

**Natalia Pires de Vasconcelos**

**Mandado de Segurança ou Ministério da Saúde?**  
*Gestores, procuradores e respostas institucionais à judicialização*

TESE DE DOUTORADO

Orientador: Professor Dr. Marcos Paulo Verissimo

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE DIREITO**  
**São Paulo-SP**  
**2018**



**Natalia Pires de Vasconcelos**

**Mandado de Segurança ou Ministério da Saúde?**

*Gestores, procuradores e respostas institucionais à judicialização*

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Direito, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, como exigência parcial para obtenção de título de Doutora em Direito, na área de concentração de Direito do Estado, Subárea de Concentração: Direito Constitucional, sob orientação do **Professor Dr. Marcos Paulo Verissimo.**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**FACULDADE DE DIREITO**

**São Paulo-SP**

**2018**

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.

Catálogo da Publicação  
Serviço de Biblioteca e Documentação  
Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo

---

Natalia Pires de, Vasconcelos

Mandado de Segurança ou Ministério da Saúde? Gestores, procuradores e respostas institucionais à judicialização / Vasconcelos Natalia Pires de; orientador Marcos Paulo Verissimo -- São Paulo, 2018. 267.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Direito do Estado) Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Judicialização da saúde. 2. Políticas Públicas. 3. Respostas Institucionais. 4. Direito à Saúde. 5. Burocracias. I. Verissimo, Marcos Paulo, orient. II. Título.

---

Vasconcelos, Natalia Pires. *Mandado de Segurança ou Ministério da Saúde? Gestores, procuradores e respostas institucionais à judicialização*. 267 folhas, Doutorado – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 14 de janeiro de 2018.

## **Resumo**

O Sistema Único de Saúde, ou SUS, enfrenta ao menos 40.000 ações judiciais por ano. A maior parte dessas ações é promovida por indivíduos requerendo medicamentos e tratamentos não cobertos pela política de saúde. O Judiciário decide a favor dos demandantes na grande maior parte dos casos, determinando que a administração pública atenda aos pedidos dentro de prazo exíguos e sob pena sanções fortes. Além de gastos crescentes, esta litigância em massa afeta a própria organização interna da política, não só por alterar a distribuição de recursos financeiros dentro do sistema, mas por exigir das secretarias de saúde o estabelecimento de inteiras “políticas de gestão” da judicialização, dotadas de funcionários, sistemas e estruturas físicas próprias, em atuação em rede com órgãos externos à administração pública, como o Judiciário, Defensorias Públicas, Ministérios Públicos e Procuradorias.

Este é o tema desta tese. Por meio do estudo de quatro casos – São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul – exploro as estratégias de gestão da judicialização da saúde, de modo compreender o papel de diferentes atores em um movimento pouco tradicional de elaboração de políticas públicas. Adoto como hipótese que gestores atuam de forma estratégica, buscando alternativas que lhes permitam não só cumprir as decisões judiciais de forma mais eficiente, mas ao mesmo tempo reduzir seu impacto sobre o funcionamento da política como um todo. Não somente, aprendem enquanto agem, em um movimento que constrói alternativas e as revisa enquanto são implementadas. Suas estratégias tentam responder a dois desafios impostos pela judicialização: o grande volume de ações que exigem respostas rápidas e resolutivas, sob pena de sanções fortes e mais custosas; e o caráter interinstitucional do fenômeno, que demanda dos gestores uma atuação fora de suas organizações, em espaços judiciais ou jurídicos e em articulação com atores destes espaços, com sua linguagem própria e formas específicas de legitimação.

Deste mapeamento, constatei que as burocracias tanto das secretarias estaduais como do sistema de justiça atuam em três frentes para gerir a judicialização – buscam reduzir o número

de ações judiciais a partir de estratégias administrativas ou pré-processuais, atuam sobre as demandas em curso, gerindo o cumprimento e qualificando a defesa processual, e buscam articulações meta-processuais, estabelecendo espaços de diálogo e interação com outros atores envolvidos diretamente com o fenômeno. Nestas três frentes estabelecem políticas públicas que criam, implementam e revisam. Não somente, a atuação em rede gera especialização em direção ao mundo jurídico – as Secretarias “inflam” ou desmembram suas assessorias e consultorias jurídicas especialmente para estabelecer fluxos de trabalho e canais de comunicação mais eficientes com o mundo jurídico. Este movimento é marcado por uma articulação específica – a atuação conjunta de procuradores de Estado e gestores de saúde.

## **PALAVRAS CHAVES**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, GESTÃO, ESTRATÉGIAS, POLÍTICAS PÚBLICAS.**

Vasconcelos, Natalia Pires. *Mandado de Segurança ou Ministério da Saúde? Gestores, procuradores e respostas institucionais à judicialização*. 267 pages, Doctorate – School of Law, University of São Paulo, January 14, 2018.

## **Abstract**

Judicial decisions questioning the health care policy are extremely common in Brazil, estimated at over 40,000 lawsuits per year. Most cases consist of individual claims requesting specific medicine and treatments that are not covered by the Brazilian universal health care policy follow cost/benefit analysis. Courts usually rule in favor of claimants and order the state to provide such requests within short deadlines and under the threat of strong sanctions. Most of these decisions are given by state-level courts and are based only on the constitutional right to healthcare.

This massive healthcare litigation has growing effects on budgetary planning. Recent reports show that complying with judicial decisions on health has led to a growing expenditure of almost 1 billion Reais in 2014-2015. However, increasing costs are not the sole issue. Since judicial decisions require compliance from any and all levels of government, policy organization, and division of responsibilities between different federal levels is largely compromised.

The large literature on the matter is highly focused on what happens inside Courts, providing little evidence of the following steps taken by public health care officials to comply with these decisions or mitigate their impact. By focusing on policy formulation and implementation, my research undertakes the task of mapping what happens after Courts decide. Policy officials are perceived not only as reactive actors. Besides responding to each judicial decision individually, they are learn-by-doing while creating and implementing policy strategies to lessen or prevent the different effects of intense judicialization. Assessing four Brazilian States' responses (Sao Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina and Rio Grande do Sul), my research unfolds the governance of the health litigation, through the creation of new organs, systems, procedures and a different class of bureaucrats. These responses vary in each State, but they have been consistent and can be divided into three different groups: policy strategies that

are administrative and previous to any lawsuit, aiming at solving the patient's problem before they get to Courts; legal strategies, created and implemented to provide more technical arguments to the State's lawsuit defense while addressing compliance with judicial decisions; and larger responses that establish interinstitutional committees that formalize open channels of communication and interaction between policy officials and legal officers. These strategies gain more stability and policy form as healthcare secretariats become more "justice-like". Their legal consultants gain new responsibilities, staff and power and establish working networks between actors from the healthcare policy and from the justice system, especially state lawyers. The interaction and partnership between policy officials and state lawyers appears as another key explanatory variable to most of these strategies. Both bureaucracies develop a common language that connects healthcare and law. In addition, they coordinate their actions before, during and after lawsuits.

#### KEY WORDS

HEALTH LITIGATION, GOVERNANCE, STRATEGIES

## **Agradecimentos**

Esta pesquisa é o resultado de reflexões que surgiram de estudos comuns e conversas informais com muitos professores, amigos e colegas, além de todos os entrevistados que cederam parte considerável do seu tempo para me explicar passos elementares do seu dia-a-dia, trabalho e trajetória. Nomeio aqui apenas algumas destas pessoas, por falta de espaço, porque escrevo estes agradecimentos a dois dias do prazo de submissão e, principalmente, porque a lista é bastante longa, o que torna este trabalho uma peça a muitas mãos. Primeiramente agradeço ao meu orientador, Marcos Paulo Verissimo que acompanha meu trabalho desde a graduação em direito e sempre manteve suas portas abertas, com sábios conselhos sobre a academia e a vida. Agradeço aos professores Conrado Hubner Mendes e Virgilio Afonso da Silva, pelo trabalho constante em orientar um grupo de alunos de pós-graduação de forma coesa e pouco ortodoxa, quebrando velhos hábitos da tão velha academia e se aventurando em um processo ainda em curso de criar um espaço igualitário, sério e interessante de trabalho e discussão acadêmica. Agradeço também aos professores Rogerio Arantes e Vanessa Elias de Oliveira pelas tantas conversas, aulas e trabalhos conjuntos que me permitiram amadurecer muitas das ideias aqui apresentadas, sem perder o bom humor e ao som de Despacito. À Vanessa agradeço ainda a parceria constante e as noções de burocracia e políticas públicas que informam esta tese.

Agradeço de forma mais detida ao professor e amigo Daniel Wang, com quem tenho a oportunidade de trabalhar desde o fim da Escola de Formação na sbdp. A maior parte desta tese é tributária da sua orientação, ideias, ideais e experiência com o tema. Não somente, a minha trajetória acadêmica é em grande medida orientada pela dele. Sua disposição em engajar horizontalmente estudantes de diferentes níveis acadêmicos em um projeto comum e dividir igualmente o elemento “braçal” da pesquisa empírica, sem ele mesmo se distinguir em termos de carga de trabalho e importância de ideias, tem sido uma conduta inspiradora para toda a equipe que trabalha atualmente em um projeto sob sua coordenação. Não somente, demonstra que a academia pode ser sim um espaço horizontal, democrático e participativo.

Este trabalho não teria acontecido sem a disposição de muitas pessoas em diferentes Estados e instituições. Agradeço aqui aos entrevistados, juízes, promotores, gestores e

procuradores de Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Não nomeio todos eles, para preservar sua confidencialidade, mas apenas aqueles que entrevistei pessoalmente e que me permitiram citar expressamente seus nomes ao longo desta tese: Leticia Simon, Sinezio Vieira, Luiz Duarte, José Luiz Souza, Paula Sue, Ana Luiza Chieffi, Bruno Terra, Maria Amelia Santos de Carvalho, Mauricio Carlos Araujo Ribeiro, Flavio Badaró, Daniel Cardoso, Maria Teresa Agostin, Caroline Cabral e Daniel Buffone. Agradeço especialmente a Fernanda Terrazas, Leticia Simon, Sinezio Vieira, Luiz Duarte, Jose Luiz Souza, Ana Chieffi e Paula Sue pela interlocução próxima, amigável e horizontal. Encontrei neles e em muitos dos entrevistados verdadeiros militantes do SUS, servidores que acreditam em um sistema único, seguro, gratuito e universal e que lutam por uma sociedade mais justa e igualitária. As imprecisões e impressões desta tese sobre suas falas e práticas são unicamente de minha responsabilidade.

Agradeço aos meus amigos e colegas da pós-graduação em direito e do grupo de Constituição, Política e Instituições, especialmente a Rafael Bellem de Lima, Fabio Cesar Oliveira, Luiza Correa, Carolina Marinho, Rafael Nunes, Clio Randomysler, Artur Pericles, Cecilia Barreto e Guilherme Jardim. Agradeço ainda aos amigos que a FFLCH me trouxe, especialmente ao professor Glauco Peres da Silva, à Luiza Ferreira Lima, Sergio Simoni, Tiago Borges, San Romanelli, Rodrigo Martins, Thiago Moreira, Marcos Paulo de Lucca Silveira, Alexia Aslan, Pedro Ernesto de Castro e Grazielle Silotto. Agradeço também aos meus colegas do grupo de pesquisa coordenado por Daniel Wang, sobretudo Fernanda Mascarenhas, Ana Arruda e Edson Joaquim. Registro aqui a minha profunda gratidão a Fabio Oliveira, pelos conselhos e recomendações de última hora, à Rafael Bellem de Lima, pela motivação, deboches e troca de ideias diário, e à Carolina Marinho e Fernanda Mascarenhas, pelo esforço hercúleo em me ajudar com a revisão e conteúdo deste trabalho nos 45 minutos do segundo tempo.

Agradeço também aos interlocutores recentes junto ao INSPER, especialmente aos professores Marcos Lisboa, Paulo Furquim e à amiga Maria Clara Morgulis. Espero que por meio de sua revisão crítica eu possa corrigir e aprimorar muitas das ideias econômicas desta tese.

Sou profundamente grata à Faculdade de Direito e à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo e ao programa Fox Fellowship da Universidade de Yale. Em Yale descobri interlocutores e amigos que participaram ativamente da construção de muitas das ideias desta tese. Agradeço, especialmente ao professor Ben Cashore, à Julia Muravnik, Sudha Tiwari, Joanne Tan, Agnete Aslaug, Israfil Boyaci, Alexandra Jönsson e Juliana Cesarino Alvim. Agradeço ainda ao grupo de estudos Global Health Justice Partnership, também de Yale, e especialmente a professora Amy Kapczynski. Deixo aqui meus agradecimentos mais detidos a Victor Louzon, Gilad Abiri e Satveer Kaur (minha querida amiga e “esposa”) por seu apoio atento, constante e irrestrito, que supera fronteiras, língua e diferenças culturais.

Agradeço, por fim, a João Otavio e sua família, pelo por todo o apoio durante os longos anos de mestrado e doutorado; às minha amigas antigas, Deborah, Julia e Maria Cecilia, pelo contato constante, mesmo longe, e a demonstração das muitas formas de boa vida; a meus avós, Inês e Jurandir, pela dedicação e exemplo de resiliência; a meus irmãos, Fabiana e Eduardo, pelo apoio, por nunca perguntarem quando finalmente deixarei a faculdade e começarei a “trabalhar” e pelas boas, profundas e leves conversas, ao som de Kendrick Lamar; e especialmente, à minha mãe, Maria Monica, pois sem seu amor e trabalho com saúde, e sua dedicação constante aos seus pacientes e filhos, nem os ideais existiriam.



## Sumário

Capítulo 1: Introdução, o problema e a metodologia.....	5
1.1. Uma pergunta e uma hipótese de pesquisa .....	6
1.2. Caminhos e Métodos.....	8
1.3. Divisão de capítulos .....	12
Capítulo 2: O SUS e a judicialização da saúde.....	15
2.1. O sistema de saúde brasileiro .....	15
2.1.1. O desenho constitucional e legal do SUS.....	21
2.1.2. Financiamento público da saúde .....	24
2.1.3. Organização .....	29
2.1.4. Espaço.....	30
2.1.5. Gestão de recursos .....	31
2.1.6. Serviços e Assistência Farmacêutica.....	32
2.2. Judicialização da saúde: um fenômeno global e brasileiro .....	37
2.3. As respostas institucionais gerais à judicialização .....	50
2.3.1. Da gestão meta-processual via CNJ: Recomendações, Comitês Estaduais e NATs.....	51
2.3.2. Da gestão processual via STF e STJ: Repercussão Geral e Recursos Repetitivos..	60
2.3.3. Da gestão meta-processual: CONITEC.....	66
Capítulo 3: O perfil geral da judicialização em quatro Estados .....	72
3.1. Alguns dados gerais sobre a judicialização em três capitais - São Paulo, Florianópolis e Porto Alegre. ....	73
3.2. Perfil da judicialização no Estado de São Paulo: .....	80
3.2.1. As respostas institucionais de São Paulo.....	88
3.3. Perfil da judicialização Santa Catarina .....	112

3.3.1. As respostas institucionais de Santa Catarina.....	118
3.4. Perfil da judicialização Rio Grande do Sul .....	138
3.4.1 As respostas institucionais do Rio Grande do Sul.....	144
3.5. Perfil da judicialização Rio de Janeiro .....	161
3.5.1. As respostas institucionais do Rio de Janeiro.....	166
Capítulo 4: Política pública, burocracias e judicialização .....	189
4.1. Elaborando políticas públicas - conceito, atores, processos e judicialização.....	190
4.2. Burocracias de rua, de médio escalão e a elaboração de políticas públicas.....	215
4.3. Aprendizado em burocracias: prática e colaboração.....	226
Capítulo 5: Conclusão.....	238
Bibliografia .....	242

## Capítulo 1: Introdução, o problema e a metodologia

O Sistema Único de Saúde, ou SUS, enfrenta ao menos 40.000 ações judiciais por ano (FERRAZ, 2011). A literatura sobre o tema aponta que a maioria dessas ações é promovida por indivíduos requerendo medicamentos e tratamentos não cobertos pela política de saúde. O Judiciário decide a favor dos demandantes na grande maior parte dos casos, determinando que a administração pública atenda aos pedidos dentro de prazo exíguos e sob pena sanções fortes, como multas, prisão de funcionários públicos, bloqueio ou sequestro de recursos orçamentários da política.

Essa judicialização massiva da saúde importa em um impacto orçamentário crescente sobre a política pública de saúde. Relatórios recentes indicam que os gastos com a judicialização no âmbito federal atingiram o patamar de 1,2 bilhões de reais entre 2014 e 2015 (BRASIL, 2017). Estados e Municípios enfrentam custos proporcionalmente ainda maiores, na medida em que ações judiciais são propostas indistintamente contra todos os entes da federação, a despeito da divisão de competências na prestação de serviços de saúde dentro do SUS. Além de gastos crescentes, esta litigância em massa afeta a própria organização interna da política, não só por alterar a distribuição de recursos financeiros dentro do sistema, mas por exigir das secretarias de saúde o estabelecimento de inteiras “políticas de gestão” da judicialização, dotadas de funcionários, sistemas e estruturas físicas próprias, em atuação em rede com órgãos não governamentais, como o Judiciário, Defensorias Públicas, Ministérios Públicos e Procuradorias. Este é o tema desta tese. Por meio do estudo de quatro casos - São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul - exploro as estratégias de gestão da judicialização da saúde, de modo compreender o papel de diferentes atores em um movimento pouco tradicional de elaboração de políticas públicas.

Esta tese pretende demonstrar que estes atores – gestores e membros do sistema de justiça – não são apenas reativos à judicialização, mas agem de forma estratégica e prospectiva, organizando fluxos mais ou menos eficientes para atender as demandas judiciais, enquanto enxergam a própria judicialização como um “problema” a ser endereçado por políticas públicas processuais, pré-processuais e meta-processuais. Um dos argumentos chave para entender estas políticas está na articulação mais ou menos intensa entre gestores de saúde responsáveis pelo

cumprimento de decisões judiciais e procuradores do Estado, competentes para realizar a defesa processual das secretarias face o Judiciário. Enquanto gestores trazem à mesa seu conhecimento técnico e linguagem própria da saúde pública – *“olha a gente sempre falava para gente é MS é Ministério da Saúde não é mandado de segurança, o cidadão é paciente para a gente, a gente quer cuidar”* (Entrevista Gestora SP 4), procuradores “traduzem” esta linguagem em termos cada vez menos “jurídicos” em um movimento dinâmico de aprendizado mútuo e cooperação – *“Ah, interesse de agir, citar Carnelutti e o escambau e não sei o que lá. Não, você tem que falar porque que ele buscou o Judiciário, se há na prateleira da UBS lá da casa dele. Isso é muito mais eficaz”* (Entrevista Procurador SP 2).

### **1.1. Uma pergunta e uma hipótese de pesquisa**

Este trabalho começou com um questionamento geral: como as burocracias da administração pública respondem à judicialização? Considerando que este é um fenômeno com mais de 20 anos e que atinge a gestão federal, estadual e municipal da saúde, é de se esperar que os gestores se comportem de forma não só espontânea e pontual diante das demandas judiciais, mas que assumam a atuação do Judiciário sobre a política como um dado da realidade do SUS e passem também a atuar de forma prospectiva, traçando estratégias de gestão. Assim, da pergunta de pesquisa “como as burocracias da administração pública respondem a judicialização?” parti da seguinte hipótese de pesquisa, que pretendo testar ao longo dos próximos capítulos: gestores atuam de forma estratégica, buscando alternativas que lhes permitam não só cumprir as decisões judiciais de forma mais eficiente, mas ao mesmo tempo reduzir seu impacto sobre o funcionamento da política como um todo. Não somente, aprendem enquanto agem, em um movimento que constrói alternativas e as revisa enquanto são implementadas. Esta hipótese, portanto, assume que os gestores são atores racionais, que aprendem sobre sua realidade e agem sobre ela. Espera ainda que suas estratégias tentem responder a dois desafios impostos pela judicialização: o grande volume de ações que exigem respostas rápidas e resolutivas, sob pena de sanções fortes e mais custosas; e o caráter interinstitucional do fenômeno, que demanda dos gestores uma atuação fora de suas organizações, em espaços judiciais ou jurídicos e em articulação com atores destes espaços, com sua linguagem própria e formas específicas de legitimação.

Os estudos sobre a judicialização da saúde no Brasil em geral não se voltam ao que ocorre uma vez que as decisões judiciais são deferidas. Apesar de partirem de diferentes áreas do conhecimento, especialmente do direito, das ciências sociais e da saúde pública, em sua maior parte voltam-se ao perfil dos litigantes, a compatibilidade dos medicamentos e serviços requeridos com os protocolos e listas do SUS e ao comportamento de juízes, especialmente os argumentos utilizados para deferir os pedidos. Uma pequena parcela dos trabalhos, que analisa os impactos da judicialização sobre a política de saúde, atenta-se para os efeitos disruptivos das decisões judiciais sobre as contas públicas e sobre a organização de competências do SUS. Mapeiam, assim, a judicialização como uma “questão/problema”, mas não analisam o que acontece uma vez que esta “questão/problema” também é constada e internalizada pela administração pública ou mesmo pelo Judiciário. Esta tese é tributária dos poucos trabalhos (especialmente WANG, 2015; OLIVEIRA e NORONHA, 2011; VENTURA, 2012) que se voltam a este momento pós-decisões judiciais e buscam compreender as repostas institucionais à judicialização a partir da perspectiva das burocracias envolvidas.

Para responder à pergunta geral de pesquisa e testar sua hipótese, este trabalho tem um tom amplamente exploratório, na medida em que busca mapear as estratégias de gestão e lhes conferir sentido. Deste mapeamento, como veremos nos próximos capítulos, constatei que as burocracias tanto das secretarias estaduais como do sistema de justiça atuam em três frentes para gerir a judicialização – buscam reduzir o número de ações judiciais a partir de estratégias administrativas ou pré-processuais, atuam sobre as demandas em curso, gerindo o cumprimento e qualificando a defesa processual, e buscam articulações meta-processuais, estabelecendo espaços de diálogo e interação com outros atores envolvidos diretamente com o fenômeno. Nestas três frentes estabelecem políticas públicas que criam, implementam e revisam. Não somente a atuação em rede gera especialização em direção ao mundo jurídico – as Secretarias “inflam” ou desmembram suas assessorias e consultorias jurídicas especialmente para estabelecer fluxos de trabalho e canais de comunicação mais eficientes com o mundo jurídico. Este movimento é marcado por uma articulação específica – a atuação conjunta de procuradores de Estado e gestores de saúde.

Para dar sentido a estas respostas, mobilizo tanto a literatura de judicialização da saúde e os dados que levantam para caracterizar a “questão/problema” que as estratégias de gestão

visam atacar, como a literatura sobre formulação de políticas públicas e da atuação de burocracias neste processo. O que veremos são burocracias que se assemelham ao que a literatura denomina de burocracias de médio escalão elaborando políticas públicas enquanto as implementam, em um processo contínuo de articulação com atores do direito, especialmente procuradores de Estado.

## **1.2. Caminhos e Métodos**

O estudo do problema desta tese se iniciou dentro de um esforço coletivo de pesquisa coordenado por Daniel Wang para tentar compreender o papel de evidências técnicas nos argumentos mobilizados dentro do processo por demandantes, Estado e juízes. Como um time de pesquisadores visitamos três dos quatro Estados analisados nesta tese para coletar evidências documentais em amostras estatisticamente significativas da judicialização da saúde contra Secretarias Estaduais. Visitamos as Procuradorias Gerais do Estado na cidade de São Paulo e em Porto Alegre, e a Secretaria de Saúde de Santa Catarina, em Florianópolis. O processo de coleta de documentos in loco me permitiu entrar em contato com o dia a dia destes espaços e destes burocratas e minha pesquisa de doutorado, que visava especialmente analisar os padrões de cumprimento de decisões judiciais pelos Estados assumiu um caminho diferente, na medida em que eu constava, pela vivência e conversas com estes atores, a multiplicidade e complexidade das estratégias criadas para gerir a judicialização. Além de sistemas informatizados criados ou atualizados especificamente para gerir o fluxo de cumprimento e a defesa processual de ações contra o Estado, observei uma constante comunicação entre gestores e procuradores do Estado em um padrão curioso: gestores traçando observações sobre normas processuais e os limites do direito à saúde e procuradores se referindo a protocolos clínicos e efetividade de terapias prescritas ou constantes das listas do SUS. A forma ou qualidade desta interação variava entre Estados, mas em todos era possível verificar que gestores e procuradores atuavam em parceria na construção de argumentos híbridos, da saúde pública e do direito, para a instrução de contestações e recursos. Não somente estes atores trabalhavam em órgãos particularmente criados para gerir decisões judiciais e tomavam a judicialização como sua atividade diária. Estas observações de campo redefiniram meu objeto de estudo e dão, em grande medida, o tom e orientação deste trabalho.

Para mapear as estratégias de gestão da judicialização aliei os dados disponibilizados pela literatura e relatórios oficiais das Procuradorias do Estado, Secretarias, Tribunal de Contas da União e Conselho Nacional de Justiça, com os dados da pesquisa coletiva em andamento, coordenada por Daniel Wang, Steven Hoffman e Virgilio Afonso da Silva (a que me refiro, daqui para frente, como “a pesquisa em andamento coordenada por Wang et al.”). Além destes dados, conduzi 27 entrevistas em 4 Estados que registram altos índices de judicialização e são amplamente referidos pela literatura tanto pelo impacto que demandas judiciais vieram a ter sobre suas políticas estaduais de saúde como pelas estratégias que encontraram para administrar estas demandas: Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul. Três destes quatro Estados já faziam parte do recorte da pesquisa em andamento coordenada por Wang et al.. Neles o acesso a entrevistados e dados das decisões judiciais foi facilitado por esta porta de entrada.

Para estabelecer quem seriam os entrevistados, comecei pelos gestores e procuradores com os quais estabeleci contato direto no campo, entrevistando, em um segundo momento, os gestores e procuradores que eles sugeriam, caminhando, assim, pelas redes de referência destes atores até atingir um certo nível de saturação em termos de novas informações sobre as políticas e sobre a judicialização nestes Estados. Por este método de “bola de neve”, por certo, as falas e opiniões dos entrevistados não têm representação estatística em termos da posição média de atores em posições similares entre Estados ou mesmo dentro deles. Ainda assim, me permitiu traçar um quadro compreensivo destas políticas de gestão da judicialização e apreender algumas formas de comunicação e sentido compartilhados por estes atores em rede.

Todos os entrevistados e entrevistadas consentiram a gravação da entrevista e seu uso pela presente tese. O consentimento foi formalizado por Termo de Confidencialidade em todas as entrevistas presenciais. Nas entrevistas por telefone optei pelo regime que mais protege os entrevistados e entrevistadas e não divulgo seus nomes ao longo da tese, apenas cargo e órgão dos quais fazem parte. Mesmo para os entrevistados e entrevistadas que consentiram a publicação expressa de seus nomes apenas divulgo-os em tabela de um Anexo eletrônico, que identifica os entrevistados que desejaram ser identificados. Ademais, optei por não disponibilizar a transcrição integral das entrevistas como anexo físico da tese, também para respeitar a privacidade dos entrevistados e entrevistadas no tempo. Transcrevo trechos, ao longo

do texto, e disponibilizo as transcrições editadas pelos entrevistados e entrevistadas no Anexo eletrônico<sup>1</sup>. Assim, caso os entrevistados e entrevistadas desejem, no futuro, retirar seu consentimento em relação ao uso de seus nomes, suas falas e vivência, posso excluir estas entrevistas deste anexo. As entrevistas foram conduzidas entre julho e dezembro de 2017, tiveram em média 40 minutos e se estruturaram a partir de um modelo semiaberto, organizado apenas em torno de tópicos de discussão que pudessem deixar os entrevistados livres para argumentar sobre (i.) suas trajetórias, (ii.) sua interação com atores do sistema de justiça e suas (iii.) impressões sobre a judicialização do Estado.

**Tabela 1: Entrevistados no Rio de Janeiro, órgãos, cargos e formação**

ESTADO	ORGAO	NOME NA TESE	CARGO	CONTATO	FORMAÇÃO
RJ	PGE-RJ	Procurador RJ 1	Procurador da PG-16	presencial	formação jurídica
RJ	JUD/NAT	Juíza RJ	Juíza Federal titular de uma vara especializado em matéria de saúde; Coordenadora do Comitê Estadual da Saúde do CNJ do RJ.	presencial	formação jurídica
RJ	SESDEC-RJ	Gestor RJ 2	Consultor Jurídico da SESDEC-RJ	presencial	formação jurídica
RJ	SESDEC-RJ	Gestor RJ 4	Coordenador do NAT-JUS RJ	presencial	farmacêutico
RJ	SESDEC-RJ	Gestora RJ 1	Coordenadora da CRLS	presencial e telefônico	enfermeira
RJ	PGE-RJ	Procurador RJ 2	Procurador Chefe da PG16, especializada em saúde	presencial	formação jurídica
RJ	CADJ/SESDEC-RJ	Gestora RJ 3	Coordenadora da CADJ (Central de Atendimento de Demandas Judiciais), SESDEC-RJ	presencial e telefônico	formação jurídica

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas conduzidas.

<sup>1</sup> Todos os documentos que fazem parte desta pesquisa, bem como a transcrição das entrevistas e matriz das planilhas encontram-se na pasta online, de acesso apenas para consulta: [https://drive.google.com/drive/folders/1ZxlSkzSP51aP5-kwXPzLVQ\\_JCTMKzC6U?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1ZxlSkzSP51aP5-kwXPzLVQ_JCTMKzC6U?usp=sharing)

**Tabela 2: Entrevistados no Rio Grande do Sul, órgãos, cargos e formação**

ESTADO	ORGAO	NOME NA TESE	CARGO	CONTATO	FORMAÇÃO
RS	PGE-RS	Procurador RS 3	Membro do Conselho Superior da Procuradoria-Geral do Estado, antigo procurador do NARAS-RS, Capital	telefônico	formação jurídica
RS	SES-RS	Gestor RS 1	Coordenador da Assessoria Jurídica da SES-RS	telefônico	formação jurídica
RS	PGE-RS	Procuradora RS 1	Procuradoria do Interior em saúde	telefônico	formação jurídica
RS	PGE-RS	Procurador RS 2	Procurador da PGE-RS, um dos coordenadores do Projeto +Saúde	telefônico	formação jurídica
RS	SES-RS	Gestora RS 2	Coordenadora Adjunta da Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica (CPAF)	presencial e telefônico	farmacêutica

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas conduzidas.

**Tabela 3: Entrevistados em Santa Catarina, órgãos, cargos e formação**

ESTADO	ORGAO	NOME NA TESE	CARGO	CONTATO	FORMAÇÃO
SC	SES-SC (COJUR)	Gestora SC 1	assiste técnica COJUR-SES/SC	presencial	formação jurídica
SC	SES-SC (COMAJ)	Gestor SC 2	coordenador Comaj até 2017 - SES/SC	presencial	formação jurídica
SC	PGE-SC	Procurador SC 2	ex-consultor jurídico SES/SC até junho de 2017	presencial	formação jurídica
SC	SES-SC	Gestora SC 3	servidora da COMAJ, equipe técnica	presencial e telefônico	nutricionista
SC	SES-SC	Gestora SC 5	Diretora de Assistência Farmacêutica	presencial	farmacêutica
SC	MP-SC	Promotora SC	Coordenadora-Adjunta do Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos e Terceiro Setor, MP-SP	presencial	formação jurídica

SC	SES-SC	Gestora SC 4	servidora da COMAJ, equipe técnica	presencial e telefônico	farmacêutica
SC	PGE-SC	Procurador SC 4	Procurador-Chefe da PGE-SC, Criciúma, NARAS Criciúma	telefônico	formação jurídica
SC	PGE-SC	Procuradora SC 1	Procuradora integrante do NARAS	telefônico	formação jurídica

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas conduzidas.

**Tabela 4: Entrevistados em São Paulo, órgãos, cargos e formação**

ESTADO	ORGAO	NOME NA TESE	CARGO	CONTATO	FORMAÇÃO
SP	SES-SP	Gestora SP 4	ex-coordenadora da CODES	presencial	farmacêutica
SP	PGE-SP	Procurador SP 1	Procurador chefe da PJ8, PGE/SP	presencial	formação jurídica
SP	CODES- SESSP	Gestora SP 1	Coordenadora da CODES-SES/SP	presencial	enfermeira e formação jurídica
SP	CODES- SESSP	Gestor SP 2	Diretor Técnico da CODES-SES/SP	presencial	farmacêutico
SP	CODES- SESSP	Gestor SP 3	Assessor técnico - CODES/SES-SP	presencial	medico
SP	PGE-SP	Procurador SP 2	Procurador da PJ8 - especializada em saúde	presencial	formação jurídica

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas conduzidas.

Além das entrevistas, relatórios oficiais, dados da pesquisa coordenada por Wang et al. e da literatura, a exposição a seguir se vale de documentos oficiais, como normas e termos de cooperação e das informações disponibilizadas de forma pública pelos sítios eletrônicos dos órgãos da saúde e das procuradorias do Estado. Sempre que foi possível, os relatos sobre as experiências de gestão narrados nas entrevistas foram confrontados com os dados disponibilizados por estas outras fontes.

### 1.3. Divisão de capítulos

A exposição a seguir se divide em três longos capítulos. No primeiro apresento o SUS e a judicialização da saúde, na tentativa de estabelecer aspectos gerais do problema da

judicialização. Como veremos, o SUS é um sistema complexo e a política de saúde não se resume ao SUS, sendo também bastante “privatizada”. A judicialização da saúde, por outro lado, é um fenômeno global e também bastante brasileiro. Ainda que o país se insira em tendências mais gerais e, especialmente, latino-americanas de litigância em saúde, o fenômeno também tem suas peculiaridades locais, dadas não só pelo volume de ações judiciais, mas sua descentralização em face de um sistema único e público, o que diferencia a nossa experiência das colombiana e argentina.

O capítulo 2 busca os dados mais atuais para retratar a judicialização em nível federal e no nível mais agregado possível para Estados e Municípios, desafio que alguns autores enfrentaram mas que, em geral, é pouco bem-sucedido, dada a dificuldade de integrar fontes e, novamente, a própria descentralização do fenômeno. De um quadro geral, passamos as suas respostas institucionais também gerais, especialmente promovidas pelo STF e CNJ, mas também pelo Ministério da Saúde via CONITEC. A apresentação destas respostas, neste formato, é bastante tributária do estudo de Wang (2015), que realizou um esforço semelhante.

Do SUS, sua judicialização e as respostas institucionais, passamos ao capítulo 3, onde a maior parte das contribuições desta pesquisa se insere. Neste capítulo reconstruo o perfil da judicialização nos quatro Estados – São Paulo, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, as respostas institucionais encontradas para enfrentar a judicialização. Como veremos, estas respostas são locais, adequadas à forma como a judicialização se colocou no Estado, mas também apresentam tendências gerais, como a busca por soluções pré-litígio. Uma outra característica comum é a articulação entre procuradores do Estado e gestores. Como veremos, estes atores são a linha de frente das decisões judiciais contra o Estado, elaborando sua defesa e operacionalizando o cumprimento. Neste processo, eles se aproximam, trocam, se comunicam, e começam a agir de forma estratégica. Muitas das respostas institucionais à judicialização do Estado nascem dessa interação e dependem dela para ter efetividade.

Das respostas institucionais estaduais, passamos ao capítulo 4, que propõe uma releitura destas respostas como de fato políticas públicas, ou seja, medidas do governo em ação, atuando sobre uma “questão/problema” social relevante. Neste capítulo, reconstruo a literatura sobre políticas públicas e sobre o papel de burocracias na sua formulação. Recupero as experiências apresentadas no capítulo 3 e apresento mais informações sobre as duas burocracias-chave que

tanto criam quanto operam esta rede de respostas institucionais à judicialização: gestores que lidam especificamente com o cumprimento de decisões judiciais e procuradores do Estado. Por fim, na Conclusão, recupero as observações mais gerais dos três capítulos e traço algumas considerações finais.

## **Capítulo 2: O SUS e a judicialização da saúde**

Este capítulo se destina a dar uma visão geral da judicialização da saúde no Brasil, partindo dos trabalhos e dados disponíveis até o momento. Antes de falar da judicialização, contudo, é necessário apresentar o SUS. A primeira parte se volta a esta difícil tarefa. Parto do desenho constitucional e legal da política pública de saúde para uma breve introdução à sua estrutura de financiamento e gestão, terminando com uma apresentação mais pormenorizada da sua política de assistência farmacêutica, âmbito no qual a maior parte da discussão sobre judicialização da saúde se desenvolve no Brasil.

Descrever a política pública de saúde no Brasil é um desafio, dada a sua complexidade tanto em termos de abrangência nacional como em razão da multiplicidade de atores e órgãos públicos e privados envolvidos. Neste sentido, a primeira parte deste capítulo tem fôlego curto e instrumental, esclarecendo para o leitor não-iniciado aspectos da política relevantes tanto à literatura sobre a judicialização da saúde como à minha análise empírica.

A segunda parte se volta à judicialização da saúde, o problema de fundo desta tese. Primeiro apresento o problema como um fenômeno global para depois adicionar suas tipicidades brasileiras. Nesta sessão, especialmente, recupero parte da literatura produzida nos últimos 15 anos sobre o tema e demonstro seu alcance e limitações, preparando o terreno para o meu trabalho empírico.

### **2.1. O sistema de saúde brasileiro**

A literatura sobre a trajetória histórica do SUS é bastante ampla (MENICUCCI, 2011; ARRETCHE, 2000, DRAIBE, 1997; ESCOREL, 2012; LIMA et al, 2005, para citar alguns) e combina perfis teóricos e preocupações distintas, quer explicativas, quer de intervenção e alteração da política. Nesta breve descrição histórica, apoio-me especialmente em dois trabalhos da ciência política que combinaram abordagens institucionalistas sem perder de vista a perspectiva dos atores e grupos em conflito, envolvidos no processo de criação da política de saúde no Brasil: Menicucci (2011) e Arretche (2000).

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma ruptura com um padrão de prestação de serviços de saúde de caráter “meritocrático” no Brasil, associado à inserção formal no

mercado de trabalho (MENICUCCI, 2011). Até 1988, o país contava com ações preventivas e de vigilância sanitária desempenhadas pelo Ministério da Saúde e ações de assistência médica oferecidas pelas secretarias de saúde estaduais e municipais, em geral de caráter assistencial (ARRETCHE, 2000, p. 198).

Paralelamente a estas atividades, não organizadas em uma política única e planejada, funcionavam serviços de assistência médica via seguro, ofertados a funcionários privados, inicialmente por Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas por empresas com mais de cinquenta funcionários a partir de 1923, por determinação do governo, e financiadas por contribuições dos funcionários combinadas com recursos públicos (MINECUCCI, 2011).

A partir da década de 1930, as CAPs foram paulatinamente absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que, ao invés de vinculados a uma empresa, passaram a segurar categorias profissionais inteiras, nacionalmente. Como explica MINECUCCI (2011), ao mesmo tempo em que poderiam ter ampliado a assistência, os IAPs institucionalizaram “a diferenciação dessa assistência conforme a categoria de trabalhadores, reproduzindo na saúde as diferenciações observadas nas características gerais de cada instituto” (2011, p. 63). A autora ainda argumenta que a criação dos IAPs é marcada por uma política de restrição de despesas por parte das instituições previdenciárias, que passaram a adotar uma “concepção de previdência social mais restrita quanto aos benefícios, fixados em bases atuariais” (2011, p. 64).

A criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) na década de 1960 unifica todos os institutos e caixas sob um único sistema de previdência social, que passava a se estender a todos os trabalhadores urbanos independentemente de sua categoria profissional. Ao absorver todos os trabalhadores urbanos, o INPS passou a contar com um volume maior de recursos que pôde ser direcionado à assistência médica de seus segurados (MENICUCCI, 2011, p. 66). Como explica Menicucci (2011, p. 67-68), pressões pelo cuidado médico advindas de uma massa de trabalhadores urbanos assalariados, mas com más condições de trabalho e baixa remuneração, associadas à complexificação técnica e aumento dos custos da assistência médica levam, por sua vez, ao aumento da prestação de serviços médicos via INPS, em uma “medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, centrada no atendimento hospitalar” (MENICUCCI, 2011, p. 69). Este movimento, levou a “perda da importância relativa das medidas de saúde pública voltadas ao atendimento de necessidades coletivas e de caráter preventivo” (MENICUCCI, 2011, p. 69).

A criação do INPS não foi acompanhada da instalação de uma infraestrutura capaz de prestar serviços de saúde a toda a população segurada. Como explica Menicucci (2011 p. 71), a unificação das caixas e institutos e a incorporação de uma massa de trabalhadores antes não segurados trouxe uma demanda reprimida que não podia ser suprida pelas unidades da própria rede previdenciária. A opção do regime autoritário, em 1966, foi de dar prioridade à contratação de serviços privados “em detrimento da ampliação de serviços próprios”, o que favorecerá a expansão da rede privada (MENICUCCI, 2011, p. 74-75) e a construção do que a autora denomina de “complexo previdenciário” (MENICUCCI, 2011, p. 79).

Este se estruturava a partir de três microssistemas, um composto pela própria estrutura ambulatorial e hospitalar, o INPS, e depois de 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); outro constituído pela rede de serviços privados contratados pelo INPS; e outro estabelecido mediante convênios com empresas, que arcaiam com a assistência médica de seus empregados mediante o pagamento de subsídios públicos, o que se estabelecerá através da contratação pelas empresas de serviços especializados, as “medicinas de grupo”, ou “empresas médicas” ou “grupos médicos” (MENICUCCI, 2011, p. 80-84). Este complexo consolidava um modelo de saúde com ênfase no setor privado como prestador de serviços, pois, embora os órgãos e unidades de saúde da rede pública funcionassem, os convênios firmados com a rede privada chegaram, em 1980 a representar 70% da oferta de serviços médicos no país e 76% dos estabelecimentos hospitalares em 1986 (ARRETCHE, 2000). Não somente, as ações do Ministério da Saúde e secretarias estaduais ocorriam de forma paralela e desarticuladas das ações do INAMPS (DRAIBE, 1997), apesar de tentativas limitadas de articulação descentralizada pelas Ações Integradas de Saúde (ARRETCHE, 2000; DRAIBE, 1997).

Assim, nas palavras de Arretche “a massificação dos serviços de saúde fez-se basicamente a partir do fortalecimento de seu polo seguro-saúde, de base contributiva, assentado sobre a medicina curativa e a oferta de serviços hospitalares privados” (ARRETCHE, 2000, p. 200). Mais ainda, era uma expansão dos serviços de saúde calcada no sistema previdenciário e nas suas bases de financiamento, tendo no INAMPS a centralização do credenciamento de médicos, a contratação de serviços hospitalares, clínicos e laboratoriais, e o crédito subsidiado para a construção de hospitais (ARRETCHE, 2000, p. 199-200).

A conjuntura política da década de 1980 e a crise da política da saúde alteram este cenário (MENICUCCI, 2011, p. 163). Como explica Menicucci (2011), a década de 1980 e o processo de democratização trouxeram novos atores à arena política com poder de influência sobre o processo decisório. Não somente, a política de saúde em vigor esgotava sua capacidade de financiamento, um modelo de alto custo e baixa efetividade que, combinado à crise financeira, aumentava “a insatisfação de usuários, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde” (MENICUCCI, 2011, p. 163). Desde de 1970, se construía assim uma agenda política de mudança deste sistema, norteadas pelas noções de “universalização do acesso aos serviços, a descentralização da política federal de atenção à saúde e a hierarquização e unificação das ações” (ARRETCHE, 2000, p. 201). Estas eram bandeiras do movimento sanitário, que ganha espaço neste momento de redemocratização (ARRETCHE, 2000, p. 201). Em 1986, a VIII Conferência Nacional da Saúde aprovou de forma consensual a constituição de um Sistema Único de Saúde regido por estes princípios, ao que se seguiu a formação de uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária que consolidaria o debate na elaboração de um projeto a ser submetido à constituinte.

A reforma ganha espaço na Constituição de 1988, mas sofre dos embates com “os velhos atores” ligados ao sistema privado, atores que tiveram significativo poder de veto na preservação de arranjos já estabelecidos, ainda que não tenham barrado a implantação do sistema público e universal (MENICUCCI, 2011, p. 166). Como explica Menicucci, o resultado foi um acordo político que surgiria de “um processo de inovação pressionado por interesses e objetivos que tinham sido constituídos em decorrência de políticas anteriores, que limitaram a possibilidade de mudanças descontínuas, mas que, ao mesmo tempo, expressaram o dinamismo institucional ao definir um reordenamento do sistema público de saúde” (MENICUCCI, 2011, p. 166).

O texto constitucional, como se verá abaixo, aprova a saúde como “um dever do Estado de garantir o acesso universal a estes serviços” (ARRETCHE, 2000, p. 203) em um projeto inovador “com traços redistributivos e com objetivos igualitários”, mas limitou a reforma ao setor público, garantindo liberdade à iniciativa privada, sujeita apenas a “regulamentação, fiscalização e controle” do governo<sup>2</sup>. Esta regulamentação sofreria forte pressão dos interesses privados consolidados antes da Constituição (MENICUCCI, 2011, p. 234-236) e o modelo

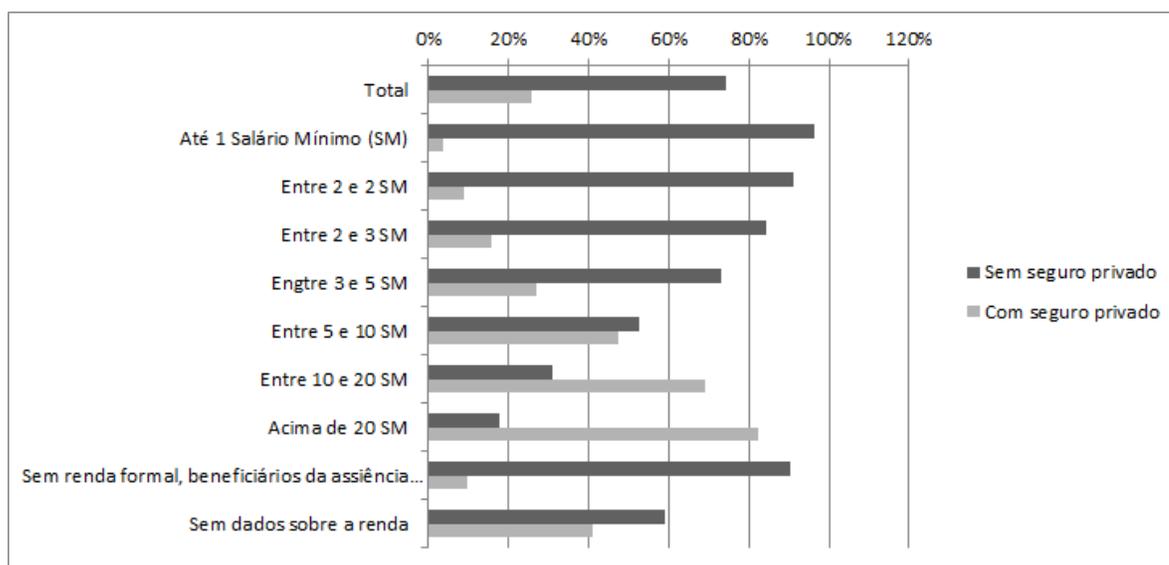
---

<sup>2</sup> Art. 197 da Constituição Federal. Conferir: BRASIL, Constituição Federal, edição compilada. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). (Acesso em 12/01/2018).

regulador adotado formalizaria essa “dualidade do sistema de atenção à saúde no Brasil, composto por um segmento público e outro privado” (MENICUCCI, 2011, p. 225), geridos por dois modelos de gestão distintos, um coordenado centralmente pelo Ministério da Saúde e outro por agências reguladoras vinculadas ao ministério - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O setor privado de seguros de saúde, hoje, cobre ao menos 24% da população brasileira<sup>3</sup>. Em um cenário de extrema desigualdade nacional, esta parcela da população compõem os setores mais ricos da sociedade (TRAVASSOS et al, 2000).

**Gráfico 1: Cobertura brasileira de planos privados conforme a renda (2008)**



Fonte: PNAD (2008). Salário mínimo de aproximadamente 415,00 reais em 2008<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao> (Acesso em 08/09/2017). Como destacam Piola et al (2010), existe grande variação deste percentual de cobertura estimado entre regiões e unidades da federação, “com elevada concentração dos beneficiários nas regiões Sudeste e Sul do país”.

<sup>4</sup> Não pude encontrar dados mais atuais sobre a cobertura privada em relação às faixas de renda por salário mínimo. O aumento do salário mínimo nos últimos anos, saindo de R\$ 415,00 em 2008 para R\$ 937,00 em 2017 pode ter alterado esta distribuição. Para uma análise do aumento do salário mínimo como uma política de proteção que reduziu desigualdades, ver Arretche (2015).

Aqueles protegidos pela sua posição formal no mercado de trabalho<sup>5</sup> têm mais acesso a serviços de saúde<sup>6</sup>, ao mesmo tempo em que não perdem sua proteção e cobertura pelo SUS<sup>7</sup>. Os extratos mais desprivilegiados da sociedade, contudo, apenas têm o sistema único como oferta de saúde e são, dessa forma, os maiores usuários do SUS (MENICUCCI, 2011).

O estabelecimento de um sistema único também não foi acompanhado por uma menor dependência do setor público em relação à prestação de serviços e o estabelecimento de convênios com o setor privado. Conforme relatório do Ipea de 2016, a grande maior parte (72,2%) dos estabelecimentos de saúde constantes do cadastro nacional em janeiro de 2015 pertencia a esfera privada, percentual que sobe para 88,1% no caso específico de clínicas e ambulatórios especializados (IPEA, 2016, p. 135).

O caráter dual do sistema ainda reforça desigualdades regionais. Nas palavras do relatório “a insuficiência de investimentos alimentou a grande dependência do SUS da provisão privada de serviços, especialmente nas ações de média complexidade – e essa oferta de serviços concentra-se nos centros urbanos de maior porte” (IPEA, 2016, p. 135). A concentração em centros urbanos maiores, acrescenta o relatório, é acompanhada por sua localização também desigual em relação às regiões do país. Analisando a concentração regional de equipamentos de diagnósticos de imagem, o relatório destaca que 67,2% deles localiza-se nas regiões Sul e Sudeste: “em 2012, enquanto na região Sudeste existiam 721 aparelhos de ressonância

---

<sup>5</sup> Como destacam Piola et al (2010), “trabalho e a renda são os fatores determinantes para a participação no sistema suplementar”, contando com “uma forte correlação positiva entre renda e cobertura por plano ou seguro privado de saúde”.

<sup>6</sup> Como apontam Piola et al (2010), trazendo dados de outros estudos, os beneficiários de planos de saúde utilizam mais serviços ambulatoriais (de 57% a 168%) que as pessoas cobertas exclusivamente pelo SUS. Santos, Ugá e Porto (2008) denominam este fenômeno de cobertura duplicada, e confirmam as tendências observadas por Piola et al (2010) analisando dados da PNAD de 2003. Segundo os autores, pessoas com plano de saúde entrevistadas em 2002 tiveram a maior taxa de internação de toda a população brasileira - 8,3% versus 7%, e superior a taxa de internações pelo SUS (4,7%). Não somente, explicam os autores, tiveram um percentual de atendimento de 19,7%, contra de 14,2% para toda a população brasileira e 8,1% para o SUS.

<sup>7</sup> O uso do SUS por pessoas com cobertura privada foi estimado por Soares, Ugá e Porto (2008) em “1,3% da população que possui plano de saúde” ou “15,4% da população possuidora de planos de saúde internada o foram pelo SUS”. Os autores ainda argumentam que “dados da ANS indicam que cerca de 20% dos mais de 900 mil atendimentos prestados pelo SUS a beneficiários de planos de saúde identificados, no período 1999 a 2005, se referiam a parto normal, parto por cesariana ou curetagem pós-aborto (...) nas hospitalizações, as especialidades mais frequentes em internações foram a clínica médica (31%), a clínica geral (31%) e a obstetria (22%)”, o que sugere “que não apenas procedimentos mais complexos migram para o SUS, o que poderia estar refletindo micro estratégias empresariais de contenção da utilização (barreiras para autorização de procedimentos, limitações da rede de serviços, carências etc.)”. (SANTOS, UGÁ e PORTO, 2008, p.1435).

As seguradoras são obrigadas a ressarcir o SUS pelos gastos dentro do sistema de beneficiários cobertos por seus planos, segundo o artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, regulamentado pela ANS. Esta possibilidade de ressarcimento, contudo, está sendo questionada perante o Supremo Tribunal Federal (RE 59.764, distribuído em 2009).

magnética e 12.667 ultrassonógrafos por 100 mil habitantes, na região Norte, eram apenas, respectivamente, 73 e 1.580 por 100 mil habitantes.” (IPEA, 2016, p. 136).

### 2.1.1. O desenho constitucional e legal do SUS

A Constituição brasileira de 1988 estabeleceu a saúde como parte de um conjunto de outros direitos sociais expressamente previstos em seu texto (educação, moradia, alimentação, trabalho, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade, à infância e assistência social<sup>8</sup>). Saúde ainda é incluída entre o rol de direitos dos trabalhadores urbanos e rurais<sup>9</sup> e é citada mais 62 duas outras vezes ao longo do documento. Além de prever este direito, a Constituição estabelece os limites gerais que condicionam a capacidade do Legislativo e do Executivo, de todos os entes federativos, em legislar sobre o tema, financiar e prestar serviços de saúde.

A constitucionalização deste direito segue padrões semelhantes àqueles observados ao longo do texto constitucional, que atribui grande ênfase a disposições sobre políticas públicas (*policy*) especialmente voltadas à regulação da ordem social (ARANTES e COUTO, 2006)<sup>10</sup>. Saúde é um dos temas tratados sob o título da ordem social, integrando o que a Constituição denomina como seguridade social, “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

---

<sup>8</sup> Artigo 60 da Constituição Federal, caput., com redação dada pela Emenda Constitucional, que incluiu no rol de direitos sociais, moradia, alimentação e transporte. Conferir: BRASIL, Constituição Federal de 1988, redação original. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constitu\\_icao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constitu_icao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html) (Acesso 12/01/2018), e BRASIL, Constituição Federal, edição compilada. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) (Acesso 12/01/2018).

<sup>9</sup> Art. 7º da Constituição Federal. Conferir: BRASIL, Constituição Federal, edição compilada. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) (Acesso 12/01/2018).

<sup>10</sup> O trabalho de Rogério Arantes e Cláudio Couto, através de sua metodologia de Metodologia de Análise Constitucional (MAC), avaliou dispositivos constitucionais da redação original do documento e de suas emendas, demonstrando que já o texto original tem em torno de 30% de seus dispositivos classificados como “policy”, ou seja, típicos do jogo político e das decisões governamentais ligadas a políticas públicas. Este percentual sobe para 70% e 60% se analisados só os dispositivos que tratam da ordem econômica e financeira e da ordem social, respectivamente. Analisando apenas as Emendas Constitucionais promulgadas durante o governo FHC, os autores identificam que a maior parte dos dispositivos (68,8%) também se tratava de policy, o que leva os autores a concluir que “Tomar decisões e implementar políticas governamentais são atividades que, no Brasil pós-1988, não lograram adquirir uma rotina apenas infraconstitucional. Pelo contrário, boa parte dessas atividades teve lugar no nível superior da hierarquia legislativa, ou seja, na própria Constituição” (ARANTES e COUTO, 2006, p. 42)

assistência social”<sup>11</sup>, cabendo ao poder público organizar este sistema a partir de sete objetivos: “universalidade da cobertura e do atendimento”; “uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais”; “seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços”; “irredutibilidade do valor dos benefícios”; “equidade na forma de participação no custeio”; “diversidade da base de financiamento”; e “caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”<sup>12</sup>.

A saúde, especificamente, recebe uma seção inteira da Constituição (do artigo 196 ao artigo 200), estabelecida como “um direito de todos e dever do Estado”, a ser 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.”<sup>13</sup> A Constituição prevê ainda que os serviços e ações em saúde sejam prestados por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, compondo um sistema único seguindo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade<sup>14</sup>.

A regulamentação do SUS se dá inicialmente pela Lei 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que retoma os princípios e desenho constitucional para estruturar o desenho geral do sistema, atribuindo competências aos diferentes entes federativos. Esta lei recebeu sucessivas alterações desde 1990<sup>15</sup>, mas, no formato em que se estabelece atualmente assenta novamente a opção pela participação complementar da iniciativa privada e organiza o SUS de forma regionalizada e hierarquizada. Cria as comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde e integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Além disso, prescreve que a articulação das políticas e programas deverá ser realizada por meio destas comissões intersetoriais. Por meio das comissões intergestores Bipartite e Tripartite, estabelece foros de negociação e pactuação

---

<sup>11</sup> Art. 194 da Constituição Federal. Conferir: BRASIL, Constituição Federal, edição compilada. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) (Acesso 12/01/2018).

<sup>12</sup> Art. 194 da Constituição Federal. Conferir: BRASIL, Constituição Federal, edição compilada. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) (Acesso 12/01/2018).

<sup>13</sup> Art. 196 da Constituição Federal. Conferir: BRASIL, Constituição Federal, edição compilada. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) (Acesso 12/01/2018).

<sup>14</sup> Art. 198 da Constituição Federal. Conferir: BRASIL, Constituição Federal, edição compilada. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) (Acesso 12/01/2018).

<sup>15</sup> Alterações em 1999 (Lei 9.836); 2002 (Lei 10.424); 2005 (Lei 11.108); 2011 (Leis 12.401 e 12.466); 2013 (Lei 12.863 e 12.845); 2015 (Lei 13.097); 2012 (Lei Complementar 141); 2017 (Lei 13.427).

entre gestores, para que deliberem sobre aspectos operacionais do SUS. Já os conselhos nacionais de secretários de saúde e de secretarias municipais de saúde, CONASS e CONASEMS, são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social. A Lei ainda normatiza o subsistema de atendimento e internação domiciliar, o subsistema de atenção à saúde indígena; o subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto e pós-parto; e a assistência terapêutica e incorporação de novas tecnologias em saúde (alteração incluída em 2011 como consequência da criação da CONITEC, como veremos a seguir). A mesma lei ainda dá os fundamentos da gestão financeira e planejamento orçamentário do SUS.

Além da LOS, a Lei 8.142/1990, também é considerada uma norma estruturante do sistema, dispondo sobre a composição geral e atribuições da Conferência de Saúde<sup>16</sup> e do Conselho Nacional de Saúde<sup>17</sup>. A lei ainda normatiza a alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, de que trataremos mais à frente.

À exceção especialmente destas duas leis (e da Lei Complementar 141/2002, de que tratarei abaixo), a maior parte da regulamentação estruturante do SUS<sup>18</sup> se dá por meio de normas operacionais, resoluções, portarias e dos resultados das pactuações entre os entes federados. O dia a dia da política pública dentro do SUS, assim, ocorre pela aplicação de normas não legislativas, elaboradas no curso da gestão e de acordo com as necessidades do sistema, em um movimento que se dá dentro e entre as comissões e órgãos gestores do SUS<sup>19</sup>. A capilaridade destas normas acompanha a complexificação do sistema, sua descentralização e, especialmente regionalização. Nos tópicos abaixo discuto algumas dessas normas de acordo com sua adequação ao tema discutido.

---

<sup>16</sup> As conferências nacionais de saúde são realizadas ao menos desde 1947 (ARRETCHE, 2000, p. 202), passando a encontrar previsão legal com a Lei 8142/1990, que estabelece sua reunião regular a cada quatro anos “com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.” (art. 1º, parágrafo 1º da Lei 8142/1990).

<sup>17</sup> O Conselho Nacional de Saúde é a instância deliberativa máxima do SUS, órgão permanente e vinculado ao Ministério da Saúde, cabendo a ele aprovar a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde. O Conselho Nacional conta com representação do CONASS e CONASEMS. Ver: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm> (Acesso 13/12/2017).

<sup>18</sup> Para um compilado de normas estruturantes, ver: Brasil (2011).

<sup>19</sup> Agradeço a Fernanda Terrazas por estas considerações.

### 2.1.2. Financiamento público da saúde

Como discutido acima, até a reforma sanitária dos anos de 1980, o sistema de saúde excluía grande parte da população não segurada e dispunha apenas de poucos recursos orçamentários destinados ao Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais, ou mesmo, dependia apenas de serviços oferecidos por entidades religiosas e filantrópicas (Piola et al, 2013). Como explicam Piola et al (2013), até 1988 os recursos do Ministério da Saúde representavam menos de 20% dos recursos federais com a política, a maior parte dos quais vinculados à previdência e assistência social.

A constituição de 1988, em seu texto original, apenas determinou que toda a seguridade social deveria ser financiada pela sociedade, de forma direta ou indireta, através de recursos orçamentários dos três entes da federação, além da arrecadação com contribuições sociais sobre empregadores, trabalhadores e receitas de concursos públicos. Coube à Emenda Constitucional 29/2000 vincular recursos específicos da arrecadação tributária e transferências constitucionais dos três entes a ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Em seguida, a Emenda Constitucional 86/2015 estabeleceu um teto mínimo de gastos com saúde para a União de 15% da receita corrente líquida (RCL)<sup>20</sup>, determinando que este percentual seria atingido de forma paulatina: “em 2016, será equivalente a 13,2% da RCL; em 2017, 13,7%; em 2018, 14,1%; em 2019, 14,5%; e, a partir de 2020, corresponderá a 15% da RCL” (IPEA, 2016, p. 182). A Emenda 95/2016 alterou esta vinculação especificamente para a União, estabelecendo um novo e controverso regime fiscal que fixa já em 2017 um percentual mínimo de 15% da receita corrente líquida a ser despendida com saúde, mas, a partir de 2017 congela este montante que passa a ser corrigido anualmente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Na prática, a Emenda Constitucional desvinculou as despesas com saúde das receitas da União e tem o impacto de reduzir o orçamento federal destinado ao SUS, na medida em que esta deixa de incorporar a variação nominal do PIB, mas apenas a da inflação. (VIEIRA e BENEVIDES, 2016).

A Lei Complementar n. 141/2012 estabeleceu os tetos para os Estados e Municípios. Em linhas gerais, para Estados, cabe destinar obrigatoriamente 12% da sua receita com os impostos

---

<sup>20</sup> Art. 198 da Constituição Federal. Conferir: BRASIL, Constituição Federal, edição compilada. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) (Acesso 12/01/2018).

de transmissão causa mortis e doação (ITCMD), sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços (ICMS), e sobre propriedade de veículos automotores (IPVA), além da receita advinda de transferências federativas obrigatórias da arrecadação federal de imposto sobre a renda (IR) e sobre produtos industrializados (IPI), e dos recursos que compõem o Fundo de Participação dos Estados. Todas estas receitas consideram as deduções com transferências de Estados aos Municípios.

Para os Municípios, cabe destinar obrigatoriamente 15% da receita obtida a partir dos impostos sobre propriedade predial e territorial urbana (IPTU), sobre a transmissão "inter vivos" de bens imóveis (ITBI), e sobre serviços de qualquer natureza (ISS), além da receita advinda de transferências federativas obrigatórias provenientes da arrecadação federal de imposto sobre a renda e sobre produtos industrializados (recursos do Fundo de Participação dos Municípios), de parcela da arrecadação estadual com IPVA e ICMS e de parcela das transferências federais aos Estados a partir da arrecadação federal com IPI. O quadro a seguir resume estas fontes de financiamento:

**Tabela 5: Fontes de receitas e deduções para a saúde.**

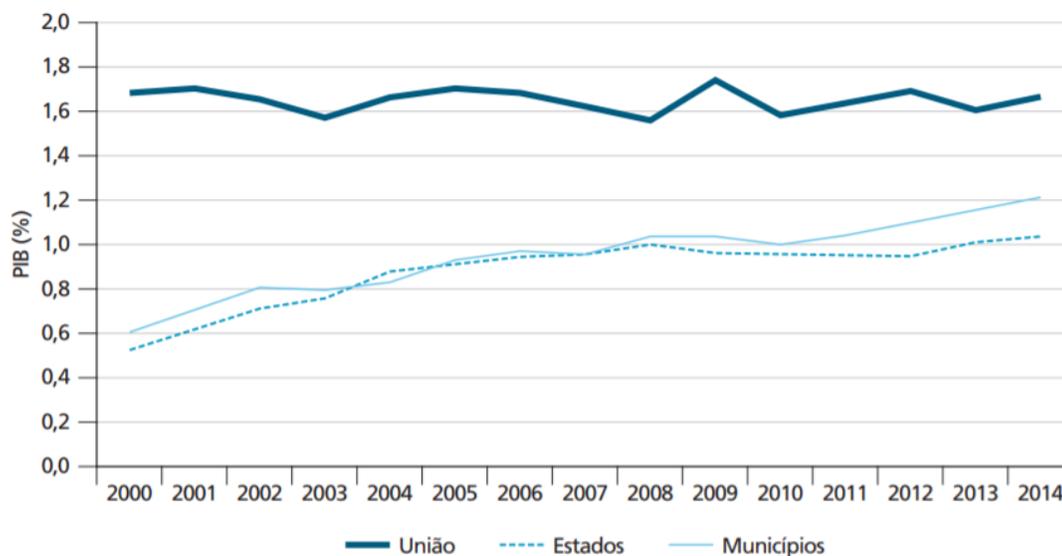
	<b>União</b>	<b>Estados</b>	<b>Municípios</b>
<b>RECEITAS (I)</b>	Receita Tributária	ITCD, ICMS, IPVA, IRRF Multas, Juros de Mora e	IPTU, ITBI, ISS, ITR, IRRF Multas, Juros de Mora e
	Receita de Contribuições	Outros Encargos dos Impostos	Outros Encargos dos Impostos
	Receita Patrimonial	Dívida Ativa dos Impostos Multas, Juros de Mora e	Dívida Ativa dos Impostos Multas, Juros de Mora e
	Receita Agropecuária	Outros Encargos da Dívida Ativa	Outros Encargos da Dívida Ativa
	Receita Industrial	Cota-Parte FPE	Cota-Parte FPM
	Receita de Serviços	Cota-Parte IPI-Exportação	Cota-Parte ITR, Cota-Parte IPVA, Cota-Parte ICMS, Cota-Parte IPI-Exportação
	Transferências Correntes	Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais
	Receitas correntes a classificar	Desoneração ICMS (LC 87/96)	Desoneração ICMS (LC 87/96)
	Outras receitas correntes	Outras	Outras

<b>DEDUÇÕES (II)</b>	Transferências Constitucionais e Legais	Parcela do ICMS Repassada aos Municípios		
	Contrib. Emp. e Trab. p/ Seg. Social	Parcela do IPVA Repassada aos Municípios		
	Contrib. Plano Seg. Social do Servidor	Parcela da Cota-Parte do IPI-Exportação Repassada aos Municípios		
	Compensação Financeira RGPS/RPPS			
	Contr. p/ Custeio Pensões Militares			
	Contribuição p/ PIS/PASEP			
	<b>TOTAL DAS RECEITAS (III) = I - II</b>	<b>TOTAL DAS RECEITAS (III) = I - II</b>	<b>TOTAL DAS RECEITAS (III) = I - II</b>	
	<b>VALOR MÍNIMO A SER APLICADO</b>	<b>VALOR MÍNIMO A SER APLICADO</b>	<b>VALOR MÍNIMO A SER APLICADO</b>	
	<b>(IV) = (III x 0,15)</b>	<b>(IV) = (III x 0,12)</b>	<b>(IV) = (III x 0,15)</b>	

(Fonte: BRASIL, “Base de Cálculo e aplicação mínima pelos entes federados em ações e serviços de saúde”, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: 2016)

Como destacam Piola et al. (2013), após a EC 29/2000, houve um aumento da participação de Estados e Municípios no financiamento do SUS. Em 2000 a União custeava quase 60% dos gastos totais com a política, participação que caiu para 44% em 2011, enquanto a de Estados passou de 18,5% a 25,7% e Municípios de 21,7% a 29,6%. Não somente, houve um aumento na própria alocação de recursos ao SUS, que passou de 29 bilhões de reais em 2000 a 89 bilhões em 2011 (Piola et al., 2013, p. 14). Analisando um período mais longo, de 2000 a 2014, o relatório de acompanhamento e análise de políticas sociais do Ipea (IPEA, 2016) indica que após a regulamentação da EC 29/2000 pela LC 141/2012, houve um aumento geral com os gastos em saúde em relação ao PIB, que passou de 2,83% em 2000 a 3,93% em 2014, tal aumento, também reporta este relatório, se deu especialmente pela ampliação dos gastos estaduais e municipais em relação à União, que manteve um crescimento dos gastos em saúde estável restrito à variação nominal do PIB.

**Gráfico 2: Gastos com ASPS em relação ao PIB (2000-2014)**



Fonte: Tabela extraída do relatório elaborado pelo IPEA (2016, p. 179).

Analisando também neste período a participação relativa de cada ente no financiamento do SUS, o mesmo relatório também destaca que “entre 2000 e 2014, a participação dos estados e municípios no gasto público total com ASPS passou de 40,2% para 57,5%, enquanto a participação da União caiu de 59,8% para 42,5%” (IPEA, 2016, p. 180). Para Municípios, especificamente, esta participação passou de 21,7% a 31,1% e, para Estados, de 18,5% a 26,4%. Em relação a receitas próprias, os Municípios passaram a aplicar em saúde de 14% em 2000 a 23% em 2014, e Estados de 9,4% a 13,5% no mesmo período, demonstrando que as novas regras de financiamento e vinculação “significaram um esforço muito maior para os estados e municípios: para estes, a emenda representou um aporte crescente de recursos” (IPEA, 2016, p. 181)<sup>21</sup>.

Ainda com um aumento dos gastos anuais com saúde, o sistema ainda é considerado subfinanciado se comparado o gasto per capita com saúde tanto no âmbito da saúde supletiva e como em outros países. Comparando o valor gasto por beneficiário em 2012, a saúde supletiva despendia em média R\$ 1.672,00 per capita, enquanto que o setor público R\$ 903,52 (IPEA,

<sup>21</sup> Estes dados referem-se a período anterior à vigência da EC 86/2015 e à vigência da EC 95/2016.

2016, p. 138). Do gasto total per capita com saúde, apenas 48% destes gastos se dão por meio de recursos públicos no Brasil, percentual semelhante ao dos Estados Unidos (47%), que sequer detém um sistema público universal e que despende per capita quatro vezes mais em gastos públicos per capita (Ipea, 2016, p. 139).

**Tabela 6: Gato total per capita e gasto público per capita com saúde em 2013.**

País	Gasto total <i>per capita</i> (dólar internacional PPP <sup>1</sup> )	Gasto público <i>per capita</i> (dólar internacional PPP <sup>1</sup> )	Gasto público (%)
Estados Unidos	9.146	4.307	47
Alemanha	4.812	3.696	77
Canadá	4.759	3.322	70
França	4.334	3.360	78
Inglaterra	3.311	2.766	84
Espanha	2.846	2.004	70
Portugal	2.508	1.622	65
<b>Brasil</b>	<b>1.454</b>	<b>701</b>	<b>48</b>
Argentina	1.725	1.167	68
Chile	1.678	795	47
Uruguai	1.715	1.203	70

Fonte: Tabela extraída do relatório elaborado pelo IPEA (2016, p. 139).

Com a vigência da Emenda Constitucional 95/2016, é provável que o gasto público per capita com saúde do Brasil se torne ainda menor. Vieira e Benevides (2016), projetam que para 2017 estes gastos no âmbito federal já se reduziriam de R\$519 per capita previstos sob a regra antiga, para R\$ 446 com o novo regime.

### 2.1.3. Organização

A Constituição estabelece a saúde como um tema legislativo de competência concorrente entre os entes federativos<sup>22</sup> e como um serviço cuja prestação é competência comum entre União, Estados e Municípios. Os três entes, pela Lei 8080/1990, compartilham competências comuns na definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde e na administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à política. Além disso, participam conjuntamente da elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS) e do planejamento das ações do sistema, o qual se dá de forma “ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos” (CONASS, 2015, p. 11).

A organização geral do SUS está especialmente disciplinada pelo Decreto 7.508 de 2011, que regulamenta a LOS a partir das diretrizes acordadas no Pacto pela Saúde de 2006 (CONASS, 2015, p. 25). Nos termos da Constituição e da LOS, o decreto estabelece que o SUS se define pela “conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada” (CONASS, 2015, p. 25).

As comissões intergestores são órgãos-chave na organização descentralizada do SUS, servindo de espaço de articulação interfederativa para determinar as ações e serviços de saúde integrados, que serão implementados nas redes de atenção à saúde. O decreto diferencia as competências gerais de cada comissão, estabelecendo que a Comissão Intergestores Tripartite se organiza no âmbito da União e é vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais. Ela tem a competência exclusiva de pactuar sobre as diretrizes gerais para a composição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), além de determinar os critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão, além de estabelecer as diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais destas regiões quando situadas em fronteiras com outros países.

---

<sup>22</sup> Art. 24 da Constituição Federal. Conferir: BRASIL. Constituição Federal, edição compilada. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) (Acesso 13/01/2018).

As Comissões Intergestores Bipartite e Regional se organizam no âmbito estadual e se vinculam as secretarias estaduais de saúde, tanto em efeitos administrativos como operacionais. Segundo o decreto, as três comissões devem pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde. Não somente, estabelecem diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos. Por fim, também pactuam as diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, além de demarcar as responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde. Representadas nas três comissões podem estar os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS), de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), órgãos que reúnem secretários das unidades federativas subnacionais.

#### **2.1.4. Espaço**

Para esta organização regionalizada e hierarquizada, estabelecem-se as Regiões de Saúde, espaços não adstritos às fronteiras estaduais ou municipais. Os limites das regiões são definidos pelos estados em articulação com municípios, nas comissões intergestores, que organizam as regiões como espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes e delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados<sup>23</sup>. Estas regiões devem conter ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde<sup>24</sup>. São elas a referência para as transferências de recursos entre entes federativos assim como definem o âmbito geográfico das Redes de Atenção à Saúde.

---

<sup>23</sup> BRASIL, Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011, art. 2º, I. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm) (Acesso 13/01/2018)

<sup>24</sup> BRASIL, Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011, art. 5º. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm) (Acesso 13/01/2018)

Como discorre o decreto 7.508/2011, as redes se estruturam nas regiões de saúde por meio de um conjunto de serviços mais ou menos complexos que se iniciam pela “porta de entrada”, composta pela de atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e portas de entrada especiais de acesso aberto. A definição destas portas se dá pelas comissões intergestores em acordos pactuados no âmbito estadual e municipal. Da porta de entrada seguem os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, que servem como referências às portas de entrada. Esta relação entre portas de entrada e referências estabelece a rede de atenção, que pretende prover que o cuidado de saúde se dê de forma contínua, com um fluxo de atendimento ordenado de acordo com as pactuações dentro das comissões intergestores. Como dispõe o artigo 20 do decreto, “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual”<sup>25</sup>.

#### **2.1.5. Gestão de recursos**

A gestão dos recursos e transferências entre unidades federativas também ocorre de forma descentralizada e compartilhada entre os três entes federativos. Aprovado o orçamento anual do SUS pelo Congresso Nacional e presidência, a sua execução se dá via Fundo Nacional de Saúde, previsto na Lei 8142/1990<sup>26</sup>. O repasse a Estados e Municípios é feito de três formas: (i.) transferências fundo a fundo; (ii.) por meio da celebração de convênios; e (iii.) como remuneração por prestação de serviços a estabelecimentos de saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013, p. 74). Na primeira modalidade as transferências são realizadas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, seguindo as regras gerais dispostas pelo artigo 17 da Lei Complementar n. 141/2012<sup>27</sup>, que vincula estes repasses tanto às necessidades de saúde da população, como ao planejamento das comissões intergestores e Conselho Nacional de Saúde. A segunda forma de transferência se dá por convênios ou transferências voluntárias entre Estados, Municípios e União, quer para financiar despesas de custeio quer de

---

<sup>25</sup> BRASIL. Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011, art. 20. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm) (Acesso 13/01/2018)

<sup>26</sup> BRASIL. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm) (Acesso 13/01/2018).

