



Poder Judiciário



JUSTIÇA PESQUISA

Judicialização da saúde no Brasil

Dados e experiências



CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Presidente	Ministro Ricardo Lewandowski
Corregedor Nacional de Justiça	Ministra Nancy Andrighi
Conselheiros	Ministra Maria Cristina Irigoyen Peduzzi Ana Maria Duarte Amarante Brito Guilherme Calmon Nogueira da Gama Flavio Portinho Sirangelo Deborah Ciocci Saulo José Casali Bahia Rubens Curado Silveira Luiza Cristina Fonseca Frischeisen Gilberto Valente Martins Paulo Eduardo Pinheiro Teixeira Gisela Gondin Ramos Emmanoel Campelo de Souza Pereira Fabiano Augusto Martins Silveira
Secretário-Geral	Fabício Bittencourt da Cruz
Diretor-Geral	Rui Moreira de Oliveira

EXPEDIENTE

Departamento de Pesquisas Judiciárias	
Diretor Executivo	Fabyano Alberto Stalschmidt Prestes
Diretora de Projetos	Fernanda Paixão Araújo Pinto
Diretora Técnica	Thamara Duarte Cunha Medeiros

Realização: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Secretaria de Comunicação Social

Secretária de Comunicação Social	Giselly Siqueira
Capa	Ricardo Marques
Projeto gráfico	Eron Castro
Revisão	Carmem Menezes

2015

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Endereço eletrônico: www.cnj.jus.br

342.7:614

Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015

142 p.

1. Direito à saúde 2. Assistência médica, aspectos jurídicos, Brasil 3. Saúde pública, Brasil I. Asensi, Felipe Dutra II. Pinheiro, Roseni III. Brasil. Conselho Nacional de Justiça

CDU

JUSTIÇA PESQUISA

Judicialização da saúde no Brasil

Dados e experiências

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

EQUIPE DE PESQUISA

COORDENADORES

Felipe Dutra Asensi
Roseni Pinheiro

PESQUISADORES

Jaqueline Robaina
Adriana Marques Aidar
Frederico Ramos
Arthur Bezerra de Souza Junior
Renata Quaino

PESQUISADORES PARCEIROS

Arthur Bezerra Junior
Renata Quaino
Karize Lins
Raquel Tavares
Luciano Monteiro
Gabriele França
Guilherme Alef

Sumário

Apresentação	7
1	
Introdução	9
2	
A pesquisa	13
2.1. Aspectos gerais	14
2.2. Metodologia quantitativa dos perfis	14
2.2.1. A escolha dos tribunais	15
2.2.2. Desafios iniciais	17
2.2.3. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo	19
2.2.4. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná	21
2.2.5. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte	22
2.2.6. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais	23
2.2.7. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul	24
2.2.8. Tribunal de Justiça do Estado do Acre	26
2.3. Metodologia qualitativa das experiências	26
3	
Perfil da judicialização da saúde	29
3.1. Informações gerais	29
3.1.1. Despesas dos tribunais	30
3.1.2. Quantidade de servidores	31
3.1.3. Quantidade de magistrados, carga de trabalho e processos julgados por magistrado	32
3.1.4. Processos em estoque	39
3.2. Saúde pública	42
3.3. Saúde suplementar	42
3.4. Considerações sobre os perfis	42

4

Experiências de efetivação da saúde	45
4.1. Araguaína/TO	45
4.1.1. Apresentação	45
4.1.2. Compreensão dos atores.....	47
4.1.3. Arranjos institucionais	54
4.1.4. Fatores da experiência e resultados alcançados.....	74
4.2. Lages/SC	77
4.2.1. Apresentação	77
4.2.2. Compreensão dos atores.....	79
4.2.3. Arranjos institucionais	85
4.2.4. Fatores da experiência e resultados alcançados.....	107
4.3. Brasília/DF	108
4.3.1. Apresentação	108
4.3.2. Compreensão dos atores.....	109
4.3.3. Arranjos institucionais	112
4.3.4. Fatores da experiência e resultados alcançados.....	128
4.4. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS EXPERIÊNCIAS	129

5

CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS DESAFIOS PARA O CNJ	131
---	-----

Apresentação

Este relatório versa sobre as atividades de pesquisa do Projeto “Estudo multicêntrico sobre as relações entre Sociedade, Gestão e Judiciário na efetivação do direito à saúde” e atende aos requisitos previstos na Convocação n. 01/2012 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), especialmente no que concerne ao campo temático n. 02 (Judicialização do Direito à Saúde no Brasil), em parceria com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/UERJ).

Tem como foco a apresentação detalhada dos aspectos metodológicos e científicos da pesquisa, além de discutir os resultados quantitativos e qualitativos alcançados e as conclusões que podem ser inferidas a partir dos dados produzidos.- Trata-se de um estudo multicêntrico desenvolvido nos anos de 2013 e 2014, com abrangência nacional, que busca analisar o cenário da judicialização da saúde e a política judiciária de saúde no Brasil, com foco na saúde pública e na saúde suplementar. Para tal, foi desenvolvido um enfoque fortemente interdisciplinar, com uma estratégia metodológica inovadora do ponto de vista quantitativo e qualitativo.

A equipe de pesquisa esteve vinculada ao LAPPIS/UERJ e trabalhou diretamente na produção, coleta e análise dos dados. O LAPPIS/UERJ ainda destaca e agradece a essencial contribuição e participação dos seguintes pesquisadores ao longo das atividades de pesquisa: Arthur Bezerra Junior, Renata Quaino, Karize Lins, Raquel Tavares, Luciano Monteiro, Gabriele França e Guilherme Alef.

1

Introdução

A saúde e o direito são campos bastante politizados no Brasil. As instituições jurídicas e sanitárias têm sido testemunhas desse processo, que influencia decisivamente as sociabilidades e o estabelecimento de estratégias de reivindicação de direitos pelos atores sociais. No Brasil, a relação entre direito e saúde ganhou sua versão atual há pouco mais de 25 anos, a partir da Constituição de 1988, e sua cristalização foi fruto de amplos debates com grupos de pressão, sociedade civil e Estado.

A progressiva constitucionalização que os direitos sociais passaram na década de 1980, associada aos desafios de implementação efetiva por parte do Estado, fez que tais direitos fossem cada vez mais submetidos ao crivo das instituições jurídicas para sua efetivação. A judicialização do direito à saúde, mais especificamente, tem se direcionado a diversos serviços públicos e privados, tais como o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças. Não é difícil observar em qualquer governo no Brasil a existência de ações judiciais que buscam o deferimento de pedidos sobre estes e outros assuntos. O resultado deste processo é a intensificação do protagonismo do Judiciário na efetivação da saúde e uma presença cada vez mais constante deste Poder no cotidiano da gestão em saúde. Seja em uma pequena comarca ou no plenário do STF, cada vez mais o Judiciário tem sido chamado a decidir sobre demandas de saúde, o que o alçou a ator privilegiado e que deve ser considerado quando o assunto é política de saúde.

Durante algum tempo, esta atuação judicial esteve fortemente orientada pelo convencimento pessoal dos magistrados pelo Brasil afora. Em regra, as decisões judiciais não tinham uma sólida padronização dos limites da decisão judicial ou não traziam uma discussão mais aprofundada sobre as questões específicas de saúde. Isto fez que os magistrados decidissem com frequência de maneira “solitária” as demandas de saúde apresentadas. O resultado foi uma ampliação decisiva dos serviços de saúde pela via judicial, e um dos exemplos mais paradigmáticos dessa “virada judicial” foi o reconhecimento do dever do Estado de concessão de antirretrovirais para portadores de HIV/Aids.

No entanto, nos últimos anos, o Judiciário buscou se debruçar de forma mais sistemática sobre o ato de julgar em saúde e tem buscado fazer que este ato não seja necessariamente uma decisão “solitária”. O crescimento da importância e do protagonismo judicial em matéria de saúde trouxe a necessidade de se estabelecer uma ação mais coordenada e estratégica. Não é por acaso que, ao longo dos últimos cinco anos, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem liderado e estimulado de maneira mais sistemática a atuação do Judiciário, buscando estabelecer uma *política judiciária para a saúde*. As estratégias oriundas dessa política judiciária envolvem desde a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde até Comitês Estaduais de Saúde e recomendações sobre como os juízes podem decidir as demandas que lhes são apresentadas. Desde então, em meio a avanços e desafios, o CNJ tem estimulado, discutido, desenvolvido e implementado diversas ações e estratégias que visam, em alguma medida, oferecer parâmetros e diretrizes para a atuação judicial em saúde.

No Brasil, a efetivação judicial do direito à saúde tem recebido um debate cada vez mais público e em diversos espaços. Especialmente com o fomento do CNJ, tem sido analisada e desenhada uma política judiciária da saúde, que envolve não somente a atuação das instituições jurídicas, mas também sua interface com instituições políticas e participativas.

Em 2010, por exemplo, o CNJ publicou a Recomendação n. 31 que, considerando o volume processual de centenas de milhares de processos em saúde, teve como objetivo orientar os tribunais na adoção de medidas que subsidiem os magistrados para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde pública. A exposição de motivos da Recomendação elenca a razão de sua aprovação e publicação:

- » o grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde em tramitação no Judiciário e o representativo dispêndio de recursos públicos decorrente desses processos judiciais;
- » a carência de informações clínicas prestadas aos magistrados a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores dessas demandas;

- » os medicamentos e tratamentos utilizados no Brasil dependem de prévia aprovação pela ANVISA, na forma do art. 12 da Lei n. 6.360/1976 c/c a Lei n. 9.782/1999, as quais objetivam garantir a saúde dos usuários contra práticas com resultados ainda não comprovados ou mesmo contra aquelas que possam ser prejudiciais aos pacientes;
- » as reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde.

Desse modo, o CNJ estimulou que os tribunais, entre outras medidas, celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliá-los na apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, observadas as peculiaridades regionais. Além disso, estabeleceu que os magistrados:

- » procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;
- » evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;
- » ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;
- » incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura, além de incorporar o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados;
- » promovam visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon).

No mesmo ano, o CNJ ainda publicou a Resolução n. 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário (FNJ) para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Entre suas atribuições, o FNJ deve elaborar estudos e propor medidas concretas para o aperfeiçoamento, reforço e efetividade dos processos judiciais, além de refletir sobre a prevenção de novos conflitos em matéria de saúde. A Resolução ainda prevê a possibilidade de os tribunais realizarem termos de cooperação técnica com órgãos ou entidades públicas ou privadas para o cumprimento de suas atribuições.

Outro exemplo é a Declaração oriunda do I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, realizado em 18 e 19 de novembro de 2010. Esta Declaração parte do pressuposto de que a atuação do Judiciário é crucial para o resgate efetivo da cidadania e realização do direito à saúde, mesmo sob o argumento de que do seu exercício advêm tensões com a administração pública. Interessante notar que esta Declaração revela, inclusive, a auto-compreensão de que os magistrados possuem uma relevante missão na influência das políticas públicas de saúde.

Em 2011, o CNJ ainda publicou a Recomendação n. 36 que, inspirada na Recomendação n. 31, trouxe regramentos específicos para o julgamento de demandas envolvendo a saúde suplementar. Desse modo, ao estabelecer a importância de se oficializar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a necessidade de se incluir representantes das operadoras de planos de saúde nos Comitês Estaduais de Saúde, o CNJ deu mais um passo na coordenação de estratégias judiciais para o tema.

Em termos de política judiciária de saúde, apesar de críticas e desafios, as medidas adotadas pelo CNJ constituem verdadeiros avanços institucionais do Judiciário. A necessidade de celeridade das decisões, a relação direta com o direito à vida e a complexidade do que significa tratamento e prevenção são elementos que diferenciam o direito à saúde dos demais direitos sociais, e a política judiciária de saúde tem procurado considerar isso.

2

A pesquisa

A pesquisa consistiu em um estudo multicêntrico desenvolvido no ano de 2013, com abrangência nacional, que buscou analisar o cenário da judicialização da saúde e a política judiciária de saúde. Para tal, foi desenvolvido um enfoque fortemente interdisciplinar a partir de uma estratégia metodológica que triangulou técnicas quantitativas e qualitativas de produção, coleta e análise de dados. Nesse sentido, a pesquisa buscou analisar as diversas relações que são estabelecidas entre o Poder Judiciário, a sociedade e a gestão de saúde, com foco nas estratégias de efetivação do direito à saúde. Como consequência, ganharam realce não somente os processos judiciais que envolvem demandas em saúde, mas igualmente as estratégias extrajudiciais desenvolvidas ou fomentadas pelo Poder Judiciário para fortalecer e racionalizar a efetivação do direito à saúde no Brasil.

Buscou-se ainda atender a três objetivos específicos: o primeiro foi o estabelecimento de um perfil amplo dos litígios em saúde pública e saúde suplementar no Brasil, a partir de diversas informações e características presentes em processos judiciais. O segundo foi a análise de conteúdos, concepções e sentidos atribuídos pelos atores jurídicos e políticos no que concerne ao direito à saúde e às estratégias de efetivação. O terceiro objetivo, por fim, foi a compreensão dos arranjos institucionais e sociais que foram desenvolvidos em experiências específicas de interação entre Judiciário, sociedade e gestão para a efetivação do direito à saúde.

Com base nesses objetivos, foi desenvolvido o estudo multicêntrico a partir de técnicas quantitativas e qualitativas, conforme apresentado nos próximos tópicos deste capítulo.

2.1. Aspectos gerais

O problema que orientou a pesquisa foi o seguinte: qual o panorama da judicialização da saúde e da política judiciária de saúde no Brasil? Buscou-se, então, analisar de maneira precisa a relação entre sociedade, gestão e Poder Judiciário, com foco nas estratégias judiciais e extrajudiciais de efetivação do direito à saúde nas dimensões pública e privada.

A definição da estratégia metodológica orientou-se por essa problemática de pesquisa a partir da articulação entre técnicas quantitativas e qualitativas. Sendo assim, a pesquisa tomou como objetos três elementos relevantes para a judicialização da saúde no Brasil, quais sejam:

- » Ações judiciais em saúde (pedidos, causas de pedir, demandantes, demandados, provimentos, recursos etc.);
- » Redes institucionais das políticas de saúde (Fórum Nacional de Saúde, Comitês Estaduais de Saúde, Conselhos de Saúde etc.);
- » Estratégias extrajudiciais desenvolvidas no ou pelo Judiciário (Audiências Públicas, Mutirões etc.).

Vale dizer que, por questões contratuais, o foco da pesquisa foi no Poder Judiciário, mas isso não afastou a análise da interação deste Poder com as demais instituições jurídicas e políticas no âmbito da saúde pública e da saúde suplementar.

2.2. Metodologia quantitativa dos perfis

Considerando o tempo da pesquisa de 12 meses e os recursos financeiros, a *pesquisa quantitativa* foi desenvolvida com base nos seguintes aspectos:

Primeiramente, foi realizada uma pesquisa nos *sites* dos Tribunais de Justiça, com o objetivo de constituir um perfil dos litígios em saúde pública e suplementar, buscando categorizá-los mediante os seguintes dados: autor, réu, existência de antecipação de tutela, pedido principal, causa de pedir, existência de recursos, principais argumentos do autor e do réu, ações coletivas e individuais, além de outros previstos nos questionários de análise. Vale ressaltar que, apesar de a coleta dos dados ser quantitativa, a análise destes dados abarcou o componente qualitativo, como será visto.

Para respeitar a adequação do tempo da pesquisa, foram escolhidos como referência da pesquisa quantitativa os anos de 2011 e 2012. Os critérios de escolha foram: a) atualidade

dos dados; b) disponibilidade *on-line* dos dados de 2ª instância; c) são anos posteriores à criação do Fórum Nacional de Saúde, da edição da Recomendação n. 31 do CNJ, da Recomendação n. 75 do CNJ, da Recomendação n. 107 do CNJ, da instituição dos Comitês Estaduais de Saúde e da realização da Audiência Pública de Saúde do STF.

Portanto, considerando que não se trata de pesquisa baseada em cronologia das estratégias de reivindicação do direito à saúde no Brasil, a escolha dos anos de 2011 e 2012 foi a mais adequada para os critérios acima estabelecidos. Também em razão do critério temporal da pesquisa, foram escolhidos para a pesquisa quantitativa seis tribunais estaduais, cujos critérios serão explicados com mais detalhes no tópico seguinte.

Considerando os pressupostos acima elencados, foi criado um banco de dados amostral fortemente representativo da judicialização da saúde no Brasil, o que permitiu a realização de inferências a respeito dos desafios ao Judiciário, especialmente no que concerne à efetivação do direito à saúde. A análise foi realizada considerando todas as características do processo na primeira e na segunda instância, sendo o objeto de análise esta última, por meio da qual foi feita uma reconstrução das informações de primeira instância.

2.2.1. A escolha dos tribunais

Para a escolha dos tribunais estaduais, a pesquisa tomou como referência o *Relatório Justiça em Números 2012*, elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça, que classifica os tribunais estaduais em três grupos (pequeno, médio e grande porte). Essa classificação ocorre em função do escore obtido por cada tribunal, com base nos dados anuais apresentados a respeito das seguintes variáveis: a) a despesa total da Justiça; b) os casos novos; c) os processos em tramitação; d) os magistrados; e) os servidores, inclusive estagiários e terceirizados; e f) o número de servidores da área judiciária.

Com base nos escores, foram escolhidos seis tribunais, respeitando-se a seguinte distribuição: em cada grupo (pequeno, médio ou grande), foi selecionado o tribunal com maior e o tribunal com menor escore, totalizando os seis tribunais. O resultado preliminar da seleção compreende os seguintes tribunais:

CRITÉRIO PRELIMINAR DE SELEÇÃO DOS TRIBUNAIS		
Porte	Maior escore	Menor escore
Grande	Tribunal de Justiça de São Paulo	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
Médio	Tribunal de Justiça do Paraná	Tribunal de Justiça do Mato Grosso
Pequeno	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte	Tribunal de Justiça de Roraima

Para a seleção definitiva desses tribunais, entretanto, teria que ser averiguada a disponibilidade *on-line* de dados. Portanto, em decorrência de problemas com relação a este requisito, todos os tribunais que figuravam com menor escore em cada grupo tiveram de ser substituídos.

No caso de Roraima, não havia decisões suficientes que pudessem apresentar com fidedignidade a judicialização da saúde no estado. Segundo o *Relatório Justiça em Números 2012*, a quantidade de processos que tinham sido julgados era muito superior aos resultados obtidos no sítio do tribunal para as decisões de 2º grau. Foram encontrados dez resultados, buscando-se por decisões que foram proferidas entre 1º/01/2011 e 31/12/2012. Os dados obtidos no relatório apontam que o total de processos julgados em 2ª instância foi de 2.749 só em 2011.

No caso de Mato Grosso, a impossibilidade se deu em virtude da falta de estabilidade de funcionamento do *site* do tribunal, o que inviabilizou a obtenção dos dados para a realização da pesquisa. Durante várias oportunidades e em diversos horários, o sistema de busca ficou inoperante.

Em relação ao Rio Grande do Sul, embora tenha sido possível encontrar quantidade significativa de processos, o *site* do tribunal somente permite a consulta de mil processos por busca, mesmo informando que foram encontrados aproximadamente 7.470 resultados. Desse modo, ficariam inacessíveis 6.470 processos.

Sendo assim, os tribunais do Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Roraima foram substituídos, respectivamente, por Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Acre, respeitando-se rigorosamente a classificação do *Relatório Justiça em Números 2012*. Nesse sentido, os tribunais efetivamente selecionados para a pesquisa foram:

TRIBUNAIS SELECIONADOS		
Porte	Maior escore	Menor escore
Grande	Tribunal de Justiça de São Paulo	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
Médio	Tribunal de Justiça do Paraná	Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul
Pequeno	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte	Tribunal de Justiça do Acre

É preciso destacar que, no relatório do ano seguinte, o Tribunal do Paraná subiu para o grupo de tribunais de grande porte, ao passo que o Tribunal do Mato Grosso do Sul desceu para o grupo de tribunais de pequeno porte.

Esses tribunais foram analisados por meio de um questionário de informações gerais, além de também ser preenchido um questionário para análise de processos em saúde pública ou suplementar. O preenchimento dos questionários foi feito por equipe capacitada especificamente para tal atividade, que foi composta por profissionais com formação em Direito. A digitação dos dados foi feita por outra equipe no *software* desenhado especificamente para essa pesquisa, com base no *Manual de Procedimentos*.

2.2.2. Desafios iniciais

Número do processo

A ideia inicial da pesquisa consistiu em cadastrar as buscas pelo número do processo padronizado pelo CNJ. Entretanto, ao ser realizada uma análise prévia, constatou-se que nem todos os tribunais disponibilizavam a numeração do CNJ na consulta processual. Diante disso, foi necessário mudar a estratégia metodológica para abarcar, de forma genérica, o número do processo fornecido na consulta, para que fosse possível fazer o controle dos dados coletados e evitar a duplicidade de informações.

Embora a numeração do CNJ não seja de visualização imediata, verificou-se que, em alguns tribunais – tais como o TJRN – foi possível encontrar a numeração CNJ na movimentação do processo. Porém, isso foi possível somente na página em que se localizam as informações sobre os procedimentos realizados no processo.

Termos da pesquisa

Superada a questão do registro do número dos processos, houve a definição de quais seriam os termos de pesquisa. Pretendeu-se inicialmente escolher alguns descritores específicos para a realização das buscas. Para a saúde suplementar, por exemplo, pensou-se como descritores os termos: “saúde suplementar”, “plano de saúde” e “cobertura e saúde”. Para a saúde pública, pensaram-se os seguintes: “SUS”, “medicamento” e “vacina”.

Contudo, tendo em vista o universo a ser pesquisado e as diferenças regionais para o cadastramento das ementas, optou-se pelo descritor “saúde”, por seu caráter mais abrangente. Assim, foram pesquisados os processos que tinham a palavra “saúde” em suas ementas, cabendo, em uma segunda etapa, a separação daqueles que efetivamente interessariam à pesquisa no âmbito da saúde pública e suplementar.

Escolha por data de julgamento

As decisões selecionadas para a pesquisa levaram em consideração a data de julgamento, e não a data da publicação da decisão. Embora somente com a publicação a decisão opere seus efeitos, o que interessa para a pesquisa é o momento em que a decisão é proferida. Isso porque é possível verificar que, em alguns tribunais, o lapso temporal entre a data de julgamento e da publicação pode ser de meses ou mais, o que poderia interferir na obtenção dos dados pesquisáveis.

A escolha levou em consideração o fato de que, como é possível demorar para publicar um acórdão, uma decisão proferida em dezembro de 2010, por exemplo, poderia ser publicada somente em janeiro de 2011, o que afetaria a coerência metodológica. Da mesma forma, uma decisão proferida em dezembro de 2012 não poderia ser computada, tendo em vista ser possível que ela somente fosse publicada em 2013.

Escolha por acórdãos e decisões monocráticas

A unidade de análise da pesquisa quantitativa são os processos em 2ª instância e, a partir das informações desses processos, buscou-se também reconstruir as informações de 1ª instância. Assim, considerando a existência de mandados de segurança que são interpostos para julgamento diretamente na 2ª instância e mantendo a orientação de reconstrução do andamento do processo desde sua origem, elaborou-se uma pergunta específica para estes casos.

Optou-se por escolher acórdãos e decisões monocráticas, tendo em vista o encerramento na 2ª instância da possibilidade de produção de matéria fática-probatória, isto é, quando não seja mais possível discutir a existência do direito pleiteado. Além disso, a escolha pela segunda instância está relacionada com a disponibilidade *on-line* de dados pesquisáveis, o que não acontece com as decisões de 1ª instância.

No caso do Tribunal de Minas Gerais, vale uma observação: a pesquisa por decisões monocráticas leva em consideração somente a data de publicação das decisões. Como é importante para a pesquisa a verificação de todas as decisões proferidas, tendo em vista que mesmo na decisão monocrática é possível a obtenção de informações relevantes sobre o curso do processo em 1ª instância, como deferimento de tutelas antecipadas, abriu-se uma exceção neste caso.

Por fim, vale ressaltar que, nos tribunais selecionados, entre os resultados obtidos, apareceram alguns que representavam o mesmo processo. Muitas vezes, por identidade de registro das decisões, isto é, a mesma decisão aparecia em duplicidade nos resultados

encontrados. Em alguns casos, ocorreram diferentes decisões, mas de um mesmo processo. Tendo em vista a sistemática processual e a forma como os dados são disponibilizados, uma decisão de embargos de declaração sobre uma decisão de apelação, por exemplo, pode aparecer como resultado distinto desta última decisão em uma mesma busca. Desta forma, e levando em consideração que nem todas as decisões se prestaram para análise, o número total de processos efetivamente pesquisados não significou o total de processos encontrados, pois se eliminou a duplicidade.

