

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE DIREITO DE RIBEIRÃO PRETO

EDUARDA UMBELINA PINHEIRO KAMIJO DE MORAES

**JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA:
uma análise das questões judiciais na comarca de Ribeirão Preto**

Ribeirão Preto

2024

EDUARDA UMBELINA PINHEIRO KAMIJO DE MORAES

**JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA:
uma análise das questões judiciais na comarca de Ribeirão Preto**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Iara Pereira Ribeiro

Ribeirão Preto

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Nome: MORAES, Eduarda Umbelina Pinheiro Kamijo de

Título: JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: uma análise das questões judiciais na comarca de Ribeirão Preto

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. (a) Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr.(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2024.

Dedico este trabalho aos meus pais Odenilda e Alexandre, que renunciaram ao conforto para investirem na minha formação moral, social e acadêmica; à minha avó Abelita Umbelina, de quem tenho orgulho de carregar o sobrenome; e ao meu avô Fausto (*in memoriam*), que teria se alegrado em ver sua primeira neta se formar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus (Pai, Filho e Espírito Santo), por sua graça e amor sempiternos, que me sustentou, consolou e fortificou em todos os momentos, sendo meu auxílio e socorro. Minha fonte de vida, esperança e propósito. Sem Ele, nada seria possível.

Aos meus pais, por todo amor, carinho, aconselhamento e dedicação, não hesitando em abdicar do próprio conforto e aspirações pessoais em prol do meu futuro.

À minha orientadora, Profa. Dra. Iara Pereira Ribeiro, por toda paciência, aconselhamento e dedicação em nossas reuniões.

Ao Dr. Rodrigo S. R. L. Freire, por apresentar-me a todo conhecimento preliminar acerca da Saúde Pública, possibilitando meu posterior aprofundamento no tema. Igualmente, às Dras. Daniela e Juliana, que também me acolheram enquanto estagiava na Procuradoria Geral do Estado de São Paulo (PGE-SP).

A todos os amigos e colegas com os quais tive o privilégio de dividir esses cinco anos de formação.

À Universidade de São Paulo e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo financiamento da pesquisa apresentada neste trabalho (Bolsa PUB-USP e PIBIC/CNPq); e ao corpo docente e técnico da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto (FDRP-USP), por todos os esforços em garantir a transmissão do conhecimento, a manutenção de um espaço sadio de aprendizado e um diálogo constante com os estudantes.

“Abre a tua boca a favor do mudo, pelo direito de
todos os que se acham em desolação.
Abre a tua boca, julga retamente e faz justiça aos
pobres e aos necessitados.”
(BÍBLIA, 2003, Pv. 31, 8-9, p. 669)

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 define o direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado (*lato sensu*). Ao mesmo tempo, o ordenamento jurídico pátrio confere especial proteção à pessoa idosa, consolidada em seu respectivo Estatuto (Lei nº 10.741/2003). Entraves políticos, sociais e econômicos, porém, dificultam o acesso da população, inclusive idosa, às ações e serviços de saúde. A judicialização dessas questões transfere ao magistrado a incumbência de decidir quanto às demandas que serão providas ou negadas e, nesse sentido, insere-se o problema e os objetivos da pesquisa: o direito à saúde da pessoa idosa estaria sendo adequadamente garantido nos moldes da legislação especializada? Para tanto, este trabalho analisou, no âmbito da saúde pública, as ponderações envolvidas no processo decisório do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), adstrito à comarca de Ribeirão Preto e ao período de 21/04/2022 a 21/04/2024. Com a utilização de técnicas estatísticas (frequência absoluta e relativa), tais ponderações foram valoradas e confrontadas com o ideário de proteção expressamente positivado – sob a premissa de que a identificação das omissões, falhas ou excessos da tutela jurisdicional se constitui na primeira etapa para uma eventual melhoria na efetivação dos direitos desse grupo socialmente vulnerável.

Palavras-chave: Idoso; Acesso à Justiça; Direitos Fundamentais.

ABSTRACT

The 1988 Federal Constitution defines the right to health as a right of all and a duty of the State (*lato sensu*). At the same time, the country's legal system grants special protection to the elderly, enshrined in their respective Statute (Law No. 10.741/2003). Political, social and economic obstacles, however, make it difficult for the population, including the elderly, to access health actions and services. The judicialization of these issues transfers to the magistrate the task of deciding which claims will be granted or denied and, in this sense, the problem and objectives of the research emerge: is the right to health of the elderly being adequately guaranteed in accordance with specialized legislation? To this end, this study analyzed, in the context of public health, the considerations involved in the decision-making process of the São Paulo Court of Justice (TJSP), restricted to the district of Ribeirão Preto and the period from 04/21/2022 to 04/21/2024. Using statistical techniques (absolute and relative frequency), these weightings were evaluated and compared with the idea of protection expressly set out - under the premise that identifying omissions, failures or excesses in judicial protection is the first step towards any improvement in the realization of the rights of this socially vulnerable group.

KEYWORDS: Elderly; Access to Justice; Fundamental Rights.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico sobre Julgados válidos vs. Julgados descartados

Figura 2 - Gráfico sobre os tipos de julgados válidos

Figura 3 - Gráfico sobre número de julgados por órgão julgador

Figura 4 - Gráfico sobre a frequência das demandas (por categoria)

Figura 5 - Gráfico sobre a frequência detalhada das demandas (por subcategoria)

Figura 6 - Gráfico sobre a frequência das demandas (categorias) por sexo

Figura 7 - Gráfico sobre a frequência detalhada das demandas (subcategorias) por sexo

Figura 8 - Gráfico sobre os argumentos principais

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Detalhamento das exclusões

Quadro 2 - Síntese das justificativas de exclusão

Quadro 3 - Julgados válidos vs. Julgados descartados

Quadro 4 - Tipos de julgados válidos

Quadro 5 - Número de julgados por órgão julgador

Quadro 6 - Frequência das demandas (por categoria)

Quadro 7 - Frequência das demandas (por subcategoria)

Quadro 8 - Frequência das demandas (categorias) por sexo

Quadro 9 - Frequências das demandas (subcategorias) por sexo

Quadro 10 - Argumentos principais

Quadro 11 - Uso de artigos que referenciam a pessoa idosa (por assunto)

Quadro 12 - Detalhamento sobre o uso de artigos que referenciam a pessoa idosa

Quadro 13 – Síntese dos julgados válidos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
1.1. Metodologia.....	23
2. O DIREITO À SAÚDE E SUA JUDICIALIZAÇÃO.....	25
2.1. A saúde na Constituição Federal de 1988.....	26
2.2. O Sistema Único de Saúde (SUS).....	28
2.3. Judicialização da Saúde.....	31
3. PROTEÇÃO ESPECIAL DA PESSOA IDOSA.....	33
4. JULGADOS ANALISADOS NA 2ª INSTÂNCIA (TJSP).....	36
4.1. Refinamento.....	36
4.2. Dados Gerais e Padrão Decisório.....	45
4.2.1. Demandas pleiteadas.....	48
4.2.1.1. Demandas pleiteadas por sexo.....	51
4.3. Argumentos dos Magistrados.....	54
4.3.1. Argumentos Favoráveis à parte idosa.....	60
4.3.1.1. Impertinência do Tema 106 (STJ).....	60
4.3.1.2. Condicionantes do Tema 106 (STJ) atendidas.....	60
4.3.1.3. Responsabilidade solidária dos entes federados.....	61
4.3.1.4. Reconhecimento do direito à saúde.....	70
4.3.1.5. Acesso universal, igualitário e isonômico às ações e serviços de saúde.....	74
4.3.1.6. Força probante da declaração médica e/ou idoneidade do profissional de saúde.....	76
4.3.1.7. Não limitação da prescrição médica à padronização do Poder Executivo ou à lista RENAME.....	78
4.3.1.8. Direito à vida e/ou à dignidade da pessoa humana.....	79
4.3.1.9. Omissão ou recusa injustificada do Poder Público como afronta à Constituição.....	80
4.3.1.10. Não infração à separação de Poderes (por parte do Judiciário).....	81
4.3.1.11. Óbices orçamentários e/ou Teoria da Reserva do Possível como alegações impertinentes.....	82
4.3.1.12. Possibilidade de se impor multa contra a Administração Pública.....	83

4.3.1.13. Desnecessidade de esgotamento da via administrativa.....	85
4.3.2. Argumentos Desfavoráveis à parte idosa (e favoráveis ao Estado).....	86
4.3.2.1. Não vinculação a marca comercial.....	86
4.3.2.2. Possibilidade de substituição do fármaco por outro análogo.....	87
4.3.2.3. Necessidade de atualização periódica da receita médica.....	88
4.3.2.4. Possibilidade de o Poder Público demonstrar o mau uso do processo e a consequente ofensa à boa-fé.....	89
4.3.2.5. Limitação da multa (astreinte).....	89
4.3.2.6. Direcionamento do cumprimento a ente federado específico.....	90
4.3.2.7. Quantidade do insumo limitada ao posicionamento da colenda Câmara julgadora....	92
4.4. Menções ao Estatuto da Pessoa Idosa.....	94
5. CONCLUSÃO.....	98
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
7. APÊNDICE I - PLANILHA.....	115
8. APÊNDICE II - RESPOSTA OFICIAL TJSP.....	128

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, fruto da redemocratização ínsita à época de sua feitura, consagrou direitos essenciais à existência humana em seu texto normativo, dentre os quais: o direito à saúde. O art. 196 o estabelece como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas públicas voltadas à redução do risco de doenças e outros agravos à saúde, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Fatores políticos, sociais e econômicos, porém, dificultam o adequado acesso da população a tais serviços (AZEVEDO; BONFATTI; GIRIANELLI, 2020), resultando na judicialização dessas questões. Perante os tribunais de segunda instância, o aumento de tal fenômeno em 85% revela o agravamento dessa conjuntura (CNJ, 2019), que também afeta grupos socialmente vulneráveis.

Se, nesse cenário, uma análise dos argumentos envolvidos em tais ponderações se mostraria útil, como elemento propulsivo de uma futura melhora na efetivação de tal direito, quanto mais impreterível seria essa análise se focada em um grupo socialmente vulnerável, como o é a população idosa.

Tal vulnerabilidade, evidenciada pela baixa escolaridade e pelo sustento fundado, precipuamente, no recebimento de auxílios governamentais, pensões ou aposentadorias (SANTOS; TONON; ZAZZETTA, 2020) também se verifica no aumento de ações por assistência à saúde (AZEVEDO; BONFATTI; GIRIANELLI, 2020).

Nesse sentido, o Estatuto da Pessoa Idosa, sancionado em 1 de outubro de 2003, assume importante proeminência ao salvaguardar os direitos desse grupo social, com enfoque para a garantia de uma vida digna e saudável – dentre outras disposições, mediante o dever estatal de assegurar-lhe atenção integral por intermédio do Sistema Único de Saúde (art. 15, Lei nº 10.741/2003).

Nesse cenário, um problema se impõe: o direito à saúde das pessoas idosas estaria sendo adequadamente efetivado?

O presente trabalho focou-se, assim, em analisar as decisões judiciais relativas ao direito à saúde das pessoas idosas adstritas à comarca de Ribeirão Preto – cuja população, em 2010, apresentava um percentual de idosos superior ao do Estado de São Paulo (LIMA; LOPES; TONETO JR., 2013). Isso, com o fito de verificar: a tendência geral de julgamento (favorável ou contrária à parte necessitada); as circunstâncias possivelmente ensejadoras da

eventual negativa de tutela; bem como a adequação da decisão judicial às normas de proteção à pessoa idosa, consagradas em seu respectivo Estatuto (Lei nº 10.741/2003).

Após alguns apontamentos metodológicos, far-se-á uma breve exposição do direito à saúde e de sua judicialização. Em seguida, explanar-se-á a proteção legalmente assegurada às pessoas idosas (com enfoque na Lei nº 10.741/2003), para, no quarto capítulo, exporem-se os resultados e achados da pesquisa, juntamente com sua discussão – consolidando-os ao final do trabalho.

1.1. Metodologia

Os dados foram recolhidos em 3 etapas: 1) coleta e organização dos julgados; 2) geração dos dados objetivos; e 3) análise das informações coletadas/geradas.

Na primeira etapa, utilizou-se o repositório jurisprudencial do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), em virtude de sua maior proximidade com o *corpus* da pesquisa (julgados oriundos de Ribeirão Preto), do grande número de julgados disponíveis e de sua não vedação ao reexame de matéria fático-probatória. No sítio eletrônico do Tribunal, a palavra-chave utilizada foi “idoso” (estando a opção de pesquisa por sinônimos ativada).

No filtro “Assunto”, apenas as matérias compatíveis com a saúde pública foram selecionadas (excluindo-se a temática da saúde suplementar), a seguir transcritas com o seu respectivo número de inscrição no site do TJSP: 12612 - COVID-19; 12480 - DIREITO DA SAÚDE, 12481 - Pública, 12483 - Internação/Transferência Hospitalar, 12505 - Leito de enfermaria / leito oncológico, 12506 - Unidade de terapia intensiva (UTI) / unidade de cuidados intensivos (UCI), 12484 - Fornecimento de medicamentos, 12492 - Registrado na ANVISA, 12494 - Padronizado, 12495 - Não padronizado, 12493 - Sem registro na ANVISA, 12496 - Oncológico, 12485 - Fornecimento de insumos, 12497 - Curativos/Bandagem, 12498 - Cadeira de rodas / cadeira de banho / cama hospitalar, 12499 - Fraldas, 12491 - Tratamento médico-hospitalar, 12500 - Consulta, 12501 - Cirurgia, 12502 - Eletiva, 12503 - Urgência, 12504 - Diálise/Hemodiálise, 12511 - Sistema Único de Saúde (SUS), 12512 - Convênio médico com o SUS, 12513 - Financiamento do SUS, 12514 - Reajuste da tabela do SUS, 12515 - Repasse de verbas do SUS, 12516 - Ressarcimento do SUS, 12517 - Terceirização do SUS, 12518 - Controle Social e Conselhos de Saúde, 12519 - Vigilância Sanitária e Epidemiológica, 14759 - Tratamento Domiciliar (Home Care), 10064 - Saúde, 10069 - Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos, 11851 - Terceirização

do SUS, 11852 - Financiamento do SUS, 11853 - Vigilância Sanitária e Epidemiológica, 11854 - Saúde Mental, 11993 - Internação Compulsória, 11994 - Internação Voluntária, 11995 - Internação Involuntária, 11855 - Controle Social e Conselhos de Saúde, 11856 - Hospitais e Outras Unidades de Saúde, 11857 - Doação e Transplante de Órgãos; Tecidos e Partes do Corpo Humano, 11883 - Tratamento Médico-Hospitalar, 11885 - Unidade de terapia intensiva (UTI) ou unidade de cuidados intensivos (UCI), 11884 - Fornecimento de Medicamentos; 12507 - Mental, 12508 - Internação compulsória, 12509 - Internação involuntária, 12510 - Internação voluntária.

Inicialmente, o período de análise limitou-se de 21/04/2022 a 21/04/2023. Esse lapso temporal, no entanto, foi expandido em mais 1 (um) ano, até 21/04/2024, em virtude da indisponibilização de alguns julgados outrora constantes no repositório de jurisprudência do TJSP (conforme o comunicado STI nº 05/2023, disponibilizado no DJE de 29/09/2023).¹

Ainda nessa primeira etapa, os julgados coletados foram organizados em uma planilha ([APÊNDICE I](#)), na qual constam as seguintes informações: tipo e número; data de julgamento; órgão julgador; pedido; existência ou não de tutela antecipada; partes envolvidas; argumentos favoráveis e argumentos desfavoráveis ao idoso; decisão final.

A segunda etapa da pesquisa, por sua vez, destinou-se à geração dos dados objetivos. Utilizando-se técnicas estatísticas (frequência absoluta e relativa) foi possível criar gráficos e tabelas, por meio dos quais identificou-se: a tendência de julgamento, as demandas mais pleiteadas, os argumentos mais utilizados (bem como suas respectivas proeminências), dentre outros dados que se mostraram relevantes.

Por fim, a terceira etapa consistiu na interpretação dos dados anteriormente gerados, recorrendo-se ao auxílio de livros e artigos científicos para a sua adequada interpretação e análise, com vistas à valoração final da tutela do direito à saúde da pessoa idosa, no âmbito da saúde pública, na comarca de Ribeirão Preto.

Os livros provieram da biblioteca da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto (FDRP-USP) e da biblioteca virtual “Minha Biblioteca”. Os artigos científicos são acessíveis pelo Periódico CAPES.

¹TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO. Comunicado STI nº 05/2023, de 26 de setembro de 2023. Padronização da consulta de jurisprudência. **Diário da Justiça Eletrônico**, São Paulo, 29 set. 2023. p. 14. Disponível em: <https://dje.tjsp.jus.br/cdje/consultaSimples.do?cdVolume=17&nuDiario=3831&cdCaderno=10&nuSeqpagina=14>. Acesso em: 08 set. 2024

Trata-se, portanto, de monografia de Trabalho de Conclusão de Curso pautado em pesquisa empírica com abordagem qualitativa. Quanto aos fins, caracteriza-se como exploratória e descritiva.

2. O DIREITO À SAÚDE E SUA JUDICIALIZAÇÃO

O direito à saúde não se restringe ao ordenamento jurídico interno dos países. Como direito humano, sua menção em instrumentos internacionais consolidou-se após a Segunda Guerra Mundial, em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (MIRANDA; VIEIRA, 2013, p. 323).

Na ocasião, destinou-se apenas um artigo à sua enunciação (art. 25.1), no contexto de promoção da dignidade familiar. Conjuntamente, anunciou-se o direito à segurança no desemprego, na doença, invalidez, viuvez, velhice “ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias” alheias à vontade da pessoa vulnerada (ONU, 1948).

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) também reconheceu, no art. 12, parágrafo 1º, o direito de toda pessoa ao “mais elevado nível de saúde física e mental”. O parágrafo 2º instituiu o dever de os Estados-parte garantirem o seu pleno exercício, visando, dentre outros fins, à “criação de condições que assegur[ass]em a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade” (ONU, 1966).

No âmbito da Organização dos Estados Americanos, o art. 34 de sua Carta referiu-se à “extensão e aplicação dos modernos conhecimentos da ciência médica” como instrumento de “defesa do potencial humano”. Isso, a fim de viabilizar o desenvolvimento integral dos Estados membros (OEA, 1948).

Até meados de 1930, porém, os direitos sociais não haviam se consolidado no ordenamento jurídico pátrio. Segundo José Murilo de Carvalho, “a assistência social estava quase exclusivamente nas mãos de associações particulares”, embora existissem irmandades religiosas coloniais que prestavam apoio “para tratamento de saúde, auxílio funerário, empréstimos ou mesmo pensões para viúvas e filhos”.

As sociedades de auxílio mútuo (semelhantes aos atuais sindicatos) conferiam assistência social aos seus integrantes. Tais como as irmandades, funcionavam sob o regime contratual pautado na contribuição de seus membros. Havia, ainda, as Santas Casas da Misericórdia, “instituições privadas de caridade voltadas para o atendimento aos pobres” (CARVALHO, 2015, p. 66-67).

A Constituição de 1934 inovou, assim, ao estatuir a saúde como obrigação do empregador. Estabeleceu também “o serviço nacional de combate às grandes endemias do país” (art. 140) e determinou a obrigação genérica de amparo à maternidade e à infância (art. 141), para o qual a União, Estados e Municípios destinariam 1% de suas rendas tributárias (SANTANA, 2015, p. 30-31).

A Constituição de 1946 repetiu as disposições normativas da anterior. Santana pontua que, durante sua vigência, criou-se o Ministério da Saúde (1953). O enfoque governamental, contudo, centrava-se no combate às endemias rurais, que obstaculizavam o desenvolvimento nacional (2015, p. 32).

De 1941 a 1980, foram realizadas 7 (sete) edições da Conferência Nacional da Saúde. A 3ª edição (1963) introduziu a tese da municipalização como base para a descentralização na execução das ações de saúde, visando à homogeneização das desigualdades regionais e de classe. Defendeu também o “fortalecimento da rede pública (...), revelando-se contrária ao processo de privatização” que se acentuava (CORDEIRO; GUERRA FILHO, 2013, p. 87-88).

No período militar, porém, a assistência médica restringiu-se à esfera previdenciária, prestada majoritariamente por instituições privadas mediante financiamento público, com ênfase na medicina curativa (EDLER; ESCOREL; NASCIMENTO, 2005, p. 59-62). Conforme Sant’ana, “esse modelo conduziu a inúmeras exclusões, dentre elas, a do trabalhador sem carteira de trabalho e a do desempregado, que ficavam entregues à caridade pública, geralmente realizadas pelas Santas Casas” (2013, p. 198).

Até os anos 1980, o tema da saúde era tratado de forma complementar à Previdência Social. Além disso, suas “ações e serviços sempre foram estabelecidos e geridos por gestores de outras políticas públicas”, apresentando, assim, “uma ‘autonomia inadequada’, por meio de Institutos e Fundações que abrigavam subsetores da saúde” (BRASIL, 2003, p. 38-39).

2.1. A saúde na Constituição Federal de 1988

Na década de 1980, o movimento sanitarista se intensificou, difundindo um “discurso voltado à defesa do direito universal à saúde e do dever do Estado em garanti-lo”. As principais demandas do movimento restaram acolhidas pela Assembleia Constituinte. A Constituição Federal de 1988, assim, foi a primeira a prever o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (SANT’ANA, 2013, p. 198-199).

O referido instrumento normativo definiu a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”, a ser garantida também “mediante políticas sociais e econômicas” voltadas “à redução do risco de doença e de outros agravos” (art. 196). Nos termos do art. 6º, a saúde assumiu o *status* de direito social, tal como os direitos à educação, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

Por direito social entende-se aquele voltado à garantia de condições mínimas de existência e dignidade humanas, com o fito de redução das desigualdades e promoção da justiça, possibilitando o exercício de outros direitos. Coaduna-se, portanto, com os fundamentos e objetivos da República Federativa do Brasil, com especial destaque à construção de uma sociedade livre, justa e solidária (arts. 1º, III; 3º, I, da CF/1988).

No mesmo sentido, José Afonso da Silva:

(...) podemos dizer que os *direitos sociais*, como dimensão dos direitos sociais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. (SILVA, 2017, p. 288-289)

A garantia do direito à saúde figura, portanto, como elemento basilar ao exercício de direitos fundamentais e à continuidade da própria existência humana. *A contrario sensu*, recusar-lhe efetividade equivaleria à negação de direitos fundamentais, incluindo o direito à vida – conforme posicionamento difundido pelos tribunais superiores desde 2004 (FERREIRA, 2019, p. 67).

A Constituição Federal de 1988 também organizou o sistema de prestações públicas de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, conforme as diretrizes do artigo 198. Previu, ainda, um sistema específico de custeio, enunciado nos arts. 198, §§ 1º a 3º e 199 (BRASIL, 1988).

Sob tais prescrições, assegurar o direito à saúde evocaria tanto a existência de prestações positivas estatais quanto de políticas sociais e econômicas capazes de efetivá-las. Requer, assim, “um planejamento baseado em estatísticas, planos e diretrizes, a partir dos quais se consegue definir o caráter universal do serviço conforme as situações que mais se apresentam” (LIMA, 2013, p. 298-299).

2.2. O Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 1990, regulamentou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a aprovação das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. A Comissão Nacional de Reforma Sanitária foi responsável por elaborar as propostas iniciais, juntamente com profissionais de saúde e de outras áreas do conhecimento. Participaram também representantes de usuários, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores, ministérios, institutos, fundações, secretários e prestadoras de serviços de saúde, bem como representantes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal (BRASIL, 2003, p. 59).

A partir de então, desvinculou-se a saúde da assistência e previdência sociais. A reestruturação do sistema atribuiu competência administrativa comum aos entes federados (arts. 23, II e 30, VII, CF/88), estipulando princípios (proposições enunciativas embasadoras) e diretrizes (parâmetros garantidores de resultados) para a execução adequada de tais ações e serviços públicos (AITH; DALLARI; MAGGIO, 2019, p. 11).

Apresentado no art. 196 da Constituição Federal (1988), a universalidade garante a toda a população o acesso às prestações estatais de saúde. Para sua efetivação, depende de outros dois princípios: igualdade e gratuidade (CONASEMS, 2019, p. 60).

A igualdade implica na prestação justa e equitativa dos serviços. Não por outro motivo, assegura-se o “atendimento prioritário a crianças, adolescentes, gestantes, pessoas com deficiência e idosos”, segundo as condições específicas de cada grupo social, sem que isso implique em preconceito ou privilégio (AITH; DALLARI; MAGGIO, 2019, p. 12).

Também por esse princípio, eventuais critérios de priorização devem se pautar na necessidade das pessoas e no “grau de complexidade da doença ou agravo”, independentemente da situação financeira dos pacientes ou de outros critérios particulares (BRASIL, 2003, p. 65).

A gratuidade do SUS, por sua vez, “obsta qualquer tipo de cobrança dos seus usuários”. Em havendo, o funcionário público responsável pela prática delituosa incorrerá no crime de concussão (art. 316, do Código Penal/1940)². No mesmo delito subsume-se o empregado atuante em instituição privada contratada ou conveniada junto ao SUS (saúde

² “**Art. 316** - Exigir, para si ou para outrem, direta ou indiretamente, ainda que fora da função ou antes de assumi-la, mas em razão dela, vantagem indevida:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 12 (doze) anos, e multa.” (BRASIL, 1940)

complementar), visto que equiparado ao funcionário público nos termos do art. 327, §1º, CP/1940³ (AITH; DALLARI; MAGGIO, 2019, p. 13).

Nesses casos, a competência para o processamento da ação penal cabível será da Justiça Estadual, porquanto praticado contra usuário do SUS, ofendendo pessoa particular e não “o estabelecimento de saúde, nem o sistema, ainda que administrado pela União” (NUCCI, 2024, p. 1251).

No *caput* do art. 198, tem-se, ainda, os princípios sanitários da regionalização e hierarquização. A regionalização promove o aperfeiçoamento da descentralização política dos entes federativos, garantindo a integração e coordenação das atividades pautadas no exercício de suas autonomias. Em síntese:

(...) o fenômeno da descentralização do Estado se manifesta no SUS de duas formas: através da descentralização política, que estabelece os níveis de competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, organizando a divisão de tarefas para o exercício da competência comum estabelecida pelo art. 23, II, da Constituição Federal e através da regionalização, que organiza regionalmente a atuação dos entes federativos, promovendo uma maior eficácia e eficiência no desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde. A regionalização do SUS pode adotar as características de descentralização administrativa, como prevê o art. 10 da Lei 8.080/90, que dispõe que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”. (CONASEMS, 2019, p. 61)

A hierarquização também visa à maior integração da rede de serviços, embora o efetue estipulando diferentes níveis de complexidade. Isso, “de maneira a absorver, no plano sanitário, maior parte da demanda no primeiro nível de cuidado (atenção básica), apenas encaminhando a serviços para média e alta complexidade aquelas situações mais complexas” (AITH; DALLARI; MAGGIO, 2019, p. 15).

A legislação sanitária brasileira repete os princípios constitucionais do SUS e acrescenta-lhe outros, amplificando o rol norteador, como se observa na Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde):

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

³ “**Art. 327** - Considera-se funcionário público, para os efeitos penais, quem, embora transitoriamente ou sem remuneração, exerce cargo, emprego ou função pública.

§1º - Equipara-se a funcionário público quem exerce cargo, emprego ou função em entidade paraestatal, e quem trabalha para empresa prestadora de serviço contratada ou conveniada para a execução de atividade típica da Administração Pública.” (BRASIL, 1940)

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a [Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013](#). [\(Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017\)](#)

XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. [\(Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023\)](#)

Parágrafo único. Para os efeitos do inciso XIV do **caput** deste artigo, as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência têm o direito de serem acolhidas e atendidas nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, na rede própria ou conveniada, em local e ambiente que garantam sua privacidade e restrição do acesso de terceiros não autorizados pela paciente, em especial o do agressor. [\(Incluído pela Lei nº 14.847, de 2024\)](#) (BRASIL, 1990, grifo nosso)

Alguns desses princípios recebem da Constituição Federal a alcunha de diretrizes (art. 198, I, II e III). A primeira diretriz corresponde à descentralização do sistema, com direção única em cada esfera de governo.

A segunda refere-se à integralidade do atendimento, com enfoque nas atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais. Desse modo, o usuário do serviço público de saúde tem direito de ser assistido em qualquer nível de complexidade, situação de risco ou agravo, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2003, p. 64).

Conforme assevera Aith, Dallari e Maggio, essa diretriz não pode ser entendida com absolutividade. Sua axiologia deve se coadunar com o caráter social e coletivo do direito à saúde, não se restringindo à fruição individual. A inobservância de parâmetros conciliatórios

entre as esferas individual e coletiva poderia, assim, comprometer a efetivação de seus princípios basilares e a própria continuidade de tal direito (2019, p. 14).

A terceira diretriz constitucional aduz à “participação da comunidade” na normatização, formulação, gestão e execução das prestações estatais. A previsão de Conferências e Conselhos de Saúde na Lei nº 8.142/90 serviu a esse propósito. Outros mecanismos de participação popular como plebiscitos, referendos e audiências públicas também são permitidos e incentivados (CONASEMS, 2019, p. 64).

A democratização do conhecimento quanto ao “processo saúde/doença e dos serviços” desvela outra faceta da mesma diretriz, necessária ao seu cumprimento. Estimular a população a participar das ações de saúde ou orientá-la conforme hábitos saudáveis de autocuidado também contribui para a ampliação da participação popular na garantia e promoção da saúde individual e coletiva (BRASIL, 2003, p. 69).