<sup>27</sup> BRASIL, Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012, art. 17. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm) (Acesso 13/01/2018).

investimentos. Estes convênios também podem ser celebrados com instituições privadas, a terceira forma de transferência, que receberão repasses para o cumprimento do serviço conveniado (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013, p. 74-75).

### **2.1.6. Serviços e Assistência Farmacêutica**

O rol mínimo de serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde é estabelecido pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), pretendendo garantir a integralidade da assistência à saúde. O conteúdo da RENAMES é estabelecido pelo Ministério da Saúde, observando as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite. Não somente, União, Estados e Municípios pactuam também para dividir responsabilidades em relação a quem deve prover cada serviço, garantido, inclusive, que Estados e Municípios possam adotar relações de serviços específicas e complementares a RENAMES. Além de um rol mínimo de serviços, os entes federados também devem ofertar dentro de cada rede um rol mínimo de medicamentos padronizados, especificado pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Como estabelece o Decreto 7508/2011<sup>28</sup>, o Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e estabelecer os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite.

Cabe a União, ainda, a incorporação de novas tecnologias em saúde. Até 2011, esta incorporação era realizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia (CITEC), atividade que passou a ser exercida pela Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias no SUS (CONITEC), com a edição da Lei 12.401/2011. Tratarei mais adiante da CONITEC no contexto dos efeitos institucionais da judicialização.

Tal como no caso da RENAMES, Estados e Municípios podem adotar relações específicas e complementares de medicamentos. O Decreto 7508/2011 ainda estabelece que o acesso a assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente, que o usuário seja assistido por ações e serviços do SUS; que tenha o medicamento prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS; que esta prescrição esteja em conformidade com a

---

<sup>28</sup> BRASIL. Decreto n. 7508 de 28 de junho de 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm) (Acesso 13/01/2018)

RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e que a dispensação ocorra em unidades indicadas pela direção do SUS. Esta política geral pode ser ampliada pelos entes federativos e o Ministério da Saúde pode, ainda, estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos especializados. Qualquer medicamento provido por estes entes deve, contudo, ser produto com registro na ANVISA.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) é anterior ao Decreto de 2011, e se estabeleceu em 1998 pela Portaria GM/MS n. 3.916/1998. Como explicam Oliveira et al (2010), esta Portaria estabeleceu as finalidades da Assistência Farmacêutica no SUS, “como um grupo de atividades relacionadas com medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade” (OLIVEIRA et al, 2010, p. 3562). A gestão da política foi estabelecida de forma descentralizada, de modo que a aquisição de medicamentos deveria se adequar ao perfil epidemiológico das regiões. Não somente, a portaria determinou que a política se articulasse a partir da RENAME, cuja atualização se daria pelo Ministério da Saúde, contemplando “um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País” (Portaria 3916/1998<sup>29</sup>).

Oliveira et al (2010) reconstroem a história da PNM até 2007, explicando que antes dela a assistência farmacêutica no Brasil se confundia com a ação da Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971 e que fornecia medicamentos constantes da RENAME à população de baixa renda, utilizando recursos financeiros do INPS. Com a extinção do INPS no início dos anos 90, a aquisição de medicamentos passou a se dar por meio de recursos federais, estaduais e municipais através de convênios que os entes mantinham com a CEME. Esta foi extinta em 1997, em um contexto marcado por “atritos entre a instituição e os laboratórios oficiais e escândalos de corrupção” (Oliveira et al., 2010). Em 1998 foi editada a Portaria 3916/1998 e se estabeleceu a PNM, articulada com a criação recente do SUS. Esta política foi paulatinamente regulamentada ao longo dos anos no âmbito federal, com a criação de programas específicos destinados, dentre outros, à saúde da mulher, tabagismo, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Em 2004, se estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica atualmente em vigor,

---

<sup>29</sup>BRASIL. Portaria 3.916 de 30 de outubro de 1998. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html) (Acesso 13/01/2018)

definida pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 338/2004 como um conjunto de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, assumindo o medicamento como um insumo essencial que deve ser utilizado de forma racional.

Como explicam Aurea et al (2011), a Política de Assistência Farmacêutica se organiza em um ciclo que envolve “etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, com suas interfaces nas ações de atenção à saúde”. Seu financiamento é de responsabilidade dos entes federativos e se organiza em três componentes que compõem o bloco de financiamento da assistência farmacêutica – componente básico, estratégico e especializado. Cada componente se liga a programas específicos da assistência farmacêutica, que, por sua vez, determinam os entes responsáveis pelo financiamento da aquisição de seus medicamentos.

Como explica Chieffi (2017), o componente básico tem como objetivo o tratamento de doenças frequentes na população. O financiamento deste componente é de competência compartilhada entre os três entes da federação para a maior parte dos programas, mas a aquisição da maior parte deles e sua dispensação são pactuadas entre Estados e Municípios (BRASIL, 2015)<sup>30</sup>. Fazem parte do componente básico, por exemplo, o elenco de referências da atenção básica, medicamentos para hipertensão arterial e diabetes, as insulinas, medicamentos para doenças respiratórias da infância, saúde mental, contraceptivos, saúde da mulher e saúde mental.

Os medicamentos do componente estratégico destinam-se a doenças e condições contempladas pelo Ministério da Saúde como agravos que configuram riscos à coletividade ou problemas de saúde pública. Fazem parte do componente estratégico, por exemplo, os tratamentos das endemias de abrangência nacional e regional, como tuberculose, hanseníase e malária. Não somente fazem parte deste componente os tratamentos para DST/AIDS, tratamentos para coagulopatias hereditárias e os imunobiológicos (dentro do Programa Nacional de Imunizações, conforme Aurea et al., 2011), além dos medicamentos e insumos para o combate ao tabagismo e para alimentação e nutrição (AUREA et al, 2011). O financiamento e aquisição destes medicamentos, como explica Chieffi (2017), cabe exclusivamente ao Ministério da Saúde, com distribuição realizada Secretarias Estaduais, que dispensam estes

---

<sup>30</sup> Como explica Chieffi (2017), o Ministério da Saúde é responsável pelo repasse da sua parcela de recursos para todos os programas do componente básico, mas, especificamente, para as insulinas e contraceptivos, o Ministério da Saúde financia sua aquisição integralmente, adquire e remete estes medicamentos para os almoxarifados do Estados, que, por sua vez, distribuem estes itens aos municípios para dispensação.

tratamentos de forma regionalizada, através de Centros de Referência e Unidades Básicas de Saúde.

Por fim, o componente especializado foi instituído pela Portaria GM/MS n. 2981/2009<sup>31</sup>, substituindo o componente de dispensação excepcional, que vigorava até então. Este componente disponibiliza o tratamento para doenças específicas que exijam medicamentos de “alto custo”, tais como doença de Guacher, Alzheimer, doença de Parkinson, hepatites B e C e medicamentos para pacientes renais crônicos, transplantados. De acordo com a Portaria GM/MS 1554/2013, os medicamentos deste componente são divididos em grupos de acordo com a complexidade do tratamento da doença, a necessidade de garantir integralidade do tratamento no âmbito da linha de cuidado, e visando a manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

Assim, o grupo 1 concentra tratamentos financiados exclusivamente pelo Ministério da Saúde, podendo ser (i.) adquiridos por este ente de forma centralizada, mas fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados, que se ocuparão da programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças; (ii.) medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros às Secretarias de Saúde dos Estados, responsáveis pela aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação. Fazem parte deste grupo medicamentos para doenças de maior complexidade, ou marcadas pela refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento. Não somente, como dispõe a portaria, este grupo também inclui medicamentos de elevado impacto financeiro ou que se incluam em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

O grupo 2 é composto por medicamentos cujo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação é de competência exclusiva das Secretarias de Saúde Estaduais. São medicamentos para doença de menor complexidade que aquelas definidas no Grupo 1, ou com refratariedade ou intolerância apenas a primeira linha de tratamento.

Por fim, o grupo 3 é composto de medicamentos que são agregados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, sob responsabilidade para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação tanto das Secretarias estaduais quanto dos

---

<sup>31</sup> Hoje substituída pela Portaria do Ministério da Saúde n. 1.554 de 30 de julho de 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554\\_30\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html) (Acesso 13/01/2018).

municípios. Como explica Chieffi (2017), são medicamentos que garantem as linhas de cuidado dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Além destes componentes e programas, os tratamentos oncológicos são organizados dentro de uma política específica de tratamento e prevenção nacional (CHIEFFI, 2017). A política de tratamentos oncológicos visa o tratamento integral do paciente através de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). De acordo com Chieffi (2017), esta política se organiza de forma articulada entre os três entes federativos e o atendimento do paciente “não se restringe, apenas, à utilização de Protocolos e Diretrizes Terapêuticas pelos prescritores e ao fornecimento de medicamentos” (Chieffi, 2017, p. 21).

Como veremos no item abaixo, a literatura argumenta que um dos principais efeitos da judicialização é alterar a organização da Política de Assistência Farmacêutica. Não só ela exige que o SUS disponibilize medicamentos não aprovados pela ANVISA, fora das listas e dos protocolos clínicos, mas desorganiza a divisão interna de responsabilidades da política, exigindo que entes não competentes realizem a compra e dispensação de medicamentos que seriam de responsabilidade de outra esfera de governo.

## **2.2. Judicialização da saúde: um fenômeno global e brasileiro**

A partir deste desenho geral e resumido do SUS, podemos revisar os principais argumentos e evidências que caracterizam o que a literatura veio a chamar de judicialização da saúde. O recurso ao Judiciário como uma forma de garantir o direito à saúde não é um fenômeno brasileiro. Na verdade, o debate brasileiro sobre a própria justiciabilidade de direitos sociais, de uma maneira geral, insere-se em um contexto mais amplo em que Cortes por todo o mundo são acionadas por indivíduos e grupos de interesse que, através da linguagem de direitos, passam exigir prestações positivas do Estado, individuais, coletivas ou mesmo estruturais. Trata-se de uma das facetas da própria noção geral de judicialização da política (TATE e VALINDER, 1995), em que o poder institucional de Cortes por todo o mundo se expande e o Judiciário passa a funcionar como espaço adicional de veto sobre decisões políticas, tanto para atores que já fizeram parte do processo decisório, como para outros atores e grupos de interesse deixados de fora, ou que consideram o Judiciário um espaço que lhes é mais favorável a contestação (TAYLOR 2007). Cortes não só “ampliam o leque de atores que podem influenciar a implementação de políticas públicas”, como “podem funcionar como um local institucional mais favorável para contestar” estas mesmas políticas (TAYLOR, 2007, p. 234).

Especificamente para o direito à saúde, Gloppen e Roseman (2011) apontam que o fenômeno é global, não só restrito a países que constitucionalizaram este direito recentemente, tampouco um fenômeno adstrito a Cortes nacionais. Países do Norte Global e Cortes internacionais têm sido mobilizadas para promover alterações estruturais em políticas de saúde por todo mundo ou para garantir a saúde de indivíduos específicos. Não somente, na opinião das autoras, a judicialização permitiu avançar globalmente políticas de prevenção e tratamento do HIV/AIDS, da proteção da saúde de populações encarceradas, o acesso a medicamentos genéricos e a garantia de direitos reprodutivos, além de envolver esforços para permitir condições mínimas globais à saúde, como água, alimento e meio ambiente saudável.

O fenômeno, contudo, é especialmente estudado a partir da perspectiva de países do Sul Global, com um grande número de trabalhos voltados à judicialização na África do Sul (FERRAZ, 2011b; COOPER, 2011; BILCHITZ, 2010), Índia (PARMAR e WAHI, 2011), e países da América Latina como Argentina (BERGALLO, 2011; KAPISZEWSKI, 2012),

Colômbia (LAMPREA MONTEALEGRE, 2015; RODRIGUES-GARAVITO, 2011; YAMIN, PARRA-VERA e GIANELLA, 2011), Costa Rica (WILSON, 2011) e Brasil. A judicialização na maior parte destes países está intimamente relacionada com a emergência, nos anos 90, de terapias antiretrovirais para tratamento de HIV/AIDS (YAMIN, 2011) e com a edição de novas constituições nacionais, fruto da redemocratização operada nos anos 80 em países na América Latina e África do Sul, que incorporaram um extenso rol de direitos sociais, econômicos e culturais reconhecidos pela ONU.

Apesar de se tratarem de países distintos com sistemas de saúde e sistemas de justiça organizados também de forma distinta, a judicialização da saúde no Brasil se aproxima de algumas tendências gerais encontradas em outros países da América Latina, com um grande volume de casos individuais e altas taxas de sucesso dos litigantes (alta procedência de seus pedidos judiciais). Os casos da Colômbia, Costa Rica e Argentina são exemplificativos destas semelhanças.

Na Argentina, Bergallo (2011) demonstra que na cidade de Buenos Aires, de 1998 a 2007, o volume de casos de saúde triplicou saindo de um patamar de 449 para 1159 ajuizados. Não somente, a taxa de sucesso dos demandantes varia entre 80 e 90%, tendência semelhante ao que veremos em alguns Estados brasileiros. Do total de 6528 casos analisados pela autora neste período, 98,5% foram propostos por indivíduos. Não somente, a maioria dos demandantes é moradora de áreas com renda relativamente alta e parte do sistema contributivo de saúde, ou seja, empregados formalmente ou capazes de pagar seguros privados. Em sua maior parte, representados por advogados privados. À semelhança do caso brasileiro, como veremos a maior parte das demandas argentinas requer acesso a medicamentos, tratamentos e serviços médicos, especialmente medicamentos, que representam a maioria dos casos.

Na Costa Rica, argumenta Wilson (2011), apesar de não haver um direito à saúde claramente garantido na constituição, o país detém um sistema público e universal de saúde e uma Suprema Corte que pode ser acessada diretamente por seus cidadãos individualmente e de forma coletiva via *amparo*. A Corte construiu, através de sua jurisprudência, um direito fundamental à saúde e casos de saúde são apreciados pela Corte com prioridade. O volume de casos com o tema aumentou desde 1999 de forma mais rápida que os demais temas levados à Corte, saindo de um patamar de menos de 100 casos, em 1999, para mais de 500 casos em 2007, envolvendo tanto pedidos de medicamentos, como de outros serviços e insumos de saúde. A

taxa de sucesso dos litigantes varia em torno de 60% dos casos a favor dos demandantes, percentual maior que a taxa de sucesso dos demais *amparos* ajuizados na Corte, de 20%. Reportando estudo que analisou 37 casos selecionados aleatoriamente, o autor argumenta que só uma pequena parcela dos casos ajuizados requer medicamentos de alta prioridade. Não somente, 73% dos *amparos* deferidos nesta amostra resultaram em ordens judiciais determinando a compra de medicamentos com benefícios marginais e de alto custo. A taxa de cumprimento das decisões é significativamente alta, 86% para casos em saúde versus 40% para os demais casos da Corte. O cumprimento, no entanto, vem garantido por ameaças de sanções fortes, como a prisão de gestores. Ademais, Wilson (2011) ainda argumenta a possibilidade de a judicialização no país ser o resultado de esquemas de fraude entre médicos e a indústria farmacêutica, para forçar a compra de medicamentos de alto custo.

O caso da Colômbia<sup>32</sup> registra o maior volume nacional contabilizado de ações judiciais dos quatro países<sup>33</sup>. Yamin, Parra-Vera e Gianella (2011) indicam entre 1999 e 2008 mais de 674.612 *tutelas* foram ajuizadas, enquanto Lamprea Montealegre (2015) aponta que entre 2009-2011 este número foi de 300.939 ações judiciais. Em sua maior parte, estas ações se voltam contra seguradoras de saúde, requerendo benefícios que deveriam ser providos de acordo com o Plano Obrigatório de Saúde (POS - *Plan Obligatorio de Saúde*)<sup>34</sup> (YAMIN, PARRA-VERA

---

<sup>32</sup> O cenário de ampla judicialização combinada às ineficiências do sistema de saúde instituído pela Lei 100 de 1993, levou a Suprema Corte Colombiana a um dos julgamentos estruturais mais estudados no país, o caso T-760/08. A partir da análise de vinte e duas tutelas ajuizadas por indivíduos, a Corte entendeu que uma reforma estrutural do sistema seria necessária, demandando do poder público, dentre outros pontos, a transparência dos benefícios presentes no POS e sua constante atualização através da participação democrática da comunidade médica e de usuários do sistema, além de fixar um prazo, até 2010, para que o sistema atingisse cobertura universal. Os efeitos da decisão são difíceis de mensurar. Como argumenta Lamprea Montealegre (2015), a Sentença T-760/2008 criou uma janela de oportunidade para uma reforma mais estrutural do sistema, operada em 2013 pela Lei Estatutária da Saúde, que cumpre uma série de determinações da decisão judicial. Não somente, a decisão estabeleceu uma estrutura de monitoramento das ações do governo (LAMPREA MONTEALEGRE, 2015, p. xiii). A combinação destes dois elementos gera uma alteração gradual do sistema que, na opinião do autor, pode criar capacidade estatal suficiente para reformar os aspectos do sistema que incentivam a judicialização (LAMPREA MONTEALEGRE, 2015, p. 135).

<sup>33</sup> Importante destacar que não temos dados nacionais sobre o total do volume de ações judiciais propostas no tema de saúde em todo o Brasil. Ferraz (2009) estima uma média de 40.000 ações por ano apenas contra o sistema público.

<sup>34</sup> Como explicam Yamin, Parra-Vera e Gianella (2011), o sistema de saúde colombiano é largamente baseado na oferta de serviços privada, fortemente regulada pela Lei 100/1993, que estabelece uma cesta mínima de serviços a serem ofertados pelos planos, financiados por um sistema de seguridade nacional. Não somente, institui dois tipos de benefícios, aqueles obtidos mediante um regime de contribuição, para indivíduos formalmente empregados e com salários maiores que dois salários mínimos; e aqueles obtidos por um regime subsidiado, que inclui metade dos benefícios de saúde mínimos.

e GIANELLA, 2011). Ainda assim, casos de medicamentos e serviços fora da política também são comuns e exigem do Estado o reembolso direto às seguradoras de saúde, se as tutelas forem deferidas. A taxa de sucesso varia ao longo dos anos, mas em todo o período, nunca foi menor que 50% (YAMIN, PARRA-VERA e GIANELLA, 2011). A maior parte das tutelas é ajuizada por indivíduos de estratos sociais mais altos - parte do regime contributivo ou vivendo em áreas mais ricas do país (YAMIN, PARRA-VERA e GIANELLA, 2011). Os gastos com a judicialização, aponta Lamprea Montealegre (2015) também são relativamente altos: entre 2005 e 2010 o governo colombiano despendeu com a judicialização em torno de 3,2 bilhões de dólares.

A judicialização da saúde no Brasil se insere neste cenário global de litigância em saúde e em uma tendência “latino-americana” de judicialização individual de grande massa, como vimos acima. No país, o fenômeno ganhou espaço tanto no debate acadêmico quanto na grande mídia<sup>35</sup>, dividindo a opinião pública e especialistas. O início da judicialização no país também é remetida a ações judiciais requerendo medicamentos antirretrovirais para tratamento de HIV/AIDS (WANG, 2009; PEPE et al, 2010; SHEFFER et al, 2005), em um contexto de recente reconstitucionalização e empoderamento das formas judiciais de controle de políticas (TAYLOR, 2007; TAYLOR 2008; ARANTES, 1997; VERISSIMO, 2008; VIEIRA, 2008). De ações pontuais e uma promessa de atuação estrutural e coletiva sobre as políticas públicas, o

---

<sup>35</sup> Jornais de grande circulação do país, como Folha de São Paulo, Estado de São Paulo, e O Globo tem noticiado o fenômeno ao menos desde 2007. Para a Folha de São Paulo foram encontrados no seu acervo eletrônico 127 notícias com referência ao termo, desde 2007, tanto em referência à judicialização da saúde pública como de planos de saúde. Para citar as mais recentes, ver, por exemplo: Folha de São Paulo. “Inovação sem critério eleva custo do sistema de planos de saúde”, publicada no dia 25/11/2017 (disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2017/11/1937757-inovacao-sem-criterio-eleva-custo-do-sistema-de-planos-de-saude.shtml>. Acesso 04/01/2018); Folha de São Paulo. “A judicialização da saúde”, publicada no dia 21/09/2017 (disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2017/09/1920329-a-judicializacao-da-saude.shtml>. Acesso 04/01/2018). O jornal Estado de São Paulo conta com 72 registros do termo, desde fevereiro de 2009. Para citar as mais recentes, ver, por exemplo: Estado de São Paulo. “Planos rejeitam 10% das indicações de cirurgia após reavaliação”, publicada no dia 17/10/2017 (disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,planos-rejeitam-10-das-indicacoes-de-cirurgia-apos-reavaliacao.70002048615>. Acesso 04/01/2018); Estado de São Paulo. “Gastos 'judiciais' com tratamento médico sobem 1.300% em 7 anos”, publicada no dia 21/08/2017 (disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,gastos-judiciais-com-tratamento-medico-sobem-1300-em-7-anos,70001943830>. Acesso 04/01/2018). O jornal O Globo conta com 25 registros para o termo, desde 20/09/2016. Para citar as mais recentes, ver, por exemplo: O Globo. “FenaSaúde: aumento da judicialização da saúde prejudica o próprio o consumidor”, publicada no dia 28/06/2017 (disponível em <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/fenasauade-aumento-da-judicializacao-da-saude-prejudica-proprio-consumidor-21524437>. Acesso 04/01/2018); O Globo. “A difícil equação da judicialização”, publicada no dia 29/09/2017 (disponível em: <http://noblat.oglobo.globo.com/geral/noticia/2017/09/dificil-equacao-da-judicializacao-da-saude.html>. Acesso 04/01/2018)

volume de ações individuais cresceu exponencialmente desde a década de 1990 e o uso das Cortes passou a ser associado a práticas de litígio de massa, tais como encontradas em outros temas altamente judicializados, como direito do consumidor (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2017).

O debate jurídico e normativo sobre a judicialização da saúde no Brasil comporta reflexões sobre as perspectivas e limites ao acesso à justiça (BIEHL e PETRYNA, 2016; VENTURA et al, 2010, WANG, 2009), além de discutir a natureza e exigibilidade de direitos sociais e individuais (BARROSO, 2009; SARLET, 2006; SILVA, 2009), os dilemas morais e éticos envolvidos com as repercussões alocativas e redistributivas da judicialização (FERRAZ e VIEIRA, 2009; PEPE et al. 2010; FERRAZ, 2009a; FIGUEREDO e SARLET, 2010; TORRES, 1989), alcançando até discussões sobre a legitimidade de Cortes e sua capacidade institucional para rever políticas públicas (BARCELLOS, 2010; FERRAZ, 2009b; WANG 2009; PRADO, 2013; MENDES, 2011). Os trabalhos empíricos, por sua vez, enfrentam a difícil tarefa de construir um perfil correto da judicialização sem ignorar sua variação entre Estados, Municípios e União.

Em trabalho anterior (VASCONCELOS, 2015), após a análise de 75 trabalhos empíricos publicados até dezembro de 2014 sobre a judicialização da saúde no Brasil, procurei classificar estes estudos conforme as fases da judicialização que analisam, partindo das categorias desenvolvidas por Gloppen (2008) que mapeiam a judicialização em quatro grandes etapas: formação das demandas, adjudicação, implementação e resultados sociais. Naquela ocasião, conclui que a maior parte dos trabalhos empíricos se volta aos momentos de formação e adjudicação das demandas, com poucas análises sobre o processo de implementação das decisões judiciais ou seus resultados sociais. Mesmo os estudos que se voltam aos processos judiciais, enfrentam a dificuldade em traçar um perfil nacional da judicialização, dado que este é um fenômeno que acompanha a descentralização do SUS e do Judiciário, de modo que existem ações propostas contra todos os entes federativos - União, Estados e Municípios - e em varas judiciais federais e estaduais, tanto do interior quanto da capital. A descentralização também afeta a possibilidade de determinar o impacto geral das ações judiciais sobre a política, já que depende do mapeamento destes dados a partir de todas as esferas federativas condenadas.

Especialmente por se concentrarem em períodos distintos, com séries temporais curtas, ênfase em diferentes Estados e formas de coleta de dados - decisões de tribunais, sentenças, dados dos sistemas internos das secretarias - a maior parte dos trabalhos no campo não operacionaliza a judicialização da mesma forma e por isso não são necessariamente comparáveis, ainda que exista continuidade em muitas das informações obtidas pelas diferentes análises. Concentro-me aqui nestas continuidades, apresentando alguns trabalhos e literatura que procuraram traçar um cenário mais abrangente da judicialização no Brasil.

Bentes e Hoffman (2008) analisam a judicialização ações de saúde tanto contra o SUS como contra o setor privado em cinco Estados (Bahia, Goiás, Pernambuco, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul) e apenas decisões de segunda instância ou tribunais superiores de 1995 a 2004 (em um banco de 7400 decisões judiciais). Para ações de saúde, observam um salto na judicialização da saúde no período especialmente a partir de 2002, no Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, que de um patamar de menos de 200 decisões de casos distribuídos em 2002, passam a contar com mais de 1600 casos em 2004. A maior parte dos casos são ações ajuizadas por indivíduos contra o serviço público de saúde (83% dos casos) com uma alta taxa de sucesso em todas as instâncias - uma estimativa geral de decisões em favor dos demandantes de 82%. O direito à vida e o direito à saúde são os argumentos mais invocados por juízes para decidir casos em saúde, que também se valem da ameaça de multas diárias, prisão de gestores e bloqueios de valores como formas de garantir o cumprimento de suas decisões<sup>36</sup>.

Ferraz (2011), por meio de extensa revisão bibliográfica, chega a conclusões semelhantes para período mais recente, de 2002 a 2009. Seus dados não são nacionais ou agregados, tal como ocorre em Bentes e Hoffman (2008), e tem como principal enfoque

---

<sup>36</sup> O Judiciário brasileiro conta com uma série de mecanismos processuais para forçar o cumprimento de suas decisões. O artigo 536 do novo Código de Processo Civil assegura aos juízes a possibilidade de impor a imposição de multa, a busca e apreensão, a remoção de pessoas e coisas, o desfazimento de obras e o impedimento de atividades, podendo, inclusive, requisitar o auxílio de força policial. Além destes mecanismos, por construção especialmente jurisprudencial, os juízes ainda podem bloquear e sequestrar valores (ver, por exemplo, STJ. 1ª Seção. REsp 1.069.810-RS, Rel. Min. Napoleão Nunes Maia Filho, julgado em 23/10/2013). Outra forma de garantia de decisões judiciais é a ameaça de procedimentos administrativos e penais contra gestores pessoalmente, caracterizando o descumprimento como ato de improbidade administrativa - Lei 8429 de 2 de junho de 1992, disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8429.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8429.htm) (Acesso 12/01/2018) - ou crime de responsabilidade - Lei 1079 de 10 de abril de 1950, disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1079-10-abril-1950-363423-normaatuizada-pl.html> (Acesso 12/01/2018)

informações obtidas de relatórios oficiais, entrevistas e literatura para o governo federal, Bahia, Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Distrito Federal e de survey realizado em parceria com o CONASEMS e Daniel Wang para 1.337 municípios. O autor traça considerações abrangentes sobre o perfil de litigantes, formas de representação processual, pedidos dos demandantes, taxa de sucesso dos julgados em relação aos pedidos e impacto socioeconômico da judicialização. Para o período estudado o autor destaca não só gastos crescentes com a judicialização, mas, especialmente um grande volume anual de novas ações judiciais propostas contra o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais. Estes órgãos figuram como réus do processo indistintamente, uma vez que apesar de deterem diferentes competências dentro do SUS, especialmente para a Política de Assistência Farmacêutica, como vimos acima, a tese que vigora em todo o Judiciário nacional (objeto de repercussão geral junto ao STF, como discutiremos abaixo) é de que estes entes são responsáveis solidários pelo cumprimento de decisões judiciais em saúde.

A tese da solidariedade é uma das mais discutidas e criticadas pelos analistas da judicialização, uma vez que não só desrespeita a divisão de trabalho dentro do SUS, mas, especialmente, acaba por exigir que órgãos que sequer detêm qualquer estrutura para o cumprimento de determinadas demandas judiciais incorram em gastos adicionais, não previstos e disruptivos para comprar medicamentos ou prover serviços que já estão organizados em outras instâncias do sistema. Não somente, a tese da solidariedade, na minha opinião, funciona como um incentivo para que juízes não precisem se debruçar sobre a longa e complexa regulação infraconstitucional que organiza o SUS.

Ferraz (2011) argumenta, ainda que a tese da solidariedade entre entes permite a prática de *forum shopping*, uma vez que litigantes tendem a preferir processar Estados e Municípios e não a União Federal já que a impressão geral dos atores é de obterem maiores taxas de sucesso em litígios no âmbito de Cortes estaduais que federais (ainda que este dado não tenha sido efetivamente estudado pela literatura). A judicialização, com isso, é maior contra os entes subnacionais que contra o governo federal. Ferraz (2011) reporta que, enquanto o Ministério da Saúde gastou entre 2005 e 2009 de R\$ 2,4 milhões a R\$ 53 milhões com o cumprimento de decisões judiciais, o Estado de São Paulo sozinho despendeu R\$ 400 milhões apenas em 2008

com a judicialização, o Rio Grande do Sul gastou R\$ 78 milhões em 2009 e Minas Gerais R\$ 40 milhões em 2008.

No âmbito municipal, dos 1.337 municípios que responderam ao survey realizado, o autor reporta que 624 municípios apontaram cumprir 44.708 decisões judiciais em saúde, a maioria pedidos de medicamentos, com um custo que cresceu de R\$ 47 milhões em 2007 para R\$ 57 milhões já nos primeiros meses de 2009. Agregando dados estaduais e municipais, o autor chega a uma estimativa de 40.000 ações judiciais por ano. Para o perfil dos demandantes, Ferraz (2011) também aponta que a maior parte das ações é composta de casos individuais propostas em sua maioria nos Estados com maior IDH do país - Santa Catarina, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná. Ações coletivas são raras e também concentradas nos Estados com maior IDH.

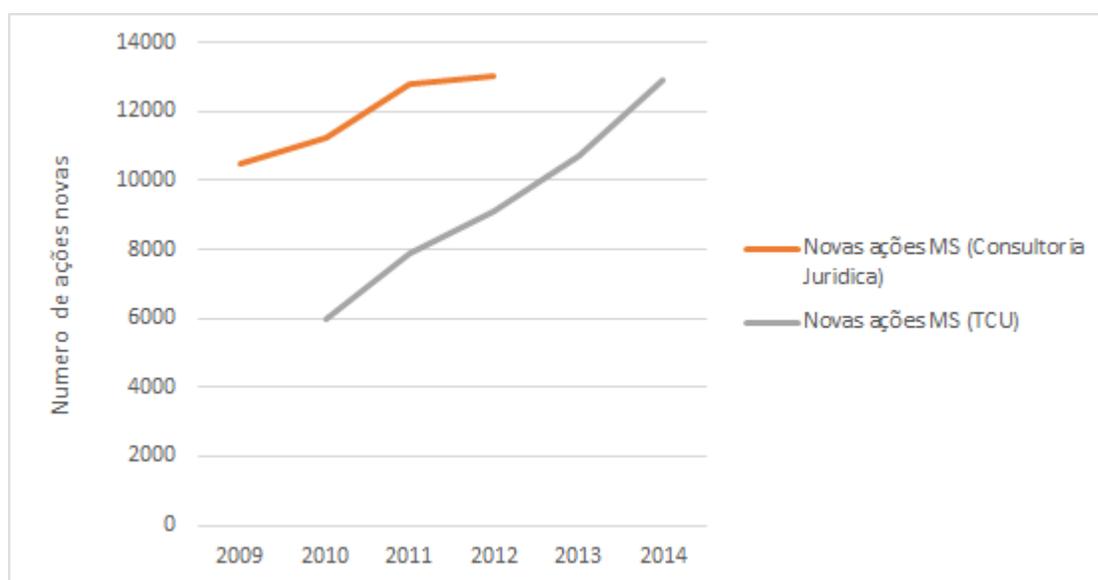
O Relatório do CNJ (2015) concentra-se em decisões judiciais obtidas a partir dos mecanismos de busca de jurisprudência eletrônica de seis tribunais estaduais (Acre, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Norte e São Paulo) no ano de 2013. As limitações da pesquisa advêm da sua própria forma de coleta, que parte dos processos que já foram decididos em segunda instância para assim reconstruir o caminho processual desde os juízos *a quo*, o que impede que a amostra analisada detenha processos que não foram julgados pelos tribunais ou sequer apresentaram recurso. A pesquisa também não contempla um recorte temporal amplo, mas tem a vantagem de analisar processos judiciais também referentes à saúde suplementar. Para as ações de saúde pública, o relatório chega a conclusões semelhantes às aquelas apontadas por Bentes e Hoffman (2008) e Ferraz (2011) para anos anteriores: a maior parte das demandas versam sobre “aspectos curativos da saúde (medicamentos, tratamentos, próteses etc.) e menos sobre aspectos preventivos (vacinas, exames etc.)” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015, p. 43), aspecto que pode estar relacionado a baixa efetividade de ações estruturais perante os tribunais, como apontou Ferraz (2011). Não somente, o relatório enxerga uma alta taxa de sucesso dos demandantes, tanto em pedidos de antecipação de tutela, como sentenças e recursos (dado que pode já ter um viés de coleta, vez que apenas recuperaram o que chegou aos tribunais). Ademais, os autores enxergam nas decisões, tanto de primeira quanto de segunda instância, uma baixa menção tanto à audiência pública realizada pelo STF em 2009 (da

qual trataremos a seguir), quando de resoluções e recomendações do CNJ, bem como do Fórum Nacional de Saúde, Comitês Estaduais e Núcleos de Apoio Técnico (também trataremos destas respostas institucionais à judicialização a seguir).

Por fim, os dados gerais mais recentes que dispomos sobre a judicialização estão presentes em dois relatórios oficiais: do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2017) e da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Ambos apresentam dados mais detalhados sobre o volume de ações e custos da judicialização para o governo federal, mas o relatório do Tribunal de Contas avança na tentativa também de contemplar Estados e municípios.

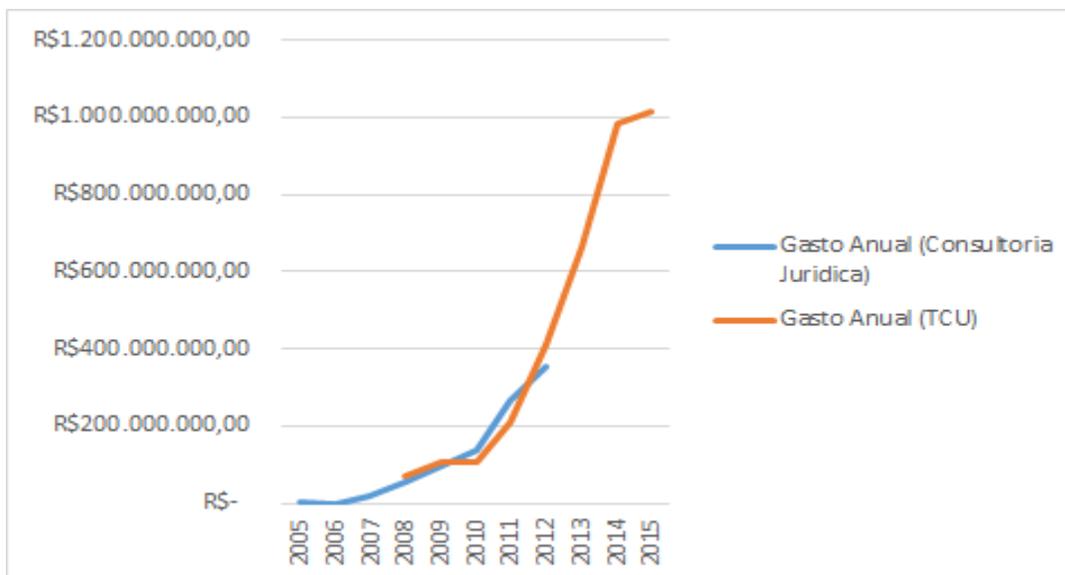
Para o governo federal, os dois relatórios apresentam dados divergentes em relação ao volume de novas ações ajuizadas contra o Ministério da Saúde, ainda que sejam informações provenientes do mesmo órgão. Ainda assim, pode-se observar um volume crescente dos dois dados para o período de 2009 a 2014.

**Gráfico 3: Volume de novas ações - Consultoria Jurídica MS (2014) e Tribunal de Contas da União (2017).**



Fonte: Consultoria Jurídica MS (BRASIL, 2014) e Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2017).

**Gráfico 4: Gastos com ações judiciais em saúde - Consultoria Jurídica MS (2013) e Tribunal de Contas da União (2017).**



Fonte: Consultoria Jurídica MS (BRASIL, 2014) e Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2017). Os gastos constantes do relatório do TCU incluem tanto gastos diretos, com a compra de medicamentos e insumos pelo Ministério da Saúde, como gastos indiretos (de 2008-2015), como gastos por depósitos em contas judiciais, pagamentos diretos a beneficiários de decisões judiciais e pagamentos a entidades privadas e fundos de saúde em razão da judicialização (2012-2014), e valores gastos com frete aéreo para a entrega de medicamentos e insumos (2011-2014). Já os valores reportados pela Consultoria Jurídica incluem depósitos judiciais por meio de repasse a Estados e Municípios e compra de medicamentos e insumos diretamente pelo Ministério da Saúde.

O cenário para todos os Estados e Municípios é mais difícil de ser sistematizado, dada a ausência de dados agregados. O Tribunal de Contas da União valeu-se especialmente do relatório do Conselho Nacional de Justiça, que discutimos acima (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015), e dados fornecidos por Tribunais e Estados, concluindo que também no âmbito subnacional o volume de novas ações e gastos com a judicialização entre 2013 e 2014 foi crescente, especialmente nos Estados analisados de forma mais detida, que forneceram informações detalhadas ao tribunal - Distrito Federal, Amapá, Mato Grosso, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e Minas Gerais - e

alguns municípios - Divinópolis/MG, Araruama/RJ, Cuiabá/MT, São José do Rio Preto/SP, Curitiba/PR e Santa Maria/RS.

Em breve resumo, o Tribunal aponta tendências que são ratificadas pela literatura científica, como veremos abaixo: valendo-se de um total de 136.108 decisões de tribunais estaduais e 18.356 decisões dos cinco tribunais regionais federais, todas de ações distribuídas entre 2013 e 2014, o tribunal confirma a tendência pelo volume da judicialização acometer especialmente as justiças estaduais. Conforme a classificação CNJ por assunto, o tribunal identificou que na maior parte dos tribunais estaduais analisados, as ações requerem o fornecimento de medicamentos e insumos, mas os percentuais de prevalência em relação a outros pedidos como tratamento médico hospitalar, variam. Ademais, a própria classificação utilizada pelo CNJ não é composta de categorias excludentes, de modo que as cinco categorias CNJ para saúde podem ter ações classificadas de forma contraditória.<sup>37</sup> Ainda assim, exclusivamente sob a categoria “fornecimento de medicamentos” Mato Grosso, Santa Catarina, Rio de Janeiro e São Paulo registram a maior parte de suas ações em saúde (respectivamente - 53,49%; 74%; 40,8%; 48%).

Foge desta tendência especialmente o Distrito Federal, com grande volume de ações requerendo tratamento médico-hospitalar (46%), dado já apontado pela literatura (DINIZ et al, 2014). Minas Gerais, Rio Grande do Sul e São Paulo são os Estados com maior volume de ações no período, somando juntos mais de 70% da judicialização estadual no país. Também são eles os Estados com mais processos junto à Justiça Federal. O relatório ainda aponta a predominância de processos ordinários como forma processual preferida para pleitos de saúde, registrando como única divergência o Paraná, em que predominam Ações Cíveis Públicas em razão da atuação individualizada do Ministério Público em ações judiciais em nome de crianças, adolescentes e idosos.

---

<sup>37</sup> Os quatro temas de classificação em saúde para o CNJ utilizados neste relatório são: “saúde”, “tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos”, “tratamento médico-hospitalar”, “fornecimento de medicamentos”, “outros assuntos”. O segundo, terceiro e quarto temas não são excludentes entre si, de modo que, em atualização do Sistema de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas, na classificação por assunto, o segundo tema foi abandonado. Conferir: Conselho Nacional de Justiça, Sistema de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas, disponível em: [http://www.cnj.jus.br/sgt/consulta\\_publica\\_assuntos.php](http://www.cnj.jus.br/sgt/consulta_publica_assuntos.php) (Acesso 08/01/2018).

Por fim, uma proxy do perfil dos litigantes se dá pelo tipo de representação processual utilizado, o qual varia de Estado para Estado. Para os Estados em que foi possível obter esta informação, a Defensoria Pública é a principal litigante no Distrito Federal, no Mato Grosso, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. O Ministério Público foi o maior litigante no Paraná, enquanto São Paulo e Santa Catarina têm uma prevalência de representação de advogados privados, ainda que Santa Catarina tenha um volume semelhante de ações propostas pelo Ministério Público. Junto à justiça federal, em todas as regiões menos a 5a Região (Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe) a representação prevalente é de advogados privados.

Além dos custos de cumprimento destas ações, a judicialização também é considerada disruptiva para a organização do SUS e sua divisão de competências, além de planejamento e gestão (WANG et al 2014). Em razão do grande volume de ações requerendo medicamentos e insumos, a política de assistência farmacêutica é especialmente afetada (PEPE et al, 2010; NOVAES, 2012), incorrendo em gastos não previstos e tendo de estabelecer estruturas de gestão específicas, que realocam funcionários, tempo e atenção da política, de setores gerais da secretaria para a resposta a decisões judiciais (tema que discutiremos nos próximos capítulos).

A judicialização da saúde atinge tanto o setor público como o privado, ainda que a maior parte das pesquisas se concentre no primeiro. Também sobre este âmbito da judicialização os estudos são localizados, analisando ações ajuizadas em alguns Estados e com séries temporais curtas. Alves et al (2009) analisam 611 recursos de agravos de instrumento sobre decisões de tutela antecipada julgados entre janeiro de 2003 e agosto de 2005 pelos Tribunais de Justiça de São Paulo e Rio de Janeiro.

Os autores identificam que a maior parte dos recursos tratam de demandas individuais (409 dos 611 recursos) discutindo a cobertura do plano (55,6%), o benefício legal de permanência em plano coletivo (15,4%), ou a rescisão unilateral do contrato (10,3%). Não somente, tal como nos casos contra o sistema público, a grande maioria dos casos foi favorável às pretensões dos demandantes, nos três temas acima de 70% nas duas instâncias. Apesar do maior percentual de decisões referir-se ao que os autores denominam de coberturas diversas, câncer, obesidade mórbida, transplantes, *homecare* e próteses são as doenças mais reclamadas

pelos usuários. Scheffer (2013), em outro estudo, analisa 782 decisões judiciais julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo de 2009 a 2010. Destas, a maior parte referia-se a tratamentos de câncer e doenças cardiovasculares, também com uma alta taxa de sucesso dos usuários - 88% dos casos são decididos favoravelmente aos demandantes.

### 2.3. As respostas institucionais gerais à judicialização

Como discutido acima, a maior parte dos trabalhos sobre a judicialização da saúde caracteriza o fenômeno como um problema enfrentado pelo sistema público, que realoca recursos escassos, privilegia litigantes, em geral, de maior poder aquisitivo que a maior parte dos usuários do SUS, que propõem ações judiciais com altos índices de sucesso em todas as instâncias. Esta literatura traz como consequências da judicialização, especialmente, os altos valores relacionados ao cumprimento de medidas judiciais muitas vezes importando em escolhas não racionais e fora da política pública de saúde. Uma lacuna desta literatura, salvo raros trabalhos (WANG et al 2014; WANG, 2015, ELIAS E NORONHA, 2016; VENTURA 2012; TEIXEIRA 2011; SOUZA 2016),<sup>38</sup> é o estudo das respostas institucionais à judicialização da saúde.

Podemos organizar estas respostas em dois grandes níveis: (i.) respostas de âmbito federal, que mobilizam gestores de todo o Brasil para atuarem junto aos espaços de controle nacional do SUS e do Judiciário; e (ii.) respostas de âmbito regional ou local, que mobilizam gestores no âmbito de seus espaços de competência - estaduais, regionais ou municipais.

Estas respostas podem se direcionar a três fases distintas da judicialização: (i.) uma fase pré-processual ou administrativa, que visa, em geral, impedir que casos sejam judicializados; (ii.) uma fase processual, que visa promover melhores respostas e defesa da política dentro dos processos judiciais, ao mesmo tempo em que organiza o cumprimento de decisões judiciais; (iii.) e uma fase “pós-processual” ou “meta-processual” que procura construir soluções de longo prazo à judicialização, por meio da articulação de gestores com atores locais e nacionais na construção de redes, comitês, espaços de discussão. Esta fase ainda pode envolver atores em negociações de longo prazo envolvendo as fases pré-processual e processual.

Como demonstrarei nos próximos capítulos, a judicialização da saúde envolve gestores estaduais e atores do sistema de justiça, sobretudo procuradores do Estado, nestas três fases para as respostas de nível estadual. Nesta seção, contudo, trato das respostas de nível federal, que

---

<sup>38</sup> O termo institucional é utilizado ao longo do trabalho de forma a significar respostas oficiais fruto de um fluxo de tomada de decisões incorporado ao funcionamento dos órgãos administrativos. Não pretendo com este termo invocar a literatura institucionalista ou os modelos de explicação de políticas públicas que recorrem este paradigma teórico.

envolveram a negociação contínua de gestores, membros do sistema de justiça como um todo, mas, especialmente, Conselho Nacional de Justiça e Supremo Tribunal Federal. As políticas elaboradas neste nível superior repercutem sobre as instâncias subnacionais, de modo que muitas das respostas que encontraremos nos quatro Estados analisados se organizaram como uma tentativa de responder às demandas instauradas neste nível central.

### **2.3.1. Da gestão meta-processual via CNJ: Recomendações, Comitês Estaduais e NATs**

O evento que marca uma maior articulação institucional entre os órgãos da administração pública da saúde e do sistema de justiça é a audiência pública instaurada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009. A audiência pública foi convocada pelo ministro Gilmar Mendes, com o intuito de “ouvir o depoimento de pessoas com experiência e autoridade em matéria do Sistema Único de Saúde, objetivando esclarecer as questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação de saúde: Sistema Único de Saúde – SUS” (Min. Gilmar Mendes, Abertura da Audiência Pública n. 4, 2009)<sup>39</sup>.

A audiência da saúde convidou 37 especialistas, além de contar com material enviado pela sociedade civil. O ministro Gilmar Mendes determinou nos “despachos de habilitação de

---

<sup>39</sup> Esta foi a quarta audiência pública realizada pela Corte. A previsão legal para a convocação de audiências públicas pela Corte consta das Leis 9868/1989 e 9882/99, que disciplinam os ritos processuais das ações diretas de inconstitucionalidade. O rito das audiências, contudo, foi regulamentado pelo regimento interno do próprio STF, ou seja, pelos próprios ministros da Corte, apenas em 2009, baseando-se no que já fora desenvolvido pelos ministros informalmente no âmbito das audiências anteriores, desde 2007 (a primeira audiência pública tratou da Lei de Biossegurança e ocorreu em 20 de abril de 2007). O regimento interno do STF confere poder discricionário de convocar a audiência ao presidente da Corte ou ao relator do caso. As audiências devem ser públicas, convocadas com a finalidade de instruir o processo de informações “técnicas” por meio da oitiva do “depoimento de pessoas com experiência e autoridade em determinada matéria”. Aberta a convocação, pessoas que preenchem este critério deverão ser “indicadas”, representando “diversas correntes de opinião” sobre o assunto. O ministro que convoca a audiência também a preside, assim como seleciona e divulga a lista dos habilitados. Também cabe a ele determinar “a ordem dos trabalhos”, o “tempo que cada um disporá para se manifestar”, manifestações estas que deverão “limitar-se ao tema ou questão em debate”. Toda a audiência deve ser transmitida pela TV Justiça e pela Rádio Justiça, mas seu registro e juntada ao processo somente ocorrerão “quando for o caso”. Qualquer providência adicional também deve ser resolvida pelo ministro convocador. O regimento ainda determina que os presentes não se dirijam diretamente ao ministro Presidente da audiência “a não ser de pé e com sua licença”. Estes são os termos formais do rito em que a audiência deverá ser processar. Como se pode observar o ministro que convoca a audiência tem ampla discricionariedade para determinar quem são os atores que portam as opiniões relevantes a Corte, escolhidos estes para se manifestar dentro também de um formato estabelecido pelo ministro. Conferir, sobre as transcrições integrais das falas dos expositores da audiência pública: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude> (Acesso 13/01/2018).

especialistas” que cada depoente teria 15 minutos para falar e as audiências se dariam entre 9h e 12h dos dias 28 e 29 de abril, e 04, 06 e 07 de maio de 2009. Ademais, pessoas que tiveram seus pedidos de habilitação negados poderiam enviar documentos com “a tese defendida” a e-mail do STF criado para a audiência, material este que seria disponibilizado pela internet. Não há como rastrear todos os pedidos negados, mas considerando o material disponibilizado nestes termos (e assumindo que apenas pessoas não habilitadas enviaram material), 55 pessoas não foram habilitadas e enviaram artigos, pronunciamentos, depoimentos e “cartas abertas”. Além de decidir sobre quem estaria ou não “habilitado” a se pronunciar, o ministro determinou temas gerais para cada dia de audiência (Responsabilidade dos entes da federação e financiamento do SUS; Gestão do SUS - legislação do SUS e universalidade do sistema; Registro na ANVISA e protocolos e diretrizes terapêuticas do SUS; políticas públicas de saúde – integralidade do sistema; assistência farmacêutica do SUS, sobre os quais os especialistas deveriam discursar).

A maior parte dos expositores pertencia ou a gestão da saúde federal ou eram operadores do direito. Ainda assim, Gomes et al (2014) identificam certa prevalência de posições críticas em relação à judicialização, que resultaram em um conjunto de pontos levantados pelos expositores para contornar o fenômeno, dentre eles, com maior prevalência nas falas: (i) “Aprimoramento da atuação das instâncias regulatórias no Brasil: ANVISA (registro) e CITEC (incorporação ao SUS)”; (ii) “O Judiciário deve levar em consideração os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, os quais devem ser atualizados periodicamente e com maior participação de instituições afins”; (iii) “Fornecer assessoria técnica ao Judiciário”; (iv) “Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29”; (v) “Uso de evidência científica na tomada de decisão de políticas públicas.”; (vi) “Primeiro solicitar administrativamente para, em última instância, recorrer à via judicial quando não há risco iminente de morte, evitando a banalização das ações judiciais em saúde”; (vii) “Descentralização e definição de atribuições de cada ente federativo na saúde”; (viii) “Buscar formas de reduzir os custos do tratamento, utilizando medicamentos com patente expirada, genéricos ou similares que apresentem o mesmo componente ativo ou ainda pela Licença Compulsória”; (ix) “A criação de uma central única informatizada para recebimento de mandados judiciais, evitando o cumprimento em duplicidade de medidas judiciais em tecnologias em saúde – criação de núcleo de inteligência vinculado à Secretaria de Saúde que monitore todas as atividades que envolvam prescrições de

medicamentos”; (x) “Diálogo permanente entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo em relação à saúde. Por exemplo, a criação de câmaras prévias de conciliação”; “Melhorar as políticas de gestão e de medicamentos para solucionar as causas do desabastecimento de medicamentos” (Gomes et al., 2014, p.149).

Estes pontos registrados na audiência tiveram baixo impacto imediato sobre as próprias decisões do STF que se seguiram (WANG, 2015<sup>40</sup>; SANTOS, DELDUQUE e MENDONÇA, 2015). Ainda assim, uma das consequências da audiência, apontadas pela literatura, foi a atuação crescente do Conselho Nacional de Justiça sobre o tema (WANG, 2015; DO VALLE e CAMARGO, 2010; BRASIL, 2017). Grupo de trabalho instituído em março de 2010 pelo CNJ gerou um conjunto de recomendações à juízes para a análise de ações em saúde – a Recomendação CNJ n. 31/2010. Esta norma incorpora muitos dos pontos da audiência pública: (i) recomenda que os tribunais estabeleçam até dezembro de 2010 convênios para que recebam apoio técnico de médicos e farmacêuticos de modo a apreciar as questões clínicas trazidas pelas ações e a peculiaridades regionais da saúde (recomendação que, como veremos, fundamentará uma expansão dos Núcleos de Apoio Técnico); (ii) que procurem uma melhor instrução das ações a partir de relatórios médicos com descrição da doença, CID e prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo com posologia exata; (iii) que evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental; (iv) e que ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência. Ademais, (v) recomenda que os juízes requeiram a inscrição dos demandantes em programas já oferecidos pelo sistema público. Para formação dos juízes em direito sanitário, sugere que a matéria seja prevista em concursos públicos e cursos de formação de juízes e que os magistrados visitem “para fins de conhecimento prático de funcionamento”, os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, as unidades de saúde

---

<sup>40</sup> Wang (2015) argumenta que uma das consequências da audiência pública para os julgados do STF que imediatamente seguiram a audiência foi o estabelecimento de um teste para definir o que demandantes podem requerer do SUS via Judiciário. O autor, contudo, afirma que o teste parte de um erro factual ao assumir que a maior parte das demandas em saúde judicializadas tratam de medicamentos incluídos pela política farmacêutica. Não somente, estes casos julgados pela Corte selecionam de maneira não criteriosa partes da audiência. Nas palavras do autor “as decisões mais recentes do STF simplesmente ignoram as discussões que ocorreram na audiência e o teste estabelecido. A Corte passou novamente a decidir como se o direito à saúde fosse um trunfo individual, ignorando considerações sobre a política pública e a necessidade de evidência científica robusta.” (WANG, 2015, p. 632)

pública, os dispensários de medicamentos e hospitais habilitados em Oncologia. Por fim, a recomendação ainda requer que os tribunais estabeleçam espaços interinstitucionais de debate e mobilização, trazendo outros membros do sistema de justiça e gestores.

Desta recomendação geral, o CNJ criou o Fórum da Saúde do Judiciário (Resolução n. 107/2010<sup>41</sup>), constituído por um Comitê Executivo Nacional e comitês estaduais. O Fórum é responsável pelo monitoramento de ações judiciais em saúde, tanto em relação à concessão específica de medicamentos, insumos ou serviços e leitos hospitalares como qualquer outra ação judicial contra o SUS. Não somente, através desse monitoramento o Fórum se estabelece como um espaço de proposição de medidas concretas e normativas para a “otimização de rotinas processuais, a organização e estruturação de unidades judiciárias especializadas”, bem como a “proposição de medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário” (Resolução 107/2010). O Fórum se submete à supervisão do plenário do CNJ e é integrado por magistrados e membros do Conselho Nacional do Ministério Público, do Ministério Público Federal, dos governos estaduais, Defensorias Públicas, Ordem dos Advogados do Brasil e de universidades e instituições de pesquisa. No âmbito da atuação do Fórum, cujo primeiro encontro ocorreu em novembro de 2010, foram promovidas duas Jornadas da Saúde em 2014 e 2015.

O Comitê Nacional do Fórum é formalmente composto, sobretudo, por membros do Judiciário, em todas as suas composições, desde a original de 2010 até suas alterações em 2011, 2012 e 2014<sup>42</sup>. Os membros dos Comitês estaduais também eram designados pelo CNJ, mas desde 2016<sup>43</sup> têm as indicações dos magistrados integrantes realizadas pela presidência dos tribunais, de preferência dentre os magistrados que exerçam jurisdição em temas de saúde. Os Comitês devem contar rol mínimo de membros permanentes designados: juízes de primeiro e segundo grau, das justiças estadual e federal, além de gestores da área da saúde de todas as esferas – federal, estadual e municipal, participantes da ANVISA, ANS e CONITEC quando

---

<sup>41</sup> Conferir: Resolução CNJ n. 107 de 06 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=173> (Acesso 13/01/2018).

<sup>42</sup> Conferir as diferentes portarias CNJ que alteram a composição do Comitê: Portaria 91/2010; Portaria 58/2011; Portaria 69/2012; Portaria 40/2014. Disponíveis em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos> (Acesso 13/01/2018).

<sup>43</sup> Conferir a Resolução 238 de 6 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=2339> (Acesso 13/01/2016).

possível, Ministério Público Federal e Estadual, Defensoria Pública, advogados públicos ou representante da OAB e representantes dos usuários do sistema público, indicado pelo Conselho estadual de saúde, e do sistema privado, indicados pelos Procons de cada estado.

Por meio da pesquisa qualitativa que desenvolvo no capítulo 3, foi possível apreender que, apesar de um fórum de encontro de diferentes instituições da gestão da saúde e do sistema de justiça (os Comitês podem convidar participantes externos para as suas reuniões), os comitês não são estruturados de maneira uniforme entre os Estados e tem participação variada mesmo dos membros permanentes, uma vez que a presença nas reuniões é voluntária para a maior parte das instituições. A baixa participação, por exemplo, de membros da categoria médica ou da OAB, levou alguns dos entrevistados a apontar que nem todas as reuniões têm presentes todos os atores relevantes ou mesmo responsáveis pela judicialização. Não somente, os atores que efetivamente participam das reuniões – especialmente entre os magistrados – já seriam “convertidos”, já enxergariam a judicialização como uma “questão/problema” que exige respostas institucionais deliberadas entre instituições. Outra crítica relevante é a ausência de estrutura específica, com financiamento próprio para o funcionamento destas estruturas, que dependem, em grande medida, da iniciativa organizacional de alguns de seus membros. Como veremos abaixo, dos três Estados que instituíram comitês (Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro), este espaço é espontaneamente citado pelos entrevistados como um foro relevante de discussão sobre as diretrizes a serem seguidas para lidar com a judicialização em apenas dois desses – Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Ainda assim, Santa Catarina é o único dos três comitês que dispõe de um portal público e organizado que permite acesso amplo às atas de reuniões e deliberações de seus membros.

Uma segunda consequência da atuação do CNJ foi a recomendação de que todos os tribunais estabelecessem Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS)<sup>44</sup>. Uma das primeiras experiências de criação de núcleo de apoio aos juízes veio do Rio de Janeiro, que já

---

<sup>44</sup> Classifiquei os NATs como iniciativa pré-processual no âmbito das respostas institucionais gerais à judicialização. No estudo dos Estados, no capítulo seguinte, passo essa estratégia, já implementada, ao campo das iniciativas de gestão processual, uma vez que os NATs auxiliam ao Judiciário quando o processo já foi ajuizado. Aqui, contudo, o CNJ recomenda, prevê e regula os NATs, configurando uma estratégia meta-processual para lidar com a judicialização - até porque o CNJ não atua diretamente nos casos judicializados, sendo órgão de controle do Judiciário.

funciona desde 2009 e, segundo alguns entrevistados “orgulhosos” da experiência, o pioneirismo fluminense influenciou o CNJ até na escolha do nome do órgão, como Núcleo de Apoio Técnico. No âmbito do CNJ a recomendação para criação dos NATs já constava da Resolução 107/2010, mas os NATs efetivamente ganharam regulação própria e obrigatoriedade pelos tribunais em 2016, com a Resolução 238/2016. Esta resolução determina que os NATs devem ser constituídos por profissionais da saúde e seus pareceres devem ser elaborados a partir da medicina baseada em evidências. A Resolução ainda prevê a criação de banco de dados para os pareceres técnicos, projeto hoje denominado “e-natjus”, uma plataforma digital em desenvolvimento pelo próprio CNJ. A resolução n. 238/2016 ainda determinou a especialização do Judiciário em varas de matéria de saúde, a serem criadas tanto na Justiça estadual quanto na federal, em comarcas e seções judiciárias com mais de uma vara da Fazenda Pública.

Especificamente sobre os NATs, a pesquisa qualitativa que realizei demonstrou que existem diferentes formas de organização também dos núcleos entre Estados e tribunais. No próximo capítulo trarei as experiências do Rio de Janeiro e de Santa Catarina, cujas estruturas dos NATs estão vinculadas a parcerias entre o Judiciário e as Secretarias Estaduais de Saúde, mas se operacionalizaram de formas distintas. Por exemplo, no caso do Rio de Janeiro, o NAT não só funciona dentro dos prédios das duas Justças (Estadual e Federal), mas também opera um grupo grande de funcionários em regime de plantão, e cobre quase todo o Estado. Em Santa Catarina, por ser uma experiência recente, o NAT é menor, opera completamente do prédio da Secretaria Estadual de Saúde e divide seu tempo de elaboração de pareceres com a alimentação de um banco de dados acessível a juízes e outros membros do sistema de justiça. Em São Paulo, de outro lado, o NAT foi criado especificamente para auxílio em demandas da saúde suplementar, em parceria com Agência Nacional de Saúde Suplementar, Associação Brasileira de Medicina de Grupo e Federação Nacional de Saúde Suplementar, mas tem baixa adesão dos juízes e emitiu poucos pareceres desde sua criação.

Uma discussão relevante, que atinge NATs organizados a partir de setores e funcionários das Secretarias estaduais, é a sua desvinculação em relação aos interesses do Estado. As experiências do Rio de Janeiro e de Santa Catarina apontam os desafios e incongruências em tornar os pareceres “neutros”, considerando tanto os pedidos e necessidades dos pacientes como

as limitações da própria política do SUS. A demanda judicial de que estes pareceres, realizados por gestores “emprestados” das secretarias aos tribunais ou atuando no próprio espaço físico da secretaria, seja desvinculada da defesa processual da secretaria pode gerar incongruências, atritos e conflito dentro dos órgãos responsáveis pela gestão da judicialização.

O Tribunal de Contas da União requereu informações específicas aos tribunais, no relatório acima mencionado (BRASIL, 2017), sobre sua adequação às recomendações e resoluções do CNJ. Como explica o TCU, entre os tribunais analisados pelo relatório, a maioria não havia adotado as medidas preconizadas pelo CNJ. Na justiça federal, o TCU não identifica qualquer convênio realizado entre os Tribunais Regionais Federais e as instâncias de apoio técnico médico e farmacêutico. Esta informação, contudo, deve ser corrigida – nesta tese identifiquei que o Rio de Janeiro firmou convênio com a Justiça Federal do Estado em 2011 e, em Santa Catarina o NAT se preparava no meio de 2017 a iniciar o atendimento a uma seção judiciária inteira da justiça federal catarinense. Ainda assim, o TCU provavelmente refere-se aos convênios firmados em segunda instância para os TRFs, efetivamente, e não aos braços estaduais da justiça federal.

Na justiça estadual, o TCU identifica NATs em Minas Gerais, Santa Catarina, Mato Grosso e Rio de Janeiro, informando que se criou um NAT no Paraná em 2015 e o NAT em São Paulo, como vimos. Desde 2015, ano final de análise do relatório, podem ser identificados ao menos 7 outros NATs a partir do banco de notícias eletrônicas do CNJ (uma vez que o próprio CNJ não disponibiliza esta informação de maneira sistematizada para consulta online). Sistematizei abaixo algumas informações sobre os NATs criados, ano de criação e âmbito de atuação (se saúde pública ou suplementar). Um estudo aprofundado sobre a variação organizacional destes núcleos e seu impacto sobre a atividade judicial merece pesquisa futura.

**Tabela 7: Estados com Núcleo de Apoio Técnico**

<b>ESTADO</b>	<b>ANO DE CRIAÇÃO</b>	<b>ÂMBITO DE ATUAÇÃO</b>
<b>RJ</b>	2009	saúde pública
<b>SC</b>	2015	saúde pública
<b>SP</b>	2015	saúde suplementar
<b>MG</b>	2012	saúde pública
<b>GO</b>	2011	saúde pública
<b>PR</b>	2013	saúde pública e suplementar
<b>TO</b>	2013	saúde pública
<b>MT</b>	2011	saúde pública
<b>AP</b>	2016	saúde pública e suplementar
<b>AC</b>	2017	saúde pública
<b>CE</b>	2016	saúde pública

Elaboração própria. Fontes: Entrevistas; Notícias sobre os NATs e termos de cooperação, obtidos em busca junto ao sítio de notícias do CNJ, palavra-chave “núcleo de apoio técnico” (<http://www.cnj.jus.br/busca?termo=>; Acesso 05/01/2018).

Sobre outras medidas, como a especialização de varas e seções judiciárias e a inclusão do direito sanitário em concursos ou na formação de juízes, o TCU também encontra baixa adesão dos tribunais. As escolas federais dos TRF1, TRF2 e TRF3 incorporaram o direito sanitário em seus cursos de formação, medida que só teve a adesão de cinco escolas estaduais – AP, MG, MT PR, SC. O TJRS especializou a 10ª Vara da Fazenda Pública e seu Juizado Especial nas ações de saúde; o TRF4 implantou varas especializadas nas cidades de Curitiba e Porto Alegre. Complemento esta informação com dados obtidos das entrevistas – também a Justiça Federal do Rio de Janeiro implantou varas especializadas em saúde no ano de 2017 (Vara Federais – 4ª, 15ª, 23ª, 28ª<sup>45</sup>).

De uma forma geral, todas estas medidas recomendadas pelo CNJ e implementadas por tribunais *a quo* são o que Wang (2015) classifica como formas de tentar construir capacidade institucional das Cortes para lidar com demandas de saúde. O autor é cético em relação a

---

<sup>45</sup> Conferir: Lista completa de lotações de juízes federais da 2ª região. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/corregedoria/wp-content/uploads/sites/41/2015/11/lista-completa-lotacoes-juizes-federais-2a-regiao.pdf> (Acesso 05/01/2018).

habilidade destas medidas em reduzir a judicialização, por duas razões principais: (i.) melhorar a capacidade das cortes em compreender temas em saúde não as torna capazes de tomar decisões de política pública sobre saúde, uma vez que, ainda que técnicas, decisões políticas também são dotadas de incerteza sobre seu impacto real, o que fortalece o argumento de que estas decisões de impacto incerto sejam tomadas por instâncias democráticas, com legitimidade procedimental; (ii.) garantir que juízes de primeira instância sejam mais técnicos não necessariamente reduz as chances de que tribunais revejam estas decisões.

De fato, ainda que a melhor capacitação técnica dos juízes não lhes permita serem decisores mais legítimos ou lidarem com a incerteza inerente de decisões de política pública, o que observaremos nos relatos no capítulo seguinte é que os NATs têm contribuído para aproximar as decisões judiciais da regulamentação infraconstitucional do SUS. Este dado não necessariamente tem efeito sobre o volume da judicialização, uma vez que a atuação dos núcleos ocorre já com o processo ajuizado, mas torna o direito sanitário e os meandros da política de saúde argumentos que os juízes precisam enfrentar quando confrontados com os pareceres técnicos. Estes pareceres, contudo, são elaborados por equipes que não têm contato com o paciente tampouco tem controle sobre as prescrições do médico, de modo que suas recomendações em privilegiar a política do SUS somente terão adesão de juízes, em geral, se reiteradas pelo médico pessoal. Medidas preventivas, pré-processuais, de conscientização e treinamento das equipes médicas que atendem dentro do SUS ou espaços de mediação administrativa, como veremos no Rio de Janeiro, são as medidas mais promissoras, se o intuito é reduzir o volume de decisões judiciais.

### 2.3.2. Da gestão processual via STF e STJ: Repercussão Geral e Recursos Repetitivos

Como uma forma de gerir suas docas e padronizar posicionamentos em temas repetitivos, tanto o STF e quanto STJ dispõem de mecanismos processuais que permitem a estas Cortes especialmente organizar o entendimento dos demais juízes e tribunais *a quo*. Especificamente para a saúde, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a repercussão geral de recursos extraordinários em 10 temas distintos relacionados a demandas de saúde.

**Tabela 8: Temas com Repercussão Geral reconhecida pelo STF**

TEMA	DESCRIÇÃO DO TEMA	TÍTULO DO TEMA	NÚMERO DE RECURSOS SOBRESTADOS
6	Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 2º; 5º; 6º; 196; e 198, §§ 1º e 2º, da Constituição Federal, a obrigatoriedade, ou não, de o Estado fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo.	Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo.	27316
123	Recurso extraordinário em que se discute, à luz do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal, a possibilidade, ou não, da aplicação da Lei nº 9.656/98, sobre plano de saúde, aos contratos firmados anteriormente à sua vigência.	Aplicação de lei nova sobre plano de saúde aos contratos anteriormente firmados.	2042
262	Recurso extraordinário em que se discute, à luz artigos 2º; 127; 129, II e III; 196; e 197, da Constituição Federal, a legitimidade, ou não, do Ministério Público para ajuizar ação civil pública que visa compelir o Estado de Minas Gerais a entregar medicamentos a portadores de hipotireoidismo e hipocalcemia.	Legitimidade do Ministério Público para ajuizar ação civil pública que tem por objetivo compelir entes federados a entregar medicamentos a portadores de certas doenças.	1755

<b>289</b>	<p>Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 100, § 2º; e 167, II e VII, da Constituição Federal, a possibilidade, ou não, de bloqueio de verbas públicas para garantir o fornecimento de medicamentos.</p>	<p>Bloqueio de verbas públicas para garantia de fornecimento de medicamentos.</p>	273
<b>345</b>	<p>Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 5º, II, XXXVI; 154, I; 195, § 4º; 196; 198, § 1º; e 199, da Constituição Federal, a constitucionalidade, ou não, do art. 32 da Lei nº 9.656/98, que prevê ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS, pelos custos com atendimento prestado, por instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS, a beneficiários de planos privados de assistência à saúde.</p>	<p>Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS das despesas com atendimento a beneficiários de planos privados de saúde.</p>	1379
<b>381</b>	<p>Recurso extraordinário em que se discute, à luz do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal, a aplicabilidade, ou não, da Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) a contratos de plano de saúde firmados antes de sua vigência, relativamente à cláusula que autoriza a majoração do valor da mensalidade em função da idade do beneficiário contratante.</p>	<p>Aplicação do Estatuto do Idoso a contrato de plano de saúde firmado anteriormente a sua vigência.</p>	2803
<b>500</b>	<p>Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos artigos 1º, III; 6º; 23, II; 196; 198, II e § 2º; e 204 da Constituição Federal, a possibilidade, ou não, de o Estado ser obrigado a fornecer medicamento não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.</p>	<p>Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA.</p>	1602

<b>698</b>	<p>Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos arts. 2º e 196, da Constituição federal, a possibilidade de o Poder Judiciário determinar a implementação de políticas públicas urgentes com a finalidade de assegurar o direito à saúde, em substituição ao juízo de oportunidade e conveniência do Poder Executivo para a prática do ato administrativo, bem como sem indicar as receitas orçamentárias necessárias ao cumprimento da obrigação imposta.</p>	<p>Limites do Poder Judiciário para determinar obrigações de fazer ao Estado, consistentes na realização de concursos públicos, contratação de servidores e execução de obras que atendam o direito social da saúde, ao qual a Constituição da República garante especial proteção.</p>	308
<b>818</b>	<p>Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos arts. 2º, 5º, § 1º, 160, parágrafo único, II, e 198, § 2º, III, e § 3º, da Constituição Federal, e do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a possibilidade de controle pelo Poder Judiciário no caso de descumprimento da obrigação dos entes federados na aplicação dos recursos orçamentários mínimos na área da saúde, antes da edição da lei complementar referida no art. 198, § 3º, da Constituição.</p>	<p>Controle judicial relativo ao descumprimento da obrigação dos entes federados na aplicação dos recursos orçamentários mínimos na área da saúde, antes da edição da lei complementar referida no art. 198, § 3º, da Constituição.</p>	4
<b>952</b>	<p>Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos princípios constitucionais da isonomia e da razoabilidade, a possibilidade de o direito à liberdade religiosa, assegurado no inc. VI do art. 5º da Constituição da República, justificar o custeio de tratamento médico indisponível na rede pública.</p>	<p>Conflito entre a liberdade religiosa e o dever do Estado de assegurar prestações de saúde universais e igualitárias.</p>	4

Fonte: Supremo Tribunal Federal, relação completa dos temas de repercussão geral. Disponível em: [http://portal.stf.jus.br/textos/verTexto.asp?servico=jurisprudenciaRepercussaoGeral&pagina=listas\\_rg](http://portal.stf.jus.br/textos/verTexto.asp?servico=jurisprudenciaRepercussaoGeral&pagina=listas_rg) (Acesso 05/01/2018). Conselho Nacional de Justiça, Painel de Consulta ao Banco Nacional de Demandas Repetitivas e Precedentes Obrigatórios. Disponível em: [http://paineis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opensoc.htm?document=qvw\\_1%2FPainelCNJ.qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true&sheet=shDRGraficos](http://paineis.cnj.jus.br/QvAJAXZfc/opensoc.htm?document=qvw_1%2FPainelCNJ.qvw&host=QVS%40neodimio03&anonymous=true&sheet=shDRGraficos) (Acesso 05/01/2018).

O tema 6 - “Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo”, concentra a grande maior parte dos recursos sobrestados em saúde de uma maneira geral (27.316), seguido por temas da saúde suplementar em número de recursos sobrestados, e dos temas 381, “Aplicação do Estatuto do Idoso a contrato de plano de saúde firmado anteriormente a sua vigência”, e “Aplicação de lei nova sobre plano de saúde aos contratos anteriormente firmados”. Em nenhum dos casos a repercussão geral foi julgada ainda pela Corte.

O Superior Tribunal de Justiça reconheceu 8 temas de recursos repetitivos em demandas de saúde, que sobrestaram recursos nos tribunais *a quo*. Muitos destes incidentes também têm repercussão geral reconhecida, ainda que o STJ já tenha tese firmada. O tema 106, que tem o tema 6 do STF como correspondente, também é o que possui mais processos suspensos.

