço oferecida. Conforme citado por Paim (2012) como segundo subsistema. Todos esses agentes estruturais do setor privado devido a característica da universalidade, se relacionam com o setor público de diversas formas, cabe destacar que nem sempre por razões de necessidade do contexto legal, mas dos diversos laços comunicantes que se estabelecem entre a assistência pública e a privada.

Para exemplificar, podemos citar o financiamento dos planos de autogestão principalmente ligados aos servidores público federais e militares, que é subsidiado em parte pelo setor público e outra pelos beneficiários. Outra forma de pactuação trata de acesso facilitado de usuários de plano privado quando o serviço público ofereça vantagens comparativas podemos citar aqui : o fornecimento gratuito de medicação; de insumos; vacinas; que não são fornecidos pela rede privada.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da sua divulgação periódica de dados na Sala de Situação, apresentou o número de beneficiários dos planos de saúde nos últimos cinco anos. Os dados demonstraram

uma queda no número de usuários com cobertura, com singela melhora no último ano. Conforme gráfico a seguir :

GRÁFICO 1- Número de beneficiários de Planos privados de Saúde



Fonte : Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Os planos de autogestão tem como característica serem oferecidos a empregados de instituições e empresas e não constituírem um segmento comercial no mercado, limitando-se apenas aos empregados da empresa ou instituição. Contudo como citado, este plano utiliza de serviços próprios e também a rede privada disponível (MALTA, 2008).

Os planos de saúde privados tem como perfil de seus beneficiários, uma população mais jovem e saudável; e oferecem planos categorias de acesso diferenciados aos prestadores de assistência à saúde vinculados. Como a demanda é sedimentada pela classe socioeconômica e ocupacional de cada pessoa, a qualidade do cuidado e das instalações disponíveis aos beneficiários pode variar consideravelmente, desde planos executivos até planos básicos. Usuários de planos e seguros de saúde privados declaram maior facilidade ao acesso a serviços de prevenção. Assim como maior utilização de serviços de saúde quando, comparados com os que não possuem planos.

O marco regulatório do setor atualmente é constituído pela Lei nº 9.656/98 modificada pela Medida Provisória 2.177-44 de 24/08/2001 e pela Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar; ambas regulamentam o funcionamento geral do setor, definem o plano de referência, definem as garantias ao beneficiário (como proibição do rompimento unilateral do contrato, proibição de suspensão de internações, dentre outros).

As normas infralegais que regulamentam o setor foram inicialmente editadas pelo CONSU (Conselho Nacional de Saúde Suplementar), formado por ministros, e posteriormente pela ANS. Foram 32 resoluções do CONSU e trinta portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, no período pré-Agência. Com a criação da ANS, foram editadas cerca de 95 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), 150 Resoluções Normativas (RN), dez Súmulas Normativas (expressam o entendimento da Direção Colegiada da ANS sobre aspectos controversos ou vagos da legislação), 454 Resoluções Operacionais (RO), além de 54 Instruções Normativas e 21 Resoluções de Diretoria (RE) das várias diretorias que compõem o organograma da ANS (SANTOS, 2008, p. 1464)

A regulação do setor de saúde suplementar realizada pelo Estado, é constituída por um conjunto legislativo que arremete todas as pessoas e instituições de direito privado que atuam no fornecimento de planos de saúde de assistência como exemplo: cooperativas médicas, planos de autogestão, empresas filantrópicas, administradoras de benefícios e seguradoras especializadas em saúde.

Através da Lei nº 9.656 de 1998, foi estabelecida as regras gerais para a execução do mercado de planos de saúde; A Lei nº 9.961 de 2000, que instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como agência reguladora desse mercado; A Lei nº 8.078 de 1990 o conhecido, Código de Defesa do Consumidor (CDC), que se aplica de forma subsidiária na solução de controvérsias que envolvem as relações entre operadoras e seus contratantes; e normas infralegais expedidas pela ANS (ANTONIO, 2018). Para Santos (2008) as Resoluções de Diretoria Colegiadas e as Resoluções Normativas são as resoluções produzem o maior impacto sobre o mercado, trazendo maior explicitando e descrevendo a política institucional.

4 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma neoplasia maligna que resulta de modificações genéticas em algum grupo de células mamárias, as quais se multiplica de forma desordenada. Ocorre o desenvolvimento diferenciado das células mamárias, no ducto e glóbulos mamários. (GOZZO et al, 2012).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no ano de 2018 foram registrados 59.700 novos casos de câncer de mama no Brasil representando 29,5% de todos os outros tipos de câncer nas mulheres do Brasil. Para se ter um comparativo o segundo câncer mais incidente nas mulheres registrado no mesmo ano foi o câncer de Cólon e Reto com 18.980 novos casos representando 9,4 % do casos de câncer em mulheres. O câncer de mama foi responsável no ano de 2018, por 15.403 casos de óbitos decorrente da doença, representando 16,2% de todas as neoplasias em mulheres no Brasil. Com estes dados é perceptível a alta incidência do câncer de mama, sendo de extrema importância a pesquisa relacionadas a sua demanda, visto que o mesmo possui grande impacto no sistema de saúde público e privado.

Mesmo com a grande divulgação, pesquisa, tratamento e ações as mulheres, por informações inadequadas ainda são muito acometidas por esta doença. Tem ocorrido ainda uma elevação no número de casos, mesmo com a ressalva que, este aumento seja devido a melhor coleta de informações pelo Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) e ao acesso a profissionais de saúde. A prevalência de internações também cresce a cada ano. As mulheres internadas apresentam idade acima de 40 anos, porém casos de pacientes mais jovem tornam-se frequente no quinquênio referente a 2008/2013. O que torna um novo desafio para as ações diagnosticas para o sistema de saúde (SIMEÃO, 2016; BARBOSA, 2017).

A Paraíba, como o restante do país, também tem elevado o número de casos e também da mortalidade pela doença. O estudo de Barbosa (2017), verificou que entre 1996 a 2010 a o estado teve um aumento de 9,1% e a projeção até 2030 é que ocorra uma oscilação de 121,19%, a cada quinquênio até a data de projeção citada. Enquanto em países desenvolvidos a taxa de incidência aumenta e de mortalidade diminui, temos aqui o inverso, no que se trata de mortalidade, como previsão para as

duas próximas décadas. A taxa de aumento de incidência de câncer mamário, está intrinsicamente relacionado, na eficiência do sistema de saúde em garantir o rastreamento para diagnóstico precoce. (MIGOWSKI, 2016).

A baixa incidência nos casos de câncer de mama no estado da Paraíba, está diretamente ligada a abordagem diagnóstica precoce, consolidada em países desenvolvidos, o que infelizmente não é uma realidade para as paraibanas. Andrade (2015), em seu estudo demonstra a demora para o diagnóstico e dificuldade de acesso. Muitas barreiras são impostas para que se tenha o diagnóstico e tratamento do câncer de mama. A distância dos centros de referências também são obstáculos para estas usuárias, em especial na Paraíba temos dois grandes centros de referência que são distantes de alguns municípios ao qual atende (ALMEIDA, 2015). Para Alves (2017) em sua pesquisa no estado de Minas Gerais relata que:

Mesmo com os progressos advindos com a judicialização da assistência oncológica através de normas, portarias, leis e recomendações feitas pelos órgãos públicos como tentativa de garantir ao portador de câncer um acesso mais equitativo e igualitário aos serviços de saúde, o que se percebe na região é o distanciamento entre o que é proposto e a realidade vivenciada pelas mulheres portadoras da doença em busca de tratamento (ALVES, 2017, p. 7).

O SUS deverá garantir conforme Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, o diagnóstico e todo o tratamento do câncer independentemente, da mais alta complexidade ao qual, este se enquadre. Permitindo assim, um atendimento integral conforme requisito principiológico do SUS. Esta portaria define a estruturação da assistência da alta complexidade em oncologia e corrobora o atendimento integral através do art. 10 desta portaria: *“Na situação de ausência de prestação de serviço de alta complexidade oncológica em sua área de gestão, o respectivo Gestor do SUS deverá garantir, através dos mecanismos de regulação, o acesso da população ao atendimento integral* (BRASIL, 2005).

A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 regulamentada pela Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013, garante o primeiro tratamento dentro do prazo de 60 dias para o paciente diagnosticado. Visto a evolução neoplásica maligna ser muitas vezes acelerada na maioria dos cânceres e principalmente sua morbidade, quando em estágios avançados. O artigo 1º da lei garante ao portador de neoplasia maligna

receberá assistência gratuita e integral no SUS. No artigo 2º determina o prazo de 60 dias para a realização do primeiro tratamento realizado pelo SUS (BRASIL, 2012; 2013).

Devido a sua demanda o câncer e em especial o câncer mamário, vem também sendo alvo de legislações e normativas que regulam seu cuidado na assistência privada a exemplo a Lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde nº 9.656, de 1998, em seu artigo 10- A, estabelece que cabe às operadoras de planos de saúde, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (BRASIL, 1998).

A saúde suplementar também tem seu trabalho realizado em redes de cuidados, obviamente, em uma escala muito menor que o sistema público pois delimita-se a individualidade de cada empresa ou prestador de serviço. Um exemplo de trabalho realizado pela ANS no âmbito privado é o projeto OncoRede iniciativa para a implantação de um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos na saúde suplementar. Tem por objetivo otimizar o cuidado destes pacientes reduzindo estatísticas de incidência, morbidade, mortalidade e altos custos (BRASIL, 2019).

Como visto o câncer em seus mais diversos tipos tem tornando-se matéria constante na área normativa, em busca de melhorias para estes portadores, porém a realidade ainda é de fragilidade na rede assistencial, seja pública ou privada, o que leva o cumprimento de acesso ser pleiteado na justiça.

5 METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente estudo objetiva, dentro das limitações levantar e descrever jurisprudências em saúde pública e suplementar, oriundas do Tribunal de Justiça da Paraíba (TJPB) relacionados ao câncer de mama. Buscando de forma simplificada constituir um perfil das causas, características e fundamentações utilizadas na jurisprudência do TJPB, especificamente os registros de acórdãos e decisões. Os registros foram analisados e categorizados pelas partes (autor/réu), existência de preliminar, espécie recursal/remessa necessária, ação da inicial, causa de pedir, argumentos das partes e fundamentos utilizado pelos magistrados.

Tabela 1 Características selecionadas para análise pela metodologia da pesquisa

CARACTERÍSTICAS ANALISADAS NOS REGISTROS CLASSIFICADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Partes (Autor/Réu) • Tempo do curso processual • Câmara decisória de origem • Pedido principal (ação inicial) • Causa de pedir • Espécie recursal/ Remessa Necessária • Argumentos das partes • Existência de preliminar • Fundamentos da decisão

Foi escolhido acórdãos e decisões monocráticas, tendo em vista o encerramento na 2ª instância da possibilidade de produção de matéria fática-probatória, isto é, quando não seja mais possível discutir a existência do direito pleiteado. Além disso, a escolha pela segunda instância está relacionada também, com a disponibilidade on-line de dados pesquisáveis, o que não acontece com as decisões de 1ª instância. Após analisar as jurisprudências publicadas pelo TJPB relacionadas ao câncer de mama no ano de 2018; estratificar as principais

características e fundamentações dos registros encontrados; foi realizada breve discussão sobre os resultados encontrados a luz da literatura existente.

O presente trabalho é um estudo descritivo e com base na análise de documentos jurídicos de natureza quantitativa e qualitativa sobre jurisprudências relacionadas ao câncer de mama, publicadas na Internet, em bancos de dados oficiais. A fonte de dados foi o banco de dados publicados pelo TJPB em seu respectivo site oficial, jurisprudências em sua subclassificação de acórdão e decisões, estas emitidas pelo respectivo tribunal. Foi utilizado no site oficial o ícone “jurisprudências”, para realização da pesquisa, ao qual foi direcionado ao campo de pesquisa a palavra chave “câncer de mama”, visto o interesse de abordar apenas as decisões que envolvessem esta temática.

Figura 1 Site de fonte de dados da pesquisa

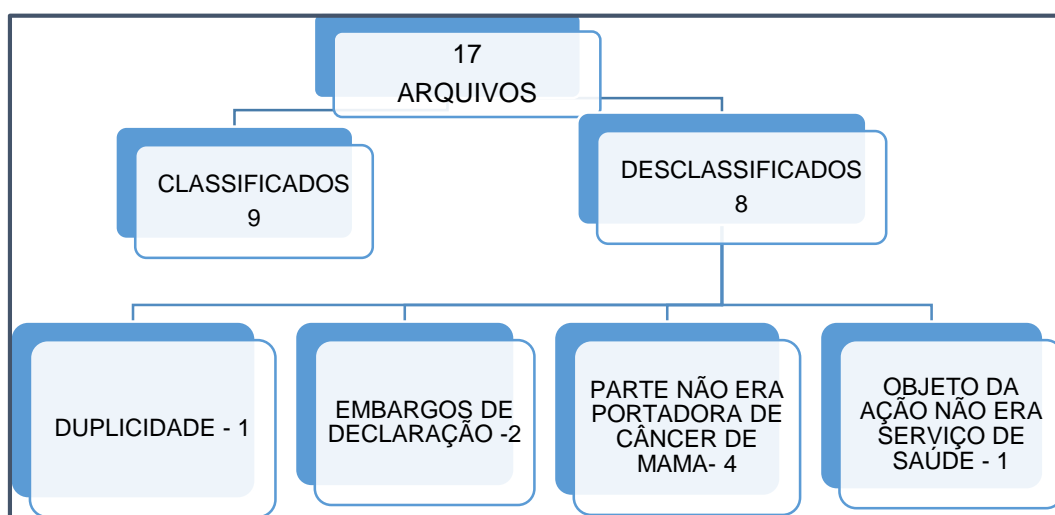
Tribunal de Justiça da Paraíba (TJPB): https://www.tjpb.jus.br/

A análise foi realizada considerando todas as características do processo na primeira e na segunda instância, sendo o objeto de análise esta última, por meio da qual foi feita uma reconstrução das informações de primeira instância. O mecanismo de pesquisa escolhido revelou 17 registros, referente a palavra-chave indicada e o filtro de período delimitado para a pesquisa, no período de 01 janeiro a 31 de dezembro 2018. O critério temporal escolhido foi devido ao objetivo de análise mais próxima da realidade atual, e que fosse hábil para o desenvolvimento da pesquisa.

Não foi verificada nenhuma dificuldade no campo da coleta dos dados, que prejudicasse o andamento da pesquisa. O site oficial disponibiliza em sua página, o acórdão em inteiro teor, as ementas (apresentadas no ANEXO I, deste trabalho) e o link para remeter ao endereço eletrônico de acompanhamento processual do respectivo tribunal. Todas as informações colhidas foram coletadas destes campos disponíveis do site.

Para melhor entendimento do processo seletivo dos registros foi criado o fluxograma a seguir categorizando os registros classificados e os excluídos, com seus devidos critérios.