2.3. Judicialização da Saúde

A ordem jurídica inaugurada em 1988 redefiniu a compreensão do direito à saúde. Para Sant’ana, houve a ampliação de sua noção, sua vinculação à cidadania e ao dever estatal, bem como a reestruturação do sistema público de saúde (SANT’ANA, 2013, p. 198-199). A consolidação de tal direito em texto normativo constitucional transformou-o, assim, em pretensão jurídica passível de formulação mediante ação judicial (BARROSO, 2012, p. 24).

Segundo a classificação de Alexy, a doutrina estabelece três tipos de direitos subjetivos advindos de tal previsão: i) direito à prestação normativa, ao controle de constitucionalidade e de eventual omissão legislativa; ii) à realização de políticas públicas, ao controle da omissão administrativa e da constitucionalidade de suas condicionantes; e iii) direito subjetivo constitucional às prestações individuais de saúde (SANTANA, 2015, p. 36).

Em havendo afronta a um desses direitos, a judicialização da questão afigura-se possível. Sob a égide do acesso à justiça (art. 5º, XXXV, CF/88), esse fenômeno encontra guarida para expansão, intensificando a transferência das “vindicações da sociedade das instâncias políticas tradicionais para o Judiciário” (FONSECA, 2020, p. 78).

Luís Roberto Barroso adverte que a “judicialização” não deve ser confundida com o “ativismo judicial”. Enquanto este envolve uma atitude proativa na interpretação das normas (com “participação mais ampla e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais”), aquele decorre do mero exercício da atividade jurisdicional (2012, p. 25).

Segundo o jurista, o ativismo judicial pode se manifestar em diferentes condutas, dentre as quais:

a) a aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; b) a declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição; [e] c) a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas. (BARROSO, 2012, p. 26)

Embora a judicialização decorra do modelo constitucional adotado, tal fenômeno não se revela imune a críticas. Alves e Retes sintetizam-nas em três categorias: constitucional, filosófica e operacional (2018, p. 69).

A primeira evocaria a falta de legitimidade democrática dos magistrados ao interferirem nos atos do Poder Executivo. Contrapondo-a, argumenta-se com base na estruturação democrática do Judiciário (fundada no processo legiferante), bem como no controle do Poder Legislativo quanto à aprovação dos membros das cortes superiores (ALVES; RETES, 2018, p. 69).

A crítica filosófica questionaria a presunção de que os magistrados teriam melhor capacidade técnica se comparados aos “agentes públicos encarregados dessa função”. Alves e Retes contestam-na afirmando a existência de mero controle jurídico de legalidade e constitucionalidade dos atos estatais (conforme suas atribuições típicas). Aludem, ainda, à inexistência de pré-requisitos eleitorais técnicos (exceto a alfabetização) para a investidura política. Inexistiria, portanto, “a garantia de que a pessoa eleita tenha mais conhecimento sobre a Administração que o jurista revisor de seu ato” (ALVES; RETES, 2018, p. 70).

A crítica operacional, por sua vez, sustenta a não consideração dos magistrados quanto às implicações coletivas das demandas individualmente concedidas (ALVES; RETES, 2018, p. 71). Nesse mesmo sentido, Marrara e Nunes enfatizam que o controle jurídico das políticas públicas de saúde pode resultar na confusão entre microjustiça e macrojustiça:

(...) o Judiciário muitas vezes autoriza demandas dos cidadãos perante o sistema estatal de saúde sem considerar a globalidade das políticas públicas existentes, incluindo as políticas orçamentárias. Assim, não raro, ao buscar a justiça no caso concreto (microjustiça), o Judiciário afeta o que se chama de macrojustiça, ou seja, os efeitos desenvolvimentistas que deveriam ser gerados pelo conjunto de políticas públicas praticados em um mesmo momento e de modo coerente; (...) (2010, p. 88)

Há, contudo, resultados positivos associados à Judicialização da Saúde. Juntamente com outros juristas, Sant’Ana reconhece a intervenção judicial como “instrumento legítimo e

eficaz” na concretização universal e integral do direito à saúde. Conforme assevera, ao conceder a tutela pleiteada, “mesmo em desacordo com as políticas públicas vigentes, os magistrados estariam a garantir a eficácia do direito constitucional à saúde em detrimento de limitações infraconstitucionais ou até infralegais impostas de forma indevida” (SANT’ANA, 2013, p. 203).

Nesse sentido, a judicialização da saúde visaria à concretização do direito violado, fundamental à “realização de um mínimo de bem-estar individual” e coletivo (MARRARA; NUNES, 2010, p. 87), especialmente para grupos socialmente vulneráveis.

3. PROTEÇÃO ESPECIAL DA PESSOA IDOSA

A valoração social da velhice modificou-se ao longo da História humana. Se, em tempos mais remotos, as pessoas idosas participavam mais ativamente das atividades do grupo (fabricando armas e vestes ou ocupando-se das crianças e dos demais adultos), com o passar dos séculos, sua contribuição à sociedade restou cada vez mais limitada pelos valores assentados em cada período histórico (NEGRISOLI, 2015, p. 25-26).

Na Idade Média, a longevidade, anteriormente vislumbrada como um fenômeno excepcional (e um privilégio de poucos), assumiu um caráter de menor valorização, porquanto compreendida num contexto de domínio e governança pautado no uso da força física. A Idade Moderna, porém, não conferiu aos idosos melhor apreciação.

O processo de industrialização resultou na valorização da força produtiva, atribuindo-se menor apreço àqueles que não suportavam o ritmo acelerado de trabalho. Da mesma forma, a propagação do saber e do ensino tornou-se massificada, em escolas, faculdades e fábricas, retirando das pessoas idosas a incumbência que, antes, lhes cabia.

A visão negativa da velhice, que começava a ser instaurada, resultou na indiferença dirigida à população idosa (que, graças à maior expectativa de vida, tornava-se cada vez mais crescente). A contestação dessa realidade ganhou força apenas na Idade Contemporânea, por volta do século XX, repercutindo também no Brasil (NEGRISOLI, 2015, p. 29-33).

Na atualidade brasileira, o ideário protecionista aos idosos possui a Constituição Federal (1988) como fundamento primário, porquanto abarcado pelo princípio da igualdade, em sua acepção equitativa (art. 5º, *caput*), bem como pelo princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado como fundamento da República no art. 1º, III, da Constituição.

Em seu arcabouço, a legislação constitucional apresenta dispositivos especificamente voltados à parcela idosa da população: seja estipulando o dever de amparo por parte dos filhos (art. 229), seja enfatizando a amplitude social e estatal do dever de proteção aos idosos (art. 230), em defesa de sua dignidade, bem-estar e do direito à saúde.

Outro importante diploma normativo foi a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI) – fortemente influenciada pelo I Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, elaborado com o intuito de enfrentar os problemas e necessidades mundiais atinentes à garantia da segurança econômica e social das pessoas idosas (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016, p. 54).

A PNI visou salvaguardar os aludidos direitos sociais, mediante a promoção da autonomia, integração e efetiva participação dos idosos na sociedade (art. 1º). No âmbito das atribuições governamentais, estabeleceu diretrizes acerca de sua implementação, inclusive, nas áreas da “saúde” e “justiça” (art. 10)⁴.

Em 1 de outubro de 2003, seguindo-se as orientações da PNI, sancionou-se o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003). Suas normas abertas permitiram uma atuação mais ampla do Ministério Público, bem como atribuíram ao magistrado a fulcral incumbência de interpretá-las em cada caso concreto (RULLI NETO, 2003, p. 104).

Quanto ao seu conteúdo, considerou-se “pessoa idosa” aquela com idade igual ou superior a 60 anos (art. 1º), reproduzindo-se o critério etário contido na PNI (Lei nº 8.842/94). Dispôs, ainda, que a proteção especial do Estatuto não excluiria os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (art. 2º) – devendo ser assegurado aos idosos todas as facilidades e oportunidades para a “preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (BRASIL, 2003).

O art. 3º, *caput*, por sua vez, reforçou a responsabilidade conjunta da família, da sociedade e do poder público na “efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à

⁴**Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos: (...) II - na área de saúde: a)** garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; **b)** prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; **c)** adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; **d)** elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; **e)** desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; **f)** incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; **g)** realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e **h)** criar serviços alternativos de saúde para o idoso; (...) **VI - na área de justiça: a)** promover e defender os direitos da pessoa idosa; **b)** zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos; (BRASIL, 1994, grifo nosso)

educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” dos idosos, com prioridade (BRASIL, 2003).

Tal prioridade se concretizaria, por exemplo, na “garantia de acesso à rede de serviços de saúde e à assistência social locais” (art. 3º, §1º, inciso VIII), bem como na destinação privilegiada dos recursos públicos para áreas relacionadas à sua proteção (art. 3º, §1º, inciso III). Essa destinação primacial – na elaboração das leis orçamentárias – asseguraria o implemento da política de atendimento aos idosos (art. 46 e seguintes), evitando que a escassez de recursos públicos se tornasse empecilho à sua efetiva proteção (PINHEIRO, 2012, p. 60).

O art. 9º do Estatuto reforçou o dever público na consecução de políticas sociais que garantissem um envelhecimento digno e saudável. Nesse sentido, “ao afirmar disposição constitucional já aplicável, direcionando-a especificamente à pessoa idosa, há que se entender que o legislador pretendeu garantir atendimento especial e prioritário ao idoso quanto à preservação de sua vida e de sua saúde(...)”. Diferencia-se do art. 3º, na medida em que especifica tal prioridade em relação às políticas de saúde, não a tratando em face de toda a sociedade (PINHEIRO, 2012, p. 81).

O art. 15, §2º, da Lei nº 10.741/2003, reproduziu os principais preceitos do art. 196, CF, acrescentando a necessidade de atenção especial aos idosos, com ênfase na responsabilidade do Poder Público quanto ao fornecimento gratuito de medicamentos, próteses, órteses ou quaisquer outros recursos necessários ao tratamento de sua saúde (BRASIL, 2003).

A preocupação do legislador em reforçar a concessão gratuita dos medicamentos de uso continuado demonstra a sua expressa intenção de evitar qualquer interpretação que restringisse o aludido direito a um mero fornecimento único ou eventual (FERRAZ; PINTO FILHO; BAPTISTA, 2015, p. 167), novamente, explicitando o seu caráter protetivo.

Assim, visando à apuração empírica da eficácia dessas normas, o presente trabalho propôs-se a analisar o padrão de julgamento do Tribunal de Justiça de São Paulo quanto às demandas públicas de saúde atinentes às pessoas idosas – sob a premissa de que a existência de mero comando prescritivo não possui o condão de atestar o seu efetivo cumprimento ou implementação.

4. JULGADOS ANALISADOS NA 2ª INSTÂNCIA (TJSP)

4.1. Refinamento

Os 161 julgados coletados foram organizados em uma planilha específica ([APÊNDICE I](#)). Nessa etapa, realizou-se um refinamento prévio, consistente no “descarte” dos acórdãos que não se adequavam ao escopo do trabalho. Decisões concernentes a pessoas não idosas; a questões puramente processuais (sem relação direta com a tutela de saúde da parte); ou não abrangidas pela temática da prestação pública de saúde foram desconsideradas.

Isso aconteceu, por exemplo, porque o buscador de jurisprudência do TJSP apresentou os julgados que continham o termo “idoso” (ou qualquer outro sinônimo) tanto na ementa quanto na íntegra dos acórdãos. Ocorre que, por vezes, o termo fora citado apenas num precedente aludido pelo magistrado ou na designação da Vara em que tramitava o processo originário (“Vara da Infância e Juventude e do Idoso da Comarca de Ribeirão Preto”) – sem que a parte em questão fosse, de fato, idosa.

Outro motivo para o descarte de alguns julgados foi a presença de questões puramente processuais, sem relação direta com a efetivação do direito à saúde da parte. Geralmente, discutia-se a quantificação dos honorários advocatícios ou a destinação da multa anteriormente cominada. Uma decisão, no entanto, extinguiu o processo alegando perda do objeto em decorrência da morte da parte autora.

A desconsideração desses acórdãos não se deu em virtude do caráter processual da argumentação, mas pela ausência de fundamentação voltada à garantia do direito à saúde. Isso, porque a análise de questões processuais não atinentes a qualquer argumentação relativa ao direito material à saúde revelar-se-ia inócua para os objetivos do presente estudo.

Ainda, houve a exclusão de alguns julgados por conta de sua inadequação à temática da saúde pública. As exclusões ocorreram em virtude do envolvimento ora do Serviço de Assistência à Saúde dos Municipiários de Ribeirão Preto (SASSOM), ora do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE).

A primeira entidade consiste numa autarquia municipal autônoma que presta assistência médica mediante contraprestação financeira, não integrando, assim, o Sistema Único de Saúde. Tal entendimento pôde ser encontrado na própria jurisprudência do TJSP:

TUTELA DE URGÊNCIA – Direito à saúde – Autarquia municipal que não compõe o SUS nem é plano de saúde – Cobertura definida na lei de regência – Situação em que se vislumbra possibilidade de exclusão de cobertura – Urgência não demonstrada – Recurso provido.

(...)

Anoto inicialmente que o agravante não integra o Sistema Único de Saúde, de modo que não se aplica ao caso o IAC nº 14 ou os Temas nº 793 e 1234 da Repercussão Geral e 106 dos Recursos Repetitivos. Também, por ser autarquia municipal não se aplica a ele a Lei nº 9.656/98 que, em seu art. 1º, circunscreve sua aplicação às “pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde” (g.n.).

A cobertura oferecida pelo réu, assim, é definida pela legislação municipal, mais especificamente a LCM nº 3.161/23, que prevê em seu art. 2º, § 2º, I que entre os benefícios de seus segurados está, genericamente, “assistência médica, hospitalar, odontológica, laboratorial e exames subsidiários”. Nos §§ 1º a 4º do art. 3º, a lei, então, estabelece as limitações para essa cobertura à primeira vista ilimitada:

(...)

(TJSP; [Agravado de Instrumento nº 2222878-95.2023.8.26.0000](#); Relator: Des. Luís Francisco Aguilar Cortez; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 11/10/2023; Publicado em: 11/10/2023)⁵

O envolvimento do SASSOM como parte recorrente (agravante) levou, assim, à desconsideração de 3 (três) acórdãos.

A segunda entidade (IAMSPE) consiste, segundo um dos julgados “descartados”, numa “(...) autarquia estadual com personalidade jurídica própria e dedicada à prestação dos serviços de assistência [à] saúde aos beneficiários descritos no Decreto-Lei nº 257/70.”⁶

O art. 1º do Decreto-Lei nº 257/70 também o estipula como uma autarquia estadual, estabelecendo, no art. 2º, o dever de prestar assistência médica e hospitalar aos seus contribuintes e beneficiários (SÃO PAULO, 1970), não se adequando à temática da saúde pública.

O envolvimento do IAMSPE como parte recorrente ou recorrida (agravante ou agravado) levou, assim, à desconsideração de outros 3 (três) acórdãos.

Houve, ainda, outros dois motivos para a exclusão dos julgados: 1) por não se referirem a uma demanda de saúde – mas a um pedido por danos morais e outro pleiteando, em *habeas corpus*, o direito à liberdade (contra internação compulsória de homem idoso, em cuja decisão analisou-se apenas a regularidade procedimental) –; e 2) pelo fato de o direito à saúde não ser aduzido em favor de pessoa idosa, mas, sim, visando à internação compulsória de seus filhos. Esses últimos 2 (dois) motivos, em conjunto, resultaram no descarte de outras 5 (cinco) decisões.

O Quadro a seguir apresenta os julgados desconsiderados – acompanhados da justificativa para tal “descarte”, bem como de seus respectivos *links* e números na planilha:

Quadro 1 - Detalhamento das exclusões

⁵ Esse julgado não integra o rol de decisões coletadas.

⁶ Trecho retirado do [Agravado de Instrumento nº 3002812-95.2022.8.26.0000](#), constante à linha 70 da planilha.

LINHA DA PLANILHA	TIPO E NÚMERO DO JULGADO	JUSTIFICATIVA
4	Embargos de Declaração Cível nº 1014811-84.2020.8.26.0506/50000	Resolve apenas questão processual: honorários advocatícios.
6	Embargos de Declaração nº 1032023-21.2020.8.26.0506/50000	Trata-se de pessoa não idosa.
7	Remessa Necessária Nº 1036127-22.2021.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.
8	Apelação nº 1031325-15.2020.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.
9	Agravo de Instrumento nº 2281989-44.2022.8.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
11	Remessa necessária nº 1032129-12.2022.8.26.0506	Resolve apenas questão processual: não cabimento da remessa necessária.
13	Embargos de Declaração Nº 3007170-06.2022.8.26.0000/50000	Trata-se de pessoa não idosa.
14	Apelação nº 1014938-51.2022.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.
17	Remessa Necessária Cível nº 1025785-15.2022.8.26.0506	Resolve apenas questão processual: não cabimento da remessa necessária.
18	Embargos de Declaração Cível nº 1007620-17.2022.8.26.0506/50000	Resolve apenas questão processual: inadmissão dos embargos (intenção de rediscutir a justiça da decisão).
20	Remessa Necessária Cível nº 1011625-82.2022.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.
24	Apelação Cível nº 1013364-90.2022.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.
26	Agravo de Instrumento nº 2241207-92.2022.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: agravo de instrumento prejudicado.
29	Remessa Necessária Cível nº 1035497-63.2021.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.
30	Embargos de Declaração Cível nº 1034251-32.2021.8.26.0506/50000	Resolve apenas questão processual: exigibilidade de honorários.
33	Remessa Necessária Cível nº 1034945-64.2022.8.26.0506	Resolve apenas questão processual: não cabimento da remessa necessária.
38	Remessa Necessária Cível nº 1020910-36.2021.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.

39	<u>Agravo de Instrumento nº 2013131-08.2023.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: agravo de instrumento não conhecido – não incidiu sobre decisão interlocutória.
40	<u>Agravo de Instrumento nº 2284783-38.2022.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
42	<u>Apelação Cível nº 1042429-33.2022.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
43	<u>Apelação Cível nº 1018087-55.2022.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
47	<u>Agravo de Instrumento nº 3007170-06.2022.8.26.0000</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
50	<u>Apelação nº 1005889-83.2022.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
52	<u>Agravo de Instrumento nº 2235759-41.2022.8.26.0000</u>	Assunto não referente à saúde pública: o SASSOM é uma autarquia municipal que presta serviço de assistência à saúde mediante contribuição dos associados. Logo, não integra o SUS. Nesse sentido: <u>Agravo de Instrumento nº 2222878-95.2023.8.26.0000</u> .
54	<u>Apelação Cível nº 1038021-33.2021.8.26.0506</u>	Não referente a demanda de saúde: pagamento de danos morais.
58	<u>Embargos de Declaração Cível nº 3002692-52.2022.8.26.0000/50000</u>	Resolve apenas questão processual: existência ou não de omissão quanto à inclusão da União na lide.
60	<u>Recurso Inominado Cível nº 1001444-51.2019.8.26.0498</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
61	<u>Agravo de Instrumento nº 2027508-18.2022.8.26.0000</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
62	<u>Embargos de Declaração Cível nº 3002950-62.2022.8.26.0000/50000</u>	Resolve apenas questão processual: existência ou não de omissão quanto ao Tema 793/STF.
64	<u>Apelação/Remessa Necessária nº 1019735-07.2021.8.26.0506</u>	Resolve apenas questão processual: alegação de incompetência absoluta; (des)necessidade de inclusão da União.
65	<u>Apelação Cível nº 1024749-69.2021.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
66	<u>Apelação Cível nº 1018476-74.2021.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.

67	Remessa Necessária Cível nº 1050536-03.2021.8.26.0506	Resolve apenas questão processual: não conhecimento da Remessa Necessária (aplicação do art. 19, Lei 4.717/65).
70	Agravo de Instrumento nº 3002812-95.2022.8.26.0000	Assunto não referente à saúde pública: o IAMSPE, nos termos do próprio acórdão, seria "(...) autarquia estadual com personalidade jurídica própria e dedicada à prestação dos serviços de assistência saúde aos beneficiários descritos no Decreto-Lei nº 257/70."
72	Apelação Cível nº 1021884-73.2021.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.
73	Agravo Interno Cível nº 3001122-31.2022.8.26.0000/50000	Resolve apenas questão processual: suposta violação ao princípio da colegialidade.
74	Agravo de Instrumento nº 2071432-79.2022.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
75	Agravo de Instrumento nº 2043298-42.2022.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
76	Embargos de Declaração Cível nº 3002950-62.2022.8.26.0000/50000	Resolve apenas questão processual: existência ou não de omissão quanto ao Tema 793/STF.
78	Agravo de Instrumento nº 2057016-09.2022.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
79	Habeas Corpus Cível nº 2064800-37.2022.8.26.0000	Não referente a demanda de saúde: direito à liberdade.
82	Agravo de Instrumento nº 2238928-36.2022.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
83	Agravo de Instrumento nº 2238785-47.2022.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
84	Remessa Necessária Cível Processo nº 1008603-16.2022.8.26.0506	Resolve apenas questão processual: não cabimento da remessa necessária.
86	Apelação Cível nº 1023714-06.2023.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.
87	Remessa Necessária Cível nº 1043443-52.2022.8.26.0506	Direito à saúde pleiteado não se direciona à pessoa idosa: internação compulsória do filho.
89	Apelação Cível nº 1049712-44.2021.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.

90	<u>Agravo de Instrumento nº 2047662-86.2024.8.26.0000</u>	Direito à saúde pleiteado não se direciona à pessoa idosa: internação compulsória do filho.
91	<u>Recurso Inominado Cível nº 1052110-27.2022.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
92	<u>Embargos de Declaração Cível nº 1030453-92.2023.8.26.0506/50000</u>	Resolve apenas questão processual: suposta omissão quanto à inclusão da União na lide ou ao Tema 793/STF.
93	<u>Agravo de Instrumento nº 2350820-13.2023.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: perda do objeto do recurso (sentença superveniente).
94	<u>Agravo de Instrumento nº 3008361-52.2023.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: perda do objeto do recurso (sentença superveniente).
95	<u>Apelação/Remessa Necessária nº 1001742-77.2023.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
96	<u>Embargos de Declaração Cível nº 1017514-80.2023.8.26.0506/50000</u>	Resolve apenas questão processual: suposta omissão quanto à inclusão da União na lide ou ao Tema 793/STF.
97	<u>Remessa Necessária Cível nº 1034525-25.2023.8.26.0506</u>	Resolve apenas questão processual: não cabimento da remessa necessária.
98	<u>Agravo de Instrumento nº 2221280-09.2023.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
99	<u>Apelação Cível nº 1005156-83.2023.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
100	<u>Apelação Cível nº 1038289-24.2020.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
103	<u>Agravo de Instrumento nº 2003512-20.2024.8.26.0000</u>	Assunto não referente à saúde pública: o SASSOM é uma autarquia municipal que presta serviço de assistência à saúde mediante contribuição dos associados. Logo, não integra o SUS. Nesse sentido: <u>Agravo de Instrumento nº 2222878-95.2023.8.26.0000</u> .
115	<u>Agravo de Instrumento nº 3006423-22.2023.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: perda do objeto do recurso (sentença superveniente).

116	Remessa Necessária Cível nº 1013555-04.2023.8.26.0506	Resolve apenas questão processual: não conhecimento da Remessa Necessária (aplicação do art. 19, Lei 4.717/65).
117	Agravo de Instrumento nº 3005948-66.2023.8.26.0000	Trata-se de pessoa não idosa.
118	Recurso Inominado Cível nº 1052574-51.2022.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.
121	Embargos de Declaração Cível nº 3005095-57.2023.8.26.0000/50000	Resolve apenas questão processual: EDcl e AgInt julgados em conjunto. Decisão idêntica presente no julgado 122. EDcl prejudicado pelo AgInt.
123	Agravo de Instrumento nº 2171257-59.2023.8.26.0000	Assunto não referente à saúde pública: o IAMSPE é "(...) autarquia estadual com personalidade jurídica própria e dedicada à prestação dos serviços de assistência saúde aos beneficiários descritos no Decreto-Lei nº 257/70." (Agravo de Instrumento nº 3002812-95.2022.8.26.0000)
124	Agravo de Instrumento nº 2157577-07.2023.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
125	Agravo de Instrumento nº 2059497-08.2023.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
126	Agravo de Instrumento nº 2163499-29.2023.8.26.0000	Trata-se de pessoa não idosa.
129	Agravo de Instrumento nº 3003805-07.2023.8.26.0000	Assunto não referente à saúde pública: o IAMSPE é "(...) autarquia estadual com personalidade jurídica própria e dedicada à prestação dos serviços de assistência saúde aos beneficiários descritos no Decreto-Lei nº 257/70." (Agravo de Instrumento nº 3002812-95.2022.8.26.0000)
134	Agravo de Instrumento nº 2087417-54.2023.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
137	Agravo de Instrumento nº 2129822-08.2023.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
138	Remessa Necessária Cível nº 1032278-08.2022.8.26.0506	Trata-se de pessoa não idosa.

139	<u>Agravo de Instrumento nº 2123126-53.2023.8.26.0000</u>	Assunto não referente à saúde pública: o SASSOM é uma autarquia municipal que presta serviço de assistência à saúde mediante contribuição dos associados. Logo, não integra o SUS. Nesse sentido: <u>Agravo de Instrumento nº 2222878-95.2023.8.26.0000</u> .
140	<u>Remessa Necessária Cível nº 1024196-85.2022.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
143	<u>Agravo de Instrumento nº 2134836-70.2023.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
144	<u>Agravo de Instrumento nº 2069253-41.2023.8.26.0000</u>	Direito à saúde pleiteado não se direciona à pessoa idosa: internação compulsória dos filhos.
146	<u>Agravo de Instrumento nº 2018304-13.2023.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
148	<u>Apelação Cível nº 1004489-34.2022.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
149	<u>Agravo de Instrumento nº 2086404-20.2023.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
150	<u>Agravo de Instrumento nº 2072954-10.2023.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: destinação das astreintes.
153	<u>Agravo de Instrumento nº 0000054-79.2023.8.26.9048</u>	Resolve apenas questão processual: suscitou-se conflito de competência.
154	<u>Remessa Necessária nº 1024925-48.2021.8.26.0506</u>	Trata-se de pessoa não idosa.
156	<u>Agravo de Instrumento nº 3008733-98.2023.8.26.0000</u>	Resolve apenas questão processual: perda do objeto do recurso (sentença superveniente).
157	<u>Remessa Necessária nº 1030466-91.2023.8.26.0506</u>	Resolve apenas questão processual: não cabimento da remessa necessária.
158	<u>Reexame necessário nº 1037625-85.2023.8.26.0506</u>	Resolve apenas questão processual: não cabimento da remessa necessária.
159	<u>Remessa Necessária nº 1009874-26.2023.8.26.0506</u>	Resolve apenas questão processual: não cabimento da remessa necessária.

160	Embargos de Declaração Cível nº 3005452-37.2023.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: erro na interposição do recurso (interposição realizada em outros autos, relativos a menor de idade). Não conhecimento do recurso por ter sido interposto em duplicidade.
161	Agravo de Instrumento nº 3005452-37.2023.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: erro na interposição do recurso (interposição realizada em outros autos, relativos a menor de idade). Não conhecimento do recurso por ter sido interposto em duplicidade.
162	Agravo de Instrumento nº 3002277-35.2023.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: perda do objeto do recurso (morte da autora).
163	Agravo de Instrumento nº 3007936-59.2022.8.26.0000	Resolve apenas questão processual: perda do objeto do recurso (sentença superveniente).

Fonte: de autoria própria.

As justificativas de exclusão podem ser assim categorizadas:

Quadro 2 - Síntese das justificativas de exclusão

JUSTIFICATIVA DE EXCLUSÃO	NÚMERO DE JULGADOS
Resolve apenas questão processual	48
Pessoa não idosa	31
Não referente à saúde pública	6
Não referente a demanda de saúde	2
Direito à saúde pleiteado não se direciona à pessoa idosa	3
TOTAL:	90

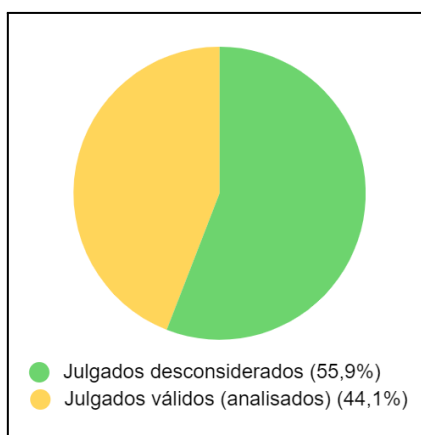
Fonte: de autoria própria

Dessa forma, dos 161 julgados coletados, tem-se que 90 decisões (55,9%) não se adequaram ao escopo da pesquisa, restando apenas 71 julgados válidos (44,1%), como se observa:

Quadro 3 - Julgados válidos vs. Julgados descartados

JULGADOS	QUANTIDADE
Julgados desconsiderados	90
Julgados válidos (analisados)	71
TOTAL (julgados coletados):	161

Fonte: de autoria própria.

Figura 1 - Gráfico sobre Julgados válidos vs. Julgados descartados

Fonte: de autoria própria

O elevado percentual de descarte (55,9%) não prejudicou o deslinde do trabalho, haja vista o montante razoável de julgados e a sua dispersão perante 14 órgãos julgadores distintos do TJSP, viabilizando uma análise holística quanto ao posicionamento do Tribunal.