**Tabela 9: Recursos Repetitivos reconhecimentos em Temas pelo STJ**

TEMA	QUESTÃO SUBMETIDA A JULGAMENTO	TESE FIRMADA	REPERCUSSÃO GERAL	QUANTIDADE DE PROCESSOS SUSPENSOS
84	Questão referente ao fornecimento de medicamento necessário ao tratamento de saúde sob pena de bloqueio ou sequestro de verbas do Estado a serem depositadas em contracorrente.	Tratando-se de fornecimento de medicamentos, cabe ao Juiz adotar medidas eficazes à efetivação de suas decisões, podendo, se necessário, determinar até mesmo o sequestro de valores do devedor (bloqueio), segundo o seu prudente arbítrio, e sempre com adequada fundamentação.	Tema 289/STF - Bloqueio de verbas públicas para garantia de fornecimento de medicamentos.	590
98	Possibilidade de ser imposta a multa a que alude o art. 461 do CPC, nos casos de descumprimento da obrigação de fornecer medicamentos, imposta ao ente estatal.	Possibilidade de imposição de multa diária (astreintes) a ente público, para compeli-lo a fornecer medicamento à pessoa desprovida de recursos financeiros.	-	1196

106	Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS.	-	Tema 6/STF - Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo.	17253
483	Demanda relativa à necessidade, ou não, nos termos da legislação vigente, da atuação de farmacêutico em dispensário de medicamentos, mantido por clínica e/ou unidades hospitalares, negou provimento ao recurso de apelação do recorrente.	Não é obrigatória a presença de farmacêutico em dispensário de medicamentos.	-	4
493	Hospital conveniado ao SUS. Tabelas de preços. Fator de conversão em URV. Competência. Prescrição.	Nas demandas que envolvem a discussão sobre a conversão da tabela de ressarcimentos de serviços prestados ao Sistema Único de Saúde - SUS de cruzeiro real para real, (...) por se tratar de relação de trato sucessivo, prescrevem apenas as parcelas vencidas anteriormente ao quinquênio que antecedeu ao ajuizamento da ação (Súmula 85/STJ).	-	6
494	Hospital conveniado ao SUS. Tabelas de preços. Fator de conversão em URV. Competência. Prescrição.	Nas demandas que envolvem a discussão sobre a conversão da tabela de ressarcimentos de serviços prestados ao Sistema Único de Saúde - SUS de cruzeiro real para real, (...) deve ser adotado como fator de conversão o Valor de Cr\$ 2.750,00, nos termos do art. 1º, § 3º, da MP 542/95, convertida na Lei 9.096/95.	Tema 234/STF - Reajuste das tabelas dos serviços prestados ao SUS.	39

495	Hospital conveniado ao SUS. Tabelas de preços. Fator de conversão em URV. Competência. Prescrição.	Nas demandas que envolvem a discussão sobre a conversão da tabela de ressarcimentos de serviços prestados ao Sistema Único de Saúde - SUS de cruzeiro real para real, (...) o índice de 9,56%, decorrente da errônea conversão em real, somente é devido até 1º de outubro de 1999, data do início dos efeitos financeiros da Portaria 1.323/99, que estabeleceu novos valores para todos os procedimentos.	Tema 234/STF - Reajuste das tabelas dos serviços prestados ao SUS.	148
610	Discussão sobre o prazo prescricional para exercício da pretensão de revisão de cláusula contratual que prevê reajuste de plano de ú e respectiva repetição dos valores supostamente pagos a maior.	Na vigência dos contratos de plano ou de seguro de assistência à saúde - pretensão condenatória decorrente da declaração de nulidade de cláusula de reajuste nele prevista prescreve em 20 anos (art. 177 do CC/1916) ou em 3 anos (art. 206, § 3º, IV, do CC/2002), observada a regra de transição do art. 2.028 do CC/2002.	-	4133

Fonte: Superior Tribunal de Justiça, Recursos Repetitivos. Disponível em: [http://www.stj.jus.br/repetitivos/temas\\_repetitivos/pesquisa.jsp](http://www.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp), busca por “saúde” e seleção apenas de casos relacionados diretamente a saúde, pública ou suplementar. Acesso 05/01/2017.

O reconhecimento de repercussão geral e de demandas repetitivas<sup>46</sup> permite o sobrestamento de recursos com mesmo tema nos demais tribunais *a quo*, que esperam o

<sup>46</sup> Como explica o Conselho Nacional de Justiça, a repercussão geral foi criada pela Emenda Constitucional n. 45/2004 e regulamentada em 2007, como uma ferramenta do STF que “impossibilita a análise de recursos extraordinários que não atendam critérios de relevância jurídica, política, social ou econômica, indo além do interesse das partes envolvidas”. A repercussão geral afeta a tramitação de recursos em outras instâncias, na medida em que “processos sobre o mesmo assunto ficam paralisados nos tribunais aguardando o julgamento da Suprema Corte”. Para reconhecer um processo com tema de repercussão geral basta a indicação do ministro relator no Plenário Virtual, de modo que a RG somente não será aceita no caso de oito ministros discordarem da sua admissão. Os Recursos repetitivos, de outro lado, foram criados pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) com a Lei n. 11.672/2008, com o objetivo de “dar mais celeridade, isonomia e segurança jurídica no julgamento de recursos especiais que tratem da mesma controvérsia jurídica”. Sua admissão é feita por amostragem, cabendo ao “presidente ou vice-presidente do tribunal de origem admitir um ou mais recursos que melhor representem a questão repetitiva e encaminhá-los ao STJ para julgamento”. (Conselho Nacional de Justiça, “CNJ Serviço: Saiba a diferença entre repercussão geral e recurso repetitivo”, publicado em 11/04/2016, disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/81998-cnj-servico-saiba-a-diferenca-entre-repercussao-geral-e-recursos-repetitivos>, acesso em 05/01/2018). Agradeço também à Fabio Cesar dos Santos Oliveira por este esclarecimento.

juízo dos recursos paradigma para que a mesma tese jurídica se aplique aos demais casos idênticos. Não somente, como veremos, as procuradorias orientam suas estratégias de defesa, inclusive a escolha entre recorrer ou não, tendo por base o posicionamento dos tribunais superiores. A expectativa sobre o julgamento dos temas 6 do STF e 106 do STJ são mencionadas nas entrevistas como uma das formas de potencialmente reverter o quadro da judicialização altamente favorável aos demandantes. O próprio reconhecimento de que estes são temas relevantes, que exigem um único posicionamento das Cortes superiores, já pode ser visto como um avanço na cultura jurídica dos juízes. Mesmo assim, estas Cortes precisam seguir seus posicionamentos para que se estabeleçam precedentes críveis, que possam ser aplicados pelos demais tribunais. Os princípios norteadores que surgiram da audiência da saúde de 2009 – e que estabeleceram inclusive um teste para o julgamento das demandas – não foram sequer aplicados no âmbito do próprio STF, o que lança dúvidas sobre a eficácia destes mecanismos processuais em constringer a própria cúpula do Judiciário.

### **2.3.3. Da gestão meta-processual: CONITEC**

A principal consequência institucional da judicialização que se seguiu à audiência pública do STF de 2009 foi a revisão do processo de incorporação de novas tecnologias no SUS. Esta revisão resultou na Lei federal 12.401/2011<sup>47</sup> e na criação da CONITEC. Wang (2015) reconstrói esta alteração a partir de seu processo legislativo, que partiu de dois projetos de lei (338/2007 do Senador Flavio Arns; e 219/2007 do Senador Tião Vianna) com visões distintas sobre a judicialização. O primeiro entendia que a saúde pública não podia estar restrita a protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas oficiais, uma vez que estas políticas e as listas do SUS restringiam o direito dos pacientes de acessar novas tecnologias. Não somente, seriam listas elaboradas com pouca ou nenhuma participação dos usuários no processo de incorporação. O segundo projeto partia de uma visão quase oposta sobre a judicialização, avaliando negativamente a concessão de medicamentos de alto custo e baixa efetividade pelo Judiciário. O primeiro projeto pretendia maior participação da sociedade no processo decisório, o segundo uma forma de incorporação mais rigorosa, com maior poder de veto às autoridades de saúde pública. A Lei 12.401/2011, apesar de formalmente decorrer do projeto de Flavio Arns,

---

<sup>47</sup> Conferir Lei 12.401 de 28 de abril de 2011, disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm) (Acesso 13/01/2018).

incorporou emendas do Senador Vianna, de modo que, na opinião de Wang (2015) é uma “amalgama dos dois projetos: incorporou a norma de que o SUS deveria apenas prover tratamentos incorporados pelo SUS, mas também criou uma instituição responsável pela análise de novas tecnologias através de um processo administrativo” (Wang, 2015, p. 637).

A Lei 12401/2011 altera a LOS no que tange as determinações sobre a assistência terapêutica. Ela determina que esta seja feita mediante a dispensação e oferta de produtos apenas em conformidade com as diretrizes terapêuticas firmadas em protocolos clínicos ou, na ausência deles, observadas as relações de medicamentos estabelecidas pela CIT e CIB, já pactuadas. Não somente, a lei deixa clara a definição de Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT), como “documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS” (art. 19-O da LOS, com as alterações da Lei 12401/2011).

Além disso, determina que os protocolos estabeleçam quais medicamentos e produtos são necessários a diferentes fases de uma doença ou agravo de saúde, bem como as alternativas para intolerância ou reação ao tratamento de primeira linha. O PCDT, portanto, é documento que se pretende completo e estabelecido segundo a “eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade” dos medicamentos” (art. 19-O, parágrafo único, da LOS, com as alterações da Lei 12401/2011). Uma contribuição específica da Lei 12.401/2011 à judicialização foi vetar, expressamente, que qualquer esfera de gestão do SUS dispense, pague, ressarça ou reembolse por medicamentos, produtos, procedimentos clínicos ou cirúrgicos experimentais ou sem autorização da ANVISA. Como explica Wang (2015), ao contrário do quanto proposto pela audiência pública do STF, ou mesmo pelas diretrizes em recomendações do CNJ, a Lei 12.401/2011 não permite exceções para medicamentos ou tratamentos não registrados ou autorizados pela ANVISA.

A CONITEC, por sua vez, veio substituir a CITEC na incorporação de novas tecnologias em saúde. A primeira forma de normatização sobre o fluxo de incorporação de tecnologias no

SUS veio com duas portarias 2006 (Portaria GM/MS 152/2006 e Portaria do Ministro de Estado n. 3.3.23/2006)<sup>48</sup> e ocorria sob coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde que, em 2008, transferiu esta coordenação à Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)<sup>49</sup>. Com a Lei 12.401/2011, a composição e o procedimento administrativo de incorporação se alteraram, “ampliando a participação da sociedade e do próprio Ministério da Saúde” (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2014).

Enquanto a CITEC tinha composição restrita, de 5 participantes, três do Ministério da Saúde, 1 da ANVISA e outro da ANS, a CONTEC ampliou o número de participantes para 13, 7 do Ministério da Saúde, 1 da ANS, 1 da ANVISA, 1 do Conselho Nacional de Saúde, 1 do CONASS, 1 do CONASEMS e 1 do Conselho Federal de Medicina (Silva et al, 2012). Além de mais participantes, o procedimento de incorporação também se alterou. Além de prazo específico para a apreciação de propostas e para a oferta pelo SUS (180 dias para análise e 180 dias para oferta, enquanto a CITEC não tinha prazo específico para nenhum dos procedimentos), a CONITEC também abre obrigatoriamente processo administrativo para todas as demandas submetidas, instituiu a possibilidade de recurso, e recebe propostas em fluxo contínuo (enquanto a CITEC apenas recebia propostas entre fevereiro e março, agosto e setembro).

A CONITEC pode receber pedidos de qualquer interessado, desde que munidos dos documentos exigíveis, e é obrigada a abrir o processo para consulta pública para receber contribuições e sugestões (SILVA et al, 2012; CONSELHO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, 2014), além de poder também realizar audiências públicas. Seu procedimento de recepção e apreciação das demandas também se tornou mais transparente.

---

<sup>48</sup> A avaliação de tecnologias do SUS, como um todo, é anterior a 2006, com ações desde 2000 com a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e, em 2004, com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SILVA et al, 2012), para a produção de pareceres de avaliação de tecnologias em saúde.

<sup>49</sup> Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), “Histórico Institucional”, publicado 20/05/2014, disponível em: <http://conitec.gov.br/historico-institucional> (Acesso 06/01/2018).

A CONITEC segue critérios específicos para apreciar as demandas por incorporação “Busca ampla de estudos publicados e não publicados; Avaliação crítica da melhor evidência disponível, ou seja, desfechos clinicamente relevantes; Necessidades de saúde da população e prioridades da política de saúde; Caracterização do mercado e escolha de compradores (alternativas terapêuticas); Avaliação da logística e estrutura necessária para implantação da nova tecnologia; Avaliação do estudo de custo-efetividade submetido pelo demandante e solicitação de novo estudo, quando indicado; Impacto orçamentário; Avaliação da sustentabilidade: produção local ou transferência tecnológica.” (SILVA et al, 2012, p. 87).

Seu fluxo de análise, como apresentam Silva et al (2012), se inicia pela recepção do pedido; análise dos estudos trazidos pelo proponente, solicitação de pesquisas complementares se necessário; análise pelo Plenário que elabora recomendação e consulta pública online já sobre o relatório aprovado pelo Plenário; avaliação das contribuições do público. Desta fase, o Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, responsável pela coordenação da CONITEC, avalia se será necessária a realização de audiência pública. Da realização da audiência pública ou caso ela não seja necessária, o secretário avalia o relatório final e publica a decisão da CONITEC (SILVA et al, 2012). Como avalia Wang (2015), este procedimento não só é cientificamente robusto, transparente e aberto ao público, mas dá às autoridades de saúde a última palavra sobre a incorporação ou não de tecnologias.

Desde a sua criação, a CONITEC recebeu 463 propostas<sup>50</sup>, a sua grande maioria pela incorporação de medicamentos, e decidiu em geral favoravelmente às propostas, como podemos observar na tabela abaixo.

---

<sup>50</sup> “Tecnologias demandadas”, de acordo com o sítio eletrônico da CONITEC, com última atualização em 11/12/2017. Acesso: <http://conitec.gov.br/tecnologias-em-avaliacao> (Acesso 06/01/2018).

**Tabela 10: Número de propostas por incorporação e seus andamentos, por tipo de pedido**

	MEDICAMENTO	PRODUTO	PROCEDIMENTO
Aguarda apreciação final para publicação	5	0	0
Em análise	32	9	4
Em análise após consulta pública	27	1	4
Em análise de conformidade	4	2	0
Em consulta pública	1	3	0
Processo encerrado: decisão de exclusão do SUS	38	0	5
Processo encerrado: decisão de incorporação no SUS	135	12	79
Processo encerrado: decisão de incorporação no SUS	81	14	6
Processo encerrado: decisão de não incorporação no SUS	1	0	0
Processo encerrado: restrição de uso no SUS	0	0	0

Fonte: Elaboração própria a partir de banco de dados da própria CONITEC, disponível em: <http://conitec.gov.br/tecnologias-em-avaliacao> (Acesso 06/01/2018).

De acordo com a literatura que discutimos acima, a criação da CONITEC não parece ter afetado o volume da judicialização, crescente mesmo depois de 2011. Não somente, mesmo com as vedações da Lei 12.401/2011, determinações judiciais de medicamentos fora da política ou sequer aprovados pela ANVISA persistem. Como demonstram Nogueira e Camargo (2017), para processos federais ajuizados entre 2011-2014, dos 28 medicamentos de maior valor de aquisição no período, 10 deles sequer tinha registro na ANVISA e, portanto, não incorporados pela CONITEC e 4 deles haviam sido aprovados pela CONITEC, mas ainda assim, judicializados.

Todas as medidas de gestão apresentadas acima merecem um estudo mais detalhado que contemple, inclusive sua efetividade. Elas, no entanto, demonstram, em conjunto que existe um movimento dos atores no âmbito federal para gerir a judicialização e enfrentar suas causas. Apresento a seguir um movimento semelhante, mas que ocorre no âmbito dos Estados. As estratégias estaduais espelham as federais em alguma medida, mas a maioria delas são anteriores ao interesse do CNJ ou do STF/STJ pelo tema e foram construídas a partir das experiências locais e das necessidades imediatas das secretarias.

### **Capítulo 3: O perfil geral da judicialização em quatro Estados**

Agora que temos uma noção geral da política de saúde brasileira, do fenômeno da judicialização nacional, e das respostas institucionais em nível geral, volto-me especificamente ao objeto empírico deste trabalho: as respostas institucionais estaduais à judicialização da saúde (capítulo 3) e seus principais atores - procuradores estaduais e gestores de saúde (capítulo 4).

Como trazido pela introdução, a escolha pelo estudo de São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro têm três razões específicas: primeiro, são por certo quatro dos cinco Estados com maiores níveis de judicialização (se incluirmos Minas Gerais, como vimos no capítulo anterior); segundo, são também os Estados com a produção científica sobre o fenômeno mais longa e mais profícua, considerando, especialmente, que a judicialização da saúde como um fenômeno de litigância em massa é problema “antigo” em muitos destes Estados, como no Rio Grande do Sul e em São Paulo; terceiro, a escolha por estudos de caso, de forma clara, visa evitar algumas das dificuldades de generalização enfrentadas pela literatura, como vimos acima, de modo que os dados empíricos analisados neste e no próximo capítulo não são, de modo algum, tentativas de traçar um perfil nacional, ainda que muito do que ocorre nestes Estados seja replicado e aprimorado por outros ou mesmo entre eles mesmos, já que gestores e procuradores estão em constante comunicação entre si.

Este capítulo tem a seguinte estrutura. Primeiro, analiso de forma comparativa os resultados preliminares de pesquisa em andamento da qual faço parte, coordenada por Daniel Wang, Steven Hoffman e Virgílio Afonso da Silva (mencionada na introdução) para três dos quatro Estados estudados - São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Depois, sigo estudando cada um dos casos, complementando esta pesquisa com as informações disponibilizadas pela literatura, para traçar um perfil da judicialização em cada Estado. Por fim, valho-me especialmente de entrevistas e análise documental para apresentar as respostas institucionais estaduais à judicialização, nas três fases vistas acima: pré-processual, processual e pós-processual.

### **3.1. Alguns dados gerais sobre a judicialização em três capitais - São Paulo, Florianópolis e Porto Alegre.**

Na pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento, foi possível obter dados mais atuais sobre a taxa de sucesso de litigantes em ações propostas contra as secretarias estaduais de São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, tramitando na justiça estadual da capital. Este recorte restringe o poder de representatividade desta pesquisa sobre a judicialização que ocorre no interior, mas confirma algumas das impressões gerais da literatura, especialmente sobre o momento de adjudicação das demandas. Para cada um dos Estados a seguir apresento dados individualizados sobre a taxa de sucesso das ações em sede de liminar, primeira e segunda instância, comparando-a com a presença ou não de sanções fortes em sede liminar. Os dados agregados dos três Estados, contudo, complementam e ratificam algumas das impressões da literatura até aqui: o alto índice de sucesso dos litigantes em todas as instâncias do judiciário estadual e a presença de sanções fortes, especialmente a ameaça de multa diária, para garantir o cumprimento destas decisões.

O universo de pesquisa é composto por todas as ações judiciais propostas contra as secretarias estaduais no âmbito da comarca da capital, extraídas das bases de dados das procuradorias estaduais dos três Estados e que constavam nestas bases como distribuídas na PGE entre 2011 e 2015. Selecionamos deste universo de ações uma amostra aleatória com erro amostral de 5%, seguindo a seguinte fórmula amostral:

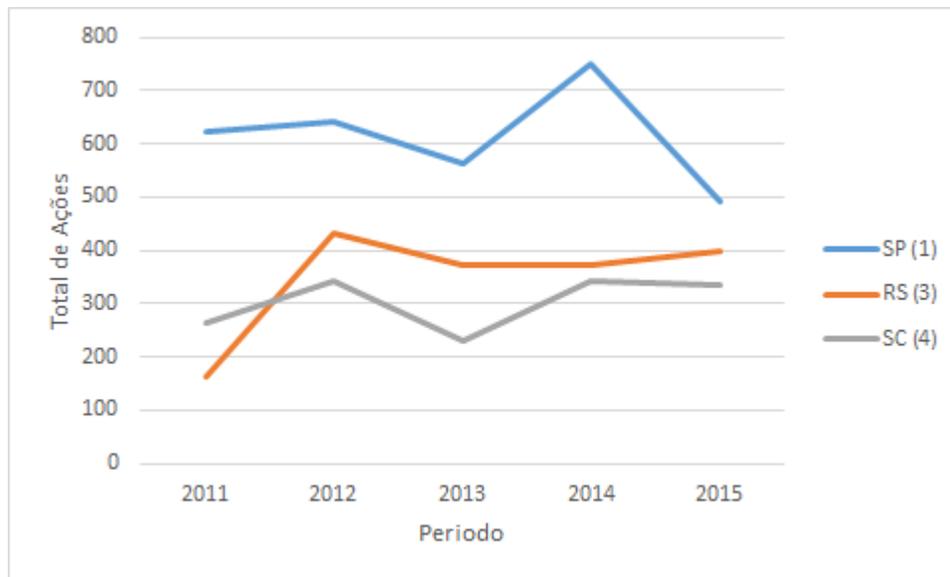
$$n = \frac{Nz^2pq}{E^2(N-1) + z^2pq}$$

onde, n é o tamanho amostral, N o total de unidades no universo, z tem valor de 1,96 para o intervalo de confiança de 95% na aproximação normal, p e q são iguais a 0,5 para a probabilidade de sorteio dentro da amostra.

O total amostral para os três Estados (cujas amostras foram selecionadas separadamente em cada banco da PGE) foi de 6970 ações. Exclui da análise desta amostra todas as ações que não continham informação sobre a data de notificação da PGE ou cuja notificação não se deu

entre os anos de 2011 a 2015, o que reduziu minha amostra para 6324 ações<sup>51</sup>. Esse recorte permite ter uma estimativa do número de novas ações propostas nas comarcas das capitais por ano em cada Estado. O gráfico abaixo apresenta esta distribuição.

**Gráfico 5: Total de ações da amostra, por ano e por Estado.**



Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria.

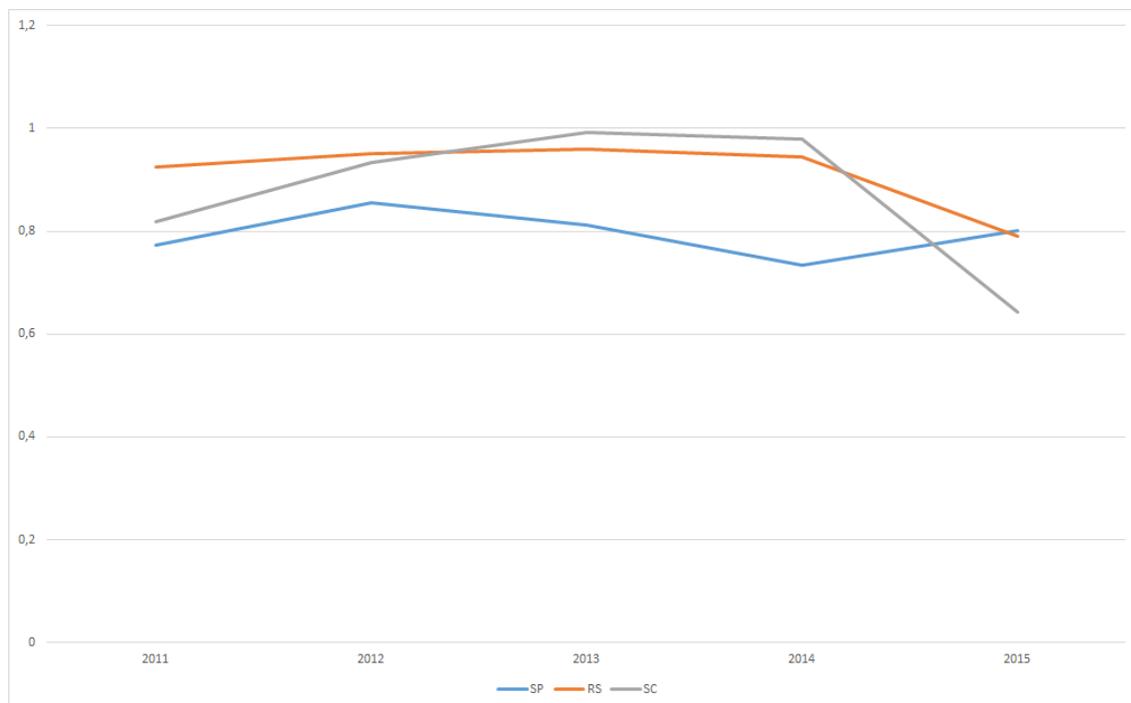
Analisando só a distribuição no tempo, observa-se que em São Paulo houve uma queda significativa no número de novas ações de 2014 para 2015, ainda que o volume paulista total ultrapasse aqueles respectivos dos dois outros Estados. Sua curva parece convergir para os valores alcançados em Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Santa Catarina teve uma queda brusca de sua judicialização em 2013, mas o número de novas ações na capital voltou a subir e permaneceu relativamente estável por dois anos.

Confirmando a tendência apontada por Ferraz (2011), a maior parte das ações propostas consta com pedido de antecipação de tutela ou liminar, deferidos em sua grande maioria. O

<sup>51</sup> Nem todas as ações extraídas dos bancos de dados contavam com todas as suas informações relevantes, como data de notificação, por exemplo. Outras, constavam nos bancos como distribuídas dentro do intervalo temporal, mas no momento da análise dos dados percebemos que sua distribuição era anterior ou mesmo posterior a 2015.

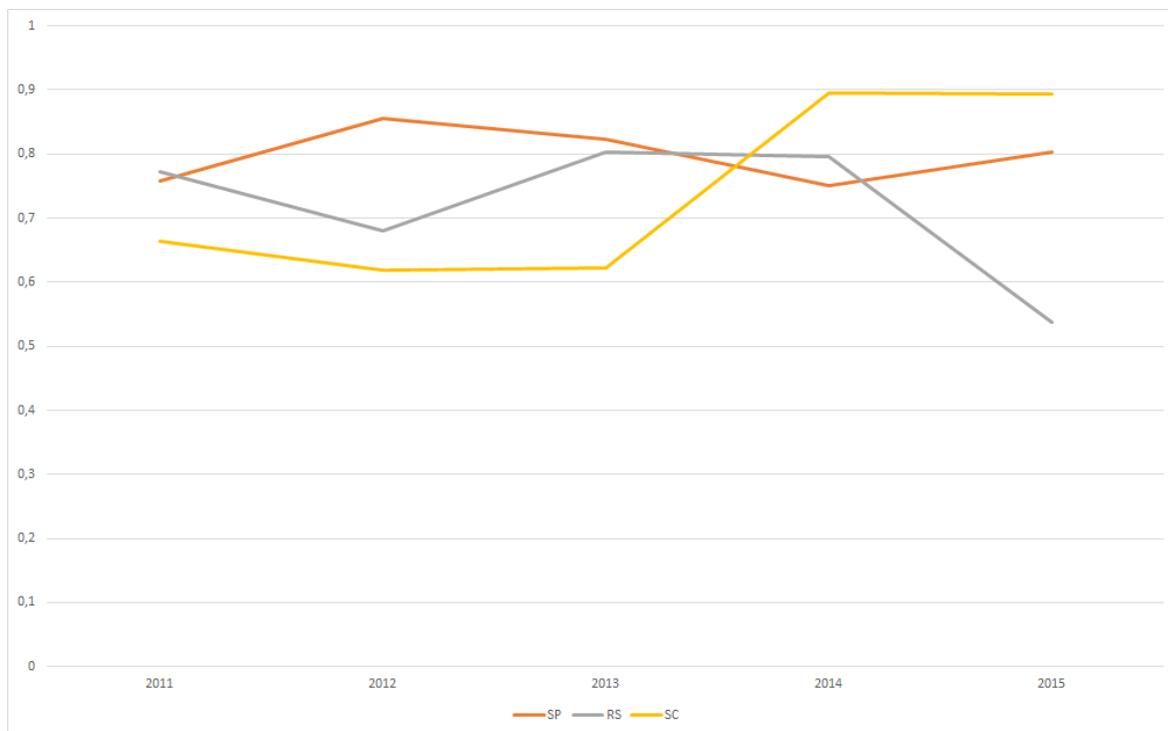
percentual de sucesso dos demandantes é também alto em primeira e segunda instância, em todos os Estados, como os gráficos abaixo procuram demonstrar.

**Gráfico 6: Total de pedidos de tutela antecipada/liminar deferidos para SP, RS e SC**



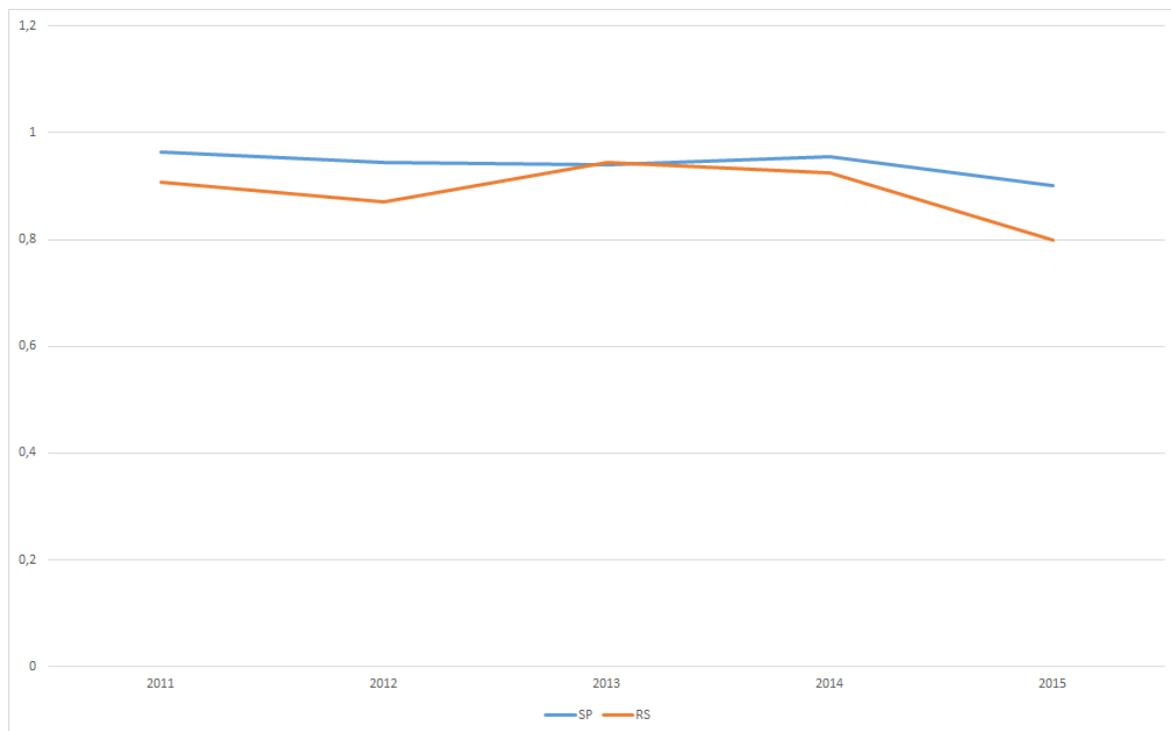
Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria. Foram consideradas aqui apenas as ações com pedido de antecipação de tutela ou liminar cuja decisão foi completamente ou parcialmente favorável ao demandante.

**Gráfico 7: Percentual de decisões de primeira instância deferidos em favor do demandante para SP, RS e SC**



Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria. Foram consideradas aqui apenas as decisões favoráveis ou parcialmente favoráveis aos demandantes.

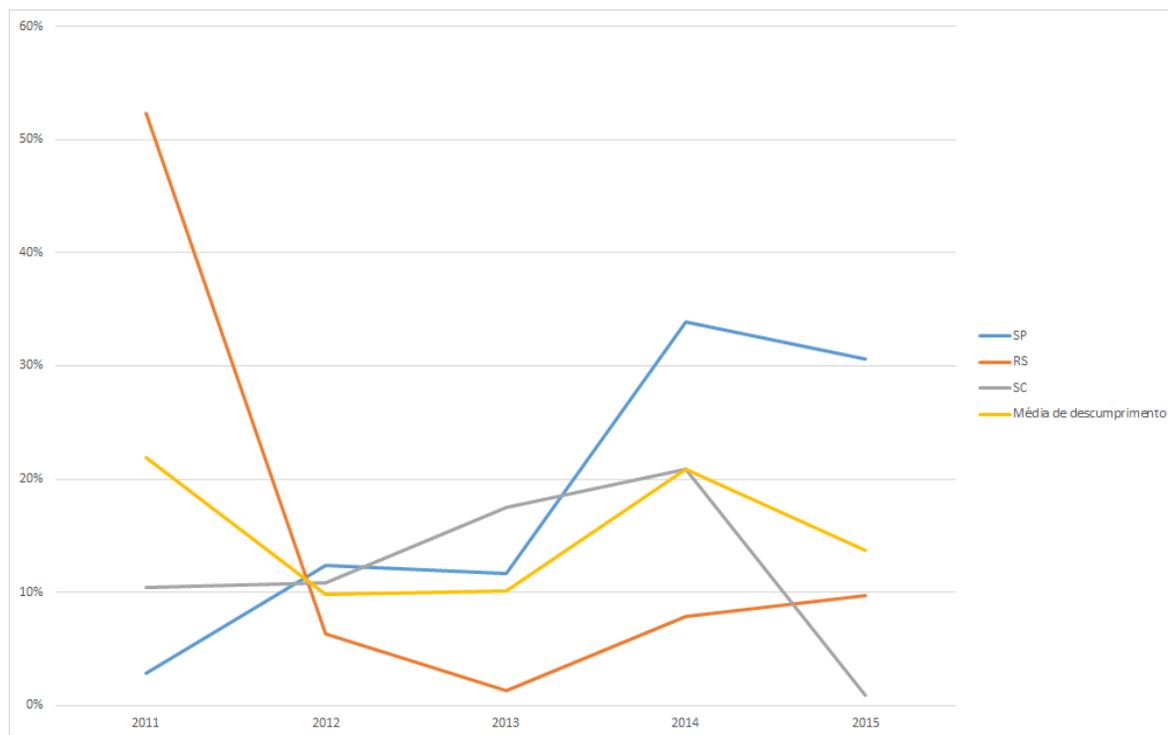
**Gráfico 8: Percentual de Decisões de Segunda Instância deferidos em favor do demandante para SP e RS**



Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria. Foram consideradas aqui apenas as decisões favoráveis ou parcialmente favoráveis aos demandantes.

A coleta de dados de segunda instância em Santa Catarina não retornou com um grande número de decisões de tribunais. Das 72 decisões em segunda instância encontradas, 100% para todos os anos, menos 2015 (para o qual não havia nenhuma decisão) foram completamente ou parcialmente a favor dos demandantes. Tentamos mapear a taxa de descumprimento das liminares a partir de uma variável *dummy* (ou binária) que marcava 1 para qualquer notícia logo após a liminar de descumprimento, trazida pelas partes em documentos anexados ao processo ou no corpo de despachos dos juízes, exigindo providências. O gráfico a seguir demonstra o percentual de descumprimento de ações com tutela antecipada ou liminar completamente deferidas em favor do demandante.

**Gráfico 9: Descumprimento estadual de decisões deferidas em sede de antecipação de tutela/liminar**

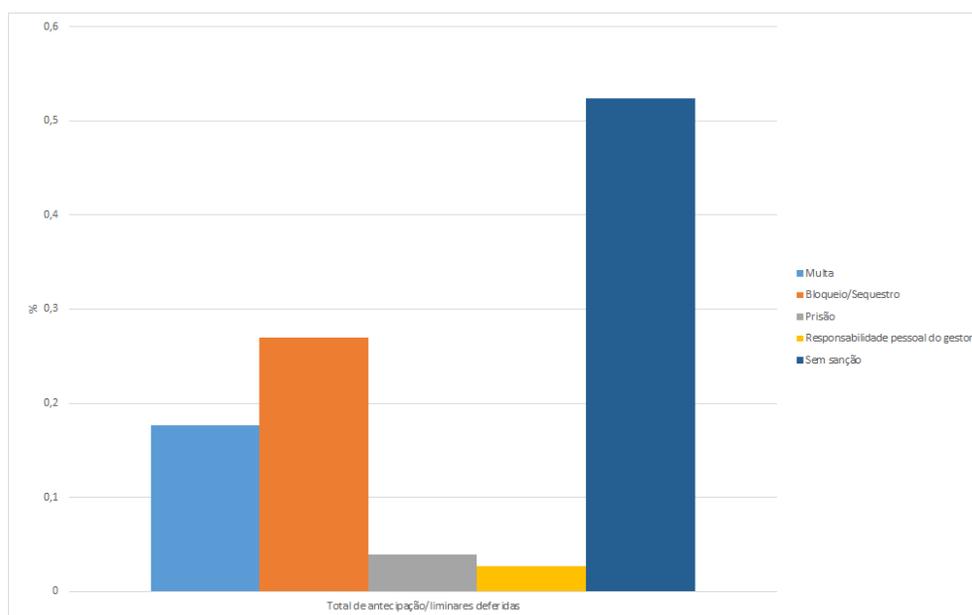


Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria.

Observa-se que ao longo dos anos o percentual médio de descumprimento variou entre 10% a pouco mais de 20%, com muita variação no tempo entre Estados. Esta variação pode ser explicada pela própria construção da variável, que não é capaz de capturar a realidade do cumprimento, uma vez que este pode ser subnotificado nos autos ou ser noticiado em momentos posteriores à própria sentença, não analisados. A variação também pode estar atrelada aos próprios objetos dos pedidos, que exigem do Estado a compra não planejada de medicamentos ao longo da ação, sob prazos exíguos e dificuldades relacionadas ao estabelecimento de processos licitatórios.

Esta medida sugere, contudo, que os Estados cumprem a maior parte das decisões em sede de antecipação de tutela. Estas decisões, em geral, vêm garantidas por sanções contra o descumprimento, previstas na legislação processual. Procuramos mapear que tipo de sanções os juízes utilizam, codificando suas decisões sempre que juízes citavam explicitamente o risco de alguma das sanções possíveis em suas decisões de antecipação de tutela. Em mais da metade das decisões deferidas em tutela antecipada o juiz não explicita qualquer um dos mecanismos sancionatórios, o que não afasta a possibilidade de que ele os utilize posteriormente, mas reduz a “força simbólica” da ameaça. Dentre as decisões em que ele prevê sanção, observa-se que a multa ainda é a sanções mais invocada pelos magistrados, seguida de bloqueios e sequestros<sup>52</sup>. Este tema aparecerá, mais a frente, nas entrevistas trazidas a seguir.

**Gráfico 10: Percentual de sanções previstas em decisões de tutela antecipada/liminar deferida**



Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento.  
Elaboração do gráfico própria.

<sup>52</sup> Denominar bloqueios e sequestros de sanção é uma imprecisão que esta tese assume, uma vez que estes recursos processuais não funcionam apenas como ameaças para forçar o cumprimento da medida judicial, mas tem natureza satisfativa da tutela, uma vez aplicados.

Como veremos, estes resultados são alguns dos fatores que colocam gestores e procuradores para trabalhar juntos na tentativa de tanto reverter estas decisões (ainda que improvável) e, especialmente, de gerir seu cumprimento, dado que o alto volume de liminares deferidas e o risco de sanções fortes podem gerar custos financeiros ao Estado não reversíveis e acima de qualquer planejamento orçamentário.

### 3.2. Perfil da judicialização no Estado de São Paulo:

Em relatório emitido pela Procuradoria Geral do Estado e cedido a esta pesquisa, de 2011 a 2016, São Paulo registrou um crescimento médio do total de novas ações em saúde contra o Estado de 15,88% ao ano, propostas especialmente nas Comarcas de Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Campinas e na Capital.

**Tabela 11: Número anual de novas ações em saúde propostas contra o Estado de São Paulo. Comparativo por Regional da PGE, de 2011 a 2016.**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média
<b>Total de novas ações</b>	<b>12591</b>	<b>14529</b>	<b>16091</b>	<b>18075</b>	<b>22786</b>	<b>26175</b>	<b>18374,5</b>
<b>Crescimento anual</b>		<b>15%</b>	<b>11%</b>	<b>12%</b>	<b>26%</b>	<b>15%</b>	<b>15,88%</b>
<b>Média mensal de novas ações</b>	<b>1049</b>	<b>1211</b>	<b>1341</b>	<b>1506</b>	<b>1899</b>	<b>2181</b>	<b>1531,167</b>
PJ-Capital	1219	1417	1401	1426	2010	2734	1701,167
PR 1 - Grande São Paulo	398	463	701	846	917	1093	736,3333
PR 2 - Santos	289	522	478	430	484	599	467
PR 3 - Taubaté	329	433	586	516	761	1018	607,1667
PR 4 - Sorocaba	268	329	586	965	1295	1499	823,6667
PR 5 - Campinas	1271	1446	1569	1700	1971	2225	1697
PR 6 - Ribeirão Preto	3332	3644	3888	4861	4988	5101	4302,333

PR 7 - Bauru	959	1223	1977	1292	1539	1468	1409,667
PR 8 - São José do Rio Preto	2651	2813	2313	2471	2606	2527	2563,5
PR 9 - Araçatuba	434	364	491	635	673	736	555,5
PR 10 - Presidente Prudente	452	526	727	1029	1143	1173	841,6667
PR 11 - Marília	410	514	499	608	1074	1395	750
PR 12 - São Carlos	579	781	875	1296	3325	4607	1910,5

Fonte: Tabela cedida pela Procuradoria Geral do Estado, em relatório emitido pelo sistema PGE-Net, disponível no Anexo eletrônico.<sup>53</sup>

Em junho de 2015, de acordo com relatório do sistema S-CODES<sup>54</sup>, a Secretaria possuía 42.868 processos ativos, com um custo mensal estimado de R\$852.341,79, ou seja, um gasto anual médio de mais de 1 bilhão de reais<sup>55</sup>. O orçamento liquidado total da saúde para o Estado no ano de 2015 foi de R\$ 23.339.037.851,15, valor que atende uma população estimada de 44.396.484 de pessoas em todo o Estado. O 1 bilhão de reais gastos com a judicialização comprometem em torno de 4% do orçamento total da pasta. Não somente, estimando que a maior parte das 42.868 ações judiciais atendem a um paciente cada – como veremos a seguir, a maior parte das ações judiciais em saúde no Estado é de ações individuais – tem-se em torno de 22 bilhões de reais para atender 44 milhões de habitantes, em torno de 495,00 reais por ano por

<sup>53</sup> Os dados apresentados para 2013 e 2014 divergem do levantamento feito pelo TCU, apresentado no capítulo 2 de forma mais geral, e que registram para o período, 20.740 e 24.347 ações distribuídas, respectivamente. Prefiro utilizar o levantamento da PGE uma vez que o levantamento do TCU não distingue quem é o réu ou o tema das ações, mas classifica por tema “saúde”, de acordo com a classificação CNJ temática, trazida na nota de rodapé n. 37. Assim, discussões sobre contratos envolvendo hospitais e prestadoras de serviços de saúde, por exemplo, ou que tenham o município apenas como réu podem estar contabilizados nestes números. Prefiro me manter com a estimativa conservadora oferecida pela PGE. Tenho a mesma cautela para o Rio Grande do Sul, como se verá abaixo, preferindo os dados fornecidos pela própria PGE do Estado. No caso de Santa Catarina e Rio de Janeiro, não foi possível obter relatórios atualizados sobre novas ações e volume de ações ativas, assim, recorri a literatura, relatórios oficiais disponibilizados pelos gestores online e dados de entrevistas com autoridades divulgado informações para a grande mídia. E complementei estes relatos com os dados do relatório do TCU.

<sup>54</sup> Relatório disponível no [Anexo eletrônico](#).

<sup>55</sup> Como veremos, o sistema PGE-Net que registra as ações judiciais contra o Estado e do qual foi extraído o relatório acima e é alimentado pela PGE se conecta ao sistema S-Codes, desenvolvido pela Secretaria de Saúde para gestão das demandas judiciais contra o Estado. Ainda que a comunicabilidade entre os dois sistemas não seja perfeita, este sistema permite uma aproximação dos custos totais com a judicialização do Estado.

habitante, enquanto os pacientes judiciais recebem em torno de 23 mil reais por ano<sup>56</sup>. Esta redistribuição de recursos pode ainda ser mais regressiva considerando que a maior parte das ações são propostas por advogados privados e se concentram em regiões ricas do Estado, como visto na tabela acima.

Como referido, a literatura sobre a judicialização no Estado de São Paulo aponta que a maior parte das demandas são individuais requerendo medicamentos não padronizados e não incluídos na política de assistência farmacêutica do SUS. A seguir, apresento os principais resultados desta literatura, que se concentra especialmente no estudo dos objetos das demandas e perfil de demandantes, analisando em menor medida sua taxa de sucesso em tribunais e as consequências da judicialização para a política pública de saúde, além de seu impacto orçamentário. Tal como apontei acima, os estudos têm séries temporais curtas – em geral de um a dois anos – e muitas vezes partem de bancos e fontes de dados distintas, o que torna difícil comparar suas observações. Abaixo procurei organizar as principais conclusões dos trabalhos mais citados em ordem cronológica.

Talvez um dos primeiros estudos no Estado sobre a judicialização da saúde, Vieira e Zucchi (2007) mapeiam o perfil das demandas judiciais em 2005 contra a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Por meio da análise de um universo de 170 ações judiciais, ainda pequeno perto do que viria a se tornar a judicialização nos anos seguintes, concluem que no caso das demandas municipais, a maior parte das ações solicitava medicamentos constantes da

---

<sup>56</sup> Em declaração à imprensa em dezembro de 2016, o Secretário de saúde do Estado afirmou que o total de ações judiciais ativas é ainda maior, em torno de 53 mil por ano, sendo que desde 2010 a pasta já atendeu mais de 90 mil ações. Não somente, o gasto anual com a judicialização tem também aumentado, em torno de 1,2 bilhão por ano. "Gastamos, anualmente, R\$ 1,2 bilhão com a 'judicialização'. Nossas equipes já fazem um trabalho rigoroso e estamos agindo para aprimorá-lo. O 'Acessa SUS' surge com o objetivo de incentivar o diálogo entre Executivo, Judiciário e demais operadores do Direito, de modo que demandas individualizadas por medicamentos não se sobreponham a políticas públicas já existentes", afirma o secretário de Estado da Saúde, David Uip. (Conferir: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/destaques/saude-firma-parceria-com-mp-tj-e-defensoria-para-diminuir-acojs-judiciais-desnecessarias>, acesso em 02/01/2018).

Considerando que o orçamento liquidado da saúde estadual para 2016 foi de R\$ 24.012.914.182,88, para uma população de 44.749.699 habitantes, a estimativa apresentada é bastante similar: cada habitante recebe em média 513 reais por ano em serviços de saúde enquanto os demandantes judiciais R\$ 22.5641 em recursos. Estas estimativas consideram todas as despesas liquidadas da pasta, ou seja, orçamento efetivamente recebido e executado pela Saúde. Isso quer dizer que todas as despesas, inclusive as correntes, estão incluídas nestas estimativas. Se retirarmos estes valores, o cenário é ainda mais regressivo. Dados sobre população e orçamento retirados do SIOPS, Consulta de Despesa por subfunção, consolidada por fase de despesa, UF: São Paulo, Fase: Despesa Liquidada, Pasta: Todas. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/rel\\_subfuncaouf.php](http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncaouf.php) (Acesso 02/01/2018)

política de saúde (62% dos medicamentos solicitados), sugerindo problemas na distribuição e efetivação da assistência farmacêutica, período ainda de consolidação da política. No entanto, os demais medicamentos judicializados não eram padronizados e 73% deles possuíam substitutos dentro do SUS. Medicamentos oncológicos e para diabetes representaram 59% das doenças referidas nos processos. A maior parte das prescrições, apontam as autoras, adveio de serviços do SUS (59% das demandas).

Analisando as ações propostas em 2006 contra a secretaria estadual e sistematizadas pelo Sistema de Controle Jurídico (SCJ) da Secretaria do Estado de São Paulo, Chieffi e Barata (2009) concluíram que do seu universo de 3.007 processos judiciais, 74% destas ações foram representadas por advogados privados. A maior parte dos pacientes tinham domicílio localizado nas zonas de menor vulnerabilidade do Estado, de acordo com Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) de residência daquele ano. Não somente, as solicitações, que incluíam em um mesmo pedido, muitas vezes, mais que um medicamento, requeriam, em 77% delas, medicamentos que não pertenciam aos programas de assistência farmacêutica do SUS, sendo que em 48% destes processos judiciais as receitas médicas provinham de estabelecimentos da rede do SUS.

Silva e Terrazas (2008), realizaram survey para determinar o perfil de usuários e demandas judiciais junto à Farmácia de Ação Judicial (como veremos, uma das iniciativas de gestão da judicialização implementadas pelo Estado de São Paulo) em 2007. Os autores ouviram 160 pessoas, uma amostra de 4,38% das 3652 pessoas atendidas pela farmácia entre março e abril de 2007. Concluíram que a maior parte dos usuários tinha mais de 40 anos (acima de 60% dos entrevistados), obteve sua prescrição médica a partir de serviços privados de saúde (60,63%) e se informou sobre a possibilidade de acionar a justiça para adquirir os medicamentos receitados através de seus próprios médicos (55,42% dos entrevistados). Dos entrevistados, 38,75% foram representados por advogados privados, 35,63% eram aposentados ou pensionistas da previdência social e 16,88% trabalhadores formais. Sobre a renda, os autores ainda apontam que a maior parte dos demandantes possuía renda maior que 1,5 salários mínimos, sendo que 21,88% dos entrevistados detinham renda familiar entre 1,5 e 3 salários mínimos. No geral, os autores classificam a maior parte dos demandantes como de classe média

(49,38%). Por fim, a maior parte das demandas referia-se a tratamentos oncológicos ou de diabetes, na esteira de outros estudos sobre a judicialização no Estado.

Wang e Ferraz (2013) voltam-se ao perfil das demandas propostas pela Defensoria Pública do Estado e pelo Ministério Público Estadual na comarca da capital do Estado. Analisam uma amostra aleatória de 340 ações de saúde para a Defensoria Pública, entre os anos de 2006 a 2009, e todas as 32 ações civis públicas propostas com algum tema de saúde pelo Grupo de Ação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor (Gaesp) do Ministério Público, de 1999 a 2009. Seus dados para a defensoria são semelhantes aos encontrados pela literatura até então – a maior parte das ações requer medicamentos e insumos (47%) relacionados a diabetes (25,24%). Dentre os demais problemas de saúde mais frequentes estão “paralisia cerebral (6,65%), hipertensão arterial (5,48%), glaucoma (3,32%), acidentes vasculares cerebrais (3,33%), doenças do coração (3,33%) e câncer (2,35%)” (WANG e FERRAZ, 2013).

A maior parte dos litigantes representados pela defensoria tinha renda abaixo da linha de pobreza, mas mora em bairros com médio índice de desenvolvimento humano e médio índice de necessidade em saúde. Segundo os autores, estes dados sugerem especialmente que a Defensoria estaria atendendo um grupo urbano muito específico, uma “classe média baixa” na expressão de Silva e Terrazas (2008). Nas palavras de Wang e Ferraz (2013), trata-se de pessoas que “embora sejam economicamente pobres, vivem em áreas melhores. O fato de essas pessoas viverem em regiões mais ricas parece indicar que elas possuem melhor acesso à informação sobre seus direitos e sobre as instituições que fornecem assistência jurídica gratuita. Ademais, essas pessoas possuem mais acesso aos serviços públicos e às unidades de saúde, o que aumenta as chances de que suas necessidades de saúde, quando insatisfeitas, deem ensejo a uma ação judicial.” (WANG e FERRAZ, 2013, p. 182).

Analisando as ações propostas pelo Ministério Público, Wang e Ferraz (2013) indicam que das 32 ações civis públicas, 23 referiam-se a ações estruturais, de alteração de política, 22 delas denunciando a precariedade de hospitais e da rede de atendimento do SUS na cidade e 1 requerendo que fosse garantido transporte público gratuito a mulheres grávidas de baixa renda quando se dirigissem a unidades de saúde. As outras 9 requeriam medicamentos e tratamentos de saúde especialmente para hepatite C, além de hipertermia maligna, insuficiência renal crônica, epilepsia, doença pulmonar obstrutiva crônica, autismo e adrenoleucodistrofia (WANG e FERRAZ, 2013, p.171). De forma semelhante às ações propostas pela defensoria, mesmo as

ações coletivas do MP concentrarem-se em regiões relativamente bem atendidas em serviços de saúde (27% destas ações foram propostas em bairros com necessidades de saúde elevadas e apenas 43% delas em bairros com baixo IDH).

Para um período mais longo, Chieffi (2017) analisa todos os 56.345 processos com decisões contra a secretaria estadual de 2010 a 2014 e catalogados pelo sistema S-Codes, desenvolvido a partir do SCJ em 2010 (tratarei deste sistema mais adiante). Nesta análise, a autora conclui que a maior parte das ações foram propostas apenas contra o Estado, sem contar com outros entes no polo passivo (62%). Em sua grande maioria, os demandantes foram representados por advogados privados (64,2%), propondo ações de rito ordinário ou mandados de segurança (ações civis públicas respondem por apenas 8,4% destas ações). Os médicos prescritores são, em sua maioria, provenientes de clínicas privadas (47,8%) para atender diagnósticos de *diabete mellitus* (14,3%). Por fim, 70,9% dos medicamentos solicitados não estão presentes na política de assistência farmacêutica.

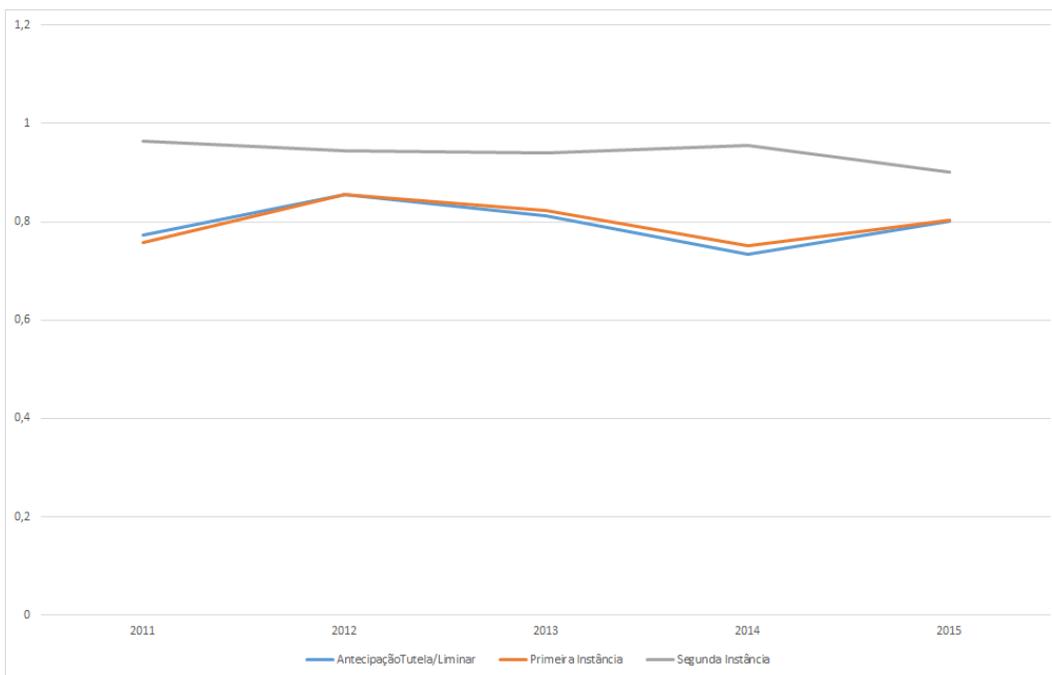
À exceção de Wang e Ferraz (2013), todos os estudos apresentados acima reportam o perfil de demandas já deferidas, sem se atentar para a natureza processual destas decisões (se proferidas em sede de antecipação de tutela ou liminar ou sem sentença), tampouco para a taxa de sucesso das ações em favor dos demandantes. Analisando as decisões de tutela antecipada e sentenças proferidas por Varas da Fazenda Pública da Justiça Estadual, de 1997 a 2004, em 31 processos que requeriam medicamentos e insumos, Marques e Dallari (2007) reportam que não só todos os autores eram indivíduos e, na grande maioria, representados por advogados particulares (67,7%), mas 93,5% das decisões em tutela antecipada foram favoráveis aos autores, confirmadas na quase totalidade das sentenças (90,3% das sentenças julgaram a ação procedente). Ademais, nenhuma sentença julgou o pedido completamente improcedente.

Wang e Ferraz (2013), avaliando especificamente a taxa de sucesso de ações propostas pela Defensoria Pública estadual e pelo Ministério Público estadual na comarca da capital, concluem que a maior parte das ações tem resultados favoráveis ao autor. No caso da Defensoria Pública, a taxa de sucesso dos litigantes foi de 84,64% em decisão liminar e 78% em sentenças. Dos recursos propostos pelo Estado, a taxa de sucesso dos litigantes foi de 76% (recursos propostos pelo Estado de São Paulo julgados improcedentes). E mesmo nos casos em que houve sentença desfavorável à Defensoria, a decisão *a quo* foi revertida em favor do demandante em

80% dos casos. Para as ações civis públicas propostas pelo Ministério Público a taxa de sucesso do MP é menor que das ações individuais. Para as ACPs que dispunham de informação sobre liminares, sentença e recursos, os autores apontam que a taxa de êxito do MP cai para 64% nas decisões liminares, 80% nas sentenças e 52% em sede recursal, sugerindo que mesmo que a primeira instância garanta a tutela coletiva em sede de sentença, os tribunais reverteram estas decisões de forma desfavorável ao MP. Este estudo, assim, evidencia a hipótese discutida acima, de que ações coletivas teriam menos êxito que as individuais dentro do Judiciário, estimulando a judicialização em massa ao invés da propositura de casos estruturais.

Ainda sobre as taxas de sucesso de litigantes, os dados da pesquisa em andamento coordenada por Wang et al., para ações judiciais propostas no âmbito da Justiça Estadual na comarca da capital, apontam tendências semelhantes de alto sucesso de litigantes no que tange as ações individuais.

**Gráfico 11: Percentual de sucesso dos demandantes em sede de tutela antecipada/liminar, primeira e segunda instância em SP.**



Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria. Foram consideradas aqui apenas as decisões favoráveis ou parcialmente favoráveis aos demandantes.

Como se pode perceber do gráfico, os pedidos de antecipação de tutela são praticamente replicados nas decisões de primeira instância, de modo que deferir em sede preliminar significa,

na prática, o mesmo que antecipar o conteúdo da sentença. As decisões de segunda instância em sede de apelação ou revisão necessária têm uma taxa de sucesso ainda maior em favor dos demandantes, se estabelecendo acima dos 95%.

Analisando as sanções estabelecidas por juízes em decisões de tutela antecipada, identificamos que, na maior parte dos casos, os juízes da capital não estabelecem previamente estas sanções no corpo da decisão. Isso não quer dizer que eles não se valham destes mecanismos ao longo do processo para garantia da tutela.

**Tabela 12: Distribuição de sanções em decisões preliminares – Justiça Estadual, São Paulo.**

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Total de ações</b>	622	641	562	750	473
<b>Com sanção</b>	18%	33%	41%	27%	31%
<b>Multa</b>	65%	75%	88%	72%	86%
<b>Bloqueio/Sequestro</b>	34%	24%	13%	31%	12%
<b>Prisão</b>	4%	6%	4%	2%	0%
<b>Sanção Genérica</b>	0%	1%	0%	0%	2%
<b>Mais de uma sanção</b>	4%	7%	5%	6%	1%
<b>Sem sanção</b>	73%	59%	53%	69%	64%
<b>Sem decisão</b>	9%	8%	6%	5%	5%

Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria. Ações consideradas “sem decisão” são aquelas que ou a decisão judicial de tutela antecipada não havia sido emitida ou não estava disponível em data e conteúdo para consulta. Ações consideradas “sem sanção” envolvem tanto decisões judiciais favoráveis aos demandantes, mas sem sanção clara no texto da decisão, ou decisões desfavoráveis aos demandantes.

Multas diárias foram as sanções prevalentes, ainda que bloqueios e sequestros estejam presentes em todos os anos, em percentual que varia ano a ano entre 12% a 34%. Como veremos, estas sanções, e sua efetiva aplicação, são uma realidade em todos os Estados estudados. Como uma sanção que esvazia o objeto da tutela, garantindo o cumprimento, juízes e tribunais recorrem a estes mecanismos quando o Estado enfrenta dificuldades para cumprir as decisões dentro dos prazos estabelecidos. O que veremos é que o volume de sequestros e bloqueios tem aumentado nos últimos dois anos (não analisados pela pesquisa acima), considerando a crise financeira dos Estados e a dificuldade em realizar procedimentos de compra em tempo hábil, dado os curtos prazos fixados por juízes. Em São Paulo, em 2013, o Tribunal de Contas da União

(BRASIL, 2017) estimou que apenas R\$ 13.828,21 foram bloqueados das contas estaduais, valor inferior ao que reportaremos em outros Estados abaixo. Este volume, contudo, já no ano seguinte, atinge a casa dos R\$ 2.305.180,78 de reais, o que demonstra que mesmo para o Estado de São Paulo, que conta com o maior orçamento em saúde, em termos absolutos, a efetiva realocação de recursos pelo Judiciário passou a se tornar um problema. Não é possível afirmar, em nenhum dos Estados, que os valores bloqueados e sequestrados entram nas estimativas de gasto total com a judicialização. Isso porque, como veremos no caso do Rio Grande do Sul, os bloqueios e sequestros podem ocorrer sobre qualquer conta do governo estadual. Isso quer dizer que a contabilização do impacto real destas sanções pode demorar tanto quanto o acerto de contas entre pastas, a cada ano.

### **3.2.1. As respostas institucionais de São Paulo**

#### *Gestão pré-processual: processo administrativo comum e Acesso SUS*

Uma das primeiras iniciativas de gestão pré-processual ou administrativa do Estado de São Paulo foi um convênio firmado entre a SES-SP e a Defensoria Pública, mediado pela PGE, para que antes de propor ações judiciais, os defensores encaminhassem os usuários a uma “triagem farmacêutica” dos pedidos. A parceria entre a Secretaria de Saúde e a Defensoria Pública se iniciou em março de 2008 e esta triagem funcionava dentro da própria Defensoria Pública (WANG, 2009), onde uma unidade da SES realizava a análise dos pedidos, duas vezes por semana, *in loco*. Como explica Procurador SP 1, entrevistado, por meio desta triagem era possível não só a reinserção de pacientes dentro do SUS, para os casos de medicamento já providos pela política, como a possibilidade de a SES-SP realizar a compra e dispensação administrativa de medicamentos fora das listas, para casos individuais cuja condição justificasse seu atendimento diferenciado. Essa parceria, restrita à Capital obteve uma redução, de acordo com o procurador, de 70% dos processos judiciais desta comarca promovidos pela Defensoria.

Na tentativa de interiorizá-la, contudo, a SES-SP enfrentou resistência das defensorias do interior, que viam a triagem como uma perda de autonomia funcional. Assim, a SES-SP estabeleceu uma forma de dispensação administrativa estadual própria, e o convênio com a Defensoria foi rompido.

*“O que a gente precisava naquele momento e acabou conseguindo era a possibilidade que é Defensoria criasse a oportunidade para a gente triar uma fila de assistidos. Qual a justificativa? Vocês estão entrando com muita ação desnecessária, pedindo coisa que já está no sistema e a gente vê, na verdade, uma população que está perdida, que foi mal orientada pelo médico, que não soube fazer uma boa prescrição e deixou o paciente com uma receita médica na mão, sem saber para onde ir. Eles resolveram fazer uma experiência e a partir de 2008, duas vezes por semana, os pacientes assistidos da Defensoria Pública no segmento de saúde pública eram triados por duas farmacêuticas (...) e o resultado foi muito bom, tudo aquilo que era disponível no sistema as pessoas eram orientadas para buscar na origem. Quando a recepção do paciente era muito diferente, mas tinha uma indicação técnica precisa, correta, o Estado resolveu comprar à parte. Então, era o que a gente chamou de solicitação administrativa, preenche um formulário e a partir desse formulário a autoridade sanitária, o Secretário, deferia a compra daquele medicamento particular. Nós tivemos, por resultado, em questão de meses, o desaparecimento de 70% da massa de ações judiciais, foi um movimento muito importante e o Judiciário sentiu isso, porque a gente frequentava muito o fórum, sempre despachando, sempre demonstrando os equívocos, a existência de alternativas do sistema, e eles viram que o trabalho que foi feito pela secretaria era trabalho sério, que diminuiu a litigiosidade e diminuiu o trabalho deles. Nós ganhamos credibilidade perante ele, é um trabalho que é lembrado até hoje pelos mais antigos... Na sequência nós tentamos interiorizar isso e tivemos um não da Defensoria Pública. A Defensoria Pública justificou a impossibilidade de levar tudo isso para todas as outras localidades do Estado pela autonomia atribuída aos defensores públicos locais. (...) A secretaria tomou um pouco com muito espanto isso e não entendeu o que que é autonomia funcional ou uma política pública institucional, eles não conseguiam entender isso, então resolveram então romper com a Defensoria Pública e criar o mesmo serviço, mas para toda a população paulistana da grande São Paulo, os municípios ao entorno e da capital, isso foi feito no que é hoje o AME Maria Zélia, ali no Belém e seria um balcão de as pessoas chegarem com receita médica, seriam triados por um farmacêutico na tentativa de reinserção sistema e, se não houvesse a possibilidade, então médicos*

*analisariam se compraria ou não o diferente, por conta de uma situação diferente, e isso e levou ainda mais à redução de litigiosidade, ganhamos maior credibilidade com judiciário e parecia que a gente já vivia um tempo de bonança.”* (Entrevista Procurador SP 1, PGE-SP).

A possibilidade de requerimento administrativo de medicamento ou nutrição enteral que não sejam disponibilizados pelo SUS é prevista, então, pela própria secretaria estadual de saúde<sup>57</sup> (CHIEFFI e SIQUEIRA, 2014; TOMA et al, 2017) antes via parceria com a Defensoria e, desde 2009 (TOMA et al, 2017), centralizada pela própria SES-SP. Até 2011-2012, este atendimento e triagem ocorria especialmente de forma presencial, com o direcionamento do paciente ao Maria Zélia para que lá, técnicos da gestão analisassem o pedido e, eventualmente, solicitassem que o paciente retornasse a seu médico que ele ou ela para alterasse a prescrição por alternativa padronizada ou justificasse a prescrição não-padronizada.

Com a edição da Resolução SS 89/2011, esta triagem administrativa passou a ser realizada por pedido administrativo formalizado, “via papel”, direcionado ao Comitê Técnico da Assistência Farmacêutica da Secretaria, que detinha a competência para responder aos pedidos por medicamentos e nutrição enteral não padronizados. O Comitê analisava o pedido e no caso de autorização fornecia ao paciente o produto em até 120 dias para nutrição enteral e 180 dias para medicamento. A partir de 2012, com a criação da Comissão de Farmacologia da SES (Resolução SS 54/2012) e do Núcleo de Assuntos Jurídicos (Resolução SS 74/2012), o pedido administrativo passou a ser encaminhado ao Comitê Técnico da Comissão de Farmacologia da SES-SP e avaliado em até 30 dias<sup>58</sup>. Segundo o Procurador SP 1, a alteração da forma do atendimento - de presencial a “protocolar” - comprometeu uma das características da triagem administrativa que era exatamente o atendimento “olho no olho”, o contato direto com o paciente, que trazia inclusive uma possibilidade mais clara de reinserção dele no sistema.

---

<sup>57</sup> Conferir: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/solicitacao-de-medicamento-ou-nutricao-enteral-por-paciente-de-instituicao-de-saude-publica-ou-privada> (Acesso em 17/12/2017).

<sup>58</sup> Conferir: Resolução SS nº 89, de 09 de setembro de 2011, D.O.E. - SP - Diário Oficial do Estado de São Paulo, de 10 de setembro de 2011; Resolução SS nº 54, de 11 de maio de 2012, D.O.E. - SP - Diário Oficial do Estado de São Paulo, de 12 de maio de 2012. Disponível no [Anexo eletrônico](#).

Chieffi e Siqueira (2015), contudo, contabilizam o impacto destas alterações administrativas e verificam que o número de solicitações administrativas veio a superar o número de novas ações – em 2011 eram 9.516 pedidos administrativos e 10.865 novas ações no Estado (registradas no sistema S-CODES, o que explica a divergência em relação ao relatório da PGE apresentado acima - 12.591 novas ações para a PGE), número que passou em 2012 para 14.036 pedidos administrativos e 10.617 pedidos judiciais (14.529 novas ações para a PGE) e, em 2013, confirmando a tendência, 21.819 pedidos administrativos e 12.669 judiciais (16.091 novas ações para a PGE).

Não há como saber se os procedimentos administrativos protocolados foram de fato uma forma de evitar a judicialização, uma vez que a recusa administrativa pode ter dado ensejo a ações judiciais. Ainda assim, Chieffi e Siqueira (2015) indicam que no primeiro semestre em 2012, este atendimento administrativo analisou pedidos de 4.800 pacientes dos quais quase a metade (43%) apenas precisavam de orientação para receber seus medicamentos e produtos por vias normais do SUS. Não somente, explicam as autoras, 50% dos pacientes receberam os formulários de solicitação administrativa de seus medicamentos, mas apenas 62% deles de fato efetivaram o protocolo.<sup>59</sup>Na tabela que apresentamos acima, para a comarca da capital, é possível ver uma diminuição no número de novas ações propostas em 2012 na capital e uma redução na média de novas ações no mesmo período, com uma consequente redução no número de liminares concedidas de 2012 para 2013. Ainda assim, de 2013 em diante estes indicadores voltam a crescer, apontando que mesmo com a possibilidade administrativa de requisição de medicamentos não padronizados, provavelmente em razão da negativa do Estado, estes casos se tornam ações judiciais<sup>60</sup>.

A solicitação somente pode ser efetuada por pacientes residentes no Estado, para doenças crônicas em caráter ambulatorial, mediante a apresentação de receita médica e formulário disponibilizado eletronicamente pela Secretaria para preenchimento, o qual deve ser encaminhado fisicamente a alguma dos departamentos regionais de saúde, no caso de demandas

---

<sup>59</sup> Uma iniciativa ainda apontada por Chieffi e Siqueira (2015) foi o fornecimento pela própria SES de medicamentos oncológicos não incorporados pelo SUS através de Centros de Alta Complexidade em Oncologia e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. Este fornecimento se iniciou em 2009 e com a incorporação pelo SUS de alguns destes medicamentos permanecia em 2013 para alguns medicamentos ainda não incorporados.

<sup>60</sup> Agradeço a Carolina Marinho por esta observação.

no interior do Estado, ou para AME Maria Célia, na capital. Os medicamentos solicitados devem ter registro na ANVISA. Não somente, a secretaria ainda restringe a solicitação a medicamentos que não sejam fórmula de manipulação tampouco avalia solicitações de associações de substâncias que já são disponibilizadas de forma isolada pelo SUS.

Os pedidos administrativos possuem, assim, caminho próprio desintegrado à gestão estadual geral de demandas judiciais do SUS (que descreveremos abaixo), já que tratados separadamente pela secretaria. Esta falta de integração é apontada como um problema que gera ineficiências especialmente para a defesa técnica dos pedidos judiciais, se eles provieram de deferimentos administrativos não atendidos. Como conta a Gestora SP 1, muitos pedidos administrativos deferidos são judicializados por algum problema de dispensação ou por levarem tempo para cumprimento, via licitação. Quando estes pedidos tratam de medicamentos não padronizados, a defesa realizada pela CODES (como explicaremos abaixo) invoca a ilegalidade do provimento, ainda que o pedido tenha sido deferido administrativamente. Duas posições oficiais e contraditórias, assim, saem da SES-SP.

*“25% das demandas aqui [judiciais atendidas pela CODES] são as insulinas análogas. (...) quando você vai olhar a lista do deferimento administrativo, 25% são as insulinas análogas. Então esse ciclo não fecha. (...) Ele [paciente] pede administrativamente, daí o núcleo [administrativo] fala por algum motivo que tá deferido o seu pedido. Às vezes, em alguma hipótese, pode faltar, demora de um mês a dois meses, que é o período da licitação. Então vai entrar como produto não urgente, entra na programação. Nisso ele [paciente] judicializa - ‘olha o pedido administrativo deu, prometeu dar, mas [a Secretaria] não deu’. Quando chega no meu setor técnico a gente vai falar o que? Fica sem defesa, e daí a nossa defesa é o que o SUS não reconhece, é visto estudo de CONITEC, por evidência e tal. Para o Judiciário (e eu se eu fosse juíza) falar ‘cara a secretaria é esquizofrênica porque uma hora reconhece o pedido outra hora fala que da CONITEC.’” (Gestora SP 1).*

A gestora propõe que os deferimentos administrativos comuns de medicamentos não padronizados se transformem em pedidos da SES-SP diretamente à CONITEC pela incorporação, de modo tanto a reduzir a judicialização como os gastos com a aquisição pontual destes medicamentos pela via administrativa. Não somente, a coerência entre os setores

administrativo e judicial parece ser uma medida necessária e adotada em outros Estados, como veremos.

Uma segunda iniciativa pré-processual em desenho e negociação é o projeto ACESSA SUS, um convênio firmado entre a SES, o Tribunal de Justiça do Estado, o Ministério Público e a Defensoria Pública em dezembro de 2016, com prazo de cinco anos renováveis, para estabelecer novas práticas na concessão de medicamentos e insumos judicialmente. O Termo de Cooperação Técnica<sup>61</sup> assinado entre todas estas instituições teve gestores da CODES, membros ligados diretamente ao gabinete da SES, assim como procuradores de Estado trabalhando ativamente na construção do desenho desta cooperação e na capacitação de funcionários<sup>62</sup>. A proposta é de se reestabelecer um processo de triagem administrativa anterior a qualquer medida judicial, que funcionaria, inicialmente, no AME Maria Célia sob o rito do processo administrativo mencionado acima, mas integrando gestão e membros do sistema de justiça.

O ACESSA SUS é uma tentativa de retomar alguns aspectos da iniciativa de 2008, mas expandindo a parceria para outros atores do sistema de justiça, como Ministério Público e Tribunal de Justiça. Pacientes com prescrições de medicamentos ou insumos seriam direcionados por promotores, defensores e membros do Judiciário a procurar assistência junto ao AME Maria Célia, apenas propondo ação em caso de negativa do Estado. O projeto piloto começou a ser implantado nesta unidade AME com a previsão de ser expandido a outras unidades de saúde da capital e interior<sup>63</sup>. O ACESSA SUS também pretende ser um espaço de assessoria técnica a juízes em casos concretos, para juízes da 1ª Região Administrativa Judiciária e das comarcas de Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Salesópolis, que podem consultar

---

<sup>61</sup> Termo de Cooperação Técnica nº 049/2016-MPSP, Disponível em: [https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento\\_11\\_4.aspx?link=/2016/executivo%2520secario%2520i/dezembro/17/pag\\_0084\\_998L54UUTGHTQe7KIMNAAN6RVI7.pdf&pagina=84&data=17/12/2016&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100084](https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=/2016/executivo%2520secario%2520i/dezembro/17/pag_0084_998L54UUTGHTQe7KIMNAAN6RVI7.pdf&pagina=84&data=17/12/2016&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100084) (Acesso 17/12/2016). Também disponível no Anexo eletrônico.

<sup>62</sup> Conferir: <http://www.tjsp.jus.br/Noticias/Noticia?codigoNoticia=38743> (Acesso 17/12/2017). Conferir Comunicado do Centro de Estudos da PGE publicado no Diário Oficial Poder Executivo - Seção I, terça-feira, 21 de fevereiro de 2017. Disponível em: [https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento\\_11\\_4.aspx?link=/2017/executivo%2520secario%2520i/fevereiro/21/pag\\_0050\\_17HB3PLNKRL4Se0ICNJB5UN3G91.pdf&pagina=50&data=21/02/2017&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100050](https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=/2017/executivo%2520secario%2520i/fevereiro/21/pag_0050_17HB3PLNKRL4Se0ICNJB5UN3G91.pdf&pagina=50&data=21/02/2017&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100050) (Acesso 17/12/2017). Também disponível no Anexo eletrônico.

<sup>63</sup> Conferir: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/destaques/saude-firma-parceria-com-mp-tj-e-defensoria-para-diminuir-aco-es-judiciais-desnecessarias> (Acesso 17/12/2017). Também disponível no Anexo eletrônico.

os técnicos do ACESSA SUS por e-mail para a solução de dúvidas em até 30 dias para casos não urgentes, ou em até 72 horas<sup>64</sup>. Esta faceta do projeto é uma forma de operacionalizar a recomendação do CNJ, mas, como explicam Chieffi e Siqueira (2015), ainda é pouco utilizada pelos juízes.