Figura 2 fluxograma da classificação do registros jurisprudenciais encontrados



Dos arquivos encontrados foram excluídos 8 (oito) exemplares, devido a não estarem dentro dos critérios estabelecidos. Inicialmente, 4 (quatro) foram eliminados devido a parte pleiteante não ser portadora do câncer de mama. A exceção nestes casos foram, os que eventualmente, a parte que era portadora da moléstia faleceu no decorrer do processo e seus herdeiros foram habilitados no litígio. Neste caso específico os registros foram aceitos como classificados, por deter todos os demais critérios de forma oportuna para pesquisa.

Os demais arquivos 2 (dois) tratavam de embargos de declaração e não discutiam em seu conteúdo o mérito da ação o que desclassificava do interesse da pesquisa. Um dos arquivos estava duplicado na lista de pesquisa sendo assim excluído da contagem. E por último um arquivo não tinha como objeto o fornecimento de serviços de saúde ou danos decorrente de sua ausência.

Esta primeira classificação, filtrou os registros aptos a serem analisados. No contexto dos achados, o número apto, aparentemente nota-se reduzido, o que faz o expectador avaliar que o quantitativo utilizado na pesquisa, seja ínfimo para análise produtiva. O que é trazido para reflexão do leitor é a comparação deste quantitativo com as infinitas possibilidades de demandas jurídicas na área da saúde, os inúmeros

tipos de neoplasias existentes que são objeto de pesquisa, em dado curso de tempo. Verifica-se que no período de doze meses, sem exclusão dos recessos, foram classificados nove registros para análise.

Com caráter especulativo, foi inserido no campo de pesquisa utilizado na coleta de dados do estudo, a palavra-chave: “câncer” foi encontrado como resultado de busca, 113 registros. Em uma análise proporcional vemos que na palavra chave escolhida pela pesquisa: “câncer de mama” foram 17 achados o que representa 15% das demandas em face das inúmeras tipologias de neoplasias existentes do resultado da busca anterior.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final da classificação dos registros foi constatado que 9 (nove) registros enquadravam-se no objetivo do estudo. Todos estes foram analisados conforme as características escolhidas na metodologia. Para melhor didática os registros foram divididos conforme presença de pessoa jurídica de direito público e privado. Esta divisão facilitou a análise dos fundamentos e argumentos, visto que as responsabilidades destes como réus são regulados por legislações diversas.

Os resultados foram divididos em tabelas para visualização dos achados. Duas delas tratando sobre os registros com o poder público como parte, devido ao volume de peculiaridades do registro. A tabela 1 e 2 dispõem dos registros em que a parte atuante é o poder público, a primeira voltada para as características classificatórias e análise da decisão preliminar e a segunda voltada para análise do mérito. A tabela 3 trata das partes de direito privado e foi possível condensar todas as classificações em uma única tabela.

A pessoa jurídica de direito público tem sua responsabilidade regulada pela Constituição Federal conforme cita Gomes (2017) sobre a responsabilidade

“O Estado pode ser obrigado a aplicar políticas públicas sanitárias em favor de particulares, em razão de a saúde se caracterizar como um direito público subjetivo a prestações materiais, em amparo a interpretação dada à Constituição Federal”(GOMES, 2017, p. 3).

O autor sobre a origem legislativa do tema afirma que *“dever estatal de promoção e proteção da saúde, consolidou-se a tese do direito à saúde como direito fundamental social, ao qual se aplica a garantia do §1º, do art. 5º, da CF, segundo a qual normas de direitos fundamentais são dotadas de aplicabilidade imediata”* (BRASIL, 1998).

Segundo De Almeida Marques (2011), o fenômeno da Judicialização da Saúde vem crescendo de forma exponencial a cada ano especialmente, as ações contra o Poder Público. Como citado o poder público tem atuado como ator principal nas demandas judiciais da saúde.

REGISTROS TENDO COMO PARTE EM DEMANDA PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO	
Câmara Cível Especializada	Preliminar/ Argumentos das Partes / Fundamentos magistrado
Partes	
Espécie Recursal/ Remessa Necessária- Tipo da ação da inicial	
Causa de pedir	
10/12/2018 - 4ª	<p>Magistrado reconheceu apenas a apelação conforme o Art. 496 §1º CPC/2015, regula que remessa necessária só é cabível se não houver apelação pelo ente público.</p> <p>Preliminar - Rejeitada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legitimidade passiva <i>ad causam</i> <p>Fundamento da decisão :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A responsabilidade entre os entes públicos para fins de custeio de tratamento, exames e de medicamentos é solidária, nos termos do art. 196, da Constituição Federal, tendo legitimidade a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para figurar no polo passivo da demanda, consoante têm decidido o Superior Tribunal de Justiça. 2. Responsabilidade solidária (STJ, AgRg no REsp 1495120/MG, Rel. Ministro Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 02/12/2014, DJe 10/12/2014).
Estado PB	
X	
F.O.A	
Remessa necessária	
+	
Apelação	
-	
Ação de obrigação de fazer	
Fornecimento de medicamento	
11/10/2018	<p>Preliminar - Rejeitada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legitimidade passiva <i>ad causam</i> <p>Fundamento da decisão :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. STF- Responsabilidade solidária dos entes federados. Repercussão geral reconhecida (RG RE 855178 PE - PERNAMBUCO 0005840-11.2009.4.05.8500 Min. LUIZ FUX - DJe-050 16-03-2015)
(monocrática gabinete – Relator)	
Estado da PB	
X	
R. C. S.	

Apelação cível + Remessa necessária Ação de obrigação de fazer c/ tutela antecipada Fornecimento de medicamento	2. STJ- obrigação do Estado e legitimidade passiva solidaria. (RESP 719716/SC, Min. Relator Castro Meira).
10/09/2018 - 4ª Estado PB X Município de João Pessoa + W.S.F. Remessa oficial + Apelação Cível — Obrigação de fazer c/tutela antecipada Fornecimento de medicamento	Preliminar – Rejeitada <ul style="list-style-type: none"> Legitimidade passiva <i>ad causam</i> Argumento do Apelante: <ul style="list-style-type: none"> o recorrente defende preliminarmente a sua ilegitimidade para figurar no polo passivo da demanda, com esteio na recente modificação da jurisprudência do STJ cabendo ao Município, o atendimento da presente pretensão. Fundamento da decisão : <ol style="list-style-type: none"> Responsabilidade solidária: Art.196 + (STF; AI-AgR 822.882; MG; Primeira Turma; Rel. Min. Roberto Barroso; Julg.10/06/2014; DJE 06/08/2014; Pág. 35)
17/07/18 - 1ª Estado PB X C. M. C. Remessa Necessária - Ação de Obrigação de Fazer c/c Antecipação de Tutela Fornecimento de medicamento	Acórdão sem Preliminar
24/04/2018 - 1ª Estado PB X G.T. Apelação Cível + Remessa necessária - Ação de obrigação de fazer	Preliminar – Rejeitada <ul style="list-style-type: none"> Legitimidade passiva <i>ad causam</i> Fundamento da decisão : <ol style="list-style-type: none"> Responsabilidade necessária : (AgRg no AREsp 351.683/CE, Rel. Ministro SÉRGIO KUKINA, PRIMEIRA TURMA, julgado em 03/09/2013, DJe 10/09/2013).

Autorização de procedimento cirúrgico	
10/04/2018 - 3ª	Preliminar – Rejeitada
Estado PB X MPE (M.C.A.L.)	<ul style="list-style-type: none"> • Legitimidade passiva <i>ad causam</i> Fundamento da decisão :
Apelação cível - Ação civil Pública	1. Responsabilidade solidaria : (RE 855178 RG, Relator(a): Min. LUIZ FUX, julgado em 05/03/2015, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-050 DIVULG 13-03-2015 PUBLIC 16-03-2015).
Acesso a procedimento cirúrgico	

Tabela 2 REGISTROS TENDO COMO PARTE EM DEMANDA PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO

O número de registros em que a parte era pessoa jurídica de direito público eram 6 (seis). Todos os registros o ente público como parte era o estado da Paraíba, a exceção estava e um único registro ao qual a Prefeitura Municipal de João Pessoa atuava como apelado pelo Estado da Paraíba. O número de registros analisados com pessoa de direito privado foram 3 (três).

Ao analisarmos a classificação de espécie recursal, todos tratavam de apelação, com exceção dos registro com pessoa de direito público, que tinham juntamente o instituto da remessa necessária ou esta, de forma isolada. Corroborando a predominância dos recursos de apelação, como principal recuso na 2ª instância , Travassos (2013), em sua pesquisa sobre judicialização a saúde relatou que dos seus achados 52,8% tratavam -se de acórdãos de recurso de apelação.

O CPC adotou o termo remessa necessária, mas o mesmo instituto, também pode ser encontrado como reexame necessário ou duplo grau de jurisdição como era denominado anteriormente. A remessa necessária está prevista na Lei 13.105 de 2015, CPC vigente, no artigo 496 com a seguinte redação : “*Está sujeita ao duplo grau de jurisdição, não produzindo efeito senão depois de confirmada pelo tribunal, a sentença:*” como visto a remessa necessária se aplica às decisões de mérito proferida contra o poder público (BRANCO, 2018).

Um dos registros analisados, foi julgado pelo relator conforme previsto na súmula 253 do STJ. “*O art. 557 do Código de Processo Civil de 1973, que autoriza o*

relator a decidir o recurso, alcança o reexame necessário”. A súmula prevê este artigo referente ao código civil anterior, no código vigente encontra-se no art. 932, IV e V. No caso da decisão analisada pelo relator, nesta pesquisa, trata de fundamentação em decisão de repercussão geral do STF (BRASIL, 2001).

O instituto da remessa necessária é dispensado quando apresentado apelação pelo réu dentro do prazo conforme o artigo 496, § 1º CPC/2015, apenas uma única decisão pontuou a dispensa do instituto do duplo grau de jurisdição obrigatório nos autos do processo. Cabe aqui indagar o porquê, se mesmo realizada a apelação ainda assim o *juízo ad quo*, envia-o como remessa necessária ao tribunal. Conclui-se que seja possível não análise do julgador ao parágrafo do artigo supracitado; ou seja nomenclatura usual, inserida combinada com a apelação. Ainda assim, é perceptível, quando se trata de remessa necessária clássica, sem apelação, a referida denominação, mesmo ausentes os argumentos da parte na decisão do acórdão.

Quando realizamos a análise dos artigo 496, § 3º e 4º e seus incisos no CPC de 2015, vemos que os critérios colocados levam a uma filtragem do número de processos a serem remetidos ao tribunal, o que foi constatado na pesquisa pois apenas um registro tratava de remessa necessária sem apelação. O referido artigo trás vários critérios de seleção para a remessa necessária, o primeiro redigido no inciso segundo, é o valor da causa, que varia de acordo com o ente em questão. Para Estados e capitais, que são objetos deste estudo são valores certo e liquido, inferiores a 500 salários mínimo, o que é um valor bem expressivo de custeio. O segundo critério de filtragem, conforme o parágrafo quarto, são os fundamentos da sentença e estarão excluídos os que se fundamentarem em : súmulas vinculantes; acórdãos proferidos pelo STF e STJ em recursos repetitivos; entendimento firmado em incidente de resolução de demandas repetitivas ou de assunção de competência; entendimento coincidente com orientação vinculante firmada no âmbito administrativo do próprio ente público, consolidada em manifestação, parecer ou súmula administrativa.

Como visto o número de decisões com o poder público como parte é expressivamente maior, sendo nesta pesquisa responsável por 66% dos dados encontrados. Estes dados está intrinsecamente relacionados, ao poder garantidor da legislação perante o dever do Estado no cumprimento ao direito a vida e a saúde.

Gomes (2018) afirma em sua pesquisa que as demandas de judicialização a saúde tem crescido vertiginosamente nos últimos anos os resultados encontrados apresenta uma maior exigência da sociedade sobre os direitos relacionados a saúde, mais o autor deixa claro que boa parte dos cidadãos fica excluída deste acesso por falta de informação e recursos para litigar seus direitos na justiça. Lopes (2018) afirma que no estado de São Paulo as demandas, analisadas na segunda instância, relacionadas ao SUS, que tem como executor o poder público, cresceu de 0 (zero) para 145 (cento e quarenta e cinco) acórdãos em dez anos.

Quanto a origem das decisões sabemos como critério e fonte que trata do Tribunal de Justiça da Paraíba¹ todos, com exceção de um já citado, forma oriundos das câmaras cíveis especializadas. Figuraram entre os achados a 1^a, 2^a, 3^a e 4^a câmara cível especializada. Apenas a 3^a Câmara votou casos com pessoa de direito público e direito privados.

Ao analisarmos a classificação do tipo da espécie da ação principal, temos em sua maioria : ação de obrigação de fazer sendo elas 7 (sete) ; uma ação civil pública e uma ação de indenização por danos morais. Os pedidos de tutela antecipada nas ações foram comum em sua maioria². O gráfico apresentado posteriormente, estratifica esta análise para melhor compreensão

Segundo Nunes (2016) em um estudo de avaliação de decisões judiciais relacionadas a área da saúde, no estado do Ceará, relata que 99,8% dos processos avaliados continha o pedido de tutela antecipada. Segundo Ferreira (2015) em um estudo realizado em Pernambuco sobre judicialização na saúde sobre as demandas ela cita:

As ações, em sua maioria são ordinárias de obrigação de fazer, para que o Estado forneça medicamentos ou produtos para a saúde ou preste um serviço do qual supostamente vem se omitindo, ou ações mandamentais, nas quais se atribui à autoridade de saúde a negação de um direito líquido e certo ao cidadão. Nos dois casos, objetiva-se a prestação do serviço ou a entrega do bem da vida (FERREIRA, 2015, p. 6).

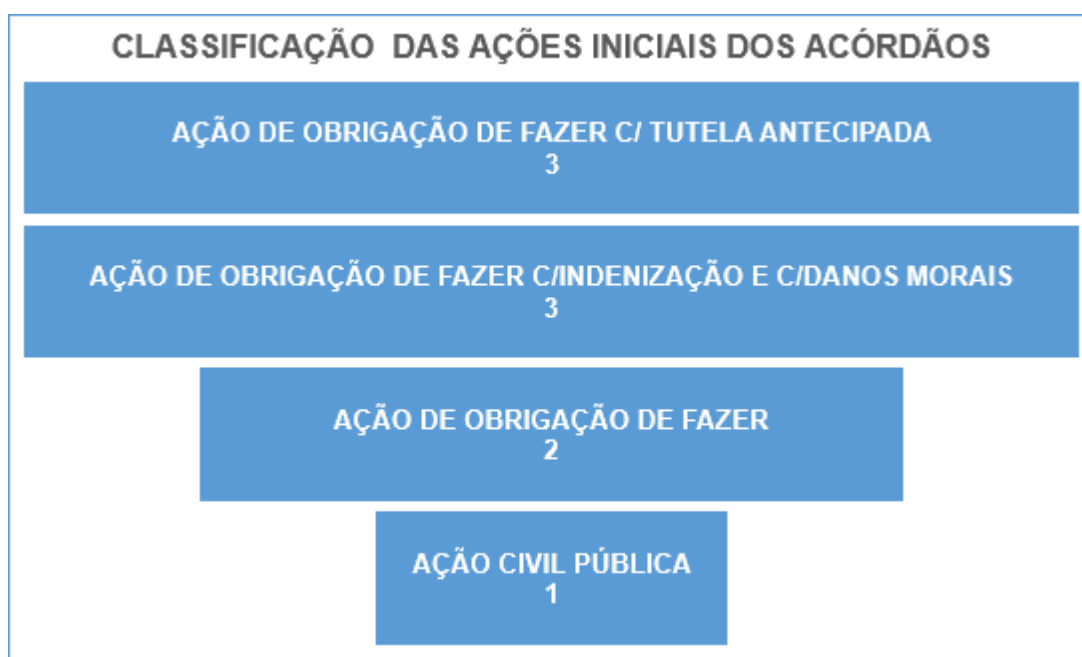
¹ O TJPB possui 5 (cinco) câmaras sendo uma que trata de assuntos criminais e as demais ramo do direito cível.