4.2. Dados Gerais e Padrão Decisório

Os julgados válidos provieram da interposição de 3 (três) principais tipos de recurso: Agravo de Instrumento (35,21%), Remessa Necessária Cível (32,39%), bem como do julgamento conjunto dos recursos de Apelação/Remessa Necessária (26,76%), como se observa:

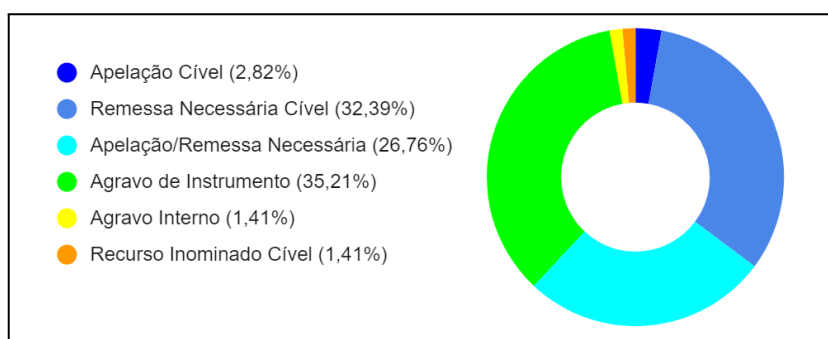
Quadro 4 - Tipos de julgados válidos

TIPOS DE JULGADOS VÁLIDOS	FREQUÊNCIA	
	absoluta	relativa
Apelação Cível	2	2,82%
Remessa Necessária Cível	23	32,39%
Apelação/Remessa Necessária	19	26,76%
Embargos de Declaração	0	0,00%
Agravo de Instrumento	25	35,21%
Agravo Interno	1	1,41%
Recurso Inominado Cível	1	1,41%
TOTAL:	71	100,00%

Fonte: de autoria própria

A frequência de cada tipo de recurso também pode ser melhor visualizada por meio da representação gráfica abaixo colacionada:

Figura 2 - Gráfico sobre os tipos de julgados válidos



Fonte: de autoria própria.

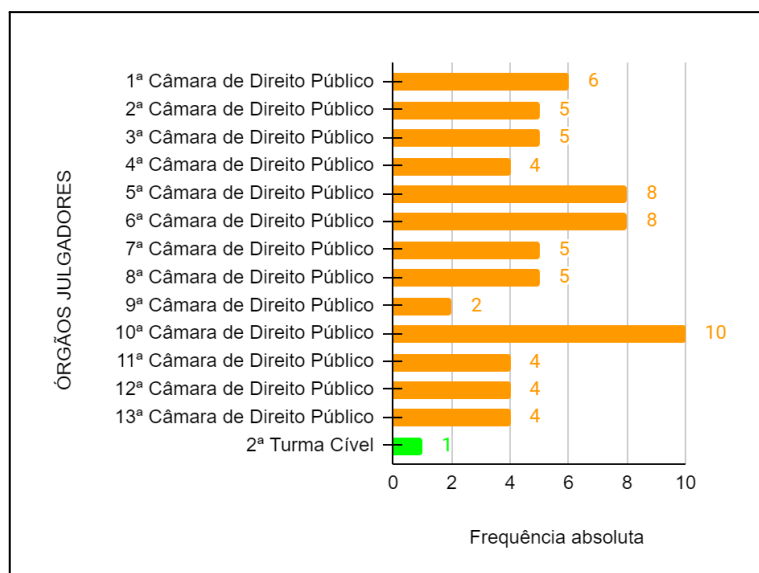
Vê-se que os demais recursos foram quase inexpressivos, subdividindo-se em Apelação Cível (2 ocorrências), Agravo Interno (1 ocorrência) e Recurso Inominado (1 ocorrência). Os Embargos de Declaração coletados foram todos desconsiderados por não se referirem a pessoa idosa ou por abrangerem questões meramente processuais (tópico 4.1).

As decisões aptas ao estudo foram proferidas por uma grande diversidade de órgãos do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), permitindo uma análise mais confiável das questões judiciais, visto que, em sua maioria, não se limitavam à apreciação singular de uma Câmara julgadora específica.

Quadro 5 - Número de julgados por órgão julgador

ÓRGÃOS JULGADORES	FREQUÊNCIA	
	absoluta	relativa
1ª Câmara de Direito Público	6	8,45%
2ª Câmara de Direito Público	5	7,04%
3ª Câmara de Direito Público	5	7,04%
4ª Câmara de Direito Público	4	5,63%
5ª Câmara de Direito Público	8	11,27%
6ª Câmara de Direito Público	8	11,27%
7ª Câmara de Direito Público	5	7,04%
8ª Câmara de Direito Público	5	7,04%
9ª Câmara de Direito Público	2	2,82%
10ª Câmara de Direito Público	10	14,08%
11ª Câmara de Direito Público	4	5,63%
12ª Câmara de Direito Público	4	5,63%
13ª Câmara de Direito Público	4	5,63%
2ª Turma Cível	1	1,41%
TOTAL:	71	100,00%

Fonte: de autoria própria.

Figura 3 - Gráfico sobre número de julgados por órgão julgador

Fonte: de autoria própria.

Quanto ao mérito das decisões, verificou-se que nenhum dos julgados analisados negou a tutela de saúde à parte idosa. Isso não impediu, porém, que a concessão do bem da vida pleiteado fosse, eventualmente, limitada, conforme desenvolvido mais adiante.

Verificou-se, ainda, que poucos foram os julgados que aduziram qualquer argumentação voltada especificamente à idade da parte. O Estatuto da Pessoa Idosa foi pouco citado quanto à temática da saúde, embora tenha sido frequentemente mencionado para se referir à destinação da multa cominatória ao fundo gerido pelo Conselho Municipal de Promoção e Integração da Pessoa Idosa (nos termos do art. 84 da Lei nº 10.741/2003).

Isso, porém, também será oportunamente desenvolvido. Por ora, segue a explanação concernente à identificação das demandas pleiteadas.

4.2.1. Demandas pleiteadas

Os pedidos envolvidos no julgamento das demandas de saúde foram descritos na planilha conforme as suas particularidades, mas, simultaneamente, classificados em categorias abrangentes – segundo os moldes utilizados pelo Tribunal de Justiça de São Paulo.

Em algumas situações, o site do TJSP atribuiu rotulação diversa daquela pertinente ao caso concreto (por exemplo, classificando um pedido como “fornecimento de medicamentos” em vez de “cirurgia”).⁷ Nesses casos, a designação foi corrigida na planilha.

Para a geração dos dados objetivos deste tópico, as decisões atinentes a um mesmo processo foram desconsideradas, caso contrário, gerariam dados em duplicidade. Assim, considerando que 6 decisões foram identificadas como pertencentes a 3 processos diferentes (duas para cada processo), tem-se que, das 71 decisões válidas, apenas 68 demandas foram consideradas (após a retirada das 3 que estavam em duplicidade)⁸.

Além disso, conforme a necessidade, outras classificações (mais precisas) foram desenvolvidas e cumuladas, de modo que as categorias inicialmente definidas foram: cirurgia eletiva; cirurgia de urgência/emergência; consulta eletiva; consulta de urgência/emergência; exame eletivo; exame de urgência/emergência; medicamento; insumos; e outros.

Como poderá ser observado, nem todas as categorias foram utilizadas. Além disso, foram estipuladas “subcategorias”, como forma de facilitação da análise, cujo critério de

⁷ Esse exemplo foi apenas ilustrativo. Poucos foram os “erros” e, na realidade, foram mais sutis (por exemplo, confundindo um pedido de entrega de insumos com o de fornecimento de medicamentos).

⁸ Os julgados em duplicidade são aqueles pertencentes às linhas 35 e 55; 56 e 85; 108 e 151 da planilha.

instituição consistiu na identificação do “bem da vida” efetivamente requerido, conforme segue:

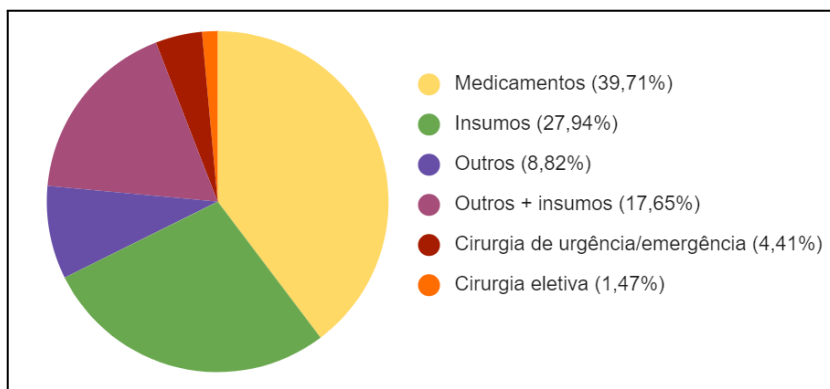
Quadro 6 - Frequência das demandas (por categoria)

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA	
	absoluta	relativa(*)
Medicamentos	27	39,71%
Insumos	19	27,94%
Outros	6	8,82%
Outros + insumos	12	17,65%
Cirurgia de urgência/emergência	3	4,41%
Cirurgia eletiva	1	1,47%
TOTAL	68	100,00%

(*) em relação à totalidade dos julgados válidos (sem duplicidade);

Fonte: de autoria própria.

Figura 4 - Gráfico sobre a frequência das demandas (por categoria)



Fonte: de autoria própria.

Os pedidos mais frequentes relacionaram-se à concessão de medicamentos (39,71%) para o tratamento de enfermidades graves, principalmente cânceres e tumores. Outras doenças observadas (ainda que menos frequentes) foram: fibrose pulmonar idiopática, fibrilação atrial, doença renal crônica, embolia pulmonar, dentre outras.

Os pedidos por insumos também foram bastante expressivos (27,94%), referindo-se, principalmente, ao fornecimento de fraldas geriátricas, havendo apenas 1 (uma) ocorrência

cumulando-o com o fornecimento de dieta enteral. A demanda para o fornecimento de próteses também foi pouco significativa, totalizando apenas 2 (duas) ocorrências.

A categoria “Outros + insumos” foi a terceira mais frequente (17,65%). Nela, inseriram-se as demandas atinentes ao fornecimento de insumos cumuladas com outro pedido que, entretanto, não se adequava a qualquer outra classificação. Verificou-se que as demandas pleiteadas restringiram-se ao fornecimento de aparelhos respiratórios (CPAP e Bipap) e seus insumos, cumulados ou não com a entrega de aparelho umidificador. Tais aparelhos visavam ao tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (na maioria dos casos, grave) de que sofriam os idosos demandantes.

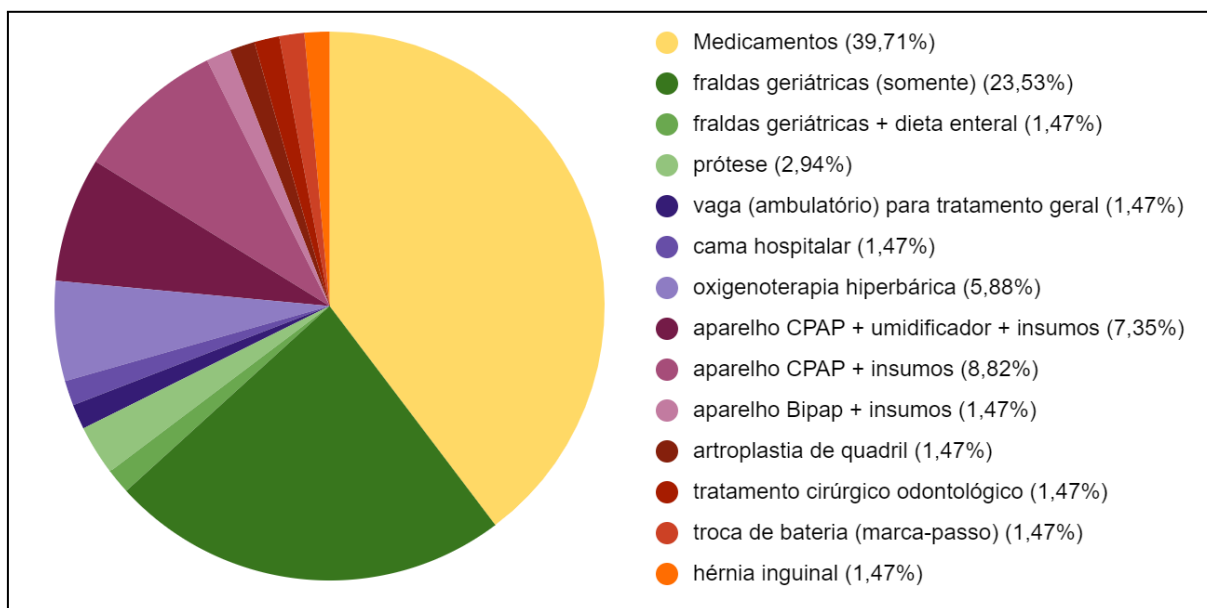
Quadro 7 - Frequência das demandas (por subcategoria)

CATEGORIAS / SUBCATEGORIAS		FREQUÊNCIA	
		absoluta	relativa(*)
Medicamentos		27	39,71%
Insumos	fraldas geriátricas (somente)	16	23,53%
	fraldas geriátricas + dieta enteral	1	1,47%
	prótese	2	2,94%
Outros	vaga (ambulatório) para tratamento geral	1	1,47%
	cama hospitalar	1	1,47%
	oxigenoterapia hiperbárica	4	5,88%
Outros + insumos	aparelho CPAP + umidificador + insumos	5	7,35%
	aparelho CPAP + insumos	6	8,82%
	aparelho Bipap + insumos	1	1,47%
Cirurgia de urgência/emergência	artroplastia de quadril	1	1,47%
	tratamento cirúrgico odontológico	1	1,47%
	troca de bateria (marca-passo)	1	1,47%
Cirurgia eletiva	hérnia inguinal	1	1,47%
TOTAL		68	100,00%

(*) em relação à totalidade dos julgados válidos (sem duplicidade);

Fonte: de autoria própria.

Figura 5 - Gráfico sobre a frequência detalhada das demandas (por subcategoria)



Fonte: de autoria própria.

A quarta categoria mais frequente, totalizando apenas 6 ocorrências (8,82%), caracteriza-se como residual, na medida em que os pedidos nela contidos não possuíam elementos identitários comuns capazes de outra classificação, senão, sob a alcunha de “Outros”. Abrange, assim, os pedidos relativos ao fornecimento de oxigenoterapia hiperbárica (para o tratamento de lesões ulceradas ou de escaras na pele), de cama hospitalar (na ocasião, com elevação de três manivelas), bem como de vaga para atendimento e tratamento geral (conforme a futura indicação do profissional médico que atenderia a pessoa idosa).

Outras duas categorias foram identificadas, quais sejam: “cirurgia de urgência/emergência” e “cirurgia eletiva” (não urgente). A primeira apresentou 3 ocorrências (para a realização de artroplastia de quadril; de tratamento cirúrgico odontológico; bem como de troca da bateria de marca-passo cardíaco), enquanto a segunda categoria apresentou apenas 1 (uma) ocorrência.

Tal classificação como eletiva, inclusive, derivou da inexistência da sua indicação de “urgência”, tanto no acórdão quanto no documento médico que instruiu a exordial. No caso em comento, o deferimento do pedido para a realização da cirurgia (necessária para o tratamento de hérnia inguinal) decorreu da demora na realização do procedimento cirúrgico anteriormente autorizado.

4.2.1.1. Demandas pleiteadas por sexo

Quanto aos idosos demandantes, percebeu-se uma preponderância do sexo feminino nessas decisões (adstritas à 2ª instância). Das categorias anteriormente listadas, apenas aquelas atinentes à cirurgia (eletiva ou de urgência) demonstraram uma predominância do sexo masculino. O restante, porém, consistiu em demandas majoritariamente pleiteadas por pessoas idosas do sexo feminino.

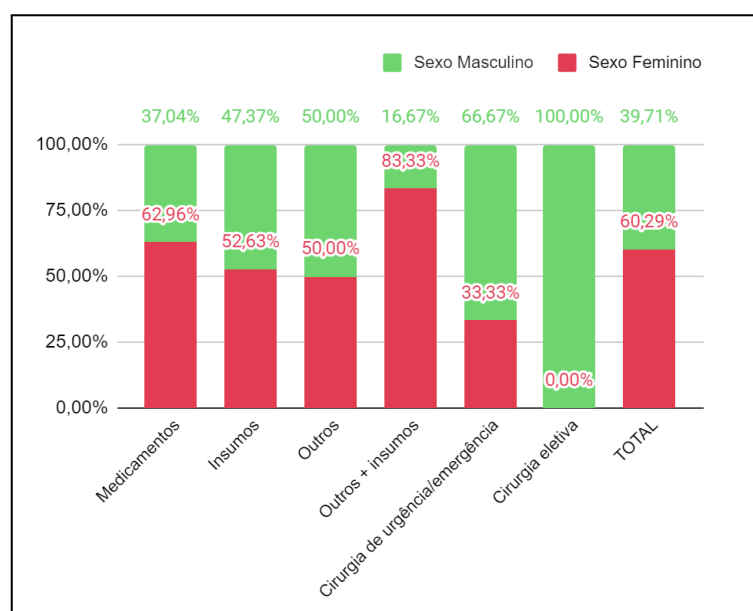
Quadro 8 - Frequência das demandas (categorias) por sexo

CATEGORIAS	SEXO	
	Feminino	Masculino
	(%)**	(%)**
Medicamentos	62,96%	37,04%
Insumos	52,63%	47,37%
Outros	50,00%	50,00%
Outros + insumos	83,33%	16,67%
Cirurgia de urgência/emergência	33,33%	66,67%
Cirurgia eletiva	0,00%	100,00%
TOTAL	60,29%	39,71%

(**) Em relação à categoria de análise;

Fonte: de autoria própria.

Figura 6 - Gráfico sobre a frequência das demandas (categorias) por sexo



Fonte: de autoria própria.

Das 4 cirurgias demandadas em juízo, apenas 1 (uma), pertencente à categoria “Cirurgia de urgência/emergência”, foi requerida por pessoa idosa do sexo feminino. Na ocasião, pleiteava-se o tratamento cirúrgico odontológico. As demais (troca da bateria do marca-passo, artroplastia de quadril, e correção de hérnia inguinal) foram solicitadas por idosos do sexo masculino.

Sob o enfoque das subcategorias, no entanto, percebeu-se que, além das demandas por cirurgias, aquelas concernentes ao fornecimento de próteses para membro inferior (adstritas à categoria “Insumos”) ou de sessões de oxigenoterapia hiperbárica (para o tratamento de lesões ulceradas e escaras na pele) demonstraram predominância masculina.

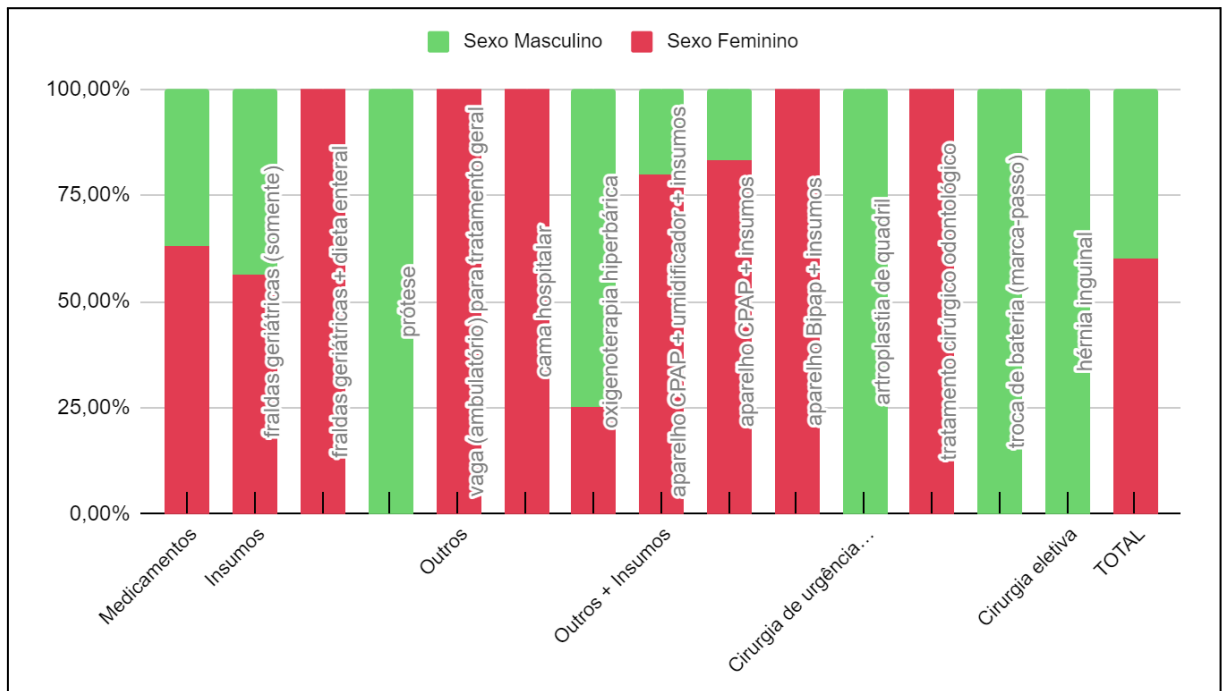
Quadro 9 - Frequências das demandas (subcategorias) por sexo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SEXO	
		Feminino	Masculino
		(%)**	(%)**
Medicamentos		62,96%	37,04%
Insumos	fraldas geriátricas (somente)	56,25%	43,75%
	fraldas geriátricas + dieta enteral	100,00%	—
	prótese	—	100,00%
Outros	vaga (ambulatório) para tratamento geral	100,00%	—
	cama hospitalar	100,00%	—
	oxigenoterapia hiperbárica	25,00%	75,00%
Outros + Insumos	aparelho CPAP + umidificador + insumos	80,00%	20,00%
	aparelho CPAP + insumos	83,33%	16,67%
	aparelho Bipap + insumos	100,00%	—
Cirurgia de urgência/emergência	artroplastia de quadril	—	100,00%
	tratamento cirúrgico odontológico	100,00%	—
	troca de bateria (marca-passo)	—	100,00%
Cirurgia eletiva	hérnia inguinal	—	100,00%
TOTAL	-----	60,29%	39,71%

(**) Em relação à subcategoria de análise.

Fonte: de autoria própria.

Figura 7 - Gráfico sobre a frequência detalhada das demandas (subcategorias) por sexo



Fonte: de autoria própria.

De modo geral, porém, constatou-se que as pessoas idosas do sexo feminino foram as que mais se destacaram como parte nos referidos processos judiciais (parte ativa originária ou representada pelo Ministério Público).

4.3. Argumentos dos Magistrados

Os 71 julgados válidos (quais sejam: aqueles adequados ao escopo do trabalho) foram organizados em uma planilha ([APÊNDICE I](#)), de modo que os argumentos presentes nas decisões judiciais foram dispostos em duas colunas específicas: “Argumentos favoráveis ao idoso” e “Argumentos contrários ao idoso”.

As anotações da planilha (resultantes da leitura individual de cada acórdão), oportunizaram uma sondagem mais ampla das argumentações aduzidas pelos magistrados, facilitando, assim, a enumeração dos argumentos mais utilizados.

Após essa identificação, cada decisão foi relida integralmente, a fim de se constatar a frequência absoluta dos argumentos em relação ao montante total dos 71 julgados válidos. Com os resultados obtidos, elaborou-se o Quadro 10 (à frente reproduzido).

Apenas a argumentação aduzida pelo magistrado relator (ou pelo magistrado vencedor, em caso de divergência) foi enfatizada durante a leitura. Em suma, a argumentação das partes não foi considerada para os fins deste trabalho.

Salienta-se que foram utilizados alguns critérios para auxiliar na aferição das razões apontadas pelos desembargadores – todavia, apenas quanto aos acórdãos que mencionaram trechos de outros julgados (precedentes). Isso, porque se admitiu a premissa de que nem todo argumento contido na redação de um precedente (citado pelo desembargador) constituiria o cerne daquilo que este buscava enfatizar ao colacionar o referido julgado à sua decisão.

Em outros termos, adotou-se a premissa de que a parte relevante de um precedente, não obstante, poderia ter sido transcrita juntamente com trechos não pertinentes ao caso em questão – o que nem sempre é de fácil constatação.

Logo, para os acórdãos que fizeram referência a outros julgados, adotou-se a seguinte regra: uma determinada argumentação constante num precedente apenas seria contabilizada como tal se houvesse indícios de que sua transcrição pelo desembargador fora proposital.

Assim, considerou-se como próprias do julgador as argumentações específicas contidas nos precedentes colacionados, porém, desde que (não cumulativamente):

- 1) a mesma argumentação do precedente fosse citada ou desenvolvida em parágrafo anterior ou posterior do acórdão;
- 2) o desembargador destacasse (ou grifasse) trecho específico do precedente que abarcasse tal argumentação;
- 3) o argumento em questão fosse utilizado para embasar diretamente o argumento principal mencionado em parágrafo do acórdão e no precedente escolhido;
- 4) essa argumentação (do precedente) fosse a única menção a um argumento específico de uma das partes não desenvolvida nos parágrafos do acórdão; ou
- 5) houvesse outros elementos que permitissem afirmar a intenção do magistrado em considerar essa argumentação específica do precedente – embora esse último critério tenha sido evitado (em virtude de sua elevada subjetividade), salvo se flagrantemente incontestável.

Ao se exigir a compatibilidade com, ao menos, uma das situações supracitadas, buscou-se diminuir a arbitrariedade na identificação dos argumentos apontados pelo magistrado. Evitou-se, assim, que um elemento argumentativo próprio do precedente colacionado (por vezes, não pertinente à demanda de saúde em questão), fosse incluído nas constatações do presente trabalho, minando a sua fidedignidade.

Findo esse procedimento, os dados coletados foram organizados no seguinte quadro (seguido por sua representação gráfica):

Quadro 10 - Argumentos principais

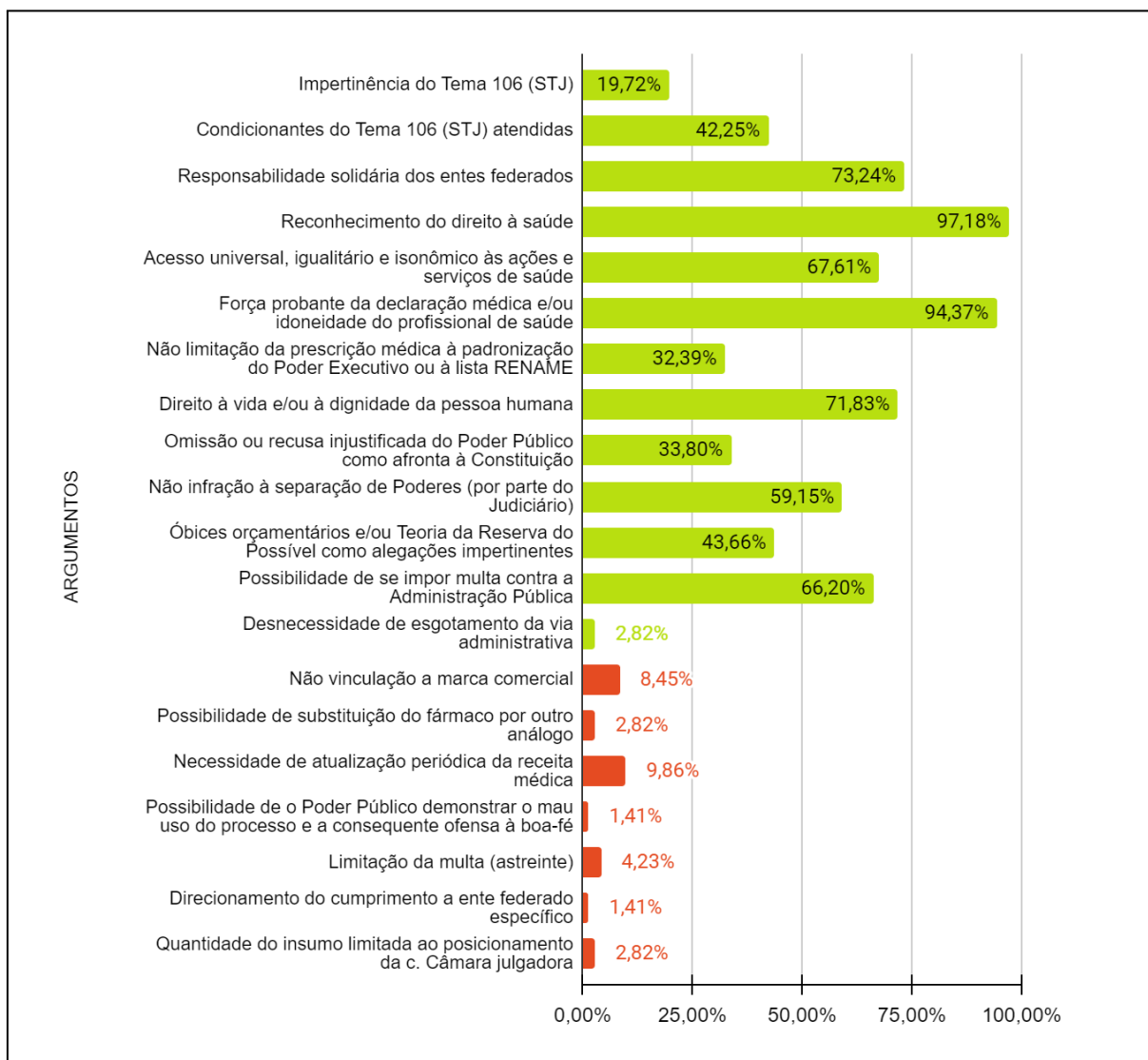
ARGUMENTOS	FREQUÊNCIA RELATIVA	QUANTIDADE DE JULGADOS	LINHAS DA PLANILHA
Impertinência do Tema 106 (STJ)	19,72%	14	3, 10, 21, 23, 31, 36, 45, 68, 104, 106, 131, 132, 135, 155
Condicionantes do Tema 106 (STJ) atendidas	42,25%	30	12, 15, 16, 28, 32, 34, 35, 46, 49, 55, 59, 69, 81, 85, 101, 102, 107, 108, 110, 113, 114, 119, 120, 122, 128, 130, 133, 141, 142, 151
Responsabilidade solidária dos entes federados	73,24%	52	3, 5, 12, 15, 16, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 31, 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 48, 51, 53, 55, 56, 57, 59, 69, 71, 77, 80, 81, 85, 101, 102, 104, 105, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 120, 122, 127, 130, 132, 135, 142, 145, 147
Reconhecimento do direito à saúde	97,18%	69	3, 5, 10, 12, 15, 16, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 41, 44, 45, 46, 48, 49, 51, 53, 55, 56, 57, 59, 63, 68, 69, 71, 77, 80, 81, 85, 88, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 119, 120, 122, 127, 128, 131, 132, 133, 135, 136, 141, 142, 145, 147, 152, 155
Acesso universal, igualitário e isonômico às ações e serviços de saúde	67,61%	48	3, 5, 10, 12, 15, 16, 19, 21, 22, 25, 27, 28, 31, 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 48, 49, 51, 53, 55, 57, 63, 68, 69,

			71, 77, 80, 81, 102, 105, 106, 111, 113, 114, 127, 131, 132, 135, 141, 142, 145, 147, 155
Força probante da declaração médica e/ou idoneidade do profissional de saúde	94,37%	67	3, 5, 10, 12, 15, 16, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 31, 34, 35, 36, 37, 41, 44, 45, 46, 48, 49, 51, 53, 55, 56, 57, 59, 63, 68, 69, 71, 77, 80, 81, 85, 88, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 120, 122, 128, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 141, 142, 145, 147, 151, 155
Não limitação da prescrição médica à padronização do Poder Executivo ou à lista RENAME	32,39%	23	3, 12, 15, 16, 21, 22, 28, 31, 34, 51, 69, 77, 81, 102, 104, 105, 108, 110, 114, 120, 135, 145, 155
Direito à vida e/ou à dignidade da pessoa humana	71,83%	51	3, 5, 10, 12, 16, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 31, 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 51, 53, 55, 56, 57, 63, 68, 69, 71, 77, 80, 81, 85, 102, 105, 106, 107, 111, 112, 114, 128, 131, 132, 133, 135, 141, 142, 145, 147, 152, 155
Omissão ou recusa injustificada do Poder Público como afronta à Constituição	33,80%	24	3, 5, 12, 19, 25, 27, 31, 32, 34, 44, 46, 51, 53, 55, 57, 69, 102, 105, 114, 135, 142, 145, 147, 155
Não infração à separação de Poderes (por parte do Judiciário)	59,15%	42	3, 5, 10, 12, 16, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 34, 35, 36, 37, 46, 53, 57, 63, 68, 69, 77, 80, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 110, 111, 113, 114, 120, 128, 131, 132, 141, 142, 147, 155

Óbices orçamentários e/ou Teoria da Reserva do Possível como alegações impertinentes	43,66%	31	3, 12, 16, 19, 27, 28, 31, 34, 35, 36, 41, 46, 51, 53, 57, 63, 69, 71, 77, 81, 102, 107, 108, 110, 111, 114, 135, 141, 142, 145, 155
Possibilidade de se impor multa contra a Administração Pública	66,20%	47	3, 5, 10, 15, 16, 19, 21, 22, 25, 27, 28, 34, 35, 36, 37, 41, 44, 45, 46, 48, 49, 51, 53, 55, 59, 68, 69, 77, 80, 101, 102, 104, 105, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 120, 122, 127, 132, 133, 141, 142, 152
Desnecessidade de esgotamento da via administrativa	2,82%	2	23, 25
Não vinculação a marca comercial	8,45%	6	5, 19, 55, 69, 104, 133
Possibilidade de substituição do fármaco por outro análogo	2,82%	2	108, 151
Necessidade de atualização periódica da receita médica	9,86%	7	19, 28, 46, 102, 108, 133, 142
Possibilidade de o Poder Público demonstrar o mau uso do processo e a consequente ofensa à boa-fé	1,41%	1	28
Limitação da multa (astreinte)	4,23%	3	46, 49, 127
Direcionamento do cumprimento a ente federado específico	1,41%	1	104
Quantidade do insumo limitada ao posicionamento da c. Câmara julgadora	2,82%	2	106, 131
TOTAL DE JULGADOS VÁLIDOS	100,00%	71	*****

Fonte: de autoria própria.