O projeto enfrenta outros desafios. O primeiro é efetivamente integrar todos os atores envolvidos, dada a descentralização tanto do sistema de justiça como da secretaria, especialmente no interior. Outro desafio mencionado pelos entrevistados está na própria organização de uma agenda comum e efetiva, uma vez que estes atores têm atribuições e concepções sobre a judicialização da saúde, e seu papel nela, distintos. Uma dificuldade ainda maior é integrar o ACESSA SUS às diferentes iniciativas já em curso, especialmente a Triagem Farmacêutica em operação dentro do Tribunal de Justiça de São Paulo, que veremos adiante nos mecanismos de gestão “processual”. A Triagem atua somente quando o processo já foi ajuizado e é acionada pelos juízes. O ACESSA SUS atua tanto como uma triagem administrativa antes de qualquer ação judicial, bem como emite pareceres a juízes depois do ajuizamento do processo, como vimos. A incongruência entre pareceres emitidos nesta fase de consulta já judicial, dada a duplicidade de iniciativas, é entendida pelo Procurador SP 1 como um dos principais desafios hoje para tornar o ACESSA SUS um programa com credibilidade perante as demais instituições do sistema de justiça.

#### *Gestão “processual”: CODES, S-CODES e interação com procuradoria.*

A principal estratégia de gestão processual da judicialização no Estado de São Paulo foi a criação do Grupo de Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS-SP (G-CODES). O grupo existe ao menos desde de 2006 como instância “informal”, vinculada ao gabinete da Secretaria de Saúde de São Paulo (NAFFAH FILHO et al., 2010), e ganhou reconhecimento legal recentemente com a publicação do Decreto n. 62.681/2017<sup>65</sup>. O decreto dispõe sobre aspectos já vigentes da organização e funcionamento da CODES, mas formaliza sua posição na hierarquia da secretaria, estabelecendo-o como departamento técnico de saúde. A formalização legal da CODES dentro da estrutura da secretaria era demanda antiga de seus dirigentes e

---

<sup>64</sup>Conferir: <http://www.tjsp.jus.br/Noticias/Noticia?codigoNoticia=38743> (Acesso 17/12/2017).

<sup>65</sup> Conferir Decreto n. 62.681, de 7 de julho de 2017, Disponível em: <http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/index.htm> (Acesso 11/01/2018).

aspectos do decreto foram negociados diretamente com o secretário de saúde para que este documento não só retratasse o funcionamento atual da CODES<sup>66</sup> como permitisse melhorar sua atuação. O decreto, assim, é um bom ponto de partida para entender o funcionamento do órgão.

Nele ficaram estabelecidas as finalidades do grupo, dentre elas as de planejar, coordenar, controlar e organizar o processamento das ações judiciais que versam sobre produtos e serviços de saúde não disponibilizados; articular-se com as demais unidades da Secretaria da Saúde e com outras instâncias governamentais, especialmente os órgãos do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, com a possibilidade de celebrar termos de cooperação, convênios e outros acordos com estes entes para não só conhecer as necessidades de saúde, antes da propositura de ações judiciais como também para fornecer informações técnicas ao Poder Judiciário, previamente à decisão judicial. O órgão ainda tem como finalidade prestar assessoramento técnico aos interlocutores de outros níveis governamentais, capacitação e reciclagem dos profissionais da Secretaria da Saúde, além de propor parcerias com universidades e outras instituições de pesquisas em saúde, na busca de pareceres técnicos sobre as evidências científicas da eficácia de medicamentos e produtos de saúde, demandados judicialmente.

O CODES se organiza em quatro centros de divisão técnica de saúde (Centro Multiprofissional de Apoio Interinstitucional; Centro de Informação, Acompanhamento e

---

<sup>66</sup> Antes de sua criação, como informa a entrevistas Gestora SP 4, a CODES nasceu dentro da Assistência Farmacêutica quando esta viu a necessidade de dividir parte da sua equipe e dedicar-se de forma mais especializada ao atendimento das ações judiciais, depois que a assistência farmacêutica do Estado havia se estruturado. Nas suas palavras: “e daí vim trabalhar com essa mesma pessoa que a doutora Ciça [Maria Cecília M. M. A. Correa] (...) a gente começou a reestruturar assistência farmacêutica (...) organizamos toda assistência farmacêutica. Quando organizou, o doutor Barradas [então secretário de saúde, Luiz Roberto Barradas Barata] disse, agora vocês vão fazer a organização judicial. A gente nem sabia o que que era isso, em 2006. Na verdade, eu sabia porque em Campinas a gente fazia os pareceres para ação judicial (...). Começou a chegar para a secretaria ação judicial para a capital, a gente não sabia quem era os pacientes, não sabia quantos pacientes tinha, como, que medicamento, não sabia nada, lá era sempre assim, faltava mandava comprar, faltava mandava comprar; a gente não tinha noção do que que era. Centralizou numa farmácia isso, montamos uma farmácia bem rudimentar isso foi 2006/2007 - começamos a elaborar um sistema, começando a desenvolver um sistema que não é o sistema de hoje era o SCJ, que era um sistema que listava os pacientes e o que que eles tomavam. Começamos a organizar, a entender o que que era aquilo, começamos a fazer a parceria com Procurador SP 1, (...) e daí a assistência farmacêutica ficou em dois grupos, um da judicialização e um da assistência farmacêutica, aqui em São Paulo na Coordenadoria, grupos diferentes. Na verdade, o grupo era o mesmo, não veio gente a mais, a gente dividiu e daí a gente sentiu a necessidade de montar um grupo à parte mesmo, e daí que foi criado a CODES, que é uma coordenação das demandas estratégicas do SUS, (...) porém fora da estrutura, então você não vê na estrutura da secretaria.” (Entrevista Gestora SP 4). Os gestores e procuradores entrevistados argumentam que com mais de 15 anos de atuação, a CODES apenas recentemente recebeu uma formalização legal via decreto.

Monitoramento das Demandas Judiciais; Centro de Atendimento às Demandas Judiciais; o Centro de Gerenciamento Regional; o Centro de Análise e de Difusão de Informações), dois núcleos de serviço técnico (o Núcleo de Gerenciamento de Informações) e um núcleo de apoio operacional (Núcleo de Apoio Administrativo). Estes centros se envolvem em diferentes momentos do atendimento de ações judiciais, mas todos se articulam entre si e a partir de um sistema operacional criado pela CODES e que é outro dos eixos centrais da gestão da judicialização no Estado de São Paulo: o Sistema CODES ou S-Codes.

Esta ferramenta é utilizada pela CODES desde 2010, substituindo o Sistema de Controle Jurídico ou (SCJ) (NAFFAH FILHO et al. 2010) que operava desde 2005 e organizava a atuação da CODES. Como conta o Procurador do Estado, Procurador SP 1, que participou ativamente da criação do SCJ, este sistema partiu de uma iniciativa mútua entre PGE e SES-SP em estabelecer defesas judiciais mais técnicas, além de organizar um fluxo de trabalho mais eficiente. Nas suas palavras:

*“A gente começou a se organizar em 2003-2004. Foi um tempo de experiência aonde ela [Maria Cecília M. M. A. Correa] falou: “eu preciso ter um instrumento para registrar todas essas ações”. A gente utilizava um sistema dentro da procuradoria muito capenga, não dava conta, não era específico, então ela falou a “gente precisa criar alguma coisa específica”. Ela começou a elaborar uma versão informatizada de um controle de ações judiciais chamado SCJ, que foi feito por médicos da secretaria que tinham afinidade com informática. A custo zero a coisa saiu e era uma tentativa da gente não só registrar todas as ações judiciais, mas, principalmente, utilizar o sistema como uma interlocução entre Secretaria da Saúde e Procuradoria Geral do Estado. Lá iria ser inserido um relatório técnico que seria a expressão do cliente, do que a secretaria estava imaginando daquela ação judicial, daquele paciente, das condições clínicas que ele apresentava versus o medicamento versus a doença.” (Entrevista Procurador SP 1, PGE-SP)*

Com SCJ a PGE alterou sua estratégia de defesa, ainda baseada até então quase unicamente em “teses jurídicas”, para torná-la mais próxima da política e das evidências técnicas.

*“e isso levou com que a gente levasse adotar uma outra visão a respeito das ações de medicamentos, a gente começou um pouquinho a abandonar a questão jurídica, as teses*

*de repartição de poderes, reserva do possível e tudo mais, tiramos tudo de lado e começamos a focar um pouquinho na questão técnica médica.”* (Entrevista Procurador SP 1, PGE-SP)

A elaboração de um novo sistema para substituir o SCJ veio a pedido do então secretário de saúde Luiz Roberto Barradas Barata, diante da necessidade de implementar “melhores mecanismos de gestão, bem como da qualidade da informação” (NAFFAH FILHO et al., 2010) e, especialmente, de integrar o controle de demandas, a defesa e o estoque de medicamentos judiciais em um só sistema. O desenvolvimento do sistema se deu a partir da experiência de gestores já atuantes nas respostas da secretaria a decisões judiciais, com destaque para Michel Naffah Filho, Ana Luiza Chieffi e Maria Cecília M. M. A. Correa, e em parceria com a Procuradoria do Estado, especialmente Procurador SP 1, hoje chefe da 8ª Subprocuradoria, responsável pela defesa do Estado em demandas de saúde (NAFFAH FILHO et al., 2010 e entrevistas com Gestora SP 1 e Gestora SP 4).

O processo de desenvolvimento do sistema se iniciou em 2009 com sua implantação em 2010. O sistema é a principal ferramenta da CODES. Além de utilizar tabelas padronizadas de uso do próprio SUS, tais como a Classificação Internacional de Doenças, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o sistema ainda permite o cadastro das demandas judiciais pelas características técnicas de seus pedidos, como a apresentação do medicamento, cobertura ou não pelo SUS, registro na Anvisa, custo unitário, etc., mais características do próprio processo e demandante, como seu nome, sexo e endereço. O sistema também articula diferentes setores envolvidos na gestão da demanda, desde de o própria CODES, ao setor de compra e almoxarifado específicos para demandas judiciais, e, inclusive, a própria Procuradoria do Estado (NAFFAH FILHO et al., 2010).

Como descrevem Naffah Filho et al. (2010), este sistema se organiza em quatro módulos, que articulam os centros de divisão técnica da CODES. No módulo protocolo os processos são cadastrados a partir de seu número, data de entrada, se a demanda é individual ou coletiva, e dados do demandante. O módulo processual trata das informações processuais do caso, como tipo processual, vara judicial em que tramita, se outros entes federados foram ou não trazidos ao polo passivo em responsabilidade solidária, o tipo de representação processual, a decisão

judicial e seu prazo de cumprimento. O módulo técnico cadastra as doenças e tratamento requerido pelo demandante, além do local de tratamento e dados sobre o profissional de saúde prescriptor. O módulo de atendimento organiza a dispensação, definindo o local de entrega, o tempo, intervalo e a quantidade a ser dispensada, comunicando-se automaticamente com o autor via telegrama (NAFFAH FILHO et al. 2010, entrevistas com Gestora SP 1 e Gestora SP 4). Por fim, o módulo da unidade dispensadora não só realiza a entrega dos itens, mas cadastra a retirada e dados sobre o estoque (NAFFAH FILHO et al. 2010).

Cada centro da CODES interage com um módulo do sistema de acordo com a sua pertinência temática. Como conta a Gestora SP 1, o fluxo de trabalho segue uma “linha fabril”, que se inicia recebimento da demanda. Estas demandas entram por duas portas, na capital e no interior - via PGE ou dentro da SES-SP. Quem recebe primeiro cadastra a demanda no sistema S-CODES, integrado ao PGE-Net, de modo que a existência da intimação fique disponível a todos os envolvidos no atendimento e defesa do Estado. Em geral, o recebimento das demandas se dá POR via eletrônica, notificações por e-mail aa CODES, ou citação via eletrônica via PGE<sup>67</sup>. Quando as partes desejam despachar o cumprimento rapidamente, ou a intimação se der por oficial de justiça, um protocolo físico da PGE na Rua Pamplona, 227, na Capital, recebe as citações e intimações de ações ordinárias, enquanto a SES-SP recebe intimações apenas para cumprimento de Mandados de Segurança, quer diretamente no Gabinete do Secretário, quer em um guichê estabelecido pela CODES. Segundo a Gestora SP 1 e o Gestor SP 2, a interação com os demandantes deveria se estabelecer apenas indiretamente, através do próprio processo judicial, mediado pela PGE, ou nos telegramas de dispensação. No entanto, muitos advogados procuram a CODES para despachar demandas urgentes, de modo que o guichê de atendimento do setor, recebe demandantes e representantes diariamente.

Do recebimento estas demandas são cadastradas do sistema S-CODES, que seguem via sistema para a avaliação pela equipe jurídica dos autos, de modo a determinar efetivamente o pedido. Desta avaliação, ao mesmo tempo, os pedidos são encaminhados aos centros de

---

<sup>67</sup> Como conta a Gestora SP 4, antes da informatização completa do Judiciário, a SES-SP era intimada em um protocolo judicial próprio que funcionava na SES e já marcava nas pastas físicas em papel a urgência da ação - se urgente em vermelho, como mandados de segurança, se ação ordinária, verde. A gestora compara isso com a gestão de um hospital, que marca pacientes por cores: “a gente colocava cor nos processos, colocava com etiqueta verde no rito ordinário, uma etiqueta vermelha no mandado de segurança(...) a gente falava que tinha expertise de hospital vermelho e verde, amarelo, a gente põe eles para organizar os processos na mesa de cada um por cor e a gente sabe a prioridade do dia” (Entrevistas Gestora SP 4).

cumprimento e de análise pelas coordenadorias técnicas para elaboração do parecer que permitirá à PGE instruir a defesa<sup>68</sup>. Com a repetição de pedidos, em grande volume, muitos pareceres já possuem modelos prontos no banco de dados da CODES, que são adequados aos casos específicos<sup>69</sup>. Esta repetição de ações com pedidos semelhantes também é sentida pela Procuradoria, que também se vale de modelos prontos para atuar na maior parte das ações<sup>70</sup>.

A equipe da CODES é multidisciplinar, composta por 35 pessoas<sup>71</sup>, formada na sua grande maioria de servidores da saúde, muitos realocados de outros setores a CODES, o que gera uma pressão sobre sua coordenadoria, que precisa treinar estes gestores pouco familiarizados com o fenômeno ou que até avaliavam a atuação da CODES como negativa, uma vez que interferia no seu trabalho em outros setores. Não somente, dado o volume de ações judiciais, poucos funcionários conseguem cumprir suas horas de expediente sem deixar alguma reserva de trabalho para o dia seguinte.

*“Meu trabalho vem diariamente, a minha jornada de trabalho meu cargo, são 6 horas nesta unidade. Pouquíssimas pessoas conseguem cumprir a jornada sem deixar alguma reserva de trabalho acumulado para o dia seguinte. Minha jornada habitual é 9 horas de trabalho, 8-9 horas de trabalho. (...) aqui é um fluxo de linha fabril, então a gente recepciona a demanda, passa para o núcleo que a gente chama processual, mas que eles não tem nenhuma mínima intenção de fazer as vezes ou recomendar procuradoria (...) [trata-se de] um núcleo para ter essa leitura jurídica, para não se prender tanto àquele só despacho final, então a pessoa dá uma olhada, vê se ele realmente peticionou o produto, daquela marca, ou a receita foi por acaso de marca, então ele que direciona*

---

<sup>68</sup> Pedidos de urgência e regulação são, segundo a Gestora SP 1, processados rapidamente sob a diretriz de reincorporar o paciente no sistema e verificar se já estão na fila e no sistema de regulação dos serviços da RENASE. Para a gestora o mais difícil no cumprimento destas ações é convencer o magistrado de que o paciente está regulado e deve esperar seu atendimento na fila.

<sup>69</sup> Como explica o Gestor SP 3: “então a gente tem muita repetição. Então já tem uns modelinhos, fala sobre a doença, fala sobre a patologia do paciente, sobre os medicamentos disponíveis pelo SUS e quando pede o que não é do SUS, a gente fala que não tem no SUS e tem as alternativas terapêuticas” (Entrevista Gestor SP 3).

<sup>70</sup> Conforme a fala do Procurador SP 2 sobre seu dia de trabalho: “O volume eu acho que tá cada vez maior, mas assim a informatização auxiliou muito nessa, nessa coisa da massa né? Assim, então eu sento agora e saio às 9 horas da noite e bato 40 ações num dia pra não ficar ainda muitas pra trás”. (Entrevista Procurador SP 2).

<sup>71</sup> O treinamento para lidar com a judicialização e o sistema S-Codes é in loco. Como explica a Gestora SP 4: “O treinamento para trabalhar com ação judicial, tem muito treinamento, in loco, treinamento para trabalhar com sistema, porque é um serviço muito, muito, muito especializado, todo mundo que entra tem treinamento com o sistema e vai treinando com as pessoas que estão ali.” (Entrevista Gestora SP 4).

*isso. Então depois disso vem o núcleo técnico que avalia a pertinência clínica do pedido para embasar, fundamentar a defesa processual e, depois disso, o núcleo também técnico e farmacêutico para cadastrar demanda e o outro para fazer as ordens para cumprimento. Então eu tenho um gerente em cada posto desse e a minha porta aberta eles vêm a hora que eles tiverem as pendências dele e eu faço reuniões temáticas.”*  
(Entrevista Gestora SP 1)

A CODES tem especial atuação na Capital e grande São Paulo. Seu processo de interiorização é mediado pelos 17 Departamentos Regionais de Saúde, vinculadas pela Coordenadoria das Regiões de Saúde, que recebem as demandas de suas comarcas, cadastram-nas no sistema S-CODES, respondem às procuradorias regionais auxiliando com seus pareceres técnicos e realizam o cumprimento, em todas as áreas, como regulação, medicamento, material e nutrição. A Gestora SP 1 afirma que 15% dos funcionários do interior nas regionais atuam diretamente com a judicialização, mas sua interlocução com estes gestores se dá somente através da Coordenadoria, que se localiza na Capital, o que impede uma gestão centralizada e um canal aberto e direto com os gestores locais. Como veremos abaixo, uma das estratégias de gestão pós-processual da CODES é dirigir-se fisicamente a estas unidades e colocar na mesma mesa procuradores locais e gestores das regionais para coordenar atividades.

A CODES não realiza nem planejamento nem compra dos pedidos na capital, mas cada setor responsável dentro secretaria, de acordo com sua especialidade – medicamento, material, regulação, recebe as ordens de cumprimento já via S-CODES, com o monitoramento da CODES<sup>72</sup>, que estabelece a interlocução caso a caso com a PGE para que esta informe sobre o

---

<sup>72</sup> O sistema S-Codes, inclusive, permite que a SES-SP saiba das demandas das regionais no interior, uma vez que todas as ações, pareceres e seu rito de cumprimento seguem o mesmo sistema eletrônico. Assim, como explica a Gestora SP 4, é possível à secretaria, inclusive, remanejar estoque ou mesmo realizar a compra centralizada de alguns medicamentos judicializados. O S-Codes registra todas as ações judiciais de todo o Estado. Até 2012, a Gestora SP 4 conta que as únicas ações que ficavam fora do S-Codes eram as da saúde mental, que recebiam atendimento próprio, e as ações judiciais de RH. As demandas dos municípios, por outro lado, não são registradas no sistema. Até 2012 a Gestora SP 4 afirma que o município de São Paulo utilizava o S-Codes, mas este uso não se estendia a outros municípios: “a gestão da judicialização dos Municípios, cada um fazia do jeito que queria, era muito complicado, a gente até tinha uma vontade de que todos os municípios usassem o sistema, mas isso nunca foi para frente. Mas o ideal seria estar todo mundo usando, porque tem muita ação que é compartilhado o atendimento, então como é que a gente fazia isso: (...) um método bem rudimentar: olhava os itens e falava os caros pro Estado, os baratos para o município, a época que eu trabalhava lá. Não tinha cabimento você pegar o município pequenininho e falar “ó você vai atender esse medicamento super caro”, a gente sabia que onerava, e não tinha cabimento a gente dar ácido acetilsalicílico para o paciente, porque para a gente, para o Estado não onera mas fazer compra disso é muito complicado” (Entrevista Gestora SP 4).

cumprimento nos autos judiciais e evite sanções. Como conta a Gestora SP 4, esta interlocução é diária, por telefone, e-mail e individualizada, caso a caso.

*“Enfim, a gente tinha lá um e-mail que é uma intranet - conversava com a PGE o dia inteiro, ação por ação e fazia de tudo para atender. A política do Estado era exatamente o contrário [de outras secretarias estaduais] fazer de tudo para atender no prazo, para não dar sanção para o secretário, para o governador, para secretaria, para não ter multa. Óbvio que isso nem sempre conseguia, mas sempre, sempre que dava a gente atende e quando não dava a gente comunica ao juízo e ficava em negociação, tinha a hora que não tinha jeito, que o juiz falava não quero nem saber e às vezes sequestrava, por causa de um ácido acetilsalicílico, (...) mas a PGE ela ficava muito, conversando muito com judiciário, tentando negociar, e ela mandava um ofício para o judiciário explicando porque não tinha medicamento, explicando se podia pegar em outro lugar ou não, justificando, (...) às vezes dava certo às vezes não às vezes sequestrava mas não era uma coisa corriqueira até 2012, sequestro não tinha mas eu sei que mudou isso”.*

(Entrevista Gestora SP 4)

Segundo a Gestora SP 1, a SES-SP hoje registra descumprimento de ações judiciais especialmente em razão das dificuldades de compra de medicamentos únicos, para um paciente. Não somente, medicamentos baratos são mais difíceis de comprar que os caros, uma vez que o Estado não consegue ofertantes em licitação. Como explica, contudo, no Estado a maior parte das sanções para garantir o cumprimento são multas aplicadas sobre o valor do medicamento (dado confirmado pela seção anterior), ainda que bloqueios e sequestros tenham se tornando mais significativos recentemente<sup>73</sup>.

A Gestora SP 4 afirma ainda que a gestão de compra de medicamentos judiciais interfere na gestão de compra de outros setores ou da assistência farmacêutica como um todo. Não só são

---

<sup>73</sup> Como explica a gestora: “a gente tem muita penalidade, porque o perfil da judicialização no Estado é isso mais de 70% é privado e 50% do estoque é uma caixa. Quer dizer, serviço médico privado, é uma caixa de medicamento por autor, então é muito difícil comprar, não tem interesse comercial, não paga às vezes nem o frete. (...) E é isso que é tão engraçado, a gente tem descumprimento das coisas mais baratas do que das coisas mais caras, você não consegue comprar, inverte a lógica financeira. (...) Então a gente tem penalidade: a gente tem muita multa (...) prisão do secretário só houve duas vezes desde a minha inclusão. Eu também já sofri mandado de prisão (...) bloqueio tem, começou a ter isso. Muito menos que outros estados, então tem lugares que sequestro, bloqueio é a ordem do dia acho que no Rio de Janeiro isso, Santa Catarina parece que também tá assim, não tá Rio Grande do Sul, acho que não tem muito. Além de bloqueio tem muita improbidade” (Entrevista Gestora SP 1).

muitos itens, não padronizados, mas os recursos provêm do Tesouro Estadual e são compartilhados com a assistência farmacêutica, de modo que quando a equipes de compra comum e judicial sentam para traçar as estratégias de compra, a judicial “passa na frente”. Nas suas palavras:

*“Fazer compra é muito difícil, é muito, a gestão da compra é uma das coisas mais críticas por isso que falta muito medicamento (...) porque são muitos itens e a gestão de compra é muito difícil, é muito difícil, é muito difícil, mesmo, para qualquer Estado. São muitos itens, e muitos itens não padronizados. Você vai comprar, por exemplo, 30 tipos de ácido acetilsalicílico, você vai comprar um outro medicamento, Sinvastatina, todas as dosagens, e às vezes com marca, (...) A assistência farmacêutica padroniza, não dá esse, não vai atender 100% da população, vai atender 80%, 90%. Você trabalha com padronização e a padronização é importante inclusive para não faltar, porque você sabe que você vai ter que comprar e você se planeja. Na ação judicial o planejamento é terrível, falta mesmo. (...) gestão da judicialização passa na frente de outras demandas. Eu vou te contar como: o planejamento de compra era junto da assistência farmacêutica, temos tantos milhões de dinheiro, era aquilo que tínhamos, tantos milhões. O que que a gente vai fazer para dar para comprar tudo para todo mundo? Então aí a gestão era vamos diminuir a sua aqui, independente se era da assistência farmacêutica. Por que é mais fácil de comprar, porque a licitação, tem vários tipos de licitação: você tem o pregão, você tem uma ata de registro de preço, cada tipo de licitação eles têm um prazo de entrega e um prazo de compra mesmo. O pregão que demora 3 meses, uma ata de registro de preço que você consegue comprar em dois dias. A gente fazia essa gestão, mas era com todos os medicamentos e assistência farmacêutica entrava junto (...) Lógico que o dinheiro que vem do ministério para assistência farmacêutica você não pode mexer, porque assistência farmacêutica tem toda uma lógica de financiamento, que tem dinheiro de fundo a fundo do Ministério da Saúde para assistência farmacêutica e tem dinheiro que é do tesouro do Tesouro estadual. Nesse mexia. (Entrevista Gestora SP 4)*

A atuação da Procuradoria Geral do Estado está intimamente relacionada com a atuação da CODES e das demais iniciativa da SES-SP em enfrentar a judicialização. Como conta o

Procurador SP 1, entrevistado, a atuação da PGE em demandas de saúde, até 2007, se organizava dentro da 2ª Subprocuradoria judicial (PJ-2), incumbida da defesa judicial da Fazenda Pública nos temas considerados “residuais”, ou seja, todos os processos movidos contra o Estado que não envolviam servidores públicos. O procurador coordenava uma equipe de 14 procuradores e atuava em diferentes temas, de “atos administrativos e das políticas públicas à multa de trânsito que está dificultando o licenciamento de um veículo”. Não somente, já àquela época o procurador apontava as demandas de saúde como ocupando o já grande volume de ações “residuais” em que a PJ-2 atuava<sup>74</sup>. Não somente, o procurador já percebia um descontentamento generalizado em relação a baixa taxa de sucesso da PGE nas demandas de saúde, em descompasso com as defesas em outras áreas do direito.

Uma das medidas da PGE para enfrentar o problema, além da aproximação com a SES-SP, foi a concentração das ações em saúde em uma única subprocuradoria - a PJ8, criada em 2007. O Procurador SP 1 coordena a PJ8 desde a sua criação e conta que, no início, os procuradores que pertenciam a esta subprocuradoria haviam optado por deixar a assistência judiciária que a PGE oferecia até a criação da Defensoria Pública e permanecer na PGE<sup>75</sup>. Como explica, de repente, os mesmos advogados que propunham ações de saúde passaram a ser aqueles que viriam a contestá-las. Isso exigiu que todos os procuradores da PJ8 se aproximassem da SES-SP e aprendessem sobre o trabalho da secretaria e sobre o SUS. Este movimento de aproximação já ocorria no âmbito da própria PJ2, sob iniciativa de Procurador SP 1 e dos assessores do próprio secretário de saúde, mas ganhou força a partir de então.

*“Na primeira semana de funcionamento da PJ 8, 8ª subprocuradoria especializada em saúde pública, nós marcamos um encontro na porta do prédio e apareceram duas vans da secretaria. Os Procuradores foram convidados a ingressar dentro das vans para que a gente conhecesse a assistência farmacêutica do SUS. Muita gente ficou com o nariz*

---

<sup>74</sup> Conferir entrevista com o Procurador SP 1 à Associação dos Procuradores do Estado de São Paulo: [https://www.apesp.org.br/wp-content/publicacoes/j\\_procurador/procurador\\_20/capa.htm](https://www.apesp.org.br/wp-content/publicacoes/j_procurador/procurador_20/capa.htm) (Acesso 07/01/2018)

<sup>75</sup> Uma tentativa de conter a judicialização, conta Procurador SP 1, foi efetivamente se aproximar dos defensores para conscientizá-los do problema e do papel de sua atuação na judicialização, especialmente a partir de 2008, quando, segundo o procurador, a Defensoria Pública ajuizava uma porção significativa de ações judiciais: “num primeiro momento graças ao SCJ a gente via também no dia a dia que a gente tinha uma alta litigiosidade da defensoria pública. E o que que a gente fez a partir do final de 2008 foi tentar chegar aos então defensores públicos, que eram na verdade antigos procuradores do Estado que faziam assistência judiciária para tentar, numa conversa de ex-colegas, uma forma de dar uma amenizada nesse impacto.” (Entrevista Procurador SP 1)

*meio torto, gente bufando, mas todos foram. Foi o primeiro grande passeio no sistema. No final do dia todo mundo tava adorando. Então nós fomos ver desde a farmácia do componente especializado, passamos pela assistência prestada pelo município, uma UBS, e chegamos depois a um polo de dispensação de medicamentos de ação judicial que era na era época lá na Vila Mariana, para ver as diferenças, para ver como era organizado. A ideia era na verdade demonstrar que o Sistema Único de Saúde tem assistência farmacêutica, que ela é operacional, que ela é realizada, mostrar o montante de coisas que eram tratadas e no final ver a diferença com o posto de entrega da ação judicial, inclusive a quantidade de itens e tudo mais. Então foi muito interessante porque propiciou aos Procuradores poder escrever sobre algo que eles já tinham visto, então a gente conseguiu afastar muitos fantasmas, desmistificar muita coisa, e deu fôlego aos procuradores, para que ganhassem uma credibilidade íntima, para poder exprimir isso em trabalhos escritos. (...) Isso deu para nós também uma facilidade para a gente começar a atuar um pouco fora daquele quadradinho que nos foi dado no início. (...) Esse foi o grande ganho, aliás os Estados que conseguiram isso tiveram um ganho no trabalho excepcional, acaba se estabelecendo um novo idioma aonde os dois grupos conseguem trafegar conseguem, conseguem estabelecer alguns princípios que informam o trabalho dos dois grupos, que são fundamentais e, primeiro, reconhecer que judicialização da saúde pública não é problema da procuradoria, não é um trauma que sofre só a secretaria, é uma questão de Estado e que deve ser assim encarada para ter solução. Isso nos permitiu ter autoridade para sair, conversar com outros que faziam parte do fenômeno, outros atores como a Defensoria Pública como a magistratura como o Ministério Público.” (Entrevista Procurador SP 1, PGE-SP)*

O âmbito de aproximação e atuação conjunta entre PGE e CODES ultrapassa, assim, sua interação processual ou via S-CODES, mas ocorre em uma integração também informal entre os atores. Além de reuniões semanais para desenhar estratégias, os funcionários dos dois órgãos se comunicam diariamente e atuam de forma conjunta nos casos.

*“a gente tá fazendo um par com a Procuradoria né? Tudo que a gente sempre precisou, a gente liga lá, não sei o quê, eles sempre estão nos ajudando né? Tão nos dando suporte. E recentemente, há uns 3 meses atrás, acho que desde abril ou maio, que toda*

*quarta-feira a gente tá se reunindo com a Procuradoria pra estar discutindo alguns casos, algumas diretrizes né?” (Gestor 2, SES-SP).*

A proximidade física entre os dois órgãos também auxilia nesta interação - a Secretaria se localiza Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 e o prédio da Procuradoria Geral do Estado onde se localiza a PJ8, na Rua Dona Maria Paula, 67, apenas 3,6 km de distância um do outro. Este não é o caso, por exemplo, de algumas unidades da PGE e da SES-SP no interior do Estado, que enfrentam dificuldades em estabelecer estes canais de aproximação também em razão da distância física.

A PGE tem acesso ao sistema S-CODES e a CODES e todas as regionais de saúde tem acesso ao sistema PGE-Net, no modo consulta. O sistema PGE-Net, como veremos em outros Estados, é em geral integrado com o sistema eletrônico do Judiciário, e informatiza a distribuição e atuação processual dos procuradores de Estado. Em São Paulo, especialmente na capital, todas as novas ações ajuizadas são informatizadas via sistema e-SAJ. A PGE-Net tem interface com esse sistema e seu módulo consulta permite que gestores acompanhem o processo e tenha acesso eletrônico a todos os documentos, o que facilita a elaboração de seus pareceres. A PGE, por outro lado, atua e acessa o sistema S-CODES, extraindo dele o parecer técnico elaborado pela equipe multidisciplinar para a instrução de sua defesa<sup>76</sup>. Não somente, para os gestores do interior, como afirma Procurador SP 1, este acesso lhes permitiu conhecer mais sobre direito e sobre o processo judicial como um todo.

*“No Estado de São Paulo eu achei que era crucial dar esse sistema para Secretaria da Saúde. Eles têm acesso ao módulo de consulta, e não podem mexer no processo judicial, isso é privativo de procurador. Mas eles podem ver tudo e para mim foi de uma importância ímpar isso, porque, por exemplo, eu comecei pela capital e consegui implantar no restante do Estado. Então todas as regionais de saúde hoje têm acesso ao sistema, nós trocamos sistema, todo mundo tem acesso aos dois. Para mim foi um*

---

<sup>76</sup> Como afirma Procurador SP 1, esta troca de sistemas encontrou alguma resistência de procuradores, mas, na sua opinião é benéfica para a gestão da judicialização como um todo: “então foi importante, para educar o gestor de saúde. Nesse sentido, eu sei que muito procurador do Estado torceu o nariz e falou “Pô você vai deixar os caras ficarem examinando o meu trabalho”, vou, você não examina o deles? Essa parceria tem que ser absoluta. Porque não é uma questão da PGE, uma questão da secretaria, é uma questão de Estado, é uma coisa que vai muito além, suplanta qualquer interesse institucional único.” (Entrevista Procurador SP 1 - PGE-SP).

*processo de educação dos gestores de saúde, principalmente do interior, porque todo mundo falava em liminar, eles ainda têm esse ranço de liminar, e era difícil entender que tudo para eles era liminar. É porque ele só conhece uma liminar mesmo, que chegava como informação do processo, era uma liminar dada. Eles não tinham notícia que o processo tinha uma sentença, que depois da sentença viria o recurso, que será submetido ao tribunal, que daí haveria um acórdão. Então eles achavam que tudo se resume a liminar e tudo se decidia na liminar. Então nós começamos a mostrar para eles que não, que o processo tem uma continuidade e começamos a demonstrar para eles o quão importante era atuação deles na elaboração de um relatório técnico bem feito, porque, com base no relatório técnico eu conseguiria dar à defesa do Estado uma outra feição e às vezes essa feição tinha ganho, ela se mostrava vitoriosa, convincente. Então foi importante para educar o gestor de saúde”.* (Entrevista Procurador SP 1, PGE-SP).

Um outro espaço de gestão da judicialização é o Núcleo de Apoio Jurídico ligado ao gabinete do secretário de saúde. Este núcleo tem a função de auxiliar o secretário em temas jurídicos rotineiros e, em relação à judicialização, auxilia a Procuradoria do Estado na defesa de ações em saúde que responsabilizam diretamente o secretário, como no caso de Mandados de Segurança. Como em outras secretarias, o consultor jurídico responsável é uma procuradora alocada na secretaria<sup>77</sup> que aconselha o secretário de saúde, ao mesmo tempo em que estabelece uma ponte formal de comunicação no mais alto nível hierárquico entre a estrutura geral da PGE e a SES:

*“Eles fazem todos os pareceres dos mandados de segurança. Nós fazemos o relatório técnico e assim que é feito o relatório técnico, o grupo jurídico da Codes remete para consultoria jurídica da pasta que elabora as informações do Secretário. Então tem essa interação (...) eles falam da competência do Secretário e complementam as informações com as informações técnicas que eles endossam o nosso relatório, (...) dizendo que isso*

---

<sup>77</sup> Conferir, para procuradores alocados como consultores jurídicos no Estado São Paulo: [http://www.pge.sp.gov.br/apresentacoes/ViewApresentacao.aspx?id\\_unidade=40220900000092&radical=14&OqueMostrar=8&Grupo=40110600000090](http://www.pge.sp.gov.br/apresentacoes/ViewApresentacao.aspx?id_unidade=40220900000092&radical=14&OqueMostrar=8&Grupo=40110600000090) (Acesso 17/12/2017).

*é do Município assim (...) E se o programa, se tem programa; se devia ter pedido administrativamente, não pediu.” (Entrevista Gestor SP 2)*

Dentro do Judiciário, três iniciativas de gestão da judicialização funcionam paralelamente. A primeira é o próprio Acesso SUS, que discutimos acima, o qual emite pareceres a juízes que consultam a equipe médica e farmacêutica. Uma segunda iniciativa é uma triagem farmacêutica por profissionais cedidos pela Secretaria ao TJ-SP, que opera desde 2013 e procura atender às recomendações do CNJ. Trata-se de um órgão de apoio aos magistrados em que três farmacêuticos auxiliam juízes dos Juizados Especiais e juízes da Fazenda Pública da capital que requeiram algum tipo de mediação entre SES-SP e usuários antes de proferirem decisões liminares. Como explica o Procurador SP 1, esta iniciativa não é ideal em termos de gestão da judicialização, porque vincula a dispensação de medicamentos ao espaço do Judiciário, criando uma consciência de que é através desse órgão que as pessoas têm acesso à medicamentos. Ainda assim, foi uma alternativa encontrada “emergencialmente” em 2012, quando gestores ligados a CODES e a própria PJ8 perceberam que a negativa pela via administrativa para medicamentos não padronizados, que descrevemos acima, poderia gerar mais judicialização, já que o contato com o paciente passou a se estabelecer, em 2011, de forma protocolar, “via papel”, diferente da interação entre SES-SP e usuários que vigorava via convênio com a Defensoria e até 2011.

O recurso ao grupo de farmacêuticos não é obrigatório aos juízes, tal como ocorre com os NATs em outros Estados, e alguns juízes, conforme relata o Procurador SP 1 não recorrem ao grupo por entenderem que, como funcionários vinculados à SES-SP, estes teriam opiniões parciais, em favor da Secretaria. Como veremos, esta preocupação com a imparcialidade de grupos de apoio das secretarias e NATs aparece em outras experiências aqui narradas e consiste em um desafio para a implantação destes serviços dentro do Judiciário.

*“Maria Zélia foi criado 2009/2010 [atendimento pessoal] e perdurou até 2012. Quando fecharam, aí nós criamos essa porta emergencialmente. Essa porta não é ideal, ainda funciona, mas tá dentro do fórum a gente não deve confundir as coisas e não deve repassar à população que as pessoas só conseguem medicamentos dentro do fórum (...) dois ou três juízes não recorrem a elas [farmacêuticas] porque imaginam que o que vem*

*de lá é algo forrado de muita parcialidade então não acreditam naquilo preferem conceder liminar”.* (Entrevista Procurador SP 1 - PGE-SP).

O Estado de São Paulo ainda conta com um Núcleo de Apoio Técnico e de Mediação (NAT) voltado à saúde suplementar. Criado em 2015 através de termo de cooperação estabelecido com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)<sup>78</sup>, sua atuação deveria ocorrer tanto como espaço de mediação entre operadoras de planos de saúde e consumidores, como de forma consultiva a instruir decisões judiciais. Desde sua criação, contudo, a função consultiva nunca entrou em funcionamento, e apenas 70 foram processos encaminhados ao núcleo para mediação até agosto de 2016.<sup>79</sup>

#### *Gestão pós-processual: S-CODES e interação entre PGE e SES*

A atuação da CODES e da PGE também ocorre no momento pós-processual através do constante diálogo com outros gestores da própria secretaria, além de membros do sistema de justiça, na tentativa de reduzir e qualificar a judicialização. Esta atuação ocorreu tanto para a criação do ACESSA SUS como através do compartilhamento das experiências do Estado com outros gestores e Secretarias. São Paulo não possui um Comitê Estadual de Saúde, nos moldes do recomendado pelo CNJ. O termo de cooperação assinado para a criação do ACESSA SUS representou uma das primeiras iniciativas de formalizar o contato diário entre gestores da CODES e procuradores do Estado com membros do sistema de justiça dentro e fora dos processos e fóruns.

Além disso, gestores e procuradores atuam em fóruns estaduais e regionais de cooperação, como CONASS e CONASEMS e recentemente conseguiram que o sistema S-CODES fosse disponibilizado a todos os Estados gratuitamente pelo Ministério da Saúde através da participação do Estado no Grupo de Trabalho (GT) de Judicialização, coordenado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. Uma resolução tripartite já formaliza a distribuição

---

<sup>78</sup> Conferir: Termo de Cooperação Técnica n. 000.045/2015, Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/juizes-pedem-extincao-nucleo-mediacao.pdf> (Acesso 17/12/2007).

<sup>79</sup> Conferir: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,nucleo-criado-para-ajudar-tj-sp-a-julgar-processos-de-saude-esta-parado,10000070744> (Acesso 17/12/2017).

do sistema, que permitirá integrar dados sobre a judicialização em todo país sob as mesmas variáveis e categorias<sup>80</sup>.

Uma forma adicional de gestão meta-processual da judicialização se dá pelas ações estratégicas conjuntas entre a SES-SP e a PGE para atuar de forma preventiva, valendo-se de informações do S-Codes. Como explica a Gestora SP 1, no caso de São Paulo, diferente de outros Estados, a estrutura de gestão da judicialização, construída nessa relação entre SES-SP e PGE, permite flexibilidade entre estes atores para inovar, ainda que eles não tenham a mesma estrutura institucional e a salvaguarda que ela provê em outros Estados, como no caso do Rio de Janeiro, citado pela Gestora.

*“enquanto nosso projeto de triagem processual é pequeno, no Rio de Janeiro é um prédio de 3 andares (...) eu não tenho uma meta comum institucional, as nossas metas nós que definimos, criamos e buscamos. Então, assim, ao mesmo tempo em que a gente não tem essa grande salvaguarda institucional, também nos permite fazer inovação. Independente de uma diretriz maior. Então, por exemplo, tem judicialização, daí, de repente, o produto incorpora no SUS. Daí a gente faz um estudo e o sistema é super legal porque ele dá todas as condições - “poxa esse daqui é competência da União, recurso deles e o tesouro que tá pagando, vamos migrar o CEAF [Componente Especializado da Assistência Farmacêutica]”. Daí eu falo para o [Procurador SP 1], “olha a conta está sendo paga pelo Tesouro, paga pela secretaria, esses pacientes têm perfil para o protocolo” (...) aí a gente migra o paciente ao CEAF, faz um piloto, com uma droga, bem monitorado e vai ampliando, ampliando, e, nessa brincadeira acho que de 2014 para cá a gente economizou quase 100 milhões.” (Entrevista Gestora SP 1).*

Além de estratégias para cada caso, os dois órgãos têm tentado estabelecer um fluxo de trabalho mais padronizado no interior. Como explica o Procurador SP 1, desde 2008 a PJ8 ganhou status de Coordenadoria Judicial de Saúde Pública dentro da PGE, com atribuição de orientar as regionais da PGE de todo o estado nesta matéria. Uma das estratégias do procurador é realizar esta orientação pessoalmente, junto com a CODES, quando esta se dirige ao interior para também coordenar as regionais de saúde em relação à judicialização. Nas palavras do

---

<sup>80</sup> Conferir: DATASUS, “Ministério da Saúde vai disponibilizar software para controlar ações judiciais em saúde”, Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/1105-ministerio-da-saude-vai-disponibilizar-software-para-controlar-acoes-judiciais-em-saude> (Acesso 07/12/2017).

procurador, a tentativa conjunta dos dois órgãos é de colocar gestores das regionais e procuradores do interior na mesma mesa, para que se “apaixonem” e estabeleçam fluxos de trabalho semelhantes àqueles já em prática na capital.

*“Aqui dentro da PGE o meu grupo, pelo trabalho que foi desenvolvido lá em 2008, nós ganhamos status também de Coordenadoria Judicial de Saúde Pública, quer dizer (...) a gente teve atribuição de orientação das unidades de saúde da PGE de todo estado. São mais doze Regionais, orientados no sentido de como melhor tratar essas ações. Como esse negócio de orientar é um pouco vago demais, eu tenho me utilizado da tentativa da CODES de melhor preparar os gestores locais e a gente faz uma atuação combinada. Então quando a CODES vai conversar com alguém no interior de uma Regional de Saúde, eu vou junto e chamo a procuradoria local. E a tentativa nossa é fazer com que gestores da saúde e gestores da procuradoria sentem na mesma mesa, se conheçam, se isso ainda não se deu, olhem nos olhos e comecem a se apaixonar um pelo outro, é preciso estabelecer uma relação de namoro entre as instituições.”* (Entrevista Procurador SP 1, PGE-SP).

*“A gente tenta ter uma penetrância do modus operandi do que o que a gente traz na capital para o interior. Inclusive, a gente até brincava com o Procurador SP 1, a gente fazia o workshop casamento, a gente fazia que nem um programa do Silvio Santos, e a gente já tinha até toda uma dinâmica, cada um com seus pares, lavava a roupa suja, daí, eu e o Procurador SP 1, como mediador, olhamos os pontos colocados, eu ia dominando a minha equipe, o Procurador SP 1 dominando a equipe dele e daí, no final, a gente chegava a questões práticas.”* (Entrevista Gestora SP 1)

Estabelecer esta relação de “casamento” ou “namoro” institucional enfrenta desafios no interior. O primeiro é a não especialização de todas as regionais, dado o contingente de funcionários restrito ou mesmo a eficiência dos especializados. Como explica Procurador SP 1, uma vez que a especialização gera resultados positivos, reduzindo a judicialização, o trabalho de outros setores é redistribuído com os procuradores de saúde. Não somente, a rotatividade entre procuradores do interior reduz as possibilidades de atuação conjunta entre PGE e

Regionais uma vez que, na opinião tanto do Procurador SP 1<sup>81</sup> quanto da Gestora SP 1 (argumento que, como veremos, aparecerá em outras entrevistas em outros Estados), a relação entre as duas instituições ainda é muito personalizada e cambiante a depender das trocas de gestão e equipes.

---

<sup>81</sup> Nas palavras do Procurador SP 1: “eu tô desde o começo nisso, então sempre foi um reinício constante, a cada nova gestão você tem de começar do zero, colocar, explicar de novo para as pessoas. Quantas vezes eu já não peguei mais ou menos não sei como eu tinha tio em festa infantil tentando animar ‘Vamos lá gente’”.

### 3.3. Perfil da judicialização Santa Catarina

Dados sobre o total de ações judiciais propostas contra o Estado de Santa Catarina estão apenas disponíveis para ações requerendo medicamentos e insumos, e apenas para os anos de 2000 a 2008, e 2016 (BOING et al., 2013; PEREIRA et al., 2010; CAETANO, 2017). Complemento estes dados com o Relatório do Tribunal de Contas da União, apresentado acima (BRASIL, 2017) para os anos de 2013 e 2014. Estes dados mostram um crescimento significativo no número de novas demandas ao longo dos anos, que passou de apenas 2 em 2000 a 23.969 em 2016, com um gasto anual que passa de pouco menos de 40 mil reais em 2001 para mais de 230 milhões de reais em 2016.

**Tabela 13: Número de novas ações e gastos anuais**

Ano	Número de Novas Ações	Gasto Anual	Fonte	% sobre o orçamento executado da saúde no Estado.
2000	2	-	Pereira et al., 2010 (com divergência Boing et al, 2013, apontando 1 processo)	-
2001	7	R\$ 38.362,07	Pereira et al., 2010, Caetano, 2017 e Boing et al., 2013.	-
2002	34	R\$131.452,07	Pereira et al., 2010 (com divergência Boing et al, 2013, apontando 24 processos)	-
2003	178	R\$2.814.786,35	Pereira et al., 2010 (com divergência Boing et al, 2013, apontando 84 processos)	-
2004	444	R\$6.510.045,48	Pereira et al., 2010 e Caetano, 2017 (com divergência Boing et al, 2013, apontando 272 processos)	1%
2005	531	-	Boing et al., 2013	-
2006	1661	R\$ 21.483.216,50	Boing et al., 2013	2%
2007	2677	R\$40.000.000,00	Caetano, 2017	3%
2008	2875	R\$60.000.000,00	Caetano, 2017	4%
2013	6.047*	R\$ 128.681.490,41	Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2017)	5,7%
2014	11.535*	R\$ 156.957.764,20	Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2017)	6%
2016	23.969	R\$230.000.000,00	Caetano, 2017	8%

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados em Caetano (2017); Pereira et al (2010) e Boing et al., 2013, e do SIOPS para o estabelecer o percentual de gastos com a judicialização sobre o orçamento da saúde em despesas liquidadas pelo Estado. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/rel\\_subfuncaouf.php](http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncaouf.php) (Consulta de Despesa por subfunção, consolidada por fase de despesa; UF: Santa Catarina Fase: Despesa Liquidada Pasta: Todas). Como afirmamos na nota de rodapé 41, os dados do TCU podem estar superestimados, envolvendo toda e qualquer demanda de saúde que tramite no TJSC, independentemente se o réu é o Estado ou o Município ou se as

demandas envolvem temas correlatos a obrigações de fazer em saúde, como contratos, RH, etc. De toda forma, na ausência de um levantamento mais confiável, vindo da própria PGE, registro estes dados.

O salto de 2008 para 2016 em 23.969 ações, apresentado por Caetano (2017), trata-se, provavelmente de um erro quanto ao que de fato está sendo estimado, se a entrada de novas ações ou se o estoque de ações do Estado. O número de 23.969 provavelmente se refere ao estoque de ações ativas, dado que em Estados com alto nível de judicialização, como São Paulo, o número de novas ações por ano não ultrapassa os 26.000, com vimos acima<sup>82</sup>. Considerando este como o estoque de ações no Estado (na sua maioria ações individuais), um orçamento liquidado total para saúde estadual em 2016 de R\$ 2.950.682.223,77, e população estadual estimada em 6.910.553 habitantes, temos que, enquanto a secretaria gastou em torno de R\$ 393,00 por habitante, em 2016, os pacientes judiciais receberam em torno de R\$ 9.595,00<sup>83</sup>.

Nenhum dos trabalhos desenvolve uma análise detalhada do perfil socioeconômico dos demandantes por todo o Estado, mas valem-se de proxies como a representação processual ou a origem das prescrições e demandas para estabelecer alguma inferência sobre quem judicializa no Estado de Santa Catarina. Pereira et al (2010) analisam ações judiciais propostas contra o Estado entre 2003 e 2004 requerendo medicamentos e insumos (um universo de 178 ações para 2003 e 444 para 2004). A maior parte das ações propostas eram individuais, sendo que 45% dos demandantes moravam na Grande Florianópolis, tendo os municípios de Florianópolis e São José como aqueles com maior judicialização (21,7% e 10,2%). Os autores identificam, ainda, que 59% das ações foram promovidas por escritórios de advocacia particulares, 35% pela Defensoria Pública Estadual e 6% por escritórios modelo vinculados a universidades de Santa Catarina. Os autores não identificam, portanto, atuação do Ministério Público. A maior parte das prescrições médicas judicializadas (55,8%) adveio de serviços privados de saúde.

Boing et al (2013) analisam todas as ações judiciais contra o Estado registradas no sistema Medjud da SES-SC, do qual trataremos abaixo, entre os anos de 2000 e 2006. Os dados

---

<sup>82</sup> Essa informação é reforçada por declaração da Consultora Jurídica da Secretaria do Estado, disponível em: <http://cbndiario.clicrbs.com.br/sc/noticia-aberta/judicializacao-da-saude-ja-custou-r-220-milhoes-ao-estado-de-santa-catarina-em-2017-206901.html> (Acesso 02/01/2018)

<sup>83</sup> Dados sobre orçamento liquidado para saúde no Estado e população estadual obtidos do SIOPS, Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/rel\\_subfuncaouf.php](http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncaouf.php) (Consulta de Despesa por subfunção, consolidada por fase de despesa; UF: Santa Catarina Fase: Despesa Liquidada Pasta: Todas).

disponibilizados pelo sistema apontam que para o período, os processos solicitavam uma média de 2,2 produtos ou medicamentos cada, chegando ao máximo de 17 itens. Os medicamentos mais solicitados se destinavam ao sistema nervoso e ao aparelho cardiovascular, mas apenas 29% dos pedidos constavam em listas e protocolos dos SUS, de modo que a maior parte das demandas se referia a medicamentos ou insumos não padronizados. Tal como Pereira et al (2010), os autores encontram correlação positiva entre maior número de ações em municípios com melhores indicadores socioeconômicos, especialmente municípios da grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Chapecó.

Ainda sobre o perfil dos demandantes, em um estudo sobre a judicialização no Município de Itajaí, que representava 4% das ações propostas em 2006, Leite e Mafra (2010) entrevistaram 44 demandantes, na tentativa de qualificar as trajetórias e percepções destes litigantes. As autoras apontam que nenhum entrevistado detinha conhecimento sobre alguma possibilidade administrativa para a concessão de seus medicamentos. Não somente, concluem que a maior parte das trajetórias processuais destes demandantes não promoveu a conscientização de que eles detinham um direito social. Nas palavras das autoras: “a condução dos processos não é empoderante, ao contrário, reforça as relações de dependência e percepção de impotência do usuário” (Leite e Mafra, 2010, p. 1).

Um dado adicional, advindo de entrevista conduzida por esta tese, refere-se a menor presença da Defensoria Pública em relação à advocacia privada no Estado de Santa Catarina. Como explicou a Promotora SC, entrevistada, a Defensoria Pública em Santa Catarina ainda não está instalada em todo o Estado, de modo que a OAB e o Ministério Público ainda ocupam este espaço de prestação de serviços de representação judicial gratuita e o Ministério Público ainda atua em demandas individuais. Dentre as ações de direito difuso e coletivo, a saúde é o tema mais judicializado pelo Ministério Público de Santa Catarina, de acordo com entrevista com a Promotora SC entrevistada.

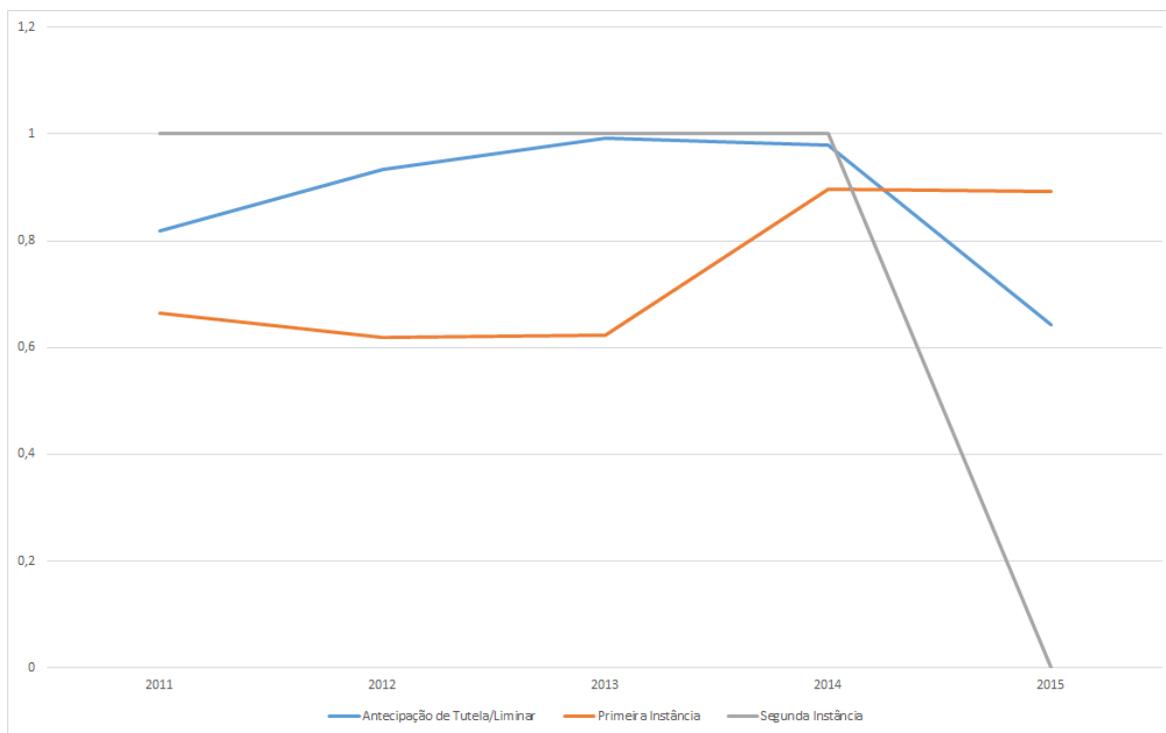
*“no Estado de Santa Catarina, salvo engano, há somente 20 comarcas com defensorias públicas enquanto que há 112 procuradorias pelo Estado, então o Ministério Público ainda atua para causas individuais no Estado, diferente de São Paulo, Rio de Janeiro porque a Defensoria Pública já está instalada em outras comarcas, então essa demanda individual o Ministério Público assume não assume. Em Santa Catarina é diferente por*

*não ter Defensoria Pública [em todas as comarcas] o Ministério Público atua, caso contrário as pessoas poderiam ficar desassistidas.” (Entrevista Promotora SC).*

Acerca do tipo de medicamento demandado e da patologia a que se refere, Pereira et. al (2010) demonstram que, a partir do universo de 622 ações distribuídas nos anos de 2003 e 2004, foram identificadas 1.163 solicitações, uma média de 1,8 pedidos por ação judicial. Destas solicitações, 388 medicamentos diferentes foram solicitados. A maior parte dos processos solicitava tratamento para Artrite reumatoide, espondilite anquilosante e artrite psoriática, Hepatite viral C. Não somente, a grande maioria dos pedidos referia-se a medicamentos não padronizados, representando 252 produtos diferentes e 62,2% das solicitações. Como explicam os autores, ainda que para algumas das patologias trazidas pelos demandantes não houvesse tratamento disponibilizado pelo SUS à época, em muitos processos havia alternativas disponibilizadas pela política.

Sobre a taxa de sucesso dos demandantes, os trabalhos não apresentam dados sobre todo o trâmite processual, mas apenas a partir das decisões judiciais já deferidas, que ensejaram a condenação do Estado. Na pesquisa coordenada por Daniel et. al, procuramos identificar o percentual de sucesso dos demandantes em ações propostas na Justiça Estadual da Comarca da capital. Os gráficos abaixo apresentam o percentual de sucesso dos litigantes desde as decisões de tutela antecipada até a segunda instância.

**Gráfico 12: Percentual de sucesso dos demandantes em sede de tutela antecipada/liminar, primeira e segunda instância em SC.**



Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria. Foram consideradas aqui apenas as decisões favoráveis ou parcialmente favoráveis aos demandantes.

Como destacamos acima, os dados para Santa Catarina, em relação às decisões de segunda instância, não são conclusivos, especialmente para o período após 2013, o que pode se justificar, inclusive, pela ausência de decisão em sede de recurso de apelação ou reexame necessário. De todo modo, observa-se que apesar da alta taxa de deferimento de pedidos cautelares nos quatro primeiros anos, houve uma queda significativa do sucesso destas demandas, que passou a ser revertida nas sentenças. A trajetória das sentenças, de outro lado, demonstra que os juízes eram mais cautelosos em ratificar suas decisões em tutela antecipada nas sentenças proferidas. Esta tendência se inverte no mesmo momento em que as decisões liminares passam a ser mais contrárias aos demandantes.

A maior parte das decisões em antecipação de tutela não é deferida com sanção prevista em seu texto, ainda que isso não impeça que os juízes determinem a cobrança de multas diárias por descumprimento ou o bloqueio e sequestro de valores ao longo do processo.

**Tabela 14: Distribuição de sanções em decisões preliminares - Justiça Estadual, Florianópolis.**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Total de ações</b>	264	342	231	344	335
<b>Com sanção</b>	38%	25%	19%	26%	54%
<b>Multa</b>	90%	70%	41%	30%	81%
<b>Bloqueio/Sequestro</b>	28%	58%	59%	73%	20%
<b>Prisão</b>	4%	0%	0%	0%	2%
<b>Sanção Genérica</b>	0%	1%	0%	0%	0%
<b>Mais de uma sanção</b>	22%	0%	0%	2%	2%
<b>Sem sanção</b>	54%	65%	80%	72%	45%
<b>Sem decisão</b>	8%	10%	1%	2%	0%

Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria. Ações consideradas “sem decisão” são aquelas que quer a decisão judicial de tutela antecipada não havia sido emitida ou não estava disponível em data e conteúdo para consulta. Ações consideradas “sem sanção” envolvem tanto decisões judiciais favoráveis aos demandantes mas sem sanção clara no texto da decisão, ou decisões desfavoráveis aos demandantes.

Analisando só as decisões com sanção, contudo, observa-se que Santa Catarina até 2015 tinha um predomínio da previsão de aplicação de multa. Como veremos, procuradores e gestores defendiam que juízes alterassem esse regime de sanção e, caso quisessem garantir o cumprimento imediato das decisões, bloqueassem ou sequestrassem recursos, já que a multa onera o Estado e não garante o esvaziamento do objeto da tutela. Não temos dados sobre as sanções aplicadas em 2016, mas pelas entrevistas é possível saber que este pleito do Estado foi não só atendido, mas se tornou a regra em Santa Catarina. Com um baixo percentual de cumprimento - menos de 5% das decisões em tutela antecipada seriam cumpridas pelo Estado, conforme gestora entrevistada - sequestros e bloqueios passaram a se tornar a forma padrão por meio da qual o Judiciário sanciona o Estado e garante o cumprimento da decisão: passaram de 1 a 2 por mês para 500 por mês<sup>84</sup>.

<sup>84</sup> O número de bloqueios e sequestros diretamente realizados das contas do Estado para o cumprimento de decisões judiciais custou à Santa Catarina R\$1.765.278,37 em 2013 e R\$829.783,36 em 2014, de acordo com o relatório do

### 3.3.1. As respostas institucionais de Santa Catarina

#### *Gestão pré-processual: processo administrativo*

O Estado de Santa Catarina não possui um procedimento administrativo unificado para a requisição de medicamentos padronizados e não-padronizados. O componente especializado da assistência farmacêutica é disponibilizado pelo Estado mediante requerimento administrativo em unidades municipais e regionais específicas, tal como encontrado nos demais Estados analisados nesta tese. Esta requisição e oferta é organizada por um sistema eletrônico, que dispõe de todo o histórico administrativo do paciente. A judicialização se comunica com a via administrativa através deste sistema, uma vez que, como veremos abaixo, o setor responsável por dar cumprimento às decisões judiciais da Secretaria, a Comissão Multidisciplinar de Apoio Judicial (COMAJ), cadastra os pacientes judiciais neste mesmo sistema, tendo acesso à eventuais requisições e dispensa de tratamento administrativos que já estão no histórico do paciente. Para além deste cadastro unificado, requerimentos administrativos e judiciais não se comunicam. Pedidos judiciais, por exemplo, de medicamentos do componente especializado não podem ser atendidos diretamente pela SES-SC através da incorporação deste paciente na dispensação administrativa. A falta de articulação dentro da própria secretaria dificulta a reinserção administrativa de pacientes.

*“É, por exemplo, recebemos o processo judicial, vamos dizer assim “não, a Secretaria não vai atender esse paciente judicialmente, mas vai incorporar ele num programa do SUS”. Então, isso a gente não consegue fazer. A gente tem que dizer pro paciente que tem que ir lá fazer o cadastro tal, o protocolo tal enfim e isso a gente tem que falar pro Procurador que vai peticionar no processo, se o juiz aceitar ele vai deferir sim ou não, na maioria das vezes, não. E aí a gente acaba tendo uma demanda judicial que poderia ser administrativa. E ela poderia se houvesse mecanismos de maior articulação dentro da secretaria, a gente poderia resolver isso internamente e já dar uma resposta pro Procurador e falar pro juiz “não, esse paciente tá incorporado no programa tal, ele*

---

Tribunal de Contas da União, referido acima (BRASIL 2017). O próprio TCU teve dificuldade em obter dados mais atualizados do Estado ou mesmo séries mais longas.

*está sendo, tá tendo a sua necessidade de saúde atendida” e pode pedir a extinção do processo” (Entrevista Gestora SC 3).*

Outra estratégia de gestão pré-processual se dá pela Consultoria Jurídica (COJUR), prestando informações à Defensoria Pública quando esta recorre à secretaria antes de ajuizar ações. O mesmo ocorre para o Ministério Público. Este tipo de interação, contudo, é pontual e depende da iniciativa destes órgãos – não existe convênio entre a SES-SC e demais entidades da justiça que exijam este acionamento prévio, à diferença, como veremos, do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, que investiram em formas mais sistemáticas e abrangentes de conter a judicialização pela aposta em vias administrativas para a solução de litígios.

Uma forma adicional de gestão pré-processual de litígios se deu pela criação do sistema SISCOMAJ (hoje denominado CEOS). Trata-se de banco de dados de informações técnicas sobre medicamentos ofertados ou não pelo SUS, hoje administrado pelo Núcleo de Apoio Técnico de Santa Catarina e parte de uma estratégia maior de qualificação dos pedidos e decisões judiciais, que veremos a seguir. Através de convênios com a Procuradoria Geral do Estado, Justiça Estadual e Federal, Defensoria Pública Estadual e Ministério Público, a SES-SC disponibilizou a consulta ao CEOS pelos atores do sistema de justiça antes e durante as ações judiciais. Um dos efeitos desta medida, como conta a Promotora SC, entrevistada, foi evitar a judicialização de medicamentos que estão padronizados e dentro da política. Nas suas palavras:

*“Um dado muito importante desse sistema, que dificilmente nos obteríamos, é que ele apresenta os medicamentos que podem ser utilizados como alternativa terapêutica padronizadas no SUS. Isso permite ao promotor de justiça fomentar que antes de propor qualquer medida judicial, sejam esgotadas todas as possibilidades daquela pessoa ser tratada por medicamentos padronizados pelo sistema único de saúde. Aí então, em 2015 nós celebramos um termo de cooperação com a Secretaria de Saúde para que todos os promotores, procuradores e assessores do Ministério Público tivessem acesso a este sistema, que pudessem realizar essa pesquisa (...). Então, esse sistema veio para nos auxiliar e fundamentar a nossa atuação. Aí eu vou te mostrar aqui: no ano de 2012, 2013 e 2014 nós não tínhamos nenhum acesso ao SISCOMAJ e o número de ações*

*judiciais no tema de saúde só crescia. Era uma média de 40% ano. Em 2012 foram 686 ações civis públicas na área da saúde, em 2013, 979 e em 2014, 1422 ações. Nesse período a gente começou a capacitação e ter acesso ao sistema de consulta de medicamentos: o número de ações civis públicas ficou o mesmo, ou seja, no primeiro ano a gente não teve aquele aumento de 40%, mas nós conseguimos estabilizar com essa capacitação. No ano seguinte, da mesma forma, (...) se mantendo uma média. Não há esse crescimento como vinha tendencioso aqui.” (Entrevista Promotora SC)*

Além da consulta ao sistema, o Ministério Público ainda participa, junto com a Secretaria, na promoção de eventos por todo o Estado para a capacitação de gestores municipais e médicos. A Promotora SC informa que estes cursos tem o intuito de reforçar a opção pelas alternativas do SUS pelos próprios profissionais vinculados à política pública de saúde<sup>85</sup>. A aproximação do Ministério Público com a SES-SC se deu de modo tanto formal, por meio de termos de cooperação, mas, especialmente informal, por contato telefônico, WhatsApp, e mediada pelo Centro de Apoio do Ministério Público que permite conectar gestores e promotores pelo Estado.

*Gestão processual: COJUR, COMAJ, NARAS e NAT*

Existem três mecanismos de gestão processual da judicialização dentro da Secretaria de Saúde de Santa Catarina (SES-SC). O primeiro deles é a própria Consultoria Jurídica (COJUR), ligada ao gabinete do secretário de saúde e responsável não só por todo o assessoramento jurídico da pasta, mas pelos casos de judicialização que envolvem pedidos de alto custo, ações coletivas mais abrangentes e estruturais. Este órgão liga-se a uma segunda estrutura<sup>86</sup>, a

---

<sup>85</sup> O Ministério Público realiza este tipo de treinamento por um Centro de Apoio, órgão auxiliar de apoio técnico e jurídico aos membros e equipe do Ministério Público. Este Centro de Apoio trabalha com o desenvolvimento de projetos e programas em relação às ações de saúde, agregando informações da atuação descentralizada dos promotores para conscientizar tanto seus próprios quadros quando usuários do SUS.

<sup>86</sup> Entre as entrevistas, houve uma certa divergência entre a posição jurídica da COMAJ em relação à CONJUR. O gestor responsável à época pela COMAJ afirmou que a COMAJ estaria ligada diretamente apenas ao Gabinete do Secretário, enquanto a gestora entrevistada, da CONJUR, afirmou que a COMAJ estaria ligada e seria coordenada pela CONJUR. É importante destacar que esta divergência provavelmente advém de uma posição administrativa ambígua da COMAJ com a troca de secretários e alterações de estrutura, recente em 2016. Não somente, como se verá no caso do Estado de São Paulo, estes setores que lidam com a massa das ações judiciais em saúde parecem

Comissão Multidisciplinar de Apoio Judicial (COMAJ), responsável pelo atendimento da maior parte das decisões judiciais contra o Estado. Um terceiro mecanismo é o Núcleo de Apoio Técnico do Estado de Santa Catarina, criado no final de 2015, no bojo das recomendações e resoluções do CNJ. O NAT também é ligado à Consultoria Jurídica, mas com atuação independente dela e da COMAJ, como discutiremos a seguir.

*“A consultoria jurídica está estruturada assim: uma perninha dela é a COMAJ, que lida com as ações judiciais. O que tem de resto de ação judicial e assessoramento ao secretário, Ministério Público, Defensoria Pública, que muitas vezes pergunta coisas que ainda não são judiciais, além de ações de servidores, de funcionários e responsabilidade civil, tudo isso ficou dentro da consultoria jurídica, [também] a parte de licitações e contratos. E além disso, com essa recomendação do CNJ, foi formado o NAT. (...) A gente sempre vai buscar elementos em um setor ou outro”.* (Entrevista Gestora SC 1)

A atuação da COJUR é estratégica. Buscando elementos tanto da massa de ações gerida pela COMAJ quanto pontos técnicos ligados à política de saúde, apontados pelo NAT, a Consultoria Jurídica se dedica a monitorar ações de alto custo, ações coletivas e estruturais e que exijam uma resposta mais organizada e pronta da SES-SC aos órgãos de justiça. Sua atuação não se dá em juízo, mas é mediada pela Procuradoria Geral do Estado para os casos já judicializados.

A COMAJ é a estrutura da secretaria que lida com o dia-a-dia da judicialização, recebendo intimações, ofícios e pedidos da PGE para a prestação de informações caso a caso. Ainda que ligada ao Gabinete do Secretário, recebe apoio da COJUR, com relativa independência na gestão processual do cadastro e cumprimento de liminares. Antes da criação da COMAJ, cabia à Diretoria da Assistência Farmacêutica<sup>87</sup> cuidar tanto do cumprimento como da compra e instrução das demandas judiciais. O volume da judicialização e a iniciativa de gestores e consultores ligados ao gabinete do secretário de saúde permitiram que a gestão das

---

deter sempre uma posição ambígua uma vez que surgem como especializações das Assessorias e Consultorias jurídicas das pastas das secretarias de saúde, mas não ganham logo nomenclatura própria no organograma das SES.

<sup>87</sup> Conforme entrevista com a Gestora SC 4.

demandas judiciais fosse destacada destes órgãos e recebesse órgão próprio, inicialmente denominado NAJ - Núcleo de Ações Judiciais. Segundo a Gestora SC 4, que atua na Secretaria há 12 anos, a Secretaria de Saúde do Estado alterou a estrutura de resposta e cumprimento das ações judiciais algumas vezes até que, em 2011, pela Portaria SES 753/2011, a COMAJ foi instituída, iniciando seus trabalhos com 8 funcionários, em um momento em que a judicialização do Estado não alcançava grandes patamares. Este grupo aumentou ao longo dos anos e hoje conta com 40 pessoas, dentre médicos, farmacêuticos, nutricionista, advogados e estagiários em direito, contratados e servidores da própria SES-SC. Tal como vimos no caso da CODES, em São Paulo, esta equipe atua em uma “linha de produção” de respostas às ações judiciais.

A COMAJ atua em dois momentos do processo – cadastra pacientes e dá curso ao cumprimento das decisões judiciais; e auxilia a PGE na elaboração da defesa do Estado. Antes da criação do NAT, a COMAJ, além destas funções, geria um banco de dados de medicamentos, denominado de SISCOMAJ (Sistema da Comissão Multidisciplinar de Apoio Judicial) que fornecia elementos técnicos a informar as defesas elaboradas pela Procuradoria Geral do Estado. Não somente, em convênio firmado em 2015 este banco de dados foi disponibilizado à Justiça Estadual e Federal, Ministério Público e Defensoria Pública<sup>88</sup>. Este sistema hoje é administrado pelo NAT e denominado CEOS.

O fluxo de trabalho da COMAJ se inicia com a recepção das intimações para dar cumprimento às decisões de antecipação de tutela e liminares. Como explica o Gestor SC 2, as decisões “chegam por todos os lados”, muitas vezes em duplicata, já que a COMAJ recebe tanto intimações recepcionadas primeiramente pela própria Procuradoria Geral do Estado e remetidas à secretaria, como por oficiais de justiça ou mesmo por e-mail, vindas dos tribunais ou das regionais de saúde no interior do Estado. Esta entrada de muitas portas gera um trabalho muitas vezes duplicado da equipe, que precisa checar se estes casos recebidos já foram registrados pela COMAJ e já recebem as providências de cumprimento. Como explica o Gestor SC 2:

---

<sup>88</sup> Conferir: Termo de Cooperação Técnica 48/2015 entre SES-SC e Ministério Público Estadual. Disponível em: <https://documentos.mpsc.mp.br/portal/Conteudo/servicos/Convenios/48-2015-4001/048%20-%20Termo%20de%20Coopera%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20-%20MPSC%20e%20SES%20-%20SISCOMAJ.pdf> (Acesso 29/12/2-17); Sobre o convênio com a Justiça Federal, ver notícia: <https://saudejur.com.br/jfsc-e-secretaria-do-estado-da-saude-assinam-convenio-para-intercambio-de-informacoes/> (Acesso 29/12/2017). Sobre a indicação da parceria entre MP e SES-SC para divulgação e utilização do SISCOMAJ, ver prêmio Innovare: <http://www.premioinnovare.com.br/pratica/qualificacao-das-demandas-judiciais-na-area-da-saude/print> (Acesso 29/12/2017).

*“Então nós recebemos a ordem judicial por quatro vias de acesso, quatro entradas. Às vezes nós recebemos a mesma ordem judicial por oficial de justiça, que vem trazer o documento aqui, a comarca, ela me manda via e-mail, as regionais de saúde que representam o Estado nas regiões também recebem a intimação na região e encaminham para nós, também por e-mail. E a via principal é pela PGE. Ela disponibilizou o sistema para nós que é chamado PGE-Net, onde eles mandam toda documentação que nós precisamos eles mandam, ofício, e do sistema a gente extrai os documentos que a gente precisa. (...). Às vezes a mesma a mesma ordem judicial nós recebemos por quatro vezes e para saber se a mesma ordem judicial, se ela já está cadastrada no sistema, nós temos que analisar se é o mesmo autor, se é o mesmo réu, o mesmo número da ordem judicial, e fazer análise. Então a gente fica analisando as vezes o mesmo documento quatro vezes. É um retrabalho”.* (Entrevista Gestor SC 2)

A equipe multidisciplinar atua em todas as demandas judiciais de saúde contra o Estado, a depender da especialidade envolvida. Com a recepção das liminares, os dados dos pacientes e pedidos são registrados no sistema interno da SES-SC, o Programa de Medicamentos Judiciais ou MedJud, criado ainda quando a gestão do cumprimento e instrução das ações judiciais estava sob competência da Diretoria da Assistência Farmacêutica do Estado (Boing, et al, 2017). Este sistema é acessado por vários setores da secretaria e compartilhado com a concessão administrativa de medicamentos, como visto acima. O trabalho de cadastro dos pacientes no MedJud é especialmente mediado pelas informações específicas sobre a decisão e pedido através do acesso que a COMAJ detém ao sistema interno de processos judiciais da Procuradoria Geral do Estado, o PGE-Net (conectado ao sistema eletrônico de processos ofertado pelo Judiciário, o e-SAJ) alimentado pela própria PGE, conforme novas ações são distribuídas contra o Estado ou exigindo seu pronunciamento em qualquer matéria. Através do acesso ao PGE-Net, os técnicos da COMAJ analisam os processos, documentos acostados aos autos e dados dos pacientes, dando seguimento ao cumprimento das decisões. Recorrem aos procuradores quando precisam sanar dúvidas jurídicas sobre o processo em si, contando, contudo, com um

coordenador da própria COMAJ formado em direito e com a COJUR que também exercem este auxílio jurídico.