² As ações de obrigação de fazer nominadas com indenização e danos morais foram classificadas na mesma categoria visto que o objetivo da ação era mesmo ressarcimento por danos morais.

De Souza Machado (2008) traz a ação civil pública como instrumento de acesso ao poder público iniciada pelo Ministério Público (MP) para garantia ao acesso imediato de um cidadão a serviços de saúde necessários. A constituição brasileira prevê a participação do MP no controle da constitucionalidade e que seja garantida sua execução. O STF em 2018 fixou em julgamento de Repercussão Geral (RG) o Recurso Extraordinário (RE) 605533, que diz : *“O Ministério Público é parte legítima para ajuizamento de ação civil pública que vise ao fornecimento de remédios a portadores de certa doença”* (STF – RG RE Tema 262 : 605533 MG – Minas Gerais, Relator: Min. MARCO AURÉLIO, Data de Julgamento: 15/08/2018, Data de Publicação: 20/08/2018).

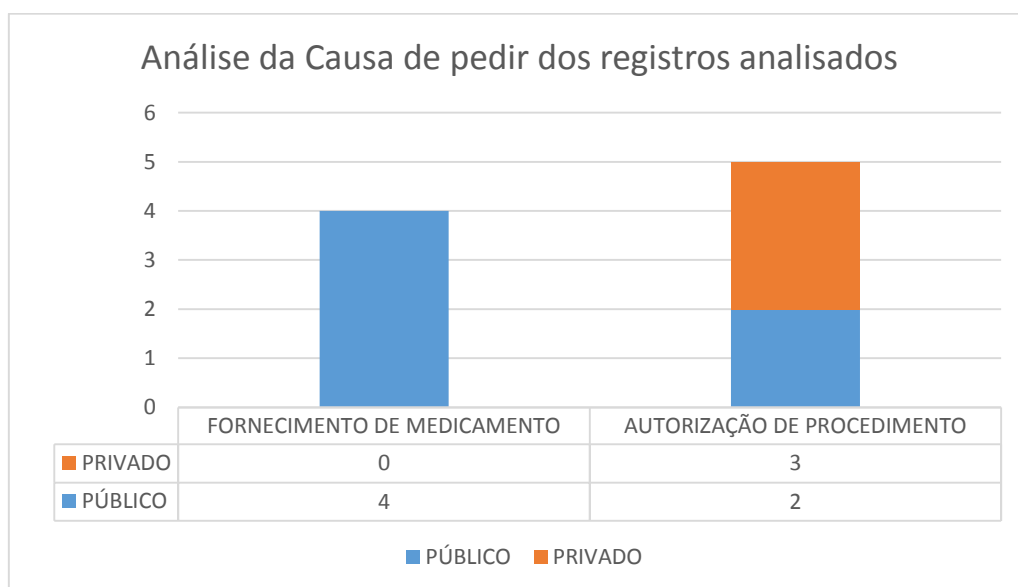
As ações de indenização por danos morais, foram mais comuns segundo os achados, nas pessoas em que ambas as partes eram de direito privado. O instituto dos danos morais é invocado para reparação não patrimonial relacionados a honra, dor, reputação, cicatriz deformante, tristeza e outros, a serem ressarcidos pecuniariamente. Em um estudo nacional, Oliveira (2010) abordava a invocação do instituto dos danos morais na judicialização da saúde, por determinada operadora de saúde, foi constatado que o estado da Paraíba destacava-se dos demais pois das ações existentes 59,65% tinham solicitação de danos morais.

GRÁFICO 2 - Quantitativo das espécies das ações iniciais dos registros analisados.



Na análise da classificação da causa de pedir, a demanda mais solicitada foi o fornecimento de medicamento, seguido de solicitação de procedimentos cirúrgicos, exames e tratamento. Os casos de pessoas privadas, versam exclusivamente, sobre a cobertura contratual negada na realização de exames e tratamento. Segue gráfico abaixo para melhor entendimento da classificação. Para melhor visualização dos dados, foram inseridos como autorização de procedimento as demandas por solicitação de procedimentos cirúrgicos, exames e tratamento.

GRÁFICO 3 - Estratificação da causa de pedir dos registros analisados



Segundo Sintonio (2016) em sua pesquisa relacionada ao acesso do tratamento oncológico de portadores de câncer de mama, no município de São Paulo, constatou, que houve muitas demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos e insumos. Contudo, não foram encontradas no período analisado, demandas como acesso a cirurgias ou procedimento diagnósticos, o que diverge deste estudo. Nunes (2016) em seu estudo verificou que 66,5% dos processos tratavam de solicitações de medicamentos. Quanto as demandas privadas Oliveira (2013) estratificou os principais motivos das demandas contra os planos de saúde foi constatado que 31% dos casos são solicitações de procedimentos médicos, 8,5% cobertura de outros tratamentos, 8,3% de medicamentos. Esta pesquisa corrobora

com a presente pesquisa quando analisado a principal demanda por autorização de procedimentos.

Ao analisarmos a presença de preliminar, foi constatado que 83,3% das ações perante o poder público estava presente na defesa processual das apelações. As demandas de caráter privado, não tinham nenhuma contestação preliminar a ser discutida. Todas as preliminares, versavam sobre a Legitimidade passiva *ad causam* trata-se de requisito de admissibilidade subjetivo, relacionados as partes de um litígio, é também a análise do vínculo entre as partes e a situação jurídica discutida. Segundo SLAIBI (2010) o tema é debatido de forma desgastante nas demandas com os entes públicos, e ressalta que “os entes públicos tentam se esquivar de suas responsabilidades, imputando um ao outro o dever que lhes é comum” Para Ramos (2017) em 35,25% das decisões analisadas em sua pesquisa traziam a ilegitimidade passiva do estado como argumento do apelante.

Em todos os acórdãos as liminares de legitimidade foram rejeitadas e como fundamento principal baseados em decisões dos tribunais superiores (STJ e STF), os magistrados destacavam a responsabilidade solidária dos entes. Uma das decisões o magistrado fundamentou no artigo 196 da constituição que destaca o dever do estado seja qualquer ente público de prestar saúde ao cidadão. Sobre a temática SLAIBI (2010) conclui:

Deve o Poder Público, através das diversas esferas governamentais, proporcionar à população meios idôneos e eficazes para que tenha acesso a diagnóstico e prevenção de doenças, assistência clínica e hospitalar quando necessária, além de facilitar a obtenção de medicamentos e tratamentos adequados. Para tanto, é essencial uma constante fiscalização estatal no cumprimento desses deveres pelos órgãos administrativos responsáveis.

(...)

Essa questão é relevante, porque o cidadão hipossuficiente tem o poder de escolha entre as esferas governamentais para acionar e ver efetivado o seu direito à saúde, não prosperando quaisquer arguições, pelo Estado e pelo Município, de ilegitimidade passiva *ad causam* ou mesmo os pedidos de chamamento ao processo dos demais entes federados. Nessa linha, já vem decidindo os tribunais brasileiros, inclusive em razão do caráter de urgência que norteia as ações em face do Poder Público, pleiteando remédios e tratamentos essenciais aos hipossuficientes (SLAIBI, 2010, p. 5)

A última característica analisada nos acórdãos, foram as fundamentações das decisões de mérito, estas foram divididas como supracitado, em direito público e direito privado em suas análises, por versarem fundamentações distintas. Diante das 6 (seis) decisões em que o Poder Público era parte processual, todas as decisões tiveram o mérito negado para a parte apelante.

REGISTROS TENDO COMO PARTE EM DEMANDA PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO	
Identificação do processo	Descrição do Mérito
10/12/2018 Estado PB X F.O.A.	<p>Mérito : negado</p> <p>Argumento do apelante: Alegou a necessidade de comprovação, por parte da autora, da ineficácia de outros tratamentos ofertados pelo SUS, objetivando uma possível substituição do tratamento por outro disponibilizado pela rede pública, de mesma eficácia e menos oneroso para o erário.</p> <p>Fundamento: (REsp 1657156/RJ, Rel. Ministro BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 25/04/2018, DJe 04/05/2018)</p> <p>Argumento do apelado: Requereu a manutenção da sentença, sustentando que seria desnecessária a análise do quadro clínico do paciente, quando o medicamento pleiteado foi prescrito por um profissional médico, pugnando, ao final, pelo desprovisionamento do apelo.</p> <p>Decisão :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Os efeitos do mencionado Decisum, todavia, foram modulados, aplicando-se somente aos processos distribuídos a partir da conclusão do Julgado. 2. Impondo-se a utilização do posicionamento anteriormente adotado no sentido de que o Laudo e Receituário Médicos, subscritos pelo profissional que acompanha a paciente são suficientes para demonstrar a imprescindibilidade da medicação requestada (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00004201120148150781, 1ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. JOSÉ RICARDO PORTO , j. em 24-07-2018) 3. Não preenchimento de mera formalidade (inclusão em lista prévia oriunda do Ministério da Saúde) não pode, por si só, obstaculizar o fornecimento de medicação cuja necessidade foi comprovada. (STJ, AgRg na STA 83/MG, Rel. Ministro Edson Vidigal, Corte Especial, julgado em 25/10/2004, DJ 06/12/2004, p. 172)

	<p>4. Tratando-se de direito essencial, incluso no conceito de mínimo existencial, inexistirá empecilho jurídico para que o Judiciário estabeleça a inclusão de determinada política pública nos planos orçamentários do ente político, mormente quando não houver comprovação objetiva da incapacidade econômico financeira da pessoa estatal (STJ, AgRg no REsp 1107511/RS, Rel. Ministro Herman Benjamin, segunda turma, julgado em 21/11/2013, DJe 06/12/2013)</p>
<p>11/10/2018 (monocrática gabinete – Relator) Estado da PB X R. C. S.</p>	<p>Decisão do Relator conforme matéria de RG:</p> <p>RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA.O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente. RG RE 855178 PE - PERNAMBUCO 0005840-11.2009.4.05.8500 Min. LUIZ FUX - DJe-050 16-03-2015</p> <p>Mérito : negado</p> <p>Argumento do apelante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforma da decisão com consequente improcedência dos pedidos • Reserva do financeiramente possível • O Estado somente poderia implementá-los (direitos sociais) na medida em que não o onerasse a ponto de impedir o desenvolvimento de outros direitos fundamentais à sociedade. <p>Decisão :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Art 196 CF/88 2. Doutrina - Celso Lafer, 1991 :” direito de participar do bem-estar social” / Ingo Wolfgang Sarlat,2005: “uma transição das liberdades formais abstratas para as liberdades materiais concretas”. 3. Direitos fundamentais art.5º§2º CF/88 4. Direito a Saúde 6º; 23, II; 24,XII e 196 CF/88 5. STF - Ministro Celso de Mello no julgamento do RE 271-286 AgR: 6. (Direito à Saúde) 7. Princípio da proporcionalidade = prevalece o direito à vida 8. Direito a disponibilidade da assistência a saúde : (RECURSO ORDINÁRIO EM MANDADO DE SEGURANÇA – 20335; DJ DATA:07/05/2007; Rel. Min. LUIZ FUX) / (STF – RE: 566.471 RN – RIO GRANDE DO NORTE, Relator: Min. MARCO AURÉLIO, Data do Julgamento: 27/09/2016, Data: de publicação : DJe-209 30/09/2016)/ (ARE nº 909.527/RS-AgR, Primeira Turma, Relator o Ministro Luiz Fux, DJe de 30/5/16). 9. Doutrina: Sobre equilíbrio econômico-social do orçamento público; Alfredo Augusto Becker, 2002.

<p>10/09/2018</p> <p>4ª</p> <p>Estado PB</p> <p>X</p> <p>Município de João Pessoa</p> <p>+ W.S.F.</p>	<p>Mérito : negado</p> <p>Argumento do apelante:</p> <p>Assevera a necessidade de comprovação da ineficácia de outros medicamentos ofertados pelo SUS.</p> <p>Alega insuficiência orçamentária do poder público.</p> <p>Fundamento:</p> <p>1. Enunciado de nº 14, aprovado pelo CNJ.</p> <p>Decisão :</p> <p>1. Não cabimento da decisão, Autos distribuídos após julgamento. REsp. nº1.657,156/RJ. (STJ – Resp: 165.7156 RJ 2017/ 0025629-7, Relator: Min. BENEDITO GONÇALVES, Dta de Julgamento: 25/04/2018, S1 – PRIMEIRA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 04/05/2018)</p> <p>2. Direito à saúde, embora não esteja previsto diretamente no art. 5º, encontra-se insculpido na própria Constituição, nos termos dos arts. 6º, 23, II, 24, XII, 196 e 227 (CF/88).</p> <p>3. Fornecimento de o tratamento mais adequado e eficaz, capaz de ofertar ao enfermo maior dignidade e menor sofrimento. (STJ: RMS 24197/PR – Recurso Ordinário em Mandado de Segurança 2007/0112500-5 – Rel. Ministro Luiz Fux (1122) Primeira Turma – DJ 04/05/2010 – DP 24/08/2010).</p> <p>4. A administração não pode invocar a cláusula da "reserva do possível" a fim de justificar a frustração de direitos previstos na Constituição da República, voltados à garantia da dignidade da pessoa humana, sob o fundamento de insuficiência orçamentária." (STF; AIAGR 674.764; PI; Primeira Turma; Rel. Min. Dias Toffoli; Julg. 04/10/2011; DJE 25/10/2011; Pág. 23).</p> <p>5. A portaria 1.318/2002 do ministério da saúde que estabelece a listagem de medicamentos excepcionais a serem fornecidos gratuitamente pelo poder público não tem o condão de restringir uma norma de cunho constitucional que, por ser veiculadora de direito fundamental, dever ser interpretada com a amplitude necessária a dar eficácia aos preceitos constitucionais." / (TJPB; Rec. 0201380-66.2012.815.0000; Quarta Câmara Especializada Cível; Rel. Des. João Alves da Silva; DJPB 15/10/2013; Pág. 13).</p>
<p>17/07/2018</p> <p>Estado PB</p> <p>X</p> <p>C. M. C.</p>	<p>Duplo grau de Jurisdição: Recurso desprovido.</p> <p>Decisão do Mérito : Negado</p> <p>1. Por ocasião do mencionado julgamento, o STJ modulou os efeitos da sua decisão, “no sentido de que os critérios e requisitos estipulados somente serão exigidos para os processos que forem distribuídos a partir da conclusão do presente julgamento.” (REsp 1657156/RJ, Rel. Ministro</p>