Figura 8 - Gráfico sobre os argumentos principais



Fonte: de autoria própria.

Como observado, há mais argumentos favoráveis à parte idosa (destacados em verde) do que desfavoráveis a ela (vermelho). Além disso, pela quantidade de julgados relativos a cada argumentação, vê-se que as questões judiciais mais favoráveis ao Estado (*lato sensu*), porquanto “limitadoras” dos pedidos da parte idosa, apresentaram frequência consideravelmente inferior às demais – demonstrando, novamente, a propensão do Judiciário quanto ao provimento das demandas de saúde da parte necessitada.

Feitas essas considerações, incumbe analisar o entendimento geral dos magistrados acerca de cada argumentação disposta, valendo-se, quando necessário, de exemplos advindos

dos próprios julgados coletados. Em outros momentos, visando à melhor contextualização da temática abordada, citam-se alguns livros, bem como julgados alheios à pesquisa. Contudo, frisa-se: tais momentos foram raros e devidamente indicados no corpo do texto.

4.3.1. Argumentos Favoráveis à parte idosa

4.3.1.1. Impertinência do Tema 106 (STJ)

O Tema nº 106 (do STJ) foi frequentemente abordado nas decisões coletadas. Considerando que tal precedente estipulou requisitos específicos para a concessão de medicamentos não incorporados ao SUS, não raramente, o Poder Público buscou aplicá-lo também a outras demandas, por exemplo, relacionadas ao requerimento de insumos ou procedimentos cirúrgicos.

Todavia, os magistrados foram, em sua maioria, enfáticos ao decidir pela inaplicabilidade do Tema nº 106/STJ a tais casos, visto que, por disposição expressa do próprio julgado instituidor, as condicionantes se aplicariam apenas às demandas que visassem ao fornecimento de medicamentos. Nesse sentido, a decisão dos julgadores foi favorável à parte idosa, justamente por não impor tais condicionantes.

Houve casos, no entanto, em que os magistrados aplicaram o aludido precedente também a outras demandas. Isso aconteceu com os julgados pertencentes às linhas 141 e 142 da planilha.

Na primeira situação, a redação do acórdão sugere a ocorrência de erro por parte dos desembargadores, visto que a argumentação concluiu pela necessidade de fornecimento de medicamentos (embora o pedido e a primeira parte da decisão mencionassem o pleito por fraldas geriátricas descartáveis). Na segunda situação, a lide se referia ao fornecimento de aparelho respiratório (CPAP) e, mesmo assim, aplicou-se o Tema nº 106/STJ à demanda – sem qualquer indicação de erro ou descuido dos magistrados.

Em ambos os casos, porém, tal aplicação não resultou em prejuízos à parte idosa, mas, sim, corroborou seu pedido, visto que se entendeu pelo cumprimento dos requisitos aludidos no referido Tema.

4.3.1.2. Condicionantes do Tema 106 (STJ) atendidas

O Tema nº 106/STJ, como já afirmado no tópico anterior, estabeleceu condições para a entrega de medicamentos não incorporados ao SUS, quais sejam:

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

- i) 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;
- ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;
- iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência. (BRASIL, 2018, grifo nosso)

Por isso, nos casos em que tais exigências são aplicáveis, o reconhecimento de que a parte cumpriu com os requisitos do Tema nº 106/STJ constituiu argumento favorável à concessão do fármaco pleiteado pelo idoso (ou pelo Ministério Público em benefício deste).

Mesmo nas situações em que a aplicação do Tema seria indevida, conforme explanação anterior (tópico 4.3.1.), não houve prejuízos à pessoa idosa, visto que se entendeu pelo cumprimento dos requisitos exigidos no precedente em comento.

4.3.1.3. Responsabilidade solidária dos entes federados

Nas demandas de saúde, não raramente, os entes federativos envolvidos questionaram a sua responsabilidade quanto à concessão dos insumos ou à realização dos procedimentos pleiteados, à semelhança de outros estudos empíricos na área da saúde, mesmo em instâncias superiores (LIMA, 2016, p. 93).

Todas as vezes em que isso aconteceu, os julgadores entenderam pela responsabilidade solidária dos entes demandados. Isso, com base na interpretação sistêmica de diversos artigos, dentre eles, arts. 23, II, 109, I, 194, *caput*, 196, 197 e 198, I e §1º, todos da Constituição Federal (1988):

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

(...)

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

(...)

Art. 109. Aos juízes federais compete processar e julgar:

I - as causas em que a União, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, exceto as de

falência, as de acidentes de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho;
(...)

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
(...)

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

(...)(BRASIL, 1988)

Segundo o entendimento geral dos julgadores, esses artigos permitiriam que se concluísse pela responsabilidade solidária dos entes federados, quais sejam: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Todos estariam incumbidos de atuar conjuntamente na garantia do direito à saúde. Não haveria, assim, qualquer óbice ao ajuizamento de ação contra quaisquer deles, tanto isolada quanto conjuntamente.

Um argumento muito utilizado pelas autoridades administrativas para sustentar a ausência de responsabilidade municipal ou estatal foi a da necessária observância do princípio da descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, conforme se depreende da Constituição Federal (1988); dos arts. 219 a 231 da Constituição Estadual (1989); bem como do art. 7º, IX, “a” e “b”, da Lei nº 8.080/1990.

Em que pese o reconhecimento do princípio da descentralização, os julgadores foram enfáticos ao decidir que essa questão não impossibilitaria a responsabilização solidária dos entes acionados.⁹ Além disso, o ente federado que assumisse obrigação que não lhe fosse

⁹ Conforme observado no julgado pertencente à linha 12 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506](#)).

própria (no âmbito da repartição infraconstitucional de competências) poderia ser ressarcido, com base no art. 35, VII, da Lei nº 8.080/1990:

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

(...)

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. (BRASIL, 1990)

Não obstante, tem-se, ainda, o Tema de Repercussão Geral nº 793, do STF (definido no âmbito do julgamento do RE nº 855.178/SE sob o rito dos repetitivos e, portanto, de observância obrigatória), que assim estabelece:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. (BRASIL, 2019)

A seguir, o entendimento do Supremo Tribunal Federal exarado no âmbito dos Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário nº 855.178/SE:

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. DESENVOLVIMENTO DO PROCEDENTE. POSSIBILIDADE. RESPONSABILIDADE DE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE. DESPROVIMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO.

1. É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que 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.

2. A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

3. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Precedente específico: RE 657.718, Rel. Min. Alexandre de Moraes.

4. Embargos de declaração desprovidos.

(STF; [Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário nº 855.178/SE](#); Relator: Min. Luiz Fux; Órgão Julgador: Tribunal Pleno; Data do julgamento: 23/05/2019; Publicado em: 16/04/2020)

A responsabilidade solidária, assim, já é questão pacificada na jurisprudência do STF (em sede de repercussão geral). Além disso, resta evidenciado que, na maioria das vezes, a parte (no caso, idosa) é quem decidirá contra quem ajuizará a sua demanda.

Frisa-se, portanto, a inexistência de litisconsórcio necessário nas demandas de saúde. O litisconsórcio é facultativo, na medida em que caberia à parte escolher contra quem ajuizar o seu pleito – podendo ser contra todos os entes ou apenas contra um deles, de forma isolada. Esse raciocínio, entretanto, não é absoluto.

Nas demandas envolvendo medicamentos, há certas ocasiões em que o ingresso da União se torna necessário. O Tema nº 500/STF, de repercussão geral e julgado sob o rito dos repetitivos, expõe a necessidade de ingresso da União nos feitos relativos ao fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA:

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais.
 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial.
 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos:
 - (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);
 - (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e
 - (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
 4. **As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.**
- (BRASIL, 2020, grifo nosso)

A contrario sensu, portanto, alguns dos julgados analisados expuseram o entendimento de que, se o fármaco pleiteado possuir registro na ANVISA (mesmo que ainda não tenha sido incorporado pelo SUS), não haveria que se falar no necessário ingresso da União no feito, permanecendo a facultatividade da parte autora.

Nesse sentido, destaca-se a existência do Tema nº 1234/STF, julgado apenas em 13/09/2024, também sob o rito dos repetitivos.

Na ocasião, decidiu-se que a União deveria figurar no polo passivo da ação quando o valor anual do fármaco requerido (não incorporado ao SUS, mas com registro na ANVISA) fosse igual ou superior a 210 salários mínimos, como se observa:

I – Competência

1) Para fins de fixação de competência, as demandas relativas a medicamentos não incorporados na política pública do SUS, mas com registro na ANVISA, tramitarão perante a Justiça Federal, nos termos do art. 109, I, da Constituição Federal, quando o valor do tratamento anual específico do fármaco ou do

princípio ativo, com base no Preço Máximo de Venda do Governo (PMVG – situado na alíquota zero), divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED - Lei 10.742/2003), for igual ou superior ao valor de 210 salários mínimos, na forma do art. 292 do CPC.

1.1) Existindo mais de um medicamento do mesmo princípio ativo e não sendo solicitado um fármaco específico, considera-se, para efeito de competência, aquele listado no menor valor na lista CMED (PMVG, situado na alíquota zero).

1.2) No caso de inexistir valor fixado na lista CMED, considera-se o valor do tratamento anual do medicamento solicitado na demanda, podendo o magistrado, em caso de impugnação pela parte requerida, solicitar auxílio à CMED, na forma do art. 7º da Lei 10.742/2003.

1.3) Caso inexistir resposta em tempo hábil da CMED, o juiz analisará de acordo com o orçamento trazido pela parte autora.

1.4) No caso de cumulação de pedidos, para fins de competência, será considerado apenas o valor do(s) medicamento(s) não incorporado(s) que deverá(ão) ser somado(s), independentemente da existência de cumulação alternativa de outros pedidos envolvendo obrigação de fazer, pagar ou de entregar coisa certa.

(...)

2.1.1) Conforme decidido pelo Supremo Tribunal Federal na tese fixada no tema 500 da sistemática da repercussão geral, é mantida a competência da Justiça Federal em relação às ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa, as quais deverão necessariamente ser propostas em face da União, observadas as especificidades já definidas no aludido tema.

(...)

(BRASIL, 2024, grifo nosso)

À época dos acórdãos analisados, esse Tema de Repercussão Geral estava pendente de julgamento. Portanto, ainda subsistiam dúvidas quanto à (des)necessidade de ingresso da União em tais situações.

No entanto, pendia a determinação do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual, até o julgamento definitivo da controvérsia, também insertada no IAC nº 14 no Conflito de Competência nº 187.276/RS (STJ), deveria o juiz estadual se abster de declinar da competência nas ações relativas a essa temática. Logo, o processo deveria seguir na justiça estadual.

Tal memorização encontra-se presente, por exemplo, no seguinte trecho, extraído da [Apelação/Remessa Necessária nº 1000485-51.2022.8.26.0506](#), constante à linha 15 da planilha:

No mais, tanto é verdade que inexistir vinculação a esse respeito que o próprio STF, em recente decisão de 09/09/2022, acolheu nova arguição de repercussão geral, tendo como leading case o RE 1.366.243, colocando em pauta o novel Tema 1234, cuja questão a ser resolvida é:

Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 23, II, 109, I, 196, 197 e 198, I, da Constituição Federal, a obrigatoriedade de a União constar do polo passivo de lide que verse sobre a obtenção de medicamento ou tratamento não incorporado nas políticas públicas do SUS, embora registrado pela ANVISA.

De se ver, portanto, que o assunto será objeto de expressa deliberação pelo col. STF novamente, de tal modo que, por ora, não se reconhece existência de precedente vinculante a respeito.

Não bastasse o que bastara, pende de julgamento o Incidente de Assunção de Competência nº 14 perante o col. Superior Tribunal de Justiça, no qual a questão submetida a julgamento é a seguinte:

Tratando-se de medicamento não incluído nas políticas públicas, mas devidamente registrado na ANVISA, analisar se compete ao autor a faculdade de eleger contra quem pretende demandar, em face da responsabilidade solidária dos entes federados na prestação de saúde, e, em consequência, examinar se é indevida a inclusão da União no polo passivo da demanda, seja por ato de ofício, seja por intimação da parte para emendar a inicial, sem prévia consulta à Justiça Federal.

O incidente em questão foi admitido na sessão eletrônica iniciada em 25/5/2022 e finalizada em 31/5/2022 da eg. Primeira Seção daquele tribunal.

Deve-se anotar, ainda, que em sessão realizada em 8/6/2022, a eg. Primeira Seção, por unanimidade, deliberou que, até o julgamento definitivo do incidente de assunção de competência (IAC), o Juiz estadual deverá abster-se de praticar qualquer ato judicial de declinação de competência nas ações que versem sobre tema idêntico ao daqueles autos, de modo que o processo deve prosseguir na jurisdição estadual, nos termos da questão de ordem proposta pelo Sr. Ministro Relator.

A posição defendida por alguns, no sentido de que o col. STJ não poderia deliberar sobre a questão que já foi resolvida pelo col. STF não encontra amparo, valendo o registro de que, como acima se viu, a questão remanesce em discussão também no STF.

Assim, reconhece-se o litisconsórcio facultativo em casos tais, observada a competência concorrente entres as entidades da federação quando, como na espécie, o almejado fármaco mostra-se registrado perante a agência peculiar, havendo de anotar-se que eventual direcionamento do custeio dos tratamentos deve ser objeto de outra e oportuna ordem de cogitação, não afetando o exame meritório nesse momento.

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1000485-51.2022.8.26.0506](#); Relator: Des. Márcio Kammer de Lima; Órgão Julgador: 11ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 27/03/2023; Publicado em: 27/03/2023) (grifo nosso)¹⁰

Por ocasião do julgamento do Tema nº 1234/STF, inclusive, o Supremo Tribunal Federal, no dia 19/04/2023, também determinou a proibição de que a Justiça Estadual declinasse de sua competência em prol da Justiça Federal sob o argumento da necessidade de inclusão da União na lide, ao menos, até o fim do julgamento do referido Tema:

Em 19.04.2023, na oportunidade do referendo unânime à decisão retro do Ministro Gilmar Mendes, o plenário do E. STF consignou também o seguinte:

“O Tribunal, por unanimidade, referendou a decisão proferida em 17.4.2023, no sentido de conceder parcialmente o pedido formulado em tutela provisória incidental neste recurso extraordinário, “para estabelecer que, até o julgamento definitivo do Tema 1234 da Repercussão Geral, a atuação do Poder Judiciário seja regida pelos seguintes parâmetros: (i) nas demandas judiciais envolvendo medicamentos ou tratamentos padronizados: a composição do polo passivo deve observar a repartição de responsabilidades estruturada no Sistema Único de Saúde, ainda que isso implique deslocamento de competência, cabendo ao magistrado verificar a correta formação da relação processual, sem prejuízo da concessão de provimento de natureza cautelar ainda que antes do deslocamento de competência, se o caso assim exigir; (ii) nas demandas judiciais relativas a medicamentos não incorporados: devem ser processadas e julgadas pelo Juízo, estadual ou federal,

¹⁰ Esse entendimento quanto à declinação de competência e face da Justiça Federal não está presente apenas neste julgado. As decisões constantes às linhas [16](#) e [46](#) da planilha também apresentam esse comportamento abstencionista.

ao qual foram direcionadas pelo cidadão, sendo vedada, até o julgamento definitivo do Tema 1234 da Repercussão Geral, a declinação da competência ou determinação de inclusão da União no polo passivo; (iii) diante da necessidade de evitar cenário de insegurança jurídica, esses parâmetros devem ser observados pelos processos sem sentença prolatada; diferentemente, os processos com sentença prolatada até a data desta decisão (17 de abril de 2023) devem permanecer no ramo da Justiça do magistrado sentenciante até o trânsito em julgado e respectiva execução (adotei essa regra de julgamento em: RE 960429 EDsegundos Tema 992, de minha relatoria, DJe de 5.2.2021); (iv) ficam mantidas as demais determinações contidas na decisão de suspensão nacional de processos na fase de recursos especial e extraordinário". (g.n.)

Destarte, considerando a interpretação acima exposta, bem como que no caso ora em análise se trata de demanda em que se almeja o fornecimento de medicamento não incorporado a atos normativos do SUS para o tratamento pretendido, direcionada pelo cidadão em face da FESP e da Municipalidade, e na qual ainda não foi prolatada sentença, de rigor o processamento do feito e o julgamento do mérito por este Juízo Estadual.

(TJSP; [Agravo de Instrumento nº 2162878-32.2023.8.26.0000](#); Relator: Des. Vicente de Abreu Amadei; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Público; Data de julgamento: 31/07/2023; Publicado em: 31/07/2023)¹¹ (grifo nosso)

Nesse sentido, mostrou-se interessante a mudança nas justificativas utilizadas pelos desembargadores para a evitação da remessa dos autos à Justiça Federal. Antes da referida proibição, os desembargadores aludiam à impossibilidade de supressão de instância (em detrimento do juízo *a quo*) ou, então, à responsabilidade solidária dos entes demandados.

Apenas 1 (um) dos acórdãos, prolatado em 22/04/2022, logo, anterior à referida proibição, determinou a remessa dos autos à Justiça Federal (mantendo, entretanto, a tutela à saúde da pessoa idosa até o pronunciamento do magistrado federal).¹²

Os julgados posteriores à vedação da declinação de competência em prol da Justiça Federal, no entanto, foram enfáticos em cumprir com a determinação do STF, aludindo ao referido voto do Ministro Gilmar Mendes.

Desse modo, vê-se a importância de tal temática para a garantia do direito à saúde da pessoa idosa. Não por outro motivo, a responsabilidade solidária dos entes federados foi expressamente mencionada em 73,24% dos julgados analisados.

A amplitude do rol de legitimados passivos, portanto, juntamente com a facultatividade do litisconsórcio, permite à parte requerente ponderar a urgência de sua necessidade em relação à maior capacidade satisfativa do ente demandado, primando, também, pela celeridade processual. Em virtude de tal relevância, o tópico da responsabilidade solidária, apesar de, por vezes, possuir natureza processual, constitui importante questão judicial a ser analisada (em prol da pessoa idosa).

¹¹ Julgado constante à linha 130 da planilha ([Agravo de Instrumento nº 2162878-32.2023.8.26.0000](#)).

¹² Julgado constante à linha 81 da planilha ([Agravo de Instrumento nº 3002185-91.2022.8.26.0000](#)).

Embora não citados anteriormente, outros dispositivos infraconstitucionais também sustentam tal responsabilidade. Nesse sentido, têm-se as disposições constantes nos arts. 4º, §1º, art. 9º, inc. I, e art. 11, todos previstos na Lei Complementar nº 791/1995 (Código de Saúde do Estado de São Paulo), a seguir transcritos:

Artigo 4º. — No território do Estado as ações e os serviços de saúde são executados e desenvolvidos pela administração direta, indireta e fundacional do Estado e dos Municípios, e pela iniciativa privada, na forma desta lei e da sua respectiva regulamentação.

§ 1º. — Por serem de relevância pública, as ações e os serviços públicos e privados de saúde implicam co-participação do Estado, dos Municípios, das pessoas e da sociedade em geral, na consecução de resultados qualitativos e quantitativos para o bem comum em matéria de saúde.

(...)

Artigo 9º. — A política de saúde, expressa em planos de saúde do Estado e dos Municípios, será orientada para:

I — a atuação articulada do Estado e dos Municípios, mediante o estabelecimento de normas, ações, serviços e atividades sobre fato, situação ou local que ofereça risco à saúde individual e coletiva;

(...)

Artigo 11 — As ações e os serviços públicos de saúde, executados e desenvolvidos pela administração direta, indireta e fundacional do Estado e dos Municípios, constituem o SUS, com direção única na esfera do governo estadual e na dos Municípios.

§ 1º. — Compete ao SUS, além de outras que vierem a ser estabelecidas, as atribuições fixadas neste Código, na Constituição da República, na Constituição do Estado e na legislação sanitária nacional, estadual e municipal.

(...) (SÃO PAULO, 1995)

Esses artigos demonstram a necessidade de coparticipação e atuação articulada entre Estados e Municípios quando na constituição do Sistema Único de Saúde, reforçando a premissa da solidariedade, não obstante a repartição de competências.

Tal entendimento encontra amparo no Enunciado nº 8 da I Jornada de Direito da Saúde, promovida pelo CNJ nos dias 14 e 15 de maio de 2014. Sua redação anterior indicava a possibilidade de direcionamento da obrigação conforme as regras administrativas de repartição de competência entre os gestores de saúde.

O enunciado, porém, foi revisado durante a III Jornada de Direito da Saúde, promovida pelo CNJ (nos dias 18 e 19 de março de 2019), aludindo a tal direcionamento como um dever:

ENUNCIADO Nº 8 Nas apreciações judiciais sobre ações e serviços de saúde devem ser observadas as regras administrativas de repartição de competência entre os entes federados. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019) (CNJ, 2019)

Como já demonstrado, esse reconhecimento não anula o caráter solidário da responsabilidade inerente aos entes federados, conforme se depreende da leitura do Enunciado nº 60, também resultante da III Jornada de Direito da Saúde, bem como da Súmula nº 37 do TJSP, a seguir transcritos:

ENUNCIADO Nº 60 A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras administrativas de repartição de competências, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento. (CNJ, 2019)

Súmula 37: A ação para o fornecimento de medicamento e afins pode ser proposta em face de qualquer pessoa jurídica de Direito Público Interno. (SÃO PAULO, [2010])

A despeito da possibilidade de redirecionamento das demandas de saúde (constante no próprio Tema nº 793/STF), verificou-se que apenas 1 (um) dos acórdãos realizou tal feito, em prol do Município de Ribeirão Preto e em detrimento do Estado de São Paulo, como se observa:

Não se afasta aqui a solidariedade nem a obrigação em tese do Estado e do município; mas, como lá consignado, cada parte está obrigada a fornecer o que lhe compete, segundo a hierarquia do sistema e o nível de complexidade. Assim, ainda que a autora possa exigir de um ou de outro a assistência de que necessita, não pode exigir a mesma assistência, ao mesmo tempo, de ambos. **O pedido, do modo como formulado, leva à dupla disponibilização do medicamento, dupla atividade administrativa, dupla defesa, duplicidade de gastos administrativos e desorganização do sistema, que não se justifica e a ninguém beneficia.** O autor deve dirigir o pedido contra o órgão a quem cabe o fornecimento, ou àquele que preferir se ambos tiverem a obrigação. **O equipamento requerido é excepcional e de alto custo (fls. 18/19), bem como foi prescrito por profissional da rede estadual de saúde; e figurando o Estado na lide, não há razões para a condenação do município, pelo que provido seu recurso e parcialmente provido o recurso oficial. O entendimento direciona o cumprimento da ordem conforme as regras de repartição de competências e confere efetividade ao Tema STF nº 793.**

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1009976-48.2023.8.26.0506](#); Relator: Des. Torres de Carvalho; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 11/01/2024; Publicado em: 11/01/2024)¹³ (grifo nosso)

Nesse trecho, o desembargador entendeu que a mesma pretensão não poderia ser exigida, simultaneamente, de mais de um ente federativo (mesmo que ambos possuíssem a mesma competência quanto ao fornecimento do requerido). Isso não impediu a concessão da

¹³ Julgado constante à linha 104 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1009976-48.2023.8.26.0506](#)).

tutela pleiteada, mas instituiu o Estado de São Paulo como ente cumpridor (e não o Município de Ribeirão Preto).

A referida decisão pautou-se, assim, na divisão de competências conforme o alto custo do bem solicitado, evitando a oneração dos Municípios que, por vezes, recebem verba orçamentária bem menor “(...) se comparada à dos respectivos estados e à da União” (LIMA, 2016, p. 96). Todavia, como já mencionado, o posicionamento geral dos magistrados centrou-se no não redirecionamento das demandas, aludindo que eventual sobrecarga financeira poderia ser, posteriormente, ressarcida ao ente que suportasse qualquer ônus que não lhe fosse devido.

4.3.1.4. Reconhecimento do direito à saúde

Nas decisões judiciais analisadas, pôde-se perceber alguns entendimentos prevalecentes quanto ao reconhecimento do direito à saúde da parte idosa. Além de, notavelmente, ter sido um argumento predominante nas decisões (97,18%), em consonância com a própria natureza das demandas, as referências a tal direito não se mostraram alheias aos outros direitos fundamentais, especialmente a dignidade da pessoa humana e o direito à vida.

Verificou-se que o reconhecimento do direito à saúde, não raramente, esteve acompanhado de uma breve exposição doutrinária quanto à sua natureza. Apesar de um consenso geral quanto a essa classificação, houve uma pequena (senão inexistente) discrepância decisória.

Em suma, o direito à saúde encontra-se positivado e garantido na Constituição Federal (1988) em diversos artigos, dentre eles, o art. 6º, *caput*, e o art. 196. Já na Constituição Estadual, as normas que fazem menção às políticas públicas de saúde, no âmbito do Estado de São Paulo, estão contidas nos arts. 219 a 231, com especial destaque aos arts. 219, 222 e 223:

Artigo 219 - A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Parágrafo único - Os Poderes Públicos Estadual e Municipal garantirão o direito à saúde mediante:

- 1 - políticas sociais, econômicas e ambientais que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e à redução do risco de doenças e outros agravos;
- 2 - acesso universal e igualitário às ações e ao serviço de saúde, em todos os níveis;
- 3 - direito à obtenção de informações e esclarecimentos de interesse da saúde individual e coletiva, assim como as atividades desenvolvidas pelo sistema;
- 4 - atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação de sua saúde.

(...)