2.2.3. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

Para realizar as buscas por jurisprudências referentes à saúde pública e suplementar no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), utilizou-se sua plataforma virtual disponibilizada no endereço eletrônico: <<http://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/consultaCompleta.do>>.

Por meio desse sistema de busca, foi possível localizar acórdãos, acórdãos do Colégio Recursal, decisões monocráticas e homologações de acordo. Para a presente pesquisa, consideramos acórdãos e decisões monocráticas. Vale ressaltar que nem todos os portais disponibilizam a busca das decisões monocráticas.

Considerando que o recorte temporal foi definido nos anos de 2011 e 2012, a busca deveria abarcar todos os processos que tiveram suas datas de julgamento neste período. Especificamente no *site* do TJSP, a busca não pôde ser feita utilizando um espaço de tempo maior que um ano. Assim, a pesquisa ocorreu em duas etapas.

A palavra-chave utilizada foi “saúde”, com o objetivo de abranger o maior número de resultados possíveis, sendo a filtragem feita posteriormente. A palavra-chave foi inserida no campo “ementa”, que busca decisões que contenham as palavras/expressões desejadas na ementa. Não foram utilizados outros filtros para refinamento.

Consulta Completa

Pesquisa livre: Ver sinônimos

Como utilizar os filtros: ☐ Pesquisar por sinônimos

Pesquisa por campos específicos

Ementa: saúde

Número do recurso:

Número do registro:

Relator(a):

Classe:

Assento:

Comarca:

Órgão julgador:

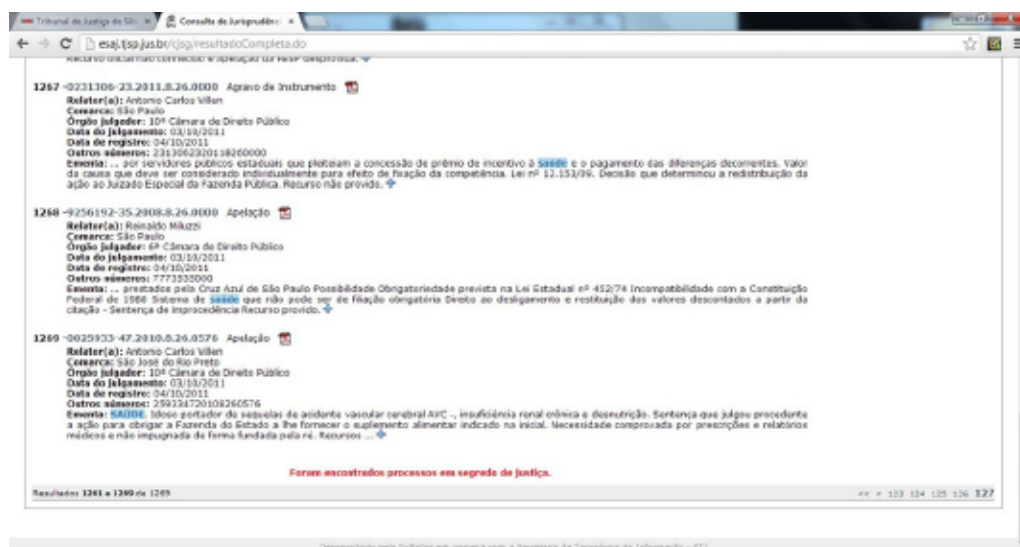
Data do julgamento: 01/01/2011 até 31/12/2012 (dd/mm/aaaa)

Data de registro: até (dd/mm/aaaa)

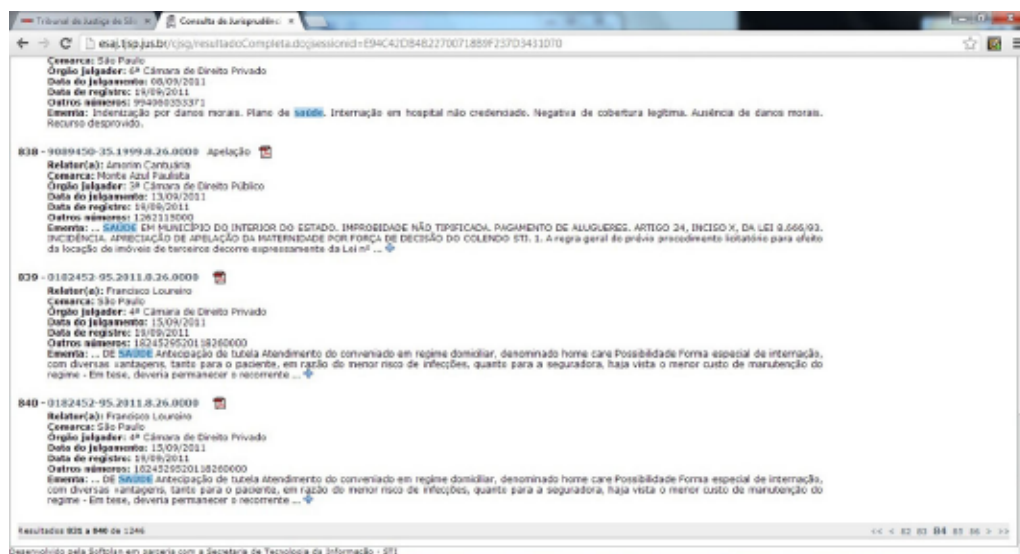
Tipo de Decisão: ☒ Acórdãos ☒ Acórdãos do Colégio Recursal ☐ Homologações de Acordo ☒ Decisões Monocráticas

Ordenar por: ☒ Data de registro ☐ Relevância

Entre os resultados, foram detectados processos em segredo de justiça. Em alguns casos, esses processos são contabilizados, mas não mostrados; e em outros casos não são sequer contabilizados, havendo apenas a indicação que há processos nessas condições. De todo modo, é possível considerá-los como residuais e ínfimos para os resultados obtidos.



Outra peculiaridade detectada é a existência de processos listados repetidamente, inflacionando o número total de processos. Isto dobrou a importância da filtragem.



Foram encontrados, assim, 26.838 processos após a busca e, com base na tabela abaixo, é possível verificar que, desse total, 10.940 processos foram de saúde pública, enquanto 9.485 processos foram de saúde suplementar.

	SAÚDE PÚBLICA	SAÚDE SUPLEMENTAR	TOTAL
ACÓRDÃOS E DECISÕES MONOCRÁTICAS	10.940	9.485	20.425

Destes, considerando o tempo da pesquisa, foi realizada uma amostra de 2,2%, sendo analisados os seguintes quantitativos por ano:

2011		2012		TOTAL
Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar	
142	86	97	124	449

2.2.4. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná

Para realizar as buscas referentes à saúde pública e suplementar do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR), utilizou-se sua plataforma virtual disponibilizada no endereço eletrônico: <<http://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/>>.

Diferentemente dos portais dos estados do Acre, Rio Grande do Norte e São Paulo, o Paraná não está ligado à plataforma chamada “e-saj”, que possui, entre suas destinações, a informatização do processo judicial, bem como o armazenamento em meio eletrônico.

Da mesma forma que nos demais portais, a palavra-chave utilizada foi “saúde”, que foi pesquisada a partir das ementas. Outra possibilidade que este portal oferece é inserir a palavra-chave em um campo denominado “assunto”. Assim, foi possível fazer a busca dos anos de 2011 e 2012 conjuntamente, sempre considerando a data de julgamento.

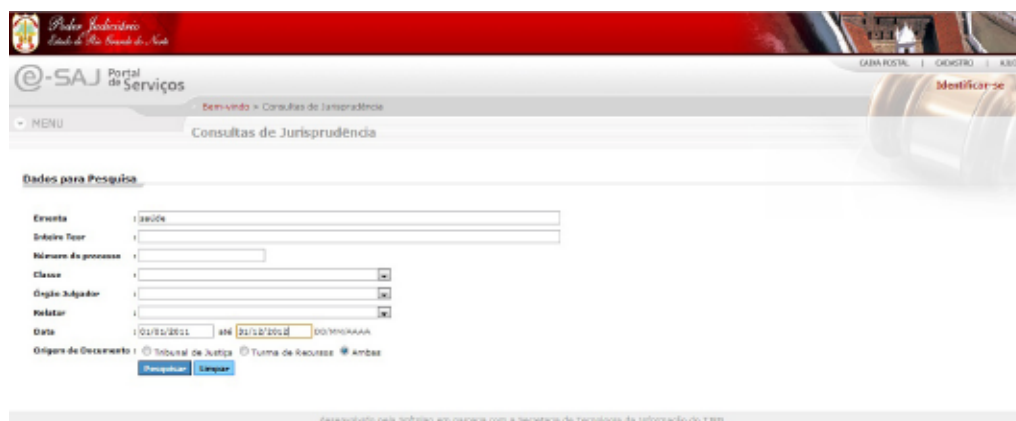
Obteve-se o resultado de 2.938 processos, que não foram disponibilizados de forma fracionada entre acórdãos e decisões monocráticas, nem entre processos de 2º grau e turmas recursais. A filtragem posterior permitiu esta categorização. Assim, foram encontrados 1.218 processos que atendiam aos requisitos da pesquisa, com base na tabela abaixo:

	SAÚDE PÚBLICA	SAÚDE SUPLEMENTAR	TOTAL
ACÓRDÃOS E DECISÕES MONOCRÁTICAS	588	630	1.218

Todo o universo dos processos foi analisado, sem ser necessária a realização de amostra.

2.2.5. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte

A pesquisa no Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte (TJRN) foi realizada por meio do seu portal no endereço eletrônico: <<http://esaj.tjrn.jus.br/cjosg/>>. A consulta de jurisprudência é realizada pela plataforma “e-saj”, assim como em outros tribunais. Procurou-se por resultados onde a palavra “saúde” constasse na ementa das decisões.



Conforme disponibilização de busca, procuraram-se resultados cuja origem do documento contemplasse tanto as decisões do Tribunal de Justiça quanto as da turma de recursos. Foram encontrados 1.317 resultados nas decisões proferidas entre 2011 e 2012.

Este tribunal apresentou uma particularidade quanto à possibilidade de armazenamento das decisões, pois o sítio não disponibilizava um arquivo para *download*. Assim, para a formação do banco de dados, foi necessário copiar por inteiro teor dos acórdãos que se apresentavam nas páginas, para armazená-los em um arquivo de editor de texto. Nesse sentido, foram encontrados 587 processos que atendiam aos requisitos da pesquisa, com base na tabela abaixo:

	SAÚDE PÚBLICA	SAÚDE SUPLEMENTAR	TOTAL
ACÓRDÃOS E DECISÕES MONOCRÁTICAS	331	256	587

Todo o universo dos processos foi analisado, sem ser necessária a realização de amostra.

2.2.6. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

No Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG), realizou-se a pesquisa no portal por meio do endereço eletrônico: <<http://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/formEspelhoAcordao.do>>. Não há informações sobre a plataforma utilizada para a realização das buscas.

Pesquisa por Acórdãos

A plataforma disponibiliza a busca de acórdãos, decisões monocráticas, decisões da 1ª e 3ª Vice-Presidência, além das súmulas do tribunal. Pesquisaram-se somente os acórdãos e decisões monocráticas, tendo em vista o enquadramento com o escopo da pesquisa.

Nos acórdãos, a busca foi realizada por palavras na ementa, assinalando-se a pesquisa por termos relacionados. Conforme supramencionado, a pesquisa ocorreu mês a mês, tomando como base a data de julgamento dos acórdãos. Foram encontrados 17.953 processos após a busca e, com base na tabela abaixo, é possível verificar que deste total, 3.524 processos foram de saúde pública, enquanto 947 foram de saúde suplementar.

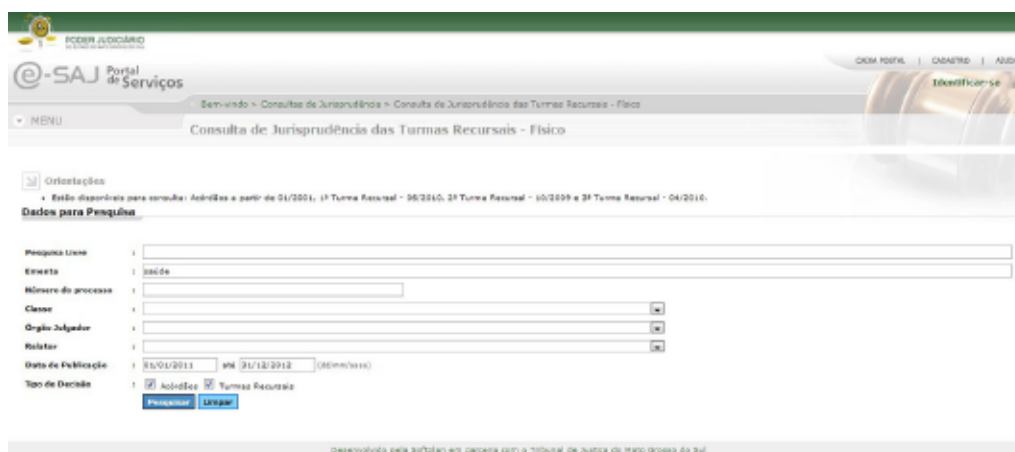
	SAÚDE PÚBLICA	SAÚDE SUPLEMENTAR	TOTAL
ACÓRDÃOS E DECISÕES MONOCRÁTICAS	3.524	947	4.471

Destes, considerando-se o tempo da pesquisa, foi realizada uma amostra de 10%, sendo analisados os seguintes quantitativos por ano:

2011		2012		TOTAL
Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar	
163	43	187	55	448

2.2.7. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul

Diferentemente dos demais tribunais, o Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso do Sul (TJMS) dividiu o modo de realizar as buscas por decisões. Assim, existe uma consulta para decisões das turmas recursais dos processos que foram distribuídos em meio físico, e outra consulta para os processos de 2º grau de jurisdição e das turmas recursais e que foram distribuídos por meio digital. Para a primeira forma de consulta, utilizou-se o endereço eletrônico: <<http://www.tjms.jus.br/cjsg/>>. Para a segunda, foi utilizado o endereço eletrônico: <<http://www.tjms.jus.br/cjsg/consultaCompleta.do>>.



The screenshot shows the 'e-SAJ Portal de Serviços' interface. The breadcrumb trail indicates the user is in 'Consulta de Jurisprudência > Consulta de Jurisprudência das Turmas Recursais - Físico'. The search form includes fields for 'Pesquisa Livre', 'Emissão' (set to 'saúde'), 'Número do processo', 'Classe', 'Órgão Julgador', 'Relator', and 'Data de Publicação' (with a date range from 05/01/2011 to 04/12/2012). There are checkboxes for 'Acórdão' and 'Turmas Recursais', and buttons for 'Pesquisar' and 'Limpar'. A footer note states: 'Desenvolvida pela Subtela em parceria com o Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul'.

Neste tribunal, a plataforma utilizada também foi o “e-saj”, assim como no Acre, São Paulo e Rio Grande do Norte. Da mesma forma como ocorreu em Minas Gerais, quando da pesquisa por decisões monocráticas, a busca pelas decisões dos processos físicos das turmas recursais foi realizada somente pela data de publicação.

Diante da possibilidade oferecida pelo portal, nas buscas das decisões de 2ª grau de jurisdição e das turmas recursais, distribuídas digitalmente, quando da opção de tipo de decisão, assinalaram-se os acórdãos, acórdãos das turmas recursais, homologações de acordo e decisões monocráticas.

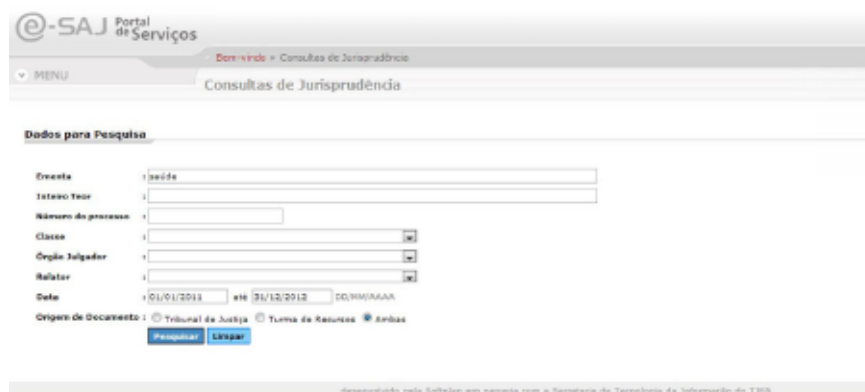
Da mesma forma que o Rio Grande do Norte, o *site* desse tribunal não disponibiliza os arquivos para *download*. Assim, para a formação do banco de dados, foi necessário copiar o teor inteiro dos acórdãos que se apresentavam nas páginas, para armazená-los em um arquivo de editor de texto. Foram encontrados 1.427 processos após a busca e, com base na tabela abaixo, é possível verificar que deste total, 306 processos foram de saúde pública, enquanto 184 foram de saúde suplementar.

	SAÚDE PÚBLICA	SAÚDE SUPLEMENTAR	TOTAL
ACÓRDÃOS E DECISÕES MONOCRÁTICAS	306	184	490

Todo o universo dos processos foi analisado, sem ser necessária a realização de amostra.

2.2.8. Tribunal de Justiça do Estado do Acre

Para realizar as buscas por jurisprudências referentes à saúde pública e suplementar do Acre, utilizou-se sua plataforma virtual disponibilizada pelo Tribunal de Justiça do Estado do Acre (TJAC) no endereço eletrônico: <<http://esaj.tjac.jus.br/cjsg/resultadoCompleta.do>>.



The screenshot shows the 'e-SAJ Portal de Serviços' interface. The main heading is 'Consultas de Jurisprudência'. Below it, there is a section titled 'Dados para Pesquisa' with various input fields: 'Exercício' (set to 2012), 'Índice' (set to 1), 'Número do processo' (empty), 'Classe' (dropdown), 'Órgão Julgador' (dropdown), 'Relator' (dropdown), and 'Data' (range from 01/01/2013 to 31/12/2013). There are also radio buttons for 'Origem do Documento' (Tribunal de Justiça, Turma de Recursos, and Ambas) and buttons for 'Pesquisar' and 'Limpar'.

Os critérios de busca foram exatamente os mesmos utilizados nos outros cinco tribunais. Obteve-se o resultado de 58 acórdãos. Não foram encontrados acórdãos de turma recursal ou decisões monocráticas. Foram encontrados 11 processos que atendiam aos requisitos da pesquisa, com base na tabela abaixo:

	SAÚDE PÚBLICA	SAÚDE SUPLEMENTAR	TOTAL
ACÓRDÃOS E DECISÕES MONOCRÁTICAS	9	2	11

Todo o universo dos processos foi analisado, sem ser necessária a realização de amostra.

2.3. Metodologia qualitativa das experiências

A **pesquisa qualitativa** teve como foco analisar a política judiciária de saúde e algumas experiências inovadoras de efetivação do direito à saúde no Brasil. Portanto, primeiramente, em parceria com o Conselho Nacional de Justiça, foi divulgada a todos os tribunais do país e à comunidade acadêmica uma Convocatória de Experiências de Efetivação do Direito à Saúde. Esta foi aberta à participação de todos os tribunais e magistrados do país que tenham desenvolvido algum tipo de experiência inovadora de efetivação do direito à saúde. Os termos da convocatória e os critérios de seleção das experiências foram definidos entre o Lappis e o CNJ, assim como a banca de seleção.

Em linhas gerais, os critérios de seleção iniciais das cinco experiências foram: a) uma experiência por região do país; b) a experiência deveria ter como objeto o estabelecimento de uma política judiciária de saúde no nível local, municipal, estadual ou federal para a saúde pública ou para a saúde suplementar; c) a experiência poderia versar sobre estratégias judiciais ou extrajudiciais desenvolvidas pelo Judiciário; d) seriam valorizadas as experiências que tenham algum tipo de interlocução com a sociedade civil, a gestão de saúde, as agências reguladoras e as demais instituições jurídicas; e) as experiências poderiam versar sobre a tensão entre ações individuais e coletivas de saúde e as estratégias que foram utilizadas; f) as experiências poderiam versar sobre a relação entre o público e o privado no sistema de saúde, considerando o financiamento em saúde, a dupla entrada e a atuação das agências reguladoras; e g) as experiências poderiam versar sobre alguma questão de bioética cujo deferimento/indeferimento pelo Judiciário provocasse impactos positivos ou negativos na saúde biopsicossocial do cidadão.

No encerramento das inscrições, cinco experiências se apresentaram: Araguaína/TO, Brasília/DF, Lages/SC 1, Lages/SC 2 e Goiânia/GO. A experiência de Goiânia não foi considerada habilitada porque carecia de diversas informações que deveriam ser fornecidas no ato de inscrição. Mesmo com a abertura de prazo para complementação, não foram recebidas as informações necessárias. As demais experiências preencheram integralmente os critérios e apresentaram fortes elementos de inovação. Vale ainda dizer que as duas experiências de Lages foram selecionadas, mas sua análise se deu em conjunto porque foram compostas pelos mesmos atores políticos e jurídicos. Inclusive, é importante ressaltar que nenhuma das experiências inscritas versou sobre saúde suplementar, mas sobre saúde pública.

Com a seleção das experiências, foi realizada pesquisa qualitativa a respeito dos arranjos institucionais e sociais desenvolvidos para a ampliação do direito à saúde. A análise das experiências foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas com os atores envolvidos, considerando os seguintes eixos: a) o primeiro trata da construção de categorias (direito, cidadania, acesso e integralidade), na perspectiva dos atores envolvidos em cada uma das experiências selecionadas; b) o segundo analisa a forma como os atores sociais, políticos e jurídicos lidam em suas práticas com essas categorias assim construídas; c) o terceiro examina comparativamente os pontos de intersecção e divergências, concordâncias e discordâncias, contradições e conflitos entre essas práticas e a política de saúde adotada nas experiências.

Nesse sentido, a equipe de pesquisa realizou visitas nas três experiências selecionadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, que duraram de três a cinco dias. Em Araguaína, foram realizadas 17 entrevistas, sendo: seis com membros de instituições jurídicas, quatro com membros da gestão de saúde, cinco com profissionais de saúde e duas com usuários

do SUS. Em Lages, foram realizadas 25 entrevistas, sendo: sete com membros de instituições jurídicas, dez com membros da gestão de saúde, seis com profissionais de saúde e duas com usuários do SUS. Em Brasília, foram realizadas sete entrevistas, sendo: quatro com membros de instituições jurídicas e três com membros da gestão de saúde.

Cabe assinalar que o exame do cotidiano prestou-se como campo de observação de práticas institucionais, ganhando relevância especialmente as experiências de efetivação do direito à saúde desenvolvidas na 1ª instância. Isso não quer dizer que os fenômenos estruturais e as questões relacionadas ao poder tivessem sido desconsideradas no contexto de análise, como se cada fato constituísse um mundo social independente. Ao contrário, pretendeu-se situar essas questões no espaço-tempo da dinâmica dos atores nos serviços de saúde, pois entendeu-se que, no cotidiano, os conhecimentos de distintos campos (da política, do direito e da cultura) encontram-se em permanente interação.

3

Perfil da judicialização da saúde

Iremos analisar aqui os resultados da pesquisa quantitativa desenvolvida nos Tribunais de Justiça dos seguintes estados: São Paulo, Paraná, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Acre. O objetivo foi analisar as características das ações judiciais de saúde pública e suplementar em cada tribunal, com foco especial no perfil das demandas e do seu desenvolvimento processual. Os dados dependem de uma breve exposição de informações gerais dos tribunais, que foram retiradas no *Relatório Justiça em Números*. Vejamos:

3.1. Informações gerais

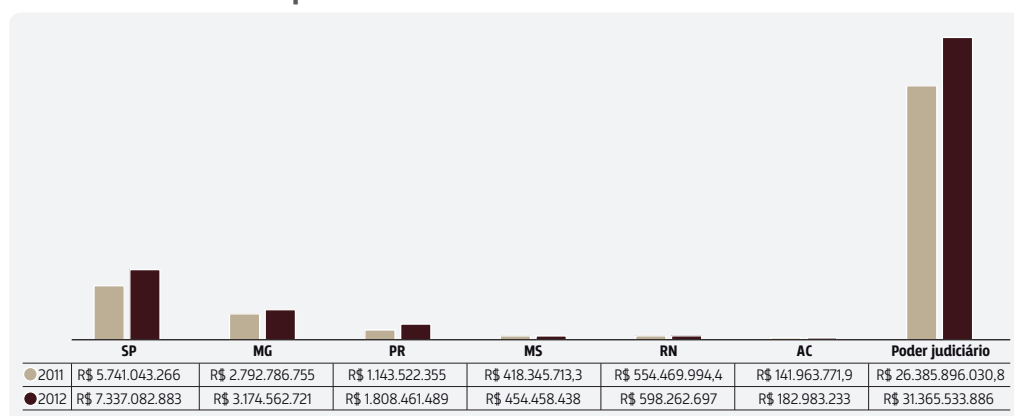
Esta parte versa sobre os dados gerais levantados sobre o Poder Judiciário a partir do principal relatório quantitativo do CNJ: o *Justiça em Números*. As informações ali contidas versam sobre os anos 2011 e 2012. Tendo em vista o escopo do projeto de pesquisa, que busca analisar os seis tribunais estaduais em relação aos processos envolvendo questões de saúde pública e suplementar, foram colhidas informações gerais que sirvam de panorama para a análise da judicialização da saúde. O objetivo principal foi compreender melhor o perfil estatístico de cada tribunal, de modo a identificar eventuais variações entre os anos informados e entre os tribunais.