	<p>BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 25/04/2018, DJe 04/05/2018)</p> <ol style="list-style-type: none"> Garantir a efetividade de direitos fundamentais do ser humano, sendo estes a saúde e a vida. Art196, 197 e 198, I, II, III - BRASIL/88 + (AgRg no REsp 950.725/RS, Rel. Ministro LUIZ FUX, PRIMEIRA TURMA, julgado em 06.05.2008, DJ 18.06.2008 p. 1) Responsabilidade solidária Art. 196 (CFRB/88) + (AgRg no Ag 1297707/GO. Rel. Min. Humberto Martins. J. em 15/06/2010) Questões de ordem interna da Administração Pública, que dizem respeito à implementação de Assistência à Saúde, não podem servir de empecilho à pretensão do promovente. (Ag Rg na STA 83/ MG ; AGRADO REGIMENTAL NA SUSPENSÃO DE TUTELA ANTECIPADA. 2004/0063271-1. Relator (a). Ministro EDSON VIDIGAL (1074). Órgão Julgador. CE - CORTE ESPECIAL. Data do Julgamento 25/10/2004. Data da Publicação/Fonte. DJ 06.12.2004 p.172.)
<p>24/04/2018</p> <p>Estado PB</p> <p>X</p> <p>G.T.</p>	<p>Mérito : negado</p> <p>Argumento do apelante:</p> <p>Sustenta a possibilidade de substituir o tratamento médico pleiteado por outro já disponibilizado pelo SUS, a impossibilidade do sequestro de verbas públicas, o seu direito de analisar o quadro clínico da paciente e a inobservância aos princípios da cooperação e do devido processo legal.</p> <p>Decisão :</p> <ol style="list-style-type: none"> Art. 196; 198, caput, II, §1º. Receituário prescrito por profissional da área médica é suficiente para comprovar a real patologia da parte. (STJ – Ag Rg no AREsp: 96554 RS 2011/0300673-6, Relator Min. Ari Pargendler, Data de Julgamento: 21/11/2013. O médico que mantém contato direto com o paciente, quem tem plenas condições de determinar o tratamento médico adequado: (Apelação e Reexame Necessário Nº 70061109799, Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Ricardo Torres Hermann, Julgado em 06/11/2014). (TJ-RS - REEX: 70061109799 RS , Relator: Ricardo Torres Hermann, Data de Julgamento: 06/11/2014, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 12/11/2014); (APELAÇÃO / REEXAME NECESSÁRIO Nº 0030938-97.2013.815.0011. ORIGEM: 3ª Vara da Fazenda Pública Apelação Cível e Remessa Necessária nº 0027669-65.2011.815.2001 da Comarca de Campina Grande.. RELATOR: Dr(a). Gustavo Leite Urquiza, em substituição a(o) Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho. Data do Julgamento 09/07/2015).

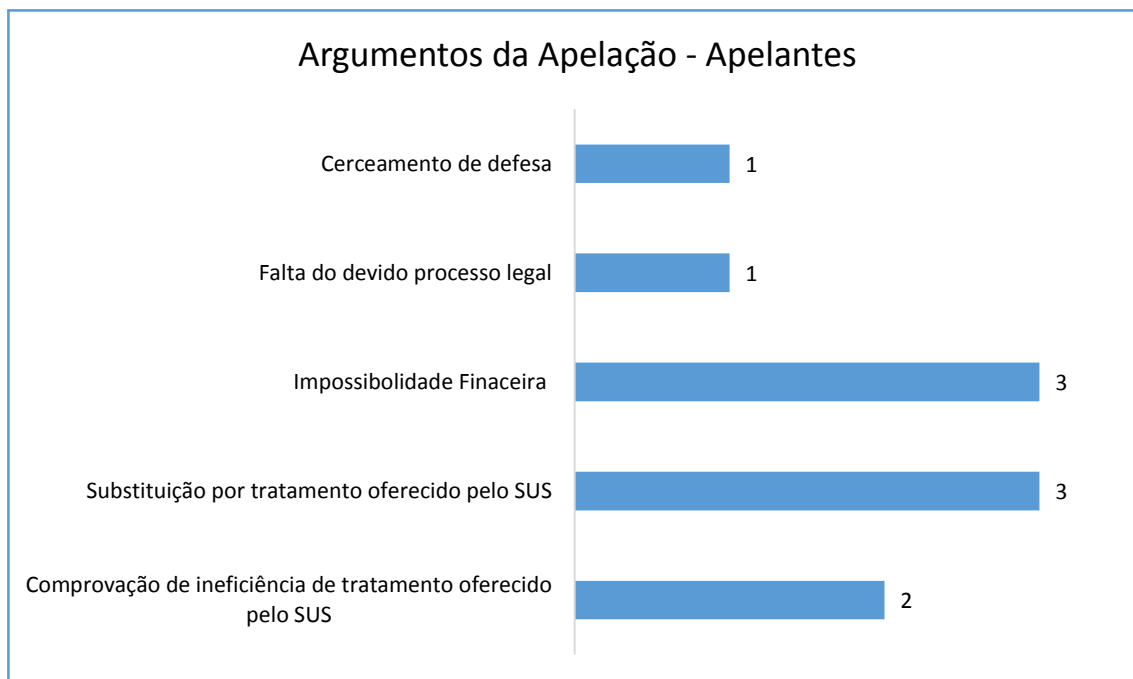
	<p>4. Princípio do livre convencimento motivado, é permitido ao julgador apreciar livremente as provas produzida. (Apelação Cível Nº 70064847775, Vigésima Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Marilene Bonzanini, Julgado em 25/05/2015). (TJ-RS - AC: 70064847775 RS , Relator: Marilene Bonzanini, Data de Julgamento: 25/05/2015, 22ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJe: 29/05/2015).</p> <p>5. Direito à Saúde: Doutrina de André Ramos Tavares, 2002. + (STF - ARE: 850257 RS, Relator: Min. CELSO DE MELLO, Data de Julgamento: 03/02/2015, Segunda Turma, Data de Publicação: DJe034 DIVULG 20-02-2015 PUBLIC 23-02-2015).</p> <p>6. Princípio da dignidade Humana : Art.1º (CRFB/88) + (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00268285520138150011, 2ª Câmara Especializada Cível, Relator DES OSWALDO TRIGUEIRO DO VALLE FILHO, 17-03-2015).</p>
10/04/2018 Estado PB X MPE (M.C.A.L.)	<p>Mérito : negado</p> <p>Argumento do apelante: falta de interesse processual por ausência de prova concreta da negativa. e o cerceamento de defesa, substituição de tratamento . Caso de manutenção da sentença, que os honorários advocatícios fossem fixados em conformidade com os arts. 82 e 85 do CPC/2015</p> <p>Decisão :</p> <p>1. Direito à saúde e dever do Estado: Art 196; 198. (CRFB/88)</p> <p>2. Universalidade da cobertura : Lei 8080/90 art.6º, I, alínea d.</p> <p>3. Falta de interesse de agir por ausência de pedido administrativo: (STJ - AgRg no AREsp: 463035 RS 2014/0013340-6, Relator: Min. HERMAN BENJAMIN, T2 -SEGUNDA TURMA, Data de Publicação: Dje 15/04/2014); (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00152119820138150011, 1ª Câmara Especializada Cível, Relator DES LEANDRO DOS SANTOS , j. em 19-04-2016)</p> <p>4. Impossível o acolhimento do cerceio de defesa sustentado.</p> <p>5. É o profissional da Medicina, que mantém contato direto com o paciente, quem tem plenas condições de determinar o tratamento médico adequado. (...) (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00152119820138150011, 1ª Câmara Especializada Cível. Relator DES LEANDRO DOS SANTOS , j. em 19-04-2016)</p>

Tabela 3 REGISTROS TENDO COMO PARTE EM DEMANDA PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO

Ao analisar os argumentos citados pela parte apelante os principais encontrados foram : Solicitação de substituição de tratamento por tratamento do SUS, comprovação do ineficácia do tratamento do SUS, impossibilidade de recurso

financeiro. Também em menor número, foi requerido apelo, devido a cerceio de defesa e não cumprimento do devido processo legal. O gráfico abaixo demonstra a estratificação supracitada.

GRÁFICO 4 - Tendência dos argumentos utilizados pelos apelantes nos registros analisados.



Em uma pesquisa no estado da Bahia Ramos (2017) verificou que os argumentos do poder público de caráter econômico estavam presentes em 40,98% das demandas, seguidos de argumentos entre outros de solicitação por medicação do SUS e utilização de princípios como reserva do possível e integralidade do sistema como argumentos.

A avaliação dos argumentos tem por escopo estudar em que medida as categorias do protagonismo judicial e ativismo judicial são adequadas para explicar o que acontece no plano das decisões individualizadas dos processos judiciais envolvendo a questão da saúde. Também adquire relevância especial o debate em torno dos elementos fundamentais que integram os argumentos decisórios no sentido de detectar se eles restringem a interpretação do sistema constitucional ou migram para a discussão política em torno do direito à saúde (JUNIOR, 2018, p.51).

Como visto, os principais argumentos de defesa do poder público são: a falta de recursos financeiros e substituição por tratamento oferecido pelo SUS. Estes dois argumentos direcionam a um mesmo objetivo, a questão financeira, para o gestor é

muito mais cômodo e barato, custear um tratamento já fornecido, do que um novo tratamento o que normalmente é mais oneroso. A impossibilidade financeira, está atrelada a teoria da reserva do possível é nesse argumento que se baseiam os ente públicos para não efetivar a prestação do serviço de saúde pleiteado (GOMES, 2018).

Segundo Almeida (2013), o Poder Público, utiliza de argumentos como ausência do fármaco pleiteado, nos protocolos de distribuição gratuita de medicamentos; reserva financeiramente possível; separação dos poderes e atuação do poder judiciário sobre as políticas públicas. Vemos que o achado do autor, corrobora com os resultados desta pesquisa. Peixoto (2013), alega que os principais argumentos dos apelantes trata-se da intervenção excessiva do poder judiciário e o Princípio da Reserva do Possível.

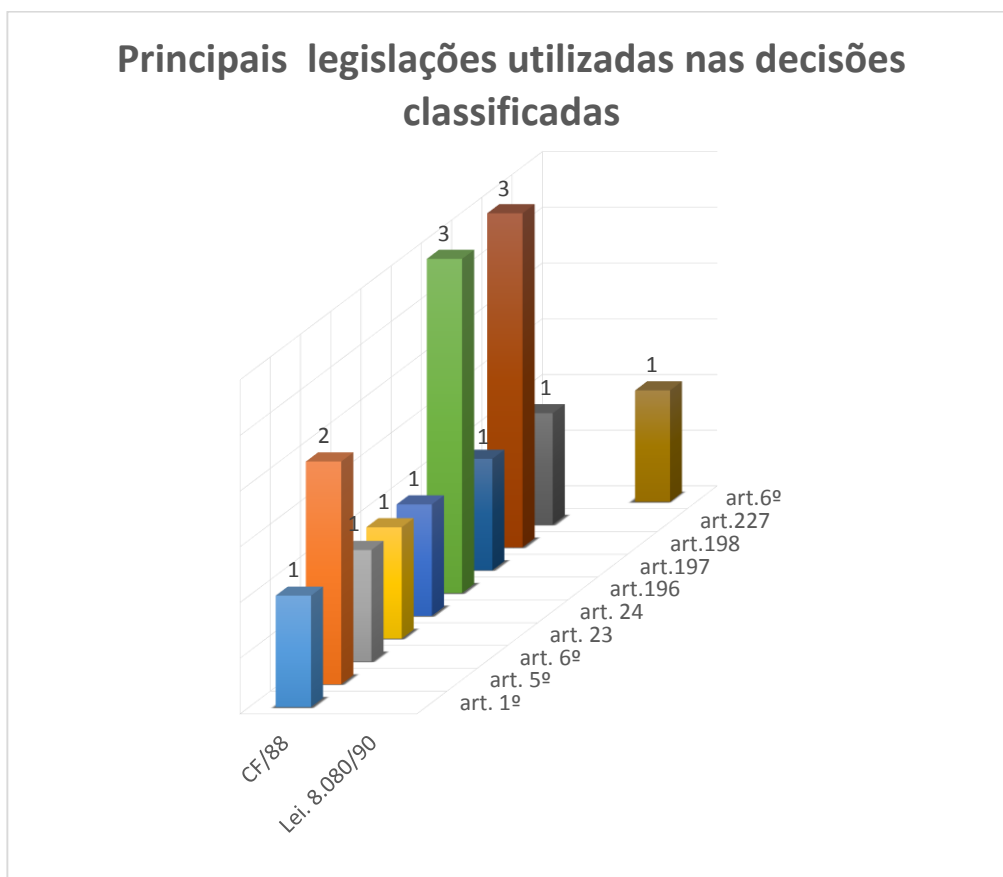
Quanto as decisões e fundamentos do magistrados, um dos achados muito citado foi a resposta a argumentação sobre a decisão do Recurso Repetitivo - Resp. 165.57156/RJ, Ministro Benedito Gonçalves – STJ esta decisão foi utilizada como argumento pelos apelantes, devido a estabelecer critérios cumulativos sobre o fornecimento de medicamentos são eles: a) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; b) Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; c) Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Para Assis (2019) este julgado representa uma tentativa do STJ em estabelecer critérios para restringir a dispensação de medicamentos a todo custo. Alega, que foi reconhecida pelos ministros, a impossibilidade do Estado sobre o fornecimento sem controle ao qual, as decisões judiciais vinham proferindo. Que também é necessário, certo equilíbrio nas decisões das demandas pois, o Estado *“deve garantir o mínimo existencial a cada cidadão, prevalecendo, assim, as garantias fundamentais constitucionalmente previstas no ordenamento jurídico brasileiro”*. Em nenhuma das decisões, foi aceito o argumento, devido a própria decisão do recurso estabelecer que só teria cabimento para as demandas impetradas após data da decisão, o que não era realidade de nenhum registro.

Nas decisões os fundamentos tiveram origem da legislação, jurisprudência e doutrina. Os principais fundamentos da legislação originaram da constituição federal sendo o artigo 196 mais citado seguido do artigo 5º § 2º; 6º; 23, II; 24, XII; 227; 197; 198 e 1º. O STF, segundo TORRONTÉGUY (2010) tem difundido essa visão ao afirmar que o art. 196 da constituição, não pode se transformar em compromisso inconsequente e ausente, visto que fundamentalmente o direito a saúde é impositivo ao poder público.