A compra dos medicamentos judicializados é destacada da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF), e recebe gerência própria, dentro da Superintendência de Logística. Este cenário vigora desde 2013, com uma reestruturação da Diretoria de Assistência Farmacêutica, que passou a se concentrar apenas nos pedidos administrativos, deixando a análise técnica e organização de compra de medicamentos judicializados à COMAJ. Como explica a Gestora SC 5, diretora da DIAF, esta decisão foi tomada como forma de permitir que a Secretaria desse maior atenção aos pacientes administrativos, prevenindo a judicialização do que já está na política. A compra de medicamentos judicializados, com isso, é gerida pela ação conjunta da COMAJ com a Gerência de Bens Judiciais, órgão da Superintendência de Logística específico para as compras de medicamentos, insumos e produtos judicializados<sup>89</sup>.

De acordo com os relatos nas entrevistas, o Estado de Santa Catarina tem enfrentado dificuldades em cumprir decisões judiciais, sobretudo diante de prazos curtos para cumprimento. Não somente, a crise financeira agrava este descumprimento sistemático, que cria um cenário de falta de credibilidade da Secretaria perante fornecedores, reduzindo, inclusive o estoque de medicamentos que normalmente seriam comprados pela Secretaria para atender a judicialização, quer sejam parte ou não da política do SUS, como os medicamentos do componente especializado.

Quando os medicamentos são importados, a Secretaria leva em média 90 dias para realizar a compra, algo incompatível com os prazos, por vezes de 24 horas, estabelecidos por juízes.

*“Estão chegando novos fármacos no mercado e os médicos estão prescrevendo esses novos fármacos e às vezes, caríssimos, muitos deles são importados. Eles demandam um certo tempo para fazer essa aquisição e às vezes a demanda judicial chega com prazo para cumprir 24 horas: a secretaria demora em média para comprar o*

---

<sup>89</sup> “Efetivo, agora, hoje no nosso organograma, eu pertença a Superintendência de Vigilância em Saúde, a Diretoria de Assistência Farmacêutica está inserida nesta Superintendência e o judicial está inserido na Superintendência de Compras e Logística. Hoje em dia, nesta superintendência de compras e logística, tem uma Diretoria de logística e duas gerências, uma delas que é de bens judiciais. Então toda a parte de compras de programação de atendimento do paciente está dentro dessa gerência.” (Entrevista Gestora SC 5).

*medicamento importado 90 dias devido à burocracia as exigências da Anvisa para poder adquirir o medicamento.” (Entrevista Gestor SC 3)*

Além de prazos curtos, as decisões judiciais são acompanhadas por sanções fortes, como bloqueio e sequestro de valores. Na visão da Gestora SC 3, descumprimento tem se tornando quase uma regra em Santa Catarina, o que tem levado juízes a ameaçar a penalização de gestores pessoalmente, por improbidade.

*“E o que a gente tem visto de sanção que tem nos preocupado mais é em relação aos descumprimentos né? Que tem sido, assim, sistemáticos. A gente tem certa de 80, 90% de descumprimento das ações judiciais e o que por muito tempo, assim, por um ano, foi predominante, foi a questão do sequestro de valores pra atender essas pessoas que não tão recebendo e que deveriam tá recebendo. Aí, junto com essas decisões de sequestro, a gente vê que alguns juízes foram cansando, né, do descumprimento sistemático da secretaria e foram pegando mais pesado nas decisões. Então o que a gente viu, assim, foi algumas sanções de improbidade administrativa, tipo de a pessoa que tá lá na ponta foi até o farmacêutico de Criciúma, que é o município que mais judicializa, e se recusou a dar uma negativa, não sei por qual motivo, mas se recusou a dar uma negativa. E ele fez uma sanção de improbidade administrativa, pedido de vistas ao Ministério Público, sanções em relação à pessoa do Secretário de Saúde, né. Então a partir disso a gente começou a ter mais uma preocupação, assim, em relação a como se preservar enquanto servidor, pra não ser penalizado judicialmente por um processo que na verdade, por um descumprimento que não é da nossa responsabilidade, né? É pela gestão financeira mesmo. E aí a gente tomou algumas medidas, assim, no sentido de não assinar determinados documentos. Até esses dias a gente tem um e-mail que é ‘Farmacêutico COMAJ’, aí, esses dias, eu tinha que responder pro Ministério Público quem que era o autor do e-mail, sabe? Porque a gente não assina com o nome do servidor pra não ser citado nos processos, pra não ser penalizado e aí ele recebeu uma intimação nesse sentido, ou seja, se tivesse nome provavelmente esse servidor teria sido citado e poderia ter sido qualquer um de nós. Então, nesse sentido, assim, a gente tem visto a sanção*

*meio talvez penalizando o servidor, que é quem tá tão suscetível quanto o usuário lá da ponta, que não tá recebendo o que ele judicializou no caso, né?”* (Entrevista Gestora SC 2).

De acordo com o Procurador SC 2, em números absolutos a judicialização, exige em sua maior parte, a compra de medicamentos que estão fora da política. Muitas vezes, contudo, a falta de fornecimento de medicamentos já incorporados, diante da falta de recursos para pagar fornecedores, leva a problemas de distribuição dentro do Estado do que já é parte do SUS. Esta falta de recursos é agravada pela reduzida capacidade da Secretaria em obter ressarcimento do Ministério da Saúde para medicamentos que são de financiamento federal, como os do componente especializado.

*“Tem dois aspectos que tu pode desconsiderar: em números absolutos de medicamentos, eles estão predominantemente fora da política. Se fores olhar por nome de medicamentos, são muitos medicamentos que não são padronizados, que teriam substituto. Agora, em termos financeiros, a gente pode dizer que mais da metade está dentro da política: porque, assim, digamos, só, para dar um exemplo, nós gastamos 100 milhões em mil medicamentos. Dos mil medicamentos, eu vou dizer que 800 estão fora da política e 200 estão dentro. Agora, desses 100 milhões, 50 milhões se referem a medicamentos que estão dentro da política, medicamentos que são afetos ao componente especializado da assistência farmacêutica, que são de responsabilidade do Ministério da Saúde.* (Entrevista Procurador SC 2)<sup>90</sup>.

Isso gera, nas palavras do procurador, uma “bola de neve”, uma vez que a falta de recursos impede o cumprimento, que por sua vez gera bloqueios e sequestros de valores em decisões judiciais, que agravam a crise financeira. O cenário de sequestros e bloqueios se tornou mais comum no último ano de 2016-2017. De acordo com o Procurador SC 2, inicialmente os sequestros começaram a ser usados com anuência e até pedido da PGE e Secretaria, uma vez

---

<sup>90</sup> O Estado de Santa Catarina conseguia um ressarcimento maior do Ministério da Saúde em relação a judicialização de medicamentos do componente especializado. Mas, segundo o Procurador SC 2 e o Gestor SC 2, este ressarcimento hoje é aceito administrativamente, mas não ocorre de forma efetiva.

que o Estado não conseguia cumprir a decisão judicial dentro dos curtos prazos<sup>91</sup> determinados e preferia que os juízes bloqueassem os valores e a parte acostasse aos autos o comprovante de compra, para assim, esvaziar o objeto da tutela e garantir o cumprimento. Esta era, inclusive, uma medida considerada melhor que as multas diárias.

*“O sequestro bom, então se o que vocês querem esvaziar é o objeto da tutela, sequestra os R\$ 1000,00, entrega para o autor para ele comprar o medicamento, onde quer que seja, e ele comprova nos autos que ele gastou o dinheiro. [O sequestro] surgiu no contexto que não era de crise financeira. Às vezes o Estado não conseguiu a comprar determinado medicamento, porque a licitação atrasou, porque o fornecedor não tinha disponível naquele momento, tal, e dentro de prazos curtos, ah, prazos de 5 dias, não tem como importar o medicamento em 5 dias. Então, se a coisa realmente precisa ser cumprida em 10 dias, às vezes vale mais a pena sequestrar, entregar o dinheiro para o autor comprar e comprovar, do que obrigar o Estado a comprar o medicamento em dez dias, quando a gente sabe que ele vai demorar no mínimo 40 e com multa por atraso, o que vai agravar a situação no dobro do valor. Então o sequestro surgiu nesse contexto. Aí, com o agravamento da crise econômica, acabou que o que era exceção virou a rotina e hoje que meio que se perdeu o controle.”* (Entrevista Procurador SC 2).

O sistemático descumprimento pela Secretaria com a crise econômica, realidade que, como veremos, acomete outros Estados, tornou os sequestros muito mais frequentes. Eles não só desorganizam as contas e previsão financeira da pasta, mas alteram o fluxo de trabalho da COMAJ. O cumprimento das decisões judiciais segue um fluxo próprio, dado o tempo de licitação e compra dos medicamentos em estoque. Com o sequestro é necessária a prestação de contas, um trâmite que ocorre tanto dentro do processo quanto entre contas da própria Secretaria e exige uma nova análise de documentos e pedidos das partes, uma vez que os valores

---

<sup>91</sup> Nas palavras do Procurador SC 2: “por exemplo protocolo da Hepatite, que é custeado pelo Ministério da Saúde e funciona bem. Com a pessoa entra com pedido administrativo, leva 60-90 dias para iniciar o tratamento é um prazo totalmente tolerável, não há prejuízo para saúde do paciente só aguardar 90 dias para iniciar o tratamento, desde que quando tu inicie, tu não interrompa. Então não adianta vir uma ordem judicial para cumprir em 10 dias não vai ser cumprido em 10 dias, caneta de Juiz não é cajado de Moisés porque se fosse, tu amassava a sentença judicial, tomava como cumprimento e tava resolvido qualquer doença.”

sequestrados precisam ser compatíveis com as necessidades pleiteadas e deferidas em juízo pelo paciente. Assim, como explica a Gestora SC 4, apesar de efetivamente darem cumprimento à decisão judicial, gerando ao menos um ônus para o Estado com retorno ao paciente (diferente da multa diária), exigem uma reorganização do setor, algo que veremos também no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul.

*“Os prazos, na maioria das vezes, são irrealis, aqui com toda a burocracia de compra e logística e envio do medicamento, até o medicamento conseguir chegar à pessoa eu acho que, sei lá, 5% dos processos a gente consegue cumprir o prazo determinado em juízo. Então os prazos são ignorados, aqui na secretaria a gente simplesmente recebe a decisão e segue o fluxo de cumprimento que a gente conseguiu organizar aqui para cumprimento. Então, tem dia que vem uma Regional buscar os medicamentos, tem dias que vem outra, independentemente se o prazo já expirou de uma decisão em particular e essa informação é meio que ignorada, seguindo o fluxo do cronograma aqui da secretaria mesmo, para cumprimento. E no caso de sequestro de valores, aumentou significativamente no último ano, principalmente, e mudou a dinâmica de trabalho completamente por conta do sequestro de valores. Antes a gente tinha um ou dois [sequestros] a cada mês e agora a gente tem quase 500 todo mês por conta do descumprimento que tá tendo agora. No momento, a gente tá tendo um estoque bem baixo de medicamentos. Isso gerou uma demanda de trabalho, é como se fosse um novo recebimento de uma ação nova porque a gente tem que receber de novo, olhar a documentação, se não tá recebendo em duplicidade ou não, calcular o prazo de sequestro.”* (Entrevista Gestora SC 4).

A COMAJ também recebe ofícios da PGE para a instrução da defesa processual do Estado, além de atender por telefone advogados, defensores públicos, promotores, e as regionais de saúde para prestar informações e organizar o cumprimento das demandas, muitas vezes mediada pela COJUR. A COMAJ se torna um espaço tanto de cumprimento quanto de consulta, de modo que sua atuação não está apenas ligada aos autos processuais. Não somente, se comunica com municípios e regionais para compreender a judicialização de medicamentos já previstos e organizar pactuações.

A relação com a PGE se estabelece, na maior parte dos casos, via ofício de instrução, apenas formalmente, de modo que tanto a COMAJ como a PGE atuam de forma relativamente independente, em uma divisão clara de trabalho que é reforçada pela atuação especializada do Núcleo de Ações Repetitivas à Saúde (NARAS) da Procuradoria.

Este setor especializado foi criado em 2015 pela Portaria PGE/GAB n. 59/2015<sup>92</sup>, que estabelece como função do núcleo não só representar a Fazenda Pública nas ações repetitivas em saúde, mas uniformizar as teses de defesa e propor medidas judiciais e administrativas para prevenir litígios. A formulação de teses em saúde visa criar um modelo institucional de atuação de toda a PGE face às demandas, de modo que as teses discutidas podem, inclusive, ser encaminhadas ao Procurador-Chefe do Contencioso da PGE para que este elabore súmula administrativa. Não somente, a portaria ainda prevê que o Naras se articule tanto com órgãos do Executivo quanto do Judiciário e elabore relatórios sobre a judicialização.

De acordo com esta portaria e entrevista com procuradora do NARAS, a opção pela especialização da ação da PGE em um setor específico em saúde ocorreu inicialmente como um movimento de qualificação da atuação da procuradoria, visando reduzir a judicialização. Desta primeira intenção, o NARAS tomou um novo rumo, atuando mais fortemente na padronização da atuação da procuradoria nestas ações, com a criação de modelos de defesa, elaborados por assessores e estagiários sob coordenação de cada procurador lotado no NARAS. Como explica a Procuradoria SC 1, entrevistada:

*“Como o volume de ação de medicamentos era grande demais e ele tirava o foco das ações de indenização, que às vezes são muito grandes, né, e muito trabalhosas, então eles resolveram separar. Não, vamos fazer só um núcleo de medicamentos e ninguém queria ir pro medicamento. Todo mundo achava muito chato, né, porque é só ação perdida, tal. Então, pra atrair as pessoas pro núcleo ele fez, ele [Procurador criador do NARAS] elaborou esse formato de núcleo em que são os assistentes e estagiários que fazem as peças e a gente, os procuradores, conferem e protocolam. Quer dizer, fica muito fácil o trabalho dos procuradores, assim no modo geral. Eu vivo dizendo, isso aí tem que mudar, mas eu não tive uma ideia de como mudar, não veio uma iluminação*

---

<sup>92</sup> Portaria PGE/GAB n. 59/2015 disponível no [Anexo eletrônico](#).

*ainda de como mudar esse modelo, mas foi ele que criou. Ele disse: “eu tinha que fazer assim porque senão ninguém ia querer trabalhar na saúde. Não ia ter quem quisesse ficar no núcleo, a gente tinha que dar um trabalho assim, um formato que atraísse as pessoas né?”. Então foi esse o formato que daí começou. (...) Agora que eu entrei aqui é que a gente tá conseguindo padronizar né? Tá conseguindo fazer de um jeitinho. Não é pra cada procurador dizer “ai, eu quero que faça do meu jeito”. Não, esse é o núcleo repetitivo, se você quiser modificar o modelo padrão você vai fazer sozinho, não com a ajuda dos assistentes. Eles não tão aqui pra fazer trabalho individual pra ninguém. Eles estão pra trabalhar pro coletivo né? Então isso é uma coisa importante porque tava assim, o pessoal tava completamente perdido ali. Eles não sabiam como fazer. Cada procurador quer de um jeito e ninguém tava botando uma ordem nisso assim né. (...) Aí vai ser tudo centralizado e formalizado de um jeito só. Padronizado mesmo assim, pra não ter cada um faz do jeito que quer né? Porque, às vezes, tem coisa muito contraditória. Então, é isso que é o objetivo, mas por enquanto tá funcionando assim.”* (Entrevista Procuradora SC 1).

A padronização da atuação da PGE é reforçada pela dificuldade em estabelecer uma defesa técnica individualizada, dada a repetição de ações com pedidos semelhantes e em grande volume. Como vimos, o mesmo setor responsável pelo cumprimento das decisões atua na elaboração de pareceres para as defesas da procuradoria, que não é obrigada a recorrer ao COMAJ para instruir sua contestação ou recursos. Com a disponibilização do CEOS também à PGE, os próprios procuradores analisam e interpretam decisões de saúde e recorrem ao COMAJ em casos pontuais, quando há dúvida.

*“A Procuradoria Geral do Estado tem acesso a esse banco de dados. Então assim ó, ações repetitivas, não tem porque pedir material para uma ação repetitiva. Falar sobre Dipirona, tá lá no banco de dados, faz parte do componente básico de medicamentos, é fornecido pelo SUS. Então a procuradoria sequer pergunta, dependendo do que ela [precisa], ela já tem acesso a esse banco de dados que já assessora eles na sua defesa. Quando passa pela COMAJ e a COMAJ visualiza alguma carência por alguma, ou que não tem [no banco], ou porque o procurador faz alguns outros questionamentos, a*

*COMAJ responde, porque a COMAJ tem farmacêutico, já tem uma estrutura boa de farmacêutico para responder.” (Entrevista Gestora SC 1).*

Com teses jurídicas pré-determinadas e recurso ao CEOS pelos procuradores, subsidiariamente à Secretaria para pareceres técnicos mais específicos, a defesa do Estado se torna uma “linha de montagem”, na opinião do Procurador SC 2, considerando a judicialização como ações de massa.

*“Aqui em Florianópolis, especificamente, as ações de saúde foram atribuídas ao núcleo especializado, que tem quatro Procuradores em Florianópolis que só fazem ações de saúde. Que é um grupo que funciona em outro prédio, tem assessores, estagiários e tal. E acaba que é uma linha de montagem, tem essa compreensão de que os processos são repetitivos, as teses jurídicas já foram todas determinadas, a menos que alguma coisa saia muito do comum eles seguem todos os mais ou menos o mesmo caminho. (...) Infelizmente, a judicialização da saúde foi tratada como se fosse uma ação de massa e como o número é grande, criou-se a falsa impressão de que os processos são repetitivos, quando, na verdade não é. A gente teve uma iniciativa ali da secretaria que foi o NAT, que faz um parecer, uma análise individualizada caso a caso, paciente, medicamento e tal. E ali só que o NAT chamou atenção para uma coisa: olha duas pessoas pedindo o mesmo medicamento não necessariamente vai ser o mesmo resultado.” (Entrevista Procurador SC 2).*

A interação da SES-SC com a PGE ocorre dentro do processo por meio de ofícios e sistema PGE-Net e, como vimos, por vias informais, como por telefone e e-mail, marcada pela divisão de trabalho entre SES-SC e PGE. Como explica a Gestora SC 3, a SES-SC e a PGE têm tentando se aproximar de forma mais institucionalizada, através de oficinas e palestras, mas esta tentativa é recente e os procuradores ainda são, para os técnicos do COMAJ, “uma assinatura no processo” ou reportando-se pontualmente à equipe da COMAJ, mesmo os prédios da procuradoria e secretaria serem fisicamente próximos, ambos localizados no centro da cidade de Florianópolis. Como explicam as Gestoras SC 2 E 4:

*“Ah eu qualifico [a relação com a PGE] como muito ruim. O que eles nos informam sobre as determinações judiciais são muito superficiais. Então, essa é a razão da gente tem que ter criado uma comissão aqui, com advogados e tal, para que tenha uma interpretação da decisão judicial, em caso de dúvida da equipe farmacêutica. E a gente não sabe a parte jurídica, então direto a gente tem que perguntar para o advogado daqui as nossas dúvidas e a PGE deixa muito a desejar em relação a isso. Eles mandam um ofício mandando cumprir, não explicam o que que tem que cumprir, qual que é o prazo, o que acontece, em que fase do processo que está, então, tudo isso tem que ser feito aqui na Secretaria de Saúde. Então, é muito ruim e as decisões que a gente toma aqui, a decisões administrativas, também eles também não participam. Por exemplo, a pactuação com os municípios, que são medicamentos da Farmácia Básica, eles não têm interesse de participar dessas decisões, dessas resoluções, se o município vai fornecer ou não, não interessa a eles então a gente trabalha um pouco sozinho bem distante da PGE.” (Entrevista Gestora SC 4)*

*“Em relação aos Procuradores, a gente teve uma oficina que até foi promovida pelo NAT, que foi um momento bem interessante de integração tanto do NAT, COMAJ, quanto dos dois setores com a Procuradoria Geral do Estado. Então foi uma oficina que aconteceu em abril. Eu acho que foi desse ano e os dois setores participaram. A gente fez uma apresentação do nosso processo de trabalho, dos nossos principais desafios. Ela aconteceu na Procuradoria Geral do Estado e os procuradores participaram, os procuradores que trabalham com as, que são responsáveis pelas ações judiciais em saúde né. Então foi um momento de aproximação bem importante até pra desmistificar, porque até então o procurador pra gente era uma assinatura do papel né. Era aquele nome que assinava ou o estagiário que remetia ao procurador tal. Então a gente pôde conhecer eles é, conversar e isso aproxima bastante assim porque a comunicação só por meio de ofício, ela é muito formal e irreal na maioria das vezes. (...) Tipo, eu tô aqui há dois anos, mas outras pessoas que estão há mais tempo também não tinham passado por isso. Então, se fosse frequente assim, tipo periódico, já que os setores foram fisicamente e institucionalmente separados seria bem interessante. E, assim, a*

*procuradoria é praticamente 2, 3 quadras da secretaria, sabe? Geograficamente é muito perto, mas a gente não conhecia. Nunca tinha visto a maioria deles.”* (Entrevista Gestora SC 3).

De 2015 até junho de 2017 o consultor jurídico da SES-SC era membro da PGE, atuando dentro da Secretaria e indicado pelo Procurador Geral do Estado. Esta foi uma tentativa de formalizar uma aproximação maior entre os dois órgãos, algo que, segundo o Procurador SC 2, antigo consultor jurídico da SES-SC até 2017, era um pleito antigo.

*“[Eu tinha] uma função oficial e uma extraoficial. A colocação de um procurador do Estado dentro da Secretaria de Estado da Saúde sempre foi um pleito das duas partes, tanto da secretaria, que queria ter um canal de interlocução com a PGE, e dos colegas da procuradoria que também precisavam ter alguém para fazer uma aproximação. (...) Eu já fui para lá com olhar de simpatia para o combate, de fortalecer aquele setor específico da secretaria [COMAJ]. Muito embora, oficialmente, eu fosse consultor jurídico e talvez eu fosse me envolver muito pouco com a judicialização, por eu ser procurador do Estado eu me transformei no canal de interlocução entre as duas pastas.”* (Entrevista Procurador SC 2).

A posição de um procurador como consultor jurídico da SES-SC teve dois resultados importantes: firmou o convênio entre a PGE e a SES-SC para utilização pela Secretaria do sistema PGE-Net e aproximou a própria COJUR da COMAJ, uma vez que a ação da Consultoria (que detém outras funções de assessoramento jurídico da pasta da SES, como vimos) passou a dar mais atenção à judicialização da saúde e atuar de forma estratégica, como vimos antes. Na opinião do antigo consultor jurídico, esta aproximação da Consultoria com a COMAJ veio especialmente porque ele, membro da PGE, tinha a perspectiva da Procuradoria no atendimento da massa das demandas judiciais, levando o problema à atenção mais próxima do Gabinete do Secretário, em diálogo com o Procurador Geral do Estado. A partir de junho de 2017 o cargo de consultor deixou de ser ocupado por um membro da PGE, alterando assim uma dinâmica de aproximação que se dava desde 2015.

Uma terceira forma de gestão processual da judicialização em Santa Catarina veio pela criação do Núcleo de Apoio Técnico (NAT), em atendimento às exigências do CNJ. O NAT de Santa Catarina é recente, criado pela Portaria 991/2015 da Secretaria de Saúde para assessoramento técnico de juízes e tribunais no Estado<sup>93</sup>. O assessoramento técnico começou em duas Comarcas estaduais, São José e Palhoça, como projetos pilotos, se estendendo hoje para mais cinco comarcas, todas na grande Florianópolis. O NAT ainda se organiza, atualmente, para atuar em uma seção judiciária federal inteira, em Itajaí.

O NAT funciona dentro do prédio da SES-SC, e é composto por profissionais de saúde da Secretaria, que participavam tanto da Diretoria da Assistência Farmacêutica quanto da COMAJ, convidados a compor o NAT. Além de oferecer pareceres aos juízes que consultam o núcleo, o NAT atualiza e administra o CEOS, antes sob coordenação da COMAJ. O CEOS, antigo SISCOMAJ, tem sua origem em um convênio que a SES-SC detinha com pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina. Com a extinção do convênio, o banco de dados de informações técnicas sobre pedidos judiciais passou por uma reestruturação com a criação do NAT, que assumiu a tarefa de alimentar o banco e atualizar as informações sobre medicamentos. O acesso é restrito, controlado por senha e usuário, disponibilizado apenas para os atores conveniados do sistema de justiça, PGE, e setores das Secretarias Estadual e Municipais. Como vimos, este banco permite uma maior agilidade e padronização de respostas tanto da COMAJ como da PGE, que se vale do banco na instrução das defesas sem precisar recorrer a COMAJ em todos os casos. O NAT recebe sugestões para agregar novas informações ao CEOS pela interação informal entre os gestores do NAT e outros órgãos do sistema de justiça ou da própria SES-SC, atualizando ou adicionando medicamentos e informações no sistema.

A criação do NAT estabeleceu mais um passo na divisão de trabalho da Secretaria e PGE em relação a gestão da judicialização. Como informam os entrevistados, o NAT atua antes de qualquer decisão judicial, acionado pelos juízes. Ao contrário, como veremos no Rio de Janeiro, os entrevistados acreditam que o NAT pode reduzir a judicialização, especialmente por operar neste âmbito consultivo e através de seu banco de dados. Não somente, por sua atuação em um momento distinto do processo, que não se relaciona nem com a defesa nem com o cumprimento, o Núcleo se mostraria isento e neutro em suas posições, ganhando credibilidade dos juízes.

---

<sup>93</sup> Portaria SES-SC 991/2015 disponível no [Anexo eletrônico](#).

Como discuti acima, a imparcialidade do NAT é um tema que divide opiniões, uma vez que, na maior parte dos Estados em que foi criado, os técnicos e a estrutura dos núcleos são cedidos pelas Secretarias de Saúde. No caso de Santa Catarina, o NAT está formalmente vinculado a COJUR, mas atua de forma independente em seus pareceres. Questionados sobre a possibilidade de o Núcleo atuar em parceria e comunicação com os demais setores da secretaria que lidam com a judicialização, todos os entrevistados foram claros em afirmar que o NAT deveria manter relativa distância dos órgãos da SES-SC que realizam o cumprimento e defesa das ações. Para os entrevistados, o assessoramento é dos juízes e pode ser contrário à posição institucional da Secretaria, o que confere credibilidade técnica ao núcleo.

*“Não, porque assim o objetivo do NAT daqui é imparcialidade. Então, assim o medo que eles têm de ficar muito em contato com a gente é que os juízes não vão ter mais credibilidade no que pode ser que eles achem que tá sendo imparcial o parecer deles. Então, não é pra nós que eles fazem o trabalho, realmente é pro processo judicial né e o objetivo deles realmente é ser bem imparcial, dizer “olha, realmente, nesse caso esse medicamento não dá pra substituir por nenhum do SUS, tem que dar esse medicamento pra pessoa”. E nas poucas comarcas que eles já estão trabalhando os juízes por causa disso acreditam naquele parecer que eles deram. Então, eles não querem essa interação com a gente assim formal, pelo menos né, às vezes tem uns nos bastidores, até podem existir, mas formalmente eles não nos fornecem subsídios pras ações judiciais”* (Entrevista Procuradora SC 1).

*“Hoje a gente tem o comitê do CNJ, que é o COMESC, que tem reuniões mensais para discutir questões afetas à judicialização, aí com composição multi-institucional, tem o Ministério Público, Defensoria e tal. E quando eu era consultor, eles perguntavam ‘ah, e o NAT, pode participar?’ E eu sempre disse não. O NAT não tem que participar, ele tem que se manter isento. Eu não quero que o NAT vá para uma determinada reunião, para defender, às vezes, a posição do representante do NAT, que está lá e não reflete necessariamente a posição institucional do núcleo. Esse ia ser um argumento das pessoas que são contrárias para dizer que, ‘olha o NAT faz a defesa do Estado’. E eu*

*sempre disse olha vocês não fazem nem defesa nem ataque vocês se comportam com total autonomia para dizer o que tem de evidência científica em relação ao caso concreto, que é o que todo mundo quer saber no final das contas”.* (Entrevista Procurador SC 2)

O Regulamento que estabelece os limites da atuação do NAT, contudo, indica que o NAT deve se comprometer em propor ao Judiciário “o uso de medicamentos padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS), baseados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), na Relação Estadual de Medicamentos (REME) – e suas respectivas atualizações, além das considerações emitidas em pareceres pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).” Ausente qualquer protocolo clínico, o NAT pode inclusive “sugerir a busca pela incorporação de novas tecnologias junto à CONITEC, bem como efetuar a comunicação prévia ao Comitê de Gestão das Especificações (CGE) de Materiais, Serviços, Equipamentos, Medicamentos e Nutrição”<sup>94</sup>.

Como veremos com o caso do Rio de Janeiro, esta é uma posição comum dos NATs, que analisam as demandas judiciais em face do que resta disponibilizado pela política do SUS, ainda que, a depender do caso, sugiram o tratamento com medicamentos não padronizados se a política não oferecer alternativas.

#### *Gestão pós-processual: Comitê Estadual*

A principal iniciativa pós-processual de Santa Catarina foi a criação do Comitê Estadual de Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência da Saúde de Santa Catarina (COMESC), instalado em 2012. O Comitê é integrado por representantes do sistema de justiça e administração pública, da sociedade civil, especialmente Justiça Federal e Estadual, Ministério Público Federal e Estadual, Ordem dos Advogados do Brasil, Tribunal de Contas do Estado, Secretarias de Saúde do Estado e de Florianópolis, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, Defensoria Pública da União e do Estado, Federação Catarinense de Municípios e Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis.

---

<sup>94</sup> Portaria 1034/2016 da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, publicada do Diário Oficial de Santa Catarina, nº 20.227, em 27.01.2016.

Instituído no âmbito das recomendações do CNJ, o COMESC realiza reuniões mensais a fim de monitorar “fatores envolvidos em ações judiciais e a busca pela solução dos conflitos na área da saúde”. O intuito do COMESC é o de promover “debates e busca de consensos, de forma integrada e articulada, que dão ensejo a enunciados e recomendações”<sup>95</sup>. A criação deste espaço institucional somente foi citada em uma das entrevistas, pelo Procurador SC 2, discutindo a possibilidade ou não de o NAT participar das reuniões do Comitê. Este dado é relevante pois, apesar de os entrevistados não representarem, estatisticamente as posições de suas instituições, como veremos abaixo, entrevistados de outros Estados trouxeram os Comitês espontaneamente em suas falas, como espaços mais ou menos resolutivos, mas de importância na gestão interinstitucional da judicialização.

O Comitê de Santa Catarina, contudo, é o único dentre os Comitês analisados - Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul - que dispõem de um sitio eletrônico próprio e produz material sobre suas reuniões e encontros de forma sistemática e pública. Esta ambiguidade entre maior transparência e organização institucional e pouca referência nas falas pode sugerir que apesar de ser um espaço de aproximação, as instituições ainda não vêm no Comitê um local resolutivo e enxergam a judicialização dentro da divisão de trabalho específica de seus setores. Esta é, especialmente, uma característica que marca a gestão da judicialização em todo o Estado. Encarada como uma questão de massa, a produção de respostas e decisões segue uma “linha de montagem”, o que ficou claro nas falas transcritas acima.

---

<sup>95</sup> Conferir: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4949&Itemid=668](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4949&Itemid=668) (Acesso 17/12/2017).

### 3.4. Perfil da judicialização Rio Grande do Sul

A judicialização da saúde no Rio Grande do Sul é uma das mais antigas do país, diretamente relacionada com os primeiros casos de pedidos de medicamentos antirretrovirais, para o tratamento de esclerose múltipla e fibrose cística, assim como medicamentos oncológicos, no final dos anos 1990 e início dos anos 2000. Biehl et al. (2012), ao mapear processos contra o Estado do Rio Grande do Sul de 2002 a 2009, observaram que neste período de 7 anos houve um crescimento de novos casos de 1,412% contra o Estado, passando de 1.126 processos em 2002 a 17.025 processos em 2009. Analisando um período mais recente e maior, de 2007 a 2016, a Procuradoria do Estado do Rio Grande do Sul cedeu relatórios sobre o volume total de ações ativas e de novas ações registradas em seu sistema<sup>96</sup>, sob o tema saúde.

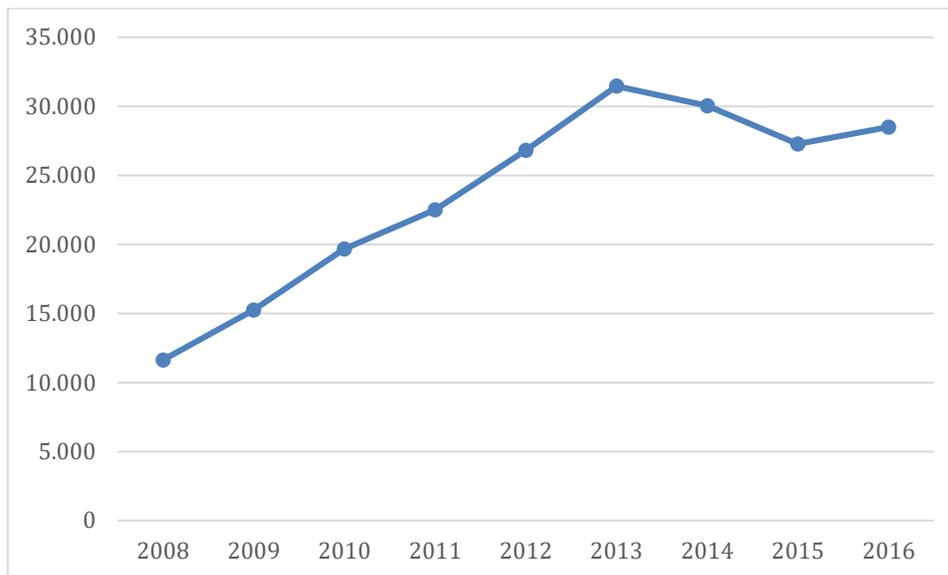
O gráfico 13 mostra que de acordo com a PGE, a curva de crescimento no número de novas ações é ascendente até 2013, quando uma queda até 2015 e ligeira alta em 2016 sugerem que a judicialização no Estado começa a estabilizar no Estado – ocorrência que foi atribuída, especialmente, a atuação da triagem de demandas via Defensoria, como veremos abaixo, e as atividades do Comitê Estadual<sup>97</sup>. Mesmo em ligeira queda, a PGE contava, em maio de 2017, com 90 mil processos ativos, sua grande maioria concentrada nas comarcas do interior (de acordo com Relatório 2, cedido pela PGE, disponível no Anexo eletrônico).

---

<sup>96</sup> Relatórios disponibilizados no Anexo eletrônico.

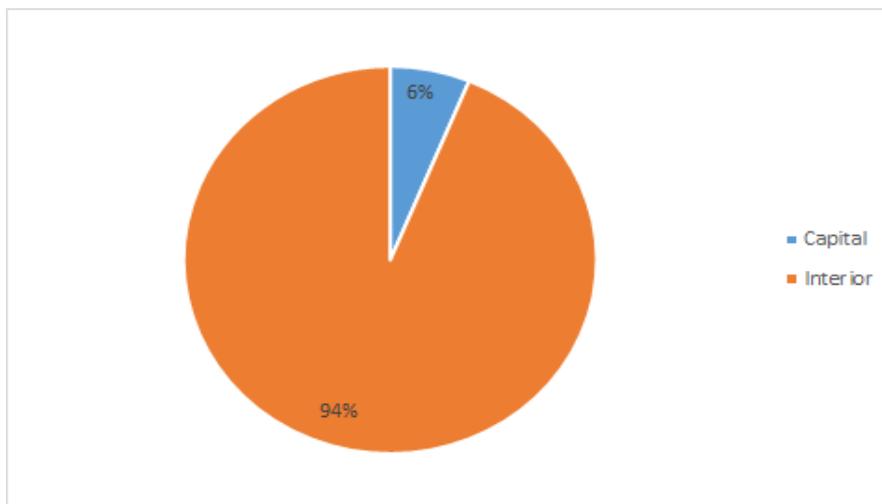
<sup>97</sup> Conferir: Conselho Nacional de Justiça. “Gastos com ações na saúde caem no Rio Grande do Sul”, publicado em 17 de fevereiro de 2017, disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/84334-gastos-com-acoes-de-saude-caem-no-rio-grande-do-sul> (Acesso 14/01/2018).

**Gráfico 13: Total de novos casos registrados no sistema de Controle de Processos Judiciais (CPJ) de 2007 a 2016, para todo o Estado. Dados de dois relatórios.**



Fonte: Relatório 1 cedido pela PGE-RS. Disponível no [Anexo eletrônico](#).

**Gráfico 14: Distribuição entre interior e capital de processos ativos junto ao sistema de Controle de Processos Judiciais (CPJ) de 2007 a 2016.**



Fonte: Relatório 2 cedido pela PGE-RS, “Visão Geral das Estruturas Internas da PGE envolvidas no enfrentamento das demandas de saúde”, 2016. Disponível no [Anexo eletrônico](#).

A judicialização da saúde no Rio Grande do Sul acompanha a tendência encontrada no Rio de Janeiro de predomínio da Defensoria Pública como principal forma de representação jurídicas dos demandantes (FERRAZ e WANG, 2013). Biehl et al. (2012) apontam que no período estudado 59% das ações eram propostas por defensores, 34% por advogados privados e o restante pelo Ministério Público. A maior parte dos demandantes que declararam sua ocupação era pensionistas ou aposentados (53%), 29% empregados e 18% desempregados, com 92% deles requerendo isenção das custas processuais. Os autores concluem que de todos os medicamentos pedidos, 56% deles eram medicamentos não incorporados pela política<sup>98</sup> e quase metade das receitas médicas (45%) foram prescritas por médicos do SUS. Os diagnósticos mais frequentes foram de hipertensão arterial e diabetes, concentrando mais de 10% dos casos. Não foi possível encontrar dados mais recentes para todo o Estado sobre perfil dos pacientes, representação e pedidos.

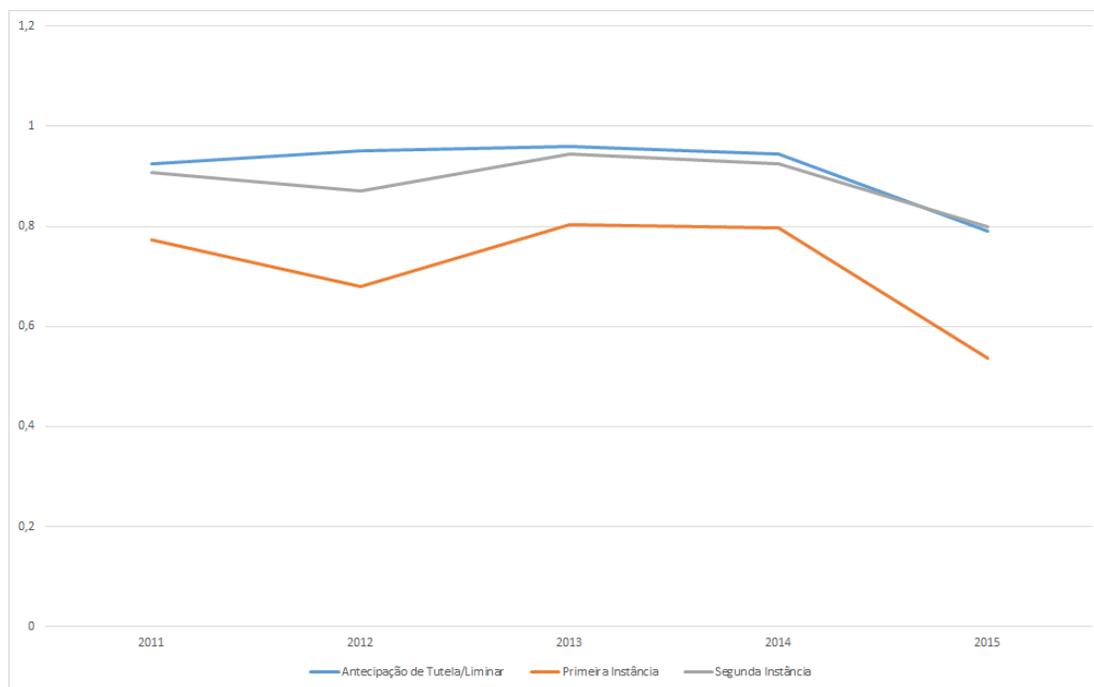
Para o sucesso dos demandantes nas ações, a pesquisa coordenada por Wang et. al. apresenta dados parciais para uma amostra estatisticamente significativa de casos apenas ajuizados contra a secretaria Estadual na comarca da capital, ou seja, não são representativos de todo o Estado. Algumas tendências, contudo, de alto percentual de deferimento das demandas em sede de tutela antecipada/ liminar, primeira e segunda instância são confirmadas pelo estudo mais abrangente de Biehl et al. (2012) em anos anteriores.

Biehl et al. (2012) identificam que em 93% dos casos os juízes concederem medidas de tutela antecipada ou liminares em favor dos demandantes. A principal medida sancionatória encontradas foram os bloqueios e multas diárias, presentes em 65% e 18% dos casos, respectivamente. Não somente, a taxa de sucesso dos litigantes manteve-se alta nas decisões de primeira e segunda instância, onde juízes e tribunais foram completamente favoráveis aos pedidos em 93% e 89% dos casos, respectivamente. Os dados da pesquisa coordenada por Wang et al. para Porto Alegre tem percentuais de sucesso semelhantes, como pode se observar no gráfico abaixo.

---

<sup>98</sup> Isso não quer dizer que quase metade das ações requeriam medicamentos incorporados, mas que do total de medicamentos pedidos, 56% deles não estavam previstos pelas listas do SUS. Uma mesma ação judicial pode conter mais de um medicamento e, como aponta Ferraz (2011) este é um traço comum da judicialização brasileira, onde uma única prescrição médica pode requerer um medicamento não incorporado e outros que já são parte das listas, além de insumos também previstos pela política.

**Gráfico 15: Percentual de sucesso dos demandantes em sede de tutela antecipada/liminar, primeira e segunda instância em RS.**



Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria. Foram consideradas aqui apenas as decisões favoráveis ou parcialmente favoráveis aos demandantes.

Ao contrário da pesquisa de Biehl et al. (2012), contudo, os dados de Porto Alegre para este período mais recente parecem indicar que apesar de mais propensos a conceder pedidos em sede preliminar, os juízes são mais cautelosos em suas sentenças, revistas quase sempre pelos tribunais em favor dos demandantes. Esta diferença pode ser explicada pela atuação seletiva da PGE e de seus procuradores especializados em saúde na capital, que apenas apresentam defesa técnica em contestação, como veremos abaixo, em casos cujo custo mensal atinge mais de um salário mínimo. Para os demais, os procuradores têm a possibilidade de requerer pedidos de dispensa de contestação. Defendendo-se menos e de forma mais estratégica, a PGE pode dar atenção maior a alguns casos durante o período de instrução e obter melhores resultados em sede de sentença. Ainda assim, se favoráveis ao Estado, as chances destas sentenças serem revistas nos tribunais é o que alguns dos procuradores entrevistados interpretam como um desestímulo ao trabalho de qualificação de suas defesas.

Bloqueios e sequestros de valores também são as sanções mais comuns utilizadas pela justiça estadual de primeiro grau em Porto Alegre em decisões de antecipação de tutela e liminares. A justiça de primeiro grau prevê sanções, em todos os anos, na maior parte de suas decisões preliminares. A maior parte delas, chegando a quase totalidade em 2011 e 2014, se dá por meio de bloqueio e sequestro de valores.

**Tabela 15: Distribuição de sanções em decisões preliminares – Justiça Estadual, Porto Alegre.**

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Total de ações</b>	165	433	372	371	419
<b>Com sanção</b>	85%	74%	56%	69%	69%
<b>Multa</b>	2%	1%	0%	0%	0%
<b>Bloqueio/Sequestro</b>	99%	56%	97%	99%	80%
<b>Prisão</b>	3%	44%	0%	0%	15%
<b>Responsabilidade pessoal do gestor</b>	34%	8%	10%	1%	6%
<b>Mais de uma sanção</b>	36%	10%	8%	0%	11%
<b>Sem sanção</b>	11%	7%	39%	25%	21%
<b>Sem decisão</b>	4%	19%	5%	7%	10%

Fonte: Banco de dados elaborado no âmbito da pesquisa coordenada por Wang et al., em andamento. Elaboração do gráfico própria. Ações consideradas “sem decisão” são aquelas que quer a decisão judicial de tutela antecipada não havia sido emitida ou não estava disponível em data e conteúdo para consulta. Ações consideradas “sem sanção” envolvem tanto decisões judiciais favoráveis aos demandantes mas sem sanção clara no texto da decisão, ou decisões desfavoráveis aos demandantes.

Como veremos no estudo das estratégias de gestão do Estado, o grande uso de bloqueios e sequestros por parte do Judiciário gaúcho tem afetado as práticas internas da administração pública de organização de compra medicamentos, mesmo os judiciais. O Estado tenta racionalizar a compra por meio de licitação e atas de registro de preço com fabricantes e distribuidores de medicamentos altamente judicializados. O bloqueio e posterior sequestro de valores impede que o Estado utilize os preços acordados nestes processos licitatórios, uma vez que os recursos bloqueados e sequestrados são transferidos ao demandante para a compra a preço de mercado, valor muito superior àquele que poderia ter sido obtido pela SES se o Judiciário esperasse o cumprimento. Em entrevista, como veremos abaixo, o Procurador RS 2 informa que os bloqueios e sequestros de recursos, até 2016, retiraram dos cofres públicos 180 milhões de reais, e, em média, desde 2000, 15 milhões de reais por ano. Projetos como o Resolve

+ Saúde, ou convênios tanto com o Judiciário estadual quanto federal, para fixar prazos mínimos antes que o juiz determine o bloqueio, têm sido algumas das medidas postas em prática para lidar com o problema.

O impacto orçamentário da judicialização no Estado do Rio Grande do Sul, especialmente em razão dos sequestros e bloqueios (que são realizados em qualquer conta do Executivo estadual, não somente das rubricas específicas da SES), é difícil de ser mensurado. Ferraz (2011), já indicava que o Estado, em 2008 gastara 78 milhões de reais com a judicialização. Estimativas da SES-RS a partir de 2012 mostram que estes gastos cresceram ao longo dos anos, com uma recente redução em 2016.

**Tabela 16: Gastos com a judicialização da saúde 2008, 2011-2016.**

Anos	Valores (em R\$)
2008	78.000.000,00
2012	200.278.136,11
2013	237.152.408,90
2014	265.097.147,58
2015	324.898.973,03
2016	275.807.868,21

Fontes: Ferraz (2011), Apresentação da SES-RS em evento em fevereiro de 2017<sup>99</sup>.

Em 2016, a secretaria realizou uma atualização das listas de pacientes sob ordem judicial com fornecimento contínuo de medicamentos, mas que não faziam mais uso destes, o que permitiu uma redução em 10% dos pacientes judiciais (67.026 para 61.096 paciente) e a economia em gastos com a judicialização observada de 2015 a 2016. Até janeiro de 2017 a SES-RS contava com mais de 230 mil pacientes administrativos, que obtém seus medicamentos especiais e excepcionais via requisição administrativa, com um gasto total de R\$ 82.359.990,23. Enquanto isso, para atendimento dos 61 mil pacientes judiciais, a SES-RS despendeu R\$

<sup>99</sup> Apresentação da SES-RS denominada “Os desafios dos Novos Prefeitos: A Judicialização da Saúde”, no seminário “O município e os desafios dos novos prefeitos”, organizado pela Academia Brasileira de Filosofia (ABF) em conjunto com o Ministério Público Estadual e a Famurs. Porto Alegre: fevereiro de 2017. Disponível no [Anexo eletrônico](#).

210.381.484,65, de modo que o paciente judicial recebe um investimento anual em torno de 3.400 reais por ano, enquanto o administrativo de 371 reais, quase dez vezes menos<sup>100</sup>.

### 3.4.1 As respostas institucionais do Rio Grande do Sul

#### *Gestão pré-processual: aquisição administrativa e parceria com a Defensoria Pública*

A atuação da Secretaria de Saúde do RS, na aquisição administrativa de medicamentos e insumos não previstos pela política pública de saúde é anterior à própria consolidação estadual da política nacional de assistência farmacêutica do SUS. Inicialmente a requisição era aberta, ocorria por requerimentos encaminhados pelos próprios pacientes ou pela Defensoria Pública, dada a orientação da secretaria em receber todo o tipo de pedido e, assim, compreender a própria demanda populacional e construir sua política de assistência farmacêutica.

Como conta a Gestora RS2, Coordenadora Adjunta da Assistência Farmacêutica da SES-RS:

*“A secretaria ainda não conhecia a realidade da necessidade dos medicamentos que aqui no RS, quais medicamentos eram relevantes e prescritos. Então nós abrimos, na época, isso já em 2001, a possibilidade dos pacientes solicitarem o que eles quisessem. Nós atendíamos requerimentos administrativos e fazíamos uma avaliação com um corpo tímido de médicos, para ver se aquela solicitação era pertinente. Nós não tínhamos ainda protocolos clínicos do Ministério, mas a avaliação era em cima de conhecimentos dos profissionais, que também trocavam informações com seus parceiros. Eles avaliavam na realidade se aquilo existia, se havia alguma evidência clínica para liberação daquele fármaco. Daí a gente começava a comprar esse medicamento e a fornecer para o paciente. (...) Então que foi na época idealizado [que os gestores da SES] deveriam ser receptivos às demandas da sociedade para que se tivesse um espelho do que acontecia. Realmente aquele espelho ele está real, é fidedigno, porque já naquela época a gente tinha um demonstrativo de medicamentos que não são contemplados em listas públicas e hoje, 2017, nós temos 70% da nossa demanda judicial de medicamentos é de medicamentos não contemplados pelo SUS, não previstos em listas públicas. Então*

---

<sup>100</sup> Apresentação da SES-RS denominada “Os desafios dos Novos Prefeitos: A Judicialização da Saúde”, no seminário “O município e os desafios dos novos prefeitos”, organizado pela Academia Brasileira de Filosofia (ABF) em conjunto com o Ministério Público Estadual e a Famurs. Porto Alegre: Fevereiro de 2017. Disponível no [Anexo eletrônico](#).

*mais ou menos a gente mantém isso, esse lapso entre a quantidade medicamentos que o SUS fornece e a preferência de prescrição de medicamentos e opções e tecnologias que não estão contempladas no SUS”. (Entrevista com Gestora RS2)*

As requisições administrativas passaram a concorrer com as demandas judiciais ou mesmo fundamentar juridicamente a ação judicial, uma vez que o volume de pedidos, cuja concessão se dava sem planejamento ou previsão de impacto orçamentário, impedia a Secretaria de prover todos. Este movimento da via administrativa à judicial ocorreu concomitantemente com as primeiras ações civis públicas promovidas por associações requerendo a concessão de tratamentos de forma coletiva, para fibrose cística, diabetes mellitus e esclerose múltipla, que exigiam um extenso rol de medicamentos e insumos<sup>101</sup>. Enquanto a política de assistência farmacêutica da secretaria se desenvolvia, o volume de decisões judiciais passou a aumentar, ajuizadas ainda e majoritariamente pela defensoria pública, mas motivadas por uma demanda administrativa não atendida, ainda que formalmente recepcionada pela SES.

*“Esta rotina, como ela não previa um limite, não se fazia a avaliação de impacto econômico para atendimento de todas estas demandas, isso ocasionou uma frustração de atendimento, porque conforme os anos avançavam, isso já era 2002-2003, já não se conseguia atender aquele grande número de usuários que estavam pedindo medicamentos dos mais variados custos (...), isso pela via administrativa. O que aconteceu é que os pacientes, frustrada a possibilidade de recebimento daqueles medicamentos, (...) procuraram [a Defensoria Pública] e manifestaram que o Estado estava fornecendo, mas não estava garantindo a continuidade destes tratamentos. Aí começaram a surgir a primeiras liminares em volume, em número considerável. Então*

---

<sup>101</sup>Conforme explica a gestora: “Esse ano já era ainda 1998-1999, nós tivemos esse número de ações judiciais de pacientes com AIDS que objetivavam estes medicamentos. Estes mesmos pacientes não estavam necessariamente só com o vírus, eles já estavam com a doença, então eles também demandavam, além de medicamentos para AIDS, outros medicamentos que não diretamente relacionados com o HIV. Também começamos a atender pacientes e rotinas de associações. Então a gente teve uma série de ações civis que objetivavam o tratamento para pacientes com esclerose múltipla, tratamento para pacientes com fibrose cística, tratamento para pacientes com diabetes mellitus. (...) A gente contemplava uma realidade de atendimento coletivo. (...) Passamos a ter outra realidade, naquela época já também de importação de medicamentos, de ter a ordem de judicial inicial de que se tivesse o estoque de todos os medicamentos no almoxarifado. Inclusive, o Judiciário ia verificar in loco, no almoxarifado da secretaria se aqueles medicamentos estavam disponíveis. Foi um período em que tivemos este tipo de demanda.” (Entrevista com a Gestora RS2)

*a gente teve, a partir de 2003-2004 um avançar de demandas judiciais em virtude daquelas solicitações que nós recebemos, manifestamos aos pacientes, inclusive, formalmente que eles iriam receber aquele tratamento, mas que depois a secretaria não conseguiu manter. E aí então o judiciário entendia que aqueles pacientes tinham tido expectativas de fornecimentos daqueles medicamentos e então uma ordem judicial vinha para que a gente mantivesse aquele atendimento”.* (Entrevista com a Gestora RS2)

Como vimos no item acima, confirmado pela fala da gestora, a Defensoria Pública é forma de representação utilizada pelos pacientes para a requisição judicial de medicamentos. Uma das medidas pré-processuais de gestão postas em prática pela PGE e SES-RS foi exatamente firmar uma parceria com a Defensoria estadual, em seu núcleo específico de saúde (Núcleo de Defesa da Saúde, ou NUDS) para que este órgão encaminhasse os demandantes às unidades de saúde estaduais e municipais antes de propor ação judicial<sup>102</sup>. Como explica a Gestora RS2, em entrevista, esta aproximação entre entes, em um processo de negociação desde 2009, no contexto da formalização do Comitê Estadual<sup>103</sup>, permitiu que a Defensoria tivesse acesso ao sistema informatizado da SES e consultasse a disponibilização de medicamentos dentro e fora da política. Não somente, a Defensoria passou a atuar nesta triagem administrativa em um convênio com o Conselho Regional de Farmacêuticos<sup>104</sup>, que disponibiliza uma farmácia ao NUDS para orientação dos defensores e demandantes.

*“Então a defensoria, tendo este acesso ao sistema, se aproximou muito do que é dispensado, em qual lista. Nós temos alguns núcleos de área de saúde na defensoria, isso também foi um facilitador. A Defensoria se aproximou mais dos municípios e também conta com parceria com o CRF. Tem um farmacêutico lá recebendo estes pacientes e orientando para requerer medicamentos, para que ele não precise demandar [judicialmente], porque tem um equivalente, porque está na farmácia básica... Então*

---

<sup>102</sup> Resolução 08/2015 da DPGE. Disponível em: [http://www.defensoria.rs.def.br/upload/1499794295\\_Resolu%C3%A7%C3%A3o%20DPGE%20n%C2%BA%2008-2015%20-%20Juizados%20Especiais%20Fazenda%20P%C3%BAblica.pdf](http://www.defensoria.rs.def.br/upload/1499794295_Resolu%C3%A7%C3%A3o%20DPGE%20n%C2%BA%2008-2015%20-%20Juizados%20Especiais%20Fazenda%20P%C3%BAblica.pdf) (Acesso 18/12/2017). Não somente, conferir informativo da Defensoria Pública, disponível em: <http://www.defensoria.rs.def.br/conteudo/21244> (Acesso 18/12/2017)

<sup>103</sup> Conferir também Relatório 2 da PGE-RS (Anexo eletrônico).

<sup>104</sup> Conferir informativo da CRF sobre a parceria: <https://crfrs.org.br/portal/pagina/noticias-detalhes.php?idn=666> (Acesso 18/12/2017).

*este trabalho é muito bom.”* (Entrevista com a Gestora RS2, Coordenadora Adjunta, SES-RS)

Esta ação, de acordo com informativo da Procuradoria do Estado, teve como resultado o atendimento administrativo de 85% das demandas em saúde na capital, com a judicialização de apenas 15% dos pedidos<sup>105</sup> em 2015. De acordo com a gestora, na capital, em razão desta atuação da defensoria, tramitam 20 mil processos administrativos e 3.100 judiciais, cenário inverso para os municípios onde não existe esta triagem especializada da defensoria<sup>106</sup>. A gestão destes pedidos administrativos é realizada pela Assistência Farmacêutica da secretaria em sistema integrado, que combina os pedidos judiciais, os administrativos via defensoria, com as solicitações regulares de medicamentos especiais e dietas feitas diretamente a SES-RS da capital (solicitações do interior e de Santa Maria são recebidas e organizadas pelas secretarias municipais e pela Coordenadoria Regional de Santa Maria)<sup>107</sup>.

#### *Gestão processual:*

As primeiras demandas judiciais atendidas pela Secretaria de Saúde do RS estão associadas a requisições de medicamentos para pacientes com HIV, fibrose cística, esclerose múltipla e diabetes mellitus, entre 1998 e 2001. Entre ações individuais e coletivas, a Secretaria se via diante da necessidade de organizar sua política de assistência farmacêutica ao mesmo tempo em que colocar em ação um plano de resposta e contenção destas ações judiciais<sup>108</sup>. A Assistência Farmacêutica da SES foi criada neste contexto e ainda centraliza o cumprimento de decisões judiciais sob coordenação da Assessoria Jurídica, que recepciona os pedidos. A SES-SC e a PGE estabeleceram convênios, desde 2009, com a Justiça Estadual e depois Federal<sup>109</sup> para que a secretaria recebesse avisos das decisões de forma eletrônica, por e-mail,

---

<sup>105</sup> Verificar informativo da PGE, disponível em <http://www.pge.rs.gov.br/convenio-organiza-fluxo-de-acoes-judiciais-envolvendo-saude-58c06d9c0b132> (Acesso em 18/12/2017).

<sup>106</sup> Nas palavras da Gestora RS2: “Tem município pequeno em que eu tenho 100 processos administrativos e 200 judiciais, então tu vê que essa proporção é a falta deste trabalho por um núcleo de saúde, por este entendimento entre aquela vara judicial, a Defensoria, a SMS, etc., falta isso.”

<sup>107</sup> Conferir: <http://www.saude.rs.gov.br/medicamentos-especiais-da-ses-rs> (Acesso 18/12/2017)

<sup>108</sup>

<sup>109</sup> Para o convênio vigente, conferir: Convênio nº 093/2016-DEC, entre o Poder Judiciário do Estado, a Procuradoria-Geral do Estado e a Secretaria da Saúde do Estado. Disponível no [Anexo eletrônico](#).

paralelamente à intimação encaminhada à PGE. Não somente, este convênio estabelece, inclusive, que o Judiciário envie junto com a decisão dados detalhados dos pacientes<sup>110</sup>, medida que não só agiliza o cumprimento pela SES-RS, mas sua não observação pelos juízes reabre o prazo para cumprimento quando do envio de toda a documentação necessária, conforme informa o Gestor RS 1 em entrevista<sup>111</sup>.

Esta atuação dos dois órgãos da SES-RS (Assessoria Jurídica e Assistência Farmacêutica) no cumprimento das decisões judiciais é organizada por expedientes únicos, eletrônicos, denominados Expedientes Administrativos Únicos<sup>112</sup>, e o cumprimento é dado dentro do sistema de Administração de Medicamentos Especiais (AME), desenvolvido em 2004 pela Companhia de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul para o gerenciamento de processos administrativos e judiciais no Estado. O sistema primeiro foi implantando na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado, se expandindo paulatinamente para as demais regionais. O sistema tem acesso disponibilizado ao poder judiciário gaúcho<sup>113</sup> e demais membros do sistema de justiça, inclusive a PGE, como informa o Gestor RS 1 da SES-RS<sup>114</sup>.

---

<sup>110</sup> Conferir Ofício-Circular da Corregedoria-Geral da Justiça 018/2017-CGJ, estabelecendo protocolo mínimo a ser seguido pelos juízes no deferimento de liminares e tutela antecipada em casos de internações e transferências inter-hospitalares emergenciais. O Ofício estabelece não só os documentos necessário, mas recomenda o contato com as centrais de regulação e ainda organiza um rol de termos específicos de regulação, com seus significados, para aumentar a compreensão dos juízes sobre a política. Conferir também o Ofício-Circular da Corregedoria Geral da Justiça 132/2016-CGJ, estabelecendo o fluxo de encaminhando de decisões e pedidos de informação à SES-RS nos casos de medicamentos, estabelecendo recomendações à juízes sobre prazos processuais para cumprimento e defesa da decisão. Para os documentos destes convênios, ver [Anexo eletrônico](#).

<sup>111</sup> O fluxo anterior gerava duplicidade de documentos e retrabalho, como ocorre em Santa Catarina. Como explica o Gestor RS 1: “porque era o cartório nos mandando por fax, que nós nem temos mais o aparelho aqui, felizmente, o oficial de justiça vindo aqui trazer, o paciente que pegou uma cópia do processo e veio, o advogado que estava querendo agilizar também nos trazendo documento, outro nos pedindo e-mail e nos mandando, e chegavam documentos por todos os lados.”

<sup>112</sup> A implantação dos expedientes únicos não só veio atender a necessidade de impedir a duplicidade de documentos, mas para dar agilidade ao cumprimento. Como explica o Gestor RS 1, antes desse sistema, a SES-RS abria um expediente diferente para cada documento que chegava à secretaria. Nesse sentido, um mesmo processo poderia ter diferentes expedientes, tramitando conjuntamente. Essa duplicidade desorganizava o cumprimento, de modo que uma ação poderia levar de 15 a 20 dias para ser cumprida. Com a implantação do EAU, o cumprimento também passou a se dar de forma mais rápida, podendo ser feito, inclusive, imediatamente se o medicamento está disponível em estoque.

<sup>113</sup> Conferir Ofício-Circular da Corregedoria-Geral da Justiça 022/2012-CGJ, conferindo acesso ao Sistema AME para o Judiciário Estadual; Conferir convênios fixados com o Judiciário Federal em 2016, disponíveis no [Anexo eletrônico](#).

<sup>114</sup> Informação também presente na entrevista com a Gestora RS2: “Nós fornecemos essas senhas de acesso para que se multiplique a rotina de consulta do Judiciário, Defensoria, PGE, enfim, todos estes entes, estas instituições, acessam o nosso sistema.” (Entrevista com a Gestora RS2)

Por meio destes dois sistemas eletrônicos, toda a judicialização é organizada em um fluxo único, que começa com a análise de documentos e triagem feita pela assessoria jurídica, passando aos setores da SES-RS especializados, que darão cumprimento à ordem. A necessidade de uma rotina automatizada de trabalho advém, especialmente, do próprio volume de pacientes em tratamento via judicialização. Como exemplifica o Gestor RS 1:

*“Para tu ter uma ideia de volume, [temos] mais de 66.000 pacientes em tratamento. (...) nós já tivemos, em toda a judicialização do Estado, mais de 170.000 pessoas que judicializaram contra o Estado e que passaram por aqui. (...) Por isso se fala de ser uma das maiores ou a maior do país”.* (Entrevista com Gestor RS 1).

O cumprimento é em regra automatizado e, de acordo com o convênio firmado com o Judiciário, dentro de um prazo estabelecido de cinco dias, algo especialmente garantido pela forma de compra da SES-RS. Como explicam o Gestor RS 1 e Gestora RS 2, a SES-RS procura não comprar um medicamento para cada paciente, mas realiza compras coletivas, mediadas por atas de registro de preço e contratos com distribuidoras para todos os pacientes com as mesmas necessidades e medicamentos altamente judicializados. Atualmente, a SES-RS conta com mais de 1.000 atas de registro de preço para demandas judiciais. A compra dos medicamentos é feita pelo Estado, na capital, mas sua remessa ao demandante é realizada pelas unidades da assistência farmacêutica no âmbito municipal, já que Rio Grande do Sul, como explica o Gestor RS 1, foi um dos primeiros Estados a implementar a completa municipalização da assistência farmacêutica em 2006.

Esta forma de racionalização da compra, contudo, não é possível para todos os medicamentos solicitados, uma vez que muitos deles não tem registro na ANVISA, são medicamentos manipulados ou de marca. Nestes casos, a SES-RS opta pelo depósito judicial, uma forma de evitar o bloqueio e sequestro de recursos, demonstrando ao Judiciário que a secretaria tem a intenção de cumprir, mas não consegue fazê-lo dentro do prazo estabelecido, dando à parte a possibilidade de obter o medicamento por suas próprias vias. Esta modalidade de cumprimento permite a SES-RS orçar de forma padronizada o quando a parte gastaria para cumprir a decisão e, assim, depositar os recursos necessários sem deixar que este orçamento seja feito à discricionariedade do demandante.

Para a Gestora RS2, esta prática, contudo, não consegue efetivamente reduzir o impacto orçamentário das decisões judiciais. O trâmite dos depósitos judiciais não é automático, mas exige a mobilização de um procedimento interno, que passa tanto pela SES-RS como pela Secretaria da Fazenda. Nem sempre o Judiciário espera o encerramento deste trâmite e realiza bloqueios e sequestros automáticos, sem esperar um pronunciamento da Secretaria, ou exige o cumprimento em prazos exíguos, que não permitem a manifestação em tempo da SES-RS. Estes sequestros são realizados de qualquer conta ou orçamento de qualquer pasta do Estado. Por falhas de comunicação com a PGE, que nem sempre tem pessoal suficiente para prestar todas estas informações detalhadas à Secretaria, a SES-RS apenas recebe a informação de que o valor foi sequestrado quando precisa regularizar suas contas entre todas as pastas. Nas palavras da gestora:

*“Então eu acabo não dando prosseguimento [ao procedimento de depósito]. (...) é muito comum [o sequestro] e nós não somos questionados ou informados, isso se perdeu há 15 anos atrás, quando nós éramos intimados para ‘ah não cumpriu a liminar eu te dou mais um prazo para que tudo de organize, ou me informe’. (...) Então, com o tempo isso deixou de acontecer, eu não sou informada quando tem um sequestro, raramente, isso fica nos autos, e dependendo que a PGE tenha acesso e nos comunique ([talvez] o efetivo de procuradores não seja o ideal). Então nós não temos esta informação também rotineira pela nossa PGE. E nós ficamos sem essa informação. Em que momento eu acabo tendo a informação do sequestro de valores, eu sou informada no momento de regularizar, porque o sequestro é em qualquer conta do Estado, não só da secretaria. Depois isso volta para a nossa secretaria para que a gente regularize. Ou seja, eu vou regularizar, eu vou me organizar com o setor ou com aquela conta de onde saiu, já que o orçamento compete a secretaria”.* (Entrevista com a Gestora RS2)

A crise financeira enfrentada pelo RS também dificulta a possibilidade de cumprimento da SES-RS<sup>115</sup>, respondida pelo Judiciário com sequestro de valores. O Gestor RS 1 assevera que muitos bloqueios não eram necessários. Explica que em projeto em curso, a SES-RS identificou que ao menos 1 milhão e meio de reais foram bloqueados sem necessidade, porque os

---

<sup>115</sup> Informação constante de todas as entrevistas realizadas no Estado.

medicamentos estavam sendo comprado, estavam para ser entregues, ou mesmo já estavam disponíveis e a parte não foi sequer a farmácia. A não atenção do Judiciário ao sistema eletrônico AME é outro fator que acirra este cenário. Não somente, o bloqueio acaba por fazer o Estado arcar com custos diretos e indiretos, não só associados a compra no mercado, pelo paciente segundo seu orçamento, mas com os custos de tramitação da própria execução da ordem judicial. Como explica o Procurador RS 2, a cargo do desenho do programa Resolve + Saúde, que discutiremos abaixo:

*“o Judiciário tira dinheiro todo mês. Então, o que vocês [SES-RS] não entregam, a parte pega com o Judiciário e o Judiciário sequestra. Aqui no RS é banalizado, o juiz sequestra o dinheiro na conta do Estado, dá o alvará para a parte, ela compra o medicamento, presta contas no processo, via Defensoria Pública, geralmente, nós analisamos isso e o juiz homologa no final. Então, tem todo esse custo, essa oneração indireta que é movimentar a Defensoria, o Judiciário, a PGE, o MP opina de vez em quando, então um custo muito grande de burocracia. Além disso o custo que se paga pelo medicamento no mercado é muito superior que o custo que se paga na Ata de Registro de preço, quase o dobro do preço geralmente.”*

No “varejo”<sup>116</sup> das ações judiciais, a SES-RS não atua diretamente na defesa, mas apenas faz a gestão e execução do cumprimento, acompanhado pela PGE especialmente nos casos de pedidos de continuidade de tratamento. A assessoria jurídica da SES-RS é especialmente importante para estabelecer a comunicação entre a PGE e áreas técnicas internas da secretaria:

*“Temos reuniões com parte da Assistência Farmacêutica, especificamente, (...) mas no dia-dia a ponte de contato é a chefia da assessoria jurídica lá dentro. Por exemplo, quando eu encaminho um expediente para alguma informação, eu encaminho para ele*

---

<sup>116</sup> Esta atuação muda no caso de ações coletivas ou inquéritos civis, que exigem a reforma de políticas. Nestes casos, PGE e SES atuam juntas diante das demandas do Ministério Público e Judiciário. “Secretaria só atua para cumprir a ordem judicial, só para prestar informações de ordem material, ou se é uma ação coletiva (...) A gente acompanha muito a SES antes do processo ser ajuizado, quando o MP começa a chamar, para inquérito civil. A gente acompanha, para tentar evitar a judicialização.” (Procuradoria RS 1)

*que faz o gerenciamento lá dentro, encaminha para o setor lá dentro”.* (Entrevista Procurador RS 2).

Ademais, tanto PGE quanto SES-RS tem acesso aos seus respectivos sistemas. A SES-RS tem acesso ao sistema de Controle de Processo Judiciais (CPJ), enquanto a PGE tem acesso tanto ao sistema AME quanto ao sistema de Gerenciamento de Consultas (Gercon)<sup>117</sup>.

A instrução da defesa da PGE costumava depender dos pareceres técnicos elaborados pela própria Assistência Farmacêutica da SES-RS. Como explica a Gestora RS 2, a SES-RS não tinha nem recursos humanos nem estrutura para acumular a avaliação técnica tanto das demandas administrativas quanto das judiciais. Não somente, justifica a gestora, a prioridade é o atendimento administrativo, especialmente porque ele previne novas ações judiciais<sup>118</sup>. Assim, em uma parceria com a PGE, em 2007, a SES-RS abriu um processo de credenciamento de médicos e profissionais de saúde que passaram a assumir a elaboração dos pareceres técnicos judiciais<sup>119</sup>, seguindo prazos e padrão estabelecidos pela procuradoria.

*“Então hoje em dia o subsídio técnico é feito por médicos, que são contratados, ou empresas que tem médicos, que fazem um parecer técnico utilizado pela PGE, que segue um padrão e que estão exclusivamente para o atendimento desta demanda judicial, do que chega. Isso também foi uma facilidade porque aqui no nosso setor isso era negligenciado pela demanda invencível de coisas que a gente tinha para fazer. Então isso melhorou bastante também, inclusive porque o Judiciário começou a receber informação, dado, e caso relevante, em tempo melhor. Porque hoje em dia esses médicos atuam diretamente junto a PGE”.* (Entrevista com a Gestora RS 2)

O Gestor RS 1 participou ativamente deste processo de credenciamento e contratação de pareceristas em grupo de trabalho com a PGE. Como explica, vindo de uma experiência prévia de trabalho dentro da PGE, o gestor percebia a necessidade de melhorar a defesa da procuradoria

---

<sup>117</sup> Informação obtida da entrevista com a Procuradora RS 1.

<sup>118</sup> Nas suas palavras: “Enfim, nós não tínhamos como fazer isso se nossa a prioridade era o atendimento das demandas administrativas, porque se não então tudo seria judicial.” (Entrevistas Gestora RS 2).

<sup>119</sup> Para conferir os detalhes do credenciamento, ver edital de credenciamento de 2016, disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/27095840-edital-001-2016-credenciamento.pdf>; e notícia sobre o início da parceria, disponível em: <http://www.rs.gov.br/conteudo/142605/saude-inicia-credenciamento-de-medicos-para-elaboracao-de-laudos> (Acesso 18/12/2017).

e realizá-la em tempo hábil, uma vez que a SES-RS demorava muitas vezes mais de 40 dias para enviar pareceres. A SES-RS financia a contratação, mas estes especialistas atuam diretamente com a PGE, pagos por laudo<sup>120</sup> e sob supervisão da SES-RS. Esta atuação ocorre especialmente vinculada à equipe da PGE especializada em saúde, e nas demandas por medicamentos.

*“Quando eu assumi lá em 2005, meu primeiro contato foi subir à PGE, que era no mesmo prédio, pra gente começar a conversar e ver o que que a gente podia aperfeiçoar de contatos. Porque naquela época a gente demorava às vezes 50-60 dias para fazer a remessa de informações, ou seja, dificultava até a defesa. Naquela época nós vimos que um dos grandes problemas era ter uma resposta técnica efetiva para ver se aquele tratamento, aquele medicamento era efetivo ou não, se estava previsto em lista ou não, se tinha algum substituto para aquilo ali. Nós então criamos, com a PGE, um grupo de trabalho em que a gente contratou médicos especialistas, geralmente com mestrado ou doutorado que faziam este tipo de análise (...). Ou seja, a secretaria paga, mas os médicos já ficam lá na PGE, então a gente ganhou muito tempo. A própria procuradoria já entrega de forma eletrônica para o médico, que já se manifesta e dá essa resposta técnica para a PGE. (...) Nós colocamos os nossos consultores próximos da PGE, com a nossa supervisão, mas com o trabalho mais vinculado à PGE para a gente ganhar tempo.” (Entrevista Gestor RS 1).*

Estes pareceristas são obrigados a confrontar os pedidos com as alternativas do SUS, mas não estão obrigados a opinar em favor do Estado. Seus pareceres podem ser contrários à posição da SES, o que gerava, inclusive, hipóteses de dispensa de contestação<sup>121</sup>, argumento que uma das procuradoras da capital, responsável por dar orientações aos procuradores no interior em processos em saúde (Procuradora RS 1), defende como conferindo credibilidade à defesa do Estado, ainda que os juízes não entendam desta forma. Na sua opinião, por acharem

---

<sup>120</sup> Conforme entrevistas com Procuradores RS 1 e 2. Mesmo com essa discussão mais técnica, conforme Procurador 2, se perdia no Judiciário, o que levou a PGE a aumentar as hipóteses de dispensa, triando mais os processos a serem contestados de forma aprofundada, sobretudo em 2016.