As informações abaixo são apresentadas de forma descritiva e subsidiam as análises sobre saúde pública e saúde suplementar que serão feitas nos tópicos seguintes em relação aos anos 2011 e 2012.

3.1.1. Despesas dos tribunais

O relatório apresenta dados referentes às despesas dos tribunais, com o objetivo de apresentar a totalidade de gastos nos anos 2011 e 2012. Considerou-se, para tanto, os gastos globais, incluindo recursos humanos, infraestrutura e prestação de serviços entre outros, conforme o gráfico a seguir.

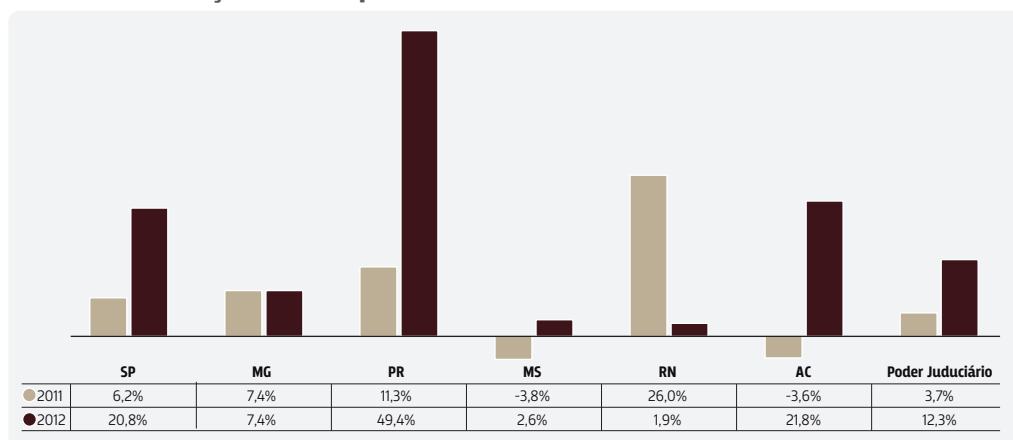
Gráfico 1 – Total de despesas



Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

É possível constatar que os seis tribunais tiveram aumento em suas despesas totais, acompanhando o aumento percebido nos gastos do Poder Judiciário de forma geral. A visível diferença entre os montantes gastos pelos tribunais deve ser relacionada com o porte dos tribunais selecionados. Conforme parâmetros estabelecidos pelo próprio CNJ, em 2011 os tribunais de São Paulo e Minas Gerais eram considerados de grande porte; Paraná e Mato Grosso do Sul, de médio porte; e os tribunais do Acre e do Mato Grosso do Sul, de pequeno porte. A partir do relatório referente a 2012, o TJPR passou a ser considerado como de grande porte, ao passo que o de Mato Grosso do Sul foi considerado de pequeno porte.

O gráfico abaixo apresenta a variação das despesas efetuadas por esses tribunais, levando em consideração os gastos realizados no ano anterior à medição. Assim, a variação apontada no ano de 2011 leva em conta a comparação com os gastos realizados em 2010, assim como a variação indicada no ano de 2012 tem como base o montante gasto no ano de 2011.

Gráfico 2 – Variação das despesas

Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

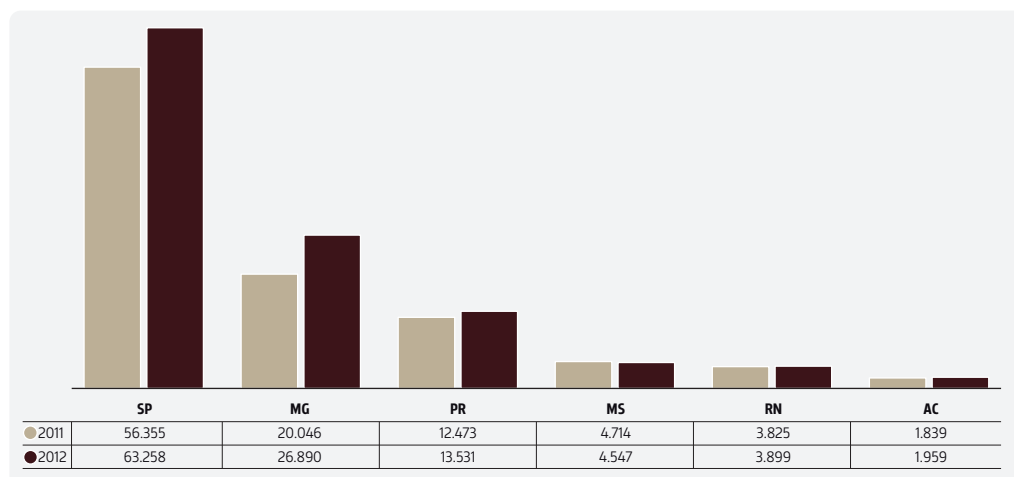
Observando o gráfico acima, constata-se que no ano de 2011, somente os tribunais do Mato Grosso do Sul e do Acre tiveram redução das suas despesas considerando o ano anterior. Entretanto, em 2012, o Tribunal do Acre teve considerável elevação das despesas, superando a média de aumento do Poder Judiciário. De forma diferente foi o caso do tribunal do Mato Grosso do Sul, que apresentou aumento mais modesto, mantendo-se abaixo da média do Poder Judiciário.

Outro ponto que chama atenção é a manutenção do percentual de gastos do Tribunal de Minas Gerais. Mesmo com o aumento das despesas, este manteve equilibrado o percentual de gastos.

3.1.2. Quantidade de servidores

Um dado importante sobre os tribunais versa sobre a quantidade de servidores efetivos que atuam nos tribunais. Para tanto, buscou-se analisar, a partir do relatório, os dados sobre a quantidade de servidores, incluindo os efetivos, cedidos, requisitados, sem vínculo efetivo, terceirizados, estagiários, juízes leigos e conciliadores, conforme se observa a seguir:

Gráfico 3 – Quantidade de servidores



Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

Considerando este gráfico, é possível observar que cinco tribunais tiveram aumento no quantitativo de servidores. A exceção é o Tribunal do Mato Grosso do Sul, que apresentou redução de 3,54% de seu quadro de servidores. Além disso, em comparação com os demais tribunais, o do Rio Grande do Norte teve aumento pouco significativo em 2012, o que pode refletir a pequena variação de seus gastos nesse ano, conforme apontado no gráfico 2.

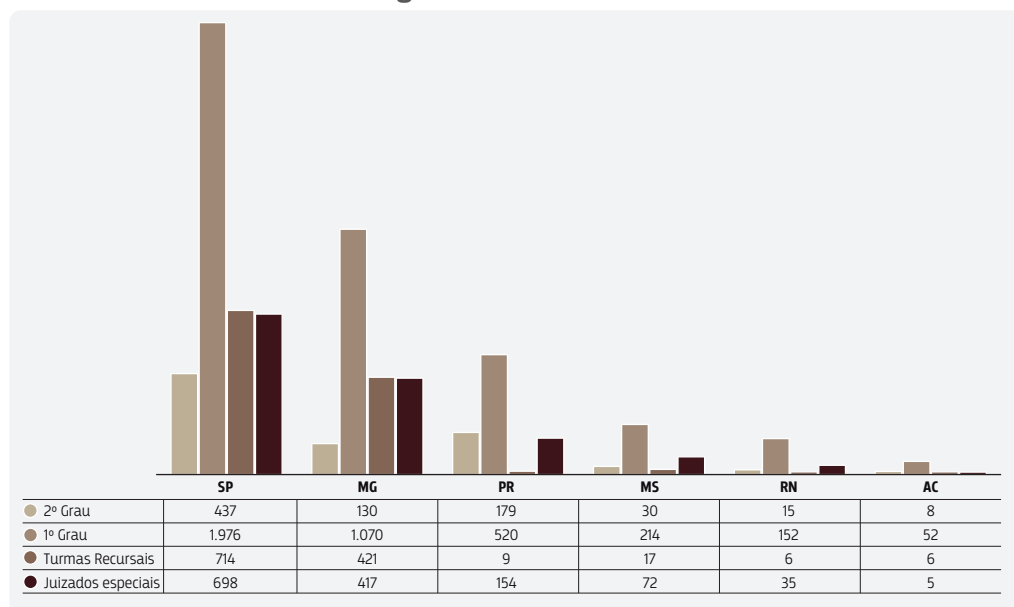
3.1.3. Quantidade de magistrados, carga de trabalho e processos julgados por magistrado

Em relação a esses dados, optou-se didaticamente por sua apresentação dividindo os dois anos pesquisados e se considerou a divisão dos magistrados em 2º grau e 1º grau de jurisdição, assim como sua atuação nas turmas recursais e nos juizados especiais. A partir desta divisão, foi analisado como se distribui a carga de trabalho entre os magistrados e quantos processos foram julgados, em média, por cada um deles.

Dados de 2011

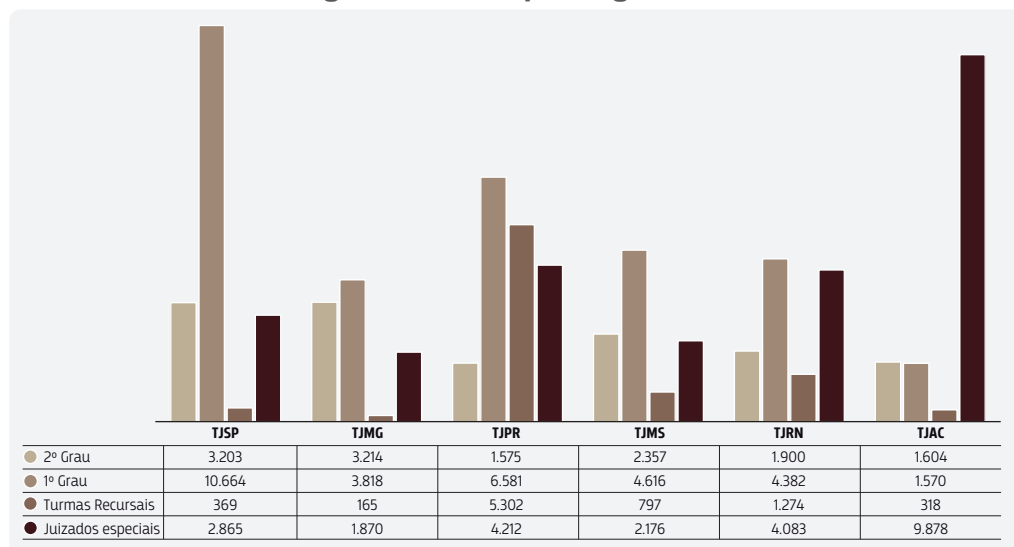
Os dados referentes ao ano de 2011 são apresentados a seguir.

Gráfico 4A – Quantidade de magistrados em 2011



Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

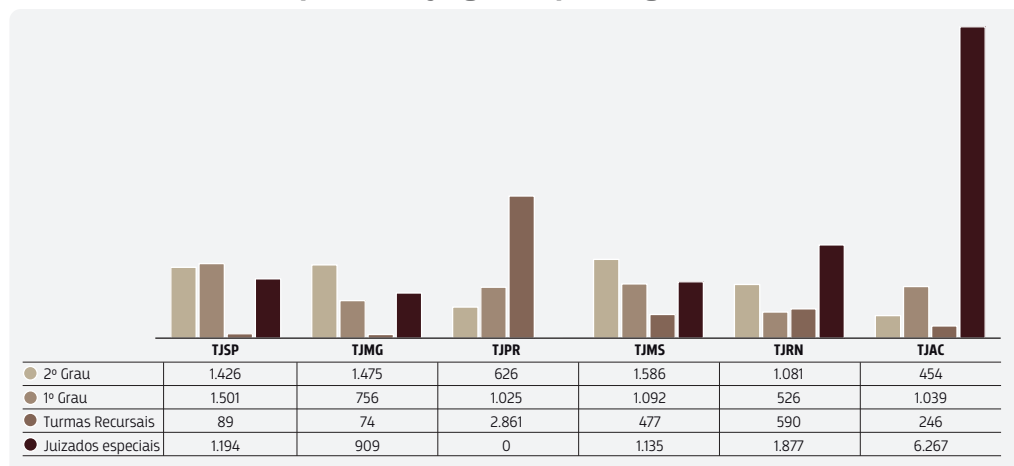
Gráfico 5A – Média da carga de trabalho, por magistrado, em 2011.



Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

Observa-se que, entre os seis tribunais, especificamente em relação à carga de trabalho, apenas o Tribunal de São Paulo possui uma carga média total superior à média nacional (6.086 processos), conforme o relatório. Ao observarmos as médias por segmento, este tribunal também possui carga acima da média nos processos de 1º e 2º grau.

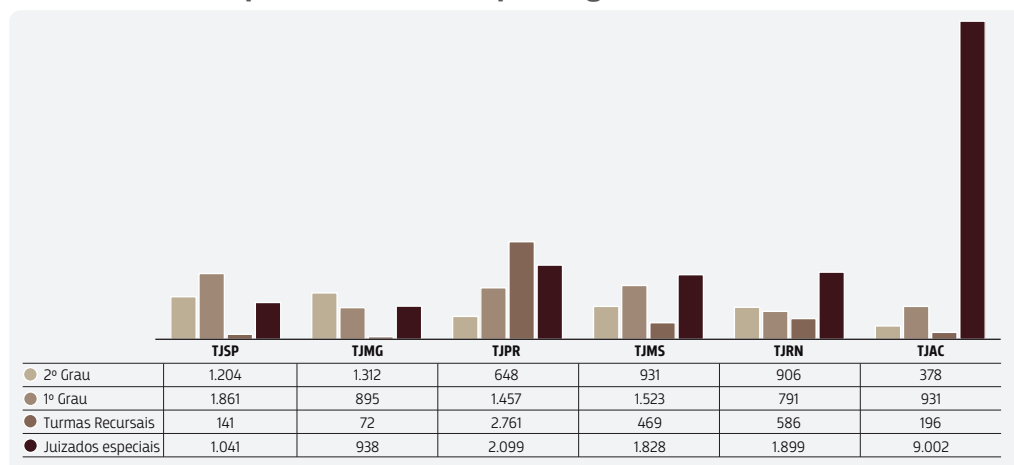
Gráfico 6A – Média dos processos julgados, por magistrado, em 2011



Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

A esse respeito, é importante ressaltar que o Tribunal do Paraná não possui dados acerca da atuação de seus magistrados em juizados especiais no ano de 2011, por isso a ausência da informação no gráfico. Em relação à média de processos baixados por magistrado em 2011, temos o seguinte cenário:

Gráfico 7A – Média processos baixados por magistrado, em 2011

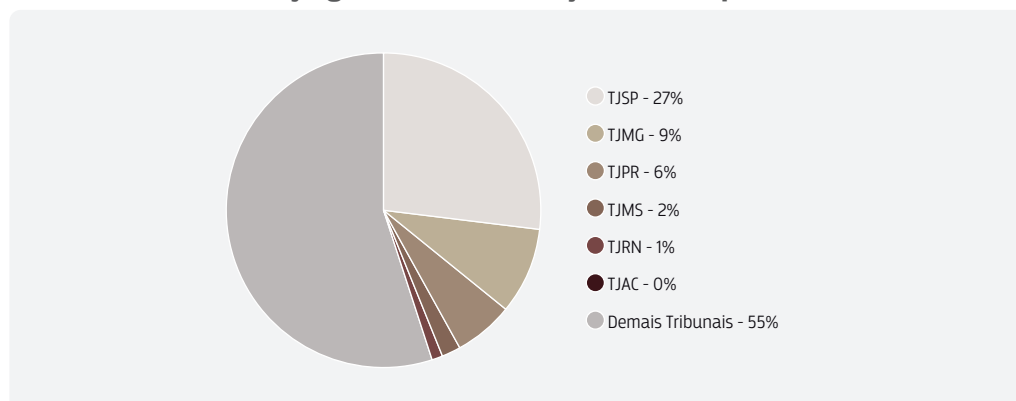


Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

As médias apresentadas no relatório para cada um desses grupos de processos em 2011 é a seguinte: 1.061 processos em 2º grau; 1.313 processos em 1º grau; 248 processos em turmas recursais e 1.693 processos em juizados especiais. É interessante observar que o Tribunal do Acre baixou 9.002 processos de juizados especiais durante o ano de 2011, superando a média nacional em 7.309 processos. Também é necessário destacar que apenas cinco magistrados (com o auxílio de 27 juízes leigos e 46 conciliadores) julgaram uma média de 6.267 processos neste tribunal. O Tribunal de São Paulo, por exemplo, mesmo contando com 698 magistrados em juizados especiais, julgou uma média de 1.194 processos, ficando abaixo da média nacional.

Em relação aos processos julgados, temos os seguintes resultados:

Gráfico 8A – Processos julgados (movimentação total de processos em 2011)

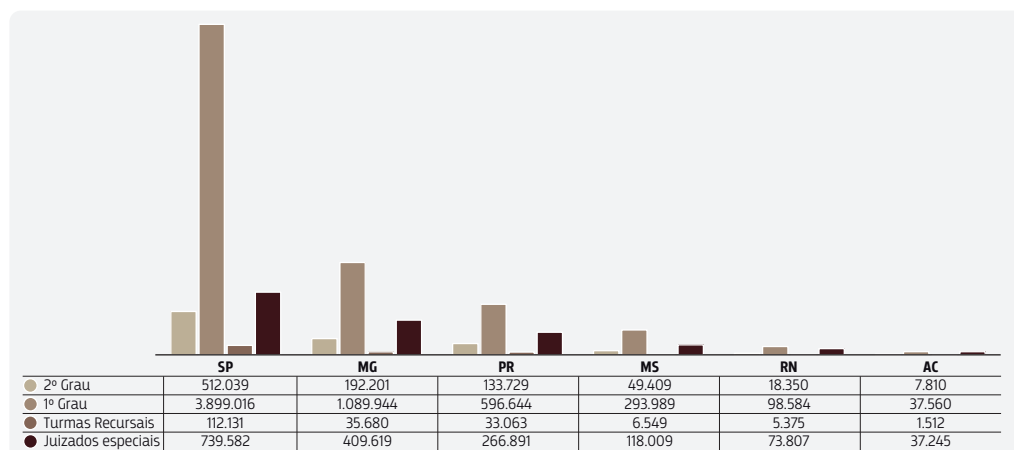


Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

Vale dizer que os seis tribunais juntos julgaram impressionantes 45% do total nacional, cujo percentual corresponde a 7.469.242 processos. No que tange aos processos novos, os números também são altos. Os seis tribunais movimentaram 47% dos novos processos de 2011, representando 8.768.738 processos. O Tribunal de São Paulo, por exemplo, agregou 833.394 processos em 2011 e representou 40% do total de processos em estoque no país.

Segundo a divisão por segmentos, a entrada de novos processos em 2011 ocorreu da seguinte forma:

Gráfico 9A – Processos novos em 2011



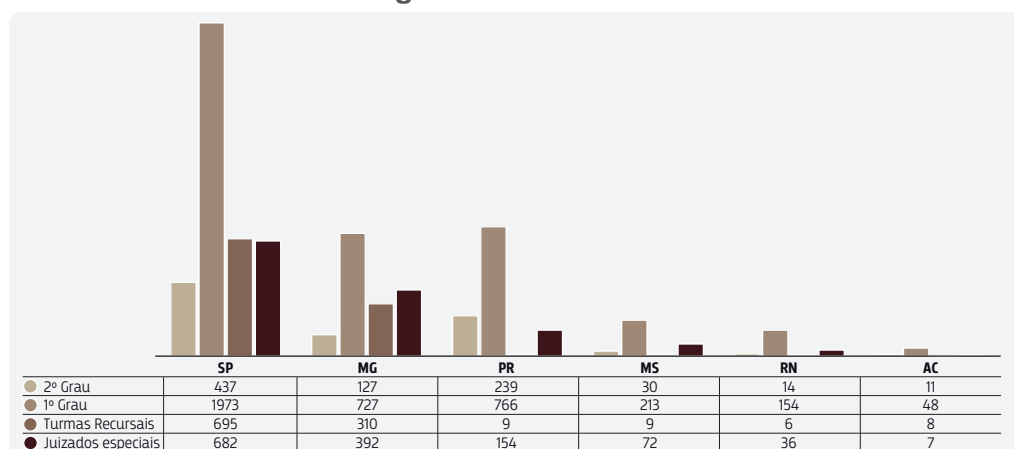
Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

A entrada de novos processos nas turmas recursais é baixa (133.733 processos), se comparada com a quantidade total de processos julgados nos juizados especiais (1.665.892 processos). Assim, é possível sugerir que as demandas nos juizados especiais são resolvidas sem uma utilização frequente de recursos pelas partes.

Dados de 2012

Os dados referentes ao ano de 2012 são apresentados nos gráficos a seguir.

Gráfico 4B – Quantidade de magistrados em 2012

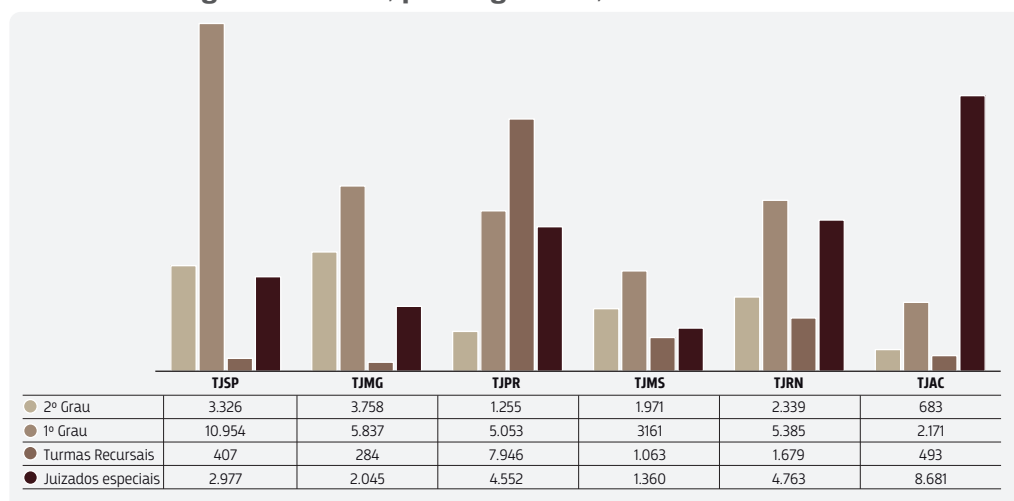


Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

Na análise comparativa entre os anos, é possível perceber que no Tribunal de São Paulo houve uma redução do número de magistrados atuantes no 1º grau de jurisdição, nas Turmas Recursais e nos Juizados Especiais, enquanto a quantidade de magistrados em 2º grau se manteve. Com relação ao tribunal de Minas Gerais, é possível perceber que houve redução de magistrados em todos os segmentos abordados. Em relação ao Tribunal do Paraná, não houve alteração na quantidade de magistrados atuantes nas Turmas Recursais e nos Juizados Especiais. Trata-se de uma situação semelhante à dos demais tribunais, que mantiveram a mesma equivalência de magistrados entre os dois anos analisados nas quatro áreas abrangidas.

Vejamos a distribuição da carga de trabalho entre magistrados.

Gráfico 5B – Carga de trabalho, por magistrado, em 2012.