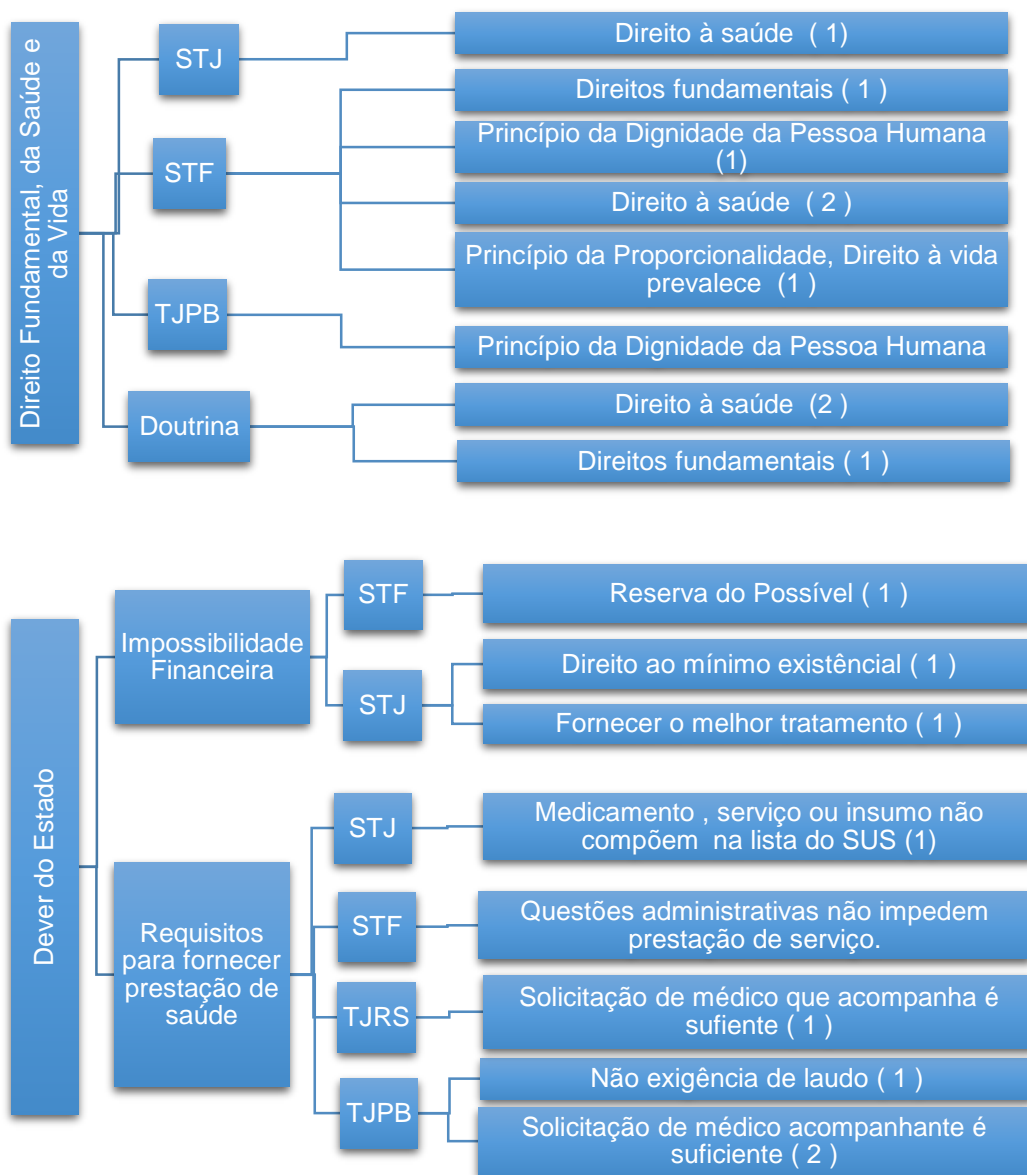
Foram citadas a lei 8.080/1990 em seu artigo 6º inciso primeiro. Como também, utilizada doutrina a respeito do direito à saúde, a vida e a disponibilidade a este direito. Os princípios citados nas decisões foram o Princípio da Dignidade Humana e Princípio da proporcionalidade que destacou a prevalência do direito à vida. A jurisprudência em sua maior parte foi originária do STF e STJ seguindo do TJPB e Tribunal da Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS).

GRÁFICO 5 - Principais legislações citadas nas decisões de mérito perante o poder público



Os principais fundamentos das jurisprudências utilizadas nas decisões do TJPB analisadas nesta pesquisa, foram divididas em dois grandes grupos, o primeiro abarca: O Dever do Estado na prestação da saúde, está incluído neste grupo, os fundamentos que debatem requisitos solicitados nos argumentos, para prestação dos serviços e impossibilidade financeira. O segundo grupo trata do Direito Fundamental, da Saúde e da Vida e contempla todos os fundamentos que visam o objetivo de garantir ao cidadão o acesso aos serviços de saúde. Para melhor visualização segue gráfico abaixo.

Figura 3 Análise das jurisprudências utilizadas nas decisões de direito público classificadas na pesquisa.



Em uma pesquisa semelhante ao presente estudo, realizada com fonte de pesquisa, datada de uma década Leitão (2012), trouxe como resultado, que o artigo 196 da constituição foi o principal argumento utilizado nas decisões, em defesa da efetividade ao direito à saúde o que corrobora com a atual pesquisa

Diante da análise das decisões concluiu-se que foi prevalecido o preceito oriundo da constituição e a efetivação da garantia do acesso a saúde. Segundo Santos (2014) em sua pesquisa nas decisões do Tribunal de Justiça do Mato Grosso (TJMT) relacionadas ao agravo do câncer, concluiu que as fundamentações baseadas na Constituição Federal compuseram 88, 2% . Foi também citado pela autora a utilização da Lei 8.080/90 estando presente em 23,5% das decisões.

Na seguinte tabela analisaremos a pessoa jurídica de direito privado, que é regulada, pela relação consumerista com o beneficiário, regido pelo código civil e o código de defesa do consumidor e legislações específicas.

O Código de Defesa do Consumidor assegura a defesa e a proteção dos direitos dos consumidores, tem por destinação gerenciar as ligações de consumo, apresentando a respeito da assistência e seguro dos privilégios aos consumidores. Sendo assim, esse código está para beneficiar os usuários do plano de saúde, para que este não seja lesado por conta dos poderes aquisitivos das grandes empresas que se estabelecem na área da saúde. A finalidade é que os direitos de todos os consumidores sejam respeitados e cumpridos conforme a legislação (DE OLIVEIRA, 2018, p. 25)

REGISTROS TENDO COMO PARTE EM DEMANDA PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PRIVADO	
Processo / Câmara Cível Especializada	Argumentos/ Fundamentos/ Pedidos das Partes - Fundamentos magistrado
Partes (Apelante / Apelado)	
Espécie Recursal/ Tipo da ação da inicial	
Causa de pedir	
18/12/18 - 3ª	Mérito : negado Argumento do apelante:

<p>Unimed João Pessoa – Cooperativa de Trabalho Médico X E. M. S. + E. M. S.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não abrangência de cobertura contratual. • Ato ilícito não caracterizado. • Dano moral excessivo ,razoabilidade e proporcionalidade não compatível <p>Argumento do apelado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alega que o procedimento delimitado pelo médico se encontra inserido no rol da ANS, e que a negativa externada pela demandada foi ilegítima.
<p>Apelação Cível – Obrigação de fazer c/c indenização</p>	<p>Decisão :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abusividade comprovada. Dano moral in re ipsa (STJ; REsp 1.546.908; Proc. 2015/0193146-0; RS; Terceira Turma; Rel. Min. Moura Ribeiro; DJE 21/08/2015); 2. Abusiva a negativa por parte da apelante (artigo 51, incisos IV e XV, § 1º, II e iii) do CDC (TJPE; APL 0085570-15.2014.8.17.0001; Primeira Câmara Cível; Rel. Juiz Conv. Gabriel de Oliveira Cavalcanti Filho; Julg. 05/04/2016; DJEPE 13/04/2016); (TJSP; APL 1003619- 77.2015.8.26.0071; Ac. 9177532; Bauru; Sexta Câmara de Direito Privado; Rel. Des. Fortes Barbosa; Julg. 18/02/2016; DJESP 11/03/2016). 3. O dano moral está perfeitamente demonstrado devido recusa. Lei 9656/98: art. 2º e 3º (práticas abusivas ; negativas de autorização), Art. 47 interpretação favorável ao consumidor; (AgRg no Ag 845.103/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 17.04.2012, DJe 23.04.2012); nº1096435/2018 (Processo nº 00017827720178070001 (1096435), 7ª Turma Cível do TJDF, Rel. Gislene Pinheiro. j. 16.05.2018, DJe 24.05.2018). 4. Fundamento para dignidade da pessoa humana: art. 35-C,II,Lei dos planos de Saúde, 9.656/98. (Apelação nº 0055279-03.2014.815.2001, 4ª Câmara Cível do TJPB, Rel. João Alves da Silva. DJe 15.03.2018).
<p>Tratamento oncológico negado, patologia coberta por previsão contratual. Danos morais.</p>	
<p>31/07/2018 - 3ª</p> <p>CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil</p>	<p>Mérito : negado</p> <p>Argumento do apelante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atua na modalidade de autogestão - não se sujeita às normas estabelecidas no CDC. • Inexistência de conduta ilícita • indevida a indenização por danos morais. <p>Decisão :</p>

<p>X</p> <p>D.G.M.+ J.J.A.G.M. + A.R.A.G.M.+ S.H.A.G.</p> <p>(Descendentes portadora de câncer morreu no decorrer do processo)</p>	
<p>Apelação</p> <p>—</p> <p>Ação de Obrigação de Fazer c/c Danos Morais e Pedido Liminar.</p>	
<p>Negado autorização para realização de exame.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Art. 3º, caput, do CDC Defini fornecedor é toda pessoa jurídica, sem qualquer exceção, que desenvolva a atividade, dentre outras, de prestação de serviço. (Apelação Cível N° 70033313297, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS. Relator: Léo Romi Pilau Júnior, Julgado em 24/03/2011). 2. Aplicação do CDC aos contratos de plano de saúde Súmula 469 do STJ. (Apelação Cível N° 70033313297, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS. Relator: Léo Romi Pilau Júnior, Julgado em 24/03/2011). 3. Princípio da vulnerabilidade, s art. 4º, II do CDC. 4. O CDC no art. 6º I. Exposição a perigos que coloquem em risco tanto a vida quanto a saúde. 5. Interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (art. 47, CDC). (TJPB — AC 200.2008.000350-8/002 — Rel. Des. José Di Lorenzo Serpa — 1ª Câmara Cível — DJ 24/09/2009). 6. Doutrina : Cláusula nula são as que inseridas em contratos de planos de saúde que não dê cobertura a algumas moléstias. (Grino ver. Ada Pellegrini... [et ai.] — Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: comentado pelos autores do anteprojeto. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004). 7. Cláusula restritivas devem ser redigidas em destaque art. 54, §4º do CDC; (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 00018285120138150141, 1ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. MARIA DE FÁTIMA MORAES BEZERRA CAVALCANTI , j. em 16-05-2017) (TJ-PB - APL: 00018285120138150141 0001828- 51.2013.815.0141, Relator: DES. MARIA DE FÁTIMA MORAES BEZERRA CAVALCANTI, Data de Julgamento: 16/05/2017, 1A CIVEL); 8. Doutrina : Dano moral Savatier,1989 (Traité de La Responsabilité Civile, vol.II, nº 525, in Caio Mario da Silva Pereira, Responsabilidade Civil, Editora Forense, RJ, 1989) 9. Doutrina : quantificação dos danos extrapatrimoniais - Silvio de Salvo Venosa e Cláudia Rodrigues (VENOSA, Silvio de Salvo; RODRIGUES, Cláudia. In: SALOMÃO, Luis Felipe; TARTUCE, Flávio. (coords). Direito Civil: diálogos entre doutrina e jurisprudência. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2018). 10. Princípio da reparabilidade do dano moral. A indenização tem a dupla função reparatória e penalizante. (RSTJ 33/513 - Resp. 3

	220-RJ - registro 904 792, trecho do voto do relator Ministro Cláudio Santos).
27/032018 2ª	Mérito : negado
Unimed Campina Grande – Cooperativa de Trabalho X A.C.	Argumento do apelante: <ul style="list-style-type: none"> • Sustenta que procedimentos necessários e urgentes para salvar a vida da apelada, previstos no contrato, foram realizados. • Não cobertura contratual para reconstrução mamária com prótese de silicone • Inexistência de qualquer humilhação que enseje dano moral. • Inexistência de conduta ilícita, deve-se afastar o dano moral.
Apelação - Ação de Indenização por Danos Morais	Decisão : <ol style="list-style-type: none"> 1. Abusividade de cláusula que prevê a exclusão da cobertura contratual do fornecimento de prótese. 2. Contrato de saúde prevê a cobertura para o procedimento cirúrgico de reconstrução mamária com prótese solicitado: (Art. 10-A da Lei n. 9.656/98 - Incluído pela Lei nº 10.223, de 2001) 3. Recusa de prestação de serviço, deu causa à reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia da apelada. dano moral in re ipsa.
Reconstrução mamária com prótese de silicone pós mastectomia Radical. Recusa indevida de cobertura de tratamento	

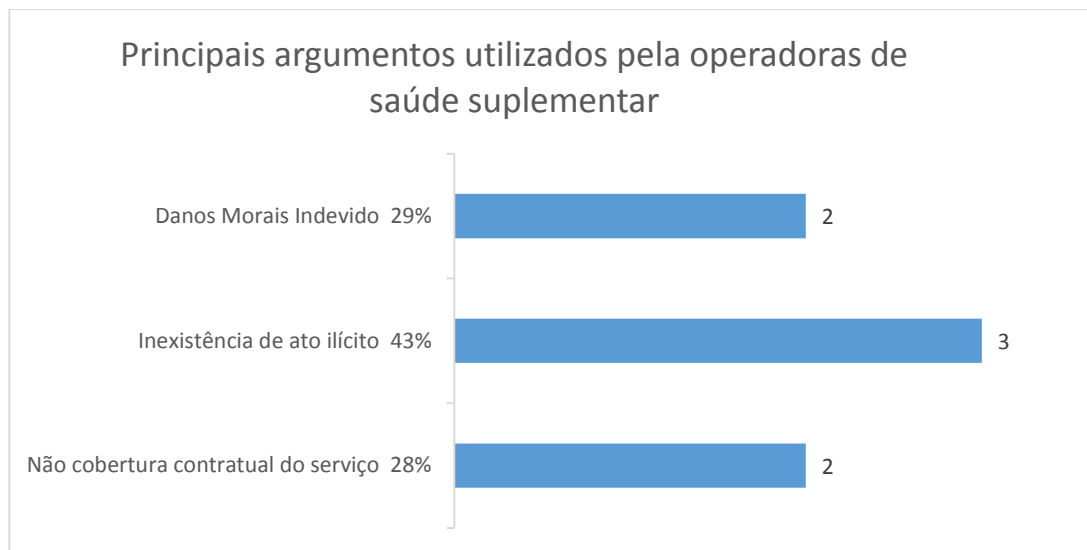
Tabela 4 registros tendo como parte em demanda pessoa jurídica de direito privado

Ao analisarmos as demandas do setor privado, foi verificada a diferença entre a fundamentação e o quantitativo de argumentos da parte apelante. Um motivo claro para esta diferença, está relacionado a rogação de indenizações por danos morais. Inicialmente ao analisar as argumentações da parte apelante foram encontradas as seguintes menções: a não cobertura contratual do serviço solicitado; a inexistência de ato ilícito; danos morais indevidos e não aplicação do CDC na relação contratual.