Artigo 222 - As ações e os serviços de saúde executados e desenvolvidos pelos órgãos e instituições públicas estaduais e municipais, da administração direta, indireta e fundacional, constituem o sistema único de saúde, nos termos da Constituição Federal, que se organizará ao nível do Estado, de acordo com as seguintes diretrizes e bases:

I - descentralização com direção única no âmbito estadual e no de cada Município, sob a direção de um profissional de saúde;

II - municipalização dos recursos, serviços e ações de saúde, com estabelecimento em lei dos critérios de repasse das verbas oriundas das esferas federal e estadual;

III - integração das ações e serviços com base na regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo, adequado às diversas realidades epidemiológicas;

IV - universalização da assistência de igual qualidade com instalação e acesso a todos os níveis, dos serviços de saúde à população urbana e rural;

V - gratuidade dos serviços prestados, vedada a cobrança de despesas e taxas sob qualquer título.

Parágrafo único - O Poder Público Estadual e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

(...)

Artigo 223 - Compete ao sistema único de saúde, nos termos da lei, além de outras atribuições:

I - a assistência integral à saúde, respeitadas as necessidades específicas de todos os segmentos da população;

II - a identificação e o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, mediante, especialmente, ações referentes à:

a) vigilância sanitária;

b) vigilância epidemiológica;

c) saúde do trabalhador;

d) saúde do idoso;

e) saúde da mulher;

f) saúde da criança e do adolescente;

g) saúde dos portadores de deficiências;

III - a implementação dos planos estaduais de saúde e de alimentação e nutrição, em termos de prioridades e estratégias regionais, em consonância com os Planos Nacionais;

IV - a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico;

V - a organização, fiscalização e controle da produção e distribuição dos componentes farmacêuticos básicos, medicamentos, produtos químicos, biotecnológicos, imunobiológicos, hemoderivados e outros de interesse para a saúde, facilitando à população o acesso a eles;

VI - a colaboração na proteção do meio ambiente, incluindo do trabalho, atuando em relação ao processo produtivo para garantir:

a) o acesso dos trabalhadores às informações referentes a atividades que comportem riscos à saúde e a métodos de controle, bem como aos resultados das avaliações realizadas;

b) a adoção de medidas preventivas de acidentes e de doenças do trabalho;

VII - a participação no controle e fiscalização da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias de produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos;

VIII - a adoção de política de recursos humanos em saúde e na capacitação, formação e valorização de profissionais da área, no sentido de propiciar melhor adequação às necessidades específicas do Estado e de suas regiões e ainda àqueles segmentos da população cujas particularidades requerem atenção especial, de forma a aprimorar a prestação de assistência integral;

IX - a implantação de atendimento integral aos portadores de deficiências, de caráter regionalizado, descentralizado e hierarquizado em níveis de complexidade crescente, abrangendo desde a atenção primária, secundária e terciária de saúde, até o fornecimento de todos os equipamentos necessários à sua integração social;

X - a garantia do direito à auto-regulação da fertilidade como livre decisão do homem, da mulher ou do casal, tanto para exercer a procriação como para evitá-la, provendo por meios educacionais, científicos e assistenciais para assegurá-lo, vedada qualquer forma coercitiva ou de indução por parte de instituições públicas ou privadas;

XI - a revisão do Código Sanitário Estadual a cada cinco anos;

XII - a fiscalização e controle do equipamento e aparelhagem utilizados no sistema de saúde, na forma da lei. (SÃO PAULO, 1989)

O ordenamento jurídico pátrio caracteriza-o, portanto, como um direito social de todos e dever do Estado – o qual encontra-se submetido à diretriz do atendimento integral (art. 198, II, CF), com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Esse direito encontra apoio no princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), possuindo (nos termos do art. 5º, §1º, CF) aplicabilidade imediata.

Quanto à faceta do atendimento integral, tal garantia encontra-se positivada, para além da Constituição Federal, em outros importantes documentos legislativos, a exemplo da Constituição estadual (art. 219, parágrafo único, item 4, segundo transcrição anteriormente efetuada) e da Lei 8.080/1990, em seu art. 6º, inciso I, alínea d, nos seguintes termos:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

(...)

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

(...) (BRASIL, 1990)

Além das garantias que envolvem o direito à saúde, os julgadores manifestaram-se quanto à prescrição constante no art. 196, da CF/1988. Entenderam que tal norma poderia ser interpretada como programática, contudo, não no sentido tradicional do termo (de mero direcionamento estatal), mas, sim, enquanto dotada de força normativa.

Por isso, argumentaram que a programaticidade da norma constitucional não poderia levar a Administração Pública a se esquivar de suas responsabilidades.¹⁴

O referido entendimento se coaduna com a ideia de que “a interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente.” Essa assertiva foi consideravelmente citada nos julgados analisados, haja vista ser muito utilizada no âmbito do Supremo Tribunal Federal, especialmente pelo Ministro Celso de Mello.

Como destacado por Fernando Rister de Souza Lima (ao analisar diversas decisões do Supremo Tribunal Federal sobre o direito à saúde):

¹⁴ Vide julgado constante à linha 16 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1018094-47.2022.8.26.0506](#)).

Essa assertiva é tida como premissa inconteste. Bem por isso, é repetida como axioma numa grande quantidade de decisões, nas quais se repete, por exemplo, nos julgados AI 662822/RS, AGR no RE 393175/RS, e, ilustrativamente, transcreve-se trecho do RE 535145-MT: (...) (LIMA, 2016, p. 87).

Além dos citados, há vários outros precedentes, relativos à saúde, que empregam tal linguajar para se referir à interpretação do art. 196, CF. Por esse motivo, também os acórdãos analisados (ao citarem a jurisprudência pregressa)¹⁵ fizeram menção a outros julgados que se valiam desse entendimento.¹⁶

No mesmo sentido, o STA-AgR 175/CE, de relatoria do Ministro Gilmar Mendes, julgado em 17/03/2010 pelo STF, também apresenta, no voto do Min. Celso de Mello, o mesmo entendimento ora referido, conforme segue:

O caráter programático da regra inscrita **no art. 196** da Carta Política - que tem por destinatários **todos** os entes políticos **que compõem**, no plano internacional, **a organização federativa** do Estado brasileiro (JOSÉ CRETELLA JÚNIOR, “Comentários à Constituição de 1988”, vol. VIII/4332-4334, item n. 181, 1993, Forense Universitária) - **não pode convertê-la em promessa constitucional inconsequente, sob pena** de o Poder Público, **fraudando** justas expectativas nele depositadas pela coletividade, **substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu** impostergável dever **por um gesto irresponsável** de infidelidade governamental **ao que determina** a própria Lei Fundamental do Estado.
(...)
(STF; Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175/CE; Relator: Min. Gilmar Mendes; Órgão Julgador: Tribunal Pleno; Data do julgamento: 17/03/2010)

Aqui, verifica-se a divergência apontada no início deste tópico: apenas um dos julgados não entendeu pela programaticidade do direito à saúde (talvez, por referir-se ao termo “programático” em seu sentido tradicional).¹⁷

Exceto neste caso, o entendimento dos julgadores foi unânime e, não raramente, os magistrados entenderam pela eficácia plena da norma constante no art. 196, CF – não obstante a sua programaticidade (que, frisa-se, não fora adotada em seu sentido tradicional).

Ademais, atribuiu-se ao direito à saúde o caráter de “direito público subjetivo” (segundo a literalidade do art. 2º, §1º, da Lei Complementar nº 791 – Código de Saúde no Estado):

¹⁵ Como exemplo de jurisprudência pregressa, pode-se citar o AgReg no RE nº 271.286-RS, Rel. Min. Celso de Mello, j. 12.9.2000.

¹⁶ Vide fls. 17/19 do julgado constante à linha 16 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1018094-47.2022.8.26.0506](#)).

¹⁷ Vide fl. 04 do julgado constante à linha 31 da planilha ([Remessa Necessária Cível nº 1027097-26.2022.8.26.0506](#)).

Artigo 2º - A saúde é uma das condições essenciais da liberdade individual e da igualdade de todos perante a lei.

§ 1º - O direito à saúde é inerente à pessoa humana, constituindo-se em direito público subjetivo.

(...) (SÃO PAULO, 1995)

Por todo o exposto, vê-se a importância do reconhecimento do direito à saúde em favor da parte requerente (enquanto pilar central para o provimento da demanda). Contudo, ressalta-se: raramente os julgados fizeram tal reconhecimento de modo especialmente direcionado à pessoa idosa.

A fundamentação centrou-se no aspecto coletivo e generalista do direito à saúde, de modo que tais decisões poderiam, sem qualquer alteração, ser direcionadas em favor de pessoa não idosa. Poucos foram os julgados que fizeram menção ao seu Estatuto ou às normas especificamente voltadas a essa parcela da população.

4.3.1.5. Acesso universal, igualitário e isonômico às ações e serviços de saúde

O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde constitui-se como outra garantia associada ao tópico anterior, na medida em que possibilita a harmonização do direito da parte ao dos demais pacientes solicitantes da rede pública de saúde.

Tal princípio encontra-se disposto nos arts. 5º, *caput*, 194, parágrafo único, inciso I, 195 e 196, todos da CF. Tal universalidade está prevista também na Constituição estadual (art. 219, item 2, e art. 222, inciso IV), conforme segue:

Artigo 219 - A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Parágrafo único - Os Poderes Públicos Estadual e Municipal garantirão o direito à saúde mediante:

(...)

2 - acesso universal e igualitário às ações e ao serviço de saúde, em todos os níveis;

(...)

Artigo 222 - As ações e os serviços de saúde executados e desenvolvidos pelos órgãos e instituições públicas estaduais e municipais, da administração direta, indireta e fundacional, constituem o sistema único de saúde, nos termos da Constituição Federal, que se organizará ao nível do Estado, de acordo com as seguintes diretrizes e bases:

(...)

IV - universalização da assistência de igual qualidade com instalação e acesso a todos os níveis, dos serviços de saúde à população urbana e rural;

(...) (SÃO PAULO, 1989)

Por isso, deve o Estado administrar seus escassos recursos com o máximo de eficiência, de modo a garantir uma cobertura mínima e adequada a toda a população, possibilitando, em outros termos, um acesso universal e igualitário à saúde. Nesse sentido:

Universalidade da Seguridade Social: A seguridade social, fruto do constitucionalismo social que conferiu dignidade constitucional à questão social, é o instrumento utilizado pelo Estado para realizar o bem-estar e a justiça sociais, o que somente será realidade **quando todos tiverem acesso a um padrão mínimo. Por isso, o princípio da universalidade é intrínseco à seguridade, na medida em que cabe ao Estado e à sociedade garantir a todos o mínimo necessário.** O princípio em comento prevê a universalidade de cobertura e do atendimento. A universalidade da cobertura corresponde às situações de riscos (objetos da seguridade social). É o elemento objetivo da universalidade. Constitui um vir a ser, uma vez que somente haverá a universalidade propriamente dita quando todas as situações de risco forem atendidas (ZÉLIA LUIZA PIERDONÁ. Direitos sociais. In: *Direito Constitucional*. Malheiros, 2009. p. 155) (OLIVEIRA, 2013, p. 1593-1594) (grifo nosso)

Pelo princípio da universalidade, assim, pode-se entender que toda a população possui direito à saúde, cujos serviços devem ser disponibilizados a todos, sem discriminação.

Apesar disso, deve-se respeitar o princípio da equidade (ou igualdade material), segundo o qual almejar-se-ia a redução das desigualdades. Isso, mediante o “tratamento desigual aos desiguais, quando o objetivo [for] a satisfação universal do direito à saúde”, possibilitando, assim, “que os gestores do SUS realizem investimentos mais vultosos onde se verificar a maior carência da população” (AFONSO, 2022, p. 64).

Dos julgados, colhem-se os seguintes exemplos:

Para garantia do acesso universal e igualitário, depende-se do emprego dos recursos públicos com o máximo de eficiência. As decisões que tratam de situações particulares devem se nortear pela excepcionalidade.

Aos médicos, cabe a prescrição dos tratamentos, medicamentos, insumos e equipamentos que mais bem se adequem ao tratamento do paciente.

Ao solicitante, cumpre a demonstração da necessidade do medicamento, tratamento ou insumo mediante exibição, por exemplo, de receita ou relatório médico fundamentado.

Ao ente público, deve-se reconhecer a possibilidade de demonstrar que o medicamento ou tratamento é desnecessário, que já seja disponibilizado na rede pública ou que exista alternativa na rede pública que atenda, de maneira igualmente satisfatória, a necessidade do cidadão.

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1037550-80.2022.8.26.0506](#); Relator: Des. Alves Braga Junior; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 31/03/2023)¹⁸

De fato, a pretensão do Ministério Público é ver o Estado compelido a cumprir o **dever constitucional de preservar a saúde dos indivíduos (CF, artigo 196)**, fornecendo-lhe os medicamentos/insumos necessários à manutenção da saúde e da vida deles, direito este que não sucumbe ao princípio da isonomia. **Todos os**

¹⁸ Julgado pertencente à linha 10 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1037550-80.2022.8.26.0506](#)).

cidadãos que não possuem condições financeiras para prover a própria subsistência devem ser assistidos pelo Poder Público, que não lhes pode negar o direito à vida e à saúde, sob a alegação de violação ao princípio da isonomia, pois o caso dos autos deve ser analisado com lastro nos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1027096-41.2022.8.26.0506](#); Relator: Des. Ponte Neto; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Público; Data de julgamento: 14/03/2023) (grifo nosso)¹⁹

O acesso universal, igualitário e isonômico às ações e serviços de saúde, portanto, sustenta o dever da Administração Pública quanto ao fornecimento dos tratamentos pleiteados. Tal importância reflete-se em sua expressividade nas decisões analisadas, correspondendo a uma frequência relativa de 67,61%.

4.3.1.6. Força probante da declaração médica e/ou idoneidade do profissional de saúde

O segundo argumento mais frequente (encontrado em 94,37% das decisões) refere-se à efetiva comprovação da necessidade do tratamento, insumo ou fármaco requerido mediante a apresentação de prescrição contida em laudo ou relatório médico.

Percebeu-se que o relatório ou laudo médico acostado ao processo constituiu-se na principal fonte de convencimento dos magistrados, conforme também observado por OSORIO-DE-CASTRO et al. (2010, p. 2409).

Os magistrados conferiram significativa força probante ao documento emitido pelo médico da parte – justificada, em alguns julgados, pelo pressuposto de atuação conforme à ética profissional, derivado de seu regular registro no respectivo órgão de classe oficial.

Sob tal premissa, entenderam descabida a discussão quanto ao mérito da prescrição médica, a qual seria apenas de competência do referido profissional de saúde (em concordância com o Capítulo I, itens VIII e XVI, da Resolução nº 2.217/2018²⁰, denominada Código de Ética Médica).²¹

¹⁹ Julgado constante à linha 22 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1027096-41.2022.8.26.0506](#)).

²⁰ **CAPÍTULO I - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS** (...) **VIII** – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho. (...) **XVI** – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente. (...) (CFM, 2018)

²¹ Vide fl. 06 do julgado constante à linha 19 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1034949-04.2022.8.26.0506](#)).

Outro aspecto a ser destacado é a tendência jurisprudencial de atribuir a mesma força probante tanto ao relatório médico particular quanto ao relatório médico emitido pelo profissional do SUS. Nesse sentido, importa mencionar o seguinte trecho do julgado constante à linha 12 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506](#)):

Não cabe dizer que, em se tratando de médico particular, estaria a autoridade apontada como coatora desobrigada a fornecer o medicamento pleiteado. Infelizmente, o sistema público de saúde está saturado, de sorte que, nos dias que correm, poucas são as pessoas que, tendo algum recurso, por mínimo que seja, acham-se dispostas a bater às portas do SUS. **Mesmo as pessoas mais simples, quando contam com um emprego, encontram-se vinculadas a algum plano ou seguro de saúde, pois, numa relação custo-benefício, mais vale para o empregador gastar com assistência médica do que ter de suportar o encargo de longos períodos de ausência do empregado, motivados pelas dificuldades por este encontradas no atendimento pelo setor público. São filas intermináveis, senhas, falta de profissionais, enfim toda sorte de dificuldades. Não se pode, assim, reservar apenas àqueles que se submeteram a todos estes percalços o direito à entrega de medicamentos, pois, afinal, não se está tratando de uma gincana.**

A tese no sentido de que o SUS não pode ser visto como serviço complementar do atendimento privado comporta adequada interpretação. A asserção, a priori, é verdadeira, mas significa dizer que todos, independentemente de sua condição econômica, devem receber atendimento integral pelo SUS, cujos profissionais, além disto, não podem ser impedidos de prescrever tal ou qual medicamento sob o cômodo argumento de que não está contemplado num protocolo. A Constituição Federal tem compromisso com a inclusão, ao passo que as regras burocráticas do órgão de gestão da saúde estão comprometidas com a perversa lógica da exclusão, seguindo critérios exclusivamente financeiros.

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506](#); Relator: Des. Luiz Sergio Fernandes de Souza; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 30/03/2023) (grifo nosso)

Os julgados coletados são unânimes nesse sentido (em relação àqueles que comentam sobre o assunto, visto que nem todos fizeram tal menção). Logo, observou-se que se a parte requerente apresentar (por exemplo) documentação médica particular que respalde o seu pedido de medicamentos, conforme o Tema nº 106/STJ, e não sendo apresentada prova em sentido contrário, dificilmente o Poder Judiciário negará o fármaco pleiteado.²²

Ainda, não se pode olvidar que, em se tratando de demanda de saúde, qualquer que seja o pedido, a apresentação de documentação médica faz-se necessária à comprovação do alegado – nos termos dos arts. 320 e 321 do CPC/2015 –, reconhecendo-se força probante ao documento apresentado mediante presunção relativa de veracidade.

²² Isso nos limites da pesquisa, quais sejam: em relação ao Tribunal de Justiça de São Paulo e à comarca de Ribeirão Preto.

4.3.1.7. Não limitação da prescrição médica à padronização do Poder Executivo ou à lista RENAME

Dos julgados analisados, 32,39% apresentaram o entendimento de que a concessão do tratamento ou medicamento pleiteado não se restringiria à padronização do Poder Executivo – visto que o dever constitucional do Estado (*lato sensu*) não poderia ser limitado por legislação infraconstitucional. Ademais, o art. 2º, *caput*, da Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) seria categórico ao dispor que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Nesse sentido, segue trecho exemplificativo do julgado presente na linha 12 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506](#)):

E não haverá de ser uma Portaria ou Protocolo, norma de terceiro escalão na hierarquia do ordenamento jurídico, a restringir a aplicação da lei e da regra constitucional. O Sistema Único de Saúde não implica o reconhecimento de um papel de simples gerenciamento das ações de saúde por parte do Estado-membro. Aliás, o artigo 6º da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao dispor sobre as condições para a prescrição, proteção e recuperação da saúde, estabelecendo diretrizes para a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, permite entender que aquele conjunto de ações integradas não comporta aplicação restritiva.

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506](#); Relator: Des. Luiz Sergio Fernandes de Souza; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 30/03/2023)

Os magistrados, nas decisões que abordaram essa questão, entenderam que os protocolos da Secretaria de Saúde teriam a incumbência de, tão somente, padronizar e organizar o atendimento público, orientando a atuação do administrador e facilitando a aquisição de medicamentos e insumos.²³

Noutros termos, como tais protocolos não se caracterizariam como pressupostos para a configuração do direito à saúde, não teriam o condão de obstar a sua efetivação. Dessa forma, numa demanda por medicamentos, por exemplo, a lista de fármacos padronizados não vincularia os médicos e nem mesmo o juízo, não limitando, inclusive, a responsabilidade estatal quanto ao fornecimento dos medicamentos²⁴ ou insumos²⁵ pleiteados.

²³ Vide fl. 09 do julgado pertencente à linha 3 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1047897-75.2022.8.26.0506](#)).

²⁴ A não incorporação do fármaco ao SUS não seria obstáculo à sua concessão se atendidas as condicionantes do Tema nº 106/STJ. Como já afirmado, todas as decisões que aplicaram esse Tema reconheceram o cumprimento dos seus requisitos.

²⁵ Vide fl. 13 do julgado pertencente à linha 15 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1000485-51.2022.8.26.0506](#)).

A mesma lógica de não vinculação da receita médica foi aplicada à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (lista RENAME), como se observa:

Diante da **ausência de referência legal para fornecimento de fraldas geriátricas não contempladas na lista do RENAME**, não exclui a possibilidade de exigir do município, solidariamente, nos termos do art. 18 da Lei nº 8080/90, tampouco dos demais entes federados, em virtude da solidariedade, porque o Ministério da Saúde possui programa de fornecimento de fraldas geriátricas.

Ante todo o exposto, pelo meu voto, **nego provimento à remessa necessária e ao recurso voluntário.**

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1025782-60.2022.8.26.0506](#); Relator: Des. Oswaldo Luiz Palu; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 14/03/2023) (grifo nosso)²⁶

Apesar de ambas as ocorrências (anteriormente citadas) preverem a não limitação da prescrição médica, há uma substancial diferença entre elas, especialmente quanto à fundamentação adotada em cada caso.

Na segunda situação, a ausência de vinculação da prescrição médica à lista RENAME se deu graças à existência de programa federal promovido pelo ente solidário (União), possibilitando, assim, a cobrança da quantidade necessária restante. Já na primeira situação, a não vinculação da prescrição médica se deu em virtude de questão hierárquica da norma limitadora, que era inferior à constitucional.

Em ambos os casos, porém, constatou-se a tendência (observada em outros 21 julgados) de não limitação da prescrição médica, em razão do dever constitucional dos entes públicos quanto à garantia da efetivação do direito à saúde da população.

4.3.1.8. Direito à vida e/ou à dignidade da pessoa humana

O direito à vida (art. 5º, *caput*, CF) e à dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF) estão fortemente relacionados à garantia da saúde pública, tendo sido mencionados em 71,83% dos julgados analisados, inclusive, como fundamentos do direito à saúde (inserido no art. 6º, CF/88).²⁷

A importância de se proteger a inviolabilidade do direito à vida é o que possibilita ao juízo garantir o direito da parte em detrimento de qualquer outro interesse secundário do Estado, mesmo que em juízo preliminar.²⁸

²⁶ Julgado constante à linha 21 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1025782-60.2022.8.26.0506](#)).

²⁷ Vide fls. 04/05 do julgado constante à linha 31 da planilha ([Remessa Necessária Cível nº 1027097-26.2022.8.26.0506](#)).

²⁸ Vide fls. 04/05 do julgado constante à linha 51 da planilha ([Agravo de Instrumento nº 2244818-53.2022.8.26.0000](#)).

Verificou-se que (para os julgadores) a garantia do direito individual judicialmente pleiteado não representaria necessária afronta ao princípio constitucional da igualdade, mas, sim, o cumprimento do dever constitucional por parte do Estado (*lato sensu*) – fundado na necessária garantia do direito à vida e à dignidade humana.

4.3.1.9. Omissão ou recusa injustificada do Poder Público como afronta à Constituição

Esse argumento, contido em 33,80% dos julgados, quando identificado no caso concreto, implica no reconhecimento de uma pretensão resistida por parte do Poder Público – caracterizando, assim, tanto o interesse de agir da requerente (pessoa idosa) quanto a atuação inconstitucional do Estado.

Em alguns acórdãos, porém, verificou-se que tal assertiva nem sempre foi expressamente aplicada de maneira concreta ao caso, sendo, nessas situações, empregada de modo abstrato – enquanto prescrição da conduta ideal do Estado –, firmando, assim, um parâmetro argumentativo para o posterior desfecho decisório.

A título de exemplificação, seguem dois exemplos de aplicação *in concreto* e *in abstracto*:

Ademais, é bem de ver que, a omissão da autoridade em cumprir o preceito de assistência plena à saúde rendeu ensejo para a propositura da presente ação.

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1047897-75.2022.8.26.0506](#); Relator: Des. Claudio Augusto Pedrassi; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 20/04/2023)²⁹ (grifo nosso)

Sonegar um remédio vital, imprescindível à sobrevivência do enfermo, é conduta da maior gravidade, não escusável, sobretudo à vista do mandamento inscrito no art. 198, II, da Constituição Federal. A mesma carta constitucional que garante o direito à vida, dá ao homem público os meios para prover a fruição do direito, que estão nos arts. 195 e 198, parágrafo único, daquele texto. Mais que isto, o Código de Saúde do Estado de São Paulo (Lei Complementar nº 791, de 9/3/95) prevê, no seu art. 7º, a responsabilidade objetiva das pessoas jurídicas que causarem danos ao indivíduo ou à coletividade.

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506](#); Relator: Des. Luiz Sergio Fernandes de Souza; Órgão julgador: 7ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 30/03/2023)³⁰ (grifo nosso)

A inação estatal ou a recusa em fornecer o necessário à garantia do direito da parte foram entendidas, portanto, como afronta ao direito constitucional de acesso integral à saúde –

²⁹ Vide julgado constante à linha 3 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1047897-75.2022.8.26.0506](#)).

³⁰ Vide julgado constante à linha 12 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506](#)).

nos termos do art. 198, inciso II, da CF/1988; art. 219, parágrafo único, item 4, da Constituição do Estado de São Paulo; art. 223, inciso I, também da Constituição estadual; bem como do art. 6º, inciso I, da Lei 8.080/1990.

4.3.1.10. Não infração à separação de Poderes (por parte do Judiciário)

Um entendimento unânime nos acórdãos coletados foi o de que a intervenção do Judiciário, quando no provimento do pedido da parte, não caracterizaria infração ao princípio constitucional da Separação dos Poderes (art. 2º, CF) – contrariando as alegações dos entes públicos demandados. Tal argumento foi observado em 59,15% das decisões.

Os motivos que conduziram a essa conclusão, entretanto, não foram idênticos. A maioria defendia que a atuação do Poder Judiciário (quando provocado) configuraria, tão somente, o natural exercício de suas funções típicas – em consonância com o princípio constitucional de inafastabilidade da jurisdição (art. 5º, XXXV, CF/88).

Nesse sentido, os magistrados estariam apenas cumprindo com a sua função de interpretar e aplicar as leis, compelindo o Estado a cumprir com os seus deveres constitucionais. A atuação jurisdicional estaria, assim, em consonância com a inaceitabilidade do comprometimento da vida ou da saúde dos cidadãos enquanto efeito residual do sistema, de modo que, nesses casos, o Judiciário atuaria suprimindo as lacunas eventualmente existentes.³¹

Ainda, destacou-se outro argumento voltado à defesa da atuação jurisdicional, contrária à assertiva de que os magistrados estariam interferindo na gestão orçamentária do ente público acionado. No entendimento de alguns desembargadores, em se tratando de obrigação atinente a interesse individual indisponível, não haveria que se falar em discricionariedade administrativa do Poder Executivo – desse modo, também inexistiria tal óbice à atuação do Poder Judiciário.³²

Defendeu-se, também, que a interferência dos magistrados estaria adequada ao ideário de garantia da paz social, justificando-se pela harmonia que permeia a independência dos poderes. Por esses motivos, não haveria qualquer óbice ao provimento das demandas de saúde por parte do Poder Judiciário.³³

³¹ Vide julgado constante à linha 21 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1025782-60.2022.8.26.0506](#)).

³² Vide julgado constante à linha 27 da planilha ([Remessa Necessária Cível nº 1032120-50.2022.8.26.0506](#)).

³³ Lembrando-se que o presente capítulo diz respeito, tão somente, aos julgados não descartados – os quais, inclusive, foram todos favoráveis à parte idosa.

4.3.1.11. Óbices orçamentários e/ou Teoria da Reserva do Possível como alegações impertinentes

Conforme observado em 44,46% dos julgados, os desembargadores entenderam pela impertinência de um argumento bastante utilizado na esfera governamental para justificar a acusação de desídia administrativa, qual seja: a existência de óbices orçamentários.

Para os julgadores, tal argumentação seria inócua, na medida em que o legislador constitucional atribuíra especial valoração ao direito fundamental reivindicado, por cuja garantia e efetivação possui o Estado o dever de zelar. Além disso, a existência de demandas de saúde não seria “novidade” na esfera pública, motivo pelo qual o planejamento orçamentário já deveria prever tais ocorrências (art. 42 e seguintes da Lei 8.080/1990).

Logo, a questão orçamentária não poderia levar à esquiva da Administração quanto à efetivação dos seus deveres – principalmente se considerado que a Lei de Responsabilidade Fiscal expressamente prevê que o orçamento anual dos entes federativos deve apresentar reserva de contingenciamento (art. 5º, III, b, LC nº 101/2000)³⁴, destinada “(...) ao atendimento de passivos contingenciais e outros riscos e eventos imprevistos, tais como o fornecimento de medicamentos de alto custo para pessoas carentes, portadoras de graves doenças”³⁵, conforme destacado na Apelação/Remessa Necessária nº 1018094-47.2022.8.26.0506.³⁶

A Teoria da Reserva do Possível também não foi capaz de justificar a assertiva governamental fundada nos referidos óbices orçamentários ou de recursos – como se observa:

Incabível, portanto, a invocação da teoria da reserva do possível, em contraste com os deveres constitucionais impostos ao Poder Público, na salvaguarda das garantias fundamentais do indivíduo que possuem evidente primazia, até mesmo frente aos ditames da Lei Complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), que assegura que o projeto de lei orçamentária anual dos entes federativos “conterá reserva de contingência, cuja forma de utilização do montante, definido com base na receita corrente líquida, serão estabelecidos na lei de diretrizes orçamentárias, destinada ao atendimento de passivos contingentes e outros riscos e eventos fiscais imprevistos” (art. 5º, III, alínea b).
(...)

³⁴ **Art. 5º** O projeto de lei orçamentária anual, elaborado de forma compatível com o plano plurianual, com a lei de diretrizes orçamentárias e com as normas desta Lei Complementar:

(...)