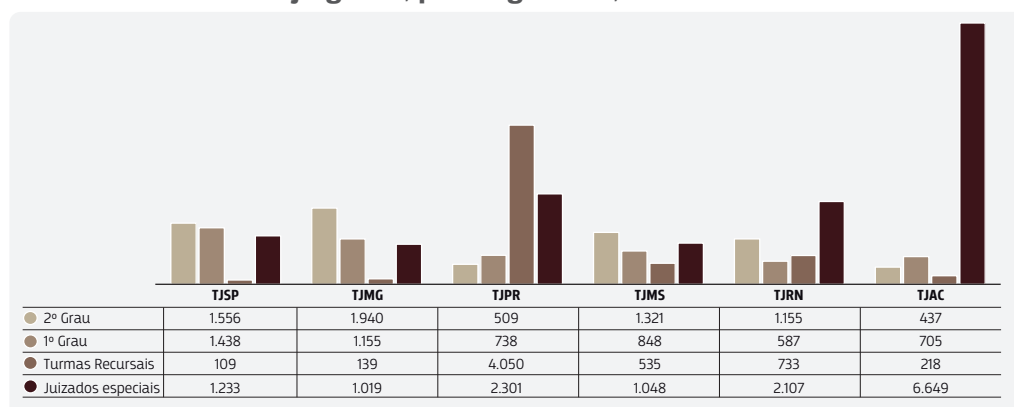


Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

Em relação ao ano de 2011, os tribunais do Paraná, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte e Acre tiveram aumento no número de magistrados. No entanto, esse aumento não significou redução na carga de trabalho em alguns segmentos específicos. Isto ocorre por conta do aumento significativo do número de casos novos, como é o caso das Turmas Recursais do Acre, do 1º grau do Mato Grosso do Sul e do 1º grau e juizados especiais do Rio Grande do Norte.

Vejamos os processos julgados por magistrado em 2012.

Gráfico 6B – Processos julgados, por magistrado, em 2012

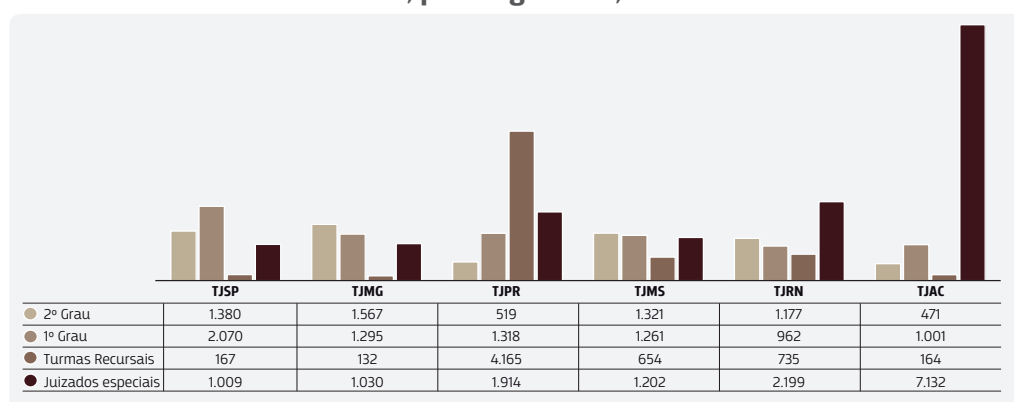


Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

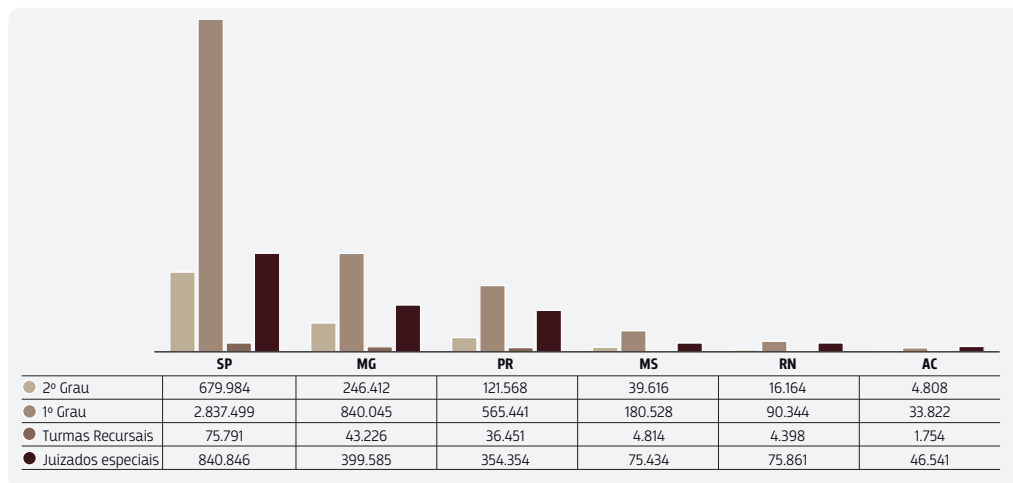
O relatório apresenta ainda um panorama de aumento dos processos julgados por magistrado em cada segmento em relação ao ano anterior. Vale dizer que o aumento acompanhou a média nacional, que também representou aumento nos processos julgados por magistrado. O Acre mantém média bastante superior aos demais em relação aos processos julgados em juizados especiais, o que merece destaque considerando a carga de processos neste segmento e a reduzida quantidade de magistrados (apenas 7). O Paraná também apresenta dados de processos julgados pelas turmas recursais que parecem destoar da média, levando em conta que neste ano foram contabilizados 46.430 novos processos em turmas recursais (número maior do que o TJMG, por exemplo).

Vejamos os processos baixados e julgados em 2012.

Gráfico 7B – Processos baixados, por magistrado, em 2012.



Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

Gráfico 8A – Processos julgados (movimentação total de processos em 2012)

Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

O total de processos julgados em 2012 subiu em relação a 2011. Por exemplo, os Tribunais de Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Norte apresentaram aumento respectivo de 118.225, 132.561 e 21.384 processos julgados em relação ao ano anterior.

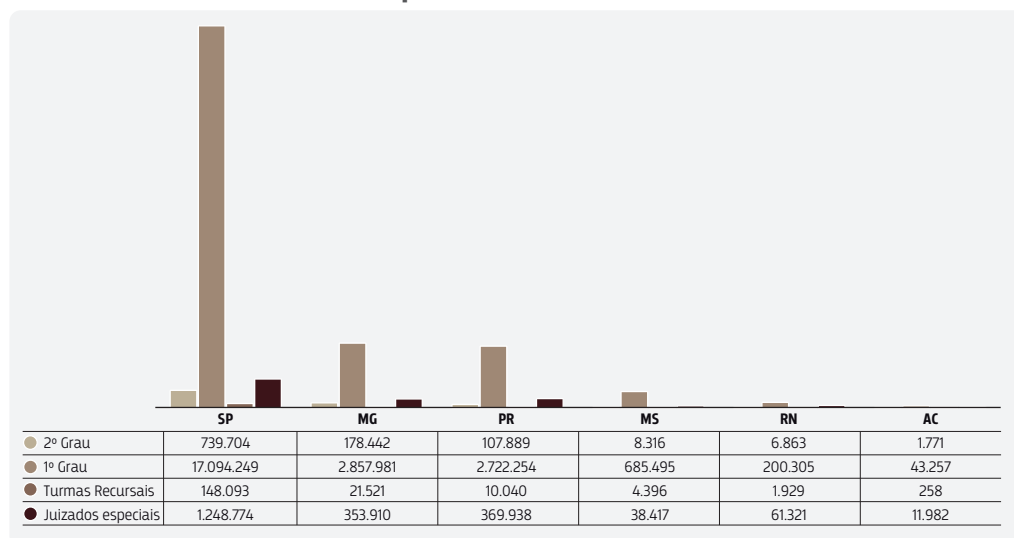
3.1.4. Processos em estoque

O relatório também buscou analisar a quantidade de processos em estoque, ou seja, os processos acumulados do ano anterior e ainda em trâmite nas serventias dos tribunais. Para fazer essa análise, consideraram-se isoladamente os anos de 2011 e 2012, sendo elaborados dois gráficos para cada item. No primeiro, foram considerados os processos em cada tribunal em números absolutos e, no segundo, o percentual de processos em estoque de cada tribunal, em comparação com os dados somados dos demais tribunais não integrantes da pesquisa.

Estoque em 2011

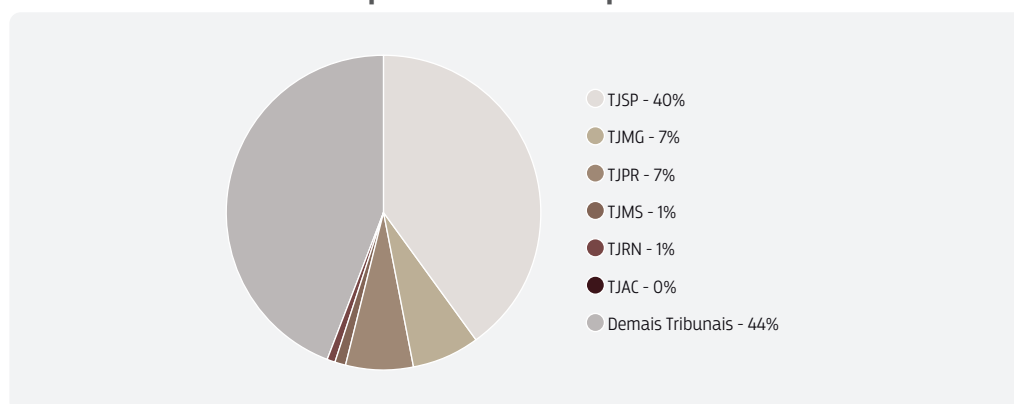
Os resultados dos processos em 2011 são os seguintes:

Gráfico 9A – Processos em estoque no início de 2011



Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

Gráfico 10B – Percentual dos processos em estoque em 2011



Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

Ao se analisar o primeiro gráfico, é possível perceber que em todos os tribunais a maior concentração de processos em estoque está no 1º grau de jurisdição em termos absolutos. Além

disso, o Tribunal de São Paulo lidera esse quantitativo de processos em números muito superiores ao de Minas Gerais, por exemplo, mesmo ambos os tribunais sendo de grande porte.

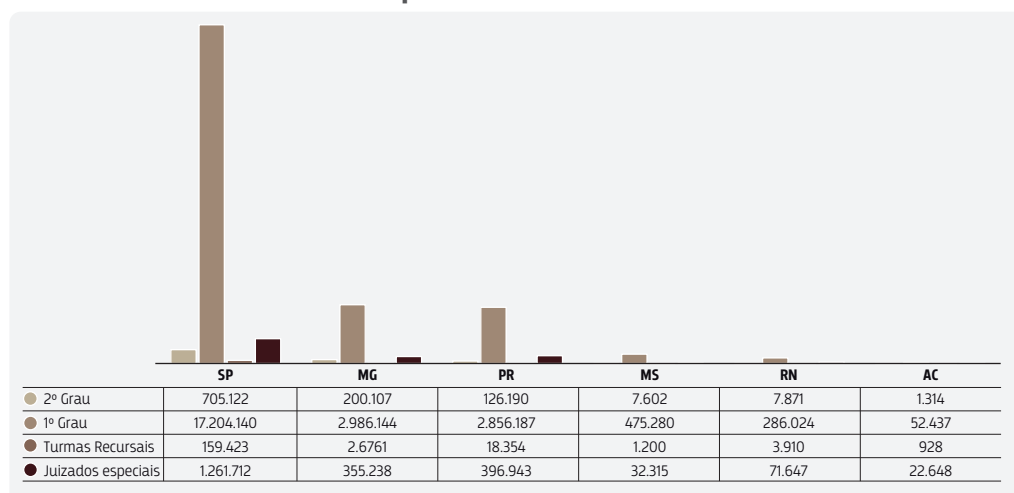
Outro ponto que pode ser observado é que, no comparativo entre o percentual de processos em estoque considerando a totalidade dos tribunais, como apresentado no gráfico 10B, o Tribunal de São Paulo sozinho possui quase a mesma porcentagem de processos (com 40% dos processos em estoque) que os demais tribunais não pesquisados (com 44%). Só no 1º grau em São Paulo existem 17.094.249 processos estocados. Assim, ao se considerarem os 27 estados da Federação, observa-se que o Tribunal de São Paulo possui quase a mesma quantidade de processos que 21 estados somados.

Chama atenção também que, em termos percentuais, o Tribunal de Minas Gerais equivale ao Tribunal do Paraná (com 7% dos processos em estoque). Em 1º grau, o Tribunal de Minas Gerais possuía 520 magistrados a mais que o Paraná, havendo apenas 135.727 processos de diferença entre ambos. Também houve coincidência de percentual de processos estocados entre o Tribunal do Mato Grosso do Sul e o do Rio Grande do Norte (com 1% dos processos em estoque).

Estoque em 2012

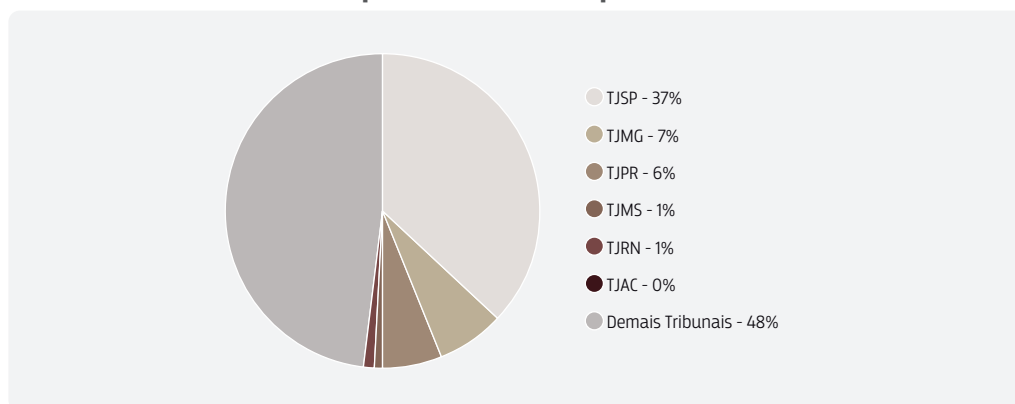
Os resultados sobre processos em estoque em 2012 são apresentados na sequência.

Gráfico 9A – Processos em estoque no início de 2012



Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

Gráfico 10B - Percentual dos processos em estoque em 2012



Fonte: *Relatório Justiça em Números*. Elaboração dos autores.

Considerando esses gráficos de 2012, é possível constatar que não houve alteração substancial no panorama apresentado no ano anterior. Alguns tribunais apresentaram redução no percentual de processos em estoque, como o Tribunal de São Paulo e o do Paraná. Entretanto, a diminuição percentual deve ser considerada juntamente com o aumento dos processos em estoque dos demais tribunais.

3.2. Saúde pública

A análise do perfil das ações judiciais em saúde pública se encontra no Anexo I deste relatório.

3.3. Saúde suplementar

A análise sobre o perfil das ações judiciais em saúde suplementar é apresentada no Anexo II deste relatório.

3.4. Considerações sobre os perfis

A despeito das diferenças entre os perfis e características dos processos analisados de saúde pública e de saúde suplementar nos seis tribunais, é possível apresentar algumas características em comum. São elas:

- » **Foco curativo das demandas:** as demandas apresentadas versam de forma predominante sobre aspectos curativos da saúde (medicamentos, tratamentos, próteses etc.) e menos sobre aspectos preventivos (vacinas, exames etc.). Isto evidencia que a judicialização da saúde ainda versa sobre uma dimensão bastante parcial de todas as ações e serviços de saúde que devem ser prestadas pelo poder público.
- » **Predominância da litigação individual:** a proporção entre ações coletivas e ações individuais é ainda grande, de modo que a maioria radical de demandas judiciais de saúde versem sobre ações individuais. Isso reforça a ideia de que a microlitigação é um dado em saúde e o acúmulo de ações individuais gera desafios para as partes, o Judiciário e a própria gestão em saúde.
- » **Tendência de deferimento final e na antecipação de tutela:** na maioria dos casos, houve deferimento do pedido de antecipação de tutela sem pedido de informações complementares. Além disso, na maioria dos casos houve confirmação do deferimento do pedido na sentença de 1ª instância e também no acórdão de 2ª instância.
- » **Pouca menção à Audiência Pública do STF:** a maioria das decisões não citou ou tomou como referência a Audiência Pública que o STF realizou em 2009 a respeito da judicialização da saúde, tampouco adotou quaisquer posições que estiveram presentes nesta audiência.
- » **Pouca menção ao CNJ:** a maioria das decisões não citou ou tomou como referência as contribuições do CNJ sobre o tema, especialmente as Recomendações n. 31 e n. 36, que sugerem estratégias de como os juízes devem lidar com a judicialização da saúde pública e suplementar na atividade judicante.
- » **Pouca menção ao Fórum Nacional e aos Comitês estaduais:** a maioria das decisões não citou ou tomou como referência as contribuições do Fórum Nacional de Saúde e dos Comitês estaduais na atividade judicante.
- » **Tendência de utilização do NAT, especialmente nas capitais:** a maioria das decisões não fez menção ao NAT como uma estratégia para a atividade judicante em saúde, apesar de se observar nos dados uma tendência a sua utilização, especialmente nas capitais.

4

Experiências de efetivação da saúde

As experiências selecionadas foram Araguaína/TO, Lages/SC e Brasília/DF. Como se pode observar, o objetivo não foi comparar as experiências, mas identificar elementos, concepções, estratégias e arranjos institucionais que permitiram que se desenvolvessem nas diversas localidades a seu modo. Em alguns casos, as experiências buscaram desenvolver estratégias judiciais e, em outro, o objetivo foi claramente extrajudicial. Ainda houve o caso da experiência que usou ambas as possibilidades, como será visto.

4.1. Araguaína/TO

4.1.1. Apresentação

O município de Araguaína está localizado na região Norte do estado do Tocantins e possui a segunda maior população desta unidade da federação: 156.123 habitantes segundo dados do IBGE em 2012. Trata-se de um município de referência macrorregional, que inclusive serve como apoio para outros municípios e estados do Norte do país, especialmente Pará e Maranhão. Sua economia é diversificada, mas se observa o predomínio da agropecuária e do comércio.

A região em que a cidade está inserida é carente de ações e serviços de saúde, apesar de Araguaína exercer um protagonismo em termos sanitários. Trata-se de uma rede macrorregional que inclui Tocantins, Pará e Maranhão, as três secretarias de estado e os representantes de secretarias municipais de regiões estratégicas. Nesse sentido, Araguaína conta com uma vasta rede de assistência pública à saúde, incluindo Unidades Básicas de Saúde, Farmácias Municipais, Ambulatório Municipal de Especialidades, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), Unidade de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192), Hospital Municipal, Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância em Saúde, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Unidade de Tratamento Oncológico, além dos serviços prestados sob gestão estadual, como o Hospital Regional e o Ambulatório de Especialidades Médicas Estadual. Vale dizer que Araguaína ainda tem faculdades de saúde, inclusive de medicina, há mais de dez anos. Isto motivou não somente a formação de diversos profissionais de saúde, mas também a vinda de professores e pesquisadores para ao município.

Essas características fizeram que Araguaína se destacasse no cenário regional, mas o fato de ter um repertório vasto de serviços públicos de saúde enseja o desafio de realizar ações e estratégias na gestão municipal, estadual e federal. Como acontece em outros municípios-referência no Brasil, a efetivação da saúde pode passar também pela incorporação das instituições jurídicas no cotidiano da gestão. No entanto, diversamente do que ocorre em várias experiências brasileiras, a atuação das instituições jurídicas se desenvolve de maneira predominantemente extrajudicial e preventiva.

A experiência de Araguaína que foi pesquisada teve como pressuposto o fato de o direito à saúde ser um direito fundamental e social, que é prestado mediante políticas públicas e sociais. Como será visto, em diversas falas observa-se a preocupação em não impor ao Estado a responsabilidade pela concessão ilimitada de assistência em saúde, mas também não se poderia deixar de lado o problema da ineficácia e da ineficiência do poder público. O outro pressuposto desta experiência é que as instituições jurídicas podem fazer muito mais pela saúde do que a propositura e decisão de ações judiciais, abrindo-se espaço para diversas estratégias extrajudiciais e dialógicas de efetivação da saúde.

Sob esses pressupostos, instituiu-se o projeto de criação de novas práticas para prevenir problemas de efetivação da saúde com a maior resolutividade possível ou, ao menos, para amenizar as eventuais deficiências. Para isso, foi realizado um diagnóstico situacional pelos atores políticos e jurídicos e foram criadas estratégias de diálogo permanente.

Em linhas gerais, o projeto sugeriu a criação de um núcleo técnico que adotasse medidas para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. O chamado Núcleo de Apoio Técnico (NAT) foi instituído no nível municipal e, a

partir da interação com a ouvidoria municipal e com os atores políticos e jurídicos, passou a ser ferramenta de efetivação do direito à saúde em Araguaína.

A implementação do NAT ocorreu pela Portaria n. 66, de 18 de maio de 2011, da Secretaria Municipal de Saúde, que definiu as competências e o fluxo operacional a ser desenvolvido em parceria com a ouvidoria, que também foi criada em maio de 2011. Apesar de distintos, tanto o NAT quanto a ouvidoria teriam a incumbência de trabalhar juntos (inclusive geograficamente) na prevenção da judicialização da saúde e no estabelecimento de estratégias de efetivação do direito à saúde. Entre os diversos objetivos de criação destes dois órgãos, podemos destacar também a mediação de conflitos, o alcance de soluções administrativas para as demandas em saúde e a democratização das informações e da gestão.

Ainda em 2011, foi firmado um termo de parceria entre o Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins e a Prefeitura de Araguaína, em que ficaram delineadas todas as obrigações dos signatários e regulamentou-se uma perspectiva inovadora de gestão compartilhada. Nesse sentido, o cotidiano da gestão em saúde começou a ser compartilhado entre o Executivo e o Judiciário, respeitando-se suas funções típicas, e depois passou a incorporar outros atores, tais como o Ministério Público e a Defensoria Pública.

A experiência de Araguaína, sensível aos desafios de efetivação do direito à saúde, ofereceu novas formas de pensar a atuação do poder público e das instituições jurídicas. Os arranjos institucionais que foram criados com o NAT e a ouvidoria apontaram para uma rotina extrajudicial de intenso diálogo interinstitucional, fazendo que a litigiosidade em saúde fosse fortemente residual, sem perder o foco na efetivação desse direito.

4.1.2. Compreensão dos atores

A experiência de Araguaína tem algumas concepções que foram construídas pelos atores políticos e jurídicos e que foram essenciais para seu desenvolvimento. Essas concepções foram decisivas para as ações que esses atores adotaram no estabelecimento compartilhado de estratégias de efetivação do direito à saúde. Portanto, é possível elencar as três principais: a) uma visão ampliada do direito à saúde; b) uma busca pela autocapacitação em direito sanitário que resultou na capacitação compartilhada de experiências; c) a recusa à vara especializada em saúde. Vejamos:

Concepção ampliada de saúde

Os entrevistados apresentaram uma visão ampliada do que significa o direito à saúde e qual é a responsabilidade de cada um na sua efetivação. No caso dos atores do Judiciário,

por exemplo, foi bastante comum a associação da saúde com a existência digna. Esta concepção passou a ser referência para a compreensão de seu próprio papel (como Judiciário), pois este ainda não seria representativo de todas as potencialidades que o direito à saúde apresenta. O relato de um juiz é característico desta concepção:

Essa judicialização que tem hoje, pra mim não é direito à saúde, ela é direito à entrega de prestação jurisdicional. Direito à saúde é uma coisa muito mais ampla. A saúde aqui no Brasil não é preventiva, ela é curativa, então a saúde é bem-estar, moradia, é todo um composto. Então o que se vê hoje, é o direito à prestação jurisdicional. Não adianta só fornecermos medicamento se a pessoa não tem esgoto, se ela não tem como beber água direito, se ela não tem como comer bem, também é saúde, é o bem-estar dela. Então, hoje, esse conceito banalizou, pra mim saúde é bem-estar do ser humano, é a pessoa viver dignamente e, na verdade, o que se pleiteia na justiça. Ninguém vai falar assim: “Eu quero viver. Eu quero viver com dignidade”. A pessoa quer o medicamento, quer o tratamento médico porque ela está doente e isso não quer dizer que se ela tomar o medicamento ela vai ter uma saúde regular. Saúde é um caso bem mais amplo que só ter o medicamento ou o tratamento médico.

Deriva desta fala o pressuposto de que a atuação judicial em matéria de saúde pode refletir apenas uma parcela de todo o conjunto de ações e serviços que envolvem este direito. A saúde real seria maior que a saúde discutida em processos judiciais. Ao se enfatizar o direito à saúde como medicamento ou tratamento, confere-se realce à dimensão curativa deste direito. Obviamente, isto não quer dizer que o Judiciário tenha uma visão parcial da saúde. Pelo contrário, a experiência de Araguaína fez que o Judiciário reforçasse essa visão ampliada, inclusive adotando estratégias judiciais que focassem não somente no aspecto curativo, mas também preventivo.