Sobre o argumento de não aplicação do CDC, ocorreu da operadora tipo autogestão, contudo no processo foi constatado que, a mesma realiza também comercialização do plano para o mercado comum. Além do mais, como proferido na

decisão, a ausência de fins lucrativos não exime da aplicação do CDC conforme art. 3º do referido código. O gráfico abaixo demonstra, os principais argumentos utilizados pelas operadoras de saúde suplementar.

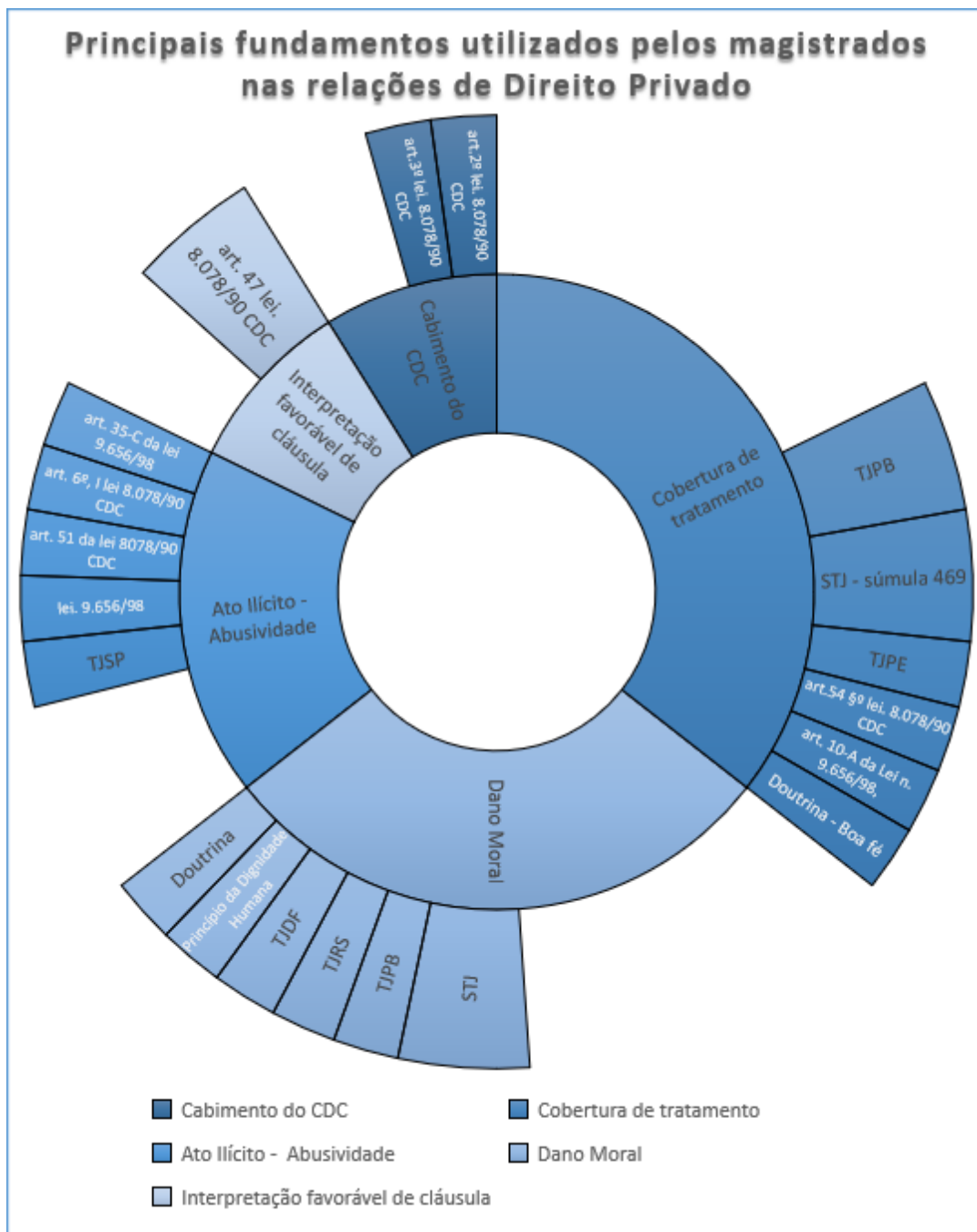
GRÁFICO 6 - - Principais argumentos utilizados pela parte apelante de direito privado, nas decisões de mérito dos registros analisados



As principais decisões proferidas nos acórdãos, foram: a legitimidade da cobertura contratual, comprovação da ocorrência de ato ilícito, abusividade contratual e dano moral presumido. Para isto foram utilizados como fundamento as seguintes legislações: o CDC em seus artigos 2º;3º; 5º; 6º; 47 e 54; a Lei 9.656 de 1998 em seu artigo 35 - C,II. Quanto a jurisprudência, a origem são dos tribunais estaduais e do distrito federal :TJPB, Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDF), TJRS. Também foram citadas doutrina e princípios nas decisões colegiadas

Em uma pesquisa Alves (2009) constatou, que as demandas perante planos de saúde, tinha como principal motivo, a cobertura contratual constando de 55,6% dos casos. Quanto a análise dos fundamentos do autor, elencou como os mais utilizados o CDC; a Lei 9.656 de 1998 e a Constituição Federal. Esses dados possuem afinidade com os resultados do presente estudo. Conforme apresentado no gráfico a seguir, sobre os fundamentos dos acórdãos e decisões, nas relações de direito privado.

Gráfico 7 Análise dos fundamentos dos acórdãos classificados nas relações de direito privado



Corroborando com o resultado desta pesquisa, sobre as ações terem um alto percentual de favorecimento para os consumidores de plano de saúde. Os principais fundamentos encontrados por Trettel; Kozan; Scheffer, (2018) em uma pesquisa no município de São Paulo nos anos 2013 e 2014 revelou que, o CDC fundamentou 56,8% das decisões e a Lei 9.896 de 1998, foi aplicada em 56,6% das decisões.

No ano de 2013 Scheffer, em pesquisa semelhante, avaliando o período 2009-2010 concluiu que, o CDC foi a legislação mais citada para fundamentar as decisões judiciais, apresentando-se em 59% dos casos, vindo em seguida a Lei 9.656 de 1998 com 13% dos casos e a Constituição Federal em 6,5% dos achados.

Sobre a Súmula 469 de 2010 do STJ, que foi citada em um dos registros analisados neste estudo, e como já conceituado acima, a mesma prevê a aplicação do CDC aos planos de saúde. Contudo, em abril de 2018, foi substituída pela Súmula 608 do STJ, que retira a aplicação do CDC aos planos de autogestão, esta súmula porém, foi complementada pela Súmula 609 de mesma data. Determina a súmula 609 do STJ, que é ilícita a recusa de cobertura por parte da operadora, sob a alegação de doença preexistente, em casos que não tenha havido exames prévios à contratação ou comprovação da má-fé do segurado (DE CASTRO PAIXÃO FILHO, 2019).

Este estudo seguiu a tendência da pesquisa realizada pelo CNJ, no ano de 2015. A referida pesquisa realizou análise de diversos tribunais no Brasil, afim de consolidar dados e experiências sobre a judicialização da saúde. Dos processos analisados foram encontradas características em comum entre eles que corroboram com esta pesquisa. Tanto na saúde pública, quanto privada as demandas apresentam foco curativo como fornecimento de tratamento, medicamentos, próteses. O segundo ponto está na predominância da mitigação individual, ações coletivas ainda aparece de forma tímida nas demandas, e no estudo presente não foram encontrados achados.

Os demais pontos referido na pesquisa citada foram: Tendência de deferimento final e na antecipação de tutela: na maioria dos casos, houve deferimento do pedido de antecipação de tutela sem pedido de informações complementares; Baixa citação à Audiência Pública do STF: a maioria das decisões não citou ou tomou como referência a Audiência Pública que o STF realizou em 2009 que discutiu a judicialização da saúde; Baixa citação ao CNJ: a maioria das decisões não citou ou tomou como referência as colaborações do CNJ sobre a temática, especialmente as; Baixa citação ao Fórum Nacional e aos Comitês estaduais: a maioria das decisões não citou ou tomou como referência as contribuições do Fórum Nacional de Saúde e dos Comitês estaduais na atividade judicante e por último, a não utilização do Núcleo

de Apoio Técnico, especialmente nas capitais, este núcleos não foram cotados como, estratégia para a atividade judicante em saúde (ANSENSI, 2015)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou o entendimento de como são empregados os discursos dos atores envolvidos, nas decisões judiciais diante da negativa do direito à saúde, da pessoa com câncer de mama. Não foram encontradas pesquisas com recorte metodológico igual, relacionado ao câncer de mama. A exceção se deu apenas em relação a pesquisa nacional realizada pelo CNJ, a qual foi comparada nos resultados com a presente pesquisa. No demais achados de estudos portanto, foram feitas análises comparativas com o contexto da judicialização à saúde, avaliando o perfil do recorte por semelhança. Como visto, o Estado da Paraíba possui um número significativo de demandas relacionadas a judicialização da saúde no cuidado aos portadores de câncer de mama, visto que, em um período de um ano, mesmo com critérios de pesquisa restritos, foram encontrados nove demandas a respeito da temática. Entendemos, que a neoplasia mamária trata-se, de uma pequena parcela do gigante território que são as doenças e suas mais diversas espécies e todas elas estão propensas a demandas jurídicas.

A realidade encontrada durante busca de estudos sobre o tema, é que as pesquisas, são direcionadas em sua grande maioria para análise das demandas judiciais diante do poder público, conforme cita Oliveira (2015). Em menor número, encontra-se pesquisas relacionadas a judicialização contra aos planos privados, porém sempre analisados de formas separadas. Este trabalho diferencia-se dos demais devido a dicotomia analisada. Foi objetivo realizado com sucesso, analisar as demandas judiciais paraibanas, relacionadas a assistência ao portador de câncer de mama, seja, no setor público ou privado.

Essas demandas são sentinelas, podem certamente representar falhas na gestão e execução da integralidade do SUS assim como, a garantia da cobertura de agravos da saúde suplementar. Nos demonstra também, que em ambos sistemas, seja público ou privado, existem falhas na garantia a assistência. Podemos também perceber com a dicotomia da pesquisa, que a assistência pelo SUS é muito mais exigida, tanto pelo número maior de usuários, quanto a garantia abrangente que lhe incumbida.

Foi possível consolidar dentro do período analisado, o entendimento do TJPB e sua tendência de decisões, assim como foi perceptível nas decisões analisadas que possíveis mudanças sobre as decisões poderão ocorrer nas demandas posteriores, a

decisão do recurso repetitivo STJ 156.7156/RJ. Esta decisão foi oriunda de demandas crescentes, sobre a temática do fornecimento de medicamentos, que como vimos, tem quantitativo expressivos nas judicializações analisadas. Nos demonstrando mudanças possíveis dos fundamentos das decisões posteriores.

No ramo do direito privado, podemos analisar que a proteção ao portador de câncer de mama também tem fragilidades diante dos contratos firmados. Em ambos sistemas estes resultados se dá devido a morbididade e alto custo da doença. O que é evidente também, que por ser ainda uma doença estigmatizada pela sociedade, devido ao sofrimento e angustia que acomete a maioria de seus pacientes. As medidas, vem a cada dia buscando a racionalidade tanto dos gestores, sejam entes públicos quanto da saúde suplementar, para que se detenha o equilíbrio nos litígios da judicialização da saúde, seja na efetividade do direito a saúde como também no equilíbrio financeiro dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, G. S. de. **Epidemiologia e fatores de risco do câncer de mama em pacientes do Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) em Campina Grande – PB.** 2015. 102f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - PPGSP) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015. Disponível em < <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/2351>> acesso em 11. set. 2018
2. ALMEIDA, Matheus Vilela Salgado et al. **Judicialização da saúde e o fornecimento judicial de medicamentos de alto custo a pacientes com câncer.** 2013. Disponível em < <http://hermes.cpd.ufjf.br:8080/jspui/bitstream/ufjf/5149/1/matheusvilelasalgadoalmeida.pdf>> acesso em 18 de abr. 2019.
3. ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Ligia; BARROSO, André Feijó. **O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 279-290, 2009. Disponível em < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2009000200006&script=sci_arttext&tlng=pt > acesso Jan. 2019.
4. ALVES, Mônica Oliveira; MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz; COELHO, Bertha Andrade. **A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama.** Saúde e Sociedade, v. 26, p. 141-154, 2017. Disponível em <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902017000100141&script=sci_arttext> Acesso em 03 Abr. 2018.
5. AMARAL, Thatiana Lameira Maciel et al. **Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guomard,** Acre, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 3077-3084, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n9/3077-3084/>> acesso em: 9 set. 2018
6. ANDRADE, Mônica Viegas et al. **Desafios do sistema de saúde brasileiro.** 2018. Disponível em: < <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8468> > acesso em: 11 Dez. 2018
7. ANTONIO, Gilka Lopes Moreira. **Planos privados individuais de saúde: o consumidor ainda tem poder de escolha?.** CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO, v. 7, n. 1, p. 163-182, 2018. Disponível em: <

- <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/463>> acessado em: acesso em 17. out. 2018
8. ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. In: Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência.** 2015 Judicialização a saúde cnj disponível em: < <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/4809>> acesso em: 08 Dez 2018
 9. ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni. **Direito sanitário.** Elsevier Brasil, 2013. paragrafo demonstra a necessidade de conhecimento amplo do juiz para tomada de decisões Disponível em < https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=IJY4DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=+ASENSI,+Felipe%3B+PINHEIRO,+Roseni.+Direito+sanit%C3%A1rio.+Elsevier+Brasil,+2013.&ots=1oi7XmtLRI&sig=esOeJ15q3KHnx5NernDx_en-I3E#v=onepage&q=ASENSI%2C%20Felipe%3B%20PINHEIRO%2C%20Roseni.%20Direito%20sanit%C3%A1rio.%20Elsevier%20Brasil%2C%202013.&f=false > acesso em: 19 Nov. 2018
 10. ASSIS, Apoena Guerreiro et al. **Judicialização da saúde: fornecimento de medicamentos segundo o julgamento do recurso especial nº 1.657. 1561. 2019.** Disponível em <<http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/548/1/TCCAPOENAASSIS.pdf>> Acesso 20 Abr. 2019
 11. BARBOSA, Ana Mirela Muniz et al. **Câncer de mama, um levantamento epidemiológico dos anos de 2008 a 2013. 2017.** Disponível em < <https://assets.itpac.br/arquivos/revista/2017-2/Artigo-6.pdf>> acesso em 17. set. 2018
 12. BARROSO, Luís Roberto. **Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo.** Revista Jurídica da Presidência, v. 12, n. 96, p. 05-43, 2010. Disponível em < <https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/230>> acesso em 17. set. 2018
 13. BRANCO, Janaina Soares Noleto Castelo; PEREIRA, Lara Dourado Mapurunga (Ed.). **Processo nos Tribunais e Meios de Impugnação das Decisões no CPC.** Editora Mucuripe, 2018. Disponível em: <