<sup>121</sup> Conforme entrevista com Procurador RS 2. Segundo ele, houve um acolhimento grande das contestações, mas isso, com o tempo, perdeu a eficácia perante o Judiciário.

que os pareceres não são neutros, os juízes defendem a implantação de um NAT no Rio Grande do Sul, iniciativa ainda não concretizada.

A PGE utiliza estes pareceristas de forma limitada, a depender do valor da ação, com custo mensal superior a um salário mínimo. Como explica a Procuradoria RS 1, a razão desta limitação decorre da baixa taxa de sucesso das contestações e recursos e dos altos custos dos serviços de pareceres, se servissem a todos os casos. Nas suas palavras:

*“A SES contrata médicos que fazem parecer técnicos para os processos judiciais, a gente usa isso para instruir as nossas contestações (...) Então é uma contestação bem rica, bem técnica, só que os juízes não leem. Então era um desestímulo trabalhar e a gente gastava um monte de dinheiro fazendo parecer técnico. Aí a gente colocou um critério de valor, a gente só manda para parecer técnico custo mensal superior a 1 salário mínimo. Daí começamos a gastar menos, mas mesmo assim os juízes não leem, raros juízes (...) é surreal”.*

A resposta da PGE às demandas judiciais é então instruída por estes pareceristas e suas respostas tendem a ser uniformizadas por unidades de diligência especial concentradas na capital. A PGE conta com informativos e orientações estaduais que procuraram dar diretrizes a todos os demais procuradores, da capital e interior, na tentativa de padronizar a defesa, especialmente para casos repetitivos. A PGE divide sua defesa em ações judiciais de saúde entre áreas especializadas e gerais, estas presentes no interior, além de uma divisão entre capital e interior e entre primeira e segunda instância. De modo geral, em Porto Alegre, as demandas em saúde de primeira instância são atendidas pela Procuradoria do Domínio Público Estadual (PDPE), mas seus recursos são ajuizados por uma unidade única da PGE que atua na capital junto ao tribunal para todos os temas – a equipe de atuação estratégica. No interior, quando não há procuradores especializados, as demandas em primeiro grau são respondidas por procuradores que lidam com todas as matérias e seus recursos também são elaborados e acompanhados pela equipe de atuação estratégica. No total o Rio Grande do Sul tem em torno de 20 procuradores especializados em saúde, com equipes formadas quase exclusivamente por analistas e estagiários formados em direito.

Esta atuação “no varejo” é então coordenada por procuradores na capital com função também administrativa, que procuram não só estabelecer relações mais constantes com a SES-RS, mas que elaboram os informativos e auxiliam procuradores no interior. A relação com a SES-RS nestes casos, conforme assevera a Procuradora RS 1, é construída através do contato pessoal e diário destes procuradores da capital com os gestores, na medida em que, fora a interação nos casos concretos e no comitê, estes atores não se reúnem regularmente.

*“Troca que é muito pelo contato pessoal. Se eu sair daqui, entrar uma pessoa nova, até eles criarem uma relação de confiança, porque não existem reuniões mensais. (...) Eu não teria como conhecer todos os setores da secretaria pelo nome. Como eu trabalho só com a SES eu acabo já conhecendo.”* (Entrevista Procuradora RS 1).

A PGE apresenta hoje contestação e recurso para quase todos os casos, depois de casos de saúde terem sido recepcionados pelo tema 106 do STJ. Anteriormente, a orientação geral era de pedido de dispensa de contestação nos casos em que não havia argumentos técnicos, mas apenas jurídicos. Para recursos, a PGE mantém esta diretiva. As razões desta atuação seletiva advêm, especialmente, da baixa receptividade do Judiciário aos argumentos apenas de ordem normativa, ainda que as teses técnicas também tenham, na impressão da Procuradora RS 1, baixa taxa de sucesso.

*“A gente só recorre se a gente tiver tese técnica. Só jurídica, a gente perde, porque eles dão tudo. Então se a gente tiver alguma tese técnica, tipo não tem registro na ANVISA, medicamento experimental, não indicado, aí a gente consegue um parecer técnico e aí recorremos (...). Contestar, a gente contesta quase todos agora por causa do Tema 106 do STJ, a gente contesta fora lista. Antes nem isso a gente contestava, a gente só dizia que não ia contestar o fora lista, a não ser que a gente tivesse devesa técnica.”* (Entrevista Procuradora RS 1)

*Gestão pós-processual: cooperação contínua, o Comitê Estadual e o Projeto Mais Saúde*

Uma das principais medidas de gestão pós-processual, ou meta-processual, se dá nos momentos de coordenação e atuação em rede entre atores envolvidos com a judicialização da saúde. A tentativa da SES-RS em se coordenar atores do sistema de justiça pode ser identificada desde os primeiros convênios com a Defensoria Pública para o encaminhamento de pedidos administrativos, passando pela própria aproximação entre PGE e SES-RS para qualificar a defesa do Estado através da contratação de pareceristas, até à aproximação da SES-RS com o Judiciário, estabelecendo convênios para conferir aos juízes completo acesso ao sistema informatizado de cumprimento das decisões ou mesmo estabelecendo diretrizes para encaminhando eletrônico de intimações e documentos dos pedidos. O Gestor RS 1 explica que esta rede se forma ao menos desde sua entrada na SES em 2003, quando a experiência de diálogo da SES se dava com a Associação de Juízes do Rio Grande do Sul. Ela ganha dimensão, regularidade e formalidade com a criação do Comitê Estadual, em 2010.

No âmbito das recomendações do CNJ, o Rio Grande do Sul foi um dos primeiros Estados a criar um Comitê Estadual integrado ao Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde do CNJ. O Comitê foi instituído a partir de um termo de cooperação firmado em 15 de abril de 2010 pelo Tribunal de Justiça do Estado do RS com a Secretaria da Saúde Estadual, a Federação das Associações dos Municípios do RS (FAMURS), os Ministérios Públicos Estadual e Federal, a Advocacia Geral da União, a Defensoria Pública Estadual, a Procuradoria-Geral do Estado, a Procuradoria Regional da União da 4ª Região e o Conselho Regional de Medicina (CREMERS)<sup>122</sup>.

A parceria visa aprofundar uma ação intersetorial que já estava em curso, segundo o Gestor RS 1, na tentativa de expor os problemas e peculiaridades da judicialização em um espaço interinstitucional que tem o condão de orientar a magistratura e aumentar a credibilidade da SES. Na fala de todos os entrevistados no Rio Grande do Sul, esta cooperação aparece como uma variável explicativa que permitiu a redução e a qualificação das demandas judiciais no Estado. Segundo entrevista com uma das procuradoras do Estado que participa das reuniões, esta interação foi no começo bastante conflitiva (na fala dela “cada um trazia seu facão e deixava

---

<sup>122</sup> Conferir: [http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=cache:pUc-Ic5Wv54J:www3.tjrs.jus.br/legisla/publ\\_adm\\_xml/documento1.php%3Fcc%3D10%26ct%3D24%26ap%3D2011%26np%3D59%26sp%3D1%26feed%3Dfeed+comite+estadual+saude&ie=UTF-8&proxystylesheet=tjrs\\_index&client=tjrs\\_index&site=legisInternaFeed&access=p&oe=UTF-8&aba=pa](http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=cache:pUc-Ic5Wv54J:www3.tjrs.jus.br/legisla/publ_adm_xml/documento1.php%3Fcc%3D10%26ct%3D24%26ap%3D2011%26np%3D59%26sp%3D1%26feed%3Dfeed+comite+estadual+saude&ie=UTF-8&proxystylesheet=tjrs_index&client=tjrs_index&site=legisInternaFeed&access=p&oe=UTF-8&aba=pa). E Conferir: <http://www.mprs.mp.br/media/areas/medicamentos/arquivos/cartilha.pdf/cartilha maio.pdf> (Ambos os acessos em 17/12/2017). Também disponíveis no [Anexo eletrônico](#).

em cima da mesa”), mas hoje as entidades conseguem trabalhar em rede e estabelecer fluxos de trabalho. Não somente, os atores jurídicos são receptivos aos gestores. A limitação do comitê advém da sua incapacidade de obrigar todos os juízes a seguir suas recomendações. Nas palavras da procuradora:

*“Agora não, o pessoal consegue trabalhar em rede, é bom trocar ideias, a gente consegue estabelecer fluxo. E a SES-RS participa. Os órgãos jurídicos adoram quando o pessoal da área técnica participa, porque a lei a gente sabe e eles não querem falar com o procurador do Estado, eles querem falar com a secretaria. (...) Mas os juízes que participam no comitê, eles têm critérios para julgamento, e os que deferem tudo não estão nem aí para a matéria. Daí você faz um evento, uma palestra, vai quem não precisa ir, quem já sabe a matéria. Tu não consegue acessar [os demais juízes]. É raro, mas o Judiciário está trabalhando isso”.* (Entrevistas Procuradora RS 1)

No âmbito do Comitê se discute a criação de um NAT específico para o RS, medida que pretende ser operacionalizada pela terceirização do serviço a partir de um convênio com o Telessaude, uma plataforma desenvolvida pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que visa qualificar a atenção primária e básica da saúde no Estado através de teleconsultoria, teleducação e telediagnóstico<sup>123</sup>.

Uma medida em curso que faz parte desta rede de cooperação é o Projeto Resolve + Saúde, liderado pela PGE. Como explica o Procurador RS 2, entrevistado, o projeto é antigo, sua discussão começou em 2013, idealizado como um projeto transversal que depende da atuação da SES-RS para que tenha seguimento. Inicialmente, foi pensado como uma forma de reduzir a judicialização ao internalizar administrativamente todas as demandas por medicamentos, que possuem ou não alternativas dentro do SUS, uma vez que a PGE já não contestava pedidos com grande probabilidade de concessão. Esta ideia enfrentou resistência da SES-RS, que se preocupava com o custo-efetividade do tratamento, independentemente de ser concedido judicialmente ou administrativamente. Segundo o Procurador RS 2, a SES-RS

---

<sup>123</sup> Conferir Relatório PGE-RS 2 (Anexo eletrônico) e portal do Telessaude: <https://www.ufrgs.br/telessauders/sobre-o-telessauders/quem-somos/> (Acesso 11/01/2018).

preocupava-se que esta forma de acesso criaria uma “segunda política pública”, ainda que, em termos orçamentários, o processo judicial saísse mais caro ao Estado que a concessão administrativa. Nas suas palavras, o argumento da SES-RS, com o qual ele veio a concordar ao assumir o projeto, era de que:

*“Ou se incorpora e defere para todo mundo, e a pessoa daí não tem que procurar a administração via PGE para deferir, ou você não incorpora e nega para todos”.*

O tema 106 do STJ e a repercussões gerais 6 e 500 do STF ratificaram esta posição, já que o próprio Judiciário estaria revendo sua posição em conceder o que não está incorporado. Através desta cooperação e diálogo contínuo entre a PGE e a SES-RS, o que o procurador denomina de “vai e vem de expediente troca de informações”, o projeto então foi redesenhado para não só criar uma central administrativa, mas, especialmente para estabilizar o sequestro e o bloqueio de recursos das contas do Estado. Segundo o Procurador RS 2, até 2016 foram bloqueados 180 milhões de reais, que não só representaram um grande impacto orçamentário, mas estavam pulverizados em milhares de alvarás em 163 comarcas, o que tornava a fiscalização não só difícil, mas custosa, impedindo a identificação de pequenos casos de fraude. Segundo procurador, o diálogo com a SES-RS trouxe uma conclusão importante: a judicialização não é só um problema de cognição, mas de execução. Nas suas palavras:

*“A grande sacada foi que não é só uma crise do processo de cognição, é uma crise de processo de judicialização de execução também. Não é uma questão do Estado negar,[ele] nega, e por isso que tem muitos processos, é que mesmo que o Estado já perdeu com o julgado, o processo não finda, continua ativo, porque toa hora é reativado para o cumprimento de sentença.”* (Entrevista Procurador RS 2).

Para evitar bloqueios, seria necessário garantir que a SES-RS cumprisse o que já estava reconhecido, política ou judicialmente como devido. Segundo o entrevistado, a logística de compra e distribuição de medicamentos no Estado é bastante eficiente, pois se opera, como destacamos acima, via sistema AME. O Estado, não somente, tem um sistema de compras que

abarca 80% da demanda estadual por medicamentos mediante licitação, uma vez que já opera com atas de registro prontas para a compra.

O desenho do projeto, então foi revertido - ao invés de pretender reduzir a judicialização para que, como efeito indireto, houvesse uma redução dos bloqueios, argumenta o procurador, o projeto reverteu suas prioridades para reduzir os bloqueios.

*“Conversando com a SES-RS, a gente chegou à conclusão de que além da central administrativa, era preciso fazer com que o Estado cumprisse aquilo que já está no sistema, além do atendimento administrativo. Para evitar a judicialização é preciso garantir que o Estado cumpra o que já reconhece que tem cumprir, seja por determinação judicial, liminar, administrativa. (...) Aí estamos tentando montar (...) O que que falta? Qual é a rubrica financeira que falta para complementar o orçamento da Secretaria de Saúde para que ela consiga dar cumprimento a tudo? Mas esse é um dado difícil de obter. Estamos trabalhando com dados que não são dados ideais, mas dados de sequestro, quando o Judiciário pega e vai usar esse patamar, esse parâmetro, já que a gente não conseguiu dizer exatamente quanto que a SES precisaria, os números não fecharam, é uma questão de controladoria, de financeiro mesmo que eles vão ter que ajustar. Então, para o projeto continuar andando, vamos ignorar esta parte (...) vamos pegar como parâmetro o que o judiciário pega, porque se a gente pegasse o dinheiro que já sai, no passado foram 180 milhões, média de 15 milhões e meio [por ano]. Suponha que a SES pegue 15,5 milhões e coloque em medicamentos, em tese não teria sequestro. Em tese sobraria dinheiro, porque se o Judiciário gasta 15 milhões para fornecer, a SES em tese gastaria menos que 10 porque Ata de Registro de preço é mais barata que a compra particular. Então eu invertei um pouco: primeiro a gente reduz o sequestro e depois a gente trabalha com a redução da judicialização. (...) Você criar uma instância burocrática que não vai evitar a judicialização na fase de execução não adianta”.* (Entrevista Procurador RS 2).

Pode se observar que o desenho desse projeto envolve a PGE e a SES-RS em uma discussão que passa não somente pelo planejamento orçamentário da pasta, mas pela

organização de um fluxo de trabalho que permita a secretaria cumprir decisões judiciais e atender administrativamente o que pode ser triado antes de virar ação judicial. Estes atores se envolvem em um processo efetivo de construção de uma resposta de política pública, e aprendem com experiências de outros Estados.

Um exemplo: para a criação da central administrativa única, a PGE visitou o CRLS no Rio de Janeiro, na tentativa de trazer aspectos desta experiência para o Rio Grande do Sul, já que, tal como naquele Estado, o Rio Grande do Sul também tem a Defensoria como a grande litigante. Na opinião Procuradora RS 1, que participou da visita e auxilia no projeto, existem entraves financeiros para a implantação de um sistema semelhante no Estado.

*“Eu achei bem interessante, isso está pautado no projeto. (...) A gente levou no comitê, tenho a ata, o colega expos, pediu apoio das outras instituições. Todo mundo foi bem receptivo, (..), mas envolve uma série de coisas. Lá no RJ aquele prédio foi desapropriado pela PGE, aqueles médicos - quem é que vai pagar? - lá eles dividiram entre SES e SMS. Então tem entraves burocráticos, ainda mais agora que não tem dinheiro.”* (Entrevista Procuradora RS 1).

Lidando com limitações orçamentárias, negociando e redefinindo prioridades em um diálogo constante intersetorial, PGE e SES aprendem entre si, com outras burocracias, e desenham políticas públicas.

Uma última forma de gestão pós-processual advém do próprio uso dos dados da judicialização para mapear problemas e gargalos da política, além de identificar fraudes. Como explica o Procurador RS 3, entrevistado, a ação da PGE em mapear a judicialização pode gerar dados que permitam rever a política e resolver problemas locais de falta de serviços ou medicamentos que já estão previstos.

*“Então a gente tem a chance de fazer do limão a limonada, de identificar as características e tentar aperfeiçoar o sistema. Outra coisa que nós fizemos aqui, que foi bem relevante, foi a partir a partir da judicialização identificar os problemas de fraude, porque, por exemplo, aqui nós começamos a monitorar aqueles processos de alto custo*

*de prótese de custo de elevado. E aí nós fomos obtendo informações que acabou nos levando a fazer os encaminhamentos de Ministério Público e é a investigação do que foi chamado da máfia das próteses”.* (Entrevista Procurador RS 3)

### **3.5. Perfil da judicialização Rio de Janeiro**

Os estudos mais abrangentes sobre a judicialização no Estado do Rio de Janeiro concentram-se sobretudo em ações e decisões distribuídas e julgadas dentro do período de 2005 a 2010. Não foi possível obter uma estimativa atualizada do volume de novas ações propostas contra o Estado e sua distribuição no tempo, para tentar estimar a trajetória da judicialização no Rio de Janeiro. Em relatório divulgado em 2016 pela Interfarma (INTERFARMA, 2016), o Rio de Janeiro em 2015 registrava 12.700 ações ativas em todo o Estado. O relatório do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2017), reportando-se às ações distribuídas junto à justiça estadual do Estado em 2013 e 2014, aponta que houve uma redução no número de novas ações entre os dois anos, de 3.883 ações em 2013 para 1.743 em 2014. Esta redução pode ser um dos efeitos da CRLS, como veremos abaixo, efeito este que pode, inclusive, ter importando em uma redução ainda maior, considerando que estes números podem ainda estar superestimados (já que o relatório não distingue que tipo de demanda de saúde está sendo contabilizada e contra quem, apenas que tramita na justiça estadual).

A maior parte das estimativas da literatura, ademais, concentra-se em ações especificamente pleiteando medicamentos, o que impede traçar um perfil mais amplo da judicialização envolvendo pedidos de vagas, internações e exames.

Talvez o estudo mais citado por toda a literatura sobre o Estado seja o artigo de Messeder et al (2005), analisando as demandas por medicamentos e insumos contra o Estado, de 1991 a 2002, por meio de uma amostra estratificada de 389 ações do período (de um universo de 2733 ações), obtida do controle de ações por medicamentos da Superintendência de Assistência Farmacêutica do Estado. O estudo identifica que 53,5% das demandas foram ajuizadas sob representação da defensoria pública do Estado e 20,3% de escritórios de advocacia. A maior parte dos demandantes foi atendida em hospitais universitários (36,8%) e 19,5% em clínicas

conveniadas ao SUS. Não somente, 21,6% eram pacientes de algum dos hospitais federais ou postos de saúde municipais, 3,6% de hospitais municipais e 1,3% de hospitais estaduais, o que indica que mais de 80% dos casos provieram de estabelecimentos ligados ou pertencentes ao SUS.

A maior parte dos demandantes era domiciliado na capital do Rio de Janeiro (70%), ou em algum dos municípios da Grande Rio de Janeiro (90%). A metade das ações foi propostas contra Estados e Municípios e 35,5% apenas contra o Estado. Por fim, a maior parte dos medicamentos solicitados são medicamentos de uso contínuo: para o sistema nervoso (21%), sistema cardiovascular (17,5%) ou medicamentos para o trato alimentar e metabolismo (15,8%). Não somente quanto à competência para a dispensação dos medicamentos, os autores concluem que a maior parte das demandas exige do Estado medicamentos que não são de sua competência de financiamento, mas da União com dispensação via municípios, ou de competência dos próprios municípios.

Borges e Ugá (2010), por sua vez, tem como foco outro objeto de análise e recorte temporal: sentenças proferidas em ações ajuizadas em 2005 que solicitavam medicamentos. Os autores partem de um universo de 2.245 ações solicitando medicamentos contra o Estado e selecionam apenas as 2.062 ações com sentença já proferida. Dessa forma, com relação ao teor das decisões, identificam que a grande maior parte das sentenças foi favorável aos demandantes (89%), sendo que 7% das sentenças, com decisão parcialmente procedente, tratavam de pedidos de medicamentos e outros itens, como insumos, camas hospitalares, cadeiras de rodas, etc. Em nenhuma ação os juízes negaram os pedidos do autor: em 1% dos casos, quer o Estado, quer o Município identificaram o pedido como devido, e nos 3% restantes os juízes não decidiram sobre o pedido, extinguindo a ação por algum requisito formal como “desistência da ação, abandono do processo ou interrupção no uso do medicamento pleiteado” (BORGES e UGÁ, 2010).

Todas as sentenças, observam os autores, fundamentam a decisão com base no direito à saúde (art. 196 da Constituição Federal e na Lei nº. 8.080/90). Não somente, enfatizam a solidariedade entre entes federativos para a prestação de serviços de saúde, dentre eles o fornecimento de medicamentos, sem levar em conta a regulamentação da assistência farmacêutica do SUS. Dos 704 processos onde os autores identificam os medicamentos pleiteados, 334 eram parte de alguma das listas de medicamentos excepcionais, estratégicos ou

da atenção básica. O restante, 159 medicamentos, ou 48% dos 704 processos, não faziam parte de qualquer elenco oficial de medicamentos do SUS.

Ventura et al. (2010) e Ventura (2012) analisam processos distribuídos junto à justiça estadual do Rio de Janeiro referentes apenas à Comarca da Capital de julho de 2007 a junho de 2008 e de setembro de 2009 a outubro de 2010, respectivamente. Ventura et al. (2010) partem de um universo de 1263 processos que solicitaram medicamentos e analisam uma amostra aleatória simples de 289 processos. Neste estudo as autoras voltam-se às decisões judiciais e concluem que em 95,8% dos casos há indicação de hipossuficiência do autor, quer por serem concedidos pedidos de justiça gratuita, quer porque a representação se deu pela Defensoria Pública. Em todos os casos houve pedido de antecipação de tutela, concedido em 78,5% deles integralmente e sem condicionantes, e em 18,3% mediante apresentação de prescrição médica. Na imensa maioria dos casos (96,9%) os juízes se valeram apenas dos documentos acostados nos autos para decidir sobre a tutela antecipada e em apenas 1,8% dos casos houve exigência de que a prescrição proviesse de médico ou unidade ligados ao SUS.

O período analisado por Ventura (2012) já contava com a atuação do Núcleo de Assessoria Técnica do Rio de Janeiro. Partindo de um universo ainda maior de 3902 processos, desta vez, incluindo também outros pedidos além de medicamentos, como leitos, transferências hospitalares, exames, mas em universo também restrito a capital, o estudo estabelece observações mais compreensivas sobre todo o trâmite processual, representação, pedidos e taxa de sucesso dos litigantes, analisando a incidência e atuação do NAT. A amostra aleatória de 347 processos, estratificada nas 15 Varas da Fazenda Pública, foi então reselectionada para constar apenas os processos com pedidos de medicamentos ou outros pedidos com atuação do NAT. Nesta reselection, a amostra foi redimensionada para 187 processos, perdendo sua representatividade estatística em relação a outros pedidos ou a processos sem atuação do NAT. Ainda assim, permitiu à autora traçar algumas considerações mais abrangentes sobre o perfil da judicialização na capital, quanto aos processos com pedidos de medicamentos. A autora identifica que nos processos onde havia a informação sobre a renda mensal dos demandantes (136 processos, mas sem identificação se se trata de renda domiciliar ou individual), 86% deles ganha de 0,5 a 5 salários mínimos, com predomínio de demandantes com renda entre 1 e 3 salários mínimos (40,4%). Não somente, 38,01% dos demandantes recebe pensão ou

aposentadoria, 18,77% declaram-se do lar e 6,77% em situação de desemprego. Apenas 15% dos pedidos provieram de unidades médicas particulares, de modo que 85% dos casos referem-se a prescrições e pedidos advindos de unidades do próprio SUS ou conveniadas.

O perfil geral dos demandantes, assim, é compatível com as impressões gerais da literatura até então, que estabelecia como proxy de pobreza e hipossuficiência a representação pela Defensoria Pública. Esta informação, inclusive, é confirmada pela autora apontando que em 71,7% dos 187 processos a representação foi de fato via Defensoria e 18,2% por advogados dativos ou gratuitos oferecidos por organizações da sociedade civil.

Como veremos, a Defensoria atua em um convênio com a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ) para que antes de ajuizar ações em saúde consulte a Secretaria sobre a viabilidade administrativa das solicitações (convênio que dará origem à Câmara de Resolução de Litígios em Saúde). Ventura (2012) aponta que dos 134 casos analisados com representação da Defensoria Pública, em 105 deles houve algum tipo de acionamento deste convênio e a Defensoria de fato tentou resolver o conflito administrativamente. Não há contrafactual a permitir inferir se este convênio reduziu ou não a judicialização, na medida em que o recorte da pesquisa captura apenas casos judicializados.

A maioria das ações (51%) conta com o Estado do Rio de Janeiro no polo passivo, seguido pelo Município do Rio de Janeiro em 47% dos casos. A pesquisa, contudo, não apresenta dados sobre o percentual em que estes dois entes se encontram juntos como litisconsortes passivos na ação. A maior parte das ações adota o rito ordinário (182), contando com apenas 3 processos de rito sumário e dois mandados de segurança. Também nesta pesquisa e recorte, Ventura (2012) identifica que em 100% dos casos houve pedido de tutela antecipada, sendo que 75,4% destes pedidos requeriam, além dos medicamentos pleiteados, pedidos genéricos como “todos os medicamentos e insumos, que vierem a necessitar no futuro” (VENTURA, 2012, p.111). A maior parte dos pedidos principais requeria entre 1 e 2 medicamentos (63,1%) e oferecia seu nome genérico, configurando pedidos sem marca (58,3%). Por fim, diabetes mellitus e doenças crônicas das vias aéreas inferiores concentram 15% das doenças para as quais se requer tratamento.

Ventura (2012) aponta que dos 187 pedidos de tutela antecipada, 95,7% foram deferidos integralmente, seguindo tendência encontrada nos estudos anteriores. Não somente, as decisões preliminares foram proferidas em mais da metade dos casos entre 0 e 7 dias (23% entre 0 e 2

dias; 25,6% entre 3 e 7 dias do pedido), distribuídas em sua maior parte no ingresso comum (ou seja, não pela via do plantão judiciário) e, tal como constatado por Ventura et al (2010), na maior parte delas (90,9%) sem solicitar à parte demandante qualquer documento adicional. Em 63,8% dos processos, com a decisão liminar o juiz estabeleceu algum tipo de sanção para garantir o cumprimento da medida, em sua maioria (35%) busca e apreensão do bem demandado e em apenas 2,2% dos processos, sequestros e bloqueios no caso de descumprimento. Ao longo dos processos, contudo, estas medidas passaram a representar 11,2% das sanções efetivamente aplicadas por juízes. Enquanto em média os juízes determinavam a entrega dos medicamentos imediatamente ou em até 30 dias, a administração pública levava no período, em quase 80% dos casos, mais 60 dias para cumprir, o que justifica o bloqueio e sequestro de recursos. Como veremos nas entrevistas, à semelhança de outros Estados, estas sanções passaram a ser mais frequentes, não só porque o tempo do processo licitatório ou de compra é efetivamente maior que os prazos judiciais estabelecidos, mas, especialmente, porque a SESDC-RJ perdeu paulatinamente sua capacidade financeira e credibilidade perante o mercado para cumprir as decisões judiciais imediatamente ou deter os medicamentos em estoque. Como um dos gestores entrevistados no Estado afirma, muitas vezes é preferível à Secretaria que o juiz bloqueie e sequestre, dada a completa impossibilidade do Estado de cumprir dentro dos prazos estabelecidos.

Faltam fontes oficiais mais abrangentes para determinar os gastos do Estado com a judicialização. Conforme Relatório do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2017), bloqueios e sequestros custaram aos cofres públicos do Rio de Janeiro R\$ 708.181,93 em 2013 e R\$ 469.454,87 em 2014. Em apresentação da SESDEC-RJ sobre os custos da judicialização no Estado, Peixoto (2015) afirma que em 2014 a secretaria gastou 71 milhões de reais para o atendimento de 39.000 pacientes judiciais, valor que representaria 1,57% do orçamento do Estado para 2015<sup>124</sup>. Considerando o orçamento estadual liquidado para a saúde em 2015 de R\$5.552.798.984,07, e uma população estadual de 16.550.024 habitantes<sup>125</sup>, isso significa que

---

<sup>124</sup> Segundo Peixoto (2015), uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) custa 21 milhões atenderia mais de 21.000 pacientes por ano, que significaria que a judicialização tem altos efeitos regressivos em termos de distribuição equitativa de recursos entre pacientes do SUS. Apresentação disponível no [Anexo eletrônico](#).

<sup>125</sup> Dados sobre população e orçamento retirados do SIOPS, Consulta de Despesa por subfunção, consolidada por fase de despesa, UF: Rio de Janeiro, Fase: Despesa Liquidada, Pasta: Todas. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/rel\\_subfuncaouf.php](http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncaouf.php) (Acesso 02/01/2018).

enquanto o paciente normal do SUS recebeu um investimento em 2015 em torno de R\$ 335,00, o paciente judicial recebeu em 2015 em torno de R\$1.820,00, 5 vezes maior.

### **3.5.1. As respostas institucionais do Rio de Janeiro**

*Gestão pré-processual: Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS)*

Como reconstrói Souza (2016), as primeiras duas iniciativas mais abrangentes da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro (PGE-RJ) e da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do estado do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ) em estabelecer um processo de gestão pré-processual da judicialização foi o estabelecimento de um grupo de trabalho de procuradores do Estado e do Município do Rio de Janeiro seguido pela implantação do Sistema de Pedido Administrativo (SPA).

O grupo de trabalho de procuradores pretendia identificar os problemas relacionados às demandas judiciais em saúde e suas principais causas. De acordo com Souza (2016), a existência deste grupo é anterior a 2008 e suas reuniões permitiram que os procuradores percebessem que “sem a participação de outros atores nas discussões, não seriam capazes de formular ações eficazes, devido à ausência de conhecimento técnico específico sobre a área” (SOUZA, 2016, p. 33). Isso levou à parceria com a SESDEC-RJ e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e, posteriormente, com o Núcleo de Fazenda da Defensoria Pública Geral do Estado (DPGE). Como narra Teixeira (2011), em 2008, este grupo viu uma *janela política* para estabelecer o SPA: o Procurador Geral do Estado ter ocupado, na troca de governo, a pasta de subsecretário de Saúde. Nas palavras da autora, isto “possibilitou a interlocução entre atores que estavam envolvidos no problema, mas que não conseguiam unir forças, por preconceitos e dificuldades de comunicação, com o objetivo de debater e apontar possíveis soluções (alternativas) para o enfrentamento do problema em pauta.” (TEIXEIRA, 2011, p. 41). O Sistema criado pretendia a solução administrativa de pedidos por medicamentos e exames já previstos pela política, para evitar sua futura judicialização. Sua operacionalização se daria pela cooperação da Defensoria Pública, que oficiaria as secretarias administrativamente antes de acionar o Judiciário.

Para dar efetividade a esta medida foram criadas a Central de Atendimento à Demanda Judicial (CADJ) e a Gerência de Atendimento a Mandado a partir de uma parceria entre as

secretarias estadual e municipal. A CADJ funciona dentro da estrutura do Estado, mas tem servidores tanto da SES quanto do Município. Cabia a ela triar os pedidos da Defensoria e determinar de quem seria a competência para a aquisição do medicamento, se estadual ou municipal. Como explica Teixeira (2011), no caso de competência estadual, o cidadão era então encaminhado à Riofarms, central de medicamentos excepcionais, de competência do Estado<sup>126</sup>. Caso de competência municipal, o pedido era encaminhado à Gerência de Atendimento a Mandado, que então providenciava sua própria avaliação técnica do pedido e encaminhamento do paciente à unidade municipal mais próxima para retirada<sup>127</sup>.

Nos casos em que o pedido não estava previsto nas políticas estadual ou municipal ou em situações de não cadastro do paciente nos sistemas de dispensação, de não comparecimento nos locais indicados para retirada, ou, ainda, caso o paciente não recebesse a medicação em até 45 dias, como explica Teixeira (2011), a Defensoria poderia entrar com ação judicial.

Em 2012 o SPA foi incorporado pela Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), um projeto envolvendo mais atores em atendimento tanto administrativo quanto judicial concentrado em um mesmo espaço. De acordo com a Gestora RJ2, que participou das tratativas para a criação da Câmara desde 2009 e coordena os trabalhos na CRLS, até 2012 a comunicação via ofício, entre Defensoria e Central de Mandados era não só lenta, mas assumiu um volume muito maior do que aquele que a própria Central poderia absorver, o que levou a uma subutilização pela própria Defensoria Pública deste mecanismo de triagem:

*“Na verdade, a secretaria acabou não conseguindo dar conta dessa demanda, da quantidade de documentos que chegavam. E aí a própria defensoria fala que ela parou de utilizar esse mecanismo porque ela não conseguia, era ineficaz”* (Entrevista Gestora RJ 1).

---

<sup>126</sup> A Riofarms ainda opera esta dispensação no Rio de Janeiro, atuando tanto na capital quanto nos municípios. Os pacientes podem ser cadastrados em alguma de suas unidades, dependendo de seu domicílio, mediante apresentação de receita médica e laudo de solicitação, mesmo que conveniamos a planos de saúde e atendidos por médicos privados, desde que estes estejam cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde. Conferir: <http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=165724> (Acesso 23/12/2017).

<sup>127</sup> Como explica Teixeira (2011), os dois sistemas informatizados não eram integrados e, mais ainda, não compartilhavam um mesmo estoque estadual e municipal, de modo que a comunicação sobre disponibilidade e estoque era feita por comunicação direta entre os gestores. Nas suas palavras: “Os dois sistemas ainda não se ‘falam’ e é preciso que uma unidade informe à outra, por telefone, fax ou e-mail, sobre a disponibilidade, entrega e baixa de medicamentos.” (TEIXEIRA, 2011, p. 44).

O projeto da Câmara é então uma continuidade da atuação do grupo de trabalho e do SPA, mas uma tentativa de dar agilidade a este atendimento. A formalização da CRLS veio com a assinatura do Convênio de Cooperação n. 3/504/2012<sup>128</sup>, celebrado em 12 de junho de 2012<sup>129</sup>, entre Defensorias Públicas do Estado do Rio de Janeiro e da União, Procuradoria Geral do Estado, a Procuradoria Geral do Município do Rio de Janeiro e Secretarias de Saúde do Estado e do Município<sup>130</sup>. A PGE teve um papel fundamental na criação do convênio, não só pela trajetória desde o grupo de trabalho, mas pela pressão crescente sobre o seu trabalho, sentida com o volume exponencial de processos. Segundo o Procurador RJ 2, entrevistado, houve um papel ativo da PGE, de convencimento dos atores envolvidos de que a gestão administrativa destes processos, desde o grupo de trabalho, traria benefícios também aos demais entes do sistema de justiça:

*“Tem que criar um vínculo de confiança entre os diversos órgãos. Talvez a grande tarefa é mostrar que a Câmara, uma fase pré-litigiosa o pré-contenciosa geraria benefícios para todos, o que não era, a princípio uma conclusão facilmente palatável. Talvez a secretaria não tenha observado isso inicialmente, a Defensoria também não, mas como deságue é mais sentido na PGE, talvez por isso que a PGE tenha dado esse pontapé inicial de chamar todo mundo para sentar para conversar, porque a gente não vai conseguir manter uma gestão razoável desse universo de processos que cresce exponencialmente.”* (Entrevista PGE RJ 2).

---

<sup>128</sup> Questionado sobre o momento de formalização do Convênio, o Procurador RJ 1 também afirma que foi uma situação especial de abundância de recursos públicos: “Eu acho que ele foi um bom momento, porque tinha uma certa abundância de recursos, nos tempos idos (...) então foi no momento propício para se fazer algo assim, uma questão de boa vontade. Era um período em que era possível realmente realizar um tipo de política pública mais efetiva mais proativa”. (Entrevista Procurador RJ 1)

<sup>129</sup> Conferir: Convênio TJ/ENTIDADES SN71/2012: Convênio de cooperação visando a criação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde CRLS. Publicado no DJERJ, ADM, n. 189, p. 17, assinado em 12 de junho de 2016 e publicado em 15 de junho de 2016. Ver [Anexo eletrônico](#). Conferir também vídeo informativos da Câmara: <https://www.youtube.com/watch?v=Msdf8QGgKwK> (Acesso 22/12/2017).

<sup>130</sup> De acordo com o Procurador RJ 1, o Departamento de Gestão Hospitalar, do Ministério da Saúde, que atua na gestão dos hospitais federais que operam no Rio de Janeiro, se juntou em recentemente ao grupo de atores da CRLS. O Rio de Janeiro conta com uma atuação *sui generis* da União na prestação direta de serviços hospitalares: “O Departamento de Gestão Hospitalar, DGH (...) o Rio de Janeiro tem uma estrutura nessa área de saúde um pouco *sui generis*. A gente tem uma quantidade significativa de hospitais federais. Então, ao contrário da maioria dos Estados, aqui no Rio a União também é uma prestadora significativa de serviços de saúde por intermédio dos hospitais federais, então o braço do Ministério da Saúde que trabalha com essa parte, de gestão hospitalar é o DGH. Estes são hospitais grandes e importantes na rede.” (Entrevista Procurador RJ 1).

A Câmara começou a operar em setembro de 2013 e conforme noticiado pela PGE, já obteve solução administrativa de 38% dos casos recebidos<sup>131</sup>, número que subiu para 54% em 2016, um total de 30 mil pacientes atendidos<sup>132</sup>. Em 2013 a Câmara chegou a atender 60 pacientes por dia, número que subiu a uma média de 100 atendimentos por dia, conforme entrevista com a gestora responsável pela coordenação da Câmara:

*“Nossas demandas aumentaram muito. No início de funcionamento da Câmara, posso falar em 2013/2014, a nossa média de atendimento diária eram 50 pacientes por dia. Hoje em dia, a gente faz mais de 100 tranquilamente. (...) A gente não trabalha com limitação de senhas por dia, então todos os assistidos que entram dentro do horário, eles vão ser atendidos independente, dentro do horário de atendimento, recebeu sua senha você vai ser atendido. Então tem dias que a nossa porta fechou para o último paciente às 4:30 mas às 6:30, às 7 horas, a gente ainda está fazendo parecer”* (Entrevista Gestora RJ 1).

A CRLS atualmente atende a capital do Rio de Janeiro e mais treze municípios: Nova Friburgo, Nova Iguaçu, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nilópolis, Vassouras, Bom Jardim, Paty de Alferes, Silva Jardim, Magé, Miguel Pereira, Japeri e Belford Roxo<sup>133</sup>. Segundo a Gestora RJ 2, com essa dimensão de atuação, a CRLS cobre mais de dois milhões de pessoas.

O intuito da Câmara, tal como do SPA, é o de promover o atendimento administrativo de demandantes, oferecendo a possibilidade de requererem medicamentos, agendamento de procedimentos cirúrgicos, ou exames médicos. No mesmo local, contudo, unidades da DPE e DPU atuam nos casos em que os pedidos administrativos não são concedidos, de modo que a via judicial é possível, mas passa por uma triagem técnica das unidades das secretarias. Não somente, as defensorias passaram a realizar o primeiro atendimento destas demandas em saúde na Câmara. Como explica a Gestora RJ 1:

---

<sup>131</sup> Conferir: <http://www.rj.gov.br/web/pge/exibeconteudo?article-id=1886157> (Acesso em 22/12/2017).

<sup>132</sup> Conferir: <http://www.rj.gov.br/web/imprensa/exibeconteudo?article-id=2858838> (Acesso 22/12/2017).

<sup>133</sup> Conferir: <http://www.rj.gov.br/web/imprensa/exibeconteudo?article-id=3940211> (Acesso 25/12/2017).

*“Os entes migraram parte do funcionamento deles pra cá, então a defensoria do Estado, toda a área de saúde dela migrou para esse espaço, ela não atende mais onde ela atendia. A defensoria da União, a mesma coisa, é realizado o primeiro atendimento deles é realizado nesse espaço.”* (Entrevista Gestora RJ 1).

A Câmara tornou-se parte de um programa maior desenvolvido pela Procuradoria Geral do Estado denominado +Consenso, junto com a Câmara Administrativa de Solução de Conflitos<sup>134</sup>. O programa como um todo pretende estimular solução administrativa de conflitos, para que não se tornem demandas judiciais<sup>135</sup>.

A CRLS funciona no centro da cidade do Rio de Janeiro, na Rua da Assembleia, n. 77, em um prédio desapropriado pela PGE e cedido à criação da Câmara. A PGE também mantém a administração geral do prédio, fornecendo os serviços de limpeza, copa, vigilância e ascensorista. No total, trabalham na CRLS em torno de 68 funcionários, entre servidores das secretarias, defensores, assessores, equipe técnica e estagiários. O prédio conta com três andares, loja, sobreloja e subsolo<sup>136</sup>. No subsolo os pacientes são triados por assistentes sociais mediante a retirada de senhas. Lá se localiza também a sala geral de espera. Da triagem, estes pacientes são encaminhados ao primeiro andar (loja), onde estão os guichês das defensorias públicas que atenderão os pacientes triados, submetendo o paciente a análise técnica das secretarias estadual e municipal, localizadas no andar superior. Administrativamente, a Câmara não fornece medicamentos e tratamentos não incluídos nas listas do SUS, de modo que se os pedidos forem deste teor e não puderem ser substituídos por alternativas do SUS, os pacientes são encaminhados às unidades da defensoria.

A triagem e primeiro atendimento recepciona os documentos do paciente, pedido médico, e verifica o que já é ofertado ou não pelo SUS. Caso esteja fora da política, mas com tratamento alternativo possível pelo SUS, os pacientes são instruídos em ofício a revisitarem seus médicos para se informar se o tratamento prescrito pode ser substituído por algo coberto pelo SUS. Se este for o caso, são remetidos às unidades das secretarias, conforme as

---

<sup>134</sup> Conferir: Decreto do Poder Executivo do Estado do RJ n. 45.590/2016.

<sup>135</sup> Conferir: <https://www.pge.rj.gov.br/mais-consenso> (Acesso 22/12/2017).

<sup>136</sup> Conferir resumo do projeto que foi indicado ao prêmio Innovare: <http://www.premioinnovare.com.br/proposta/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls/print> (Acesso 22/12/2017).

competências de cada ente. Caso contrário, são atendidos novamente pelas unidades da defensoria<sup>137</sup>.

A equipe técnica da CRLS serve ainda como ponto de contato entre a SES da capital e demais unidades da secretaria e defensorias no interior, realizando à distância a assessoria técnica administrativa. Para integrar toda esta estrutura e manter um controle do atendimento e compra, a Câmara conta com sistema eletrônico próprio - o Sistema Câmara de Saúde. Além disso, os atores da Câmara se comunicam por e-mail e conversas telefônicas (SOUZA, 2016).

A CRLS não foi criada para funcionar como primeira porta de atendimento das solicitações em saúde do SUS, na medida em que o acesso a todos os serviços, dentre eles as solicitações administrativas de medicamentos excepcionais, permanece, como visto acima. Não somente, a Câmara foi concebida apenas para atender a solicitações de medicamentos e insumos. Na prática, contudo, segundo Teixeira (2016), a CRLS recebe pacientes como primeira porta para quase todos os serviços do SUS, prestando informações e direcionando-os aos órgãos competentes. O primeiro atendimento dos pacientes, com análise técnica e emissão do ofício (para encaminhando ao setor administrativo, reencaminhamento ao médico para consulta sobre adequação de tratamento alternativo provido pelo SUS, ou mesmo encaminhamento às unidades da defensoria para atendimento já judicial) dura em média duas horas. Ademais, a CRLS atua hoje com quase todas as demandas do SUS. Como conta a gestora, coordenadora da CRLS, a abertura veio a outros serviços de saúde de um reconhecimento de que na prática essa atuação já estava acontecendo, em razão de consultas informais feitas por defensores in loco na tentativa de encaminhar outras demandas que não medicamentos.

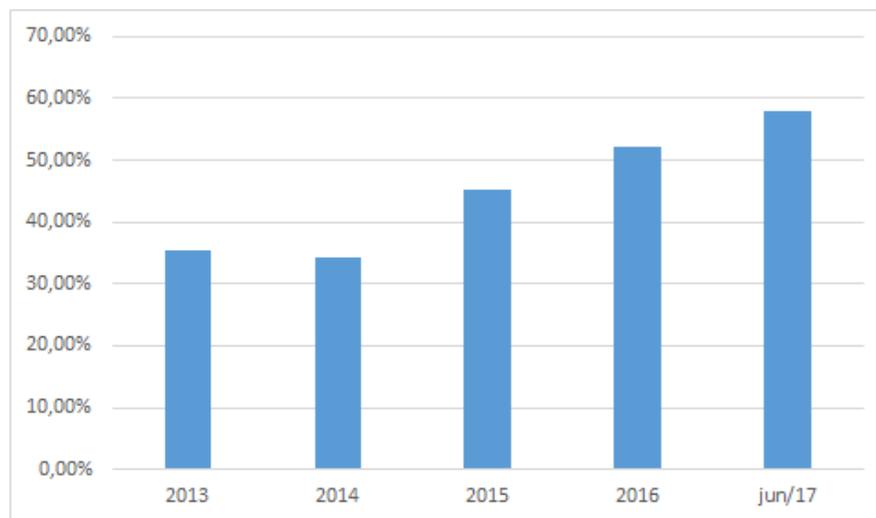
*“ela [a pessoa] não precisa ter uma negativa para poder chegar aqui. Ela pode ter vindo direto do consultório ela não precisa ter conhecimento de que aquilo é dispensado, mesmo assim o seu documento será encaminhado para a equipe de análise e ela vai direcionar o fluxo vai dizer onde é que ela pode conseguir.”* (Entrevista Gestora RJ 1)

---

<sup>137</sup> Como explica Souza (2016), a Defensoria Pública da União realiza o atendimento de demandas do Município do Rio de Janeiro, e dos municípios de Itaguaí e Seropédica “no que tange à demanda de hospitais federais e universitários, além de todas as demandas na área de oncologia, e ainda os casos em que não há protocolo clínico de diretrizes terapêutica”. Já a Defensoria estadual atende apenas as demandas do Município do Rio de Janeiro não recepcionadas pela DPU. (SOUZA, 2016, p. 42-43).

Em levantamento de 2014, Souza (2016) informa que mais da metade dos atendimentos refere-se a solicitações de medicamentos (52%). Destes, 29% foram resolvidas pela própria CRLS sem recorrer à judicialização. O índice de atendimento a pedidos de consultas, que representam 10% dos atendimentos da CRLS, foi superior à 90%. Exames, internações e cirurgias representam 14% dos pedidos, e todos têm percentual de atendimento extrajudicial superior a 70%. Em levantamento mais recente sobre a taxa de resolutividade administrativa das demandas que chegam à Câmara, em junho de 2017, a CRLS conseguiu resolver administrativamente 57,9% das demandas, saindo de 2013 com uma taxa de resolutividade de 35,3%.

**Gráfico 16: Percentual de Resolução Administrativa das demandas - CRLS**



Fonte: Dados divulgados pela CRLS, junho de 2017, via jornal O Globo. Conferir: <http://blogs.oglobo.globo.com/blog-emergencia/post/este-ano-camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-solucionou-58-dos-casos.html>. (Acesso 13/01/2018)

Não há como afirmar que esta resolutividade se refletiu, na mesma proporção, na redução das judicialização, já que é possível que muitos destes casos resolvidos pela CRLS não sejam os casos que tipicamente virariam ações judiciais (considerando, especialmente, que a maior parte das demandas judiciais anteriores à CRLS referiam-se a medicamentos fora das listas). Segundo Souza (2016), os maiores ganhos da CRLS estão na identificação de gargalos na distribuição de medicamentos prestação de serviços já previstos pelas políticas estadual e municipal.

*Gestão processual: Assessoria de Mandados Judiciais, PGE-16 e NAT-Jus*

Se a demanda é judicializada, ela não volta ao atendimento da Câmara, mas passa a tramitar dentro da Procuradoria do Estado e da Central de Atendimento de Mandados Judiciais (CADJ), coordenada pela Subsecretaria Jurídica da Secretaria. Como explica um dos procuradores entrevistados, Procurador RJ 1, a PGE é citada das liminares e antecipações de tutela deferidas e a SESDEC-RJ intimada para dar cumprimento à decisão. Na Justiça Estadual, para dar agilidade ao atendimento, esta intimação é concomitante à citação e não depende de a PGE estabelecer contato com a Subsecretaria Jurídica da SESDEC-RJ para que o processo de cumprimento se inicie. Existe uma clara divisão de trabalho entre PGE, na defesa da Secretaria na ação, e SESDEC-RJ, no cumprimento das decisões preliminares e finais.

*“(...) A judicialização, como ela funciona: o camarada entrou em juízo, a defensoria entrou, o advogado entrou lá na vara de fazenda pública, ou no Juizado. Quando chega a citação, chega na PGE, a gente aqui não precisa de citação, a gente recebe intimação para o cumprimento de decisão liminar, ou pedido de informações, coisa assim. Quando chega essa intimação de cumprimento, a gente faz uma orientação básica para cumprir a decisão ad referendum a PGE. Então eles lá receberam a citação, vão fazer a defesa, praticar os atos processuais, enquanto a gente aqui vai fazer o cumprimento e o atendimento do que for possível fazer no processo judicial. De resto, vai correr todo na PGE. A gente, secretaria, não vai mais ter contato com ele [processo] só se tiver ordem alguma decisão judicial para cumprir algo assim.” (Entrevista Gestor RJ 2).*

Conforme entrevista com a gestora responsável pela coordenação da CADJ, Gestora RJ 2, as intimações de cumprimento são recepcionadas pela Assessoria de Mandados Judiciais que funciona na sede da Secretaria, no centro da cidade do Rio de Janeiro, na Rua México, n. 128<sup>138</sup>. A CADJ atua em dois espaços: um no nível térreo, para atendimento geral ao público, oficiais de justiça e advogados, e onde também se localiza seu estoque de medicamentos judiciais; outro no terceiro andar do prédio, onde atua sua equipe técnica, que elabora as respostas de

---

<sup>138</sup> Segundo o Gestor RJ 2, para pedidos de internação, o mandado é recebido pela Assessoria que envia por meio eletrônico para a regulação de urgências do Estado. Os oficiais de justiça, hoje em dia, já sabem que o cumprimento se dará via órgão de regulação, logo eles já se dirigem diretamente à central.

cumprimento ao Judiciário e providencia a compra de medicamentos. A CADJ conta com 60 funcionários, entre técnicos administrativos, duas advogadas, nutricionistas, médicos e enfermeiros. A coordenação é realizada pelo braço jurídico (duas advogadas) desse órgão, que interage com a CADJ e organiza o fluxo de trabalho.

As intimações são recebidas em papel, por oficial de justiça, no nível térreo, e remetidas às equipes das Secretarias de Saúde Estadual ou Municipal, conforme competência. A CADJ também complementa o trabalho da CRLS no atendimento administrativo de demandas das defensorias públicas do interior, que não componham o convênio com a CRLS.

Todo o atendimento e compra de medicamentos judiciais do Estado é centralizado neste espaço, onde ocorre também a dispensação. Sob solicitações das partes ou das secretarias municipais, é possível que a dispensação seja feita no local de residência do demandante. A equipe do município do Rio de Janeiro, composta de três funcionários da SMS-RJ, atua no mesmo espaço apenas para o atendimento das partes, recepção de mandados e organização de cumprimento. Sua resposta aos mandados, dispensação e estoque, contudo, ocorre em outro espaço, no bairro de Jacarepaguá na cidade do Rio.

Com a recepção da intimação no térreo, a demanda e dados da parte são registrados no sistema próprio da CADJ, disponível para consulta tanto dos Municípios quanto da PGE<sup>139</sup>. O cadastro e análise dos pedidos é realizado por diferentes equipes técnicas no terceiro andar, a depender da especialidade do caso. Como explica a Gestora RJ 3:

*“começa lá embaixo e ele [o pedido] sobe para gente elaborar a resposta do juiz aqui. [Nós temos aqui] algumas equipes e cada um faz uma parte. (...), então aqui é dividido, uma parte faz a resposta das intimações, uma parte faz os medicamentos, outra parte, as enfermeiras, fazem as respostas de insumos, as nutricionistas fazem as respostas de nutrição.”* (Entrevista Gestora RJ 3).

Na elaboração destas respostas, para pedidos de medicamentos que ela não tem em estoque ou que estão fora da lista, a CADJ realiza uma última tentativa de conciliação, entrando em contato com a parte e solicitando que a parte consulte o seu médico sobre a viabilidade de

---

<sup>139</sup> Conforme entrevista com a Gestora RJ 3, a Assessoria tem acesso ao sistema da CRLS, trabalha em um sistema próprio de cadastro das demandas para cumprimento das decisões judiciais, e ainda acessa o sistema de compras da SES. São, assim, três sistemas diferentes, que os gestores acessam de forma independente.

troca do pedido judicializado por produto já disponível em estoque. Como explica a Gestora RJ 3, a troca visa viabilizar o rápido atendimento da necessidade da parte, ao mesmo tempo que permite demonstrar ao juiz o cumprimento da medida. Não somente, é uma derradeira tentativa de reintegrar o paciente às opções da política, que começou já dentro da CRLS.

A lógica de compras é realizada de modo a licitar mais produtos que aqueles imediatamente solicitados pelas partes. O sistema da CADJ estima a demanda de um ano mais dez por cento de todos as partes que fazem uso dos mesmos produtos. Cada compra reúne ao menos três itens, em torno de dez medicamentos e, conforme a necessidade da Secretaria com o cumprimento de decisões judiciais, ela empenha o contrato licitado ao longo do ano.

O controle do uso e necessidade destes medicamentos é também realizado pela CADJ, que entra em contato com cada uma das partes para que informem se ainda necessitam do medicamento, forma de estimar sua demanda presente e futura. Esse controle, contudo, é problemático, uma vez que as próprias ordens judiciais não estabelecem uma contrapartida do paciente, como apresentação de laudos e receitas médicas regularmente para justificar a continuidade do tratamento. Tampouco a PGE tem pessoal para o acompanhamento fino do cumprimento, processo a processo. O sistema eletrônico de cumprimento da CADJ também não oferece esta estimativa de tempo de tratamento ou automatiza exigências, depois de certo tempo.

*“Eu preciso aqui [na SESDEC-RJ] fazer um acompanhamento de prazo de fornecimento de medicamento, porque a PGE não tem condição de fazer isso. Eu botei o pessoal da CADJ para fazer isso, para ligar para as partes, para saber se o paciente está vivo, se está usando o medicamento. (...) eu tenho uma ordem judicial para fornecer um medicamento de câncer de pâncreas, mas eu não tenho a ordem para parar de fornecer. Então a gente tem gente recebendo medicamento de câncer de pâncreas há 5 anos. (...) não tem registro no sistema de quando ele tem que parar de receber. Hoje você tem um passivo de processos, são 90 mil ações, aí você não sabe o que foi atendido ou não, durante quanto tempo. A gente perde inclusive a noção fina das necessidades de compra.”* (Entrevista Gestor RJ 2).

Bloqueios e sequestros são também problemas enfrentados pela Secretaria. Este foi um tópico delicado e a maior parte dos entrevistados não quis se pronunciar diretamente sobre o

assunto. Para os procuradores entrevistados (Procurador RJ 1 e Procurador RJ 2) a Justiça utilizava majoritariamente medidas de apreensão e multas diárias para forçar o cumprimento. O uso de sequestro e bloqueio veio, na sua visão, como uma alternativa “melhor que a multa”, já que ao menos providencia o cumprimento direto da decisão. Apesar desta avaliação, os entrevistados justificam a mudança do tipo de sanção aplicada pela própria dificuldade de cumprimento da Secretaria, especialmente em razão da crise financeira do Estado. O Gestor RJ 2, subsecretário jurídico da SESDEC-RJ, resume bem a posição de todos os entrevistados:

*“Hoje em dia a gente tem um problema aqui que tem a ver com a questão até financeira do Estado mesmo, que é a dificuldade de comprar. O Estado do Rio não tem conseguido comprar, diante da absoluta impossibilidade de fazer pesquisa de preço. Não é nem o caso de não ter dinheiro para pagar a conta, mas nós estamos com uma crise de confiança. O mercado não acredita no Rio, então quando eu vou fazer pesquisa de preço eu não recebo proposta, então não consigo andar com o processo de licitação. Quando eu chego na fase da pesquisa, é um inferno, eu não consigo fazer (...). Às vezes a gente não consegue comprar, a gente tem preferido hoje que o juiz mande bloquear a conta. É pior, tem que ter prestação de conta, mas se não é isso, eu não consigo comprar, eu não consigo. (...), mas, enfim, mal ou bem, a gente acaba conseguindo cumprir de um jeito ou de outro: ou vai bloquear, ou a gente vai fornecer.”* (Entrevista Gestor RJ 2).

A PGE-RJ, tal como em São Paulo e Santa Catarina, detém uma unidade especializada em serviços de saúde, a PG-16. Criada em 2011, pela Resolução PGE n. 2971/2011<sup>140</sup>, a Procuradoria de Serviços de Saúde não só exerce a defesa judicial dos processos em saúde propostos na capital do Estado, como opina em consultas e orienta as atividades da CRLS. Para o interior, sua atuação ocorre de forma coordenada com a Coordenadoria Geral das Procuradorias Regionais, mas a PG-16 não atua nas regionais.

Sua atuação se vale dos pareceres técnicos de membros da Secretaria que atuam dentro da PGE e auxiliam na elaboração das defesas processuais. Dado o volume da judicialização,

---

<sup>140</sup> Conferir Resolução PGE n. 2971 de 24 de Maio de 2011, disponível em: [http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/resolucao\\_pge\\_-\\_2971\\_-\\_240511.htm](http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/resolucao_pge_-_2971_-_240511.htm) (Acesso 11/01/2018). Disponível no Anexo eletrônico.

padronização e modelos também são uma realidade do Rio de Janeiro. Não somente, os procuradores podem requerer a dispensa na apresentação de recursos em ações comuns ou estratégicas, dentre outras hipóteses, diante da improbabilidade de decisão favorável<sup>141</sup>.

Os pedidos de perícia médica durante a instrução probatória também são utilizados de forma seletiva. O argumento dos procuradores entrevistados é de mesma ordem que o de São Paulo: o custo da perícia muitas vezes não justifica sua realização, uma vez que a tutela preliminar já foi, na maior parte dos casos, deferida. Não somente, a presença do Núcleo de Apoio Técnico no Rio de Janeiro já providenciou a instrução da decisão preliminar do juiz, de modo que dificilmente o convencimento dos magistrados será alterado ao longo do processo. De fato, desde a ação administrativa até a contestação da PGE, diferentes equipes técnicas da Secretaria já se pronunciaram sobre a demanda - a equipe técnica da CRLS, o NAT e a própria equipe técnica da PGE.

A atuação da PG-16 ocorre de forma mais concentrada e predominante apenas nas demandas judiciais, o dia-a-dia da judicialização. Toda a consultoria jurídica da secretaria é realizada pela coordenação da Subsecretaria jurídica da SESDEC-RJ, cargo ocupado por um agente setorial da PGE. Para inquéritos civis e termos de ajustamento de conduta, os casos são representados pelo procurador do Estado lotado na Subsecretaria jurídica da SESDEC-RJ, mas este consulta a PGE-16, em atuação conjunta. O assessor responsável pela Subsecretaria aponta:

*“A procuradoria hoje tem uma procuradoria especializada em serviços de saúde que na verdade só atua nesses processos judiciais. A parte consultiva da Secretaria de Saúde é feita aqui, às vezes, quando tem termo de ajuste de conduta que envolve processos judiciais a gente escuta a PGE. Caso contrário, toda a parte consultiva é feita aqui na subsecretaria jurídica. Aí para isso tem eu aqui, como procurador do Estado, como uma perninha da PGE na secretaria.”* (Entrevista Gestor RJ 2).

---

<sup>141</sup> Conferir Resolução PGE n. 4.099 de 30 de junho de 2017, artigo 5º, disponível em: <https://www.pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDM5> (Acesso 11/01/2018). De acordo com os dois procuradores entrevistados, para os casos de medicamentos de alto custo e fora das listas públicas a Procuradoria tem recorrido das decisões na medida em que estes temas foram recepcionados como repercussão geral e temas de recurso repetitivo pelo STF e STJ, como vimos.

Para o Gestor RJ 2, membro também da PGE, mas comissionado no cargo de subsecretário jurídico, a presença de um membro da PGE dentro da SESDEC-RJ faz diferença. Como o “tempo do processo” não é o mesmo “tempo da política”, muitas vezes é necessário o contato direto do subsecretário com os cargos de chefia, tanto da PGE quanto da própria SESDEC-RJ, para que estes interajam e possam estabelecer respostas rápidas que atendam as demandas judiciais mais urgentes, mas que considerem as perspectivas tanto da defesa do caso quanto do funcionamento da política como um todo. Nas suas palavras:

*“Faz diferença [ter um membro da PGE na subsecretaria jurídica da SES]. O que acontece (...) o fluxo normal demora (...) o tempo do processo não acompanha o tempo do gestor, não acompanha o tempo da decisão, não acompanha o tempo da saúde. Então é diferente porque eu pego o telefone aqui ligo para o procurador-geral (...), ligo para o chefe da PG-16. E eles também, se tiverem vindo um problema qualquer, eles me ligam. E entre nós aqui na secretaria também, esse mandado que a gente recebeu ontem às 9h30 da noite circulou já entre todo mundo, a gente se fala e resolve tudo fora do fluxo processual. Porque se tudo dependesse disso aqui [e ele aponta para uma pilha de papéis] demora a vida para acontecer. Só entre sair de um órgão e ir para o outro demora um dia. Até alguém pegar, fazer a guia de remessa, aí o garoto lá tem que trazer o processo. É um troço tão burocratizado. É necessário o controle, mas se torna muitas vezes anacrônico com tempo da decisão. Eu preciso decidir preciso resolver, preciso implementar, preciso pagar.” (Entrevista Gestor RJ 3)*

Apesar de a PGE ter acesso aos sistemas informatizados da Secretaria, a Secretaria não tem acesso ao sistema da PGE. Segundo o Gestor RJ 2, a PGE apenas dispõe de um sistema informatizado de acompanhamento processual, não integrado com os demais. A maior parte dos novos casos, processos eletrônicos, “vira papel”. A comunicação entre PGE e SESDEC-RJ também é principalmente via papel, ainda que os gestores e PGE troquem e-mails e se telefonem para os casos mais urgentes. No entanto, o volume de processos torna a troca de informações, por estas vias informais, difícil. Na opinião do Gestor RJ 3, a PGE muitas vezes não consegue informar em juízo que uma medida está sendo cumprida pela SESDEC-RJ, já que cada procurador da PG-16 hoje deve ter 3000 processos ativos sob sua responsabilidade. O

acompanhamento do cumprimento da decisão e, especialmente, do uso dos medicamentos e insumos pelos pacientes após a decisão foi internalizado pela CADJ em razão desta dificuldade.

*“O problema da judicialização não é a ordem judicial, muitas vezes, mas é a não informação quanto ao cumprimento ou descumprimento da ordem. A má comunicação entre os órgãos. (...) O que está acontecendo é o seguinte: a gente não tem condição [na PGE] de fazer isso, não tem condição de fazer advocacia boutique. Cada procurador na PGE-16 hoje deve tá com uns três mil processos para mais.”* (Entrevista Gestor RJ 2)

O Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário, NAT-Jus, é outra ferramenta importante de gestão da judicialização, desta vez estabelecido em um convênio entre Secretaria, Justiça Estadual e Federal. O NAT foi criado em 2009, dentro da Assistência Farmacêutica da SES inicialmente, mas reestruturado sob a coordenação da Subsecretaria Jurídica. Como conta a Juíza federal coordenadora do Comitê Estadual de Saúde, a criação do NAT do Rio de Janeiro foi anterior a própria recomendação do CNJ de que todas as justiças deveriam contar com assessoria técnica. No Rio de Janeiro, o projeto inicial partiu da iniciativa de um procurador do Estado que estabeleceu a nomenclatura e o formato de funcionamento. Nas palavras da Juíza RJ, o CNJ se inspirou na experiência do Rio de Janeiro para em 2016 recomendar a implantação em outros Estados e inclusive o seu próprio nome.

*“Hoje a gente tem uma ferramenta muito interessante que é copiada no país inteiro, que é a experiência do NAT, Núcleo de Assessoria Técnica dos magistrados. A experiência começou no Rio de Janeiro, foi uma ideia de um procurador do Estado. Ele na verdade era até filho de um desembargador do Estado, mas o projeto foi dele. Não sei se nasceu em comunhão com outra pessoa, mas eu sei que ele foi o criador e o entusiasta desse projeto, que deu certo criar. Esse NAT hoje é copiado e sua criação é obrigatória por força dessa resolução de setembro do ano de 2016 do CNJ, imposta a todos os Estados, que inclusive adotou a mesma nomenclatura do Rio de Janeiro - NAT, agora acrescentando a expressão “jus.””* (Entrevista Juíza RJ)

No início de seu funcionamento, o NAT atuava apenas na assessoria técnica de algumas varas da fazenda pública da capital, na Justiça Estadual. O Gestor RJ 4, responsável pela coordenação do NAT explica que a restrição inicial visava não só estruturar o projeto, mas, especialmente, ganhar a confiança dos magistrados. Os técnicos do NAT são funcionários contratados pela Secretaria do Estado, mas seus pareceres e posições não se vinculam a defesa da SESDEC-RJ no âmbito do processo. Esta ideia, de que o NAT se estabeleceria de forma neutra, promovendo o interesse do paciente, dado o pedido e as alternativas do SUS, mas não vinculado apenas ao que a política oferece, deveria ser internalizada pelos magistrados para que eles fizessem uso da assessoria técnica.

De 2009 a 2010 operou-se, assim, um processo de paulatina estruturação do núcleo e construção de credibilidade perante os magistrados. Em 2010 o projeto foi expandido dentro do fórum central da capital, e em 2011 a Justiça Federal convidou o NAT a prestar o mesmo tipo de assessoria para todo o seu âmbito de atuação estadual. De 2011 a 2014 o NAT expandiu-se por toda a Justiça Federal e interior da justiça estadual, funcionando fisicamente em dois prédios, uma unidade dentro do tribunal de justiça do Estado e outra unidade em prédio da justiça federal, ambos no centro da cidade do Rio de Janeiro.

O uso do NAT é voluntário, os magistrados não são obrigados a recorrer ao núcleo para decidir questões de saúde, ainda que a justiça estadual tenha emitido instrução normativa recomendando que processos de saúde sejam remetidos ao núcleo<sup>142</sup>. Com isso, o volume de pareceres emitidos pelo núcleo depende da procura dos magistrados. Não somente, a linguagem dos pareceres é “consultiva”, de modo que, nas palavras do Gestor RJ 4, o NAT não decide, mas “recomenda”, “sugere”. O Gestor RJ 4 informou não deter dados atualizados sobre o uso do NAT em decisões judiciais em relação à entrada novas ações de saúde, mas aponta que 73% das decisões que se valeram dos pareceres em 2016, quando confrontadas com o conteúdo do parecer, estavam em conformidade com ele, 10% tinham conformidade parcial e 17% das decisões não consideraram os pareceres. Em muitos casos, os juízes seguem o parecer do NAT para solicitar mais informações à parte, não deferindo pedidos de tutela antecipada

---

<sup>142</sup> Como informa Ventura (2012), “A recomendação de uso do NAT está expressa do Aviso do Corregedor-Geral da Justiça do Estado do Rio de Janeiro (CGJ) nº 332, de 13/05/2010, que também divulga a Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, e têm o claro objetivo de “assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo Assistência à Saúde””. (VENTURA, 2012, p. 101).

imediatamente. Em estudo sobre os primeiros anos de atuação do NAT, entre 2009 e 2010, Ventura (2012) identifica que nas varas da fazenda pública da capital, dos 187 processos de sua amostra estatisticamente significativa, 68,44% contaram com pareceres do NAT.

Segundo o Gestor RJ 4, o NAT é órgão consultivo, que não visa reduzir a judicialização, mas “racionalizar” a decisão judicial, de modo que a taxa de sucesso dos demandantes não funciona como um indicador do sucesso do NAT.

*“É muito comum que algumas pessoas entendam que o NAT reduz a judicialização. Mas NAT não tem como reduzir a judicialização. O NAT precisa do processo judicial, isso porque uma vez que a ação é ajuizada (...) e a solicitação do parecer técnico vem para o NAT, então o processo existe. (...) O NAT não é uma estratégia para redução da judicialização ele é uma estratégia de racionalização das decisões.”* (Entrevista Gestor RJ 4).

Como antecipamos acima, a discussão sobre a neutralidade dos núcleos é central na sua criação, especialmente se o seu formato exige a parceria do Judiciário com a secretaria de saúde que fornece técnicos de seus quadros de funcionários (VENTURA, 2012). No caso do Rio de Janeiro, uma forma de garantia dessa “imparcialidade” foi deslocar o funcionamento do NAT para os prédios dos tribunais, de modo que, apesar de funcionários das secretarias, estes núcleos estão localizados dentro do ambiente judicial e são apenas provocados por juízes. Outra forma de garantia de “neutralidade” é o uso de revisões da literatura que partam de uma abordagem médica baseada em evidências. A partir das recomendações do CNJ de 2016 e 2017 para padronização dos pareceres e construção de um sistema comum nacional – e-NATJus, o NAT do Rio de Janeiro passará a ter acesso a portais e periódicos, segundo o Gestor RJ 4, tecnicamente superiores, o que melhora a qualidade de seus pareceres.

*“A maior alteração do formato atual para o novo formato é que através deste convênio do CNJ com Ministério da Saúde, será aberto aos NATs periódicos importantes e portais importantes de periódicos, focando muito nas revisões sistemáticas. Os pareceres tendem a ter uma abordagem com a medicina baseada em evidências coisa que a gente*

*obviamente não perde hoje, mas não temos acesso a periódicos caros.”* (Entrevista Gestor RJ 4).

Uma conclusão importante que é possível extrair dessas mudanças, é que a qualidade e confiabilidade, perante magistrados, dos pareceres depende da qualidade da literatura disponível aos pareceristas para a revisão de cada caso. Como órgão consultivo, que apenas traça recomendações, esta capacidade está necessariamente relacionada com a disponibilidade de recursos financeiros para pagar pelo acesso a periódicos internacionais e portais de busca e pesquisa médica. Não somente, torna-se necessário capacitar pareceristas para que saibam lidar com esta literatura, normalmente em inglês.

O NAT conta com 72 funcionários, entre médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e corpo administrativo. Atua em 13 varas da fazenda pública do Estado, 20 câmaras cíveis e três juizados especiais fazendários. No total, na justiça estadual, recebe consultas de juízes em 73 varas cíveis e 29 comarcas do interior, um total de 81 comarcas somadas. No âmbito federal, recepciona pedidos de juízes em 60 varas federais, 23 juizados especiais federais e 3 turmas recursais. O atendimento ainda compreende o plantão judiciário, para o qual disponibiliza uma equipe à parte de médicos para análise de todo tipo de pedido, inclusive vagas e transferências de urgência e emergência. Até 30 de setembro de 2017, havia emitido mais de 26 mil pareceres, em prazos normalmente de 72 horas. Como explica a Juíza RJ, a expansão do NAT no âmbito da justiça federal foi mais simples que na justiça estadual, uma vez que esta justiça ainda não completou o processo de organização eletrônica de seus processos, algo que já é realidade na justiça federal.

O fluxo de trabalho distribui as ações judiciais conforme especialidade, e cada parecer emitido sofre ao menos duas revisões - da coordenadoria de área e da coordenadoria geral - antes de ser acostado aos autos eletronicamente. Os técnicos recebem treinamento antes de assumirem os cargos e contam com um banco de pareceres e supervisão direta. O perfil dos técnicos também é seletivo. Trata-se de profissionais de saúde com experiência de atendimento direto a pacientes e capazes de trabalhar com a análise de documentos. Como explica o Gestor RJ 4, profissionais acostumados com o ritmo acelerado de trabalho em hospitais podem não se adaptar ao funcionamento do NAT, que exige mais calma e atuação indireta.

*“E aí, aos poucos, a pessoa vai conseguindo visualizar que é um pouco mais, que é possível sim contribuir com a sua experiência nos pareceres e, obviamente, em algum momento as pessoas tomam suas decisões se permanecem ou se saem. No geral permanecem, mas a gente deixa a pessoa muito à vontade, não adianta se o teu perfil for o de um profissional que gosta daquela agitação de hospital, (...) dificilmente você não vai se adaptar ao NAT. A não ser que ele descubra uma nova forma de trabalhar, mas tem gente que realmente não curte isso de ficar na leitura e redação, não há como dizer que todos podem tem pessoas que possuem perfil.”* (Entrevista Gestor RJ 4).

Não só o tipo de trabalho dos profissionais em saúde muda quando atuam em um órgão como o NAT, mas a própria compreensão do espaço em que atuam. Como explica o gestor, uma das principais funções do treinamento, além de ensinar a elaboração dos pareceres, é permitir que o profissional saiba que se situa em um espaço misto, que é funcionário da secretaria, mas que trabalha dentro do Judiciário, em um processo judicial e que sua linguagem deve ser calibrada de modo a tornar seu conhecimento técnico compreensível e útil aos magistrados. O curto prazo impede uma explicação completamente detalhada, mas as informações vêm contextualizadas nos pareceres e a prática dos técnicos, sob coordenação, permite que eles se familiarizem com a linguagem processual.

Os objetivos mais importantes do NAT, segundo o Gestor RJ 4, são o de qualificar a decisão judicial e de permitir que a via administrativa e as alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS sejam consideradas. O NAT, assim como a CRLS e CADJ, enfatiza a via administrativa, ainda que não se comprometa com ela<sup>143</sup>. Esta postura, no entanto, permite que o próprio juiz possa decidir pela alternativa SUS ou indicar que a parte a considere. Outro benefício da atuação do NAT é a sua análise da compatibilidade entre medicamento e doença, de modo que pedidos irregulares, que venham sem documentos ou comprovação adequada ou que requeiram medicamentos não relacionados com a doença, são indicados e, em geral, a parte é notificada para que regularize seu pedido judicial.

---

<sup>143</sup> Segundo o Gestor RJ 4, a maior parte das demandas do NAT, no ano de 2016, foi referente a medicamentos, seguido de materiais médicos. E a maior parte destes medicamentos não está sob competência de nenhum dos entes. Este dado segue tendência encontrada por Ventura (2012) para ações apenas tramitando na capital: 85,2% dos pareceres do NAT tratavam de medicamentos.

*“O que a gente acha importante falar sobre o NAT, a gente consegue que as decisões estejam mais embasadas e que a via administrativa seja sempre considerada, o que é de extrema importância. Além da via administrativa, que os substitutos terapêuticos que são disponíveis pela via administrativa sejam cogitados, respeitando a sua equivalência terapêutica. Uma outra coisa que é muito bacana, do ponto de vista de racionalização, é a regularidade dos pedidos. Ainda chega muito pedido cujo item não guarda relação com a doença apresentada. É uma forma de tentar que isso se resolva, isso volta para a parte autora tomar ciência, normalmente, visando a regularização daquele apontamento do parecer técnico”.* (Entrevista Gestor RJ 4).