III - conterá reserva de contingência, cuja forma de utilização e montante, definido com base na receita corrente líquida, serão estabelecidos na lei de diretrizes orçamentárias, destinada ao:

(...)

b) atendimento de passivos contingentes e outros riscos e eventos fiscais imprevistos. (BRASIL, 2000)

³⁵ Vide julgado constante à linha 16 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1018094-47.2022.8.26.0506](#)).

³⁶ Vide julgados constantes às linhas 12, 16, 19, 27, 35 da planilha.

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1014811-84.2020.8.26.0506](#); Relator: Des. Carlos von Adamek. Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Público. Data do julgamento: 19/12/2022; Publicado em: 20/12/2022) (grifo nosso)³⁷

Ressalve-se, ainda, que a questão atinente à impossibilidade de meios (**reserva do possível**), ou seja, de recursos para custeio do tratamento médico alegada pela Administração **só poderia ser conhecida diante da inexistência absoluta deles, que não é o caso dos autos, não havendo nenhuma alegação e muito menos demonstração para justificar essa hipótese.**

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1010895-08.2021.8.26.0506](#); Relator: Des. Paulo Barcellos Gatti; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 03/03/2023) (grifo nosso)³⁸

A Teoria da Reserva do Possível originou-se na Alemanha, na década de 1970. A Corte Constitucional germânica decidiu que os direitos sociais oponíveis ao Estado não seriam absolutos ou irrestritos. As limitações impostas pelas restrições financeiras também deveriam ser consideradas (mediante juízo de ponderação) em face de tais direitos (FONSECA, 2020, p. 99).

Não obstante, há veementes críticas doutrinárias quanto à aplicação de tal teoria no contexto brasileiro. Isso, porque, diferentemente da Alemanha, a realidade brasileira emergiria de um contexto histórico limitativo quanto à garantia do mínimo existencial à população, ou seja, em relação à garantia de condições humanas básicas de subsistência e dignidade, inclusive, no âmbito da saúde pública (AFONSO, 2022, p. 122).

Como visto, portanto, os magistrados alinharam-se a tal perspectiva, entendendo pela impertinência dos alegados óbices orçamentários (não comprovados) – em consonância com o posicionamento difundido nos tribunais superiores brasileiros (SANTANA, 2015, p. 141-142).

Não haveria que se falar, assim, em infração ao Princípio da Reserva do Possível, vez que o direito invocado (atinente à garantia da saúde da parte) encontraria respaldo na Constituição Federal. Sendo de caráter fundamental e essencial à existência humana, deve prevalecer e ter primazia.

4.3.1.12. Possibilidade de se impor multa contra a Administração Pública

As decisões contabilizadas neste tópico referem-se aos julgados que entenderam pela possibilidade de aplicação da multa coercitiva à Fazenda Pública, tanto de forma expressa (na

³⁷ Julgado constante à linha 46 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1014811-84.2020.8.26.0506](#)).

³⁸ Julgado constante à linha 28 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1010895-08.2021.8.26.0506](#)).

parte dispositiva da decisão) quanto de forma tácita (quando há a manutenção da decisão recorrida, desde que estabelecida a multa em sua parte dispositiva).³⁹

Quanto à temática, a aplicação de *astreintes* no âmbito de uma obrigação de fazer não foi incomum, sendo constatada em 66,20% das decisões. Atualmente, boa parte da doutrina é favorável a tal aplicabilidade, enquanto apenas uma minoria entende pelo descabimento de tal medida.

Dentre os principais argumentos relacionados à posição minoritária, tem-se: i) a sua baixa eficácia (uma vez que, embora possua intenção coercitiva, não recairia da mesma forma sobre o patrimônio público, se comparado ao particular); ii) a existência de trâmites administrativos inafastáveis que precisam ser seguidos (motivo pelo qual a celeridade exigida no cumprimento de uma ordem judicial nem sempre conseguiria ser observada, culminando no início da incidência da multa diária); e iii) a baixa eficácia coercitiva sobre o agente público em si (em contraste com o seu impacto ao erário, cujo “caixa” sustenta as políticas públicas estatais, logo, em última instância, prejudicando toda a coletividade), como se observa:

Do ponto de vista teórico, a multa pode ser aplicada ao Estado.[28] A jurisprudência do STJ também acolhe a posição de que **é possível impor multa por descumprimento ao ente público**. Essa discussão foi objeto de tema nº 98 do regime de recursos repetitivos.[29] Confira-se:

(...)

A despeito do entendimento consolidado em doutrina e jurisprudência, o ponto central nos parece ser outro. Cabe indagar se tal imposição serve efetivamente para se alcançar o fim almejado. A efetividade do mecanismo coercitivo da multa está na possibilidade concreta de agressão ao patrimônio do devedor. Diante da ameaça, o réu optaria pelo cumprimento de seu dever. Em relação ao ente público, essa ameaça fica claramente mais distante e remota, na medida em que o servidor não responde – ao menos imediatamente – por aquele possível prejuízo ao erário. A propositura da ação de regresso em face do funcionário recalcitrante é eventual e incapaz de influenciar sua conduta. Os maiores prejudicados são o ente público, pelo desfalque patrimonial e, em última análise, a sociedade. (BARROS, 2023, p. 93)

(...) a fixação de multa diária às fazendas públicas não se mostraria eficaz pelo fato de que referida sanção resultaria ou em ônus maior para a Administração, o que implica prejuízo ao cidadão, ou a mera 'troca de bolso', já que o recurso desembolsado pela Administração Pública a teria, também, como beneficiária. (GRINOVER; WATANABE, 2013, p. 346)

No mesmo sentido, Eurico Ferraresi:

Todavia, não se pode esquecer o fato de que a multa diária aplicada recairá, diretamente, no patrimônio público, bem de todos. E que, por isso, os efeitos da multa aplicada a setor particular e de uma multa aplicada no setor público podem ser completamente diversos, com efeito, no momento em que a multa recai no

³⁹ Informação geralmente citada no relatório das decisões analisadas.

patrimônio do particular, certamente este perceberá que é melhor cumprir a obrigação a ter seu patrimônio atingido, com o Poder Público, nem sempre esse argumento tem eficácia, a imposição de multa, pois, do contrário, onerar-se-ia mais o erário. (FERRARESI, 2009, p. 20)

Os julgadores não expuseram essa linha de raciocínio. Ao contrário, adotaram o posicionamento majoritário da doutrina e jurisprudência (sedimentada no Tema nº 98/STJ), segundo o qual afigurar-se-ia possível a cominação de *astreintes* em face da Fazenda Pública.

Sem adentrar em minúcias sobre o assunto, as decisões apenas afirmaram tal possibilidade, impondo o valor de R\$ 100,00 como multa diária, geralmente sem limitação.

Apenas 3 (três) julgados estabeleceram multa diária com valores diferenciados, sendo que 2 (duas) decisões estipularam R\$ 300,00 por dia de descumprimento (com limitação de 30 dias-multa), enquanto que 1 (uma) decisão estabeleceu multa diária de R\$1.000,00, sem qualquer limitação.⁴⁰

Embora essa questão seja eminentemente processual, sua natureza coercitiva possui grande importância na efetivação do direito à saúde da parte (mediante o cumprimento da ordem judicial determinada). Por esse motivo foi considerada no elenco das questões judiciais favoráveis à pessoa idosa.

4.3.1.13. Desnecessidade de esgotamento da via administrativa

Dentre os argumentos favoráveis à pessoa idosa, este foi o menos frequente, sendo citado em apenas 2 (dois) julgados (rematando um percentual de apenas 2,82%). Assim, como último tópico favorável à pessoa idosa, tem-se a desnecessidade de exaurimento da via administrativa, estritamente associada ao princípio da inafastabilidade da jurisdição (art. 5º, XXXV, CF), como se observa:

Ademais, anoto não ser necessário o exaurimento da via administrativa pelo autor. Isso porque o direito à saúde é assegurado constitucionalmente e sem condicionantes.

Admitir-se a exigência de comprovação do esgotamento da via administrativa significaria ferir a garantia constitucional da inafastabilidade da jurisdição (Artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal).

Destarte, ante a comprovada necessidade da prótese pelos documentos acostados aos autos, bem como a insuficiência econômica para custeá-los, impõe-se ao Poder Público o fornecimento do quanto pleiteado pelo recorrido, não cabendo qualquer interferência quanto à determinação médica para o adequado equipamento/insumo necessário ao quadro clínico apresentado.

(...)

⁴⁰ Vide julgados constantes às linhas 49, 127 e 122 da planilha (respectivamente).

(TJSP; [Recurso Inominado Cível nº 1025858-26.2018.8.26.0506](#); Relatora: Des. Andréa Schiavo; Órgão Julgador: 2ª Turma - Cível; Data do julgamento: 13/03/2023; Publicado em: 13/03/2023)⁴¹

Apesar de “genérico”, este argumento apresenta relevante importância para a garantia do direito à saúde da parte idosa, bem como das demais pessoas que se socorrem ao Judiciário – dada a inexistência de condicionantes quanto ao esgotamento da via administrativa –, motivo pelo qual foi considerado no presente trabalho.

4.3.2. Argumentos Desfavoráveis à parte idosa (e favoráveis ao Estado)

4.3.2.1. Não vinculação a marca comercial

Poucas foram as questões identificadas como favoráveis aos entes públicos demandados e, nesse sentido, não foi raro encontrar argumentos dotados de baixa abstração.

Com uma frequência de 8,45%, tem-se a possibilidade de o Poder Público fornecer medicamentos genéricos quando no cumprimento da determinação judicial (nos termos da Lei nº 9.787/99), como se observa:

Acrescente-se, por oportuno, que o Poder Público não está adstrito a atender essa ou aquela doença, fornecendo apenas esse ou aquele tratamento, pois, se assim fosse, aí sim se estaria “quebrando” o princípio da igualdade, ofendendo-se de forma direta todos os princípios constitucionais.

Ressalte-se, por fim, que à aquisição e o fornecimento dos medicamentos e insumos em questão aplica-se o disposto na Lei nº 9.787/99, devendo ser observada a **possibilidade de intercâmbio com medicamento e ou insumos genéricos, respeitada a decisão expressa de não intercambialidade do profissional subscritor.**

(...)

(TJSP; [Remessa Necessária Cível nº 1043772-64.2022.8.26.0506](#); Relator: Des. Marcelo Martins Berthe; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 19/04/2023) (grifo nosso)⁴²

Metade dos julgados que mencionaram essa argumentação aplicaram-na também a outros pedidos, como no caso do pleito pelo fornecimento de cama hospitalar ou de fraldas geriátricas.⁴³ Tal argumento, no entanto, não possuiu caráter “extintivo” ou “negacionista” do direito reivindicado, mas apenas “limitativo”, em consonância com o entendimento de que inexistente direito absoluto – o que, como será observado, constitui um padrão quanto aos argumentos favoráveis ao Poder Público.

⁴¹ Julgado constante à linha 23 da planilha ([Recurso Inominado Cível nº 1025858-26.2018.8.26.0506](#)).

⁴² Diz respeito ao julgado pertencente à linha 5 da planilha.

⁴³ Vide julgados constantes às linhas 5 (fraldas geriátricas), 19 (fraldas geriátricas) e 133 (cama hospitalar com elevação de três manivelas) da planilha.

4.3.2.2. Possibilidade de substituição do fármaco por outro análogo

A possibilidade de substituição do medicamento pleiteado por outro com eficácia análoga foi pouco frequente. Apenas 2 (dois) julgados mencionaram tal possibilidade, correspondendo a 2,82% das decisões.

Primeiramente, um esclarecimento se mostra devido: embora ambos os julgados pertençam a um mesmo processo, o momento de prolação das decisões foi diferente, bem como o recurso que lhes deu origem e seu conteúdo mais geral, motivo pelo qual a análise das argumentações aduzidas pelos magistrados não restou prejudicada.

Isso, visto que a intenção do trabalho consiste em averiguar a frequência de determinadas argumentações e, por meio delas, a tendência de julgamento e sua compatibilidade com a legislação positivada. Desse modo, a existência de argumento repetido em um mesmo processo, mas perante decisões distintas, não possui o condão de afetar o deslinde do estudo. O contrário, porém, ocorreria se ambos os julgados fossem idênticos e atinentes a um mesmo recurso (o que não aconteceu).

O caso em comento consistiu na prolação de decisão favorável à pessoa idosa, determinando a concessão do medicamento pleiteado. No entanto, permitiu-se que este fosse substituído por outro fármaco (ambos não fornecidos pelo SUS) de mesma eficácia. Tal permissão, porém, restou condicionada à não oposição do profissional médico responsável pelo atendimento da parte.⁴⁴

Observa-se que a tutela anteriormente concedida não fora retirada (mesmo após a interposição de Agravo de Instrumento pelo Município de Ribeirão Preto), no entanto, permitiu-se a sua modificação, sem que isso implicasse em maiores efeitos deletérios à pessoa idosa.

A preocupação do magistrado com a opinião médica do profissional de saúde corrobora tal assertiva (ao mesmo tempo em que reconhece a competência deste para a determinação do melhor tratamento à paciente, respeitando, assim, o Código de Ética Médica, conforme explicitado no tópico 4.3.1.6.).

A possibilidade de substituição do fármaco foi reiterada no julgamento conjunto da Remessa Necessária e da Apelação Cível (interposta pelo Estado de São Paulo) – ambas possuindo a pessoa idosa como “recorrida”.

⁴⁴ Vide julgado constante à linha 151 da planilha ([Agravo de Instrumento nº 2069934-11.2023.8.26.0000](#)).

Neste segundo julgamento, os desembargadores reiteraram a possibilidade de substituição do fármaco *nintedanibe* pelo *pirfenidona*⁴⁵ – afigurando-se como uma questão jurídica favorável à Administração Pública, visto ser o fármaco substituto menos custoso.⁴⁶

Contudo, não se eximiu o Poder Público de fornecer o medicamento necessário ao tratamento de saúde da parte. O condicionamento da substituição à autorização médica restringiu os efeitos negativos que a decisão poderia causar à pessoa idosa, motivo pelo qual tal possibilidade afigura-se, em certo aspecto, favorável ao Poder Público, ao mesmo tempo em que não extingue o direito da parte necessitada.

4.3.2.3. Necessidade de atualização periódica da receita médica

Outro argumento identificado como “favorável” à Administração Pública foi a necessidade de atualização periódica da receita médica perante o órgão farmacêutico dispensador, presente em 9,86% das decisões analisadas. Desse modo, tem-se a garantia do direito à saúde apenas pelo tempo necessário de tratamento – harmonizando-se tal direito com o da coletividade não litigante.⁴⁷

Importa ressaltar que essas decisões seguiram o entendimento contido no Enunciado nº 2, da I Jornada de Direito da Saúde (promovida pelo CNJ nos dias 14 e 15 de maio de 2014), originalmente redigido nos seguintes termos:

ENUNCIADO N.º 2

Concedidas medidas judiciais de prestação continuativa, em medida liminar ou definitiva, é necessária a renovação periódica do relatório médico, no prazo legal ou naquele fixado pelo julgador como razoável, considerada a natureza da enfermidade, de acordo com a legislação sanitária, sob pena de perda de eficácia da medida. (CNJ, 2014)

Esse enunciado, porém, foi atualizado na VI Jornada de Direito da Saúde (promovida pelo CNJ nos dias 15 e 16 de junho de 2023), constando a seguinte redação:

ENUNCIADO Nº 2

Concedidas medidas judiciais de prestação continuativa, em tutela provisória ou definitiva, é necessária a renovação periódica do relatório, com definição de metas terapêuticas a fim de avaliar a efetividade do tratamento e adesão do paciente e prescrição médicas, a serem apresentados preferencialmente ao executor da medida, no prazo legal ou naquele fixado pelo julgador como razoável, considerada a

⁴⁵ Da leitura do julgado, vê-se que ambos os fármacos eram aptos ao tratamento de fibrose pulmonar idiopática, com o fim de desacelerar a progressão da doença, a qual não possui cura.

⁴⁶ Vide julgado atinente à linha 108 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1058722-78.2022.8.26.0506](#)).

⁴⁷ Vide julgados constantes às linhas 28 e 46 da planilha.

natureza da enfermidade, de acordo com a legislação sanitária (Portaria SVS/MS nº 344/98), sob pena de perda de eficácia da medida. **(Redação dada na VI Jornada de Direito da Saúde - 15.06.2023)** (CNJ, 2023)

Embora não seja uma questão plenamente favorável ao Estado, por ser apenas “limitativa” (e não extintiva) do direito pleiteado, tem-se um contraponto à tutela concedida. Não se nega, portanto, o direito à saúde da parte, mas, tão somente, determina-se uma condicionante em atenção à razoabilidade.

4.3.2.4. Possibilidade de o Poder Público demonstrar o mau uso do processo e a consequente ofensa à boa-fé

Como já mencionado, poucos foram os argumentos expressamente favoráveis ao Estado. Dessa escassez, pode-se perceber um posicionamento geral mais direcionado à parte que busca pela garantia do seu direito à saúde. Não se pode olvidar que o grau de obviedade das argumentações favoráveis ao Poder Público corroboram a percepção acima referida – e, nesse sentido, inclui-se o apontamento do presente tópico.

Dentre os 71 julgados válidos, apenas 1 (um) deles expressamente dispôs que os entes demandados possuem a faculdade (que lhes é garantida por lei) de demonstrar a má-fé da parte contrária, a ser revelada pelo descompasso diagnóstico ou por qualquer outro artifício.⁴⁸

No julgado, tal argumentação não fora capaz de extinguir o direito da parte, mas, ao contrário, reforçou-a ao demonstrar a boa-fé da parte requerente (mediante o cumprimento das condicionantes necessárias, no caso em comento, relativas ao Tema nº 106/STJ).

Como visto, embora essa questão seja, *in abstracto*, favorável à Administração Pública (na medida em que lhe garante alguma defesa), a sua presença em acórdão desfavorável ao ente demandado revela que, *in casu*, tal argumentação não fora capaz de alterar o resultado final do julgamento em benefício da Administração – não porque inexistia tal capacidade, mas, sim, porque o referido ente não juntou ao processo qualquer fato que pudesse eivar de má-fé a atuação da parte contrária.

4.3.2.5. Limitação da multa (astreinte)

⁴⁸ Vide julgado constante à linha 28 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1010895-08.2021.8.26.0506](#)).

Tal como as anteriores, esta questão apresenta o caráter “limitativo”, porém não extintivo, insito aos argumentos favoráveis ao Poder Público, qual seja: a possibilidade de limitação da multa outrora cominada.

Nas obrigações de fazer, é cabível ao magistrado a imposição de multa diária coercitiva⁴⁹, com o intuito de assegurar o cumprimento da obrigação no prazo assinalado, findo o qual incidirá a multa fixada. Todavia, se não houver limitação quanto ao montante final, o inadimplemento estatal poderá gerar grande impacto ao erário público (vide tópico 4.3.1.12.).

Por isso, em atendimento ao princípio da razoabilidade e proporcionalidade, não foi estranha a constatação de que alguns acórdãos se propuseram a limitar o valor da multa aplicada, por exemplo, até R\$ 10.000,00⁵⁰ ou, então, até 30 dias-multa (em montante final correspondente a R\$ 9.000,00)⁵¹.

Apenas os acórdãos que expressamente limitaram a multa outrora cominada foram considerados neste quesito. A diminuta quantidade de julgados não permite que se conclua pela baixa adesão do Poder Judiciário à referida proposição. Isso, porque existe a possibilidade processual de o montante final da multa ser limitado apenas na fase posterior – de cumprimento de sentença (não abrangida pela pesquisa) –, haja vista a viabilidade de a Fazenda Pública apresentar impugnação especificamente voltada a esse fim (nos termos do art. 535 e seguintes, do CPC/2015).

Em que pesem as ressalvas já efetuadas, tem-se que a limitação das *astreintes* constitui importante argumento favorável ao Estado (*lato sensu*) e contrário à parte idosa – sob a ótica da possível perda de seu caráter coercitivo (ainda que tal limitação não faça coisa julgada).

Ocorre, porém, que sua incidência foi baixa, a exemplo dos demais argumentos “favoráveis” ao Poder Público, visto que constante em apenas 3 (três) decisões, ou seja, em somente 4,23% dos julgados válidos.

4.3.2.6. Direccionamento do cumprimento a ente federado específico

⁴⁹ Embora esse seja o entendimento da doutrina e jurisprudência majoritária, o acórdão constante à linha 19 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1034949-04.2022.8.26.0506](#)), ao prever a possibilidade de imposição da multa cominatória contra a Fazenda Pública, exarou o entendimento de que a referida multa cominatória teria “caráter de sanção, cujo objetivo é desestimular a possível recalcitrância do vencido”, segundo consta à fl. 10 da decisão.

⁵⁰ Vide julgado constante à linha 46 da planilha.

⁵¹ Vide julgados constantes às linhas 49 e 127 da planilha.

No “tópico 4.3.1.3.”, explanou-se a responsabilidade solidária dos entes federados quanto às demandas de saúde, entendimento consolidado tanto no TJSP quanto nos tribunais superiores. A título de exemplificação, tem-se o Tema de Repercussão Geral nº 793/STF (definido no âmbito do RE nº 855.178/SE, julgado sob o rito dos repetitivos e, portanto, de observância obrigatória), ocasião em que se firmou a seguinte tese:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. (BRASIL, 2019)

A responsabilidade solidária não exclui a faculdade atribuída ao magistrado de direcionar o cumprimento das obrigações conforme as regras infraconstitucionais de repartição de competências entre os entes federativos.

Esse mesmo entendimento encontra-se disposto no Enunciado nº 08 da I Jornada de Direito da Saúde, cuja redação atualizada segue transcrita:

ENUNCIADO Nº 8 Nas apreciações judiciais sobre ações e serviços de saúde devem ser observadas as regras administrativas de repartição de competência entre os entes federados. (Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019) (CNJ, 2019)

No mesmo sentido, o Enunciado nº 60, da III Jornada de Direito da Saúde, e a Súmula nº 37 do TJSP:

ENUNCIADO Nº 60 A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras administrativas de repartição de competências, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento. (CNJ, 2019)

Súmula 37: A ação para o fornecimento de medicamento e afins pode ser proposta em face de qualquer pessoa jurídica de Direito Público Interno. (SÃO PAULO, [2010])

Apesar da possibilidade de redirecionamento das demandas de saúde, verificou-se que apenas 1 (um) dos acórdãos realizou tal feito, na ocasião, em prol do Município de Ribeirão Preto e em detrimento do Estado de São Paulo.⁵²

⁵² Vide julgado constante à linha 104 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1009976-48.2023.8.26.0506](#)).

Entenderam os desembargadores que a mesma pretensão não poderia ser exigida, simultaneamente, perante mais de um ente federativo (mesmo que ambos possuísem a mesma competência no fornecimento do bem requerido). Na ocasião, isso não impediu a concessão da tutela pleiteada, mas resultou na instituição do Estado de São Paulo como ente cumpridor.

A referida decisão pautou-se na divisão de competências conforme o alto custo do bem solicitado, evitando a oneração dos Municípios que, por vezes, recebem verba orçamentária bem menor, “(...) se comparada à dos respectivos estados e à da União” (LIMA, 2016, p. 96).

No entanto, o posicionamento geral dos julgadores centrou-se no não redirecionamento das demandas, aludindo pela possibilidade de ressarcimento financeiro do ente que, eventualmente, suportasse qualquer ônus que não lhe fosse devido, conforme explicação contida no “tópico 4.3.1.3.”.

4.3.2.7. Quantidade do insumo limitada ao posicionamento da colenda Câmara julgadora

De todas as questões jurídicas favoráveis ao Estado (*lato sensu*), esta é a que mais limita o direito à saúde da pessoa idosa, embora, assim como as demais, não o extinga.

Apenas 2 (duas) das 71 decisões válidas determinaram a restrição da quantidade de fraldas geriátricas estipulada pelo médico prescritor, num montante final de 90 unidades por mês (em vez das 180 unidades requeridas), conforme o entendimento da Câmara julgadora (6ª Câmara de Direito Público).⁵³

As decisões foram praticamente idênticas, não mencionando a motivação para a limitação da quantidade de fraldas, pautando-a, tão somente, no posicionamento da c. Câmara. Esse entendimento, todavia, não aparenta ser generalizado no Tribunal de Justiça, visto que, em situação semelhante, a 9ª Câmara de Direito Público apresentou posicionamento divergente.

Na ocasião, a prescrição médica previa 8 (oito) trocas de fraldas por dia (ou seja, 240 por mês). Em razão da solidariedade dos entes federados, restou consignado que, a despeito da limitação do programa municipal de Ribeirão Preto quanto à dispensação de fraldas geriátricas (no limite máximo de 120 unidades por mês), os demais entes da Federação

⁵³ Julgados constantes às linhas 131 ([Remessa Necessária Cível nº 1001189-30.2023.8.26.0506](#)) e 106 ([Remessa Necessária Cível nº 1027077-98.2023.8.26.0506](#)) da planilha.

também poderiam ser demandados – haja vista a existência de programa do Ministério da Saúde para o fornecimento de fraldas geriátricas:

2. Conforme se depreende da inicial o MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO propôs a presente ação civil pública com pedido de liminar, (...) em face da FAZENDA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO e da FAZENDA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, aduzindo em síntese que substituída é idosa e possui sequela de AVC hemorrágico CID I69.4 (fls. 16/23) que impossibilita a realização de tarefas simples do dia a dia, inclusive suas necessidades fisiológicas. Para tanto, não possui condições de arcar com a aquisição dos insumos porque **a paciente não pode ser atendida pelo programa municipal da Rede de Atenção Básica à Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, uma vez que o Médico Assistente prescreveu a troca de quatro em quatro horas o que totaliza em aproximadamente 08 (OITO) fraldas por dia e a lei nº 13528/15 impõe um limite de 04 (quatro) itens, conforme disposto no seu artigo 2º, § 5º.** Fundamenta sua pretensão no Código de Saúde do Estado de São Paulo (Lei Complementar Estadual nº 791/95), que consagra a saúde como direito subjetivo público (art. 2º, § 1º) e determina a coparticipação e atuação articulada do Estado e dos Municípios na sua execução e desenvolvimento, constituindo o Sistema Único de Saúde (art. 4º e § 1º; art. 9º, I; art. 11). A MMA. Juíza houve por bem julgar o pedido procedente e, como tal deverá ser mantido.

3. De início, cumpre registrar que o entendimento adotado pelo STJ por ocasião do julgamento do tema 106 não se aplica ao presente caso, pois se trata de pleito para fornecimento de fraldas geriátricas e não de medicamentos.

3.1. (...)

4. Cumpre anotar que o direito constitucional afirma o direito à vida e à saúde. Por sua vez, cabe ao ente público, observador zeloso das normas instituídas pela Carta Magna, garantir aos cidadãos o amplo acesso aos insumos que conservem esses bens supremos.

5. O Poder Público tem, de fato, a obrigação de fornecer insumos. Nesse sentido esta Corte é pacífica neste sentido:

(...)

9.1. Diante da ausência de referência legal para fornecimento de fraldas geriátricas não contempladas na lista do RENAME, não exclui a possibilidade de exigir do município, solidariamente, nos termos do art. 18 da Lei nº 8080/90, tampouco dos demais entes federados, em virtude da solidariedade, porque o Ministério da Saúde possui programa de fornecimento de fraldas geriátricas.

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1025782-60.2022.8.26.0506](#); Relator: Des. Oswaldo Luiz Palu. Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Público; Data de julgamento: 14/03/2023) (grifo nosso)⁵⁴

O posicionamento da 6ª Câmara de Direito Público não representa, portanto, o padrão decisório observado nos julgados coletados. Ao contrário, todos os demais pedidos de fraldas geriátricas restaram providos sem limitação, mesmo quando ultrapassavam 90 unidades por mês.⁵⁵

Apesar deste ser o argumento com a maior potencialidade de prejuízo à tutela da saúde da pessoa idosa, não se pode olvidar que o bem da vida requerido foi concedido, ainda que em

⁵⁴ Julgado constante à linha 21 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1025782-60.2022.8.26.0506](#)).

⁵⁵ Vide julgados constantes às linhas 3 ([Apelação/Remessa Necessária nº 1047897-75.2022.8.26.0506](#)) e 22 da planilha ([Apelação/Remessa Necessária nº 1027096-41.2022.8.26.0506](#)).

quantidade inferior à solicitada. Portanto, mesmo neste caso, manteve-se o caráter limitador (e não extintivo) do direito à saúde da parte, tal como nas demais situações.

O fato deste argumento corresponder a uma frequência ínfima de 2,82% (relativa à totalidade dos julgados válidos) demonstra a tendência geral de julgamento favorável à pessoa idosa, também revelada pelo caráter meramente limitador dos argumentos contrários. De igual modo, a restrição deste peculiar entendimento a apenas 1 (uma) das câmaras julgadoras corrobora tal assertiva.

4.4. Menções ao Estatuto da Pessoa Idosa

Constatou-se uma escassez de decisões especialmente voltadas à pessoa idosa. A maioria dos julgados coletados abordou o direito à saúde em seu aspecto coletivo, sem delimitar ou explicar as garantias legalmente asseguradas à parcela idosa da população.

Além disso, poucas foram as decisões que citaram o Estatuto da Pessoa Idosa. As que o fizeram mencionaram mais o art. 84 (relativo à destinação das *astreintes*) do que os arts. 2º, 3º, 9º ou 15, atinentes ao direito à vida, à saúde e à dignidade dos idosos, como se observa:

Quadro 11 - Uso de artigos que referenciam a pessoa idosa (por assunto)

ASSUNTO (DISPOSITIVOS NORMATIVOS)		FREQUÊNCIA ABSOLUTA	LINHAS DA PLANILHA
Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003)	Astreintes (art. 84)	26	5, 16, 21, 22, 27, 35, 36, 37, 41, 44, 48, 51, 53, 55, 80, 101, 102, 104, 105, 107, 110, 122, 127, 132, 142, 152
	Saúde (arts. 2º; 3º, III e VIII; 9º; 15, §2º)	6	12, 34, 53, 69, 105, 110
Constituição Federal	Saúde, vida e dignidade (arts. 227 e 230)	3	12, 19, 57

Fonte: de autoria própria.