[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=vpGCDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=BRANCO,+Janaina+Soares+Noleto+Castelo%3B+PEREIRA,+Lara+Dourado+Mapurunga+\(Ed.\).+Processo+nos+Tribunais+e+Meios+de+Impugnação+das+Decisões+no+CPCrunga%20\(Ed.\).%20Processo%20nos%20Tribunais%20e%20Meios%20de%20Impugnação%20das%20Decisões%20no%20CPC.%20Editora%20Mucuripe%2C%202018.&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=vpGCDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=BRANCO,+Janaina+Soares+Noleto+Castelo%3B+PEREIRA,+Lara+Dourado+Mapurunga+(Ed.).+Processo+nos+Tribunais+e+Meios+de+Impugnação+das+Decisões+no+CPCrunga%20(Ed.).%20Processo%20nos%20Tribunais%20e%20Meios%20de%20Impugnação%20das%20Decisões%20no%20CPC.%20Editora%20Mucuripe%2C%202018.&f=false) acesso em: 11 Set 2018

14. BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. 04/02: Dia Mundial de Luta Contra o Câncer.2019 Disponível em
<<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4832-04-02-dia-mundial-de-luta-contr-o-cancer>>.Acesso 15 Abr. 2019.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30/12/2010.
Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, Brasil - Diário Oficial da União Disponível
em<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf > acesso em 17. set. 2018
16. BRASIL,1990. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> acesso em: 10 out. 2018
17. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. Disponível em <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 30 ago. 2018.
18. BRASIL. **Lei 13.105/2015 (Lei Ordinária) 16/03/2015.** Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm.
Acesso em: 18 out 2018.
19. BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998: **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.** Diário Oficial da União, 1998. |Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm> acesso 10 de Abr 2019.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna**

- comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013.** Acesso disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html> acessado em: 19 out. 2019
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.** Acesso disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html> acessado em: 10 out 2018
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 741, DE 19 de dezembro de 2005. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html> acessado em: 17 out. 2018
23. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 253 - O art. 557 do CPC, que autoriza o relator a decidir o recurso, alcança o reexame necessário. (Súmula 253, CORTE ESPECIAL, julgado em 20/06/2001, DJ 15/08/2001 p. 264). Disponível em< <http://www.stj.jus.br/SCON/sumanot/toc.jsp?materia=%27DIREITO+PROCESSUAL+CIVIL%27.mat.&b=TEMA&p=true&t=&l=50&i=51&ordem=MAT,TIT,@NUM,@SUB> > acesso em: 09 ago 2018.
24. CUNHA, Hugo Galvão da. **Saúde suplementar no Brasil: uma análise temporal de mercado.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: < <https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/5317>> acesso em: 25 mar. 2018.
25. DALLARI, Sueli Gandolfi. **A construção do direito à saúde no Brasil.** Revista de direito sanitário, v. 9, n. 3, p. 9-34, 2008. Disponível em < <http://www.periodicos.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932> Acesso 8 maio 2019.
26. DE ALMEIDA MARQUES, Onofre Ricardo; DE MELO, Marilene Barros; DE SOUZA SANTOS, Alessandra Patrícia. **Ações judiciais no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, bases legais e implicações: um estudo de caso em um tribunal da Região Sudeste.** Revista de Direito Sanitário, v. 12, n. 1, p. 41-66, 2011. Disponível em

- <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13236> > acesso 10 mar. 2019.
27. DE CASTRO PAIXÃO FILHO, Rui Licinio. **Da Não Aplicação Do Código De Defesa Do Consumidor Pela Ans E Seu Impacto Na Judicialização Da Saúde**. Unisanta Law and Social Science, v. 7, n. 3, p. 467-478, 2019. Disponível em <<http://ojs.unisanta.br/index.php/lss/article/view/1731>> Acesso em 01 Abr. 2019.
28. DE OLIVEIRA, Alexandre Machado; NETO, Celso de Barros Correia. **Controle Judicial Da Efetivação Do Direito À Saúde E O Princípio Da Escassez**. Revista de Estudos e Pesquisas Avançadas do Terceiro Setor, v. 4, n. 1, p. 198-226, 2017. Disponível em <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/REPATS/article/view/8197/pdf>> Acesso 3 mar. 2019.
29. DE SOUZA MACHADO, Felipe Rangel. **Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil**. Revista de Direito Sanitário, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2008. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13118/14921>> acesso em: 7 em dez 2018
30. DOS REIS, Maria Jussara Ribeiro et al. **A importância da equipe de enfermagem no rastreamento do câncer de mama. anais da 14ª mostra de iniciação científica-congrega urcamp-2017**, p. 549-550, 2018. Disponível em: <<http://trabalhos.congrega.urcamp.edu.br/index.php/14mic/article/view/2413>>. Acesso em: 16 set. 2018.
31. FERREIRA, Giovana Andrea Gomes ; RIBEIRO, Catarina de Sá Guimarães. **Judicialização do direito à saúde: priorizar a prestação do serviço ou a entrega do valor?**. 1ª Ed. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2015. Disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_21B.pdf> Acesso 10 set. 2018.
32. GAMARRA, Tatiana Pereira das Neves. **A produção acadêmica sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar: um olhar a partir da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações**. Saúde e Sociedade, v. 26, p. 712-725, 2017. Disponível em: <

https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300712> acesso em: 17 set. 2018

33. GOMES, Fábio da Costa Batista et al. **A Crescente Judicialização Da Saúde Para Garantia De Direitos Fundamentais E A Teoria Da Reserva Do Possível**. Anais do Seminário Científico da FACIG, n. 3, 2018. Disponível em: <
<http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/513> > acesso em: 11 Set 2018
34. GOZZO, Thais de Oliveira et al. **Informações para a elaboração de um manual educativo destinado às mulheres com câncer de mama**. Escola Anna Nery, v. 16, n. 2, p. 306-311, 2012. Disponível em <<http://bdpi.usp.br/>>acesso em 10 Dez. 2018
35. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE **Microdados PNAD**. Rio de Janeiro: O Instituto; 1981, 1998, 2008 e 2013. Disponível em: <
http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material2_sistema_de_saude_brasileiro_historia_avancos_e_desafios_Paim_et_al.pdf> Acesso em: 10 out. 2018.
36. JUNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Redes de Atenção à Saúde Construindo o Cuidado Integral**. Revista Divulgação em saúde para o debate. n, 2014. Disponível em
<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/15/1.b%20-%20Divulgacao-52.pdf#page=17>> . Acesso em 08. dez. 2018.
37. JUNIOR, Nogueira et al. **A crise no sistema único de saúde brasileiro e o fenômeno da judicialização**. 2018. Disponível em <
https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188032/TCC_finalizado.pdf?sequence=3&isAllowed=y> acesso em 10 abr. 2018.
38. KALIKS, Rafael Aliosha et al. **Pacientes com câncer de mama oriundas do Sistema Único de Saúde tratadas no setor privado: custos de um piloto de parceria público-privada em oncologia**. Einstein (São Paulo), v. 11, p. 216-23, 2013. Disponível em <
https://www.researchgate.net/profile/Cinthia_Bognar2/publication/248397243_Treatment_of_breast_cancer_patients_from_a_public_healthcare_system_in_a_private_center_costs_of_care_for_a_pilot_public-

private_partnership_in_oncology/links/563cd33b08ae45b5d2898fc2/Treatment-of-breast-cancer-patients-from-a-public-healthcare-system-in-a-private-center-costs-of-care-for-a-pilot-public-private-partnership-in-oncology.pdf>acesso em 10 Dez. 2018

39. KEMPER, Elisandr a Sguario et al. **Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e1, 2018. Disponível em: <
<https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e1/pt/>> acesso em: 11 Dez. 2018
40. LEITÃO, Luana Couto Assis et al. **Análise das demandas judiciais para aquisi o de medicamentos no Estado da Paraíba**. 2012. Disponível em
<<http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/1810/1/Luana%20Couto%20Assis%20Leitao.pdf>> acesso mar. de 2018.
41. LOPES, Fabiana Diniz; DE CAMPOS MELLO, Tatiana Ribeiro. **A Judicializa o e seu Papel na Efetiva o do Direito   Saúde Pública**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v. 7, n. 3, p. 275-286, 2018. Disponível
em<<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6774010>> acesso em: 19 out 2019
42. MALTA, Deborah Carvalho; JORGE, Alzira de Oliveira. **Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 1535-1542, 2008. Disponível em: <
https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000500018&script=sci_abstract> acesso em: Acessado em: 09 Dez 2018.
43. MENDES, Eug nio Vilaça. As redes de aten o   saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 2297-2305, 2010. Disponível em <
https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_arttext> acesso 10 out. 2018
44. MIGOWSKI, Arn. **Riscos e benefícios do rastreamento do câncer de mama no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 989-989, 2016. Disponível em <
https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000300989&script=sci_arttext&lng=es> . Acesso em 08. dez. 2018.

45. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer / **Estimativa de Câncer no Brasil, Coordenação de Prevenção e Vigilância** / Divisão de Vigilância e Análise de Situação, 2018 Disponível <
<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>> acesso 09 de maio 2019.
46. NEGREIROS, Alessandra Troccoli. **Judicialização da saúde: entendimento do Tribunal de Justiça da Paraíba**. 2014. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Prática Judiciária) - Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2014. [Monografia] disponível em <
<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/5769> > . Acesso em 08. dez. 2018.
47. NEVES, Pilar Bacellar Palhano; PACHECO, Marcos Antônio Barbosa. **Saúde pública e Poder Judiciário: percepções de magistrados no estado do Maranhão**. Revista Direito GV, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 749-768, jan. 2018. ISSN 2317-6172. Disponível em:
<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/73322>> . Acesso em: 11 Dez. 2018.
48. NUNES, Carlos Francisco Oliveira; RAMOS JÚNIOR, Alberto Novaes. **Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios**. Cad Saúde Colet [Internet], v. 24, n. 2, p. 192-199, 2016. Disponível em
<https://www.researchgate.net/profile/Alberto_Ramos_Jr/publication/306269045_Judicialization_of_the_right_to_health_in_the_Brazilian_Northeastern_region_dimensions_and_challenges/links/57bc25ac08ae8a9fc4c4b834.pdf> Acesso em 10 Abr.2018.
49. OLIVEIRA, José Antonio Diniz de. **Demandas jurídicas por coberturas assistenciais: estudo de caso: CASSI**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em . disponível em: <
http://iess.org.br/cms/rep/mhonrosadireito2011_pnxjfq.pdf> acesso em: 5 dez 2018
50. OLIVEIRA, José Antonio Diniz; DE CARVALHO FORTES, Paulo Antonio. **De que reclamam, afinal? Estudo das ações judiciais contra uma operadora de plano de saúde**. Revista de Direito Sanitário, v. 13, n. 3, p.

- 33-58, 2013. Disponível em <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i3p33-58>> Acesso 03 abr. 2018
51. OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes et al. **Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?**. Saúde em Debate, v. 39, p. 525-535, 2015. Disponível em <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042015000200525&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso 10 mar.2019
52. PAIM, Jairnilson et al. **Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Veja, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material2_sistema_de_saude_brasileiro_historia_avancos_e_desafios_Paim_et_al.pdf> acesso em: 15 maio 2018
53. PALOSCHI, Melisse. **"Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em dois municípios da região 29/RS"**. 2016. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado, 27 jun. 2016. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10737/1304>>. Acessado em: 08 Dez. 2018
54. PARAIBA. Secretaria do Estado da Paraíba. Resolução nº 59/18. **Diretrizes para o Processo de Planejamento Regional em âmbito estadual**. disponível em <tatic.paraiba.pb.gov.br/2018/02/Resolucao-59-Diretrizes-para-Planejamento-Regional.pdf> acessado em: 18 set. 2018
55. PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. **Iniciativa privada e saúde**. Estudos Avançados, v. 13, n. 35, p. 109-116, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100011&script=sci_arttext> acesso em 05 maio 2019.
56. PERLEBERG NETO, Helmuth. **Efetivação do direito à saúde pública por meio de decisões judiciais**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 28 nov. 2017. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.590076&seo=1>>. Acesso em: 16 set. 2018.
57. PINHEIRO, Roseni. **Integralidade**. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de mar. 2019.

58. RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Argumentos dos atores processuais nas causas jurídicas sobre saúde no Estado da Bahia, Brasil.** Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 6, n. 1, p. 127-138, 2017. Disponível em <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/357> > acesso 23 mar. 2019
59. RIBEIRO PEIXOTO, Amanda Cristina. **A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: os limites da intervenção do poder judiciário na gestão da Saúde Pública.** A Barriguda: Revista Científica, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 25-49, dez. 2013. ISSN 2236-6695. Disponível em: <http://www.abarriguda.org.br/revista/index.php/revistaabarrigudaarepb/article/view/92/104> >. Acesso em: 19 abr. 2019.
60. RODRIGUES, Ana Paula Veloso. **A vinculação dos precedentes judiciais como forma de efetivação dos princípios da isonomia, segurança jurídica e razoável duração do processo.** 2017. Disponível em: < <http://repositorio.ufu.br/handle/123456789/20229> > acesso em 11. Set. 2018.
61. SALOMÃO, Mello; CUNHA, Rodrigo. **A Importância Do Superior Tribunal De Justiça No Novo Sistema De Precedentes Vinculantes.** Revista CEJ, v. 21, n. 71, 2017. Disponível em: < <https://www2.jf.jus.br/ojs2/> >. Acesso em 25 nov. 2018
62. SAMPAIO, Juliana et al. **Processos de Trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família Junto a Atenção Básica: Implicações para a Articulação de Redes Territoriais de Cuidados em Saúde.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 19, n. 1, p. 41-48, 2016. Disponível em < <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/20163> > acesso 20 Set. 2018.
63. SANTOS, Carla Targino Bruno dos et al. **Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 26, p. 45-62, 2016. Disponível em < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312016000100045&script=sci_arttext&lng=en > acesso em 11. Dez. 2018
64. SANTOS, Fausto Pereira dos; MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **A regulação na saúde suplementar: uma análise dos**

- principais resultados alcançados.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, p. 1463-1475, 2008. Disponível em < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000500012&script=sci_arttext&tlng=pt > Acesso 10 de fev. 2019.
65. SANTOS, Robson Nogueira Costa et al. **Decisões judiciais referentes ao agravo câncer: análise dos argumentos do direito à saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, n. 2, p. 394-400, 2014. Disponível em < <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/24577/17256> > acesso 13 abr. 2019.
66. SCHEFFER, Mario. **Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.** Revista de Direito Sanitário, v. 14, n. 1, p. 122-131, 2013. Disponível em < <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56627> > acesso 30 mar.. 2019
67. SCLiar, Moacyr. **História do conceito de saúde.** Physis: Revista de saúde coletiva, v. 17, p. 29-41, 2007. Disponível em < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312007000100003&script=sci_arttext&tlng=en >. Acesso em: 10 mar. 2018.
68. SILVA, Eduardo Almeida Pellerin; DOS SANTOS, J.; C. GOMES, S. S. M. **A Jurisprudência E O Papel do Juiz Na Atividade Criadora Do Direito.** Revista Jurídica Da Seção Judiciária De Pernambuco, N. 9, p. 313-333, 2017. Disponível em: <<https://revista.jfpe.jus.br/index.php/RJSJPE/article/view/156>>. Acesso em 25 nov. 2018
69. SILVA, Silvio Fernandes da. **Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS.** Divulg. saúde debate, n. 52, p. 165-176, 2014. Disponível em: <cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em 25 nov. 2018
70. SILVA, Silvio Fernandes da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 2753-2762, 2011. Disponível em < https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014 > . Acesso em 08. dez. 2018.