É possível afirmar, então, que a concepção ampliada de saúde foi, ao mesmo tempo, fator estruturante e estruturado pelas estratégias das instituições jurídicas de Araguaína na efetivação do direito à saúde. A tradicional passividade das instituições jurídicas em aguardar a existência do conflito para poderem agir se transformou em um maior ativismo. Este ativismo, quando encontrou a visão ampliada de saúde, permitiu a potencialização de esforços na garantia desse direito.

Essa visão ampliada da saúde também é compartilhada pelos atores políticos. Observa-se uma forte compreensão de que o dever do Estado em relação à saúde deva ser cumprido, mas também ao Estado caberia qualificar e informar melhor os cidadãos acerca de ações e serviços. A fala abaixo, de um dos gestores do sistema de saúde de Araguaína, exemplifica a questão:

Então, o nosso papel enquanto gestor é isso, na garantia do direito à saúde, em se melhorar a assistência, qualificar, garantir atendimento devido à população, respeitando os limites do sistema. Respeitadas essas competências você tem que prestar o serviço com a melhor qualidade possível. Eu acho que esse é o desafio.

Como se pode observar, a fala acima apresenta preocupação com a distribuição de competências em matéria de saúde. Trata-se de uma preocupação comum entre os gestores de Araguaína, especialmente porque se trata de um município-referência no SUS e que tem

diversos desafios de repasses de verbas, financiamento etc. O efeito disso é a importância que se deu ao planejamento administrativo e financeiro da gestão municipal para ampliar ações preventivas e curativas, além do forte investimento no diálogo com as instituições jurídicas.

Nesse sentido, as concepções ampliadas de saúde apresentadas pelos diversos atores políticos e sociais fizeram que fossem estabelecidos novos parâmetros de atuação e de efetivação da saúde a partir de uma gestão mais compartilhada. Como será visto, isto não isentou esses atores de diversos desafios, mas contribuiu para a criação de sinergias e ações em comum.

Da autocapacitação à capacitação compartilhada

Um desafio comum à atuação das instituições jurídicas na saúde é o desconhecimento técnico dos profissionais do direito neste assunto. Afinal, o direito sanitário não compõe o quadro de disciplinas obrigatórias na faculdade de direito e é superficialmente cobrado em concursos públicos. De outro lado, o SUS se traduz em uma política pública com várias especificidades, que variam desde os princípios e diretrizes até a incorporação tecnológica, o financiamento e os recursos humanos.

Assim, segundo os relatos, a falta de informações mais detalhadas dos pressupostos e do funcionamento do SUS também esteve relacionada aos seguintes fatores: a) a falta de capacitação em direito sanitário dos atores envolvidos com a efetivação da saúde; b) a falta de informação e esclarecimento sobre políticas públicas; c) a falta de definição quanto às competências regionais e municipais; d) a resistência inicial dos atores jurídicos em investir na interlocução institucional etc. Com estas múltiplas deficiências e sem qualquer política ou rotina das instituições jurídicas em capacitar seus quadros em saúde, a estratégia de capacitação tornou-se bastante informal.

Em Araguaína, as iniciativas de capacitação começaram como iniciativas de autocapacitação e se transformaram progressivamente em uma capacitação compartilhada. A autocapacitação começou com uma juíza que, ao assumir uma Vara de Fazenda Pública, deparou-se com diversos desafios na efetivação da saúde. Com o tempo, esta juíza assumiu outras responsabilidades na área e estabeleceu diversas estratégias de diálogo com os demais atores jurídicos e políticos, o que resultou na experiência aqui analisada. Observe-se o relato:

Cheguei aqui e já deparei com algumas ações sobre saúde. Esse era um tema muito novo, eu não tinha conhecimento nenhum sobre direito sanitário. O único conhecimento que eu tinha era o artigo 196 da Constituição que, em regra geral, é conhecido por toda a classe jurídica. Começaram a pedir medicamentos com prescrição médica, eu comecei a deferir achando que estava correto. Só que começou a crescer de uma forma astronômica. Em 2009, eu comecei a detectar uma grande porção.

A necessidade de se capacitar se derivou não somente de uma deficiência em termos de conhecimento do SUS, mas também da inquietude que se sentia em relação à qualidade da prestação jurisdicional que vinha sendo realizada. Em decorrência disto, a autocapacitação foi a primeira estratégia a ser adotada pela juíza:

A partir desta época, eu comecei a estudar sobre o assunto. Comecei a estudar sobre o assunto e comecei a entender e a aprender sobre direito sanitário e aí vieram as dúvidas. Como vou saber sobre as políticas públicas? Porque o artigo 196 e o artigo 198 fala que o direito é universal, a saúde é integral mas, que ele é feito mediante políticas públicas, econômicas e sociais. Como eu vou saber? Como eu vou contraditar um laudo médico? Como eu vou saber quais são as políticas? Onde? [...] Toda vez que se vai capacitar é preciso dinheiro, a prefeitura não tem e o tribunal também não tem. Então, eu fico procurando capacitação pela internet para mandar as coisas pra eles.

A autocapacitação se iniciou de maneira bastante informal e seu sucesso dependeu bastante da vontade de aprender da juíza. A tecnologia foi muito importante, pois a internet lhe permitiu absorver de maneira mais imediata alguns conhecimentos a respeito do SUS. Com o tempo, foi identificado que também os atores políticos tinham deficiências no tocante ao direito, o que abriu espaço para uma mútua capacitação entre os atores políticos e jurídicos. Da autocapacitação à mútua capacitação, esses atores passaram a se relacionar mais, a dialogar mais, a se compreender mais. Observe o relato de uma das gestoras:

Todos os espaços possíveis a gente tem apresentado e alguns secretários já tem vindo aqui visitar *in loco*. Eles acham o máximo, falam que não tem isso ou aquilo. Eu digo que eles “tem que começar”. E pergunto: “você já conhece seu promotor de justiça?”. Muitos deles nem se quer conhecem, nunca conversaram. São muito reféns ainda. Eles ficam achando as vezes que o Judiciário está muito distante e se colocando às vezes de forma muito superior e até de certo medo. Tem gente que fala “Se eu fizer isso eu vou ser preso”. Esse é um discurso muito recorrente de alguns secretários. E agora a gente tem também quebrado isso.

Outro fator importante que contribuiu com a capacitação dos juízes foi a crescente participação do CNJ nesse processo. Desde 2010, o CNJ tem se dedicado a pensar cada vez mais a judicialização da saúde e a criar instâncias e estratégias para a discussão do tema, tais como o Fórum Nacional, os Comitês Estaduais, a Recomendação n. 31 etc. O CNJ ainda realizou diversos encontros, reuniões e eventos pelo Brasil, em nível estadual ou municipal, para refletir sobre os desafios concretos de efetivação da saúde.

Além da autocapacitação e da mútua capacitação, houve a capacitação institucional, que ocorreu a partir da interação com as iniciativas desenvolvidas pelo CNJ. É o que se observa na fala de uma juíza, que também faz parte do Comitê Estadual de Saúde:

Esse diálogo quem deu abertura foi o CNJ. Então ele contribuiu, porque eu não sabia de NAT no Rio de Janeiro e eu estava angustiada. Então ele contribuiu com essa abertura e começaram a dar capacitação. Ele criou coordenadorias estaduais, contribuiu também mandando um tribunal para nomear um coordenador. No início, foram eles que nomearam os coordenadores, depois eles fizeram capacitação e reuniões de toda a comissão do Brasil e do comitê pra falar o que estava fazendo. Ele foi a mola

propulsora de incentivação, de capacitação e ainda disseram que cada tribunal tinha sua legitimidade para administrar. [...] Nisso o CNJ faz uma reunião para instalar os comitês estaduais em outubro de 2010 e o tribunal me indicou a participar.

Não somente o CNJ trouxe novas ideias e conhecimentos, mas também provocou uma “quebra de paradigmas”, como um dos entrevistados salientou. As diversas estratégias promovidas pelo CNJ permitiram a desconstrução de diversos supostos pertencentes aos magistrados e construiu novos horizontes de atuação do Judiciário em matéria de saúde. Um dos juízes de Araguaína sustenta o seguinte:

Acredito que a posição do CNJ ao estudar com profundidade o tema começou naquelas reuniões, naquelas audiências públicas presididas pelo Ministro Gilmar Mendes a frente da Corte e do Conselho. Isso contribuiu para uma melhor discussão do problema. A sugestão da criação das comissões, das coordenações executivas e esse monitoramento das ações da saúde também trouxeram uma nova perspectiva, porque as soluções começaram a ser procuradas.

A “nova perspectiva” oferecida pelo CNJ trouxe outras formas de pensar os desafios de efetivação do direito à saúde. Talvez de maneira indireta, a atuação cada vez mais frequente do CNJ provocou maior segurança e controle dos magistrados na área da saúde, além de instituir uma forma colaborativa de capacitação institucional.

A relevância do CNJ para a experiência de Araguaína também é citada por atores políticos que fazem parte da gestão do SUS. Isto revela que os próprios gestores também tomam conhecimento da política judiciária nacional para a saúde e citam recomendações, comitês e estratégias internas que são adotadas pelo CNJ. Trata-se de algo bastante atípico. Observe-se o relato de uma gestora municipal de Araguaína:

O CNJ contribui e assumiu uma importância fundamental para o nosso trabalho. Todo o embasamento da atuação é dado inicialmente pela Recomendação n. 31. Temos, além dessa recomendação, todas as orientações e outras recomendações que vieram. Temos esse trabalho do fórum dos encontros mensais que são feitos com os magistrados do Brasil que representam esses comitês estaduais. Eu acho e tenho certeza que isso facilita o trabalho e fundamenta melhor a prática dos núcleos de apoio técnico em parceria com o Poder Judiciário e aqui também da mesma forma. Inclusive a participação de conselheiros do CNJ nos fóruns que têm sido desenvolvidos tem sido fundamental. Inclusive no processo de formação, de capacitação, de criação de uma nova rotina e de quebras de paradigmas. Acho que em tudo isso tem sido importante a participação do CNJ.

Com o tempo, a autocapacitação e a capacitação mútua passaram progressivamente a interagir com a capacitação institucional promovida pelo CNJ. Isto possibilitou o fomento ao diálogo entre os diversos atores políticos e jurídicos, além de um ambiente cada vez mais favorável à construção coletiva do SUS.

É interessante observar que a capacitação institucional do CNJ estimulou também um tipo de capacitação compartilhada. Ao participarem de fóruns, eventos e discussões promovidos pelo CNJ, os juízes de Araguaína ainda puderam compartilhar experiências com juízes de

outros locais e, além disso, aprender novas estratégias com eles. É o que se pode observar no relato da juíza, a seguir:

Na verdade o juiz não tem tempo pra divulgar o projeto por causa do acúmulo de trabalho. Então o CNJ criou listas para os juízes falarem entre eles, colocou no site do CNJ esse projeto pra que todos tenham conhecimento. Eles deram publicidade de uma forma séria e isso passa uma certa credibilidade. Recentemente, eles fizeram um congresso. Estão com vontade de fazer algo sobre o câncer no Rio de Janeiro. Sem o CNJ, isso não seria possível desta forma, porque o nome CNJ é a cobertura. Ele tem comitê nacional e também tem os estaduais. Eles estudaram e nomearam uma comissão de juízes para estudar tudo antes de começar. Então, de certa forma, ele vem com todo o apoio não da logística, mas o apoio que dá credibilidade e dá ferramentas. [...] Aquilo me interessou, me interessou de tal forma que era para a Comarca do Rio de Janeiro e para os juízes do Rio. Eu cheguei aqui e conversei com alguns colegas e tive a ideia de fazer isso em Araguaína. [...] A gente fez uma portaria, o juiz doutor Túlio do Mato Grosso, um juiz brilhante e muito comprometido e focado, me mandou a ideia de um decreto que o prefeito tinha feito em Sinop. Eu fiz a portaria e a gente fez um fluxo e começamos.

O compartilhamento de experiências entre os juízes de outros locais foi decisivo para otimizar o trabalho dos magistrados em Araguaína e para que vissem com mais clareza os fatores de sucesso e fracasso dessas experiências. Em suma, foram quatro grandes processos de capacitação que permitiram o diálogo institucional em Araguaína: autocapacitação (magistrado sozinho), capacitação mútua (magistrado e gestor), capacitação institucional (magistrado e CNJ) e capacitação compartilhada (magistrado de Araguaína e outros magistrados). Atualmente, a capacitação tem sido permanente e tem envolvido não somente os juízes e gestores, mas também outros membros de instituições jurídicas, tais como promotores de justiça e defensores públicos.

Recusa à vara especializada

Quando se fala em capacitação, não se pode confundir com padronização de condutas. A contribuição do CNJ em Araguaína foi sobretudo evidenciar, para os juízes, como se pode fazer diferente em matéria de saúde, de um lado, e oferecer diversos conteúdos e estratégias práticas para atividade judicante, de outro. Isto não afastou dos juízes de Araguaína uma análise crítica a respeito da eficácia dos instrumentos oferecidos pelo CNJ quando pensados à luz da realidade do município.

Um dos exemplos disto é a visão crítica dos juízes em relação à recomendação do CNJ para que se criem varas especializadas em saúde. A princípio, poderia ser uma proposta positiva, especialmente porque aponta para a necessidade de se ter magistrados mais focados e dedicados exclusivamente às questões de saúde. Porém, se pensada na realidade de Araguaína, talvez esta proposta não seja eficaz. Segue-se o relato de uma juíza:

Toda a vara especializada atrai mais processo. Quando nós temos uma vara especializada em saúde e se o intuito é diminuir a judicialização e voltar a competência ao órgão de quem é mesmo – que seria do executivo

-, a vara de especialização da saúde é uma contramão. E por quê? Porque se entram 50 ações por mês, vão entrar 200. Porque infelizmente ou felizmente no Brasil tudo se resolve de forma econômica. Aí o advogado vai começar a potencializar as partes. Vai virar e dizer: “olha, eu tenho uma vara especializada”. Eu vejo esse lado negativo e vejo esse acúmulo de ação e vejo que não há necessidade de tantas ações assim. O que precisa é ter uma equipe multidisciplinar porque, na verdade, nessa comarca aqui desse tamanho tem 135 processos do município. Claro que chega a uns 400 porque tem o do estado, mas mesmo assim não é tão grande.

A fala revela uma tensão inerente à litigiosidade no Brasil. Deve o Judiciário permanecer na inércia da jurisdição ou deve participar do processo de efetivação de direitos de maneira mais ativa? Afinal, segundo o relato, o processo judicial se concentra em “consertar” uma ação ou omissão, ao passo que o diálogo quer “prevenir” que essa ação ou omissão ocorra. Este ativismo pela prevenção dos conflitos em saúde é a tônica da realidade de Araguaína e orientou decisivamente o modo como os atores políticos e jurídicos interagiram.

O pressuposto é que uma vara especializada formaria um bom “técnico do direito”, mas não um “juiz social”. É o que se observa no relato abaixo de uma juíza:

O juiz da saúde ele é um papel igual ao da infância, muito social. Acho que aí tem que ter perfil, isso é coisa muito séria. Porque a vara é aberta pra qualquer juiz concorrer e eu não acho que isso seja o certo. Tem varas que se eu for não combinam comigo, outras que sim. Já falei com vinte e cinco juízes e dois coordenadores da saúde, todos foram unânimes em falar que entendem que não há necessidade da vara especializada igual à recomendação 46 do CNJ.

Portanto, a defesa de que o juiz deve também atuar na prevenção de litígios, a crítica ao tecnicismo que uma vara especializada poderia trazer e a defesa do “juiz social” fizeram diferença no modo como a experiência de Araguaína se desenvolveu. Mas é possível trazer um quarto fator igualmente importante: a necessidade de se “estar à frente” no processo de efetivação de direitos, conforme se observa no relato da juíza, abaixo:

E eu fico pensando em uma vara especializada. Porque ela é obrigada a ser mais rápida, ela tem que dar prestação jurisdicional mais rápida ainda, ela tem toda uma equipe pra isso. E ela vai privilegiar uma minoria. Na verdade, o correto são as ações coletivas. Mas a gente está longe disso. É complicado. Porque, como o Ministério Público fica com o pedido de uma parte que precisa de um remédio porque se não vai morrer? Mas o certo é o governo cumprir as políticas públicas e, se não cumpriu, o Ministério Público vai entrar com uma ação civil pra cumprir as políticas públicas e não pra dar aquele medicamento para aquela pessoa. Porque mais uma vez eu volto a repetir: o orçamento é fechado como se fosse uma caixa. Se você extrapola aquilo ali, vai arrebentar a caixa.

“Estar à frente” representa uma sensibilidade aos problemas atuais e futuros do sistema de saúde, buscando reforçar o papel ativo que o juiz deve ter na gestão em saúde. Desse modo, foi com estas três principais compreensões dos atores – concepção ampliada de saúde, busca pela capacitação de múltiplas formas, reconhecimento de que o tecnicismo jurídico não levaria a lugar algum – que a experiência de Araguaína se desenvolveu. Os arranjos institucionais foram criados a partir dessas compreensões e orientaram o modo como a efetivação do direito à saúde ocorreu neste município.

4.1.3. Arranjos institucionais

Os arranjos institucionais constituídos em Araguaína permitiram o investimento dos atores políticos e jurídicos na prevenção dos conflitos e, quando existentes, na sua resolução extrajudicial. O volume de processos judiciais envolvendo questões de saúde pública diminuiu drasticamente no município, representando menos de 10% de todas as demandas que foram resolvidas de forma administrativa pelos arranjos institucionais. As principais estruturas que permitiram o alcance desses resultados são o Núcleo de Apoio Técnico e a Ouvidoria do SUS – ambos de caráter municipal – e que funcionaram também como mecanismos de fomento ao diálogo institucional.

Esses arranjos devem ser discutidos a partir de quatro elementos: a) a construção do projeto desenvolvido em Araguaína; b) o papel do Núcleo de Apoio Técnico; c) as estratégias formais e informais de efetivação da saúde; e d) a relevância da vontade política e a Ouvidoria do SUS.

A construção do projeto

O principal objetivo do projeto foi a constituição de um espaço institucional de diálogo entre as instituições jurídicas e políticas, com o propósito de reduzir a litigiosidade e criar um cotidiano colaborativo e compartilhado de efetivação do direito à saúde. O projeto é oriundo da constatação de que a judicialização da saúde poderia não ser a solução ideal para a efetivação do direito à saúde e que poderiam ser definidas outras estratégias com a presença do Judiciário, mas sem necessariamente judicializar as demandas.

Segundo relatos dos entrevistados, entre os principais obstáculos identificados, destacavam-se: desarticulação da rede de assistência local; baixa comunicação dentro dos próprios setores internos da Secretaria Municipal de Saúde; ausência de diálogo entre as instituições jurídicas e políticas; ausência de espaço físico e de canais de entrada para acolher as demandas da população administrativamente; baixa qualificação profissional dos gestores e profissionais de saúde; e grande número de conflitos envolvendo a prestação de serviços públicos de saúde.

Como resultado desta ausência de mecanismos administrativos efetivos para a concretização da saúde, de um lado, e do crescimento da procura pelo Judiciário, de outro, houve uma verdadeira expansão da interferência das instituições jurídicas no cotidiano da gestão. Segundo o relato de uma juíza, ela passou até mesmo a ser concebida pelos cidadãos como responsável pela política de saúde municipal:

No início de 2010 eu estava saindo na rua. Aqui é uma Comarca do Interior, lugar de fácil acesso, as pessoas param a gente na rua. Eu estava saindo do prédio antigo, indo para o Banco do Brasil e uma senhora me parou e falou pra mim: “Ei a senhora aí dá insulina Lantus? Eu queria que a senhora me desse uma insulina que eu tô precisando”. A pergunta foi feita de uma forma bem simples. Eu olhei pra ela e falei: “Como é que é?”. Ela me respondeu: “Não, é que eu fiquei sabendo que a senhora dá a insulina Lantus”. Aí eu falei: “Eu não, minha senhora. Eu não dou”. Aí ela me disse: “A gente traz um papel, pede pra senhora e a senhora dá”. Aí eu expliquei pra ela: “A senhora vai na Prefeitura ver se eles dispõem desse medicamento para a senhora porque lá têm farmácias, farmácias do Poder Público. Ou, se não, a senhora vai no Ministério Público ou na Defensoria, se a senhora tiver direito”. E fiquei pensando, e fiquei assim muito indignada de ver a que ponto chegou.

Em função do desconhecimento da população em relação à separação de Poderes e às funções que cada um exerce, o Judiciário progressivamente passou a ser visto como um ator substitutivo ao Executivo. Foram estabelecidas, então, estratégias de diálogo institucional para mudar a política judiciária para saúde em Araguaína, em prol de uma atuação fortemente extrajudicial. Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional com o planejamento de um plano de ação a partir de um estudo crítico sobre a realidade local, incluindo a análise das demandas judiciais mais recorrentes com repercussão nos recursos disponíveis da Secretaria da Saúde. O diagnóstico iniciou-se no Judiciário e depois passou a ser feito pela própria Secretaria de Saúde, que expressou vontade política de promover estratégias em conjunto. Segundo uma juíza:

O secretário da Saúde, um cara na época muito politizado – não político, politizado, e muito até – com regras sociais bem engajadas, se interessou. Aí eu falei assim: “Então o senhor põe a menor equipe que o senhor puder, vamos ver quem o senhor vai colocar e eu vou mandar fazer os pareceres e a gente vai treinar a equipe e eu vou falar o que o juiz quer saber. Eu vou mandar as dúvidas dos juizes e vocês vão me explicar”. Porque antes de eu dar uma liminar eu vou ouvir e baseada em quê? O CNJ deu uma recomendação para ouvir o poder público antes. Então começou com a minha iniciativa e com a boa vontade da Prefeitura e também com o comprometimento do secretário da Saúde.

Assim, um fator decisivo dessa experiência foi, de um lado, a compreensão das instituições jurídicas de que o processo judicial não confere um tratamento adequado aos problemas de saúde e, de outro, a vontade política dos gestores em promover e intensificar o diálogo institucional e as soluções administrativas em saúde. Como se pode observar em outras experiências pelo Brasil, as iniciativas desse tipo só conseguem florescer e permanecer operantes nos locais onde os Poderes conseguem estabelecer um nível razoável de colaboração e diálogo.

Em Araguaína, a gestão municipal foi bastante receptiva ao projeto. A vontade política também se espelhou pelo fato de o Secretário de Saúde da época ser bem assessorado e compreender a importância do diálogo institucional. Além da procuradoria do município, o secretário ainda tinha um assessor jurídico, que posteriormente passou a ter papel importante no NAT e na Ouvidoria. Sendo assim, foi a própria Secretaria de Saúde que abraçou o projeto e adotou medidas para concretizá-lo em parceria com o Judiciário:

Todos queriam insulina Lantus. Aí eu comecei a entender. Eu não sabia o que era lanceta, eu não sabia o que era tira, eu não sabia nada. Então veio a segunda dúvida: quem nós vamos colocar? A princípio achávamos melhor médicos, porque a ideia que se tem é que médicos resolvem tudo. Fui ao Rio de Janeiro conhecer e conversei com o secretário da Saúde e ele me contou como surgiu a ideia do NAT. Muito interessante até. Ele disse que em sua cadeia só ficava o paletó já que possuía muitas ordens de prisão decretadas contra ele. E ele foi à Inglaterra, em Londres, que possui um sistema muito parecido com esse. E ele trouxe a ideia de Londres.

É interessante observar que, por mais que o Executivo e Judiciário tivessem promovido com êxito este diálogo institucional, o projeto não esteve livre de resistências e críticas. Porém, diferentemente do que se poderia pensar, tais resistências e críticas foram oriundas das próprias instituições jurídicas e não do Executivo. Os diversos relatos apontam a desconfiança inicial de diversos juízes, defensores e promotores em relação à credibilidade do projeto, especialmente porque o NAT e a Ouvidoria seriam estruturas constituídas no interior do Executivo e com funcionários do Executivo, e talvez seriam suscetíveis à sua influência e interesses. Conforme os relatos apontam, em termos comparativos, a receptividade do projeto foi maior entre os promotores, após os defensores e, por fim, os juízes. Segundo uma juíza:

Foi mais a magistratura mesmo. O Ministério Público não acreditava em divisão de política. Era uma questão mais doutrinária. Não tava duvidando desse ou daquele. Não havia uma desconfiança das pessoas. É do próprio sistema que são dos atores que lidam com o direito da saúde, duas pontas, uma ponta fica o judiciário e o outro fica o poder público executivo e não tinha diálogo porque não conversavam. Ninguém mantinha contato. Então esse projeto possibilitou esse diálogo por sua essência. O maior entrave que teve em relação a credibilidade do projeto veio da própria magistratura.