No quadro acima, vê-se que 26 decisões se propuseram a mencionar o art. 84 da Lei 10.741/2003 – destinando a multa cominatória ao fundo gerido pelo Conselho Municipal de

Promoção e Integração da Pessoa Idosa. Nesses casos, as alusões ao Estatuto foram dispostas no relatório da decisão judicial.⁵⁶

Quanto à temática da “Saúde”, observa-se que algumas decisões citaram tanto o Estatuto quanto a Constituição Federal. Portanto, desconsiderando-se essa “duplicidade”⁵⁷, vê-se que, dos 71 julgados válidos à pesquisa, apenas 8 (oito) acórdãos se propuseram a defender o direito à saúde da pessoa idosa com base em artigos especificamente destinados a esse grupo social.

Essas poucas decisões (oito, no total), porém, não explanaram as normas citadas. Os magistrados apenas mencionaram o texto legal e afirmaram a existência do direito à saúde da parte litigante, sem diferenciá-lo do direito garantido ao restante da população. Abaixo, a transcrição dos trechos de alguns julgados:

Compete ao Judiciário, provocado que foi, velar pela aplicação do texto constitucional, carta política da República Federativa. **E a Justiça não fugirá à sua responsabilidade no arbitramento desta questão de suma relevância, a qual envolve interesse de pessoa idosa, albergado na regra do artigo 230 da Constituição Federal e no artigo 15, § 2º, da Lei Federal nº 10.741/03, que assim dispõe:**

“Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação e reabilitação”.

Convencera-me de que só o efetivo acréscimo de trabalho do advogado, por força do recurso interposto, justificaria a majoração dos honorários, a despeito do modo verbal imperativo empregado pelo legislador na regra do artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil. (...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506](#); Relator: Des. Luiz Sergio Fernandes de Souza; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 30/03/2023) (grifo nosso)⁵⁸

2- Estes os dispositivos que embasarão o julgamento:

(...)

e) Artigo 227, caput, da Constituição Federal, que incumbiu o poder público do asseguramento dos direitos à vida, à saúde e à educação, com absoluta prioridade, à criança, ao adolescente, ao idoso e aos portadores de deficiências.

Pedido bem instruído. Há certeza razoável sobre o diagnóstico clínico e suas sequelas potencialmente incapacitantes.

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1034949-04.2022.8.26.0506](#); Relator: Des. Fermínio Magnani Filho; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 17/03/2023) (grifo nosso)⁵⁹

Atestou o uso de varfarina, sem alcance do resultado esperado, com episódio de hemorragia digestiva. Relaciona sintomas de agravamento e riscos, sem o uso do tratamento prescrito na tentativa de otimizar o tratamento (fls. 21).

⁵⁶ A título de exemplificação, vide os julgados 35 ([Apelação/Remessa Necessária nº 1039127-93.2022.8.26.0506](#)) e 44 ([Agravo de Instrumento nº 3007179-65.2022.8.26.0000](#)) da planilha.

⁵⁷ Para a retirada da duplicidade, basta contabilizar o julgado destacado em vermelho apenas 1 vez.

⁵⁸ Diz respeito ao julgado pertencente à linha 12 da planilha.

⁵⁹ Diz respeito ao julgado pertencente à linha 19 da planilha.

Além disso, conforme disposto no § 2º do artigo 15 da Lei 10.741/2003 “Estatuto do Idoso”, que se destina a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, “*incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.*” [grifou-se]

E sobre esse fármaco, já se pronunciou este E. Tribunal de Justiça:

(...)

(TJSP; [Apelação/Remessa Necessária nº 1020747-56.2021.8.26.0506](#); Relator: Des. José Percival Albano Nogueira Júnior; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 28/02/2023) (grifo nosso)⁶⁰

Assim, como já referido, além de as menções ao Estatuto terem sido raras, a maioria ocorreu com a finalidade de indicar a destinação da multa cominatória (totalizando 26 ocorrências), e não com a intenção de discutir o direito atinente à demanda de saúde pleiteada, o que só foi observado em 6 julgados.⁶¹

A fim de se identificar a frequência de cada dispositivo normativo, elaborou-se o seguinte quadro:

Quadro 12 - Detalhamento sobre o uso de artigos que referenciam a pessoa idosa

DISPOSITIVOS NORMATIVOS		FREQUÊNCIA ABSOLUTA	LINHAS DA PLANILHA
Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003)	Art. 84 (astreintes)	26	5, 16, 21, 22, 27, 35, 36, 37, 41, 44, 48, 51, 53 , 55, 80, 101, 102, 104, 105 , 107, 110 , 122, 127, 132, 142, 152
	Art. 2º	1	110
	Art. 3º, III e VIII	1	110
	Art. 9º	2	69 , 105
	Art. 15, §2º	6	12 , 34, 53 , 69 , 105 , 110
Constituição Federal (1988)	Art. 227	2	19, 57
	Art. 230	1	12

Fonte: de autoria própria.

Ressalta-se que, embora aduzido nos acórdãos como tal, o art. 227 da Constituição (1988) não se refere à pessoa idosa. Nas decisões que o citaram, os desembargadores aludiram

⁶⁰ Diz respeito ao julgado pertencente à linha 34 da planilha.

⁶¹ Este parágrafo refere-se apenas aos julgados que mencionaram o Estatuto do Idoso, portanto, nesse caso, verificou-se apenas 6 julgados que fizeram tal menção com a intenção de aludir ao direito à saúde da parte idosa.

à sua natureza protetiva em relação às crianças, jovens, adolescentes e pessoas com deficiência (o que é verídico), bem como às pessoas idosas (equivocado).

Todavia, considerando a pretensão dos julgadores de referenciar um artigo especificamente voltado à pessoa idosa litigante, tal esforço foi mantido nos Quadros 11 e 12. Deve-se, no entanto, interpretá-los com base nessa informação.

Do quadro acima, tem-se que o art. 15, §2º, da Lei nº 10.741/2003, foi o mais citado. A preponderância de tal menção revela-se coerente, na medida em que reproduz os principais preceitos do art. 196, CF, ao mesmo tempo em que acrescenta a necessidade de atenção especial às pessoas idosas e, em seu §2º, cita especificamente a responsabilidade do Poder Público no fornecimento gratuito de medicamentos, próteses, órteses ou quaisquer outros recursos necessários ao tratamento de saúde da parte, conforme segue:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente as pessoas idosas.

(...)

§2º Incumbe ao poder público fornecer às pessoas idosas, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. (BRASIL, 2003)

Nesse artigo, a preocupação do legislador em enfatizar a concessão gratuita dos medicamentos de uso continuado demonstra a sua expressa intenção de evitar qualquer interpretação que restringisse o aludido direito a um fornecimento eventual ou único (FERRAZ; PINTO FILHO; BAPTISTA, 2015, p. 167), explicitando o seu caráter protecionista.

O segundo artigo mais citado do Estatuto (com apenas duas ocorrências) foi o art. 9º, abaixo transcrito:

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. (BRASIL, 2003)

Nesse dispositivo, “ao afirmar disposição constitucional já aplicável, direcionando-a especificamente à pessoa idosa, há que se entender que o legislador pretendeu garantir atendimento especial e prioritário ao idoso quanto à preservação de sua vida e de sua saúde(...)”. Diferencia-se, assim, do art. 3º do Estatuto, pois especifica a prioridade do idoso

em relação às políticas de saúde, não a tratando em face de toda a sociedade (PINHEIRO, 2012, p. 81).

O aludido art. 3º, III e VIII, da Lei 10.741/2003, porém, apresenta baixa incidência nos julgados, evidenciando apenas 1 (uma) ocorrência, tal como o art. 2º:

Art. 2º A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º A garantia de prioridade compreende:

(...)

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à pessoa idosa;

(...)

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

(...)

(BRASIL, 2003)

As decisões judiciais que se propuseram a citar o Estatuto da Pessoa Idosa o fizeram sem explicar os artigos mencionados – por exemplo: não diferenciando a prioridade dos idosos (no âmbito da saúde pública) dos direitos assegurados aos demais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar disso, nenhuma das decisões negou-lhes o bem da vida pleiteado. Em todas as situações, foi concedida a tutela à sua saúde das pessoas idosas. Portanto, a falta de uma explicação adequada não teve o condão de, concretamente, prejudicar a obtenção do provimento judicial.

Além disso, em alguns julgados, verificou-se que a condição idosa da parte fora indiretamente considerada por alguns magistrados na ponderação fática acerca de sua vulnerabilidade ou hipossuficiência financeira, corroborando o número elevado de decisões pronunciadas em seu favor.⁶²

5. CONCLUSÃO

⁶² A título de exemplificação, vide julgados constantes às linhas 16, 34 e 80 da planilha.

A partir de 1988, sob a égide da universalidade, igualdade e gratuidade, o ordenamento jurídico pátrio ressignificou o direito à saúde. A Constituição Federal atribuiu-lhe a alcunha de direito social, imputando ao Estado (*lato sensu*) o dever de assegurar a sua efetivação (art. 196, CF/88).

Este trabalho buscou, assim, verificar se o direito à saúde dos idosos estaria sendo garantido pelo Poder Judiciário, com enfoque na Lei nº 10.741/2003 (Estatuto da Pessoa Idosa) – sob a premissa de que a mera existência de comando prescriptivo não possui o condão de atestar o seu efetivo cumprimento ou implementação.

Dos 161 julgados coletados, apenas 70 acórdãos e 1 (uma) decisão monocrática adequaram-se ao escopo do trabalho, referindo-se a pessoas idosas demandantes e à temática da saúde pública.

O elevado percentual de descarte (55,9%) não prejudicou o deslinde do estudo. A dispersão dos julgados válidos perante 14 órgãos julgadores distintos do Tribunal de Justiça de São Paulo garantiu que o resultado obtido não estivesse eivado de concepções particulares de poucas câmaras julgadoras, refletindo o posicionamento holístico do Tribunal.

Os pedidos mais frequentes envolveram demandas pelo fornecimento de medicamentos (39,71%) – necessários ao tratamento de doenças graves, como cânceres, tumores, fibrose pulmonar idiopática, dentre outras – e entrega de insumos (27,94%), principalmente, fraldas geriátricas. Os pedidos relativos à concessão de aparelhos respiratórios corresponderam a 17,65% do total analisado.

As pessoas idosas do sexo feminino protagonizaram 60,29% das demandas. Sob a ótica das categorias, a predominância feminina também foi perceptível, exceto nas relativas à “Cirurgia de urgência/emergência” (33,33%) e “Cirurgia eletiva” (0,00%).

Em relação às subcategorias (correspondentes ao bem efetivamente pleiteado), a prevalência do sexo masculino foi identificada nos pedidos para: fornecimento de próteses para membro inferior (100,00%), sessões de oxigenoterapia hiperbárica (75,00%), e realização das cirurgias de artroplastia de quadril (100,00%), troca de bateria do marca-passo (100,00%), e correção cirúrgica de hérnia inguinal (100,00%).

Os percentuais de 100% corresponderam a demandas com apenas 1 (uma) ocorrência, com exceção do pedido relativo às próteses, com 2 (duas) ocorrências.

Quanto à fundamentação das decisões, observou-se a prevalência dos argumentos favoráveis à pessoa idosa, tanto em termos de sua identificação – com 13 dos 20 argumentos identificados sendo proveitosos aos idosos – quanto em termos de seus respectivos percentuais de incidência.

A título de comparação, os 3 (três) argumentos favoráveis às pessoas idosas mais frequentes apresentaram os seguintes percentuais: 97,18%; 94,37%; e 73,24%. Respectivamente: “reconhecimento do direito à saúde”; “força probante da declaração médica e/ou idoneidade do profissional de saúde”; e “responsabilidade solidária dos entes federados”.⁶³

Por sua vez, os 3 (três) argumentos favoráveis ao Poder Público – e, em certa medida, desfavoráveis aos idosos – mais frequentes apresentaram os seguintes índices: 9,86%; 8,45%; e 4,23%. Respectivamente: “necessidade de atualização periódica da receita médica”; “não vinculação a marca comercial”; e “limitação da multa (*astreinte*)”.⁶⁴

A discrepância percentual observada entre os argumentos mais frequentes – oriundos dessa dicotomia “favorável/desfavorável” – demonstrou o grau de prevalência quantitativa dos argumentos jurídicos mais benéficos aos idosos.

Verificou-se que as decisões foram todas (100%) favoráveis à concessão da tutela de saúde, superando as expectativas e a hipótese inicial de pesquisa (que pressupunha a existência de demandas indeferidas).

Os argumentos prejudiciais aos idosos, apesar de existentes, não inviabilizaram a tutela requerida, haja vista o caráter “limitador”, mas não “extintivo”, de tais argumentos.

Observou-se, assim, uma proeminência quantitativa e qualitativa dos argumentos aduzidos em favor da pessoa idosa, bem como sua maior capacidade de convencimento dos magistrados.⁶⁵

Ainda, apurou-se que, embora as decisões tenham sido todas (100%) favoráveis à concessão do bem da vida requerido, não houve uma efetiva preocupação quanto à explanação dos direitos e garantias especialmente voltados à população idosa. A maioria das fundamentações enfatizaram o direito à saúde de modo geral (abstrato), de tal forma que a mesma estrutura e argumentação poderia ser utilizada também no julgamento relativo a pessoa não idosa.

Segundo os dados objetivos, porém, isso não afetou o desfecho decisório. Por vezes, a condição idosa da parte foi considerada para fins de determinação de sua vulnerabilidade, hipossuficiência e/ou urgência quanto ao pleiteado, corroborando os elevados índices que lhe foram favoráveis.

⁶³ Vide, respectivamente: tópico 4.3.1.4., tópico 4.3.1.6., e tópico 4.3.1.3.

⁶⁴ Vide, respectivamente: tópico 4.3.2.3., tópico 4.3.2.1., e tópico 4.3.2.5.

⁶⁵ Não, necessariamente, porque foram aduzidas pelas partes e convenceram os magistrados, mas, sim, porque estes mesmos utilizaram tal argumentação como forma de evidenciar as razões do seu convencimento.

Ainda, há indícios (a serem interpretados com cautela) de que essa tendência de julgamento também se verificaria na instância inferior (na Comarca de Ribeirão Preto). Constatou-se, nas decisões que relataram esta informação, que o juízo *a quo* indeferiu a tutela de urgência requerida em apenas 2 (dois) processos. Em ambos os casos, porém, o TJSP reverteu as decisões interlocutórias em benefício da parte idosa.⁶⁶

Conclui-se, portanto, que o direito à saúde da pessoa idosa (nos moldes do positivado) tem sido adequadamente garantido pelos desembargadores do TJSP, no âmbito das demandas públicas de saúde adstritas à comarca de Ribeirão Preto (no período de 21/04/2022 a 21/04/2024) – ainda que sem o adequado manejo da legislação especializada.

⁶⁶ Mediante Agravo de Instrumento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, I. V. DE L. **A Judicialização da Saúde e o Fornecimento Público de Medicamentos pelo Sus**. Londrina, PR: Thoth, 2022.

AITH, F.; DALLARI, S. G.; MAGGIO, M. P. O Direito Sanitário e seu Campo no Brasil. In: **Direito Sanitário: aspectos contemporâneos da tutela do direito à saúde**. Curitiba: Juruá, 2019. p. 7–35.

ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (EDS.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

ALVES, L. S.; RETES, T. A. L. **Judicialização da saúde**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2018.

AZEVEDO, A. A.; BONFATTI, R. J.; GIRIANELLI, V. R. A efetividade da lei de prioridade especial quanto às demandas judiciais de saúde na 2a. Instância do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. [s.l.], v. 23, p. 200-212, dez., 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000400207&tlng=pt. Acesso em: 01 ago. 2024.

BARROS, G. F. M. **Poder público em juízo para concursos**. 13. ed. São Paulo: Editora JusPodivm, 2023.

BARROSO, L. R. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. **[Syn]Thesis**, v. 5, n. 1, p. 23–32, 1 jun. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em: 09 mai. 2024.

BÍBLIA. Bíblia Sagrada. João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro: Casa Publicadora das Assembleias de Deus, 2003.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei nº 2.848/1940. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 17 nov. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição Federal**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 ago. 2024.

BRASIL. **Estatuto da Pessoa Idosa**. Lei nº 10.741/2003. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 01 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080/1990**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 01 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.842/1994**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20pol%C3%ADtica%20nacional,Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art.%20participa%C3%A7%C3%A3o%20efetiva%20na%20sociedade. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Primeira Seção). **Tema nº 106**. A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: [...]. Relator: Ministro Benedito Gonçalves, 25 de abril de 2018. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106&cod_tema_final=106. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário Virtual). **Tema nº 500**. 1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Relator: Ministro Marco Aurélio, 22 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário Virtual). **Tema nº 793**. Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. Relator: Ministro Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em: 17 jan. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175/CE**. Suspensão de Segurança. Agravo Regimental. Saúde Pública. Direitos fundamentais sociais. Art. 196 da Constituição. Audiência Pública. Sistema Único de Saúde – SUS. Políticas públicas. Judicialização do direito à saúde. Separação de Poderes. Parâmetros para solução judicial dos casos concretos que envolvem direito à saúde. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria da saúde. [...]. Relator: Min. Gilmar Mendes, de 17 de março de 2010. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso em: 23 jan. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Recurso Extraordinário 855.178/SE**. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. DESENVOLVIMENTO DO PROCEDENTE. POSSIBILIDADE. RESPONSABILIDADE DE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE. DESPROVIMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. [...]. Relator: Min. Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=752469853>. Acesso em: 17 jan. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Tema nº 1234**. I – Competência 1) Para fins de fixação de competência, as demandas relativas a medicamentos não incorporados na política pública do SUS, mas com registro na ANVISA, tramitarão perante a Justiça Federal, nos termos do art. 109, I, da Constituição Federal, quando o valor do tratamento anual específico do fármaco ou do princípio ativo, com base no Preço Máximo de Venda do Governo (PMVG – situado na alíquota zero), divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED - Lei 10.742/2003), for igual ou superior ao valor de 210 salários mínimos, na forma do art. 292 do CPC. 1.1) [...]. Relator: Ministro Gilmar Mendes, 13 de setembro de 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 20 nov. 2024.

CARVALHO, J. M. DE. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217/2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 211, p. 179-182, 01 nov. 2018. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/11/2018&jornal=515&pagina=179>. Acesso em: 27 jan. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 15 de maio de 2014. São Paulo, maio 2014. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2014/03/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf. Acesso em: 01 ago. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. Enunciados aprovados na III Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 18 de março de 2019. São Paulo, março 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. Enunciados aprovados na VI Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 15 de junho de 2023. São Paulo, junho 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/06/todos-os-enunciados-consolidados-jornada-saude.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Brasília-DF: Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASEMS. **Manual de Direito Sanitário com Enfoque em Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASEMS, 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Manual-de-Direito-Sanit%C3%A1rio-1.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.

CORDEIRO, H.; GUERRA FILHO, W. S. Perspectivas Epistemológica e Histórica do Direito à Saúde no Brasil. In: **Direito e Saúde: enfoques interdisciplinares**. 22ª ed. Curitiba: Juruá, 2013. p. 83–92.

EDLER, F. C.; ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59–81.

FEFERBAUM, M.; QUEIROZ, R. M. R. **Metodologia Jurídica: um roteiro prático para trabalhos de conclusão de curso**. São Paulo: Saraiva, 2012.

FERRARESI, E. **Ação Popular, Ação Civil Pública e Mandado de Segurança Coletivo: instrumentos processuais coletivos**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-309-5596-0/>. Acesso em: 16 fev. 2024.

FERRAZ, A. C. C. F.; PINTO FILHO, A. S.; BAPTISTA, F. P. **Comentários ao Estatuto do Idoso: efetivação legislativa, administrativa e jurisdicional**. Osasco: Edifício, 2015.

FERREIRA, V. R. **Direito Fundamental à Saúde: uma análise do posicionamento do STF à luz do liberalismo de princípios**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2019.

FONSECA, L. C. S. DA. **O Controle Judicial da Política Pública de Fornecimento de Medicamentos e Tratamentos de Saúde: parâmetros doutrinários e jurisprudenciais**. 1. ed. Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido, 2020.

GRINOVER, A. P.; WATANABE, K. **O Controle Jurisdicional de Políticas Públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-309-4742-2/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

LIMA, F. R. DE S. **Saúde e Supremo Tribunal Federal**. Lisboa: Editorial Juruá, 2016.

LIMA, T. M. O Direito à Saúde na Visão do Poder Judiciário Brasileiro: limites distributivos do discurso judicante. In: **Direito e Saúde: enfoques interdisciplinares**. 22ª ed. Curitiba: Juruá, 2013. p. 297–308.

MARRARA, T.; NUNES, L. N. B. T. Reflexões sobre o controle das políticas de saúde e de medicamentos. In: **Direito à Vida e à Saúde: impactos orçamentário e judicial**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 79–96.

MIRANDA, P. H. M. V.; VIEIRA, M. Os 25 Anos da Constituição de 1988: por que patentes farmacêuticas dificultam a realização do direito à saúde? In: **Direito e Saúde: enfoques interdisciplinares**. 22ª ed. Curitiba: Juruá, 2013. p. 321–335.

NEGRISOLI, M. **O Dever de Amparo ao Idoso**. São Paulo: NewcastleNews, 2015.

NUCCI, G. S. **Código Penal Comentado**. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788530994310/>. Acesso em: 17 nov. 2024.

OEA. Organização dos Estados Americanos. **Carta da Organização dos Estados Americanos**. 1948. Disponível em: <https://cidh.oas.org/Basicos/Portugues/q.Carta.OEA.htm>. Acesso em: 11 nov. 2024.

OLIVEIRA, J. E. **Constituição Federal Anotada e Comentada**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2013. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-309-4667-8/>. Acesso em: 27 jan. 2024.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>. Acesso em: 11 nov. 2024.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2024.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405–2414, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 01 ago. 2024.

PINHEIRO, N. M. **Estatuto do idoso: comentado**. [s.l.] Servanda Editora, 2012.

RULLI NETO, A. **Proteção Legal do Idoso no Brasil: guia para o profissional do Direito e para o Idoso**. São Paulo: Fiuza Editores, 2003.

SANTANA, I. J. DE. **O poder judiciário e o controle do conteúdo das políticas públicas de saúde**. Porto Alegre: Núria Fabris Editora, 2015.

SANT'ANA, R. Judicialização da Saúde: oportunidade de desenvolvimento do SUS. In: **Direito e Saúde: enfoques interdisciplinares**. 22ª ed. Curitiba: Juruá, 2013. p. 197–211.

SANTOS, L. E.; TONON, E. M. P.; ZAZZETTA, M. S. ENVELHECER NO LUGAR: A GARANTIA DO DIREITO DOS IDOSOS JUNTO À DEFENSORIA PÚBLICA DA COMARCA DE SÃO CARLOS. **PIXO - Revista de Arquitetura, Cidade e Contemporaneidade**. [S.l.], v. 4, p. 186-203, out., 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/pixo/article/view/17792>. Acesso em: 01 ago. 2024.

SÃO PAULO. [Constituição (1989)]. **Constituição do Estado de São Paulo**, 1989. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/constituicao/1989/compilacao-constituicao-0-05.10.1989.html>. Acesso em: 01 ago. 2024.

SÃO PAULO. **Decreto-Lei nº 257/1970**, de 29 de maio de 1970. Dispõe sobre a finalidade e organização básica de Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto.lei/1970/compilacao-decreto.lei-257-29.05.1970.html>. Acesso em: 02 ago. 2024.

SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 791/1995**, de 09 de março de 1995. Estabelece o Código de Saúde no Estado. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1995/lei.complementar-791-09.03.1995.html>. Acesso em: 17 jan. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (1ª Câmara de Direito Público). **Agravo de Instrumento nº 2162878-32.2023.8.26.0000**. AGRAVO DE INSTRUMENTO – Tutela provisória deferida – Pretensão de fornecimento de insumo de alto custo previsto em lista do SUS – Observação do Tema 793 do STF, do IAC 14 do STJ e da decisão proferida pelo E. STF no tema 1234 – [...]. Relator: Des. Vicente de Abreu Amadei, de 31 de julho de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16996907&cdForo=0>. Acesso em: 01 ago. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (1ª Câmara de Direito Público). **Agravo de Instrumento nº 2222878-95.2023.8.26.0000**. TUTELA DE URGÊNCIA – Direito à saúde – Autarquia municipal que não compõe o SUS nem é plano de saúde – Cobertura definida na lei de regência – Situação em que se vislumbra possibilidade de exclusão de cobertura – Urgência não demonstrada – Recurso provido. Relator: Des. Luís Francisco Aguilar Cortez, de 11 de outubro de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=17241844&cdForo=0>. Acesso em: 07 mar. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (1ª Câmara de Direito Público). **Agravo de Instrumento nº 3007179-65.2022.8.26.0000**. AGRAVO DE INSTRUMENTO – Tratamento

cirúrgico odontológico – Direito à saúde – Decisão agravada que deferiu o pedido liminar – Irresignação do ente público – Dever do Estado de fornecer o tratamento pleiteado ou seu custeio – Demonstração de urgência na realização do tratamento, bem como demora injustificada para atendimento – Precedentes desta Corte de Justiça – Manutenção da decisão agravada – Não provimento do recurso interposto. Relator: Des. Marcos Pimentel Tamassia, de 20 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16388818&cdForo=0>. Acesso em: 09 mar. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (1ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1018094-47.2022.8.26.0506**. APELAÇÃO E REMESSA NECESSÁRIA - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - MEDICAMENTOS - [...]. Relator: Des. Rubens Rihl, de 27 de março de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16598635&cdForo=0>. Acesso em: 23 jan. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (1ª Câmara de Direito Público). **Remessa Necessária Cível nº 1027097-26.2022.8.26.0506**. AÇÃO CIVIL PÚBLICA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – Cabimento à vista do bem jurídico tutelado, a vida – Fornecimento de fraldas geriátricas – Admissibilidade – Competência concorrente da União, Estados e Municípios para cuidar da saúde pública – [...]. Relator: Des. Aliende Ribeiro, de 02 de março de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16516423&cdForo=0>. Acesso em: 23 jan. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (2ª Câmara de Direito Público). **Agravo de Instrumento nº 3002812-95.2022.8.26.0000**. DIREITO À SAÚDE – FORNECIMENTO DE INSUMOS E ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR (HOME CARE) PELO IAMSPE [...]. Relatora: Des. Maria Fernanda de Toledo Rodovalho, de 08 de junho de 2022. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=15744126&cdForo=0>. Acesso em: 01 ago. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (2ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1014811-84.2020.8.26.0506**. CONSTITUCIONAL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA – SOLIDARIEDADE DOS ENTES FEDERADOS – DIREITO À SAÚDE – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO FORA DA RENAME – MULTA DIÁRIA – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – [...]. Relator: Des. Carlos von Adamek, de 19 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16358641&cdForo=0>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (2ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1047897-75.2022.8.26.0506**. FORNECIMENTO DE FRALDAS GERIÁTRICAS. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. Interessado que sofreu acidente

vascular cerebral. Ação procedente para condenar a Fazenda do Estado e o Município a fornecerem fraldas geriátricas. Valor da causa e benefício econômico que não superam o valor de 500 ou 100 salários mínimos. [...]. Relator: Des. Claudio Augusto Pedrassi, de 20 de abril de 2023. Disponível em:

<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16675340&cdForo=0>. Acesso em: 28 jan. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (2ª Turma - Cível). **Recurso Inominado Cível nº 1025858-26.2018.8.26.0506**. RECURSO INOMINADO. FORNECIMENTO DE PRÓTESE DO MEMBRO INFERIOR. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. DIREITO À SAÚDE. O ESTADO O TEM O DEVER DE PROVER AS CONDIÇÕES PARA A SAÚDE DE TODOS, [...]. Relator: Des. Andréa Schiavo, de 13 de março de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=1555187&cdForo=9048>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (3ª Câmara de Direito Público). **Agravo de Instrumento nº 2244818-53.2022.8.26.0000**. Fornecimento de Marca-passo – Tutela à saúde ampla e incondicionada – Dever solidário do Estado e do Município – Previsão constitucional – Inteligência do art. 196 da CF/88 – Recurso improvido. Relator: Des. José Luiz Gavião de Almeida, de 24 de novembro de 2022. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?jsessionId=95B5FA9665F3DBA2D62A2461FA4C7616.cjsg3?conversationId=&cdAcordao=16266212&cdForo=0>. Acesso em: 28 jan. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (4ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1010895-08.2021.8.26.0506**. APELAÇÃO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO - Cerceamento de defesa – inocorrência – Desnecessidade de produção de demais provas; Alegação de responsabilidade exclusiva da União na aquisição do fármaco – Inadmissibilidade - Responsabilidade solidária entre os entes federativos - [...]. Relator: Des. Paulo Barcellos Gatti, de 03 de março de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16520879&cdForo=0>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (5ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1034949-04.2022.8.26.0506**. DIREITO À SAÚDE – Fraldas geriátricas – Obrigação de fazer – Dever do Estado – Tutela à saúde ampla e incondicionada – Previsão constitucional em norma de eficácia plena, e não meramente programática – Recusa injustificada que define a ilegalidade da conduta estatal – Procedência do pedido – [...]. Relator: Des. Fermino Magnani Filho, de 17 de março de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16568896&cdForo=0>. Acesso em: 27 jan. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (5ª Câmara de Direito Público). **Remessa Necessária Cível nº 1043772-64.2022.8.26.0506**. RECURSOS EX OFFICIO EM AÇÃO CIVIL PÚBLICA. ADMINISTRATIVO E CONSTITUCIONAL. FORNECIMENTO DE