O NAT ainda coleta informações para a verificação de eventuais fraudes via judicialização, como a concentração de casos semelhantes sob a mesma representação, em locais diferentes do Estado ou de outros Estados. Nestas suspeitas, o NAT envia estas informações ao Comitê Executivo Estadual, do qual não é membro efetivo, para que este dê encaminhamento.

O NAT do Rio de Janeiro foi um dos primeiros a serem criados e sua atuação, como vimos, é bastante diferente da atuação do NAT de Santa Catarina. Essas diferenças justificam, portanto, a tentativa do CNJ de padronizar a atuação dos núcleos e seus pareceres.

#### *Gestão pós-processual: Comitê Estadual*

Uma das poucas formas de articulação e gestão pós-processual ou meta-processual da judicialização no Rio de Janeiro, fora das relações regulares estabelecidas em termos de cooperação e iniciativas individuais da PGE e SESDEC-RJ, se dá pela atuação do Comitê Executivo Estadual no âmbito do Fórum Nacional de Saúde do CNJ. O Comitê foi criado em 2011 e atua especialmente ligado às justiças estadual e federal do Rio de Janeiro. A disponibilização pública de documentos, enunciados e atuação do comitê é pequena (a última consolidação dos enunciados ocorreu em 2014<sup>144</sup>), diferente do Comitê de Santa Catarina que criou um sítio eletrônico específico para o seu trabalho e registra todas as atas de reunião e

---

<sup>144</sup> Conferir: [http://www.cnj.jus.br/images/Comite\\_CNJ\\_RJ\\_ENUNCIADOS\\_FOLDER.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/Comite_CNJ_RJ_ENUNCIADOS_FOLDER.pdf) (Acesso 26/12/2017).

enunciados regularmente. Em entrevista com a coordenadora do Comitê no âmbito da justiça federal, a Juíza RJ, foi possível obter dados sobre a história e funcionamento do Comitê.

O Comitê, desde 2011, já contava com uma participação plural de membros além das duas justiças. Como conta a magistrada, que participa das reuniões desde a criação, além das duas justiças, o comitê tem como membros permanentes gestores da área da saúde, tanto no âmbito federal, como estadual e municipal, Ministérios Públicos estadual e federal, Defensorias Públicas estadual e federal e, nos moldes da Resolução 238/2016 do CNJ, convida representantes da ANVISA, CONITEC e ANS, assim como representantes da OAB e Procon. O Comitê do Rio de Janeiro ainda inclui membros da academia, especialmente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e da Fiocruz, que, na opinião da entrevistada, são os membros mais entusiasmados do comitê.

Uma das iniciativas do Comitê foi estabelecer uma rede de contatos para a gestão de uma parte da judicialização da saúde que envolve vagas de urgência e emergência, leitos hospitalares e transferências entre hospitais. Segundo a Juíza RJ, esta tem sido uma das demandas judiciais mais frequentes, que não está completamente dentro do âmbito de atuação do NAT. O Comitê criou um grupo de “WhatsApp” para resolver estas demandas urgentes, colocando em contato os gestores reguladores.

*“No que diz respeito à internação e em vista da crescente demanda, a gente já tá criando uma outra ferramenta aqui no Rio de Janeiro que está funcionando, mas ainda não está cristalizada em convênio, quer dizer que, a qualquer momento, pode deixar de existir. Consegui, com a boa vontade, até por força de contatos no Comitê da Saúde, contatos de questão de ordem mais política, até por você tá em contato imediato com representantes das Secretarias de Saúde, a gente conseguiu criar um grupo de WhatsApp em todas as varas que tenham ou possam ter plantonistas, uma competência mas limitada no tempo, como as varas que têm essa competência em matéria de saúde. [Estas varas] podem pedir informações sobre a questão de internação. (...) Uma inicial sobre pedido de transferência de uma UPA, a pessoa está numa UPA e vem lá o médico dizer que ele precisa de uma internação em leito de CTI, então a gente consegue. O juiz vem nesse grupo de WhatsApp, traz o nome da pessoa, se tiver o número de Cadastro*

*Nacional de Saúde, pelo acesso ao formulário ele diz a doença e qual que é o problema de saúde que a pessoa tem, onde ela está internada, (...) o que o médico está postulando e a gente pede informações sobre o posicionamento em fila, sobre a gravidade do quadro dela, se justifica aquele pedido de leito tanto CTI quanto um leito especializado”. (Entrevista Juíza RJ)*

Para além desta iniciativa, a atuação do Comitê enfrenta desafios ligados a falta de estrutura administrativa, recursos e boa vontade das entidades envolvidas. Como explica a Juíza, o Comitê é uma exigência do CNJ, mas este não provê recursos para sua instalação, que depende da iniciativa e recursos dos tribunais. Não somente, sua organização ainda é “na base do personalismo”, de acordo com a Juíza, o que leva a variações entre Estados.

*“Cada local [Comitê estadual] se estruturou da sua forma, ou não se estruturou e agora a gente tem uma estrutura mínima, uma formatação. Estrutura não, porque ninguém me dá essa estrutura administrativa, a verdade é essa. Isso também é outra questão, porque eles [os Comitês Estaduais] são um desmembramento, uma ramificação do Conselho Nacional do Forum Nacional da Saúde, que é do CNJ. Mas o CNJ procura meio que impor, ainda que não de uma forma expressa, textualmente, impor aos tribunais que garantam essa estrutura administrativa mínima. Então, em alguns lugares, você vê mais boa vontade, mais recursos para dotar esses comitês de estrutura administrativa. Outros não. Aqui, sobretudo agora que a gente está nessa crise financeira, o estado do Rio de Janeiro está nessa crise financeira muito grande, a gente vê muito tudo centrado no personalismo. Então eu tenho que fazer as vezes de secretária executiva, não existe um espaço em que a gente se reúna, o espaço é aqui na vara, ou na sala de magistrados que eu consigo a cessão do espaço. Às vezes, quando não sou eu que preside, a colega que representa o estado consegue um espaço no TJ para fazer, mas é tudo muito assim. Em outros locais não, vejo por exemplo o Comitê de Minas, pelo empenho pela boa vontade ele tem mais estrutura.” (Entrevista Juíza RJ)*

Como é, sobretudo, um fórum de discussão, as possibilidades de torná-lo espaço também resolutivo, de mediação de conflitos entre entidades e tomada de medidas práticas dependem,

na opinião da Juíza RJ, da boa vontade das entidades e da estrutura garantida pelo CNJ. Existe, assim, grande variação na centralidade dos Comitês na definição dos rumos da judicialização entre Estados. Na opinião da juíza, esta centralidade é menor no Rio de Janeiro, esbarrando em “ vaidades”, falta de visão, ou na proteção por determinadas entidades do seu campo de atuação exclusiva. Não somente, atores chave não participam das reuniões regulamente. Como conta, o representante do Procon comparece pouco, enquanto o da OAB nunca compareceu. Nas suas palavras:

*“Deveria ser um Fórum de discussão para atuação não só no que diz respeito às demandas que já existem como também até para prevenir demanda. (...) Infelizmente, a coisa ainda está na base do personalismo até pela falta de uma estrutura administrativa uniforme em todo o país que deveria ser garantida me parece pelo CNJ porque somos todos comitês do CNJ. Então fica tudo na dependência dos recursos de cada local e acima de tudo da iniciativa pessoal de daqueles que estão na frente do comitê. Então onde há mais interesse e mais recurso você vai conseguir mais atuação mais abrangente. (...) Eu gostaria que o Rio de Janeiro fosse mais resolutivo na demanda. Por enquanto a gente não consegue ainda ter uma atuação tão efetiva, ação preventiva. Nós discutimos questões, emitimos notas, recomendações. Às vezes as coisas resultam numa atuação administrativa ou preventiva, mas não com a mesma força (...), às vezes a gente recebe umas travas dos próprios membros do comitê, porque aí entra vaidade institucional e falta de visão, por isso que eu gosto muito de divulgar no comitê as experiências positivas dos outros. Olha nós que estamos nos apequenando, achando que não é nosso papel, que não nos cabe fazer isso, aquilo, mas, olha, isso já está sendo feito pelos comitês existentes. Isto pode e deve ser feito. Às vezes, você tem uma certa ciúmeira, um membro do Ministério Público achar que aquele papel do comitê, de espaço de mediação, de resolução administrativa, ocupa o seu espaço institucional nos termos de ajustamento de conduta isso é nítido”* (Entrevista Juíza RJ).



## **Capítulo 4: Política pública, burocracias e judicialização**

As respostas institucionais a judicialização da saúde apresentadas acima compõem redes de ações estratégicas, mais ou menos integradas, que atuam em diferentes momentos da judicialização para (i.) reduzir as demandas judiciais propostas, tentando atendê-las administrativamente; (ii.) reduzir as decisões contrárias ao SUS, através da qualificação das defesas dos Estados; (iv.) cumprir decisões judiciais deferidas em favor dos demandantes, evitando sanções como multas, responsabilização de gestores ou a aplicação de mecanismos processuais como bloqueio e sequestro; (v.) reduzir o impacto orçamentário e organizacional das decisões deferidas, através de políticas de compra mais racionais; e (vi.) mitigar as causas mais gerais da judicialização, através de estratégias de articulação com outros atores do sistema de justiça, mudança de cultura de litigância ou mesmo alteração da própria política de saúde com a incorporação de novos medicamentos.

Como vimos, diferentes atores participam da construção e implementação destas estratégias. Um fator comum, contudo, é a presença constante de gestores e procuradores como atores que planejam, implementam e revisam estas ações. Nas próximas páginas, proponho que estas ações sejam vistas como diferentes políticas públicas estaduais que têm a judicialização como “problema” que precisa ser endereçado pelo Estado em ação. Não somente, proponho que gestores estaduais responsáveis pelo atendimento destas demandas judiciais e procuradores, responsáveis pela defesa do Estado, sejam repensados como burocracias que não só operacionalizam estas estratégias mas elaboram estas políticas, testam e revisam suas ações, pressionados pelas demandas dos usuários, com os quais interagem em geral no âmbito do processo e por vezes, diretamente, e pelas determinações de atores hierarquicamente superiores.

Nesta pesquisa não estudei estas burocracias - gestores e procuradores - de forma abrangente, de modo que este capítulo, se volta apenas às experiências narradas e não tem pretensão de traçar generalizações. Uma coisa que aprendemos com os quatro Estados é que a formulação das respostas à judicialização é um processo local, que passa pela capacidade de atores-chave em se articular e compreender a realidade da judicialização que vivenciam. Claramente existem espaços de articulação mais amplos, e formulação de políticas públicas mais

gerais, como as que vimos no capítulo 2. Ainda assim, a resposta Estadual se dá em face das necessidades estaduais.

Divido este capítulo em três partes: na primeira reconstruo brevemente a literatura sobre elaboração de políticas públicas e proponho que as estratégias vistas acima sejam redimensionadas sob esse conceito. Na segunda parte, me volto a própria literatura sobre burocracias e seu papel na formulação de políticas, propondo que gestores e procuradores sejam considerados sob essa ótica, como atores que operacionalizam, mas também criam e testam as políticas de gestão da judicialização. Por fim, na terceira parte, traço breves considerações sobre a relação de aprendizado mútuo que estes burocratas desenvolvem entre si, construindo uma linguagem comum que permite sua interação e ação conjunta.

#### **4.1. Elaborando políticas públicas - conceito, atores, processos e judicialização**

A trajetória dos estudos em políticas públicas é anterior ao Estado de Bem-Estar social, encontrando talvez suas fundações mais remotas nas recomendações a governantes e líderes políticos de Maquiavel. Nos Estados Unidos, surge como um ramo ligado a administração pública, a economia e posteriormente à ciência política, como parte de uma ambição “modernista” ou “tecnocrata” de conferir critérios e avaliações precisas a políticos e tomadores de decisão (GOODIN, REIN e MORAN, 2008) em um contexto em que o Estado lidava com as decisões estratégicas do pós-guerra e assumia cada vez mais funções de regulação e prestação de serviços (SOUZA, 2006). Na Europa, o estudo era parte de uma reflexão anterior, efetivamente ligada ao advento das primeiras formas de Estado de Bem-Estar Social, e que se remetia a trabalhos mais abrangentes de sociologia política (SOUZA, 2006), representados especialmente pelos trabalhos de Max Weber.

A organização de um campo específico de estudos de políticas públicas, contudo, é bastante tributária do desenvolvimento da ciência política (DELEON, 2008, p. 40), mas ganha autonomia por incorporar elementos de outras áreas, como da administração pública, sociologia, antropologia, direito e economia, organizados em pressupostos orientados à descrição, explicação e, especialmente a solução de problemas (DELEON, 2008, p. 40). O estudo das políticas públicas, é assim, orientando a problemas (*problem-oriented*), multidisciplinar e orientado a valores (*value-oriented*) (DELEON, 2008, p. 40-41), afastando-se de concepções

“positivistas” e “pós-positivistas” ao assumir que nenhum trabalho é metodologicamente livre de valores e concepções prévias do pesquisador, uma vez que a própria definição de problemas relevantes, que merecem solução, já traz consigo normatividade.

A definição do que é uma política pública acompanha o desenvolvimento do próprio campo e é tributária das diferentes orientações teóricas de cada autor assim como de suas definições de “problemas” e “soluções” possíveis. Não é objetivo deste trabalho mapear todas estas definições. Mas, partindo de uma revisão bibliográfica abrangente realizada por Celina Souza (2006) e aliando-a a de Thomas Dye (2013), é possível identificar ao menos duas grandes formas de definir políticas públicas, uma “cheia” e uma “minimalista”.

As definições “cheias” combinam elementos descritivos com prescritivos. Nesta seara estão a definição de Peters (1986) conceituando política pública com a soma das atividades dos governos influenciando a vida dos cidadãos; Lynn (1980), como o conjunto de ações governamentais que produzirão efeitos; Laswell e Kaplan (1970), como o conjunto de valores, objetivos e práticas em um programa político; Friedrich (1963), como a integração essencial entre objetivo, propósito e meta; ou Jones (1977), como o conjunto de propostas, programas, decisões e efeitos. Dentre as definições “minimalistas”, encontramos a da própria Celina Souza, como “o governo em ação” e a de Thomas Dye (2013) como “tudo aquilo que o governo escolhe ou não fazer”.

Conforme Souza (2006), não existiria uma única ou melhor definição de política pública, mas todas elas têm um elemento comum, apontam para o espaço onde “os embates em tornos de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, isto é, os governos”. Não somente, todas as definições adotam, conforme a autora, uma “visão holística do tema”, considerando que todos os interesses, atores, ações, interações e instituições são relevantes a caracterizar uma política pública. Neste trabalho, adoto a visão minimalista de Souza (2006), e o faço por uma razão específica: esta é uma definição que permite abranger ações programadas ou não, voluntárias ou não. Elaboraões mais “cheias” não só podem ser reduzidas a esta definição, como também podem incluir elementos não necessariamente observáveis. Por exemplo, integrar à noção de política pública compreensões sobre programas, objetivos, valores e práticas, ou mesmo

“escolha”, procura atribuir coerência a ações que podem não ter nenhum destes elementos definidos prévia ou claramente. Conceituar política pública como “o governo em ação” permite capturar o máximo de variação possível entre suas diferentes ações, independentemente das formas de planejamento (ou ausência dele) que estiveram envolvidas.<sup>145</sup>

Esta visão minimalista de política pública é especialmente útil para compreender as estratégias de gestão da judicialização. Estas não são políticas “deliberadas”, “planejadas” ou “programadas” pelo governo e legisladores. As secretarias agem, de forma organizada e contínua, motivadas pelo volume de decisões judiciais e pela necessidade (ou mesmo obrigação legal) de darem respostas a estas decisões. Aprendem a gerir estas decisões judiciais e põem em prática estratégias pré-processuais, processuais e pós-processuais para reduzir ou responder à judicialização. Adotar outros conceitos de política pública que exigem um formato de tomada de decisão distinto tem como consequência deixar estas ações de fora do âmbito explicativo dos estudos sobre políticas públicas. Quando não abarcadas pelo conceito, estas ações acabam sendo

---

<sup>145</sup> A definição de Souza (2006) é uma alternativa em um debate contínuo dentro da ciência política sobre como encontrar simplificações adequadas ao estudo das políticas públicas. Em uma reconstrução analítica desse debate, Howlett e Ramesh (2003) destacam que todas as diferentes definições da literatura, e as estruturas de análise que partem dessas definições, demonstram como as políticas públicas são um fenômeno complexo que envolve inúmeras decisões, indivíduos e organizações dentro e fora do governo. Os autores identificam limitações do modelo de Dye, por exemplo. Para eles, a ideia de que uma política pública é “tudo aquilo que o governo faz ou deixa de fazer” é “muito simples”, tratando igualmente como política pública todo e qualquer aspecto do comportamento do governo, sem separar aquilo que é trivial (como a compra pública de clipes de papel) dos aspectos relevantes das atividades governamentais (como promover ou evitar uma guerra nuclear). Eu discordo dos autores. A abrangência da definição de Dye permite evitar exatamente o problema que destaco nos parágrafos seguintes, a incorporação de uma certa “normatividade” na avaliação do que é ou do que deve ser uma política pública. Tome o exemplo da judicialização da saúde. Se adotarmos uma perspectiva que reduz o conceito de política pública a tudo aquilo que consideramos “relevante” dentre as ações do governo, tomamos como acessório os processos de cumprimento e gestão das ações judiciais. Estes processos são, em muitas das suas etapas, bastante semelhantes ao da “compra pública de clipes de papel”, uma vez que envolvem quase sempre respostas padronizadas das secretarias de saúde com a compra de insumos e medicamentos exigidos judicialmente. No entanto, tal como a compra de clipes de papel, múltiplos atores se envolvem neste processo e sua organização, rotinização e otimização exige estratégias de compra específicas e a interação constante com diferentes atores fora do SUS. O que pretendo demonstrar nesta tese é que exatamente a racionalização destas compras e as estratégias para lidar com a judicialização antes e durante o processo judicial compõem um conjunto de medidas que, apesar de não terem sido previamente definidas como relevantes pelo governo, ou mesmo pensadas de forma conjunta em um todo coerente, compõem uma política pública. Neste sentido, nem mesmo a definição minimalista de Dye (2013) permite compreender estes processos, já que ele mesmo exige um aspecto “voluntário” ou de “escolha” dos governos que pode não estar presente, como é o caso da judicialização.

categorizadas como “distúrbios” dentro do curso “normal” de uma política pública, eivando a explicação de posições normativas não claras e pouco justificadas<sup>146</sup>.

As ações governamentais adotadas para lidar com a judicialização são contaminadas por esta visão de distúrbio. Seriam ações não próprias da administração pública. Esta visão está também presente em muitas das entrevistas com gestores realizadas por esta pesquisa. Os gestores que respondem à judicialização diretamente enxergam sua própria atividade como “interferindo” no curso normal da política, o que causaria mal-estar e indisposição de outros setores das secretarias de saúde.

*“Eu fico muito desgastada, o fenômeno é muito desgastante. A prática nossa é assim em curto prazo você não concorda, ao mesmo tempo, a gente tem uma limitação operacional para qualificar, dá um trato mais apurado na demanda (...) Então são coisas operacionais limitantes. A minha frustração, digo assim, é que eu acho que a judicialização da saúde deveria ser enxergada como um problema de governo, de Estado. Parece um problema setorial, da pasta e da pasta setorial da unidade [CODES] que a gente processa. Então, por exemplo, não é nada cômodo, como unidade, você perpassar todas as outras unidades e acabar desestruturando a organização pelo prazo judicial. Então uma regulação, por exemplo, para se fazer um pedido de uma cirurgia que não tem nenhum um pouco de urgência, nenhum critério de exigibilidade e ela se antecipa às outras. Então eu chego e falo olha precisa, tem a ordem judicial, isso às vezes parece que fica meio setorizado, parece assim ‘olha aquela unidade ela fica me demandando’”. (Entrevista Gestora SP 1)*

Apesar de os gestores visualizarem sua própria prática como fora do que a secretaria de saúde deveria fazer, suas ações acabam sendo estruturadas seguindo o formato de outras políticas, dotadas de procedimento, organização e pessoal. Não somente, por meio destas ações

---

<sup>146</sup> É importante apontar que a adoção deste conceito não contraria a posição desenvolvida acima que afirma ser o estudo das políticas públicas um trabalho também valorativo. O que pretendo com esta visão minimalista é não assumir que os meus valores como pesquisadora determinam o meu conceito de política pública. Não encontrar um programa ou compromisso claro, ou identificar que gestores agem compelidos por outras forças (por exemplo, sanções judiciais), não significa que eles não criam e desenhem estas políticas de gestão da judicialização motivados por valores sobre o que é saúde ou mesmo sobre sua própria obrigação legal dada uma exigência judicial.

os gestores são capazes de encontrar gargalos na gestão das ações “normais” da secretaria, permitindo o reajuste da política pública. Estas possibilidades não eliminam o conflito. A judicialização e a interferência do judiciário (ou da procuradoria estadual e do setor da secretaria que lida com ações judiciais) na atuação da secretaria não é recebida com naturalidade e concordância. Mas esses conflitos encontram sua mediação e estabilização dentro do próprio procedimento de gestão das ações judiciais.

Existem diferentes modelos teóricos para explicar como políticas públicas são feitas. Como argumenta Dye (2013), estes modelos são simplificações da realidade que permitem organizar e compreender a relação entre variáveis, identificando aspectos relevantes de uma política pública, dadas as preocupações do analista. Dye (2013) apresenta oito modelos possíveis (*process model*, *institutional model*, *rational model*, *incremental model*, *group model*, *elite model*, *public choice model* e *game theory model*) e suas limitações. Sem me adentrar nas vantagens comparativas de cada um deles, o que exige uma reflexão teórica a parte, minha análise compreende a formulação de uma política pública como um processo, uma atividade política que desce ao nível de agregação dos indivíduos e suas atividades. Trata-se de um modelo que busca identificar “processos” a partir da análise das ações e comportamentos de atores e grupos específicos. Estes grupos podem interagir em diferentes momentos dentro de uma cadeia lógica de formulação de uma política pública. Estes momentos podem ser classificados em seis etapas, também conforme interpretação de Dye (2013): (1) identificação do problema; (2) *agenda setting*; (3) formulação da política pública; (4) legitimação da política; (5) implementação e (6) avaliação.

Na etapa de identificação do problema, demandas por ação governamental chegam a conhecimento dos atores políticos através de diferentes canais. Dye identifica ao menos quatro - a mídia, grupos de interesse, iniciativas organizadas da sociedade civil e a opinião pública. Na fase de agenda setting, atores políticos filtram estas demandas e estabelecem uma agenda de ação. Estes atores são, em geral, aqueles mais diretamente responsivos às demandas populares porque buscam transformá-las em plataformas eleitorais, como o presidente e representantes legislativos.

Uma vez parte de uma agenda de ação de candidatos ou representantes eleitos, estas demandas passam a ser concretizadas na formulação de políticas públicas, passando às mãos de uma burocracia técnica associada aos comitês legislativos e aos órgãos executivos e sob influência de grupos de interesse. Em uma democracia, estas propostas, agora, caracterizadas como projetos de políticas públicas e revestidas de legitimidade técnica, passam por um processo de legitimação “democrática”. São submetidas a votação nas casas legislativas e ao controle legal e constitucional de órgãos judiciais. Este passo não só envolve o presidente, membros das casas legislativas e grupos de interesse, mas juízes e cortes.

Uma vez aprovadas, estas medidas são, então, implementadas pelos departamentos e agências do governo, os quais precisam não só mobilizar recursos orçamentários, mas organizacionais. Por fim, estas medidas são postas em prática e seus resultados e impactos são avaliados tanto pelos órgãos governamentais e legislativos como pela mídia e sociedade civil, permitindo a proposta de reformas ou ajustes.

No modelo de Dye descrito acima, o processo de formulação e implementação de políticas públicas é simplificado como uma sequência hierárquica que passa dos tomadores de decisão aos gestores que as implementam. Esta visão “tradicional” (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015) ou “de cima para baixo” assume que gestores do médio escalão e da burocracia de rua implementam as decisões tomadas pelas classes políticas e pelos gestores de alto escalão, ligados diretamente a estas classes. Pressupõe assim, uma “separação automática entre decisão e ação” (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015). Não somente, a atuação do Judiciário está contida no processo de “legitimação” da política, uma vez que as Cortes atuam para decidir se determinadas decisões governamentais podem ser consideradas legais ou constitucionais dado um sistema jurídico particular, mas não no processo de tomada de decisão ou de sua implementação.

A literatura do direito e da ciência política, contudo, têm demonstrado a relação direta entre atores do sistema de justiça e sua interferência em políticas públicas procurando, em geral, mapear ou discutir o impacto do uso de ações judiciais sobre políticas em curso, preocupada em determinar se e quando as Cortes têm o condão de alterar e melhorar decisões governamentais.

Tratamos de alguns desses trabalhos nos capítulos anteriores, mais voltados a judicialização da saúde. O tema mais geral, contudo, é objeto de reflexão ao menos desde os anos de 1960 nos Estados Unidos, contando com estudos hoje já clássicos no campo, como *Courts and Social Policy* (HOROWITZ, 1977), *The Hollow Hope* (ROSENBERG, 2008), *The Politics of Rights* (SCHEINGOLD, 1974) e *The Rights Revolution* (EPP, 1998). Na América Latina e em outros países do Sul global, autores como Cesar Rodriguez-Garavito (2011), Roberto Gargarella (GARGARELLA, DOMINGO e ROUX, 2006), Siri Gloppen (GLOPPEN, et al, 2016), Rogerio Arantes (1997), Vanessa Elias de Oliveira (2005), Victor Marchetti (2013) e Matthew Taylor (2007, 2008) se dedicam ao debate, aliando preocupações normativas sobre o conteúdo e extensão de direitos e a capacidade institucional dos atores do sistema de justiça, com descrições empíricas dos efeitos da judicialização. Minha contribuição neste debate é bastante pontual e se contém em demonstrar que independentemente de concordarmos ou não com as consequências distributivas ou democráticas da judicialização, o fato é que ela gera efeitos sobre a política pública e estes efeitos podem tanto desestabilizar políticas (SABEL e SIMON, 2004) em curso como criar novas políticas.

Adaptando o modelo de Dye (2013), a judicialização da saúde (ou de políticas públicas, em geral) não só insere atores do sistema de justiça no processo de legitimação de uma política pública, mas também em outras etapas de sua formulação e implementação, além de se tornar, ela mesma, um “problema social” que requer ação governamental. Atores do sistema de justiça e ações judiciais podem dar publicidade a demandas individuais e sociais que não foram incorporadas às agendas de ação de representantes políticos (*identificação do problema e agenda setting*). Cortes podem servir como uma segunda arena de contestação para decisões já tomadas (TAYLOR, 2007) ou elas mesmas podem ser atores que participam ativamente da definição de novas políticas públicas, se valendo de mecanismos processuais, como sanções e prazos, para alterar decisões em curso e exigir a reformulação de estratégias adotadas (*formulação, implementação e avaliação*).

A incorporação de novos medicamentos antirretrovirais à política pública de saúde, na década de 1990, é um exemplo, como vimos. Combinada à mobilização da sociedade civil perante órgãos do Executivo e Legislativo, organizações não-governamentais de luta contra O

HIV/Aids utilizaram o Judiciário como espaço institucional de engajamento e pressão social para a incorporação de novas tecnologias e a regularização do fornecimento de medicamentos já incorporados (FERREIRA et al, 2005; WANG, 2009; SCHEFFER et al, 2005). A relação causal entre ações judiciais e incorporação de novas tecnologias é difícil de ser demonstrada. Salazar e Grou (2008), analisando ações judiciais requerendo o medicamento Kaletra (lopinavir + ritonavir) de 1996 a 2006 demonstram que após a sua incorporação pelo Ministério da Saúde, o volume de ações judiciais pleiteando o medicamento caiu a praticamente 0, o que seria um indicativo de que a demora na incorporação influencia a judicialização<sup>147</sup>.

A atuação do Ministério Público é um exemplo ainda mais forte desta atuação dos atores do sistema de justiça em diferentes etapas do processo de formulação e implementação de políticas públicas (ARANTES, 2002). Através de mecanismos pré-processuais (Termo de Ajustamento de Conduta e Inquéritos Cíveis) e processuais (ações coletivas, especialmente a Ação Civil Pública) que lhes conferem ampla autonomia e poder de fiscalização, promotores são capazes de convocar a administração pública para corrigir problemas de execução de políticas (por exemplo, falta de vagas em creches, conforme CORREA, 2015) ou mesmo reformular políticas do zero, pautadas pelas diretrizes e agenda estabelecida por demandantes e membros do MP e Judiciário.

Um exemplo deste tipo de atuação é a judicialização da política de atendimento a pessoas com transtorno do espectro do autista (TEA) no Estado de São Paulo. Em 2000, a 3ª Promotoria de Direitos Humanos do Ministério Público instaurou um inquérito civil procurando investigar o atendimento oferecido a estas pessoas tanto pelas Secretarias de Saúde como de Educação do Estado de São Paulo. A política educacional do Estado adotava uma perspectiva de inclusão nas escolas públicas (TIBYRIÇÁ, 2014), de modo que a pessoa com TEA deveria ser matriculada na rede regular de ensino estadual e receberia atendimento especializado de forma complementar, em período diverso àquele em que o aluno frequenta as unidades de ensino comuns. Não somente, seu diagnóstico e acompanhamento clínico deveria ser realizado dentro

---

<sup>147</sup> No entanto, o autor argumenta: “Com exceção dos primeiros medicamentos antirretrovirais, pode-se afirmar que a demora na incorporação influencia os pedidos judiciais. Contudo, não há relação direta entre a duração do intervalo para a incorporação e o número de ações judiciais.” (SALAZAR e GROU, 2008, p. 47.)

de unidades de atendimento da Secretaria de Saúde do Estado, Unidades de Atendimento Básico, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Centros de Atendimento Psicossocial, Universidades e Unidades de Referência, de acordo com sua gravidade (TIBYRIÇÁ, 2014; SÃO PAULO, 2013).

O inquérito civil subsidiou a Ação Civil Pública n. 0027139-65.2000.8.26.0053, exigindo que o Estado de São Paulo custeasse todas as despesas médicas e educacionais relacionadas ao atendimento integral de autistas em todo o Estado em unidades especializadas. O judiciário paulista deferiu o pedido do Ministério Público, julgando a ação procedente 2001. Por meio de sua habilitação na execução da sentença, pessoas com TEA receberiam do Estado o custeio do que ficou conhecido como “bolsa”, para seu atendimento global por meio de unidades especializadas. A ação criou uma porta “indireta” a este atendimento especializado (TIBYRIÇÁ, 2014), que ao invés de assumir um caráter complementar, ganhava centralidade para todas as pessoas habilitadas na execução da ação<sup>148</sup>. Em 2012, a Lei federal 12.764 criou a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, tendo como uma de suas diretrizes “a inclusão das pessoas com autismo em escolas comuns de ensino regular” (Decisão 31/08/2016, ACP n.0027139-65.2000.8.26.0053). Esta lei foi seguida pela criação de uma política estadual intersetorial para pessoas com TEA, cujo desenho e implementação passaram a ser discutidos na própria ACP em audiência pública, convocada pela magistrada nos autos do processo em 2014<sup>149</sup>. O caso segue em aberto e demonstra que a atuação de membros do sistema de justiça em diferentes etapas da formulação de políticas públicas não é característica apenas da judicialização da saúde. A judicialização de políticas públicas, como um todo, é marcada por estas interferências. Observamos processos semelhantes nas políticas públicas de educação (OLIVEIRA e MARCHETTI, 2013), acesso a vagas em creches (CORREA, 2015) e na concessão de benefícios da seguridade social (WANG e

---

<sup>148</sup> Não temos dados sobre quantas pessoas se beneficiaram diretamente pela habilitação nesta ação. O caso como um todo exige uma reflexão mais profunda que não encontra espaço aqui. O caso é um exemplo bastante interessante de intersecção entre política pública e sistema de justiça, uma vez que se prolonga por mais de 10 anos e teve ao longo de sua execução uma participação bastante ativa das Cortes e do MP no acompanhamento da implementação da decisão, fiscalizando até os convênios firmados com entidades filantrópicas, além da convocação de audiência pública com entidades, demandantes e Estado.

<sup>149</sup> Para mais detalhes, conferir decisão e acompanhamento processo no [Anexo eletrônico](#).

VASCONCELOS, 2012), por exemplo. Não somente, este não é um fenômeno apenas brasileiro, como discutimos em capítulo anterior.

Para além desta atuação específica sobre determinadas demandas, a própria judicialização passa a ser identificada como uma “questão/problema”, que merece ser endereçada e corrigida por meio de políticas públicas. Como vimos, além das respostas institucionais gerais discutidas no capítulo 2, as quatro experiências estaduais demonstram a judicialização como “problema social” relevante, que mobiliza atores do mundo da política pública e do mundo do direito em direção a estratégias mais gerais. Essas respostas, no âmbito estadual, aproximam especialmente procuradores do Estado e gestores das secretarias. A “gestão da judicialização” se transforma em uma política pública elaborada e implementada especialmente por estes participantes.

Teixeira (2011) e Souza (2016) já tentaram observar a judicialização a partir desta faceta de formulação e implementação de políticas públicas, analisando iniciativas pontuais de gestão de demandas judiciais nos casos do Estado e do Município do Rio de Janeiro. Teixeira (2011) mobiliza a literatura sobre ciclos de políticas públicas para propor que o Sistema de Pedido Administrativo (SPA, que tratamos acima) seja visto como uma política estabelecida por procuradores, gestores e defensores públicos que constroem uma agenda de prioridades (agenda setting) e implementam mecanismos de gestão, enxergando a judicialização como uma “questão/problema” que merece atenção na agenda política. Souza (2016) propõe que se observem estas práticas como produtos da atuação em rede de atores, que estabelecem mecanismos de governança para lidar com problemas que individualmente não conseguem gerir ou resolver sozinhos. Nas suas palavras:

*“As redes de governança são institucionalizadas através de acordos entre os órgãos partícipes, que interagem, visando a construir soluções que incorporam os objetivos e visões de todos. Dessa forma, potencializam a interação e a conectividade entre atores governamentais, de modo a multiplicar a influência individual ou posicional que possuem, através de estruturas de ligação que lhes dão acesso a atores-chave e a recursos que esses atores podem entregar.” (SOUZA, 2016, p. 19).*

Na esteira destes estudos, proponho que as respostas institucionais que analisamos no capítulo 3 sejam vistas como políticas públicas à questão/problema da judicialização. A tabela a seguir resume as variáveis relevantes do perfil da judicialização de cada Estado para a definição desta questão/problema. A seguir, comparo estas variáveis com as respostas encontradas e narradas pela pesquisa qualitativa apresentada acima e seus principais atores.

(i.) *Identificação da questão-problema:*

**Tabela 17: Resumo do Perfil da Judicialização nos quatro Estados**

	SP	SC	RS	RJ
<b>Representação dos demandantes (1)</b>	Advogados privados	Advogados privados	Defensoria Pública	Defensoria Pública
<b>Pedido (2)</b>	Medicamentos não padronizados	Medicamentos não padronizados	Medicamentos não padronizados	Medicamentos não padronizados
<b>Tipo de ação (3)</b>	Individual	Individual	Individual	Individual
<b>Média de novas ações por ano (4)</b>	15,88%	-	12,2%	-123%
<b>Processos ativos (5)</b>	43.000 (2015)	23.969 (2016)	90.000 (maio de 2017)	12.700 (2015)
<b>Local de maior número de novas ações (6)</b>	Interior	-	Interior	-
<b>Taxa de sucesso médio dos demandantes (7)</b>	84,68%	84,16%	88,98%	95,7% (liminares)
<b>Descumprimento médio de 2011-2015(8) *</b>	18%	16%	12%	-
<b>Sanções mais comuns (9)</b>	Multa	Multa	Bloqueio e Sequestro	Bloqueio e Sequestro
<b>Impacto orçamentário em 2015-2016 (10)</b>	R\$ 1 bilhão de reais (2015)	R\$ 230 milhões (2016)	R\$ 275 milhões (2016)	R\$ 71 milhões (2015)
<b>Impacto redistributivo estimado (11)</b>	R\$ 495,00 por habitante x R\$ 23 mil por paciente judicial (2015)	R\$ 393,00 por habitante x R\$9.595 por paciente judicial (2016)	371,00 por habitante x 3.400 reais por paciente judicial (2016)	R\$ 335,00 por habitante x R\$1.820,00 por paciente judicial (2015)

Fonte: Elaboração própria. (1), (2) e (3) Conforme Literatura; (4) Conforme relatórios oficiais para SP e RS cedidos pelas PGEs; e Relatório do TCU (2015) para SC e RJ. (5) Conforme relatório Intrafarma (2016) para RJ; Relatório

cedido pela PGE para RS, Relatório CODES (2015) para SP e Caetano (2017) para SC; (6) Conforme relatórios cedidos pelas PGEs para SP e RS; (7) Conforme pesquisa que realizamos para ações contra o Estado propostas apenas na comarca da capital, da pesquisa em andamento coordenada por Wang et. al., para SP, SC e RS - anos de 2011 à 2015; e Ventura (2012) para o Rio de Janeiro; (8) Conforme pesquisa que realizamos para ações contra o Estado propostas apenas na comarca da capital, da pesquisa em andamento coordenada por Wang et. al., para SP, SC e RS - anos de 2011 à 2015; (9) Conforme pesquisa que realizamos para ações contra o Estado propostas apenas na comarca da capital, da pesquisa em andamento coordenada por Wang et. al., para SP, SC e RS - anos de 2011 à 2015; e Ventura (2012) para RJ; (10) Conforme relatos de autoridades noticiados na mídia – ver fontes no capítulo 3; (11) Estimativa a partir de dados obtidos do SIOPS. \* Variável descumprimento apenas captura sanção prevista na decisão liminar/antecipação de tutela.

Seguindo as tendências descritas no capítulo 2, para os quatro Estados a maior parte da judicialização é composta de demandas individuais com alto índice de sucesso, requerendo medicamentos em geral não padronizados. Ainda que os dados mais precisos e atuais que disponho caracterizem as demandas propostas especialmente nas capitais dos Estados, é de se esperar que sobretudo o padrão de sucesso dos demandantes se repita no interior, especialmente porque, nestes locais, existe uma menor atuação especializada das procuradorias e menos varas judiciais especializadas. Não somente, no interior, a atuação das secretarias é descentralizada, variando conforme a capacidade de trabalho das regionais de saúde, o que impõem limitações sobre as possibilidades de o interior se articular com a capital e suas estratégias de qualificação de defesas e cumprimento de decisões.

Pacientes judiciais custam mais ao Estado que pacientes comuns, não só em razão dos medicamentos não padronizados que solicitam, em geral mais caros que os adotados pela política, mas, especialmente, em razão da forma como os pedidos chegam às secretarias. Sem sequer considerar o conteúdo do pedido, supondo em um melhor cenário, que a Secretaria seja não só competente para fornecer o medicamento, mas que ela o tenha em estoque e prontamente disponível para a dispensação, a ação judicial já custou ao Estado mais que o pedido administrativo: enquanto este requer que a burocracia interna da Secretaria analise a documentação e dispense o produto, ou seja, mobilizando pessoal e estrutura, no caso da ação judicial, temos os gastos envolvidos com a atuação de ao menos três órgãos – Judiciário, SES e PGE. Este custo inerente à ação judicial pode ser ainda maior, se o pedido foi ajuizado pela Defensoria e se ele exigiu a atuação do Ministério Público como *custos legis*, por exemplo.

Enquanto nos pedidos administrativos temos os custos inerentes ao acesso ao serviço de saúde, no caso da judicialização, temos custos com o acesso à justiça para então acessar a saúde.

Além destes custos, o processo judicial exige resposta em geral em curtos prazos e já para o cumprimento de decisões de antecipação de tutela deferida. Este cumprimento exige a compra de medicamentos, insumos e dietas em geral não padronizados, ou que não são de competência das secretarias, de modo que a princípio, sem o estímulo da judicialização, o Executivo estadual não teriam estes produtos em estoque.

Não somente, o cumprimento não só exige aquilo que as Secretarias, em um primeiro momento, não têm, mas exige que elas adquiram estes produtos rapidamente, sob pena de multa, bloqueio e sequestro de verbas ou a responsabilização administrativa e criminal de gestores. Como vimos, a compra deste tipo de demanda é particularmente complexa. Independentemente se parte ou não das listas do SUS, se não são de competência do Estado, este, em um primeiro momento não dispõem do medicamento e é obrigado a realizar compras irracionais, a custos mais elevados que aqueles que o Executivo teria se tivesse (i) tempo para licitar; (ii) e uma demanda previsível e constante destes medicamentos. Complicadores como marca, posologia específica, ou medicamentos apenas adquiridos sob importação, impõem mais restrições a capacidade das Secretarias em ter maior poder de barganha. Neste caso a Secretaria é um consumidor que tem urgência na aquisição de um produto específico – de marca e posologia – em um grande volume de ações com produtos e combinações de produtos diferentes.

Além dos custos do processo, da compra irracional, a secretaria ainda tem a necessidade de estabelecer um fluxo de trabalho que responda a estas demandas judiciais, tanto para cumpri-las quanto para se defender – ou seja, o custo do acesso à saúde via acesso à justiça. Assim, precisam de pessoal qualificado, especializado, que possa ler as decisões judiciais, cadastrar pacientes, estabelecer fluxos de compra e prestar informações ao Judiciário, via PGE ou mesmo diretamente. Nesse sentido, os custos do paciente judicial também envolvem os custos desta necessidade organizacional.

Por fim, a judicialização traz novos atores para interagir com a gestão da saúde em foros mais amplos, e envolve a secretaria em demandas mais gerais de reconfiguração de suas

decisões e políticas. Na medida em que a saúde deixa de ser um tema dos profissionais da saúde para ser também tratada pelo mundo do direito, outras demandas por atualização de listas, participação em comitês, criação de núcleos e treinamento de atores do sistema de justiça, envolvem a secretaria em novas ações que não são só resposta à questão/problema da judicialização, mas resposta a questões que a judicialização enseja ou desvende – desde gargalos, ineficiências e fraudes constatadas pela atuação destes novos atores, até gargalos, ineficiências e fraudes causados por eles, como a desestruturação de políticas em curso, a realocação de pessoal de setores da secretaria àqueles da judicialização, e de recursos financeiros.

*(ii.) Agenda setting, formulação e implementação: políticas públicas de gestão da judicialização.*

A questão problema entra na agenda de políticas públicas especialmente pelo contato direto e diário dos gestores e atores do sistema de justiça com as ações judiciais em saúde. As secretarias percebem o problema e as ineficiências associadas a ela a partir de sua própria prática. Esta prática se torna cada vez mais sofisticada e capaz de produzir dados agregados sobre a judicialização, a partir especialmente dos sistemas informatizados elaborados conforme as secretarias estabelecem fluxos mais abrangentes e organizados de trabalho. Estes sistemas, como vimos, permitem que as Secretarias trabalhem em um nível maior de agregação e visualizem quem são os principais demandantes e quais são os pedidos mais frequentes. Os atores do sistema de justiça, paralelamente, armazenam e processam estas informações por seus próprios sistemas e prática. A padronização de defesas e decisões, por exemplo, é uma evidência desta capacidade dos atores de perceber as questões mais comuns.

O problema ganha espaço mais amplo, formulado desta forma, como uma questão/problema, na medida em que estes atores da gestão e da justiça interagem continuamente, tanto dentro dos processos como em fóruns mais amplos. O tema também ganha espaço na grande mídia e na produção acadêmica, o que corrige ou reforça a percepção dos atores envolvidos diretamente com as demandas judiciais. Não somente, é levado às instâncias mais altas do Judiciário – como vimos CNJ, STF e STJ –, aos conselhos de gestores -

CONASEMS e CONASS – e aos espaços de direção do SUS – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Não somente, passa a mobilizar as próprias esferas legislativas – como vimos no caso da CONITEC<sup>150</sup>.

As primeiras respostas gerais à questão/problema são elaboradas especialmente por atores do sistema de justiça. Como vimos, o CNJ é o principal ator a formular políticas mais abrangentes de gestão da judicialização. STF e STJ, com o reconhecimento de repercussão geral e tema repetitivo indicam que tentam padronizar a ação de juízes de cima para baixo, ainda que os temas controversos, como Tema 6 (STF) e o 106 (STJ) permaneçam por decidir. O Legislativo responde com a alteração das normas de incorporação de tecnologia e o Ministério da Saúde estabelece os contornos gerais dessas alterações regulamentando e efetivamente criando a CONITEC.

No âmbito estadual, as políticas são especialmente formuladas pela gestão das secretarias, em atuação mais ou menos integrada com outros atores do sistema de justiça mas, especialmente com a PGE. São respostas que procuram atender aos contornos gerais do problema, mas adequadas às varrições locais que envolvem tanto o próprio fenômeno quando as diferentes capacidades institucionais das secretarias.

**Tabela 18: Consolidação das estratégias estaduais e atores**

**São Paulo**

	<b>Estratégia</b>	<b>Forma</b>	<b>Atores - criação da política</b>	<b>Atores implementadores</b>
<i>Gestão Pré-Processual</i>	Atendimento administrativo para medicamentos e produtos	Processo administrativo por meio de requerimento junto à Comissão de Farmacologia da SES/SP	SES-SP	SES-SP
	Acessa SUS - fase de triagem nos Juizados Especiais e Varas da Fazenda Pública	Convênio entre atores. Triagem de pacientes e tentativa de resolução administrativa. Atuação de equipe técnica cedida pela	SES-SP, PGE-SP, MP-SP, Defensoria Pública	SES-SP e TJ/SP

<sup>150</sup> Em consulta livre à busca legislativa da Câmara dos Deputados, por meio do termo específico “judicialização da saúde”, obtive 36 resultados de projetos em tramitação. Conferir: <http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisaSimplificada> (Acesso 10/01/2018).

<i>Gestão Processual</i>		SES-SP no AME Maria Zélia.	Estadual, TJ-SP	
	Cumprimento de decisões judiciais	Fluxo de cadastro, de análise do pedido e de compra dos medicamentos judicializados, coordenado pela CODES via S-CODES.	SES-SP e PGE-SP	SES-SP e PGE-SP
	Defesa judicial	Elaboração de pareceres técnicos pela CODES em interação com a PGE-SP (PJ8). Atuação caso a caso para demandas de grande impacto. Interação entre SES-SP e PGE-SP via S-CODES, reuniões semanais, contato pessoal entre atores.	SES-SP e PGE-SP	SES-SP e PGE-SP
	Acesso SUS - fase de consulta pelos magistrados	Elaboração de pareceres técnicos para auxílio de magistrados.	SES-SP, PGE-SP, MP-SP, Defensoria Pública Estadual, TJ-SP	SES-SP e TJ/SP
	Triagem Farmacêutica	Elaboração de pareceres técnicos para auxílio de magistrados e tentativa de conciliação para reinserir o paciente no SUS.	SES-SP e TJ-SP	SES-SP e TJ-SP
	NAT	Mediação e elaboração de pareceres para casos de saúde suplementar	TJ-SP, ANS, ABRAMGE, FenaSaúde	TJ-SP
<i>Gestão Pós-Processual</i>	Treinamento e interlocução com procuradores e gestores do interior - casamento institucional	Reuniões entre diretores de DRS, procuradores de regionais do interior, coordenadores da PJ8 e CODES	SES-SP e PGE-SP	SES-SP e PGE-SP

## Santa Catarina

	<b>Estratégia</b>	<b>Forma</b>	<b>Atores - criação da política</b>	<b>Atores implementadores</b>
<i>Gestão Pré-Processual</i>	NAT	Sistema de consulta CEOS, aberto para membros do Judiciário, Defensorias e Ministério Público. A consulta por	SES-SC	SES-SC

		promotores e defensores permite evitar ações judiciais.		
<i>Gestão Processual</i>	Cumprimento de decisões judiciais	Fluxo de cadastro, de análise do pedido e de compra dos medicamentos judicializados, coordenado pela COMAJ e COJUR.	SES-SC	SES-SC e PGE-SC
	Defesa judicial	Elaboração de pareceres técnicos pela COMAJ em interação com a PGE-SC (NARAS). Atuação caso a caso para demandas de grande impacto pela COJUR. Interação entre SES-SC e PGE-SC via PGE-Net, ofícios e telefone.	SES-SC e PGE-SC	SES-SC e PGE-SC
	NAT	Elaboração de pareceres técnicos para auxílio de magistrados.	SES-SC e TJ-SC	SES-SC, TJ-SC e JF-SC
<i>Gestão Pós-Processual</i>	Comitê Estadual	Elaboração de recomendações, fórum de debates e integração entre gestores e sistema de justiça	CNJ, Justiça Estadual e Federal	SES-SC, PGE-SC, MPE, MPF, DPE, DPU, JE, JF, OAB, TCE, Secretaria Municipal de Florianópolis, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, Federação Catarinense de Municípios e Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis.

## Rio Grande do Sul

	<b>Estratégia</b>	<b>Forma</b>	<b>Atores - criação da política</b>	<b>Atores implementadores</b>
<i>Gestão Pré-Processual</i>	Convênio com a Defensoria Pública	Defensoria remete usuários às unidades da SES-RS antes de propor ação judicial	SES-RS e Defensoria Pública	SES-RS e Defensoria Pública
<i>Gestão Processual</i>	Cumprimento de decisões judiciais	Análise e triagem feita pela Assessoria Jurídica. Assistência Farmacêutica recebe	SES-RS	SES-RS

		os pedidos e providencia o cumprimento via sistema AME.		
<i>Gestão Pós-Processual</i>	Defesa judicial	Equipe técnica terceirizada, contratada pela SES-RS em parceria com a PGE-RS, para elaborar pareceres.	SES-SP e PGE-SP	PGE-SP
	Comitê Estadual	Elaboração de recomendações, fórum de debates e integração entre gestores e sistema de justiça	CNJ, Justiça Estadual e Federal	SES-RS, PGE-RS, MPE, MPF, DPE, Federação das Associações dos Municípios do RS (FAMURS), AGU, Procuradoria Regional da União da 4ª Região e o Conselho Regional de Medicina (CREMERS)
	Resolve + Saúde	Impedir ou reduzir bloqueios judiciais. Pretende ser um espaço de triagem administrativa também.	SES-RS e PGE-RS	SES-RS e PGE-RS

## Rio de Janeiro

	<b>Estratégia</b>	<b>Forma</b>	<b>Atores - criação da política</b>	<b>Atores implementadores</b>
<i>Gestão Pré-Processual</i>	Câmara de Resolução de Litígios em Saúde	Triagem administrativa com a possibilidade de judicialização via Defensorias, instaladas in loco.	PGE-RJ, SESDEC-RJ, Defensorias Públicas Estadual e Federal, Município do Rio de Janeiro	PGE-RJ, SESDEC-RJ, Defensorias Públicas Estadual e Federal, Município do Rio de Janeiro
<i>Gestão Processual</i>	Cumprimento de decisões judiciais	Análise, triagem e cumprimento realizados por equipe multidisciplinar da CADJ.	SESDEC-RJ	SESDEC-RJ
	Defesa judicial	Pareceres elaborados por equipe técnica da SESDEC-RJ localizada dentro da PGE-RJ.	SESJ-RJ e PGE-RJ	SESJ-RJ e PGE-RJ
	NAT	Elaboração de pareceres técnicos para auxílio de magistrados.	SESDEC-RJ e TJ-RJ	SESDEC-RJ, TJ-RJ e JF-RJ

<i>Gestão Pós-Processual</i>	Comitê Estadual	Elaboração de recomendações, fórum de debates e integração entre gestores e sistema de justiça	CNJ, Justiça Estadual e Federal	SESDEC-RJ, SMS-RJ, PGE-RJ, PGM-RJ, MPE, MPF, DPE, DPU, JE, JF, gestores de saúde municipais, membros da Academia.
------------------------------	-----------------	--	---------------------------------	---

Fonte: Elaboração própria, baseada no capítulo 3.

Assim, para tentar impedir que as demandas se tornem judiciais, incorrendo no duplo custo que discutimos acima, os gestores de três dos quatro Estados estabeleceram procedimentos administrativos que pretendem triar pedidos e inserir o paciente dentro da política: a CRLS no Rio de Janeiro, o processo administrativo paulista (que permite a concessão de medicamentos não padronizados), e a parceria da SES-RS com a Defensoria Pública. Não somente, tramitam projetos em São Paulo e no Rio Grande do Sul para estender este filtro administrativo: as iniciativas ACESSA SUS e Resolve + Saúde.

Para gerir as ações já judicializadas e a compra de medicamentos, três dos quatro Estados acima criaram órgãos específicos, contratando pessoal ou realocando funcionários da própria secretaria (CODES-SP, CADJ-RJ e COMAJ-SC). Não somente, três deles desenvolveram sistemas informatizados novos ou atualizaram sistemas que geriam pedidos administrativos para lidar com o cumprimento das ações e organizar a sua compra (S-CODES, AME, MedJud). Não somente, estabeleceram rotinas de trabalho padronizadas, divididas em etapas claras, e tentam gerir a porta de entrada das ações de forma mais ou menos eficiente.

Neste processo a parceria com o Judiciário e, especialmente com a PGE, torna-se estratégica: as medidas judiciais precisam entrar por poucas portas ou uma única porta, precisam ser recebidas por pessoal preparado compreender o processo judicial e “traduzir” a linguagem jurídica aos termos da saúde. Por exemplo, a Gestora SP 4 conta que muitas decisões em antecipação de tutela chegam à Secretaria apenas citando o pedido das partes a partir de referência às folhas do processo. Não somente, a comparação entre pedido e determinação judicial é outro dos passos da análise do que deve ser cumprido – muitas decisões modificam especificações do pedido, por exemplo, determinando a compra apenas de genéricos, ou estabelecem ordens mais abrangentes, como à aquisição de qualquer medicamento ou produto que o demandante precisar, ou ainda estabelecem condições para a dispensação – por exemplo,

alteração ou complemento dos documentos juntados no processo ou a apresentação de receita médica de forma regular para tratamentos contínuos.

A interpretação também dos prazos processuais e das sanções, é outro dos pontos deste momento de recepção das demandas. Dado o volume, este procedimento precisa ser realizado por gestores treinados em direito ou que tenha familiaridade com essa linguagem. Não somente, a comunicação constante com a PGE, tanto para que os procuradores juntem ao processo informações sobre o cumprimento, quanto para traçar estratégias processuais, é uma realidade diária destes órgãos. Pensar a defesa processual das Secretarias nos autos se torna uma ação conjunta de gestores e procuradores e uma demanda do Poder Judiciário, que se convence menos de argumentos apenas “jurídicos” e passa a exigir a legitimação “técnica” das defesas. Trataremos deste ponto, e das suas repercussões sobre a linguagem e aproximação entre gestores e procuradores mais adiante.

Para cumprir as decisões em curtos prazos, as Secretarias tentam prever o que será judicializado, estabelecem atas de registro de preço de forma antecipada para obter preços mais vantajosos, ou mesmo compram “a mais” (como no caso do Rio de Janeiro), para ter em estoque, por meio de uma única compra, daquilo que sabem será demandado novamente. Estas medidas não tornam o processo de gestão da compra mais fácil. Como vimos, todas as Secretarias se queixam da dificuldade de comprar e, portanto, de cumprir as decisões judiciais, dados os prazos curtos, medidas de sequestro ou bloqueio de valores e, especialmente a dificuldade em licitar medicamentos específicos, em compras individuais.

Também a PGE precisa estabelecer procedimentos especializados e resposta processual rápida, dado o volume de decisões, escolhendo estrategicamente que ações merecem defesa mais profunda e atenta (despachando com juízes, solicitando provas e audiências ou valendo de pareceres técnicos mais elaborados) e que ações receberão um tratamento padronizado. Nos quatro Estados, as procuradorias se especializaram em saúde, sobretudo nas capitais. Não somente, através ou da atuação direta da Secretaria ou de forma terceirizada, equiparam-se para apresentar pareceres técnicos para a maior parte das ações.

Este movimento de maior qualificação, contudo, precisa ser financeiramente viável dado o volume da judicialização da saúde e a repetição de pedidos. Neste passo encontrei nos quatro Estados o uso de modelos e padronização de teses, mesmo as técnicas, para a grande maioria dos casos. Não somente, a autorização para não recorrer em casos que tem posicionamento jurisprudencial amplamente desfavorável também funciona com mecanismo que todos os Estados se utilizam para gerir o volume de ações judiciais e, de certa forma, conceder sem litigar.

A diferença, contudo, resta na capacidade de algumas procuradorias, e procuradores, em se articular com as Secretarias de modo a distinguir claramente o que merece uma ação estratégica e individualizada. O caso do atendimento a pessoas com transtorno do espectro do autista, que citamos acima, é um exemplo em um conjunto maior de atuações estratégicas da PGE coordenada com a SES-SP. Como exemplifica um dos procuradores entrevistados sobre a atuação estratégica da PGE-SP:

*“A proposta é que me seduziu foi de sairmos do enxugar o gelo que é o que nós fazemos, que é defender o Estado em ações de medicamento, é enxugar gelo. Vocês mesmo perceberam que nós perdemos 95% das ações e o que me seduziu foi justamente uma atuação, eu não gosto do termo, mas é proativa que o [Procurador SP 1] havia proposto e que eu assumi, que era justamente, por exemplo, fazer, escrever ações civis públicas a respeito de uma investigação criminal que havia sido constatada no interior de São Paulo. E isso me seduziu muito e a ele também pela minha pro-atividade, eu não gosto do termo que não é, mas é isso mesmo. É e que foi sem dúvida nenhuma um dos trabalhos mais legais que nós fizemos até hoje”* (Entrevista Procurador SP 2).

Esta atuação estratégica em algumas ações em São Paulo é realizada pela interação entre PGE e CODES, instrumentalizada pelas informações que o S-CODES consolida, que permitem identificar, por exemplo, padrões epidemiológicos de pedidos por certos medicamentos – os mesmos medicamentos ou serviços sendo requeridos por pacientes concentrados em uma mesma localidade, padrões de representação processual – os mesmos advogados requerendo os mesmos medicamentos, ou pedidos altamente judicializados (que podem ensejar alterações políticas mais amplas). Estas informações podem auxiliar estes atores a encontrar gargalos no atendimento do SUS ou mesmo fraudes.

O caso de São Paulo não é único. Pelas entrevistas é possível identificar que também em Santa Catarina a atuação estratégica especialmente da COJUR sobre demandas de grande impacto é uma das ferramentas encontradas pela gestão para selecionar aquilo pelo que “vale a pena brigar” dentre o rol de ações judiciais com destino quase certo. Medicamentos de alto custo ao Estado, ou ações com grande número de usuários são alguns dos critérios utilizados. O sistema interno também começa a encontrar padrões de representação e indícios de fraude ou pontos com problemas de atendimento dentro do Estado. A criação do NAT, como outro exemplo, é também tributária dessa atuação estratégica de gestores que, vinculados à Consultoria Jurídica e à Assistência Farmacêutica, criaram um banco de dados próprio que viria a se tornar o CEOS e fornecer informações sobre o SUS para todos os atores envolvidos com a judicialização.

Para três dos quatro Estados o Comitê Estadual, criado pelo CNJ, se coloca como um espaço de troca e articulação entre atores e uma política própria de gestão. A possibilidade de que gestores possam apresentar e discutir regularmente questões ligadas à política para um público jurídico aumenta o contato entre estes mundos – o da política de saúde e o do direito – e permite que parcerias surjam e se consolidem. A função mais importante dos Comitês, contudo, é estabelecer um espaço de articulação com o próprio Judiciário. Considerando que parte do problema está na alta taxa de sucesso dos demandantes, em sede, inclusive, de antecipação de tutela, e do estabelecimento de prazos curtos e sanções fortes, o principal ator responsável por criar a maior parte dos incentivos para a judicialização é o próprio Judiciário. O Comitê, por ser coordenado por juízes e se estabelecer dentro do próprio Judiciário, funciona como um momento destacado, meta-processual, em que juízes tem contato com gestores de forma não mediada pela posição que estes ocupam no processo.

A estrutura e importância destes comitês varia entre Estados, contudo. No Rio Grande do Sul é citado em todas as entrevistas como um mecanismo de articulação que explica muitas das estratégias adotadas pelo Estado e convênios estabelecidos e em curso. No Rio de Janeiro, a principal queixa é a falta de estrutura própria, sem financiamento direito do CNJ, que exige a iniciativa pessoal de seus coordenadores para que de fato funcione. Não somente, em ambos os Estados o Comitê é referido como um espaço “do Judiciário” e que somente traz à mesa atores

“já convertidos”, ou seja, já conscientes da judicialização formulada como “questão /problema”. Em Santa Catarina, apenas um procurador mencionou o Comitê em entrevista. Este dado pode ser explicado por duas hipóteses: ou este foro, ainda que seja aquele que possui maior transparência pública dentre os três, não é visto como um espaço resolutivo; ou os gestores e procuradores entrevistados não consideram seu trabalho integrado em uma cadeia de estratégias, de modo que enxergam sua atuação de forma mais segmentada que os demais Estados.

Nesse sentido, as estratégias de gestão da judicialização se estabelecem como políticas mais ou menos articuladas entre si. O caso do Rio de Janeiro é emblemático desta articulação. Todos os atores entrevistados têm completa compreensão do fluxo de trabalho dos outros atores e como estas ações se integram em um sistema de gestão que pretende dar uma resposta oficial única à judicialização, antes e depois das ações judiciais. Não somente, para as fases pré-processual e processual, a articulação chave entre a PGE e a secretaria permitiu que ações judiciais pudessem ser evitadas em uma fase administrativa bem estruturada e centralizada. Esta política funciona, inclusive, como porta de primeiro acesso de usuários à política de assistência farmacêutica, incorporando pacientes ao sistema único sem qualquer interface com o Judiciário. A presença de um grande e único demandante, a Defensoria Pública, facilitou esta integração, mas não é fator determinante.

Como vimos, a Defensoria é também a principal demandante no Rio Grande do Sul, de modo que uma das primeiras estratégias da Secretaria foi firmar convênio com defensores para que eles remetessem os processos antes a uma triagem interna, para privilegiar pedidos administrativos. Este tipo de medida também vigorou em São Paulo, como vimos, até o rompimento do convênio. No Rio Grande do Sul, esta é a única forma de gestão pré-processual em operação, ainda que o projeto Resolve + Saúde tente estabelecer um espaço semelhante ao do Rio de Janeiro, desafio, como vimos, enfrentado especialmente pela Procuradoria do Estado.

São Paulo é um caso bastante particular. Como o Estado mais rico dentre os quatro, é de se esperar que ele tenha a maior capacidade institucional para lidar com a judicialização e estabelecer as melhores práticas. Esta expectativa é parcialmente correta. O Estado conta o maior número presente de estratégias para lidar com a judicialização (8 estratégias enquanto os demais Estados possuem 5) e, com a criação da CODES e do S-CODES, fomenta uma

padronização de fluxos e rotinas de gestão processual por todo o país (o que culminou, especialmente, com a disponibilização gratuita do S-CODES aos demais Estados pelo Ministério da Saúde).

Dado que o volume total de ações ativas não é o maior entre os quatro Estados, é possível afirmar que estas estratégias têm efeito sobre o volume da judicialização. O Estado de São Paulo, contudo, também conta com a judicialização mais cara, tanto em termos absolutos como por paciente judicial. Um paciente judicial em São Paulo, como vimos, custou em 2015, R\$23.000,00, mais que o dobro do paciente judicial em Santa Catarina, que custou em 2016 R\$ 9.595,00 para o Estado. Considerando que em todos os Estados a taxa de sucesso dos demandantes é semelhante, esta diferença em termos de custo dos pacientes judiciais pode ter, ao menos, três explicações: ou os dados dos demais Estados quanto aos custos com as demandas judiciais não são tão compreensivos quanto os reportados pelo Estado de São Paulo – de modo que nos outros três existe uma subestimação; ou os pedidos em São Paulo envolvem medicamentos, produtos e serviços mais caros que nos demais Estados, de modo que mesmo constante o volume da judicialização, o objeto das demandas aumenta os custos para o Estado – explicação que poderia ser considerada bastante plausível, dado que o Estado funciona como um polo de avanço em termos médicos no país, envolvendo medicamentos e tratamentos experimentais; ou, em São Paulo, a gestão da judicialização é, ela mesma, mais cara que nos demais Estados.

Não tenho folego ou dados para testar estas hipóteses e é de se esperar que todos estes fatores desempenhem alguma função em explicar o custo da judicialização no Estado. Nesta pesquisa, contudo, encontrei uma maior desarticulação entre as estratégias paulistas que nos demais Estados, até pelo seu maior número. Esta desarticulação é, inclusive, referida nas entrevistas, como vimos acima, sobretudo entre as estratégias pré-processuais e processuais. A concessão administrativa de medicamentos não padronizados, por exemplo, não se integra com o posicionamento da SES-SP em sua defesa processual – que argumentará pela não padronização como razão para a não concessão, por exemplo. Não somente, coexistem duas estratégias de assessoria técnica aos magistrados – via pareceres do Acesso SUS e triagem farmacêutica no tribunal, que não se articulam, o que também gera posições contraditórias. O

projeto Acesso SUS, como um todo, é uma tentativa de integrar todas as práticas pré-processuais e processuais em um grande desenho. Vimos, contudo, que ele enfrenta desafios, especialmente relacionados a construção de uma agenda comum entre todos os envolvidos, dificuldade agravada por não existir um fórum único e consolidado onde gestores, procuradores e membros do sistema de justiça possam sentar e dialogar continuamente (como no caso dos Comitês Estaduais).

Considerando esta visão mais abrangente sobre as estratégias de gestão postas em prática, é possível observar que gestores e atores do sistema de justiça não só elaboram as políticas, mas também as implementam. Todas as práticas narradas acima partiram de movimentos internos das próprias secretarias, sancionados pelos Secretários de saúde, ou da articulação de gestores com membros do sistema de justiça, especialmente procuradores.

Estas redes criam, implementam e revisam as políticas adotadas. Este tipo de atuação, por certo compromete a legitimação política destas estratégicas, na medida em que sua criação e implementação apenas indiretamente passa por atores eleitos ou vinculados aos atores eleitos – Procurador Geral do Estado, Secretário de Saúde – e sua legalidade e constitucionalidade é raramente testada, já que se estabelecem de modo altamente infralegal – por meio de termos de convênio, portarias e resoluções ou mesmo de modo informal – como vimos a CODES, por exemplo, funcionou por mais de 10 anos sem estar prevista nos quadros organizacionais da Secretaria. São políticas criadas e implementadas pelas burocracias que atuam nos meandros de suas instituições e que ousam “sair de seus quadrados” e procurar parceiros em outras burocracias, para lidar com problemas comuns.

A possibilidade de compreender burocracias como mais do que atores que apenas implementam decisões tomadas nas altas instâncias hierárquicas do Executivo ou no âmbito propriamente político, mas que também criam políticas, tem sido alvo especialmente dos trabalhos sobre burocracias de médio escalão e de rua, dos quais trato a seguir. Não pretendo classificar gestores e procuradores como um tipo de burocracia ou outro, uma vez que o foco deste trabalho não foi o estudo destas burocracias especificamente. Mas a partir da releitura que a teoria traz sobre o próprio processo de formulação de políticas públicas a partir da iniciativa

de atores que idealmente apenas as implementariam, é possível compreender melhor estas redes de interação de que tratei acima e do papel da integração entre Secretarias e PGE neste processo.

#### **4.2. Burocracias de rua, de médio escalão e a elaboração de políticas públicas.**

A literatura passou a revisar a descrição sobre elaboração de política públicas que apenas as considera como formuladas nos âmbitos mais altos de poder, por políticos ou burocratas de alto escalão. Especialmente diante da constatação empírica do poder discricionário e de revisão de atores intermediários e finais, responsáveis pela implementação de decisões (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015), os estudos passaram a reconsiderar a própria noção formalista e hierárquica em que concebem as diferenças entre tomadores de decisão e implementadores. Burocracias de médio escalão e de nível de rua tem certo grau de discricionariedade a determinar como exercerão suas funções, desempenhando atividades não necessariamente planejadas, ou implementando o planejado com vieses que têm o condão de redefinir a política como um todo. A implementação passa a ser revista “como parte contínua e integrante do processo político” (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015) e, assim, a ação pode também ser fonte de política pública.

O trabalho clássico de Lipsky (1980) é um dos fundadores desta perspectiva, tratando dos agentes de rua, a burocracia que trabalha diretamente em contato com os usuários das políticas públicas, demonstrando como suas decisões ao nível da rua afetam todo o processo de implementação da política e ensejam, inclusive, revisão das decisões tomadas nas hierarquias superiores. Trabalhando com um nível de desagregação que se volta a ação individual de burocratas que lidam diretamente com cidadãos na prestação de serviços públicos, o autor argumenta que a burocracia de rua pode implementar a política com grande discricionariedade. A ação individual desses burocratas se soma ao comportamento do órgão como um todo e permite que estes agentes “façam política pública em relação a aspectos relevantes de suas interações com cidadãos” (LIPSKY, p. 13).

Para ser caracterizada como burocracia de rua nestes termos, o autor identifica duas características essenciais: *um grau relativamente alto de discricionariedade e relativa autonomia em relação às autoridades da organização*. Discricionariedade é um conceito

relativo, nesta análise, na medida em que estes burocratas estão sujeitos a diferentes fontes de restrição advinda das próprias regras que estruturam a política e definem as funções e espaço que ocupam dentro de um determinado órgão. Como argumenta, estas regras estabelecem os grandes limites de ação destas burocracias e determinam “o grau de padronização que existe dentro de programas de política pública localmente” (LIPSKY, p. 14). Mesmo sujeitos a estas regras, estes atores tomam decisões com certa “subjetividade”, já que a ação de interpretar as normas e programas de cada política depende de uma “sensibilidade de observação e julgamento” que não são redutíveis ao formato geral do programa de uma determinada política pública (LIPSKY, p. 15).

Burocratas de rua são, para Lipsky, atores diferentes de burocratas envolvidos com as funções de gestão mais abrangentes. Enquanto os dois tipos de burocratas querem maximizar sua renda e gratificação pessoal e reduzir os perigos e desconfortos associados ao desempenho de suas funções, burocratas envolvidos com a gestão (que passarei a chamar aqui de burocratas de médio escalão) tem um interesse adicional: estão em geral preocupados com a produtividade e a efetividade da política. Estes atores exercem pressão sobre a burocracia de nível de rua, para que ela cumpra metas de forma produtiva. Para Lipsky, a burocracia de médio escalão tem sua ação orientada pelo resultado, em maior medida. Não somente, sua interação com os usuários dos serviços é menor e em larga medida mediada pelos burocratas de nível de rua. Esta diferença é bastante relevante, uma vez que burocracias de médio escalão estarão comprometidas com determinados padrões de justiça e equidade menos sensíveis a casos individuais, enquanto burocratas de nível de rua “se confrontam constantemente com a injustiça em tratar todas as pessoas sob os mesmos parâmetros” (LIPSKY, p. 22).

Lipsky não analisa estes burocratas de médio escalão de forma mais pormenorizada, mas os trabalhos sobre este grupo específico aumentam a compreensão do papel de atores de níveis hierárquicos mais baixos na definição de políticas públicas em geral. A literatura sobre a burocracia de médio escalão define-a como o grupo de atores da administração pública que gerencia os burocratas de nível de rua e que estabelece “o elo entre esses implementadores e o formuladores” das políticas (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015, p. 25). Como apontam Oliveira e Abrucio (2011, p. 8), uma burocracia de médio escalão não atua na ponta, como uma

burocracia de rua, “trabalhando diretamente nos serviços que gerencia”, tampouco estabelece as “diretrizes gerais do seu setor de atuação”, como as burocracias de alto escalão. É uma burocracia de meio, composta por diretores e coordenadores. Os trabalhos sobre estes atores ainda são escassos (OLIVEIRA, 2009; OLIVEIRA E ABRUCIO, 2011) e são bastante tributários da reflexão sobre estas burocracias dentro do setor privado.

Analisando a administração pública especificamente, a literatura parte de diferentes abordagens teóricas para caracterizar os valores, motivação, papéis e funções destes grupos. Lotta, Pires e Oliveira (2015) classificam estas abordagens em três tipos: perspectiva estrutural, da ação individual e relacional. A perspectiva estrutural concebe estes atores a partir da função que ocupam dentro das organizações públicas e “dos papéis definidos nos ordenamentos formais” (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015, p. 38). Dentro desta perspectiva, explicam Lotta, Pires e Oliveira (2015), a explicação para as decisões dos burocratas decorre das obrigações legais e dos comandos dos setores hierárquicos superiores, que definem compõem a estrutura dessas organizações e delimitam o âmbito e o conteúdo da ação dos atores dos níveis mais baixos. Trata-se de perspectiva bastante atrelada a uma formulação clássica e formalista de políticas públicas que parte de uma divisão hierárquica de trabalho entre as instâncias de decisão, compostas por atores políticos, e as instâncias abaixo em que burocratas técnicos executam as decisões acima.

A perspectiva da ação individual se volta aos indivíduos e seus comportamentos, partindo da premissa de que “a atuação de burocratas é motivada pela maximização de seus próprios interesses e ganhos pessoais” (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015, p. 39). Este modelo concebe os agentes da administração pública dentro de uma racionalidade “econômica” e estratégica, e mobiliza ferramentas da economia behaviorista para compreender o comportamento destes agentes, enfatizando o papel dos incentivos, mecanismos de monitoramento e sanções, os quais limitam o âmbito e o conteúdo da ação destes agentes maximizadores.

A perspectiva relacional trata estes agentes individuais a partir de suas *relações com outros atores tanto dentro da política como fora dela*. Trata-se de uma perspectiva “mais

abrangente” que compreende as políticas públicas como “marcadas por múltiplas redes de atores internos e externos ao Estado capazes de alterar o desenho e os resultados das políticas” (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015, p. 41). Elementos formais e a ação individual dos agentes são algumas das variáveis que explicam o comportamento de burocratas, mas a perspectiva relacional incorpora as interações entre agentes como variáveis explicativas adicionais ou mesmo mais relevantes, que permitem aos agentes significar seus próprios interesses, objetivos e estratégias e interpretar normas e elementos formais da política.

Esta perspectiva não só confere maior poder de agência às burocracias de médio escalão, mas reinterpreta a própria noção de hierarquia, reconhecendo que estes atores “sintetizam e disseminam informações para os níveis superiores e inferiores da organização” (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015, p. 42). Esta análise dá especial relevância as “responsabilidades cognitivas e comunicacionais” desses burocratas em suas interações “com agentes do topo e da base (além do entorno)” (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015, p. 42). Neste processo, “estabelecem-se constantes práticas de tradução, readaptação, recategorização das normas para inseri-las no contexto local” (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015, p. 43). A posição das burocracias de médio escalão as permite, inclusive, “criar e regular as relações entre as diversas agências paralelas ou entre as instâncias superiores e inferiores” (LOTTA, PIRES e OLIVEIRA, 2015, p. 43).

A perspectiva relacional enfatiza os momentos e espaços de interação entre burocratas e as relações ou as redes que estabelecem com atores de dentro e fora da política. Esta interação depende de comunicação e, especialmente, de persuasão. Como argumentam Goodin, Rein e Moran (2008, p. 12), a formulação e execução de políticas públicas dependeria menos de um controle informacional completo e correto dentro de uma estrutura hierárquica, e mais de negociação e persuasão entre grupos distintos em um ambiente descentralizado. Nas suas palavras “políticas públicas dependem cada vez mais do que os economistas denominam de ‘contratos relacionais’: um acordo por concordar, uma intenção pré-estabelecida de ‘trabalhar junto nisto’, com detalhes a serem especificados em momentos posteriores” (GOODIN, REIN e MORAN, 2008, p. 12). Esta organização burocrática “soft” produz regulação e política

frequentemente sem que se possa estabelecer com precisão um momento formal de tomada de decisão (GOODIN, REIN e MORAN, 2008, p. 13).