Portanto, o projeto de Araguaína foi resultado muito mais dos esforços individuais de uma juíza e do secretário de Saúde, em um primeiro momento. Por meio do diálogo constante e do processo de convencimento institucional, acompanhado de uma mudança de cultura nas instituições políticas e jurídicas, foi possível sua expansão. Isto aponta para uma característica empreendedora presente nos juízes, defensores e promotores para estabelecer novas formas de atuação em saúde que não sejam exclusivamente pela judicialização. Com o passar do tempo, segundo um dos funcionários do NAT que acompanhou o projeto desde o início, “muitos juízes, defensores e promotores de justiça estão muito preocupados com as políticas públicas, e isso é importante”.

No início do projeto, porém, havia sérias dúvidas em relação à sua credibilidade. Alguns juízes discordaram, inclusive. Um dos juízes que foi inicialmente resistente ao projeto reconhece:

Eu, no primeiro momento, não posso negar que me mantive resistente a essa ideia da prévia consulta aos núcleos de apoio à demanda judicial da saúde, justamente em função que às vezes está no início da implantação do projeto. Posteriormente, os fatos demonstraram primeiro uma coisa muito boa: a adesão do MP por meio das ações civis públicas onde pleiteiam direitos indisponíveis a saúde das pessoas e da Defensoria Pública os quais passaram a utilizar os serviços do NAT.

Antes mesmo de se instituir o projeto, o desafio foi construir sua confiabilidade perante as instituições jurídicas e políticas, além de garantir o compromisso e adesão deles às iniciativas propostas. Desse modo, foram realizadas inúmeras reuniões de trabalho com os representantes das Secretarias de Saúde municipal e estadual, Defensores Públicos, Promotores de Justiça e Juízes que atuavam diretamente com a efetivação da saúde (Fazenda Pública, Infância e Juventude etc.). Nessas reuniões, muitas conversas foram desenvolvidas para que cada instituição pudesse evidenciar sua realidade a compreender a realidade da outra. As reuniões foram dirigidas e coordenadas pela juíza que capitaneou o projeto, sempre com a participação da coordenadora da Ouvidoria Municipal. A insistência e a continuidade contribuíram para a mudança de paradigmas e a definição de novas formas de atuação extrajudiciais, reduzindo-se drasticamente a judicialização da saúde. Um dos maiores desafios foi justamente manter a independência da atuação dessas instituições, para que nenhuma fosse contaminada pelos interesses de outra. A experiência de Araguaína buscou preservar isso por meio de um relacionamento institucional cotidiano. Segundo uma juíza:

Meu relacionamento com eles [município] é muito bom. Isso não interfere. Eu dou liminar contra o município e, se não cumprir, eu vou bloquear a verba. Eu não tenho problema de descumprimento aqui, uma outra vantagem. Quando está descumprindo é porque a farmácia atrasou alguma coisa, mas eu não tenho. Eu tenho um bom relacionamento tanto com o daqui quanto com o do estado. Só que o daqui eu vejo o município mais empenhado porque eles têm como ir ao usuário e o estado não tem como ir direto ao usuário

Foram então criadas duas estruturas fundamentais na Secretaria de Saúde: o Núcleo de Apoio Técnico e a Ouvidoria do SUS. Gradativamente, conforme as interações entre essas estruturas foram ocorrendo, a relação entre as instituições jurídicas e políticas de Araguaína tornou-se sistêmica no tocante à efetivação da saúde, com uma característica muito mais administrativa que judicial. Todas as demandas passaram a ser iniciadas no NAT e na Ouvidoria, mesmo aquelas propostas pelo Ministério Público ou pela Defensoria Pública. Essa atuação em conjunto teve como consequência a potencialização das ações e estratégias das diversas instituições, criando um ambiente favorável à gestão compartilhada do SUS no município. Sem prejuízo, as estruturas exclusivas de cada uma das instituições jurídicas e políticas foram mantidas e preservadas como independentes. Como afirma uma juíza, “você usa sua estrutura, eu uso a minha. Não existem leis estabelecidas, então a gente cria”.

O papel do Núcleo de Apoio Técnico

O NAT nasceu da necessidade de uma compreensão multidisciplinar a respeito da saúde e do direito. Tradicionalmente, os NATs foram implementados nos diversos tribunais do país com um propósito consultivo, ou seja, para auxiliar o juiz na formação de sua convicção nos litígios em saúde. Em regra, o profissional da saúde sabe da eficácia de medicamentos, pertinência de exames ou desejabilidade de tratamentos. Nesse sentido, o apoio do NAT

seria importante para que, com o parecer de profissionais de saúde, o juiz pudesse julgar melhor e com mais elementos técnicos.

No caso de Araguaína, as funções do NAT foram além do aspecto consultivo, englobando também aspectos de prevenção e de gestão. O caráter consultivo diz respeito à função de ferramenta de apoio ao Judiciário antes de emitir decisões, no sentido de proferir pareceres técnicos quanto ao direito sanitário e políticas públicas de saúde. O caráter de prevenção diz respeito a sua atuação como meio de solução administrativa de conflitos, estimulando a interlocução entre as instituições jurídicas e políticas e prevenindo a judicialização das demandas. O caráter de gestão diz respeito à identificação da maior incidência das demandas para ações e estratégias de planejamento em saúde, com o objetivo de otimizar o atendimento prestado aos usuários, além de também acompanhar o cumprimento das ações judiciais e a pertinência de utilização de medicamentos e insumos de trato sucessivo.

Conforme descrito na Portaria n. 52, de 23 de julho de 2013, do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, o NAT é formado por uma equipe multidisciplinar, composto por especialistas em saúde pública e outros profissionais, tais como: assessor jurídico, enfermeira, farmacêutica, assistente social, assistente técnico-administrativo e assistente do Departamento de Compras da Secretaria Municipal de Saúde. A equipe conta, ainda, com o apoio eventual dos profissionais de saúde que compõem a Rede SUS Municipal, a exemplo de médicos, cirurgiões-dentistas, nutricionistas e fisioterapeutas, sempre que necessário à elaboração de parecer técnico especializado nas referidas áreas. Vale ressaltar que, apesar de estar presente na estrutura da Secretaria de Saúde, o NAT não é uma extensão dela, mas sim uma equipe independente para auxiliar as instituições jurídicas e políticas.

É possível afirmar que o NAT de Araguaína recebeu diversas funções que vão além do caráter consultivo, que é típico das outras experiências de NAT. Em Araguaína, são diferenciais da atuação do NAT: a articulação direta com os programas de saúde locais, a integração com a Ouvidoria Municipal e o papel de acompanhamento de decisões judiciais mesmo após terem transitado em julgado. Isto contribuiu para a constituição de um ambiente de efetivação do direito à saúde eminentemente preventivo, aproximando o contato com os cidadãos e estimulando a solução administrativa de conflitos. Como resultado, observa-se a democratização das ações e serviços de saúde, e maior celeridade no atendimento de demandas que potencialmente seriam objeto de novas ações judiciais.

Talvez um condicionante importante para explicar a adesão e a efetividade ampla do NAT diga respeito a sua capacidade de promover o diálogo institucional. Este veio acompanhado de uma relação mais informal e cotidiana entre as instituições jurídicas e políticas, que resultou em um processo fortemente colaborativo. Uma das juízas dá um exemplo desse relacionamento:

Aí essa nova gestão colocou um assessor jurídico mais comprometido. Então eu pedi que fizessem o seguinte: que eles passassem a informação por meio da assessoria da Saúde que quando eu der uma decisão contra a prefeitura eu mando citar o procurador. Eles me contestaram dizendo: “mas como é que nós vamos passar isso já que não temos oficial de justiça suficiente?”. Eu não tenho lei que me ampare em questão de levar um ofício em caráter de emergência, ofício não se faz em caráter de emergência, é apenas uma consulta. Eles têm dez dias pra devolver o mandado. Então a gente começou a mandar por e-mail e, como não tinha como digitalizar, usávamos um fax ou uma impressora e mandávamos do meu e-mail pessoal para a prefeitura. Então, quais foram as ferramentas que eu tinha no começo? Um telefone, um scanner/impressora e mandávamos por e-mail.

O mundo extrajudicial foi a aposta, e isto jamais implicou timidez judiciária. O telefone, o *e-mail*, a reunião e a conversa foram estratégias que apresentaram grande efetividade no diálogo institucional de Araguaína em prol da saúde. Segundo outra juíza:

A mãe às vezes vem e não está com o remédio, sendo que eu já emiti uma liminar. Então a mãe vai atrás e nós ligamos para a secretaria e quando obtemos a resposta, repassamos para essa mãe que o remédio chegou. O pessoal vai na Defensoria, eles fazem um *rapidão*. O Ministério Público tem vários modelos da demanda.

O sucesso destas atuações extrajudiciais promovidas no âmbito do NAT é reconhecido pelos próprios membros da gestão municipal. Segundo uma das coordenadoras do projeto no Executivo:

Uma simples ligação, que começou com o compromisso desse juiz, um juiz que é extremamente comprometido e que fica brincando que não é médico por acidente. Ele sempre fala que ele deveria ter estudado um pouquinho mais e ter ido pra área de saúde, porque ele estuda de uma forma aprofundada e isso nos desafia. Enquanto núcleo de apoio técnico nós não podemos chegar e dizer: “Doutor, não sei”. Ou então dizer: “Esse medicamento não é do município”. Se a gente fosse ser bem formal, eu ia simplesmente dizer pra ele: “Doutor, esse é um medicamento não padronizado, novo, não está na REMUME, portanto não é competência do município”. Mas a gente sempre teve esse desafio de buscar a informação mais qualificada possível.

Outro exemplo de valorização do mundo extrajudicial e dialógico pela gestão municipal é a fala do assessor jurídico que atua no âmbito do NAT. Segundo ele, “às vezes é muito melhor a ligação pra se agilizar o processo ou o *e-mail* pra se agilizar o processo do que o ofício, então o ofício, esse é o problema”. Outro exemplo é de uma funcionária do NAT, que auxilia as instituições jurídicas de maneira consultiva:

O meu trabalho está ligado principalmente à emissão dos pareceres para auxiliar tanto o serviço público, o Tribunal de Justiça, o Ministério Público e a Defensoria. Toda vez que eles consultam a gente por meio de ofícios acerca da implantação de medicamentos, sempre eu faço um parecer onde eu sempre tento relatar, explicar um pouco da política nacional de medicamentos, falar se esse medicamento está contido em um dos componentes do SUS para eles terem uma orientação se faz parte da competência do estado, se faz parte da competência do município para eles terem norte se vão continuar na ação ou não. Além do que isso também é feito informalmente. Às vezes, o próprio Ministério Público liga, a Defensoria Pública liga. Nós estamos nesse elo sempre conversando.

O uso das estratégias extrajudiciais, portanto, contribuiu para a construção de um espaço fortemente colaborativo em Araguaína, sem prejuízo da independência de atuação das

instituições jurídicas e políticas. O mundo extrajudicial trouxe uma nova pedagogia de resolução de conflitos, baseada na mútua colaboração e na superação do modelo adversarial do processo judicial. Essas estratégias extrajudiciais ainda permitem que o cenário de efetivação da saúde não seja binário (sim e não, lícito e ilícito, certo e errado etc.), mas que admita gradações de formas, prazos e ações por meio das quais se efetiva esse direito. Outro fator importante para se evitar o processo judicial diz respeito à celeridade e à criatividade, conforme salienta um assessor jurídico que atua no NAT:

A procuradoria tem acesso rápido, mas quem não faz parte da digitalização do processo jurídico? A Secretaria de Saúde não faz parte do processo de digitalização, o NAT não faz parte também, é por meio de ofício. Também a mesma coisa a Ouvidoria. Então se fosse interligado poderia ser mais ágil, mas não é. Então a gente preferiu o telefone do que papel pra agilizar o processo.

O mundo para além do processo judicial se apresenta mais rico, heterogêneo e plural, o que permite uma abertura às estratégias extrajudiciais. A pluralidade de funções que o NAT desenvolve para além do aspecto consultivo reforça a relevância do extrajudicial como espaço de diálogo institucional voltado para a efetivação da saúde. Vale dizer que, além do diálogo institucional, o NAT ainda qualificou substantivamente a atuação das instituições jurídicas em saúde, que possui conteúdos e pressupostos pouco conhecidos pelo profissional do direito. Segundo uma juíza:

Por que quando a parte chega lá morrendo e depois vem morrer aqui ou no Ministério Público, isso deixa a gente muito vulnerável. Então quando a pessoa chega lá com a prescrição médica e um parecer de que está morrendo, o Defensor não tinha outra saída a não ser ajuizar. Hoje eles pedem mais documentos, mais informações, porque quando eles pedem informação para o NAT a resposta é que ele não é usuário, ele não tem carteirinha do SUS. Porque, veja bem, o SUS é um dinheiro de todos, não é um dinheiro particular. Quando você vai usar o dinheiro de todos, você tem que usar com método, tem de ter regras.

A qualificação que o NAT trouxe permitiu que as instituições jurídicas atuassem de maneira mais segura na efetivação da saúde, além de oferecerem não somente uma atuação adversarial do processo judicial. Para tal, foi de fundamental importância o compromisso da gestão municipal em preservar a independência do NAT, o que reforçou sua credibilidade. Um juiz deixou isto bastante claro em seu relato:

Embora vinculado à administração, formado pelos servidores vinculados a administração pública local, eles têm autonomia não só para emissão de parecer técnico, mas também para cobrar junto aos órgãos de execução, postos de saúde, hospitais, a própria secretaria municipal. Eles têm uma autonomia para esse tipo de cobrança e isso talvez seja a grande diferença da nossa experiência.

Outros magistrados reforçaram a importância do NAT ao destacarem seu papel consultivo de conferir subsídio técnico às decisões. Afinal, o conhecimento do direito e das leis pelos profissionais do direito não esgota as necessidades de atuação das instituições jurídicas em saúde. Segundo uma juíza:

[...] mas aí essa área é muito específica, tem muita portaria, tem muita legislação que pra você estar a par é complicado. Você tem de ir atrás de oficial pra conseguir ver atas de reunião que não estão publicadas. Então é uma série de complicações. Aí o NAT já vem com isso pra você e facilita bastante, definindo competência, dizendo o que ficou pactuado. Então fica bem mais direcionado.

Diversos funcionários do NAT também ressaltam o impacto positivo desta colaboração entre as instituições jurídicas e políticas. Um destes funcionários destacou que o prazo de resposta é um dos principais diferenciais. Segundo ele:

Acredito que seja por prazos de resposta. O empenho de se atender o mais rápido possível, independente do prazo. Gostamos de trabalhar prontamente. Chegando demanda já realizamos o processo que cabe ao NAT. Em relação a diferenças de processos, acho que não existe tanto, existe mais o comprometimento em atender mais rápido possível e realizar os processos administrativos e os mais breves possíveis.

Palavras como “boa vontade”, “agilidade” e “colaboração” são comuns nos relatos de todos os entrevistados. Elas frequentemente vêm acompanhadas de uma reflexão sobre compromisso social e sobre diálogo. É interessante observar, como já explicado, que as funções do NAT vão além do mero caráter consultivo. Como visto, o NAT também desempenha funções de prevenção – atuação como meio de solução administrativa de conflitos, estimulando a interlocução entre as instituições jurídicas e políticas e prevenindo a judicialização das demandas – e de gestão – identificação da maior incidência das demandas para ações e estratégias de planejamento em saúde, com o objetivo de otimizar o atendimento prestado aos usuários, além de também acompanhar o cumprimento das ações judiciais e a pertinência de utilização de medicamentos e insumos de trato sucessivo.

Como consequência, observa-se de maneira frequente nos relatos a valorização da “saída do gabinete”, isto é, das instituições políticas e jurídicas saírem de seus espaços e efetivarem o direito à saúde “na rua”. Uma das funcionárias do NAT explica: “Se a juíza questiona sobre alguma patologia, entra em minha área de atuação. Eu atuo junto com o médico. Vou ao ambulatório, acompanho a consulta do paciente, pra que o laudo seja bem elaborado”. Ao “sair do gabinete”, o NAT oferece uma nova forma de relacionamento entre Estado e sociedade calcada em um atendimento mais personalizado, horizontal e sensível às especificidades de saúde de cada cidadão. Conforme salienta um assessor jurídico do NAT:

Não adianta apenas pegar e decidir que será insulina Lantus, porque a gente descobriu por meio de parecer em audiências, que, às vezes, quem estava solicitando insulina Lantus não estava fazendo a dieta necessária. Não vai ter insulina no mundo que dê solução a esse problema. Pode ser a mais tecnológica no mundo, mas se ele não fizer o acompanhamento necessário, não vai surtir efeito. Descobrimos que nesses casos teríamos de abrir um protocolo de acompanhamento pra esses casos especificamente. Hoje chega uma demanda pro NAT, nós comunicamos, encaminhamos a pessoa diabética, vai ter um protocolo, vai pra uma unidade básica de saúde, faz um acompanhamento durante três meses, ele será acompanhado pela unidade básica que é o caminho. Se nos for constatado que a insulina que ele está usando não está surtindo efeitos, o médico informa a Secretaria de Saúde e aí acionamos o NAT e o NAT dá o *start*.

Aspectos como integralidade e sensibilidade são fundamentais para o dia a dia do NAT, e a “saída do gabinete” tem sido uma estratégia importante e que diferencia a atuação do NAT de Araguaína em relação a outros NATs do país.

“Sair do gabinete” também significa acompanhar o cumprimento de demandas ao longo do tempo. Afinal, não é porque um cidadão tem cadastro para receber mensalmente um medicamento que ele precisará deste para sempre. O NAT é importantíssimo no acompanhamento e avaliação das necessidades em saúde ao longo do tempo de cada cidadão, inclusive evitando o desperdício nos casos de morte deles, para que não sejam mais enviados medicamentos. Segundo o mesmo assessor jurídico:

Às vezes são medicamentos de uso contínuo. O juiz fica em processo infinito, pois o paciente pode vir a falecer. O NAT acompanha mensalmente os processos de uso contínuo e envia relatórios aos juízes. Assim que funciona. Às vezes é pedida uma reavaliação pro caso do paciente já ter tido melhora de 100% ou caso o medicamento que o paciente esteja usando não esteja fazendo mais efeito. Por isso a equipe do NAT tem de acompanhar os pacientes. Toda essa mentalidade tem de estar imbuída no secretário.

As demandas cumpridas pelas instituições jurídicas e políticas por meio do NAT são vistas como “processo infinito”, isto é, recebem atenção do NAT durante o tempo que for necessário para seu cumprimento. A necessidade pode terminar pela melhora integral do cidadão, pela mudança do seu quadro clínico e, ainda, pela sua morte. Ao não se arquivar os processos, revela-se de maneira original a importância de se estabelecer não somente o diálogo institucional, mas também uma rotina real e efetiva de satisfação do direito à saúde. Obviamente, entre outros aspectos locais, isto se deve à vontade política do gestor municipal e aos arranjos institucionais criados em Araguaína.

É interessante observar que a experiência do NAT de Araguaína, por mais que seja uma estrutura municipal, não desconsidera a força de polo regional que o município tem na efetivação da saúde. Como a repartição de competências em saúde é dos três entes da federação e não necessariamente as demandas em Araguaína são de responsabilidade do ente municipal, foram criadas estratégias de responsabilização dos entes, sem perder de vista a cooperação na efetivação do direito à saúde.

A este respeito, algumas perguntas são importantes: como lidar com o deslocamento de competência? Em que medida enviar o processo para a Justiça Federal seria positivo para o direito à saúde? Como responsabilizar esses entes no caso de demandas que não são originariamente de sua competência? Observe o relato de uma juíza:

O juiz dava uma decisão em que a competência era do estado e ele vai até o município e o município ia atrás do estado para conseguir. A entrega do remédio é feita pela União, o que é pior ainda. A União não entrega medicamento, ela repassa. Eu nunca mandei nenhum processo para a justiça federal porque se eu mandasse para lá, a União ia ter de enviar via sedex e é a maior dificuldade do mundo pro usuário.

O que é fácil para o usuário? Ele vir pegar o remédio na farmácia aqui. Aqui o acesso dele é o estado e município. Quando a competência dele é do Estado tem mecanismos pra fornecer medicamentos, e quando é pelo município também tem.

O problema da responsabilização é um desafio recorrente em Araguaína, por conta de sua força regional no norte do Tocantins. Demandas de cidadãos que residem em municípios vizinhos não são incomuns, o que reforça os desafios a respeito da competência em matéria de saúde. Este é o relato de uma das funcionárias do NAT:

Nos casos da Defensoria e Ministério Público, agimos da mesma forma. Fazemos visitas domiciliares, ligamos para o paciente pra que ele venha até nós dependendo da gravidade, pois recebemos o ofício não só de municípios, mas recebemos também de pacientes de fora, de outras cidades circunvizinhas que não têm esse mesmo atendimento por lá.

Essa visão ampliada da competência das instituições jurídicas e dos entes da federação em matéria de saúde reforçou que os aspectos processuais ou procedimentais não devem ser superiores ao objetivo de efetivação do direito à saúde. Isto veio acompanhado de maior qualificação e estudo das instituições jurídicas a respeito de qual ente é responsável por determinada política e de maior capacitação e qualificação neste assunto. Conforme relata uma juíza:

A partir do momento que o juiz dá uma liminar e fala a competência diferente, ele quebra isso e fica mais difícil pro usuário. Todo mês é um sofrimento para esse usuário pegar o medicamento. A partir disso, nós começamos a ver que começou a mudar e paulatinamente eu vi a mudança até de cultura. Porque antes tinha uma cultura que vai no promotor ou defensor que o juiz defere. Todo mundo escutava isso. Até eu já deferi muito e defiro até hoje. Não vou falar que eu não defiro, mas hoje eu tento me pautar pelas políticas públicas. Agora, quando não tem política pública, a gente divide a competência ou vê qual deles é competente.

É interessante observar que, nos casos em que o réu é o Estado de Tocantins, o NAT que seria naturalmente ativado seria o NAT Estadual, que é situado na capital Palmas. Porém, isto já traria desafios de efetivação da saúde por conta da distância, dos trâmites burocráticos etc. Mesmo nestes casos, o NAT de Araguaína contribui com a informação e atua acompanhando e administrando a satisfação da demanda, conforme se observa no relato de uma funcionária:

[...] o paciente mora em Araguaína, ajuizou contra o estado, via Ministério Público o que seja, porque é um medicamento oncológico, de alto custo, mas ele é tratado aqui, se precisa de uma simples visita domiciliar o estado já não tem possibilidade de fazer. O NAT fica em Palmas e não existe esse contato direto com a população. Então aqui a gente acaba facilitando nesse sentido. A gente disponibiliza nossa equipe pra fazer uma visita domiciliar, para entender melhor qual é a necessidade emergencial do paciente, se é um paciente hipossuficiente, tudo que diz respeito a ele. Nós temos intensificado o diálogo com o NAT, mas nesse caso já é o próprio juiz, que estava com esse entendimento, e sabe que daqui eu respondo mais rápido, inclusive teve um que colocou isso no processo.

Para que esta experiência seja replicada em outra localidade, seriam precisos arranjos institucionais, compromissos e vontade política constituídos pelas diversas instituições jurídicas e políticas, similares aos encontrados atualmente em Araguaína. Isto contribuiu para um

ambiente fortemente colaborativo entre essas instituições e ampliou a efetividade das estratégias extrajudiciais, além de incrementar significativamente a imagem institucional do Judiciário no município. Segundo uma das coordenadoras do projeto na gestão municipal:

Aqui no Tocantins eu tenho visto um Judiciário muito atuante. Eu tenho visto que a lógica tem sido bem diferente de outras realidades que a gente já conheceu. Tive a oportunidade de visitar outras experiências, inclusive apresentando esse projeto, e a gente se depara com realidades muito distintas. Daqui a gente vê um magistrado que corre muito atrás de qualificação, que está muito sensível a essas questões de conhecer das realidades e limites de gestão, quanto conhecer melhor os programas de saúde, as políticas públicas existentes. Eu acho que isso é inovador e fundamental, muito mais abertos ao diálogo, extremamente acessíveis e nesse aspecto eu acho que ele acolhe sim, ele não acolhe o que não é devido. Eu acho que também é fundamental a gente ressaltar isso.

Isto não quer dizer, porém, que todas as experiências de atuação das instituições jurídicas em saúde sejam extrajudiciais. O que se observa, em verdade, é uma forte diminuição das ações judiciais neste assunto, mas não sua inexistência. Portanto, convivem no cenário de efetivação do direito à saúde de Araguaína as estratégias formais (judiciais) e informais (extrajudiciais), como será visto a seguir.