FRALDAS GERIÁTRICAS NECESSÁRIAS À SAÚDE. Inteligência do art. 198 da Constituição Federal. Precedentes do STF. Súmulas 29 e 37 deste E. Tribunal de Justiça. [...]. Relator: Des. Marcelo Martins Berthe, de 19 de abril de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16670934&cdForo=0>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (6ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1037550-80.2022.8.26.0506**. SÍNDROME DE APNEIA DO SONO (CID G47.3). ASMA (CIDJ45). APARELHO CPAP E INSUMOS. REMESSA NECESSÁRIA. APELAÇÃO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE INSUMO. [...]. Relator: Des. Alves Braga Junior, de 31 de março de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16622868&cdForo=0>. Acesso em: 27 jan. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (6ª Câmara de Direito Público). **Remessa Necessária Cível nº 1001189-30.2023.8.26.0506**. FRALDAS. DEMÊNCIA NÃO ESPECIFICADA (CID F03). REMESSA NECESSÁRIA. OBRIGAÇÃO DE FAZER. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE INSUMO. A saúde é um direito social e de todos, e um dever do Estado. Art. 196 da CF. [...]. Relator: Des. Alves Braga Junior, de 26 de julho de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16979433&cdForo=0>. Acesso em: 02 ago. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (6ª Câmara de Direito Público). **Remessa Necessária Cível nº 1027077-98.2023.8.26.0506**. FRALDAS. CADEIRANTE – AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. REMESSA NECESSÁRIA. OBRIGAÇÃO DE FAZER. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE INSUMO. A saúde é um direito social e de todos, e um dever do Estado. Art. 196 da CF. [...]. Relator: Des. Alves Braga Junior, de 07 de dezembro de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=17422495&cdForo=0>. Acesso em: 02 ago. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (7ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506**. AÇÃO ORDINÁRIA – Obrigação de fazer com pedido de antecipação dos efeitos da tutela – Medicamento – Portador de Embolia Pulmonar – Solidariedade entre os entes federativos [...]. Relator: Des. Luiz Sergio Fernandes de Souza, de 30 de março de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16611187&cdForo=0>. Acesso em: 16 jan. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (8ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1020747-56.2021.8.26.0506**. OBRIGAÇÃO DE FAZER – Fornecimento de medicamento – 'Apixabana 2,5 mg' – Autora idosa portador de Fibrilação Atrial (CID 10 - I48) – Ação julgada procedente – Obrigação do Poder Público – Direito que

decorre da aplicação do artigo 196 da Constituição Federal – Legitimidade passiva do Município – [...]. Relator: Des. José Percival Albano Nogueira Júnior, de 28 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16502899&cdForo=0>. Acesso em: 09 mar. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (8ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1039127-93.2022.8.26.0506**. APELAÇÃO – REEXAME NECESSÁRIO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – DIREITO À SAÚDE – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO – FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA. [...]. Relator: Des. Leone Costa, de 28 de fevereiro de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16500614&cdForo=0>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (9ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1025782-60.2022.8.26.0506**. REMESSA NECESSÁRIA. Ação civil pública para defesa de interesse individual indisponível. Pessoa idosa com sequelas de AVC (CID I69.4) razão pela qual necessita do fornecimento de fraldas geriátricas, sem condições de arcar com seu custo. Ação julgada procedente. Manutenção que se impõe. [...]. Relator: Des. Oswaldo Luiz Palu, de 14 de março de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16553326&cdForo=0>. Acesso em: 02 ago. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (9ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1027096-41.2022.8.26.0506**. AÇÃO CIVIL PÚBLICA - DIREITO À SAÚDE (ART. 196 DA CF/1988) - FORNECIMENTO DE FRALDAS – DEVER DE FORNECIMENTO PELO PODER PÚBLICO – Atribuição do Sistema Único de Saúde do Estado de assistência clínica integral – [...]. Relator: Des. Ponte Neto, de 14 de março de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16551701&cdForo=0>. Acesso em: 27 jan. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (10ª Câmara de Direito Público). **Agravo de Instrumento nº 2069934-11.2023.8.26.0000**. TUTELA DE URGÊNCIA. Saúde. Pedido deferido para determinar que o Município de Ribeirão Preto forneça à autora, portadora de fibrose pulmonar, bronquiectasias de tração, asma brônquica e refluxo gastroesofágico, o medicamento NINTEDANIBE. [...]. Relator: Des. Antonio Carlos Villen, de 11 de maio de 2023. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16735107&cdForo=0>. Acesso em: 02 ago. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (10ª Câmara de Direito Público). **Agravo de Instrumento nº 3007580-64.2022.8.26.0000**. AÇÃO CIVIL PÚBLICA Medicamento – Fornecimento – Estado – Legitimidade: – Há responsabilidade solidária do município, do estado-membro e da União, bastando a presença de qualquer dos entes para que se aperfeiçoe

a legitimidade passiva. [...]. Relator: Des. Teresa Ramos Marques, de 29 de novembro de 2022. Disponível em:
<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsj/getArquivo.do?cdAcordao=16280543&cdForo=0>. Acesso em: 22 fev. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (10ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1009976-48.2023.8.26.0506**. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Ribeirão Preto. Sequelas de AVC. Cama hospitalar ajustável. Fornecimento. Responsabilidade. Tema STF nº 793. Tema STJ nº 106. – [...]. Relator: Des. Torres de Carvalho, de 11 de janeiro de 2024. Disponível em:
<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsj/getArquivo.do?cdAcordao=17483402&cdForo=0>. Acesso em: 01 ago. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (10ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1058722-78.2022.8.26.0506**. SAÚDE. Medicamento. Autora portadora de fibrose pulmonar (CID J 84.1), bronquiectasias de tração e refluxo gastroesofágico. Sentença que julgou procedente a ação para condenar o Estado de São Paulo e o Município de Ribeirão Preto a lhe fornecerem o medicamento indicado na petição inicial OFEV (Nintedanibe 150mg). [...]. Relator: Des. Antonio Carlos Villen, de 22 de novembro de 2023. Disponível em:
<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsj/getArquivo.do?cdAcordao=17366125&cdForo=0>. Acesso em: 02 ago. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo (11ª Câmara de Direito Público). **Apelação/Remessa Necessária nº 1000485-51.2022.8.26.0506**. APELAÇÃO E REMESSA NECESSÁRIA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. Sentença de procedência, com determinação de fornecimento de medicamento denominado “carfilzomibe e lenalidomida”. Apelos voluntários do Município e do Estado. Não provimento. [...]. Relator: Des. Márcio Kammer de Lima, de 27 de março de 2023. Disponível em:
<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsj/getArquivo.do?cdAcordao=16599034&cdForo=0>. Acesso em: 17 jan. 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Súmula nº 37**. A ação para o fornecimento de medicamento e afins pode ser proposta em face de qualquer pessoa jurídica de Direito Público Interno. São Paulo, SP: Tribunal de Justiça de São Paulo, [2010]. Disponível em:
<https://www.tjsp.jus.br/QuemSomos/VicePresidencia/Sumulas#:~:text=S%C3%BAmula%2037%3A%20A%20a%C3%A7%C3%A3o%20para,jur%C3%ADdica%20de%20Direito%20P%C3%ABlico%20Interno>. Acesso em: 02 ago. 2024.

SILVA, J. A. da. **Curso de direito constitucional positivo**. 40ª ed. São Paulo, SP: Malheiros Editores, 2017.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO. Comunicado STI nº 05/2023, de 26 de setembro de 2023. Padronização da consulta de jurisprudência. **Diário da Justiça Eletrônico**, São Paulo, 29 set. 2023. p. 14. Disponível em: <https://dje.tjsp.jus.br/cdje/consultaSimples.do?cdVolume=17&nuDiario=3831&cdCaderno=10&nuSeqpagina=14>. Acesso em: 08 set. 2024.

7. APÊNDICE I - PLANILHA

A visualização da planilha em que os julgados foram organizados poderá ser efetuada no seguinte link (mediante o uso do e-mail institucional da USP): <https://docs.google.com/spreadsheets/d/14TzXmIHNSUycuzKBRd942fPATqcO9sXq8IW78IS4zuY/edit?usp=sharing>.

Em caso de mau funcionamento do link, segue a síntese dos julgados válidos (pertinentes ao escopo deste trabalho):

Quadro 13 – Síntese dos julgados válidos

Linha da Planilha	Tipo e Número	Data de julgamento	Órgão Julgador	Pedido	Link
3	Apelação/Remessa Necessária nº 1047897-75.2022.8.26.0506	20/04/2023	2ª Câmara de Direito Público (Rel. Claudio Augusto Pedrassi)	► Insumos (fraldas geriátricas) – sequela de AVC gerou necessidade de uso de fraldas geriátricas	https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16675340&cdForo=0
5	Remessa Necessária Cível nº 1043772-64.2022.8.26.0506	19/04/2023	5ª Câmara de Direito Público (Rel. Marcelo Martins Berthe)	► Insumos (fraldas geriátricas) – sequela de AVC gerou necessidade de uso de fraldas geriátricas	https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16670934&cdForo=0
10	Apelação/Remessa Necessária nº 1037550-80.2022.8.26.0506	31/03/2023	6ª Câmara de Direito Público (Rel. Alves Braga Junior)	► Outros (Aparelho CPAP) e insumos – parte interessada (paciente) tem síndrome de apneia do sono e asma.	https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16622868&cdForo=0
12	Apelação/Remessa Necessária nº 1023970-17.2021.8.26.0506	30/03/2023	7ª Câmara de Direito Público (Rel. Luiz Sergio Fernandes de Souza)	► Medicamento (Apixabana) – embolia pulmonar	https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16611187

					&cdForo=0
15	Apelação/Remessa Necessária nº 1000485-51.2022.8.26.0506	27/03/2023	11ª Câmara de Direito Público (Rel. Márcio Kammer de Lima)	► Medicamento (carfilzomibe e lenalidomida) – neoplasia maligna/ mieloma múltiplo.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16599034&cdForo=0
16	Apelação/Remessa Necessária nº 1018094-47.2022.8.26.0506	27/03/2023	1ª Câmara de Direito Público (Rel. Rubens Rihl)	► Medicamento (teriparatide 250mcg) – doença renal crônica e osteoporose.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16598635&cdForo=0
19	Apelação/Remessa Necessária nº 1034949-04.2022.8.26.0506	17/03/2023	5ª Câmara de Direito Público (Rel. Fermino Magnani Filho)	► Insumos (fraldas geriátricas) – Mal de Alzheimer	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16568896&cdForo=0
21	Apelação/Remessa Necessária nº 1025782-60.2022.8.26.0506	14/03/2023	9ª Câmara de Direito Público (Rel. Oswaldo Luiz Palu)	► Insumos (fraldas geriátricas) – sequela de AVC hemorrágico gerou necessidade de uso de fraldas geriátricas	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16553326&cdForo=0
22	Apelação/Remessa Necessária nº 1027096-41.2022.8.26.0506	14/03/2023	9ª Câmara de Direito Público (Rel. Ponte Neto)	► Insumos (fraldas geriátricas) – sequela grave de AVC; beneficiária acamada, portadora de demência senil, com dependência total para as atividades da vida diária, sendo portadora, ainda, de incontinência urinária e fecal	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16551701&cdForo=0

				(precisando de 6 fraldas por dia).	
23	Recurso Inominado Cível nº 1025858-26.2018.8.26.0506	13/03/2023	2ª Turma Cível (Juíza de Direito ANDREA SCHIAVO – Procedimento do JEC)	► Insumos (prótese de membro inferior esquerdo)	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=1555187&cdForo=9048
25	Remessa Necessária Cível nº 1037883-32.2022.8.26.0506	08/03/2023	5ª Câmara de Direito Público (Rel. Eduardo Prata Vieira)	► Insumos (fraldas geriátricas)	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16535160&cdForo=0
27	Remessa Necessária Cível nº 1032120-50.2022.8.26.0506	06/03/2023	3ª Câmara de Direito Público (Rel. Camargo Pereira)	► Insumos (fraldas geriátricas)	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16522161&cdForo=0
28	Apelação/Remessa Necessária nº 1010895-08.2021.8.26.0506	03/03/2023	4ª Câmara de Direito Público (Rel. Paulo Barcellos Gatti)	► Medicamento (Venetoclax e Rituximabe) – Leucemia Linfocítica Crônica;	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16520879&cdForo=0
31	Remessa Necessária Cível nº 1027097-26.2022.8.26.0506	02/03/2023	1ª Câmara de Direito Público (Rel. Aliende Ribeiro)	► Insumos (fraldas geriátricas) – portadora de Alzheimer, incapaz de realizar seus cuidados com higiene, necessitando do uso de fraldas geriátricas (tamanho G).	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16516423&cdForo=0

32	Remessa Necessária Cível nº 1014941-06.2022.8.26.0506	27/02/2023	4ª Câmara de Direito Público (Rel. Ricardo Feitosa)	► Medicamento – hipertensão arterial	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16513969&cdForo=0
34	Apelação/Remessa Necessária nº 1020747-56.2021.8.26.0506	28/02/2023	8ª Câmara de Direito Público (Rel. José Percival Albano Nogueira Júnior)	► Medicamento (Apixabana 2,5 mg) – fibrilação atrial.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16502899&cdForo=0
35	Apelação/Remessa Necessária nº 1039127-93.2022.8.26.0506	28/02/2023	8ª Câmara de Direito Público (Rel. Leone Costa)	► Medicamento (Pirfenidona) – fibrose pulmonar idiopática	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16500614&cdForo=0
36	Remessa Necessária Cível nº 1034948-19.2022.8.26.0506	27/02/2023	5ª Câmara de Direito Público (Rel. Nogueira Dieffenhäger)	► Outros (Aparelho CPAP e umidificador) e insumos – Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16494796&cdForo=0
37	Remessa Necessária Cível nº 1001754-28.2022.8.26.0506	22/02/2023	10ª Câmara de Direito Público (Rel. José Eduardo Marcondes Machado)	► Insumos (fraldas geriátricas) – idoso com quadro demencial	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16479514&cdForo=0
41	Agravio de Instrumento nº 3000379-84.2023.8.26.0000	03/02/2023	10ª Câmara de Direito Público (Rel. Teresa Ramos Marques)	► Cirurgia de urgência/emergência (artroplastia de quadril) – artropatia psoriásica e necrose asséptica de cabeça de fêmur;	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16427098&cdForo=0

				substituição de prótese.	
44	Agravado de Instrumento nº 3007179-65.2022.8.26.0000	20/01/2023	1ª Câmara de Direito Público (Rel. Marcos Pimentel Tamassia)	► Cirurgia de urgência/emergência (tratamento cirúrgico odontológico) – enxerto ósseo na região zigomático, prótese dentária e implantes	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordo=16388818&cdForo=0
45	Agravado de Instrumento nº 3007318-17.2022.8.26.0000	18/01/2023	2ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Renato Delbianco)	► Outros (Aparelho CPAP) e insumos – Síndrome de Apneia Obstrutiva Crônica	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordo=16384811&cdForo=0
46	Apelação/Remessa Necessária nº 1014811-84.2020.8.26.0506	19/12/2022	2ª Câmara de Direito Público (Rel. Carlos von Adamek)	► Medicamento (Bevacizumabe 100 mg) – hemorragia foveal.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordo=16358641&cdForo=0
48	Agravado de Instrumento nº 3007580-64.2022.8.26.0000	29/11/2022	10ª Câmara de Direito Público (Rel. Teresa Ramos Marques)	► Medicamento (Abiraterona 250mg) – câncer de próstata	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordo=16280543&cdForo=0
49	Agravado de Instrumento nº 3007102-56.2022.8.26.0000	29/11/2022	13ª Câmara de Direito Público (Rel. Djalma Lofrano Filho)	► Medicamento (Osimertinibe 80 mg) – câncer de próstata	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordo=16279254&cdForo=0
51	Agravado de Instrumento nº 2244818-53.2022.8.26.0000	24/11/2022	3ª Câmara de Direito Público (Rel. José Luiz Gavião de Almeida)	► Cirurgia de urgência/emergência (troca bateria marca-passo);	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordo=16266212&cdForo=0
53	Remessa Necessária Cível	18/11/2022	10ª Câmara de	► Insumos	https://esaj.tj

	nº 1049483-84.2021.8.26.0506		Direito Público (Rel. Des. Jose Eduardo Marcondes Machado)	(fraldas geriátricas)	sp.jus.br/cjsg /getArquivo. do?cdAcorda o=16245230 &cdForo=0
55	Agravado de Instrumento nº 3006278-97.2022.8.26.0000	03/10/2022	8ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Leonel Costa)	► Medicamento (Pirfenidona) – fibrose pulmonar idiopática	https://esaj.tj sp.jus.br/cjsg /getArquivo. do?cdAcorda o=16111350 &cdForo=0
56	Agravado Interno nº 3004804-91.2022.8.26.0000 /50000	20/09/2022	11ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Ricardo Dip)	► Medicamento – carcinoma de células hepáticas IV	https://esaj.tj sp.jus.br/cjsg /getArquivo. do?cdAcorda o=16064861 &cdForo=0
57	Remessa Necessária Cível nº 1023241-88.2021.8.26.0506	29/08/2022	5ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Fermino Magnani Filho)	► Outros (Aparelho Bipap) e insumos – síndrome da apneia obstrutiva do sono grave	https://esaj.tj sp.jus.br/cjsg /getArquivo. do?cdAcorda o=15990709 &cdForo=0
59	Agravado de Instrumento nº 3000037-10.2022.8.26.0000	18/08/2022	8ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Bandeira Lins)	► Medicamento (Pembrolizuma be)	https://esaj.tj sp.jus.br/cjsg /getArquivo. do?cdAcorda o=15960937 &cdForo=0
63	Remessa Necessária Cível nº 1042835-88.2021.8.26.0506	11/07/2022	6ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Sidney Romano dos Reis)	► Outros (Aparelho CPAP) e insumos	https://esaj.tj sp.jus.br/cjsg /getArquivo. do?cdAcorda o=15839655 &cdForo=0
68	Remessa Necessária Cível nº 1044129-78.2021.8.26.0506	20/06/2022	6ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Alves Braga Junior)	► Outros (Aparelho CPAP) e insumos – síndrome da apneia obstrutiva do sono	https://esaj.tj sp.jus.br/cjsg /getArquivo. do?cdAcorda o=15773401 &cdForo=0
69	Apelação/Remessa Necessária nº 1025121-18.2021.8.26.0506	10/06/2022	3ª Câmara de Direito Público (Rel. Des.	► Medicamento (Bevacizumabe)	https://esaj.tj sp.jus.br/cjsg

			Kleber Leyser de Aquino)	250 mg) – adenocarcinoma cólon direito	/getArquivo.do?cdAcorda o=15755726 &cdForo=0
71	Agravado de Instrumento nº 3002692-52.2022.8.26.0000	07/06/2022	12ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Souza Nery)	► Medicamento – carcinoma epitelial de ovário recorrente	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=15740235 &cdForo=0
77	Remessa Necessária Cível nº 1000440-47.2022.8.26.0506	06/05/2022	6ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Silvia Meirelles)	► Outros (Aparelho CPAP) e insumos – apneia do sono grave	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=15646717 &cdForo=0
80	Remessa Necessária Cível nº 1020549-19.2021.8.26.0506	01/05/2022	10ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Jose Eduardo Marcondes Machado)	► Insumos (fraldas geriátricas) – demência senil	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=15628601 &cdForo=0
81	Agravado de Instrumento nº 3002185-91.2022.8.26.0000	28/04/2022	1ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Aliende Ribeiro)	► Medicamento (nintedanibe 150 mg [estilato de nintedanibe]) – fibrose pulmonar idiopática	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=15616682 &cdForo=0
85	Agravado 3004804-91.2022.8.26.0000	11/07/2022	11ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Ricardo Dip)	► Medicamento (bevacizumabe e atezolizumabe) – carcinoma de células hepáticas IV	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=15840664 &cdForo=0
88	Agravado de Instrumento nº 2327984-46.2023.8.26.0000	12/04/2024	3ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. José Luiz Gavião de Almeida)	► OUTROS (oxigenoterapia hiperbárica)	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=17781328&cdForo=0

101	Apelação Cível nº 1030453-92.2023.8.26.0506	14/02/2024	10ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Torres de Carvalho)	► Medicamento (Lonsurf trifluridina + cloridrato de tipiracila 20 mg e 15mg) – neoplasia maligna do cólon	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17573560&cdForo=0
102	Apelação/Remessa Necessária nº 1017514-80.2023.8.26.0506	09/02/2024	2ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Carlos von Adamek)	► Medicamento (Enzalutamida 40mg) – câncer de próstata	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17568058&cdForo=0
104	Apelação/Remessa Necessária nº 1009976-48.2023.8.26.0506	11/01/2024	10ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Torres de Carvalho)	► Outros (cama hospitalar) – paciente acamada com sequelas de AVC; falta de equipamento adequado que lhe causa escaras e intenso sofrimento;	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17483402&cdForo=0
105	Remessa Necessária Cível nº 1023657-85.2023.8.26.0506	19/12/2023	1ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Danilo Panizza)	► Outros (Aparelho CPAP) e insumos – síndrome da apneia obstrutiva do sono;	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17464748&cdForo=0
106	Remessa Necessária Cível nº 1027077-98.2023.8.26.0506	07/12/2023	6ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Alves Braga Junior)	► Insumos (fraldas geriátricas) – cadeirante por amputação de membro inferior	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17422495&cdForo=0
107	Apelação/Remessa Necessária nº 1044118-15.2022.8.26.0506	28/11/2023	8ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Percival Nogueira)	► Medicamento (Ácido Hialurônico e Curcunflex Bio) – Artrose Múltipla Secundária (CID 10 M15-3)	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17386263&cdForo=0

108	Apelação/Remessa Necessária nº 1058722-78.2022.8.26.0506	22/11/2023	10ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Antonio Carlos Villen)	► Medicamento (nintedanibe) – fibrose pulmonar, bronquiectasias de tração, e refluxo gastroesofágico	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17366125&cdForo=0
109	Agravado de Instrumento nº 2154625-55.2023.8.26.0000	20/11/2023	12ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. J. M. Ribeiro de Paula)	► OUTROS (oxigenoterapia hiperbárica) – lesão ulcerada crônica em membro inferior direito	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17357410&cdForo=0
110	Remessa Necessária Cível nº 1021436-32.2023.8.26.0506	16/11/2023	7ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Eduardo Gouvêa)	► Insumos (fraldas geriátricas) – incontinência urinária decorrente de mal de Alzheimer	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17349766&cdForo=0
111	Remessa Necessária Cível nº 1010301-23.2023.8.26.0506	14/11/2023	5ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Nogueira Diefenthaler)	► Cirurgia eletiva [porque não fala que é urgente] – hérnia inguinal.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17346529&cdForo=0
112	Agravado de Instrumento nº 2148941-52.2023.8.26.0000	06/11/2023	6ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Maria Olívia Alves)	► Insumos (fraldas geriátricas [e dieta enteral "Trophic Fiber"]) – doença de Alzheimer avançada (CID10 - G30) e constipação (K.59)	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17317529&cdForo=0
113	Apelação/Remessa Necessária nº 1040666-65.2020.8.26.0506	24/10/2023	7ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Mônica Serrano)	► Medicamento (Perindopril) – miocardiopatia dilatada, hipertensão arterial e	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17276459&cdForo=0

				diabetes mellitus (CID 150)	
114	Agravado de Instrumento nº 3006285-55.2023.8.26.0000	23/10/2023	7ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Luiz Sergio Fernandes de Souza)	► Medicamento – carcinoma de mama direita, metastático para o fígado	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17270009&cdForo=0
119	Remessa Necessária Cível nº 1006144-07.2023.8.26.0506	25/09/2023	4ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Ricardo Feitosa)	► Medicamento – fibrilação atrial permanente	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17184405&cdForo=0
120	Apelação/Remessa Necessária nº 1009562-84.2022.8.26.0506	26/09/2023	10ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Torres de Carvalho)	► Medicamento (Dupilumabe 300mg) – Asma grave, rinossinusite crônica, polipose nasal.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17184863&cdForo=0
122	Agravado de Instrumento nº 3005095-57.2023.8.26.0000	14/09/2023	13ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Flora Maria Nesi Tossi Silva)	► Medicamento (Vedolizumabe 300mg) – doença de Crohn	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17151050&cdForo=0
127	Agravado de Instrumento nº 2163704-58.2023.8.26.0000	07/08/2023	13ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Borelli Thomaz)	► OUTROS (vaga em ambulatório p/ tratamento geral) – radiculopatia/ lombociatalgia (requer vaga para tratamento, como eventuais cirurgias, acompanhamentos, medicamentos e fisioterapias que a instituição médica julgar necessário, enquanto durar a necessidade da	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=17022882&cdForo=0

				parte Requerente);	
128	Agravado de Instrumento nº 2168969-41.2023.8.26.0000	04/08/2023	5ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Fermino Magnani Filho)	► Medicamento (Dupilumabe) – rinossinusite crônica.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=17017712&cdForo=0
130	Agravado de Instrumento nº 2162878-32.2023.8.26.0000	31/07/2023	1ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Vicente de Abreu Amadei)	► Outros (Aparelho CPAP e umidificador) e insumos – Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono Grave	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16996907&cdForo=0
131	Remessa Necessária Cível nº 1001189-30.2023.8.26.0506	26/07/2023	6ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Alves Braga Junior)	► Insumos (fraldas geriátricas) – demência não especificada (CID F03)	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16979433&cdForo=0
132	Remessa Necessária Cível nº 1004014-44.2023.8.26.0506	26/07/2023	6ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Sidney Romano dos Reis)	► Insumos (fraldas geriátricas)	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16978368&cdForo=0
133	Agravado de Instrumento nº 3002236-68.2023.8.26.0000	17/07/2023	4ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Ana Liarte)	► Medicamento (Evolocumabe 140mg ou Alirocumabe 150mg) – doença arterial coronariana e de hipercolesterolemia	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16948031&cdForo=0
135	Apelação Cível nº 0363680-71.2009.8.26.0000	06/07/2023	2ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Claudio Augusto Pedrassi)	► Outros (Aparelho CPAP e umidificador) e insumos – Síndrome da Apneia Obstrutiva do	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=16948031&cdForo=0

				Sono Grave	
136	Agravado de Instrumento nº 2036672-70.2023.8.26.0000	28/06/2023	12ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. J. M. Ribeiro de Paula)	► OUTROS (oxigenoterapia hiperbárica) – esclerose múltipla grave, que evoluiu com paraplegia; desenvolveu lesão isquiática.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=16892694 &cdForo=0
141	Reexame Necessário nº 1047889-98.2022.8.26.0506	14/06/2023	12ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Souza Nery)	► Insumos (fraldas geriátricas) – sequela de AVC isquêmico (acidente vascular cerebral isquêmico).	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=16839220 &cdForo=0
142	Remessa Necessária Cível nº 1004027-43.2023.8.26.0506	08/06/2023	11ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Aroldo Viotti)	► Outros (Aparelho CPAP e umidificador) e insumos – Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=16830623 &cdForo=0
145	Agravado de Instrumento nº 2000296-85.2023.8.26.0000	30/05/2023	3ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. José Luiz Gavião de Almeida)	► Medicamento (Abemaciclibe 150 mg; Faslodex 250 mg; izometa 4mg/5ml) – neoplasia maligna	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=16797312 &cdForo=0
147	Remessa Necessária Cível nº 1038034-37.2018.8.26.0506	24/05/2023	5ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Marcelo Berthe)	► Insumos (prótese) – amputado transtibial esquerdo.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=16781226 &cdForo=0
151	Agravado de Instrumento nº 2069934-11.2023.8.26.0000	11/05/2023	10ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Antonio Carlos Villen)	► Medicamento (Nintedanibe) – fibrose pulmonar, bronquiectasias de tração, asma	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcorda o=16735107 &cdForo=0

				brônquica e refluxo gastroesofágico.	
152	Agravado de Instrumento nº 3001624-33.2023.8.26.0000	03/05/2023	7ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Magalhães Coelho)	► Outros (Aparelho CPAP e umidificador) e insumos – síndrome da apneia obstrutiva do sono grave.	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordo=16713381&cdForo=0
155	Agravado de Instrumento nº 2004582-09.2023.8.26.0000	26/04/2023	13ª Câmara de Direito Público (Rel. Des. Flora Maria Nesi Tossi Silva)	► Outros (oxigenoterapia hiperbárica) – escara sacral em virtude de internação decorrente de Acidente Vascular Cerebral (AVC).	https://esaj.tj.sp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordo=16692144&cdForo=0

Fonte: de autoria própria.

8. APÊNDICE II - RESPOSTA OFICIAL TJSP

Para visualização da resposta oficial do Tribunal de Justiça de São Paulo (quanto à solicitação de acesso aos processos indisponibilizados ao público) vide os seguintes *links*.

1. T0012 - GABAPOIOENC para DEPLAN⁶⁷
2. Informação nº 1006-2023⁶⁸
3. 1006-2023 - Anexo I - Comunicado nº 05-2023⁶⁹

⁶⁷<http://www.tjsp.jus.br/cpa-vue-web-externo/pasta-externa?cdDocumento=lgBDBd%2FK%2BkggiQykcDdgrw%3D%3D&chaveProcesso=MV8yMDIzXzExMTA1NS0x&acessarDocumentoOriginal=false>

⁶⁸<http://www.tjsp.jus.br/cpa-vue-web-externo/pasta-externa?cdDocumento=NrCmAm%2BGF3GHsDvvhDu3ww%3D%3D&chaveProcesso=MV8yMDIzXzExMTA1NS0x&acessarDocumentoOriginal=false>

⁶⁹<http://www.tjsp.jus.br/cpa-vue-web-externo/pasta-externa?cdDocumento=BUYqIhzYU95savzXekJTsA%3D%3D&chaveProcesso=MV8yMDIzXzExMTA1NS0x&acessarDocumentoOriginal=false>