Esta perspectiva é a que melhor explica as relações entre gestores de saúde e atores do judiciário na gestão da judicialização. Como vimos, o volume de decisões judiciais contra as secretarias estaduais enseja respostas advindas das estruturas intermediárias da Secretaria, dos espaços que, em um primeiro momento, faziam a gestão da Assistência Farmacêutica ou a consultoria jurídica das secretarias. Diante do volume crescente de ações judiciais, estes órgãos começam a estabelecer rotinas de trabalho específicas para lidar com estas demandas, que evoluem para um trabalho mais especializado, mediado por sistemas informatizados, desenvolvidos para organizar este fluxo de trabalho específico, além da contratação de mais pessoal e a descentralização do gerenciamento destas ações à órgãos específicos. Um passo adicional dado por todas as Secretarias estudadas é sua atuação para fora do Executivo, estabelecendo redes de relação e padrões de resposta a partir de convênios firmados com setores do Sistema de Justiça. Estes, por outro lado, fazem o mesmo em um trabalho espelhado – se especializam em setores próprios para lidar com a judicialização da saúde e estabelecem modelos e padrões de atuação e ações estratégicas interinstitucionais. A primeira e talvez mais lógica interação se estabelece entre gestores e procuradores.

Não disponho de dados gerais sobre estas duas burocracias para sustentar com robustez que elas funcionam como uma burocracia de médio escalão “típica”. Em geral, se comportam como um híbrido dos três tipos (burocracias de alto escalão, de rua e de médio escalão) uma vez que interagem diretamente com usuários do sistema de saúde (no balcão, atendendo advogados, pacientes, interagindo por telefone com usuários) na tentativa de prestar o serviço que a judicialização enseja, “o cumprimento da decisão judicial”. De outro lado, contudo, detêm ampla autonomia organizacional, criam e implementam as próprias estratégias de gestão do fenômeno e por vezes tem um canal direto de articulação com o Secretário de Saúde e o Procurador Geral do Estado. Ainda assim, são desmembramentos de assessorias jurídicas ou consultorias jurídicas dos gabinetes dos secretários de saúde, ou unidades especializadas da PGE, de tal modo, que se submetem a níveis hierárquicos mais altos, como o Gabinete do Secretário ou a própria consultoria jurídica (para os Estados onde houve especialização em

órgãos próprios, como CADJ, CODES e COMAJ), ou às unidades de coordenação das procuradorias e o próprio Procurador Geral, como veremos a seguir.

As procuradorias de Estado têm dupla função: assessoram a administração dos Estados e Distrito Federal na condução jurídica de suas atividades, como a elaboração de projetos de lei, decretos, contratos, por exemplo, assim como detém a função privativa de realizar a defesa judicial e extrajudicial dos Estados e DF<sup>151</sup>. Em geral, se organizam em diferentes setores ou órgãos a partir de uma estrutura hierárquica que tem no topo o Procurador Geral do Estado, indicado pelo governador e com competência para fixar a orientação jurídica e administrativa da instituição<sup>152</sup>. Cada Estado, contudo, adota uma organização administrativa própria.

No caso de São Paulo, a PGE se divide em órgãos superiores (corregedoria, gabinete e conselho), órgãos de execução (contencioso geral, contencioso tributário fiscal e consultoria geral), órgãos auxiliares (corpo de estagiários e centro de estudos), órgãos de administração (departamento de administração, centro de recursos humanos e grupo setorial de planejamento orçamento e finanças públicas) e órgãos complementares (assessoria técnico-legislativa e assessoria jurídica do governo). Especificamente lidando com a judicialização da saúde, temos na capital a 8ª Procuradoria Judicial, especializada em saúde e que coordena o tratamento do tema tanto na capital como nas 12 procuradorias regionais no interior.

Além desta estrutura centralizada, consultoria geral tem desmembramentos em todas as secretarias do Estado, de modo que o consultor jurídico da Secretaria de Saúde, ligado ao gabinete do secretário, é um membro da PGE<sup>153</sup> e, de acordo com a lei orgânica da instituição,

---

<sup>151</sup> Nos termos da Constituição de 1988, em seu artigo 132: “Os Procuradores dos Estados e do Distrito Federal, organizados em carreira, na qual o ingresso dependerá de concurso público de provas e títulos, com a participação da Ordem dos advogados do Brasil em todas as suas fases, exercerão a representação judicial e a consultoria jurídica das respectivas unidades federadas.” (BRASIL, 1988).

<sup>152</sup> Conferir Lei Orgânica das Procuradorias Gerais do Estado. São Paulo: Lei Complementar n. 1.270/2015, disponível em <http://www.pge.sp.gov.br/blog/Lei%20Org%C3%A2nica%20PGE%20revista%20e%20atualiza%C3%A7%C3%A3o%20-%20LC%201082-08.pdf> (Acesso 11/01/2018). Santa Catarina: Lei Complementar 317/2005, disponível em [http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2005/317\\_2005\\_lei\\_complementar.html](http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2005/317_2005_lei_complementar.html) (Acesso 11/01/2018); Rio Grande do Sul: Lei Complementar n. 11.742/2002, disponível em: <http://www.pge.rs.gov.br/lei-organica-n-11-742-de-17-de-janeiro-de-2002> (Acesso 11/01/2018); Rio de Janeiro: Resolução n. 3968/2016, disponível em: <https://www.pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDQy> (Acesso 11/01/2018).

<sup>153</sup> Conferir organograma institucional da PGE-SP em: <http://www.pge.sp.gov.br/organograma.htm> (Acesso 11/01/2018) e sobre a Consultoria Jurídica da Secretaria Estadual de Saúde em: [http://www.pge.sp.gov.br/apresentacoes/ViewApresentacao.aspx?id\\_unidade=40220900000092&radical=14&OqueMostrar=8&Grupo=40110600000090](http://www.pge.sp.gov.br/apresentacoes/ViewApresentacao.aspx?id_unidade=40220900000092&radical=14&OqueMostrar=8&Grupo=40110600000090) (Acesso 10/01/2018).

a consultoria jurídica do Estado em todos as Secretarias é função privativa da PGE. Como vimos, no caso de São Paulo, a consultoria jurídica da Secretaria responde apenas aos Mandados de Segurança contra o Estado, mas a defesa processual é de responsabilidade da PJ8. Todos os demais casos judiciais são tratados por esta procuradoria judicial.

Em Santa Catarina, a PGE se estrutura em quatro grandes órgãos: o Gabinete do Procurador-Geral, ao qual se ligam o Centro de Estudos da PGE e a sua Assessoria de Comunicação; a Corregedoria-Geral; três órgãos de execução centrais, que coordenam as atividades de consultoria, contencioso e fiscal – Consultoria Jurídica, Procuradoria do Contencioso e Procuradoria Fiscal; e quatro diretorias, que fornecem apoio técnico e administrativo ao órgão. Além disso, o órgão ainda conta com 13 procuradorias regionais. No caso da saúde, como vimos, o NARAS é o núcleo especializado na Capital para atender as demandas judiciais, com uma função administrativa mais ampla de uniformizar teses de defesa e propor medidas tanto judiciais como administrativas para prevenir litígios. Este é também o núcleo que centraliza a interação mais estratégica entre a PGE e SES-SC. Atualmente o NARAS procura unificar sua atuação entre capital e interior, dentro de um projeto maior de unificação de todas as atividades da PGE-SC pelo Estado (denominado “Grande PGE”). Neste sentido, o projeto se articula para que trabalhem exclusivamente com saúde quatro procuradores vinculados ao NARAS na capital e oito pelo interior, nas procuradorias regionais sob coordenação de um procurador chefe<sup>154</sup>.

A Lei Orgânica da PGE-SC<sup>155</sup> estabelece que a consultoria jurídica, assim como a representação judicial do Poder Executivo, é de competência privativa do órgão. Na prática a

---

<sup>154</sup> JUSCATARINA, “PGE cria equipe para atuar exclusivamente nos processos da área da saúde; judicialização custa ao Estado cerca de R\$ 160 milhões por ano”, publicado em 07/11/2017. Disponível em: <http://www.pge.sc.gov.br/index.php/pge-na-imprensa/2295-juscatarina-7-11-2017> (Acesso 11/01/2018). O Procurador SC 4 explica melhor esta nova atuação da PGE em saúde em entrevista: “Hoje, cada procuradoria regional é responsável pelas ações das comarcas que estão sob nossa responsabilidade. Então o que que acontece hoje? Tem algumas regionais que não têm muitos procuradores especializados na área da saúde. Hoje, só tem 4 ou talvez 5 regionais que têm procuradores assim exclusivamente na área da saúde. Com a implementação dessa grande regional o que que vai acontecer? Todos os processos de saúde do interior vão ser distribuídos pra um número x de procuradores que vão fazer essa divisão. Hoje, a gente tem uma disparidade muito grande assim. Algumas regionais, alguns procuradores têm uma carga de 3.000 processos e eu tenho 8.500. E aí, o que tu vai fazer, vai pegar todo esse passivo das ações já existentes e as ações novas e vão ser distribuídas entre todos esses procuradores que serão 8. Aí sim, talvez, ainda em setembro, a gente tenha só procuradores que atuem exclusivamente na área da saúde em todo o Estado” (Entrevista Procurador SC 4).

<sup>155</sup> Lei Complementar 3017/2005, disponível em: [http://www.pge.sc.gov.br/images/documentos/lei\\_org\\_pge.pdf](http://www.pge.sc.gov.br/images/documentos/lei_org_pge.pdf) (Acesso 11/01/2018)

PGE não detém hoje um membro no órgão como agente setorial no cargo de consultor jurídico da SES-SC, que é ocupado por uma advogada indicada pelo Secretário. Até meados de 2017 este cargo era ocupado por um procurador, como vimos, uma medida que pretendeu aproximar institucionalmente os dois órgãos.

No Rio Grande do Sul, a PGE se estrutura também de forma hierárquica, com três órgãos superiores: Corregedoria-Geral, Gabinete e Conselho Superior. Sob coordenação do Gabinete estão o Procurador-Geral Adjunto para Assuntos Administrativos, o Procurador-Geral Adjunto para Assuntos Jurídicos e o Procurador-Geral Adjunto para Assuntos Institucionais. Cada um desses procuradores adjuntos coordena centros ou assessorias. Ainda sob direta coordenação do gabinete estão a Comissão Permanente de Defesa dos Direitos Humanos, a Coordenação de Gabinetes e a Coordenação das Assessorias Jurídicas da Administração Pública Direta e Indireta, que concentra a coordenação dos agentes setoriais nas diferentes pastas do executivo estadual. Toda esta estrutura coordena duas procuradorias voltadas à gestão de pessoal e aperfeiçoamento profissional, e as diferentes procuradorias responsáveis a atuação judicial da PGE, dividida por temas: fiscal, domínio público estadual (PDPE), disciplinar e de probidade administrativa, previdenciária, tributária, de liquidação e execução e de precatórios e RPVs. Além dessas procuradorias, a Procuradoria do Interior coordena as 19 procuradorias regionais<sup>156</sup>. Para a saúde, como vimos, a PDPE, em atuação conjunta com a Procuradoria do Interior, coordena os procuradores especializados no tema. A consultoria jurídica da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul também não está a cargo de um agente setorial membro da PGE, mas a lei orgânica da procuradoria estabelece que a PGE deve ser ouvida na designação destes consultores<sup>157</sup>.

No Rio de Janeiro, tal como nos outros Estados, a PGE se organiza a partir do gabinete do Procurador Geral, ao qual se vinculam subprocuradores gerais e diferentes órgãos de assessoramento. Além do gabinete, em nível hierárquico semelhante, estão o Conselho da Procuradoria Geral do Estado e a Corregedoria-Geral. Vinculados ao Gabinete, além da Secretaria Geral de Gestão e Planejamento Institucional e procuradores assessores, restam 13 procuradorias especializadas em temas específicos: tributário, de pessoal, dívida ativa,

---

<sup>156</sup> Conferir a estrutura organizacional da PGE-RS em: <http://www.pge.rs.gov.br/estrutura> (Acesso 11/01/2018).

<sup>157</sup> Conferir Lei Complementar n. 11.742/2002, disponível em: <http://www.pge.rs.gov.br/lei-organica-n-11-742-de-17-de-janeiro-de-2002> (Acesso 11/01/2018).

patrimônio e meio ambiente, previdenciária, de serviços públicos, trabalhista, e de saúde. Somadas a estas procuradorias especializadas estão a Coordenadoria Geral das Procuradorias Regionais, que coordena o trabalho das 13 regionais por todo o Estado do Rio de Janeiro, o Centro de Estudos Jurídicos, a Procuradoria na Capital Federal e a Coordenadoria Geral do Sistema Jurídico. Especificamente para saúde, como vimos, a PG-16 centraliza a defesa do Estado em demandas de saúde propostas na capital, estabelece a articulação direta entre a PGE e a CRLS e atua no Comitê Estadual<sup>158</sup>. Ela se organiza também em uma segunda estrutura hierárquica, a partir de um Procurador-Chefe e dois assistentes.

Nos quatro Estados, como vemos, os setores especializados em saúde estão no meio de estruturas hierárquicas que coordenam os trabalhos da procuradoria como um todo e estabelecem as diretrizes mais gerais a serem seguidas pelos procuradores. Dentro destes próprios setores também há hierarquia, com um procurador-chefe ou coordenador de equipe organizando o trabalho dos demais procuradores. Nesses cargos de coordenação, separados ou não da atuação direta em processos, estes procuradores-chefe assumem a diligência de uniformizar entendimentos e orientar os demais em suas unidades (ou também em procuradorias regionais no interior), além de atuarem como uma ponte entre a SES e a PGE. Esta coordenação sobre o tema é mais centralizada nos casos de São Paulo e Santa Catarina, uma vez que a PJ8 coordena a atuação dos procuradores em saúde pelo interior, e o NARAS começa a articular esta integração, como vimos. No Rio Grande do Sul e no Rio de Janeiro, ao menos duas procuradorias na capital cuidam do tema e precisam se integrar para coordenar esforços – as procuradorias que coordenam as regionais e as procuradorias especializadas. Ainda assim, toda esta estrutura e seus atores parecem-se muito com o que a literatura teoriza como burocracias de médio escalão, ainda que não completamente, uma vez que mesmo os coordenadores têm um contato diário com o público, especialmente através dos processos judiciais.

Especialmente através da articulação diária com as Secretarias, que começa com a troca de informações para a elaboração de defesas judiciais “no varejo”, estes procuradores passam a atuar também “no atacado”, estabelecendo formas de gestão das ações judiciais que não se resumem à sua atuação processual. No caso da CRLS no Rio de Janeiro, por exemplo, esta

---

<sup>158</sup> Conferir Resolução PGE N. 2971 de 24 de Maio de 2011, disponível em: [http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/resolucao\\_pge\\_-\\_2971\\_-\\_240511.htm](http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/resolucao_pge_-_2971_-_240511.htm) (Acesso 11/01/2018).

posição de gestão é pré-processual, e funciona para viabilizar em termos práticos a própria estruturação da Câmara, atuando tanto politicamente junto aos diferentes secretários de saúde para dar apoio institucional ao trabalho da CRLS, como fornecendo de fato estrutura física – o próprio prédio onde funciona a CRLS, ou seja, mobilizando parte de seu orçamento para a consecução de um projeto de cunho administrativo e não judicial.

De outro lado, os órgãos das Secretarias que lidam com a judicialização foram apresentados acima: CODES e Consultoria Jurídica para São Paulo, COJUR e COMAJ para Santa Catarina, CRLS, Subsecretaria Jurídica e CADJ para o Rio de Janeiro, e Assessoria Jurídica e Assistência Farmacêutica, para o Rio Grande do Sul. Todos se estabelecem ligados ao Gabinete do Secretário de Saúde de forma mais ou menos direta. As consultorias jurídicas ou assessorias jurídicas são parte integrante do gabinete e, como vimos, são em São Paulo e no Rio de Janeiro coordenadas por um agente setorial da PGE cedido aos secretários<sup>159</sup>. Os órgãos criados para a gestão da judicialização, particularmente, não aparecem no organograma oficial das Secretarias e tem diferentes vinculações organizacionais com o resto das unidades da Secretaria.

Com vimos, no caso da CODES, apenas em 2017 um decreto estabeleceu formalmente a coordenadoria, como Departamento Técnico de Saúde, passando a integrar a estrutura básica da Secretaria<sup>160</sup>. A COMAJ, por sua vez, está vinculada a COJUR, mas sequer aparece no organograma oficial ou regimental da Secretaria (ao menos nas suas versões disponibilizadas publicamente). A CADJ, por sua vez, está diretamente vinculada a Subsecretaria jurídica como um braço da sua assessoria de mandados<sup>161</sup>. No Rio Grande do Sul, não houve um desmembramento da Consultoria Jurídica, esta ainda concentra a gestão da judicialização,

---

<sup>159</sup> Conferir para a vinculação das consultorias e assessorias jurídicas aos gabinetes, em cada Estado: São Paulo – organograma da Secretaria disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/sobre-a-ses/organograma> (Acesso 11/01/2018); Santa Catarina – estrutura organizacional: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1191&Itemid=412](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1191&Itemid=412) (Acesso 11/01/2018); Rio Grande do Sul - Decreto n. 44.050/2005, que aprova o regimento interno da Secretaria de Saúde, disponível em [http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid\\_Tipo=TEXTO&Hid\\_TodasNormas=49010&hTexto=&Hid\\_IDNorma=49010](http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=49010&hTexto=&Hid_IDNorma=49010) (Acesso 11/01/2018). e Rio de Janeiro, onde a consultoria jurídica se estabelece como uma Subsecretaria – conferir: <http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=140698> (Acesso 11/01/2018).

<sup>160</sup> Conferir Decreto n. 62.681, de 7 de julho de 2017, Disponível em: <http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/index.htm> (Acesso 11/01/2018).

<sup>161</sup> Conferir, estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, Decreto 45.394/2015, disponível em: [http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/decreto\\_45\\_394\\_-\\_02102015\\_-\\_al.htm](http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/decreto_45_394_-_02102015_-_al.htm) (Acesso 11/01/2018).

associada a Assistência farmacêutica. Mas terceiriza, com a PGE a atuação em pareceres técnicos.

Tal como no caso das Procuradorias, estes órgãos e seus atores parecem-se mais com burocracias de médio escalão que burocracias de rua ou de alto escalão, uma vez que se posicionam em uma estrutura hierarquizada, que lhes constrange, ao mesmo tempo em lhes que confere, como vimos no capítulo 3, autonomia de gestão e, assim, a possibilidade de elaboração de políticas públicas. Ainda assim, a vinculação das Assessorias Jurídicas ao gabinete pode classificá-las como burocracias de alto escalão. De outro lado, os órgãos especializados (CODES, COMAJ e CADJ) entram em contato direto com os usuários do SUS, seja em seus balcões de protocolo, seja por telefone, ou mesmo dentro do processo judicial. Neste sentido, essa interação aproximaria estes atores de uma burocracia de rua.

A intenção de reconstruir esta literatura sobre burocracias e discuti-la a luz dos casos não foi, contudo, a de encaixar estes atores em algumas das categorias da literatura – uma vez que não estudei estes burocratas especificamente, como referido acima. Estas comparações livres, no entanto, especialmente à luz da perspectiva relacional, ajudam a demonstrar a complexidade destas organizações e a posição *sui generis* que muitos dos atores da gestão da judicialização assumem, especialmente se considerarmos sua interação com atores de fora de suas organizações. Nas experiências estudadas, nenhuma das estratégias foram construídas isoladamente, a judicialização ocorre como uma “questão/problema” que exige que destes atores soluções interinstitucionais. Esta busca, contudo, e o fenômeno propriamente dito, altera seu modo de trabalho, seus quadros e sua linguagem.

Nos quatro Estados vemos que a judicialização, do lado da Secretaria, funcionar como um incentivo para que as assessorias e consultorias jurídicas, órgãos inicialmente apenas consultivos, ganhem maior proeminência e espaço, incorporando pessoal de outros setores, ganhando estruturas próprias e desmembramentos. A judicialização causa, assim, um crescimento do lado “jurídico” da política e um destaque à burocracia que está associada a ele. Dos gestores entrevistados, não é trivial que pela rede de referências mútuas conversei mais com gestores com formação jurídica que formação em saúde.

A necessidade de interagir com as burocracias do sistema de justiça e estabelecer redes se coloca, assim, do lado da Secretaria, pela incorporação de pessoal do mundo do direito, para

que façam a tradução, a mediação do conteúdo “técnico” aos termos processuais e estabeleçam conversas de “pares” com os atores jurídicos. Do lado das procuradorias, vemos uma especialização da atuação jurídica em órgãos específicos, sem, contudo, a respectiva incorporação de “técnicos” da saúde a seus quadros. A incorporação do “técnico” não passa pela reformulação de suas equipes, mas por trazer os gestores para dentro do processo ou dos espaços jurídicos.

#### **4.3. Aprendizado em burocracias: prática e colaboração**

Um dos fatores-chave que permite a aproximação e atuação em rede de gestores e procuradores é o processo de aprendizado que marca a atuação conjunta destas burocracias. Para atuarem na gestão da judicialização, procuradores e gestores desenvolvem uma linguagem comum que comunica categorias do direito com um vocabulário próprio da saúde pública e organiza os conhecimentos e exigências formais de cada área em políticas públicas geridas pelos dois órgãos conjuntamente.

Se interação, comunicação e persuasão passam a ser elementos chave na elaboração de políticas públicas, como vimos, a capacidade das burocracias de aprenderem e se valerem do que aprendem para fazer política também deve ser revista. Como argumentam Goodin, Rein e Moran (2008, p. 19), a ideia de completa informação é sempre uma ilusão, de modo que elaborar e implementar políticas públicas são atividades tanto determinadas por esta parcial ignorância, quanto pela capacidade de se aprender fazendo (learning by doing). Nas palavras dos autores, se dentro do paradigma modernista a relação entre meios e fins maximizaria a satisfação de objetivos, dadas as limitações de recursos, “criadores de políticas públicas, na prática, muitas vezes não têm ideia dos recursos que estão realmente disponíveis” (GOODIN, REIN e MORAN, 2008, p. 19). Tampouco tem uma noção completa dos mecanismos disponíveis, dado que políticas públicas são “intenções, o produto da criatividade humana”. Gestores agem tanto de forma inventiva como comparando problemas atuais com aqueles já vividos no passado e elaborando “redes com outros atores dentro e fora de suas jurisdições” (FREEMAN, 2008, p. 367).

A capacidade de formular problemas, soluções e objetivos é tributária destas experiências práticas e se estabelece em um contínuo em que a política pública aprende “tanto

quanto decide o que quer”, sendo o processo de implementação “a forma por meio da qual o governo e gestores aprendem como prestar o que decidem” (FREEMAN, 2008, p. 367). Esta visão se filia a uma forma de pensar a capacidade de aprendizado mais “construtivista” que “positivista”. Enquanto esta última compreende políticas públicas como uma tecnologia ou engenharia, calibrada e restringida pelas limitações de informação, racionalidade, instituições e experiências passadas (path-dependence), a primeira visão trata a capacidade de conhecer como uma atividade orgânica, de modo que a política pública não existe sozinha, de modo finalizado, mas é “gerada”, “construída” (FREEMAN, 2008, p. 367). Os dois modos de conceber o fazer de uma política são úteis, uma vez que compõem o campo cognitivo em que atuam gestores: estes são treinados sob uma perspectiva positivista, mas sua atuação, na prática, os expõe a outras formas de aprendizado (FREEMAN, 2008). Aprendem tanto por seu treinamento e acúmulo de informação prévio, como pelo fazer (FREEMAN, 2008, p. 377).

O trabalho de Hugh Hecló talvez seja uma das bases fundamentais para a discussão sobre aprendizado e políticas públicas (FREEMAN, 2008). Em *Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance* (1974), Hecló argumenta que se as concepções tradicionais sobre a definição de políticas partem de percepções sobre poder e conflito, estas explicações perdem uma dimensão relevante do fazer política: a incerteza. Nas suas palavras, “governos não só se voltam ao poder, mas também aos enigmas” (ou mais intuitivamente “governments not only power, ... they also puzzle”) (HECLO, 1974, p. 305). Nesta concepção, os processos envolvidos em conhecer e decidir estão imbricados e o próprio processo político pode ser concebido como “um aprendizado social através de políticas públicas” (HECLO, 1974, p. 305). Analisando o trabalho de Hecló, Freeman (2008) explica que o autor condiciona o processo de conhecer a três fatores: indivíduos, organizações e as relações que estabelecem entre si, e o impacto de políticas públicas prévias (FREEMAN, 2008, p. 373). Indivíduos podem trazer soluções inovadoras sem que necessariamente sejam os profissionais e experts referência no tema. Não somente, servidores públicos desempenham um papel bastante relevante, já que permanecem por mais tempo no processo político exercendo uma influência constante e consistente sobre políticas públicas. Estes atores estabelecem redes com outros atores em diferentes jurisdições ou países, de modo que “o que eles pensam e sabem, vem de estarem informados e prestarem atenção ao que ocorre em outros lugares” (FREEMAN, 2008, p. 374).

Organizações, para Hecló, são consideradas “organismos” sujeitos a estímulo. As respostas que apresentam dependem do seu funcionamento interno, da resistência ou não resistência de seus atores mais relevantes em aprender ou não. Por fim, o fator de maior peso na análise de Hecló são as experiências passadas (FREEMAN, 2008). Nas palavras de Freeman, “políticas públicas raramente lidam com territórios inexplorados” (2008, p. 373). Em geral, lidam com problemas que já enfrentaram, para os quais apresentaram soluções ou reproduziram. Como explica Freeman, o modelo de Hecló expõe uma característica fundamental do processo de aprendizado em políticas públicas: percepções iniciais e disposições não apenas dão forma às repostas em política pública, mas estas mesmas respostas são reforçadas pelos efeitos que produzem, em “um contínuo processo de iteração e reiteration” (FREEMAN, 2008, p. 373).

O aprendizado pela prática é em grande medida “ad hoc”, de modo que decorre do contexto e dos problemas apresentados. Além disso, é um aprendizado colaborativo (FREEMAN, 2008, p. 377), que se dá por meio de troca de experiências, ideias, sugestões, teorias ou pela “formação de um senso comum sobre a natureza e origens, assim como possíveis soluções do problema” (FREEMAN, 2008, 377). Redes de prática se estabelecem entre indivíduos que compartilham funções e problemas similares e que podem se integrar de forma mais colaborativa e recíproca em comunidades de prática. Através da comunicação e diálogo, estes atores, que trazem perspectivas distintas à conversa, não só trocam mas, com o tempo, passam a falar cada vez mais das reflexões que decorreram destas trocas, de modo que “o diálogo se torna auto-gerável” e “os participantes neste diálogo não só estão aprendendo uns com os outros, mas estão aprendendo algo novo” (FREEMAN, 2008, p. 378).

Gestores e procuradores do Estado possuem concepções específicas sobre o que é ou deve ser política pública, tributária de uma concepção “positivista” de saúde e direito. O que põem em prática, contudo, é uma política pública construída a partir de um aprendizado mútuo e prático. Quanto maior o contato e a troca entre estes profissionais, mais próximas são suas conexões e oportunidades de aprendizado, lhes permitindo desenvolver diferentes respostas à judicialização, por meio de tentativa e erro, ao mesmo tempo em que estabelecem uma linguagem própria, que combina preocupações da saúde pública, da administração e governo e do direito. A seguir apresento algumas impressões de campo e das entrevistas, que justificam

estas ideias. Como as entrevistas conduzidas foram semiestruturadas ou quase abertas, os entrevistados tiveram ampla liberdade para reconstruir sua história e a prática de seus Estados e instituições no que se refere à judicialização. Por isso, suas falas representam, em grande medida, suas impressões pessoais, que não são necessariamente generalizáveis para os demais atores, entrevistados ou não. Ainda assim, a experiência de campo, as conversas não gravadas e informais com os entrevistados me permitiram construir certas percepções comuns que exponho a seguir e exemplifico por meio de trechos das entrevistas.

Como vimos, estes atores atuam em comunicação constante, através de mecanismos mais ou menos formais que envolvem tanto reuniões, o contato formal via ofícios e notificações, o contato telefônico ou via e-mail, e o compartilhamento de sistema ou mesmo via “WhatsApp”. Todos os gestores e procuradores entrevistados apontam que a relação se tornou próxima ou até uma parceria entre PGE e Secretarias. Não somente, permitiu que estes atores avançassem além do seu âmbito geral de tarefas e divisão de trabalho.

*“A gente fez uma apresentação no nosso processo de trabalho, dos nossos principais desafios. Ela aconteceu na Procuradoria Geral do Estado e os procuradores participaram, os procuradores que são responsáveis pelas ações judiciais em saúde né. Então foi um momento de aproximação bem importante até pra desmistificar, porque até então o procurador pra gente era uma assinatura do papel, né. Era aquele nome que assinava ou o estagiário que remetia ao procurador tal. Então a gente pôde conhecer eles, conversar e isso aproxima bastante, assim, porque a comunicação só por meio de ofício ela é muito formal e irreal na maioria das vezes. Então acho que essa questão da distância né entre, por exemplo, os setores judiciais dentro da saúde e o próprio Judiciário é uma barreira muito grande, assim. Então, poucas vezes a gente conversava pelo telefone com eles e tal então foi bem bom, foi bem produtivo e aí como a gente apresentou o fluxo de trabalho do setor e isso pode esclarecer algumas dúvidas e inclusive mudar vários procedimentos que a gente vinha fazendo, alguns que não estavam corretos ou outros que precisavam ser alinhados.” (Entrevista Gestora SC 3).*

*“Diferentemente das outras unidades e de toda administração direta e indireta todo mundo se comporta dentro de quadrados que são previamente estabelecidos e ninguém ousa sair ou quer algo além daquela atribuição que ele tem. Nós fomos além então a gente viu o movimento também da CODES, de se movimentar fora desse quadrado. Como? Nós iremos juntos ao judiciário, nós iremos conversar com os magistrados. A gente já tinha uma linguagem ensaiada ou vamos ensaiar para como e quando conversar com os magistrados. Ao mesmo tempo, nós saímos do nosso quadradinho da PGE e fomos opinar sobre as políticas públicas de saúde. Eu acho que nós acabamos é inovando em termos de administração pública”* (Entrevista Procurador SP 1 - PGE/SP)

A SES se aproxima da PGE tanto em razão de uma necessidade prática de defesa da Secretaria nos processos envolvendo saúde, como para interagir institucionalmente com os demais atores do sistema de justiça. A dificuldade com a linguagem jurídica e as exigências envolvidas no curso processual das ações também justificam esta aproximação. Como explica Ventura (2012), analisando o cenário das interações em rede de gestores e atores do sistema de justiça entre 2009 e 2010, naquele momento, mesmo depois de duas décadas de judicialização intensa, os profissionais do sistema de saúde, ainda expressavam “dificuldades de compreensão da linguagem jurídica, da dinâmica do sistema de justiça, concernente às funções e atribuições das instituições jurídicas envolvidas, e dos próprios procedimentos judiciais” (VENTURA, 2012, p. 18). Estas dificuldades eram potencializadas por dificuldades de interação entre gestores e procuradorias. Em três dos quatro casos analisados, a aproximação é especialmente mediada pela assessoria jurídica das secretarias, que ora possui procuradores como agentes setoriais, ou advogados da própria secretaria, coordenando diretamente o cumprimento de decisões judiciais. São atores do mundo do direito, que estabelecem esta primeira etapa de mediação e contato de dentro das Secretarias para fora delas.

A PGE se aproxima da SES especialmente diante da necessidade de defender o Estado em um grande volume de ações, o qual exige respostas rápidas e cada vez mais ligadas ao aparato “técnico” da política. A diferença entre o “técnico” e o “jurídico”, é, então, marcada pelas posições institucionais destes atores. O âmbito de especialização da PGE, que poderia ser técnico a outras áreas, é para estes atores definido pelas leis e normas infralegais que estruturam o SUS. Seu trabalho “técnico” é apenas “jurídico” ao mundo do direito, e passa a ter pouco

poder e legitimidade para convencer os demais atores do sistema de justiça. Estes passam a preferir o “técnico” definido pelos gestores.

*“No início, acho que a defesa jurídica, ela basicamente ficava centrada, mais isolada em argumentos jurídicos, aquela questão de legitimidade, de que não consta na lista, de que não pode o Judiciário interferir no Executivo. Argumentos mais jurídicos. Mas eles foram sendo paulatinamente rejeitados pelo Judiciário, pela jurisprudência - STF, STJ e, principalmente, a justiça estadual aqui disse que isso não importava quando se estabelece a solidariedade, quando manda fornecer o que não tem na lista. E teve aquelas decisões do STF, ali na STA do Gilmar Mendes, que deram alguma diretriz para a defesa, que começavam a sinalizar que a gente tinha que fazer uma defesa mais técnica, mais voltada para a parte técnica. E para fazer essa defesa, voltada para a parte técnica, gente precisa, sim, entender a política pública, entender tanto a questão de incorporação de tratamento, como se dá o encaminhamento do paciente dentro da SES, qual o papel de cada ente, Município, Estado, União, os prestadores, os hospitais, o que compete a cada um, para aí a gente conseguir esclarecer um pouco para o Judiciário, surgiu dessa necessidade.” (Entrevista Procurador RS 3)*

*“[sobre as reuniões do comitê] E os órgãos jurídicos adoram quando o pessoal da área técnica vai, porque a lei a gente sabe e eles não querem falar com o procurador do Estado, eles querem falar com a secretaria.” (Entrevista Procuradora RS 1)*

*“As teses que a gente usava... Uma coisa que você vai dizer que eu falo assim é cada vez menos jurídico. As ações judiciais são menos jurídicas. O conteúdo jurídico tem pouco ou quase nenhuma relevância.” (Entrevista Procurador SP 2)*

Esta diferença entre o “jurídico” e o “técnico” deixa de ser tão estaque, conforme a interação pela judicialização se intensifica. Ela persiste como um símbolo da divisão de trabalho entre PGE e secretarias, sobretudo no momento de gestão processual da judicialização, mas é enfraquecida pela atuação conjunta destes atores na formulação de estratégias não processuais de gestão.

*“Hoje em dia não dá para discutir política de saúde sem levar em consideração não só a agenda política, o programa, tudo mais, mas também a judicialização. Ainda que você queira enxergar como dois cenários diferentes, eles se misturam (...) acaba que as discussões de políticas saúde na agenda política dentro do processo se misturam (...) não tem como discutir saúde hoje somente com a procuradoria com viés processual ou só com a secretaria, a conversa administrativa e a agenda se misturam.”* (Entrevista Procurador RJ 2).

O produto desta interação constante, que passa também a ser veículo de cooperação, é uso de uma linguagem comum.

*“E nós começamos a conversar começar diariamente [Procurador SP 1 e assessora do SES-SP]. Para que a gente pudesse nos entender, eles precisavam entender um pouquinho que que era o mundo jurídico e nós um pouquinho que que era aquela confusão dentro da Secretaria da Saúde. Uma linguagem muito maluca de médico, a lógica do médico, é uma lógica diferente do mundo jurídico, então era uma história muito complicada, demorou um tempo para que a gente pudesse se ajustar. Mas ela viu que ela tinha um grupo bom, que estava afim de um bom resultado em prol do Estado.”* (Entrevista Procurador SP 1, PGE-SP)

*“Por exemplo quando chega aqui o pessoal que tem formação em Direito, realmente uma pessoa recém-formada, você fala ‘cara esquece a parte jurídica, você vai fazer o juridiquês para o clínicuês’”* (Gestora SP 1)

O direito sanitário passa a funcionar como um ponto de partida cognitivo que une estes atores<sup>162</sup>, mas não somente. Estes atores são proativos<sup>163</sup> e buscam informalmente do “jurídico” ao “técnico”, e vice-versa, o conhecimento que não detém. Aprendem, trocam, e resolvem dificuldades de comunicação advindas das suas posições institucionais e formação profissional distintas.

*“Eu lembro de uma brincadeira, mas que é real, que nós dizíamos para os gestores que conseguíamos reverter a decisão por causa do agravo e o gestor se preocupava com o agravo, se se agravou a situação do paciente, o quadro dele, e assim temos que atender. A palavra é a mesma, a pronuncia é a mesma, mas a semântica é completamente diferente. Esse tipo de ruído não existe mais. Talvez um pouco por essas ações, a gente ter interiorizado as assessorias jurídicas nos setores. Mas talvez pelo volume. (...) O volume de ação é tão grande (...) que todos os servidores, independente da área, já conhecem o tipo de ação. Quando existe alguma divergência, o contato com a assessoria jurídica ajuda.”* (Entrevista Gestor RS 1).

*“Agora, acho que de tanto processo, eles entendem processos judiciais. É a gente que tem mais dificuldade. Às vezes eles me mandam informações e eu devolvo, olha não dá, tu tá acostumado com essa matéria, tu não conseguiu nem me convencer, eu não vou*

---

<sup>162</sup> “A gente tem órgãos regionalizados de saúde, então eu sempre visitava muito, lá no interior em Santo Angelo, quase mensalmente eu ia um dia lá na CRS pra ter ou falar de algum problema e pedia para eles explicarem como funciona a regulação de um paciente. Por exemplo um paciente, vamos dizer que ele vá em um posto de saúde e o médico diga que ele precisa de uma consulta com um médico especialista em ortopedia e traumatologia porque está com suspeita que o paciente está com algum problema do quadril. Como o paciente chega nessa consulta especializada? Quem que faz o encaminhamento? Quem que regula? E eles foram me explicando, esse contato ensina muito. E além disso você tem tudo normatizado, se você for aos comandos normativos, está tudo desenhando. E aí, lendo e atuando e desenvolvendo as teses, você acaba assimilando muito do conteúdo. Eu sempre falo para os estagiários, orientando, ‘oh gente se for uma coisa que vocês nunca viram na vida, provavelmente vai ter algum ato local, infralegal dizendo alguma coisa sobre aquilo, a portaria x, do Ministério da Saúde, ou do gabinete do ministro (...) e lá no começo do enunciado vai ter assim ‘considerando o disposto no artigo tal da lei tal’, comecem e peguem ali e vão fazendo a raiz e uma hora vai chegar na lei... uma hora vai chegar na Constituição. Estabelecendo esse mapa você vai entender exatamente tudo que está acontecendo. (...) vai ter um rastro jurídico até chegar na Constituição”. (Entrevista Procurador RS 2)

<sup>163</sup> “Aos poucos nós tivemos que conhecer os setores específicos do SUS. Nós trabalhamos, hoje, com uma área que acaba sendo não muito jurídica, a gente acaba tendo que entender as necessidades da pessoa com deficiência, da parte de assistência, do acolhimento da criança e do adolescente, toda a parte oncológica ..., como funciona a regulação, que é uma grande confusão. Confusão para nós que somos da área jurídica”. (Entrevista Procurador RS 3)

*conseguir convencer os juízes. Devolvo, eles fazem o fluxograma, etc. Começaram a entrar ações que descumprem contratos com os hospitais, que é uma coisa bem complexa. Daí eles tem uma certa dificuldade, porque eles entendem muito da matéria, são muito técnicos, eles ficam nos olhando assim, acham surreal que a gente não entende, mas ao mesmo tempo a gente tem a sensibilidade, aí eles refazem, explicam. (...) Eles são bem acessíveis” (Entrevista com Procuradora RS 1).*

A interação gera tanto cooperação quanto ruídos. Embora teoricamente do “mesmo lado” processual, procuradores e gestores não necessariamente compartilham as mesmas agendas, especialmente em razão da divisão de trabalho que persiste, associada às suas diferenças e interesses institucionais.

*“às vezes tem um embatimento, assim, então a gente se comporta assim, meio como líderes de família, ‘o seu filho jogou uma pedra na janela da minha casa’. Então a gente começou a falar ‘meu isso daí, não tá bom, a gente tem que ter maturidade profissional’. Às vezes a gente ficava inconformado e a reclamação era recíproca, não declarada e não ofensiva ‘a minha minuta tá ruim’, ‘a sua defesa não deixou clara a minha intenção’, e isso eles conseguem trocar por e-mail. [Quando] Tem um ruído, um desconforto maior a gente prefere tomar para si [coordenação tanto da CODES quando da PJ8]. Tem esse liame muito delicado do mundo jurídico e dependendo do profissional que eu tenho ele entende da matéria, ele pode fazer uma crítica pertinente, mas não cabe a ele fazer a crítica. Cada setor com seu líder e por isso que eu acho que a gente se dá muito bem com [Procurador SP 1] eu posso identificar [um problema] mas eu falo com [Procurador SP 1] e se alguém identificar alguma coisa dos Procuradores da equipe do [Procurador SP 1] eles falam para mim e eu falo com [Procurador SP 1].” (Entrevista Gestora SP 1)*

*“Idealmente teria um agente setorial da PGE dentro da SES que é um procurador que fica lá dentro da SES, fazendo um trabalho de chefia (...) hoje não temos esse ator lá dentro, o que faz falta. (...) O problema é que [se fosse da] PGE lá, seria um colega meu, de carreira, e o assessor, apesar de muito capacitado, é um cargo de comissão*

*indicado pelo secretário. Não é a mesma coisa. Apesar da relação ser muito boa.”*  
(Entrevista Procurador RS 2)

*“Às vezes, eu penso que os médicos ali, pelo menos assim os médicos, o enfermeiro assim, eles têm dificuldade em entender a questão jurídica. Não que tenha uma questão jurídica, porque normalmente eu quero uma informação técnica, eu quero uma informação técnica, mas... Eu acho que seriam duas coisas. Eu acho, penso, talvez não tenha, eles não tenham uma carga horária disponível pra Secretaria ver os assuntos.... (...) eu acho que eles não têm tempo suficiente pra preparar as informações de forma adequada. Outra coisa que eles fazem é as informações de forma muito sucinta que acarreta... Por que da mesma forma que eu não posso pedir pra eles uma informação com um conteúdo jurídico e eu teria que explicar pra eles. Olha. Às vezes, eles me ligam “ah, mas tem que reverter essa decisão”. Isso acontece, assim, diariamente. Técnico da secretaria me ligar e dizer o seguinte “olha, isso aqui nós não vamos cumprir, esse medicamento aqui vai fazer mal pro paciente” e eu [falo] mas assim “oh, a decisão é preclusa a gente recorreu, não obtive êxito ou não recorreu e tem que cumprir, o máximo que vocês podem fazer é me mandar elementos pra eu tentar convencer o juiz de que essa decisão não pode ser cumprida”, mas então... Da mesma forma que eles têm dificuldade em entender a parte jurídica, nós temos dificuldades em entender a parte médica e acho que elas não vêm suficientemente claras assim. Eles tratam as questões médicas como se tivessem respondendo pra médicos”* (Entrevista Procurador RS 4)

Os significados da judicialização, contudo, assumem contornos comuns para os dois grupos, em uma divisão entre a judicialização “devida” e a “indevida”. A judicialização “devida” é aquela que decorre das ineficiências e gargalos da política, tanto em relação a distribuição do que está previsto, como da necessidade de atualização de listas. A judicialização “indevida” é aquela que requer medicamentos fora da lista, ou que representa fraudes ao sistema. Nas falas dos entrevistados esta visão aparece, em geral, em conjunto, mas com uma sensível diferença – os gestores representam-na a partir de categorias de cuidado e de incorporação do

paciente em tratamento seguros e eficientes. Os procuradores, em geral, estabelecem a judicialização a partir do binômio ganho e perda orçamentária e processual.

*“é muito obvio, na verdade, assim. Quando eu falo isso em reuniões, eu me sinto até um pouco mal, porque estou falando uma coisa óbvia, ‘oh, tem que cumprir, por que? Porque botar dinheiro para cumprir é mais barato que não cumprir e se não cumprir o Judiciário vai tirar dinheiro de qualquer lugar e vai fazer o cumprimento de forma mais onerosa. E de forma que abre espaço para fraude, que é impossível fiscalizar, se as pessoas comprarem o remédio e depois tiram na farmácia, tiram no Estado, ou compram remédio de marca específica (...) aí começa a surgir um monte de onerações. Então é isso que a gente quer evitar com esse projeto”.* (Entrevista Procurador RS 2)

*“É, eu acho que é uma consequência da gestão ineficiente do SUS, no caso, sabe? Por que várias coisas que são judicializadas, elas deveriam estar sendo garantidas na ponta ou mesmo aquilo que não é incorporado ainda por meio de políticas públicas talvez essa mesma incorporação, ela deveria estar atualizada de acordo com as necessidades da população e isso acontece numa velocidade que não acompanha assim. Então se a gente tivesse meios de, de ofertar minimamente os insumos e o acesso à saúde que a população necessita, talvez essa demanda seria bem menor. (...) eu acho que os casos assim esdrúxulos ou abusivos né do que é judicializado são ainda em proporção bem menor, que o grosso mesmo é aquilo que deveria tá sendo fornecido pelo SUS e não é ou o que já deveria ter sido incorporado né.”* (Entrevista Gestora SC 3)

Estas diferenças sutis aparecem com a interação e são mediadas por ela. Gestores e procuradores buscam conjunta e ativamente reverter a judicialização “indevida” e se valer da judicialização “devida” como forma de melhorar o sistema, cada um sob sua ótica – melhorar a política do SUS e o cuidado do paciente, combater fraudes e tornar o cumprimento de decisões judiciais financeiramente viável ao Estado, reduzindo onerações desnecessárias, como as atreladas ao cumprimento de sanções processuais ou à compra ineficiente de medicamentos sem licitação. Destes objetivos comuns e da interação, surgem iniciativas pessoais, lideranças que “batem na porta do secretário”, que rompem barreiras organizacionais e hierarquias, na tentativa de estabelecer estratégias eficientes. O “personalismo”, trazido por alguns entrevistados como

um problema das medidas hoje adotadas, é na verdade o que dá causa a interação e permite a criação e implementação de respostas institucionais em um processo constantemente revisado e corrigido. A multiplicidade de estratégias e a substituição de muitas delas por outras tenta fazer com que as respostas burocráticas acompanhem o tempo processual e o tempo da política. Para tanto, a relação “pessoal”, o “casamento” entre instituições é ferramenta também de gestão, que articula estes atores e os mantém interessados em um trabalho que têm poucos resultados agregados no curto prazo, em termos de volume de decisões e taxa de sucesso de demandantes.

## Capítulo 5: Conclusão

Como vimos, a judicialização da saúde tem efeitos disruptivos e redistributivos relevantes sobre a política pública de saúde em nível federal e estadual. Apresentei apenas alguns dados esparsos sobre a judicialização nos municípios, mas a literatura já apontou que estes são talvez os que enfrentam o maior impacto relativo sobre suas contas e organização (WANG al, 2014). Ainda assim, a judicialização representa uma realidade para a política pública de saúde como um todo há mais de 20 anos e os dados atuais não demonstram qualquer indício de que ela deixará de existir no médio prazo.

Com isso, verificando a hipótese de que gestores são atores que utilizam as informações que detêm, aprendem com suas práticas e agem de forma estratégica e prospectiva, observei que ao menos nos quatro Estados analisados existe um movimento das secretarias em atuar em diferentes frentes para conter a judicialização potencial e amenizar o impacto da judicialização corrente. Estas estratégias configuram políticas públicas elaboradas por gestores em rede com atores do sistema de justiça e importam em adaptações nos trabalhos de todos os envolvidos, com especial impacto sobre a organização das secretarias.

Como vimos, estas “inflam” suas consultorias e assessorias jurídicas ou as desmembram e especializam a gestão de demandas judiciais em relação às administrativas. Neste movimento, incorporam uma lógica de gestão de processos em massa, padronizam e uniformizam sua atuação sobre a maior parte das ações e agem de forma mais agregada e estratégica para ações de alto impacto.

As alterações dentro da Secretaria ocorrem em concomitância com sua atuação para fora do órgão, estabelecendo redes de contato e parcerias com atores do sistema de justiça, especialmente procuradores do Estado. Depois das suas próprias consultorias e assessorias jurídicas internas, as PGEs são o primeiro e mais natural elo das SESs com o mundo do direito. São os advogados do governo e, em dois dos três Estados acima, também ocupam as assessorias jurídicas das secretarias por meio de agentes setoriais. Nada mais natural que advogados estejam alinhados com os interesses de seus clientes e busquem a melhor forma de representa-los processualmente. Esta parceria, contudo, transcende o ambiente judicial ou de consultoria caso a caso. Também procuradores se movimentam para fora do seu âmbito de atuação “normal” e “jurídico”. Não só buscam formas de tornar suas defesas mais técnicas, especializando unidades

para o tratamento separado das demandas de saúde, mas também se qualificam, buscando informações ou valendo-se de pareceres técnicos elaborados por profissionais da saúde (das secretarias, em geral), mas que devem ser inteligíveis tanto a eles quanto a juízes.

Uma das gestoras citadas no capítulo 3 (Gestora SP 4) comparou o fluxo de trabalho sobre a judicialização com a atuação de profissionais de saúde em hospitais, diferenciando as ações mais urgentes ou custosas das demais e lhes imprimindo um tratamento diferenciado em relação a massa de demandas. Esta aproximação entre a gestão das ações judiciais e das urgências hospitalares não é de todo trivial. De fato, observamos este duplo movimento, das secretarias ao mundo do direito, e das procuradorias ao mundo da saúde, mediado por ressignificações do que é técnico ou legítimo. O técnico pertence ao mundo da expertise da saúde, e não do direito. É, contudo, um técnico que não advém apenas da opinião de um médico ou profissional, mas que foi sancionado pelas esferas mais altas do SUS, via CONITEC. O técnico é apenas legítimo quando fruto de um procedimento formal e centralizado, de construção de significado de Estado. O que passou por este processo e, ainda assim, resulta em uma ação judicial, é caracterizado como parte da judicialização “devida”.

O “não-técnico” passa a pertencer ao mundo das teses jurídicas. Os juristas, contudo, não tem amplo domínio do conteúdo deste novo “técnico”, que precisa ser ensinado, explicado, traduzido, especialmente aos juízes. Nesse ponto, entram em cena tanto a atuação da procuradoria em parceria com as secretarias, elaborando pareceres que não podem ser tão “técnicos” assim, mas que permitam convencer o juiz de que os argumentos ali são mais “técnicos” que o dos médicos prescritores – por que incorporam não só as considerações de saúde pertinentes ao paciente mas também considerações de ordem pública. Este processo de tradução causa ruído – MS, HC e Agravo não têm o mesmo significado para gestores e procuradores. Não somente, existem diferenças institucionais, de capacidade de absorver efetivamente novos conhecimentos dos dois lados. Se a Secretaria “infla” seus órgãos de consultoria e assessoria jurídica, as PGEs recorrem às secretarias para conseguir o técnico, mas não alteram elas mesmas seus quadros para se tornarem mais multidisciplinares. Cabe à iniciativa individual dos procuradores em buscar conhecimentos fora de seu “quadrado”, atividade desestimulada pelo grande volume de ações judiciais e altas taxas de sucesso dos

demandantes. A solução é, assim, a padronização e massificação do tratamento das demandas, e a escolha estratégica de algumas delas para atuação mais detida.

Os NATs atuam como forma de legitimação extra sobre o que é considerado técnico pelas Secretarias. Ainda que detenham independência para inclusive opinar pelo tratamento fora da política, seus pareceres, em larga medida, dão o tom do tipo de defesa que se seguirá no processo. O NAT reduz os incentivos para que a defesa recorra a pareceres técnicos elaborados ou apresente teses divergentes às do núcleo, ainda que a posição institucional da maior parte das procuradorias seja a de contestar ou recorrer ainda assim, em razão do reconhecimento de repercussão geral e temas repetitivos pelo STF e STJ.

Além da atuação direta sobre processos, gestores e procuradores ainda se engajam em uma atuação de prevenção de litígios, com o uso de esferas administrativas ou convênios com Defensorias Públicas para impedir que demandas que possam ser prontamente internalizadas pela gestão se tornem ações judiciais. Uma das medidas mais bem-sucedidas resta nas esferas não judiciais de resolução de litígios, que dão mais voz aos gestores do SUS e à capacidade da política em adaptar o que prevê como “técnico” às demandas individuais. Se bem articuladas com as instâncias já processuais de gestão de demandas, como no caso da CRLS, estes espaços tem o condão de permitir que a interação do SUS com os pacientes sequer seja concebida como algo mediado por atores do sistema de justiça. Empoderam, assim, a administração pública. O caso de São Paulo, por outro lado, é bastante curioso pois, na tentativa de internalizar demandas administrativas inclusive por produtos não padronizados, apresenta uma posição contraditória da Secretaria diante do Judiciário e dos usuários, uma vez que oferece o medicamento antes da ação judicial, mas defende-se desta pretensão em juízo. Novamente, a integração entre as medidas pré-processuais e processuais se torna elemento chave para que estas estratégias possam, combinadas, gerar efeitos positivos em termos de gestão da judicialização.

Além de medidas pré-processuais, os comitês estaduais funcionam como um espaço adicional de interação, que solidifica a relação dos atores em rede, permitindo que o Judiciário se exponha continuamente a diferentes posições e possa, assim, ele mesmo também assumir o “técnico” da política como o argumento legítimo para decidir. A falta de estrutura própria destes espaços e o comparecimento apenas voluntário de muitos de seus atores limitam a capacidade de tornar o que se decide no âmbito dos comitês em medidas resolutivas ou mesmo com o

condão de alterar posicionamentos jurisprudenciais amplamente desfavoráveis à administração pública.

Trabalhar em rede não é uma atividade trivial, sobretudo se exige mais do que interlocução mas respostas resolutivas. Estes atores, envolvidos com a gestão da judicialização, tornam as fronteiras entre a saúde e o direito permeáveis e cinzentas, um processo que tem ganhos em termos de inovação e responsividade às demandas sociais. Um efeito não esperado da judicialização é a aproximação institucional de atores inicialmente isolados entre si, que passam a avaliar os trabalhos uns dos outros. Existe neste processo um ganho em termos de transparência e compartilhamento de informações entre setores, algo que, indiretamente repercute sobre a sociedade. Como o fenômeno atrai ainda a atenção da academia e da grande mídia, o que estes atores fariam em um primeiro momento separados e isolados, sob escrutínio apenas de seus pares e lógicas específicas de trabalho, ganha acesso amplo e incentiva um debate maior sobre os limites da saúde pública, do direito e, especialmente do Estado – o debate põem em xeque o que se deve esperar como saúde e saúde pública e o que se deve exigir do direito e das instituições jurídicas. Não somente, a judicialização expõem gargalos, fraudes, o poder da indústria farmacêutica e as limitações também do mercado.

Estes ganhos não neutralizam, contudo, as perdas para o SUS associadas a judicialização. Como vimos, esta privilegia pacientes em melhores condições socioeconômicas, redistribui recursos orçamentários desproporcionalmente e, o que esta tese demonstrou, “infla” o corpo jurídico dos órgãos de saúde, realocando pessoal para setores de meio. Neste sentido, efetivamente, gera novos arranjos organizacionais e prioridades dentro do funcionamento normal das Secretarias, medidas que não passam pela formulação tradicional de políticas públicas dentro do SUS, que em geral envolvem tanto representantes de diferentes esferas da política pública como dos próprios usuários. Neste sentido, se a judicialização submete a administração pública ao escrutínio do judiciário e, em alguma medida, as decisões judiciais ao escrutínio da administração pública, a judicialização gera respostas políticas que são efetivamente criadas e implementadas por burocracias de meio, o que importa em reconhecer que serão respostas menos democráticas que aquelas geridas dentro do caminho descentralizado mas altamente participativo do processo decisório regular do SUS.

## Bibliografia

ALVES, Danielle Conte, BAHIA, Ligia, BARROSO, André Feijó. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. **CAD. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 279-290, 2009.

ARANTES, Rogerio Bastos. **Judiciário e Política no Brasil**. São Paulo: Iespe: Editora Sumaré: Fapesp: Educ, 1997.

\_\_\_\_\_. **Ministério Público e política no Brasil**. São Paulo: editora Sumaré, 2002.

ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e Políticas Sociais. Determinantes da Descentralização**. Rio de Janeiro: Revan: São Paulo: FAPESP, 2000.

AUREA, Adriana Pacheco et al. Programas de assistência farmacêutica do Governo Federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. **Texto para Discussão**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2011.

BARCELLOS, Ana Paula. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. In: SARLET, Ingo Wolfgang, TIMM, Luciano Benetti. **Direitos Fundamentais, orçamento e “reserva do possível”**. 2ª. ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p.101-132

BARROSO, Luís Roberto. Da Falta de Efetividade à Judicialização Excessiva: Direito à Saúde, Fornecimento Gratuito de Medicamentos e Parâmetros para a Atuação Judicial. **Revista da Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul**, vol. 31, n. 66, jul/dez 2007, p. 89-114.

BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá, VIEIRA, Fabiola Sulpino. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Nota Técnica 28/2016. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em:

[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)

(Acesso 13/01/2018).

BERGALLO, Paola. Argentina. "Courts and the right to health: Achieving Fairness Despite "Routinization" in Individual Coverage Cases?" In: GLOPPEN, S. e YAMIN, A.E., **Litigating Health Rights**. Cambridge: Harvard University Press, 2011, p. 43-75, 2011.

BIEHL, João, AMON, Joseph A., SOCAL, Mariana P., PETRYNA, Adriana. Between the court and the clinic: Lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. **Health and Human Rights**, Vol. 14, No. 1, Junho 2012, pp. 36-52.

BILCHITZ, David. Is the Constitutional Court wasting away the rights of the poor? *Nokotyana v Ekurhuleni Metropolitan Municipality*. **South African Law Journal**, v. 127, n. 4, p. 591-605, 2010.

BOING, Alexandra et al. A judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para a gestão do sistema de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 1, p. 82-97, 2013.

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

BRASIL, "Base de Cálculo e aplicação mínima pelos entes federados em ações e serviços de saúde", Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: 2016

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Edição compilada. Brasília: 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) (Acesso 13/01/2018).

BRASIL. CONSULTORIA JURÍDICA DO MINISTERIO DA SAÚDE. **Intervenção judicial na saúde pública**. Advocacia Geral da União. Brasília: 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf> (Acesso 13/01/2018)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **O remédio via justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1787/2017**, Plenário, Processo n. 009.253/2015-7, Sessão: 16/8/2017.

CAETANO, Cristiana Ropelatto. **Judicialização de Medicamentos**. TELESSAÚDE, Santa Catarina: 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/181555> (Acesso 13/01/2018).

CHIEFFI, Ana Luiza. **Análise das demandas judiciais de medicamentos junto a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo à luz da política de assistência farmacêutica**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31072017-130420/>. (Acesso em 13/01/2018).

CHIEFFI, Ana Luiza, BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p. 1839-1849, Agosto, 2009.

CHIEFFI, Ana Luiza, SIQUEIRA, Paula Sue Facundo de. Judicialização da saúde no estado de São Paulo. **Judicialização da saúde no Brasil**. Organizadoras: Lenir Santos, Fernanda Terrazas, Campinas, SP: Saberes Editora, p. 267-301, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (CONITEC). “**Histórico Institucional**”, publicado 20/05/2014, disponível em: <http://conitec.gov.br/historico-institucional> (Acesso 06/01/2018).

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em Números 2017: ano-base 2016**. Brasília: CNJ, 2017.

COOPER, Carole. “Health rights litigation: cautious constitutionalism”. In: GLOPPEN, S. e YAMIN, A.E., **Litigating Health Rights**. Cambridge: Harvard University Press, 2011, p. 190-231.

CORRÊA, Luiza Andrade. **Judicialização da política pública de educação infantil no Tribunal de Justiça de São Paulo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/D.2.2015.tde-02122015-074746. Acesso em: 2017-12-04.

COUTO, Cláudio Gonçalves, ARANTES, Rogério Bastos. Constituição, governo e democracia no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p. 41-62, 2006.

DALLARI, Sueli. Aspectos particulares da chamada judicialização da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 1, p. 77-81, 2013.

DE OLIVEIRA, Vanessa Elias. Judiciário e privatizações no Brasil: existe uma judicialização da política?. **Dados-Revista de Ciências Sociais**, v. 48, n. 3, 2005.

DELEON, Peter. The Historical Roots of the Field. In: MICHAEL, Moran, REIN, Martin, GOODIN, Robert E (org.). **The Oxford handbook of public policy**. Oxford: Oxford University Press, 2008, p. 39-58.

DINIZ, Debora, ROBICHEZ DE CARVALHO MACHADO, Teresa, PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2014.

DO VALLE, Gustavo Henrique Moreira, CAMARGO, João Marcos Pires. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do supremo tribunal federal. **Revista de Direito Sanitário**, v. 11, n. 3, p. 13-31, 2011.

DRAIBE, Sônia Miriam. **Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental**. Informe Final do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Económico da CEPAL. 1997.

DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. 14 edição. Pearson, 2013.

EASTON, David. **The political system**. New York: Knopf, 1993.

EPP, C. R. **The rights revolution: Lawyers, activists, and supreme courts in comparative perspective**. Chicago: University of Chicago Press, 1998.

SCOREL, Sarah et al. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Fiocruz, 2012. p. 323-363.

FANTI, Fabiola. Políticas de saúde em juízo: um estudo sobre o município de São Paulo. In: **ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS**, 34., 2010, Águas de Lindóia. Disponível em:

<http://www.anpocs.com/index.php/papers-34-encontro/st-8/st17-7/1508-ffanti-justica-comum/file>

FERRAZ, O. L. M., The right to health in the courts of Brazil: Worsening health inequalities? **Health and Human Rights: An International Journal**, 11(2): 33-45, 2009a.

\_\_\_\_\_, Harming the poor through social rights litigation: lessons from Brazil. **South Texas Law Review**, Vol.89 (No.7). pp. 1643-1668, 2011b.

\_\_\_\_\_, “Brazil. Health Inequalities, Rights, and Courts: The Social Impact of the Judicialization of Health”. In: GLOPPEN, S. e YAMIN, A.E., **Litigating Health Rights**. Cambridge: Harvard University Press, 2011, p. 76-102.

\_\_\_\_\_, Between Usurpation and Abdication? The Right to Health in the Courts of Brazil and South Africa, 2009b. Disponível em SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1458299> ou <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1458299> (Acesso 12/01/2018).

FERRAZ, Octavio Luiz Motta, VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à proteção da saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados Revista de Ciências Sociais**, vol.52, n.1, 2009, pp. 223-251.

FERREIRA, Camila Duran et al.. **Atuação do judiciário na concretização dos direitos sociais: Um estudo empírico do reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental**. In: Prêmio IPEA 40 anos: monografias premiadas. Brasília: IPEA, 2005.

FIGUEREDO, Mariana Filchtiner, SARLET. Ingo Wolfgang. “Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações”. In: SARLET, Ingo Wolfgang, TIMM, Luciano Benetti (2010). **Direitos Fundamentais, orçamento e “reserva do possível”**. 2ª. ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 13-50.

FREEMAN, Richard. "Learning in public policy". In: MICHAEL, Moran, REIN, Martin, GOODIN, Robert E (org.). **The Oxford handbook of public policy**. Oxford: Oxford University Press, 2008, p. 367-388.

FRIEDRICH, Carl Joachim. **Man and his government: An empirical theory of politics**. New York: McGraw-Hill, 1963.

GARGARELLA, Roberto, DOMINGO, Pilar, ROUX, Theunis (Ed.). **Courts and Social Transformation in New Democracies: an institutional voice for the poor?** Ashgate Publishing, Ltd., 2006.

GAURI, V., BRINKS, D. M. **Courting Social Justice. Judicial Enforcement of Social and Economic Rights in the Developing World**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

GLOPPEN, Siri, WILSON, Bruce, GARGARELLA, Roberto, KINANDER, Morten, & SKAAR, Elin. **Courts and power in Latin America and Africa**. New York: Springer, 2016.

GLOPPEN, Siri. Litigation as a strategy to hold governments accountable for implementing the right to health, **Health and Human Rights**, vol. 10, n. 2, 2008, pp. 21-36.

GLOPPEN, Siri, ROSEMAN, Mindy Jane. "Introduction: Can litigation bring justice to health?". In: GLOPPEN, S. e YAMIN, A.E., **Litigating Health Rights**. Cambridge: Harvard University Press, 2011, p. 1-16, 2011.

GOMES, Dalila F., SOUZA, Camila Rufino, SILVA, Felipe Luiz da, PÔRTO, JULIANNA Alves, MORAIS, Indyara de Araújo, RAMOS, Maíra Catharina, & SILVA, Everton Nunes da. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá?. **Saúde em Debate**, 38(100), 2014, 139-156.

"

GOODIN, Robert E., REIN, Martin, MORAN, Michael. "The Public and its Policies". In: MICHAEL, Moran, REIN, Martin, GOODIN, Robert E (org.). **The Oxford handbook of public policy**. Oxford: Oxford University Press, 2008, p. 3-38.

HECLO, Hugh. **Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance**. New Haven: Yale University Press, 1974.

HOFFMAN, F.F., BENTES, Fernando R.N.M.. "Accountability for Social and Economic Rights in Brazil". In: GAURI, Varun, BRINKS, Daniel M., **Courting Social Justice**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008, p. 100-145

HOROWITZ, D.L. **The Courts and Social Policy**. Washington: The Brookings Institution, 1977.

HOWLETT, Michael & RAMESH, M. **Studying Public Policy. Policy cycles and Policy Subsystems**. 2a edição. Ontario: Oxford University Press, 2003.

INTERFARMA. **Judicialização da Saúde na Prática**. Intrafarma: São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/102-caderno-judicializacao-jul2016-site.pdf> (Acesso em 29/12/2017).

IPEA, **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Brasília: Ipea, 2016. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/20170519\\_bps24.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/20170519_bps24.pdf)

JONES, Charles O. **An Introduction to the study of public policy**. Boston: Duxbury, 1977.

KAPISZEWSKI, Diana. **High courts and economic governance in Argentina and Brazil**. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.

LAMPREA MONTEALEGRE, Everaldo. **Derechos en la práctica: jueces, litigantes y operadores de políticas de salud en Colombia (1991-2014)**. Ediciones Uniandes-Universidad de los Andes, 2015.

LASSWELL, Harold & KAPLAN, Abraham. **Power and Society**. New Haven: Yale University Press, 1970.

LEITE, Silvana Nair, MAFRA, Ana Cristina. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, 2010.

LIMA, Nísia Trindade et al. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LOTTA, Gabriela S., PIRES, Roberto Rocha Coelho, OLIVEIRA, Vanessa Elia de. "Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas". In: CAVALCANTE, Pedro Organizador, LOTTA, Gabriela (org.). **Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação**. 2015.

LYNN, L. E.. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica: Goodyear, 1980

MACHADO, Cristiani Vieira, LIMA, Luciana Dias, BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. "Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde". In **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Organizado por Gustavo Correa Matta e Ana Lucia de Moura. Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MARCHETTI, Vitor, CORTEZ, Rafael. A judicialização da competição política: o TSE e as coligações eleitorais. **Opinião Pública**, v. 15, n. 2, p. 422-450, 2009.

MARQUES, Silvia Badim, DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MENDES, Conrado Hubner. **Direitos Fundamentais, Separação de Poderes e Deliberação**. São Paulo: Saraiva, 20011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Editora Fiocruz, 2007.

MESSEDER, A. M., OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S., LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Financiamento Público de Saúde**. Série ECOS - Economia da Saúde para a Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

NAFFAH FILHO, Michel, CHIEFFI, Ana Luiza, CORREA, Maria Cecília MM. S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista** (Online), v. 7, n. 84, p. 18-30, 2010.

NOGUEIRA, Karina Pires, CAMARGO, Erika Barbosa. Judicialização da saúde: gastos Federais para o Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2011-2014. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 2, p. 120-132, 2017.

NOVAES, Natália Fazano. **Judicialização da saúde e assistência farmacêutica no pós-88: efeitos na administração pública municipal do Estado de São Paulo**. Dissertação de Mestrado em Direito e Desenvolvimento. Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo: 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle>

/10438/10297/Nat%C3%A1lia%20Fazano%20Novaes.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Acesso 13/01/2018)

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin, ARAÚJO ASSIS, Marluce Maria, BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010.

OLIVEIRA, V. E., ABRUCIO, F. L. Entre a política e a burocracia: a importância dos burocratas de nível médio para a produção de políticas públicas em saúde e educação. Artigo apresentado no 35º Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, MG, 2011.

OLIVEIRA, Vanessa Elia de. Instituições, burocracias e produção de políticas públicas: o caso da política estadual de saúde. Artigo apresentado no 33º Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, MG, 2009.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de, MARCHETTI, Vitor. O Judiciário e o controle sobre as políticas públicas: a judicialização da educação no município de São Paulo. Artigo apresentado no 37º Encontro Nacional da Anpocs, Caxambu, MG, 2013.

OLIVEIRA, Vanessa Elias, NORONHA, Lincoln. Judiciary-Executive relations in policy making: the case of drug distribution in the state of São Paulo. **Brazilian Political Science Review**, v. 5, n. 2, 2012.

PARMAR, Sharanjeet, WAHI, Namita. "India: Citizens, Courts and the Right to Health: Between Promise and Progress?". In: GLOPPEN, S. e YAMIN, A.E., **Litigating Health Rights**. Cambridge: Harvard University Press, 2011, p. 155-189.

PEIXOTO, Felipe. Apresentação de slide: "O Impacto (Custos) das ordens judiciais no orçamento público da saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/8624997/> (Acesso em 23/12/2017).

PEPE, Vera Lúcia Edais et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

PETERS, B. G., **American Public Policy**. Chatham, New Jersey: Chatham House, 1986.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. “Gasto tributário e conflito distributivo na saúde”. In: CASTRO, JA, SANTOS, CH, RIBEIRO, JAC. **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009**, v. 2009, p. 351-374, 2010.

PIOLA, Sergio, PAIVA, Andrea, SÁ, Edvaldo, SERVO, Luciana. Financiamento Público da Saúde: uma história a procura de rumo. Texto para Discussão, Ipea. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

RAMOS PEREIRA, Januária et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010.

RODRIGUEZ-GARAVITO, Cesar. Beyond the Courtroom: The Impact of Judicial Activism on Socioeconomic Rights in Latin America, **Texas Law Review** vol. 89, no. 7, Junho, 2011, p. 1669-1698.

ROSENBERG, G. **Hollow hope: Can courts bring about social change?**, 2 ed, Chicago: University of Chicago, 2008.

SABEL, C. F., SIMON, W. H. Destabilization rights: how public law litigation succeeds, **Harvard Law Review**, p. 1015-1101, 2004.

SALAZAR, Andrea Lazzarini, GROU, Karina Bozola. A judicialização dos antirretrovirais no Brasil. In: **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da**

**epidemia no Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 43.

SANTOS, Alethele de Oliveira, DELDUQUE, Maria Célia, & MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Os discursos na Audiência Pública da Saúde e seu impacto nas decisões do Supremo Tribunal Federal: uma análise à luz da teoria dos sistemas sociais. **Saúde e Sociedade**, 24, (1), p.184-192, 2015.

SÃO PAULO, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**, <sup>a</sup> edição. São Paulo: SEDPcD, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 6<sup>a</sup> ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SCHEFFER, M., SALAZAR, A.L., GROU, K.B. **O Remédio via Justiça: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exams em HIV/AIDS no Brasil por meio de ações judiciais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SCHEFFER, Mario. Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, v. 14, n. 1, p. 122-131, 2013.

SCHEINGOLD, S.A. **The Politics of Rights**. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1974.

SILVA, Hudson P., PETRAMALE, Clarice A., ELIAS, Flavia TS. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. spe, p. 83-90, 2012.

SILVA, Raquel da Silveira Amprozio. **Análise da judicialização da assistência farmacêutica no Rio Grande do Sul - a coletividade no banco dos réus: uma avaliação da 7<sup>a</sup>**

**Coordenadoria Regional de Saúde.** Tese de Mestrado Profissional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2014.

SILVA, Virgílio Afonso da, TERRAZAS, Fernanda. Claiming the Right to Health in Brazilian Courts: The Exclusion of the Already Excluded. **Law & Social Inquiry**, vol. 36, no. 4, 2011, pp. 825–853.

SILVA, Virgilio Afonso da. **Direitos Fundamentais. Conteúdo essencial, Restrições e Eficácia.** São Paulo: Melhoramentos, 2009.

SOARES SANTOS, Isabela, DOMINGUEZ UGÁ, Maria Alicia, PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, 2008.

SOUZA, Anderson Monteiro. **A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado Profissional defendida junto a Escola de Administração Pública e Empresas da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2016.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, 2006.

TATE, C. Neal, VALLINDER, Torbjorn (Ed.). **The global expansion of judicial power.** New York: NYU Press, 1995.

TAYLOR, Matthew M. O judiciário e as políticas públicas no Brasil. **DADOS-Revista de ciências sociais**, v. 50, n. 2, 2007.

TAYLOR, Matthew M.. **Judging policy: courts and policy reform in democratic Brazil.** Stanford University Press, 2008.

TEIXEIRA, Mariana Faria. **Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado defendida junto à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: 2011.

TIBYRIÇÁ, Renata Flores. **Da legalidade à realidade: o uso do serviço público de educação para pessoas com transtorno do espectro do autismo na cidade de São Paulo**. 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2014.

TOMA, Tereza Setsuko et al. Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 1, p. 35-54, 2017.

TORRES, Ricardo Lobo (1989). O Mínimo Existencial e os Direitos Fundamentais, **Revista de Direito Administrativo**, 177: 29-49, 1989.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.

VASCONCELOS, Natália Pires de. **Judiciário e orçamento público: considerações sobre o impacto orçamentário de decisões judiciais**. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-03082016-144546/>>. Acesso em: 2017-12-03.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VENTURA, Miriam. **O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde**. Tese de Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2012/doutorado/Miriam%20Ventura%20da%20Silva.pdf> (Acesso 29/12/2017).

VERISSIMO, Marcos Paulo. A Constituição de 1988, Vinte Anos Depois: Suprema Corte e Ativismo Judicial “À Brasileira”, **Revista Direito GV**, n.º 8, São Paulo: FGV, jul. a dez. 2008.

VIEIRA, Fabiola Sulpino, ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, abr. 2007

VIEIRA, Oscar Vilhena. Supremocracia, **Revista Direito GV**, v. 4, n. 2, p. 441-463, 2008.

WANG, Daniel W., FERRAZ, Octavio L. M., Atendendo os mais necessitados? Acesso à justiça e o papel dos defensores e promotores públicos no litígio sobre direito à saúde na cidade de São Paulo. **Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 10, n. 18, 2013.

WANG, Daniel W. L. et al., Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 48, n. 5, 2014.

WANG, Daniel W. L., Right to Health litigation in Brazil: The problem and the institutional responses. **Human Rights Law Review**, v. 15, n. 4, p. 617-641, 2015.

\_\_\_\_\_. **Poder Judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

WANG, Daniel, VASCONCELOS, Natália, Adjudicação de direitos e escolhas políticas na assistência social, **Novos Estudos** CEBRAP, Edição 103, Volume 34, N. 3, Novembro de 2015.

YAMIN, Alicia Ely. Power, suffering, and courts: Reflections on promoting health rights through judicialization. In: GLOPPEN, S. e YAMIN, A.E., **Litigating Health Rights**. Cambridge: Harvard University Press, 2011, p. 333-372.

YAMIN, Alicia Ely, PARRA-VERA, Oscar, GIANELLA, Camila. Judicial Protection of the Right to Health: An Elusive Promise? In: GLOPPEN, S. e YAMIN, A.E., **Litigating Health Rights**. Cambridge: Harvard University Press, 2011, p. 103.