71. SIMEÃO, Shirley de Souza Silva et al. **A difusão do câncer de mama em mulheres na mídia impressa**. Psicologia e Saber social, v. 5, n. 2, p. 142-155, 2016. Disponível em < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/24962> > . Acesso em 08. dez. 2018.
72. SITONIO, Fabianny Tomaz. **Acesso ao tratamento oncológico no município de São Paulo: o câncer de mama como condição traçadora**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-10032016-144758/en.php> > acesso 10 abr. 2019.
73. SLAIBI, Maria Cristina Barros Gutiérrez. **O direito fundamental à saúde**. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 3, 2010 . Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 abr. 2019.
74. SOUZA, Maurício Milanezi. **A hipossuficiência financeira como requisito para o deferimento de ações de medicamentos face ao direito constitucional à saúde: uma análise das decisões proferidas no Tribunal Regional Federal da 4ª região**. 2018. Acesso disponível em <http://repositorio.unesc.net/handle/1/6244> acesso em: 17 out 2018
75. TOLÊDO, Silvia Rosa de Souza et al. **Fluxo assistencial de usuárias com câncer de mama na rede pública de atenção à saúde**. 2016. Disponível em <. <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/39147>> acesso 10 de out. 2018.
76. TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. **A saúde nas barras da justiça: um estudo do posicionamento recente do Supremo Tribunal Federal**. Revista de Direito Sanitário, v. 11, n. 2, p. 224-236, 2010. Disponível em < file:///C:/Users/aninh/Documents/13215-Texto%20do%20artigo-16170-1-10-20120517.pdf> acesso 10 Abr.2019.
77. TRAVASSOS, Denise Vieira et al. **Judicialização da Saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(11):3419-3429, 2013. Disponível em < <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413->

[81232013001900031&script=sci_arttext&tlng=pt](#)> acesso em 10 de mar.

2019.

78. TRETTEL, Daniela Batalha; KOZAN, Juliana Ferreira; SCHEFFER, Mario César. **Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras.** Revista de Direito Sanitário, v. 19, n. 1, p. 166-187, 2018. Disponível em <<http://www.periodicos.usp.br/rdisan/article/view/148133>>acesso 30 mar. 2019
79. VALLE, G.; CAMARGO, J. **A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do supremo tribunal federal .** Revista de Direito Sanitário, v. 11, n. 3, p. 13-31, 1 fev. 2011. Disponível em < <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13220>> . Acesso em 08. dez. 2018.
80. VIACAVA, Francisco et al. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.** Ciencia & saude coletiva, v. 23, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1751-1762/>>. Acesso em: 25 set. 2018.

ANEXO I

00799141920128152001	<p>APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. CÂNCER DE MAMA. TRATAMENTO ONCOLÓGICO. NEGATIVA. PATOLOGIA COBERTA POR PREVISÃO CONTRATUAL. NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE RADIOTERAPIA CONFORMADA TRIDIMENSIONAL E SIMULAÇÃO DE TRATAMENTO COMPLEXA. ATO ABUSIVO. DEMONSTRAÇÃO. DANOS MORAIS. OCORRÊNCIA. QUANTUM INDENIZATÓRIO EM CONSONÂNCIA COM O ABALO SOFRIDO. DESPROVIMENTO. - Se o tratamento da patologia, que acomete a beneficiária do plano de saúde, tiver cobertura contratual, os medicamentos específicos também devem ser custeados, exceto se forem expressamente excluídos. - É devida a cobertura de medicamento que não contenha restrição destacada no contrato. - A recusa injustificada do plano de saúde em assistir o beneficiário ultrapassa o mero inadimplemento contratual, ensejando a reparação civil da lesão perpetrada, a título de danos morais. - O quantum indenizatório será estabelecido pela dimensão exterior da afetação psicológica. Neste, interferem o ambiente de interação social dos sujeitos, as particularidades do objeto, os requisitos de atividade, tais como o lugar, o tempo e a forma, bem como os efeitos jurídicos e econômicos.(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00799141920128152001, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator DESA. MARIA DAS GRAÇAS MORAIS GUEDES , j. em 18-12-2018)</p>
00711374520128152001	<p>EMENTA: AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. REMESSA NECESSÁRIA. INEXISTÊNCIA DE DUPLO GRAU DE JURISDIÇÃO OBRIGATÓRIO EM RAZÃO DA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO PELA FAZENDA PÚBLICA MUNICIPAL. INTELIGÊNCIA DO ART. 496, § 1º, DO CPC/2015. REMESSA NÃO CONHECIDA. APELAÇÃO. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES PÚBLICOS PARA FINS DE CUSTEIO DE TRATAMENTO, EXAMES E DE MEDICAMENTOS. INTELIGÊNCIA DO ARTIGO 196, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. PRECEDENTES DO STJ. REJEIÇÃO. MÉRITO. ALEGAÇÃO DA NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DA INEFICÁCIA DO TRATAMENTO OFERTADO PELA REDE PÚBLICA OBJETIVANDO A POSSIBILIDADE DE SUBSTITUIÇÃO DO TRATAMENTO PLEITEADO POR OUTRO DE MESMA EFICÁCIA E MENOS ONEROSO PARA O ESTADO. AFASTAMENTO. DIREITO À VIDA. GARANTIA CONSTITUCIONAL. SOBREPOSIÇÃO A QUALQUER ESPÉCIE DE RESTRIÇÃO LEGAL. DEVER DO ESTADO DE GARANTIR, MEDIANTE A IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS E ECONÔMICAS, O ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO À SAÚDE, BEM COMO OS SERVIÇOS E MEDIDAS NECESSÁRIOS À SUA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO (CF, ART. 196). PRECEDENTES DO STJ. JULGAMENTO DO RESP 1.657.156/RJ. FIXAÇÃO DE REQUISITOS PARA O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO LISTADOS PELO SUS. EXIGÊNCIA DE REGISTRO DOS FÁRMACOS NA ANVISA. EFEITOS PROSPECTIVOS. PROCESSO DISTRIBUÍDO ANTES DO REFERIDO JULGADO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DA APELAÇÃO.(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00711374520128152001, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator MIGUEL DE BRITTO LYRA FILHO , j. em 10-12-2018)</p>
00014509120178150000	<p>- APELAÇÃO CÍVEL E REMESSA NECESSÁRIA - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO - OBRIGAÇÃO DO PODER PÚBLICO -</p> <p>00711374520128152001</p> <p>PROCEDÊNCIA DO PEDIDO - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - ART. 196 DA CARTA MAGNA - REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA- MANUTENÇÃO DA SENTENÇA - PROVIMENTO NEGADO AOS RECURSOS. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA.O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente. RG RE 855178 PE - PERNAMBUCO 0005840-11.2009.4.05.8500 Min. LUIZ FUX - DJe-050 16-03-2015 Vistos etc.</p>

	(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00014509120178150000, - Não possui -, Relator DES. SAULO HENRIQUES DE SÁ BENEVIDES , j. em 11-10-2018)
00314009820138152001	REMESSA OFICIAL E APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. PROCEDÊNCIA. PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. DESCABIMENTO. SAÚDE PÚBLICA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES DA FEDERAÇÃO. REJEIÇÃO. MÉRITO. PACIENTE COM ENFERMIDADE. NECESSIDADE DE TRATAMENTO EM CARÁTER DE URGÊNCIA. LAUDO MÉDICO. DEVER DO PODER PÚBLICO. AUSÊNCIA DO FÁRMACO NA LISTA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS DA PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. IRRELEVÂNCIA. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DIREITO À SAÚDE. INTELIGÊNCIA DO ART. 196, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. MANUTENÇÃO DO DECISUM. DESPROVIMENTO DA REMESSA OFICIAL E DO RECURSO DE APELAÇÃO. - Os entes da federação possuem responsabilidade solidária no tocante à obrigação de manter a saúde e assegurar o fornecimento de medicamentos aos necessitados, razão pela qual deve ser rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva ad causam. - Consoante entendimento do Superior Tribunal de Justiça, "A ordem constitucional vigente, em seu art. 196, consagra o direito à saúde como dever do Estado, que deverá, por meio de políticas sociais e econômicas, propiciar aos necessitados não ‘qualquer tratamento’, mas o tratamento mais adequado e eficaz, capaz de ofertar ao enfermo maior dignidade e menor sofrimento." (RMS 24197/pr - Recurso Ordinário em Mandado de Segurança 2007/0112500-5 - Rel. Ministro Luiz(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00314009820138152001, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO , j. em 10-09-2018)
00692262720148152001	EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. APLICAÇÃO DO CDC. SÚMULA 469 DO STJ. NEGATIVA DE COBERTURA DE EXAME PRESCRITO POR PROFISSIONAL ESPECIALIZADO. PRÁTICA ABUSIVA. RECUSA INDEVIDA. DANO MORAL CARACTERIZADO. RECURSO DESPROVIDO. A jurisprudência nacional é pacífica quanto à aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, nos termos da Súmula 469 do STJ. Não excluindo o Plano de Saúde o tratamento da doença, nem o ato cirúrgico, não podem ser excluídos os procedimentos, exames, medicamentos e materiais que forem necessários para o tratamento. As negativas de cobertura de tratamento, com utilização de determinada técnica, modo de execução ou alternativas a serem adotadas no combate a enfermidade, cuida de disciplina afeta aos profissionais da saúde, não ao plano contratado. Tal recusa fere não somente o objeto do contrato, em notório descumprimento do resultado esperado, mas também viola os atributos da personalidade do enfermo.(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00692262720148152001, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. MARCOS CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE , j. em 31-07-2018)
00022199420138150241	REMESSA NECESSÁRIA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DIREITO À SAÚDE E À DIGNIDADE. GARANTIA CONSTITUCIONAL DE TODOS. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DOS ENTES DA FEDERAÇÃO. JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO OFICIAL. - É dever do Estado prover as despesas com medicamentos de pessoa que não possui condições de arcar com os valores sem se privar dos recursos indispensáveis ao sustento próprio e da família. " Art. 5º - Na aplicação da lei, o juiz atenderá aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum." (Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro).(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00022199420138150241, 1ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. JOSÉ RICARDO PORTO , j. em 17-07-2018)
00276696520118152001	PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERADOS. REJEIÇÃO. - "O Estado, o Distrito Federal e o Município são partes legítimas para figurar no polo passivo nas demandas cuja pretensão é o tratamento médico imprescindível à saúde de pessoa carente, podendo a ação ser proposta em face de quaisquer deles". APELAÇÃO CÍVEL E REMESSA NECESSÁRIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. ARTRODESE. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. PACIENTE DESPROVIDA

	<p>DE RECURSOS FINANCEIROS. GARANTIA CONSTITUCIONAL. DESPROVIMENTO DO APELO E DA REMESSA. - "(...) DIREITO À VIDA E À SAÚDE. NECESSIDADE IMPERIOSA DE SE PRESERVAR, POR RAZÕES DE CARÁTER ÉTICO-JURÍDICO, A INTEGRIDADE DESSE DIREITO ESSENCIAL (...). (STF - ARE: 850257 RS, Relator: Min. CELSO DE MELLO, Data de Julgamento: 03/02/2015, Segunda Turma, Data de Publicação: DJe-034 DIVULG 20-02-2015 PUBLIC 23-02-2015)." - É dever do Poder Público, compreendidos nessa concepção todos os Entes Administrativos, assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à medicação ou ao procedimento médico necessário a cura, controle ou abrandamento de suas enfermidades, sob pena de deixar o mandamento constitucional (direito à saúde) no limbo da normatividade abstrata. - É o profissional da Medicina, que mantém contato direto com o paciente, quem tem plenas condições</p> <p>(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00276696520118152001, 1ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. LEANDRO DOS SANTOS , j. em 24-04-2018)</p>
<u>00216404720148150011</u>	<p>APELAÇÃO CÍVEL. SÚPLICA PELA REDUÇÃO DOS HONORÁRIOS. FALTA DE INTERESSE RECURSAL. AUSÊNCIA DE CONDENAÇÃO AO PAGAMENTO DE VERBA ADVOCATÍCIA. NÃO CONHECIMENTO DESTA PARTE. - Carece de interesse recursal a parte que pugna pela redução dos honorários advocatícios, quando estes sequer foram fixados na sentença. APELAÇÃO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CIRURGIA. PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO VOLUNTÁRIA. LEGITIMIDADE PASSIVA DO ESTADO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. DESNECESSIDADE DE PRÉVIO ESGOTAMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA. INEXISTÊNCIA DE CERCEAMENTO DE DEFESA. JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE. PODER INSTRUTÓRIO DO JUIZ. LIVRE CONVENCIMENTO MOTIVADO. NECESSIDADE DE PRESERVAÇÃO, EM FAVOR DOS INDIVÍDUOS, DA INTEGRIDADE E DA INTANGIBILIDADE DO NÚCLEO CONSUBSTANCIADOR DO "MÍNIMO EXISTENCIAL". GARANTIA CONSTITUCIONAL DO FORNECIMENTO. DESPROVIMENTO. - O funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS é de responsabilidade solidária da União, Estados-membros e Municípios, de modo que qualquer destas entidades tem legitimidade ad causam para figurar no polo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso à medicação para pessoas desprovidas de recursos financeiros. - Inexiste obrigatoriedade de esgotamento da instância administrativa, para que a parte possa acessar o Poder Judiciário, versando a demanda sobre o fornecimento de medicamentos ou tratamento médico, não implicando sua</p> <p>(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00216404720148150011, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator EDUARDO JOSE DE CARVALHO SOARES , j. em 10-04-2018)</p>
<u>00102947520098150011</u>	<p>APELAÇÃO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA MAMÁRIA. MASTECTOMIA RADICAL. RECONSTRUÇÃO DA MAMA COM PRÓTESE DE SILICIONE. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA DE TRATAMENTO MÉDICO. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. MANUTENÇÃO SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO. _ A recusa da seguradora do plano de saúde em fornecer a prótese necessária para a reconstrução da mama, implica em recusa na cobertura completa do tratamento de urgência indicado pelo médico, agravando a situação de aflição psicológica e angústia da paciente, restando caracterizado o dano moral in re ipsa. _ Desprovisionamento da apelação.</p> <p>(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00102947520098150011, 2ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. LUIZ SILVIO RAMALHO JÚNIOR , j. em 27-03-2018)</p>