Estratégias formais e informais de efetivação da saúde

As estratégias formais e informais estão presentes em Araguaína. Porém, com o desenvolvimento desta experiência, observa-se progressiva transição das estratégias formais para as informais. Trata-se de uma mudança não somente nas instituições jurídicas e políticas, mas também uma mudança de cultura nos diversos atores envolvidos a respeito de como se deve efetivar o direito à saúde.

As formais são basicamente o processo judicial, que dispõe as partes em conflito em um modelo adversarial, cujo vencedor será consagrado a partir de uma sentença judicial. As estratégias informais são mais heterogêneas e variam desde um processo administrativo até um telefonema, *e-mail*, reunião ou visita de acompanhamento.

Começamos pelo informal. Em diversos relatos, observa-se uma preferência pelas estratégias informais tanto dos atores das instituições jurídicas quanto das políticas. Um exemplo disso é a fala de uma juíza:

Eu até tenho uma relação informal com o processo porque eu ligo muito para a coordenadora do NAT, eu tenho um bom relacionamento com eles. Acho que os outros juízes também têm e o que eu vejo hoje que me dá muita alegria é a satisfação dos juízes que eram resistentes com o NAT.

O fomento e desenvolvimento de estratégias mais informais foi possível por conta da vontade política dos atores políticos e jurídicos. O reconhecimento da abertura da gestão municipal ao projeto é constante na fala dos entrevistados, a exemplo da mesma juíza:

Eu não posso deixar nunca de falar que sem o município o projeto nem iria existir. Porque se o município tiver aceitação, ele não cria obstáculos, porque o maior beneficiado é o próprio município e também a população, não é o tribunal, esse teria um benefício com a diminuição do número de ações. Mas o beneficiado com certeza é o gestor, então quando ele acredita ele não te cria obstáculo, ele vai até o limite de orçamento dele.

Outros relatos do Judiciário e da gestão municipal reforçam a importância do diálogo institucional para que a experiência se desenvolvesse. Indo além, apresentam a importância do espaço do cotidiano como mobilizador de estratégias informais e simultaneamente concretas de efetivação da saúde. Ao serem indagados sobre os fatores que fizeram que esse projeto fosse possível, os entrevistados apontaram as estratégias informais, o comprometimento e o diálogo, conforme se observa nos relatos a seguir.

Olha, o comprometimento de quem está engajado, a crença na seriedade e a boa vontade. Eu sinceramente não vejo outra coisa porque não tem orçamento nenhum, nem do tribunal e nem do município. O município cede o que ele pode dentro do orçamento dele e remaneja. Eu que comecei com essa ideia vou e fico pedindo ao tribunal que estou tendo com essa presidência um grande apoio, mas seu orçamento é limitado e a corregedoria tem tentado, porque veja bem, a gente não tem nenhum mapeamento das ações. É acreditar que a saúde entrou nas nossas vidas, mas não acreditar que venha pra ficar. Ela entrou e a gente tinha que conseguir resolver o problema para ela voltar e não fazer dela um problema permanente. [...] Eu também não posso advogar a favor do município, do Estado. Se o Estado não vem e fala que o prazo venceu, se a parte não vem. Então, quando você tem um diálogo, você começa a perceber que tem falhas de gerenciamento no Executivo e no Judiciário, só que precisa de gente pra gerenciar. Agora, o importante disso tudo foi a interlocução. Você sabe que os próprios órgãos internos não conversam entre si. Secretaria é assim, esse aqui é do setor tal, do outro setor não sabe. Então você começa a exigir que uma diretoria converse com a outra, porque você pede coisas interligadas (juíza).

O grande desafio é quando se muda de gestão pra você sensibilizar o novo gestor que há um projeto interessante que funciona e que não é ruim para ele e que é bom. Às vezes ele enxerga que como está muito ligado ao Judiciário, às vezes ele pode enxergar como uma coisa ruim ao município que vai fazê-lo cumprir e outras coisas (juíza).

Nosso próprio gestor fala que tem sempre vontade de sair, que ele começou o primeiro mês com vontade de sair. No segundo, ele permaneceu com essa vontade e hoje ainda tem vontade de sair. No entanto, ele não consegue por compromisso. Ele é um gestor muito compromissado nesse sentido e acredite, eu acho que é isso que nos motiva. Você começa a acreditar que as coisas irão melhorar e os resultados que você vai alcançando te motivam a buscar mais formação, porque eu acho que a gente tem sempre que estar buscando novos conhecimentos (membro da gestão municipal).

É interessante notar que este espaço de diálogo não se constituiu apenas pela maior sensibilidade das instituições jurídicas em relação à gestão. O inverso também aconteceu. Um exemplo revelador foi a menção feita por uma das coordenadoras do projeto na gestão municipal a respeito das estratégias fomentadas pelo CNJ em matéria de saúde:

A judicialização crescente era o diagnóstico que se tinha na época. A demanda era altíssima para o município, onerando muito o orçamento público, dificultando o planejamento público dessas que eram ajuizadas muitas vezes sem um critério definido, sem considerar a política pública existente, sem analisar protocolos terapêuticos. Então era um caso realmente grave e era necessária uma intervenção. Eu acredito que foi um momento oportuno, além da demanda uma vontade política tanto do gestor da

época, pois é importante ter esse engajamento, essa vontade da gestão, de se fazer valer um projeto desse. Porque a gente sabe que demanda pessoal, demanda recursos físicos e financeiros de pessoal que a gente já sabe que são limitados. Essa é a realidade do Brasil inteiro, de uma gestão pública municipal, e ter um gestor que acredite e leve isso pra frente é muito positivo. Então é a vontade política contexto favorável de uma crescente judicialização e a orientação nacional já havia sido iniciada pelo CNJ depois da audiência pública e do supremo que eu acho que é fundamental que foi anterior inclusive a recomendação 31 e a constituição do comitê estadual. Então foram vários fatores que eu acho que somados contribuíram para que esse projeto fosse iniciado no seu tempo, em maio de 2011.

As características locais e específicas do contexto de Araguaína também contribuíram, é claro, para os arranjos institucionais que lá se constituíram. Diferente de grandes metrópoles, por exemplo, o tamanho de médio porte de Araguaína ainda permitiu uma prestação jurisdicional mais personalizada por parte das instituições jurídicas, que teve reflexos no NAT e na Ouvidoria.

Os relatos apontam o constante acesso de magistrados à Secretaria de Saúde e outros órgãos públicos, além da recorrente utilização dos telefonemas para a resolução de demandas. Uma juíza relata que “porque a cidade não é tão grande como uma capital, então a gente ligava pra eles explicando a situação de cada pessoa que necessitava pedindo que eles enviassem um médico caso fosse possível”. Com a estruturação do NAT e da Ouvidoria ao longo do tempo, isto só se intensificou. Exemplo disso é o caso relatado abaixo por um funcionário da Ouvidoria:

Outro dia um juiz ligou, e ele já tinha buscado, estava com uma demanda para definir um medicamento, um colírio, de alto custo antiangiogênico, que a gente chama, que tinha uma limitação específica, a indicação dele terapêutica estava na bula era para uma determinada patologia, pois o juiz estudou. Isso também é muito legal, a característica deles, eles são muito motivados e têm corrido muito atrás desse conhecimento. Ele já tinha estudado as resoluções da Anvisa, o registro do medicamento, tinha lido toda a bula desse colírio e aí liga pra cá, me ligou com o representante do NAT, dizendo: “Doutora, a senhora acha que o colírio tal para o determinado paciente não seria caracterizado como uso fora de bula? Porque eu vi uma resolução da Anvisa que fala que o uso fora de bula não é recomendado e eu tô vendo que o paciente tem retinopatia diabética, no entanto a prescrição do medicamento é para degeneração da mácula relativa a idade. Que que a senhora acha?” E aí, na hora, você se depara com uma situação nova e pensa: “doutor eu vou pesquisar”. Vou atrás de toda essa resolução, nisso ele já tinha estudado ela toda previamente por telefone, nem chegou oficialmente. Logo nós acionamos a nossa farmacêutica, passamos praticamente um dia nos debruçando no conhecimento desse novo medicamento e foi fundamental pra gente porque logo o mesmo médico que prescreveu pra esse paciente começou a prescrever para muitos outros pacientes com a mesma retinopatia diabética dizendo que só servia se fosse em três aplicações, injeções que são dadas, porque se não o paciente teria sua acuidade visual comprometida e falando toda a gravidade da urgência.

Nesse sentido, a efetivação informal da saúde em Araguaína tornou-se a principal estratégia das instituições jurídicas e políticas. Isto contribuiu decisivamente para a redução dos processos judiciais e para o estabelecimento de formas plurais e heterogêneas de efetivação do direito à saúde a partir do diálogo institucional. Como afirma uma das funcionárias do NAT sobre as instituições jurídicas: “hoje em dia eles tem essa preocupação. Desde que

estou aqui nunca vi chegar uma decisão que não foi consultada. Acho que isso acontecia antes de eu estar aqui, mas eu desconheço”.

Como já observado, no entanto, ainda existem ações judiciais que versam sobre saúde em Araguaína. Todo esse arranjo institucional se tornou a principal estratégia, mas não a única. O modelo adversarial do processo judicial também existe e, apesar da pouca recorrência, deve ser considerado na análise desta experiência.

Uma primeira observação em relação ao modelo adversarial, que diferencia Araguaína de outras experiências no Brasil, é a possibilidade de acompanhamento do cumprimento da decisão pelo NAT. Trata-se do “processo infinito”, como já foi discutido aqui. Assim como na atuação extrajudicial o NAT acompanha o cumprimento do acordo e também a pertinência da manutenção do fornecimento de serviços e insumos ao longo do tempo, isto também ocorre no processo judicial. O caso abaixo relatado por uma juíza é exemplificativo disso:

Um outro, que era tetraplégico, falou que não precisava das pomadas mais. Ele estava recebendo 25 tubos de uma pomada super cara. E o que acontece: eu comecei a dar nas minhas decisões que o medicamento, mesmo com sentença, tem prazo de oito meses com revisão de prescrição médica. Porque se não tiver revisão, perde o efeito. Nunca ninguém recorreu. Acontece que esse procedimento tem que ter o controle do poder público.

Com isto, a decisão judicial em Araguaína pode não ser necessariamente binária (tem direito ou não, é ilícito ou não etc.), pois é aberta a algum tipo de dosagem, gradação, nivelamento e acompanhamento a ser realizado pelo NAT. Isto não somente faz que o direito à saúde seja satisfeito de uma maneira mais personalizada, mas também evita o desperdício de esforços e de recursos públicos nos casos em que a demanda não é mais necessária. O relato de uma das principais funcionárias do NAT elucida como que, mesmo em um processo judicial, o diálogo institucional ainda ocorre:

Hoje, os juízes, inclusive em suas decisões, já acrescentam em uma liminar que ele defere e coloca a responsabilidade que seria do município e do estado e já ordena que o núcleo de apoio técnico de Araguaína seja oficiado e que mantenha ele informado do tramite desse processo. Então, qualquer dificuldade que ele tenha ele não recorre via procuradoria, não pede um assessor jurídico, ele quer saber daqui porque ele sabe que a gente tem esse contato direto com o paciente, diminuindo alguns atendimentos que eles faziam pra pacientes diretamente de lá.

O NAT de Araguaína desempenha papel judicial e extrajudicial e, em ambos os casos, existe espaço para o diálogo institucional e para o acompanhamento personalizado das decisões. O acompanhamento do NAT não ocorre somente em demandas contra o município, mas também contra o estado, o que revela a importância institucional deste órgão para Araguaína. Segundo um assessor jurídico do NAT, em muitos casos a decisão judicial é cumprida antes mesmo de o município ser notificado formalmente. É o que revela a afirmação que se segue:

O juiz em cima do parecer do NAT dá a decisão. Se for um medicamento de alta complexidade, ele encaminha direto pro estado. Se for uma baixa/média complexidade, ele encaminha para o município. Mas a ouvidoria já corre na frente pra tentar saber. Quando chega a decisão já praticamente resolveu. Às vezes se resolve o problema e automaticamente se comunica ao juiz no processo. Esse comunicado do juízo envolve a procuradoria, porque eu como assessor jurídico não tenho poderes para movimentar processo.

A rapidez na resolução do problema tem sido fundamental, inclusive nos casos de ações patrocinadas por advogados privados. Naquelas propostas pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública, que são bastante excepcionais, a busca pela solução administrativa já é a praxe. Alguns relatos apontam que os advogados privados também têm buscado soluções deste tipo antes de ingressar com a ação judicial. Ao ser indagada sobre como funciona o procedimento de uma demanda judicial em saúde, uma juíza informou que ocorre da seguinte forma, por exemplo, com a demanda de medicamentos:

Quando entrou, vem a inicial e eu olho quem entrou – promotor ou Defensoria. Primeiro eu vejo o laudo médico. Então quais são as mazelas de um juiz? A primeira coisa é a prescrição médica. Quando eu vejo que está faltando muita coisa, eu mando emendar. Mando devolver para o promotor ou defensor, porque eu quero aquela documentação. Aí eu vejo que já está mais ou menos razoável, faço um despacho e peço um parecer do NAT. Normalmente eu já faço um questionamento às coisas que me interessam saber, o pessoal digitaliza para o município, se for para o Estado, na hora que eu dou o questionário a coordenadora já é intimada na hora porque ela está lá dentro. [...] A gente digitaliza, manda e avisa aí eles fazem o parecer, normalmente, quando eles avisam que vão atrasar eu tenho que fazer visitas, mas eles me informam. Aí o que que acontece, quando vem aquelas coisas que existem prescrições médicas que a gente nem acredita, primeiro que eu não entendo nada que eles escrevem, eu mando tudo de volta com lei federal, código de ética, tudo que tem que ser enviado com letra legível. Quando eu não entendo a letra, agora estou mandando, não para o promotor, esse é outro que não tem estrutura pra gente, quando vejo que não é muito urgente eu mando via ofício para o médico me explicar. Percebi que esse método não estava tendo resultado, porque toda vez eu tinha que chamar o oficial e dizer que era pra ele correr e pedir para o médico responder porque era urgente. Assim eu passo a aplicar uma nova dinâmica: ou eu mando para o NAT eles retornam pra mim ou eu dou a liminar ou nego, dependendo da situação eu marco uma audiência para que o médico venha aqui prestar depoimento para ele esclarecer o juiz. Ele não é um perito, porque eu não nomeei ele como perícia. Como estamos falando de uma área técnica, eu chamo ele para me explicar o porquê que sistematicamente aqui o problema é medicamento fora da lista, porque ele deu aquele medicamento.

O problema da instrução do processo com laudos e prescrições médicas tem sido um grande desafio em Araguaína. Como o juiz é um profissional do direito que, em princípio, não tem conhecimento técnico sobre os termos, conceitos e técnicas próprias da saúde, observa-se uma tensão constante entre o saber jurídico e o saber médico na instrução de processos judiciais.

De todo modo, um dado interessante desse município é que os juízes passaram a formular um juízo mais crítico a respeito dos laudos e prescrições médicas, inclusive intimando eventualmente os médicos para prestarem esclarecimentos mais aprofundados ou para retificarem prescrições incompreensíveis. Toda essa preocupação é para que a prestação jurisdicional seja mais qualificada e, ao mesmo tempo, se evite o desperdício de dinheiro e de esforços, contribuindo para maior estabilidade das políticas de saúde. Observe-se o

relato de uma juíza sobre quando realiza a intimação dos médicos para prestar esclarecimentos em audiências:

As respostas são as mais interessantes possíveis, uma é porque ele estava no plantão de outro médico, viu a prescrição foi lá e prescreveu. O outro fala que não sabia nem o que é política pública, e como funcionário do SUS, a lei federal fala que ele tem obrigação de saber o que elas significam. Então, assim, eles acham que eles têm poder sobre a vida. E tem mesmo, mas de uma maneira assim: “Eu dou esse remédio e tem que ser”. Mas aí, interessante, que eu vejo bastante, até perguntei para o último que estava aqui: “Porque o senhor falou que ele está dependendo de sobreviver de um remédio que saiu faz só seis meses? E antes, ele ia morrer?”. Porque os remédios têm aquelas mutações de laboratório. Entrou um remédio novo eles prescrevem e falam assim é esse que vai. E os outros? Porque o SUS não tem uma regularidade de pacientes, é uma rotatividade. Então, às vezes, ele não fez tratamento demorado para dar um remédio que esteja na política pública. Mas ele nem chega a falar, por exemplo, que um medicamento que está prescrito na lista de medicamentos faz efeito porque ele nem prescreve. De primeira, ele já põe o mais caro. Por quê? O que está na lista não tem? Não serve? Usou? Aí eu pergunto isso para o médico e ele fala assim: “Não lembro, tenho que ver o paciente”. Eu respondo: “Não tem problema não, eu marco outra audiência pro senhor vir aqui se explicar. A gente vê que, na verdade, não há um cuidado dos médicos com as políticas públicas. Por quê? Porque pra eles dar remédios de vinte mil, de dez, de três ou de quinhentos reais é a mesma coisa. Só que a gente sabe que existem premiações de laboratório. Eu vejo que as prescrições daqui vem com remédios que a gente nunca ouviu falar. Agora, existem casos que precisa, mas esses são a exceção. Porém, estavam se tornando a regra. [...] Assim, eles dão trabalho pra mim, eu dou pra eles. Então, vai valer mesmo a prescrição que for real. Eu vejo que, de certa forma, no meu dia a dia, ela já foi mais estressante e uma outra coisa: eu marco audiências e vejo a realidade. Fiz nesses dias vinte audiências e, de vinte, só três usuários necessitavam da manutenção do medicamento. O resto não precisava mais. Quando eles vêm na frente do juiz, eles não têm coragem de mentir.

Não é difícil compreender o impacto que a atuação fiscalizadora desempenhada pelo Judiciário tem na prestação dos serviços de saúde. Não se trata de formalismo, mas do estabelecimento de estratégias e parâmetros que visem reduzir a possibilidade de injustiças na prestação jurisdicional. O efeito disso para a gestão de saúde também pode ser bastante positivo.

A respeito das ações judiciais em Araguaína, mais um comentário é importante: existe descumprimento de ações judiciais por parte do município? Sim, existe, mas não se trata da regra tampouco ocorre de maneira unilateral. Em Araguaína, mesmo o descumprimento de ações judiciais é incluído no diálogo institucional. Por vezes, o descumprimento ocorre porque não houve tempo suficiente para a compra urgente de determinado produto ou insumo. Em outros casos, o descumprimento ocorre porque o que foi pedido não tem padronização ou está disponível no rol de produtos, insumos e serviços do município no SUS, sendo de competência de outro ente da federação. Observe-se o relato de uma funcionária da Ouvidoria:

A gente tem que ter justificativas formais e plausíveis para esse descumprimento. É isso que a gente faz. A gente não está garantindo que é cumprido cem por cento dentro do prazo, mas a gente está dizendo que é cumprido cem por cento dentro do que é possível fazer no menor espaço de tempo possível, legalmente constituído processo licitatório não temos tido dispensa de licitação para compra de medicamentos. Tudo dentro dessa licitação que foi feita como nosso fornecedor. E quando temos problemas,

que algo ocorre nesse fornecimento, como eu falei o nosso papel é mantê-los informados. [...] Quando se descumpre é porque eram fora de competência. Demandou para o município um medicamento que não era padronizado, então a gente não tem condições de atender. Mais o que era da rede, o que era de nossa competência estabelecida formalmente, é nossa responsabilidade atender, e isso é feito.

Mesmo nos casos em que o município deve fornecer determinado produto ou insumo, o descumprimento pode ocorrer por conta de “entraves burocráticos de compras”, e não porque se opta por simplesmente descumprir. Diversos relatos apontam que as formalidades para a compra de produtos e insumos exigidas por lei podem aumentar a dificuldade de uma efetivação mais célere do direito à saúde. Tais formalidades existem para evitar o mal uso do dinheiro público, a corrupção e o favorecimento ilícito, mas mesmo assim podem ser desafios para os gestores. Os diversos relatos abaixo reforçam isso:

As barreiras são mais burocráticas hoje, mas a barreira burocrática a gente quebra só com a vontade. Às vezes é a demora de um processo, às vezes é uma demora de uma intimação que vem, de uma solicitação que vem, às vezes quando não vem por telefone que a gente atende por telefone, mas às vezes vem um documento que demora pra chegar aqui e notifica o secretário. Aí o assistido que vai procurar algum remédio, ou uma transferência ou uma outra coisa na Secretaria de Saúde, demora tempo e às vezes na saúde o tempo é o problema. Às vezes precisamos de uma solução imediata e a intimação por meio do ofício. Então isso demora e é a burocracia que atrapalha às vezes a própria pessoa que precisa de um medicamento com urgência ou uma transferência com urgência ou um tratamento em outra cidade em Palmas ou em outro estado (assessor jurídico do NAT).

Para comprimento de demandas judiciais é um setor de compras, que mesmo sendo de demandas judiciais, há uma certa morosidade, pois há outros fatores que implicam essa resolução. Se dependêssemos apenas disso e a ouvidoria dependesse apenas do núcleo, seria mais fácil, pois você tem a habilidade de resolver. Mas como dependemos de outro setor e cada setor tem sua particularidade, logo fica mais dificultoso. Às vezes nem sempre o que eu solicito chega em tempo hábil, às vezes demora e isso aí atrasa todo o processo. Então eu acho que a minha maior dificuldade é essa. A parte da logística mesmo (funcionária do NAT).

Outro fator que se junta a essa questão são os prazos. O juiz dá um prazo de 48 horas. Nem sempre o fornecedor tem o medicamento pronto para entrega ou às vezes o processo demora mais em um setor. Acredito que essas sejam as maiores dificuldades que temos, embora percebamos que melhoramos bastante em relação ao início e aos anos anteriores (funcionário da Ouvidoria).

O contexto de estratégias formais e informais de efetivação do direito à saúde em Araguaína buscou ampliar o diálogo entre as instituições jurídicas e políticas. Isto ocorreu por conta dos arranjos institucionais constituídos neste município e pela vontade política dos atores envolvidos, como será analisado a seguir.

Vontade política e Ouvidoria do SUS

Os relatos apontam que a vontade política de promover e intensificar o diálogo com as instituições jurídicas por parte da gestão ocorreu por conta de dois fatores principais: o impacto econômico e administrativo das decisões judiciais e a falta de apoio dos governos federal e estadual.

No primeiro caso, os relatos apontam que o cumprimento de decisões judiciais teria impacto significativo nas contas públicas, além de interferir negativamente no cotidiano da gestão. Conforme salienta uma das participantes da gestão municipal:

É muito caro cumprir medicamentos não padronizados, medicamentos que não estão com definições claras de competência quando não estão inseridos pela Conitec, que, então, foram reconhecidos e incorporados como nova tecnologia do SUS. Isso realmente dificulta bastante a gestão, principalmente municipal. Eu digo que ficam ainda mais comprometidas todas as atividades do planejamento que um gestor quer de fato que aconteçam por esse alto custo no cumprimento de decisão judicial. Com esses resultados, a gente diminuiu de modo significativo o custo com decisões, mas ele ainda é representativo.

No segundo caso, os relatos apontam que a integração sistêmica do SUS entre os três entes da federação ainda tem muitos desafios, que se traduziram, entre diversos aspectos, na dificuldade de Araguaína efetivar o direito à saúde. Conforme se observa no relato da mesma gestora:

Falta muito apoio federal, inclusive definir um apoio financeiro pra financiamento tanto no governo federal quanto no governo estadual. Precisamos unir forças nesse sentido, entender quais os limites do sistema, estabelecer critérios, melhorar protocolos terapêuticos nessa corrente para que a gente consiga diminuir o custo com o cumprimento de decisão judicial de medicamentos não padronizados.

Em razão desses fatores, buscou-se promover uma mudança e mentalidade nos membros da gestão e uma transformação na cultura institucional de efetivação do direito à saúde. Como visto, as duas principais estruturas criadas foram o NAT, que já foi analisado, e a Ouvidoria. Conforme aponta uma das funcionárias, a “Ouvidoria nasceu olhando pro concreto”. Nesse sentido, para sua criação foi feita uma análise prévia dos problemas que o município enfrentava, que foi acompanhada de um diagnóstico situacional. Com isso, aqueles que participaram da criação da Ouvidoria puderam conhecer a rede de saúde, os problemas estruturais que havia no SUS, os problemas federativos com a União e o estado etc. Isto permitiu desenvolver um plano de ação concreto para a criação de desenvolvimento deste órgão. Não é por acaso que a Ouvidoria e o NAT nasceram juntos e foram concebidos para trabalharem juntos. Como afirma um funcionário da Ouvidoria:

A ouvidoria do SUS e NAT é uma junção que está dando certo. Parece complicado às vezes quando falamos e as pessoas até perguntam: “Como irão unir a ouvidoria com outro setor?”. Esses dois setores interagem. As questões que nos dão suporte, que é o que eu particularmente acho importante em uma gestão, que se mostra dedicado e comprometido, pois vemos que a ouvidoria ainda não é algo exigido em todos os municípios, mas que pra alguns gestores, é uma ameaça.

Vale dizer que, assim como o NAT, a Ouvidoria passou a exercer funções maiores do que as habituais de outros municípios, o que conferiu também papel relevante deste órgão na efetivação da saúde. No caso de Araguaína, a Ouvidoria não serviu apenas como receptora de reclamações, sugestões e elogios, mas também exerceu papel proativo na efetivação do direito à saúde. É comum nos relatos a utilização da palavra “mediação” para se referir

à principal função desempenhada pela Ouvidoria no município. Os relatos abaixo reforçam esta perspectiva:

A ouvidoria, no conceito clássico dela, ela tem um trabalho de mediação. O Ministério da Saúde preconiza uma ouvidoria que acolhe a demanda do usuário, presta uma informação em saúde que é importante e tem como papel democratizar a informação em saúde e também como papel de ferramenta de gestão para o SUS local. Como o trabalho foi criado de uma forma muito integrada à Ouvidoria e o Núcleo de Apoio Técnico, aproveitamos o trabalho da ouvidoria clássica e atendemos a todo tipo de usuário que necessita de exames, solicitação de medicamentos, precisa de orientação de um fluxo da rede, que saber se a competência é do município ou do Estado, se um medicamento é contemplado na rede ou não, se ele é padronizado, se é do município ou se é do Estado, se ele está em nossa farmácia municipal ou se está na farmácia do Estado especializado (membro da gestão municipal).

A ouvidoria do SUS, eu costumo dizer que é o canal de comunicação e acesso a democracia, pois ela traz o cidadão a participar da gestão do SUS. Então costumo dizer também que é uma casa de portas abertas onde o usuário pode vir e ele será ouvido. Aqui registramos as solicitações, reclamações, denúncias, elogios e informação. Estou na coordenação da ouvidoria do SUS desde outubro de 2013, temos uma equipe composta hoje de cinco profissionais, que são: Assistente administrativo, assistente social, enfermeira e uma farmacêutica, tirando eu mesmo, é claro. Os citados também compõem o NAT (funcionário da Ouvidoria).

Um dos fatores de sucesso da Ouvidoria pode ser sua relação umbilical com o NAT, que se espelha não somente no compartilhamento comum de ações e estratégias, mas também no compartilhamento de funcionários e na integração com as instituições políticas e jurídicas. Outro fator importante é que toda demanda de saúde pleiteada ao município, seja administrativa, seja judicialmente, é concebida como uma demanda de Ouvidoria e que deve ter sua participação. O relato a seguir, de uma funcionária da Ouvidoria, reforça esta ideia:

Eu sempre me pergunto qual é a diferença do pedido que chegou via ofício da Defensoria do mesmo medicamento que o paciente poderia ter procurado a gente administrativamente. Então eu reconheço isso como uma demanda da ouvidoria. A diferença é a origem da demanda, que em uma ouvidoria clássica ela não tem acolhido, a gente não conhece outras experiências no Brasil, que tenha acolhido e tratado como demanda da ouvidoria uma demanda proveniente da Defensoria e do Ministério Público diretamente. Então nós nos utilizamos da logística e da organização do núcleo de apoio técnico em parceria com a ouvidoria para responder o cidadão de uma forma mais ágil. [...] Então, assim, hoje nós temos bastante claro o limite de competências. São dois setores distintos que atuam de forma complementar e que se potencializam. Na prática, nós sabemos que fisicamente as salas são divididas – o atendimento da ouvidoria, do núcleo de apoio técnico à dispensação do medicamento -, e os profissionais que atuam nos dois projetos compreendem a importância de se trabalhar integrado. Então para a gente é muito tranquilo. Não fica na nossa cabeça essa divisão de tratar diferente a demanda do que chegou porque é da Defensoria ou tratar diferente o paciente que chegou pra gente em um atendimento presencial, e que muitas vezes não procurou porque desconhece, não sabe aonde procurar, é desconhecedor dos seus direitos. Então a gente tem esse papel de prestar essa orientação devida via ouvidoria e o NAT já é finalístico. O NAT entra quando a demanda já chegou na Defensoria, no ministério público ou quando já foi ajuizada.

A integração entre o NAT e a Ouvidoria foi um dos pontos mais ressaltados nos relatos como relevantes para explicar a inovação da experiência de Araguaína. Os relatos do Judiciário ou da gestão apontam que o trabalho compartilhado e integrado entre estes órgãos permitiu

maior dinamismo na efetivação da saúde e, ao mesmo tempo, trouxe novas formas de conceber a atuação extrajudicial de todos os atores. São exemplos disso os relatos abaixo:

Pra mim é o grande diferencial que nós temos aqui em Araguaína, porque é uma ouvidoria do SUS que tem os reclamos de ouvir a população assistida pela rede pública. Com o NAT, passou-se a resolver grande parte da demanda inclusive a que estava reprimida (juiz).

Esse fato do NAT ter um diferencial é porque ele está bastante consolidado na ouvidoria, trabalhando junto com a ouvidoria do SUS. Por exemplo, chega um paciente com uma questão bem específica de requerer um insumo que não é padronizado pelo SUS, passa por um atendimento. Dali ele já deve ser fornecido ao usuário, então levam essas questões da ouvidoria ao NAT. Pedimos informações da condição financeira do paciente e de outras questões inerentes por meio de uma visita da assistente social. Não só por meio dela, mas também levando todos os recursos ao paciente para uma análise situacional dele. Uma outra relação que temos é com o medicamento. Às vezes o paciente não recebe informação concreta sobre o medicamento, se ele está contemplado no SUS ou não, então no atendimento espontâneo como temos uma farmacêutica no NAT. Então fazemos um registro mais simples, não deixamos de registrar a demanda que é importante para nós o dado em si, mas ao invés do paciente receber uma resposta nos prazos estipulados pela ouvidoria do SUS, que seria de 15 a 30 dias, ele vai receber aqui essa informação no momento. Daí fazemos uma consulta e já o orientamos se o medicamento está contemplado pelo SUS, se está contemplado no componente básico ou no componente estratégico. Às vezes ligamos pra assistência farmacêutica do paciente ou estadual e para verificar se o medicamento está disponível. Se o medicamento não é contemplado, especificamos ao paciente que o SUS preconiza os medicamentos por meio da RENAME e RENAME. Outra questão também: o paciente que chega na ouvidoria pra receber um aparelho auditivo e às vezes não recebe essa informação. Nós informamos aos casos específicos e a assistente social orienta o fluxo de forma satisfatória. Nós passamos boa parte de nosso tempo aqui na ouvidoria prestando mais informações do que registrando solicitações e outras tarefas. No NAT também quando vamos responder a um parecer, por exemplo, não gostamos de dizer apenas que é de competência estadual. Agora mesmo uma pessoa da regulação do estado me ligou, na verdade estou com problema no Ministério Público um auxílio que tentamos fornecer. Hoje já temos uma boa relação da rede estadual e a municipal. Temos um problema aqui de contato com a central de regulação do estado, com a assistência farmacêutica estadual, com o setor de alimentação e nutrição que fica em pauta que é responsabilidade da secretaria de estado. Então buscamos indicar onde é o endereço, indicando a competência, mas indicando também os nossos contatos que possam realmente auxiliar o paciente. Seria muito fácil para nós receber um requerimento desse procedimento se está preconizado, mas sempre buscamos quando não se tem o medicamento. Às vezes o nosso médico da rede preenche, mas fala que o medicamento não está contemplado no SUS, mas existe outro contemplado na rede municipal e estadual que se busca sempre além essa informação adicional (funcionário da Ouvidoria).

É importante observar que, assim como acontece no NAT, a Ouvidoria recebe cotidianamente as instituições jurídicas. É comum que os juizes, defensores e promotores ativem a Ouvidoria para demandas que lhes são submetidas, o que reforça a relevância institucional deste órgão. Assim como o NAT e a Ouvidoria são ressignificados pela presença cotidiana das instituições jurídicas, elas também o são por esses órgãos.

Temos tipo um apoio fundamental de todos eles, esses que vocês vão visitar estão diretamente. Mas inclusive temos outros que já atuaram no projeto e que não dá tempo de vocês visitarem todos ao mesmo tempo. Fundamentalmente temos apoio desses juizes das varas de fazenda pública, juizado da infância e juventude daqui de Araguaína, Defensoria e Ministério Público. Desses realmente eu tenho visto um desejo muito grande de fazer acontecer, de correr atrás e de se qualificar e dar mais

trabalho para a gente, muito mais. Mas para a gente é muito prazeroso, a gente gosta assim (membro da gestão municipal).

Estamos tentando mudar essa atuação do Ministério Público. A gente já traçou reuniões periódicas com o Ministério Público. Ao invés dele mandar um monte de ofícios, a gente monta de 15 em 15 dias. Ele junta a demanda, passa um relatório para a gente do que ele tem de demanda, a gente monta uma equipe com superintendentes da secretaria, com secretário, com assistente jurídico e vai pra reunião lá e se dá uma solução lá mesmo e também se estreita o relacionamento e se agiliza o processo. Isso evita as demandas coletivas e individuais e esclarece alguns pontos no Ministério Público que tem dúvidas do que está acontecendo, de todo o processo (assessor jurídico do NAT).

Nesse sentido, as interações entre o NAT e a Ouvidoria, de um lado, e a gestão e as instituições jurídicas, de outro, fortaleceram o diálogo institucional sólido na efetivação do direito à saúde em Araguaína.

4.1.4. Fatores da experiência e resultados alcançados

Os dados abaixo apresentam alguns elementos quantitativos a respeito do NAT e da Ouvidoria em Araguaína entre os anos 2011 e 2013. As fontes dos dados foram os ofícios encaminhados pelo Ministério Público, Defensoria Pública e Judiciário, por meio de solicitações e determinações de ações de serviços a serem prestados pela gestão municipal, e o mapeamento das ações ajuizadas em Araguaína, assim como as demandas espontâneas registradas na Ouvidoria.

O NAT recebeu da Defensoria Pública e do Ministério Público Estadual 249 demandas no ano de 2011, sendo 82 demandas encaminhadas pela Defensoria e 167 pelo Ministério Público (tabela 1).

Tabela 1 - Evolução do atendimento de 2011 a 2013

Administrativos	2011*		2013*		Variação
Defensoria Pública	82	33%	45	38%	-45%
Ministério público	167	67%	74	62%	-56%
Total	249	100%	119	100%	-52%
Judicializados	40	16%	21	18%	-48%

Fonte: Ouvidoria – SUS – Prefeitura de Araguaína/TO.

A análise comparativa de 2011 a 2013 revela o decréscimo relevante de demandas, com redução de 45% no total de demandas apresentadas pela Defensoria Pública e de 56% nas demandas provenientes do Ministério Público. Esta redução foi potencialmente motivada

pelo fato de essas instituições passarem a orientar os usuários a procurar previamente a via administrativa da Ouvidoria. Na tabela 2, observa-se que no ano de 2013 houve aumento de 153% na demanda em relação ao período de 2011 na Ouvidoria. Isto fez que a Ouvidoria se tornasse um órgão relevante na efetivação extrajudicial da saúde no município.

É importante destacar o decréscimo de 48% de demandas judicializadas em 2013 em relação a 2011. Em 2011, foram judicializadas 40 demandas, o que representou 9% do total de demandas solicitadas no período, enquanto em 2013 houve apenas 21 demandas, representando somente 4% em relação ao total de demandas solicitadas. Isto reforça a resolutividade do NAT.

Tabela 2 - Comparativo dos requerimentos solicitados em 2011/2013

Administrativos	2011*		2013*		Variação
Ouvidoria do SUS (Espontâneas)	189	43%	479	80%	153%
Defensoria Pública	82	19%	45	8%	- 45%
Ministério Público	167	38%	74	12%	- 56%
Total	438	100%	598	100%	37%
Judicializados	40	9%	21	4%	- 48%

Fonte: Ouvidoria – SUS – Prefeitura de Araguaína/TO.

A tabela 3 evidencia a quantidade de ofícios solicitados, os processos judicializados e a resolutividade administrativa. Observa-se expressiva resolução administrativa nos procedimentos encaminhados pela Defensoria Pública (95,56%) e pelo Ministério Público (82,43%). Isto revela a redução da judicialização em saúde em Araguaína desde a criação do NAT e da Ouvidoria.

Observa-se, ainda, que a maioria das 119 demandas encaminhadas pela Defensoria e Ministério Público no primeiro semestre de 2013 foi solucionada administrativamente pelo NAT, com a participação interativa da Ouvidoria, que fez o trabalho de recepção e encaminhamento das demandas para os setores responsáveis. Dessas demandas, apenas 15 casos foram ajuizados, por se tratar de situações que excediam a competência de gestão da rede municipal do SUS, ou de requerimentos de procedimentos não padronizados pelo SUS. Observa-se, ainda, a judicialização de seis demandas em que não houve consulta prévia do NAT.

Tabela 3. Demandas, janeiro-junho 2013

Origem	Ofícios recebidos e respondidos administrativamente	Processos Judicializados		Resolutividade administrativa
Defensoria Pública	45	2	4,44%	95,56%
Ministério Público	74	13	17,57%	82,43%
Ações Judiciais sem prévia consulta ao NAT	-	6	-	-
Total	119	21	17,65%	

Fonte: Núcleo de Apoio Técnico e Judiciário.

Assim, é possível destacar os seguintes fatores de inovação da experiência de Araguaína:

- » Criação de uma equipe que, além de emitir pareceres técnicos, que informam sobre todas as especificações, relata a existência ou não de políticas públicas ou sobre diretrizes terapêuticas, e da previsão de substituição de medicamento ou serviços, a posologia, duração do tratamento.
- » Proatividade da Ouvidoria, que atua não somente como uma rede de recepção – como originariamente é constituída –, mas também com a função de encaminhamento resolutivo às instituições políticas e jurídicas.
- » Integração entre o NAT e a Ouvidoria, atuando em uma perspectiva resolutiva administrativa, evitando a judicialização ou, quando ajuizada a ação, emitindo parecer potencializando os resultados e fomentando o diálogo entre as instituições políticas e jurídicas, e até com a população, mediante o contato direto com os usuários e visitas domiciliares.
- » A constituição do NAT e da Ouvidoria como ferramentas de gestão, subsidiando os gestores locais na proposição de ajuste e na formulação e/ou implementação de novas políticas de saúde no seu âmbito de atuação, apresentando um mapeamento das deficiências nas políticas de saúde municipais e integrando as instituições jurídicas.
- » A vontade política e o diálogo institucional potencializaram a organização de fluxos de atendimento aos usuários, a disseminação de informações sobre o direito à saúde e sobre o funcionamento dos programas de saúde locais, e a própria efetivação do direito à saúde judicial e extrajudicialmente a partir do diálogo institucional.

4.2. Lages/SC

4.2.1. Apresentação

A cidade de Lages situa-se no estado de Santa Catarina e compõe um conjunto de municípios da serra catarinense. Os municípios da região enfrentam desafios de estruturação do sistema de saúde, especialmente porque estão distantes da capital Florianópolis, e também porque seus recursos são frequentemente desafiados para o fornecimento de serviços e insumos.

A articulação com o governo estadual e federal também enfrenta desafios. Por questões políticas, a região enfrentou problemas de financiamento e de repasse de recursos, o que ensejou a necessidade de criar mecanismos jurídico-institucionais para melhor estruturação dos sistemas de saúde municipais da região. Por exemplo, destaca-se a criação, em 1997, de um consórcio intermunicipal que englobou 25 municípios e que existe até hoje. Entre suas vantagens, o consórcio possibilitou compensar as deficiências de saúde e, principalmente, serviu como mecanismo de compra e fornecimento de serviços, produtos e insumos de maneira compartilhada, o que desonerou bastante os municípios, pois antes tinham que atuar isoladamente.

Do consórcio veio, em 2008, a assinatura de um Termo de Cooperação Técnica com o Judiciário, com o objetivo de estabelecer estratégias conjuntas de efetivação da saúde. Buscou-se, então, definir uma rotina de procedimentos para os processos judiciais referentes às prestações de saúde. Verificada a deficiência de estrutura de pessoal nos municípios, inclusive técnica e financeira, os atores políticos e jurídicos empreenderam diversas ações com o objetivo de definir critérios uniformes a serem aplicados na concessão de medicamentos e melhorar o gerenciamento do fornecimento dos medicamentos judiciais. Isso possibilitou o melhor atendimento aos usuários do SUS e ganhos operacionais aos municípios, por meio de diversas medidas implementadas de forma integrada.

Vale dizer que o consórcio intermunicipal foi decisivo para oferecer as bases institucionais desta experiência. Com o consórcio, ficou claro que os municípios isoladamente não poderiam lidar com todos os desafios de efetivação da saúde. Daí a importância de se estabelecer, desde o início, um espaço de diálogo entre eles. O diálogo institucional entre os municípios veio antes da própria atuação do Judiciário e foi o “elemento motor” de sua incorporação posterior.

A experiência do consórcio intermunicipal encontrou, ao longo do tempo, outra experiência de efetivação do direito à saúde, que se desenvolveu principalmente em Lages e contou com a participação direta do Judiciário: o Núcleo de Conciliação de Medicamentos. Este foi instituído em 2012, com o objetivo de proporcionar uma alternativa ao modelo adversarial da judicialização. Entre suas finalidades, destaca-se a busca por atender com efetividade e eficácia as solicitações de medicamentos pelos usuários do SUS ainda não judicializadas, que é realizada por meio de uma central de conciliação pré-processual. O Núcleo funciona em um espaço cedido pela prefeitura de Lages e, a partir da equipe multidisciplinar, busca servir também como órgão consultivo e deliberativo sobre a adequação técnica da dispensação de medicamentos fornecidos pelo SUS, além da promoção do uso apropriado dos mesmos. Nesse sentido, o Núcleo também exerce papel pedagógico de esclarecer os usuários acerca dos seus direitos, e papel mediador de resolução administrativa.

Inicialmente pensado para lidar com a judicialização dos medicamentos, o Núcleo tem atualmente uma função ainda mais ampla – especialmente no caso de tratamentos e próteses – e representa o diálogo e a colaboração constantes entre o Executivo e o Judiciário em matéria de saúde. Conta com uma equipe multidisciplinar para o atendimento de demandas, que busca não somente oferecer um parecer sobre a pertinência, existência do medicamento na lista etc., mas também fazer a mediação dos conflitos.

A relação cotidiana que foi estabelecida entre os atores políticos e jurídicos fez que Lages pudesse desenvolver novos patamares e estratégias de efetivação do direito à saúde que passassem pelo diálogo institucional. O resultado é a construção extrajudicial – a partir do Consórcio e do Núcleo – de diversas políticas públicas com a sinergia cotidiana entre o Executivo e o Judiciário. A aproximação entre a Secretaria de Saúde de Lages e o juiz coordenador do projeto ocorreu de maneira muito pessoal em um primeiro momento, mas o diálogo institucional implementado em mais de dez anos de pactuação permitiu que fosse criado um espaço de gestão compartilhada decisivo para a saúde no município. Atualmente, a experiência já conta com uma pluralidade de atores políticos e jurídicos.

Apesar de o consórcio intermunicipal ser a base dessa experiência, é possível afirmar que, em Lages, a influência pessoal e institucional do juiz coordenador do projeto também é decisiva. Como será observado, é muito comum nos relatos a menção aos méritos desse magistrado na abertura deste Poder ao diálogo institucional e, da parte do Judiciário, é comum observar elogios ao comprometimento da gestão municipal com o projeto. Desse modo, como será visto, a experiência de Lages se concentrou em três grandes estratégias institucionais de efetivação do direito à saúde: uniformizar procedimentos e protocolos, prevenir conflitos e problemas no sistema de saúde e realizar a mediação de conflitos existentes.

4.2.2. Compreensão dos atores

A experiência de Lages tem algumas concepções construídas pelos atores políticos e jurídicos que foram fundamentais para seu desenvolvimento. Tais concepções foram decisivas para as ações que esses atores adotaram no estabelecimento compartilhado de estratégias de efetivação do direito à saúde. Portanto, é possível elencar as duas principais: a) uma visão ampliada do direito à saúde, que reforçou o caráter humano deste direito e uma visão crítica da ideia de pessoas como números; e b) a busca de uma capacitação compartilhada de experiências entre os atores políticos e jurídicos.

Defesa humana da saúde

Os entrevistados apresentaram uma visão ampliada do que significa o direito à saúde e qual é a responsabilidade de cada um na sua efetivação. No caso dos atores políticos, por exemplo, foi bastante comum a associação da saúde a um conjunto de fatores que não dizem respeito somente ao fornecimento de insumos, produtos e serviços. Esta concepção passou a ser referência para a compreensão de seu próprio papel (como gestão), pois este ainda não seria representativo de todas as potencialidades que o direito à saúde apresenta. Trata-se de uma concepção, inclusive, compartilhada pelo Judiciário local. O relato de uma participante da gestão municipal na parte de fornecimento de medicamentos é característico desta concepção:

Acho que o direito à saúde é você ter uma necessidade ou querer prevenir, porque a gente também tem que trabalhar com a prevenção e não com a doença. A gente quer que as pessoas tenham saúde para não ficarem doentes e não tomarem remédios. Eu acho que a pessoa que ocasionalmente precisar, ela chega aqui e ter uma qualidade de atendimento desde aqui até o pronto socorro ou na unidade de saúde, ser bem atendida pelo médico e ouvida e se ela precisar de um exame ou medicamento. Que as coisas aconteçam e que tenha disponibilizado, que a pessoa não fique em uma fila de um exame por dois ou três meses, até mais às vezes nós sabemos e é um conjunto de coisas. Para a pessoa ter saúde tem de ter boa alimentação, tem de ter condições mínimas sanitárias. É um conjunto de coisas.

É muito comum observar que na judicialização da saúde predominam demandas de cura, tais como o fornecimento de medicamentos ou a disponibilização de tratamentos. Porém, a concepção ampliada de saúde apresentada pelos atores políticos e jurídicos de Lages orientou sua atuação também no sentido da prevenção. Assim, como será visto posteriormente, a atuação desses atores não se restringiu ao mero oferecimento de insumos, produtos ou serviços. Com o tempo, a afinidade política entre esses atores permitiu que em Lages fosse constituída uma rotina de efetivação do direito à saúde fortemente interdisciplinar e baseada em projetos, tais como o “Pai Responsável” e o “Xô, Xixi”, projetos desenvolvidos em parceria e construídos a partir do diálogo institucional.

A concepção ampliada de saúde permitiu desenvolver estratégias judiciais e extrajudiciais decisivas para o desenvolvimento dessa experiência. Se a saúde não é concebida somente como ausência de doença, a atuação dos atores políticos e jurídicos não poderia se restringir ao combate de doenças, mas também ao aprimoramento da qualidade de vida das pessoas. Trata-se de uma preocupação comum nos relatos, a exemplo dos abaixo:

Acho que pra ter direito à saúde basta ser humano. Todo ser humano tem direito à saúde, ao básico, na vida a saúde é a base para ele sobreviver, ser feliz, é a base para todo o restante das coisas da vida. Direito a um medicamento, direito a um atendimento médico em um ambiente saudável. À uma cidade limpa, infraestrutura, é ter direito a tudo isso (farmacêutica do Núcleo).

Ele tem que comer menos sal, ele tem de fazer atividade física, ou seja, uma dieta mais cuidadosa. De nada adianta eu dar consulta, remédio se ele não der contrapartida. Então, como nós fornecemos as academias, os grupos de caminhada, o grupo de apoio à família. Este grupo nós tínhamos implantado no município e se começou a exigir também que para ele ter direito a acessar aquelas medicações. Ele teria que participar dos grupos, frequentar os grupos de atividade, comprovar que ele estava aderindo a parte dele no processo, porque senão não adianta eu dar medicamento e dar consulta e o cara ficar em volta do fogão à lenha comendo revirado de feijão, torresminho, que são coisas características aqui da nossa região que ele vai ficar descompensado muito frequentemente. Então se começou a colocar isso nas decisões que ele deveria frequentar os grupos que foi um grande avanço, também consequência do início desse trabalho (ex-secretário de Saúde).

Essa concepção ampla de saúde se encontra ancorada em uma certa proatividade dos atores políticos e jurídicos de Lages, e permitiu que desenvolvessem diversas estratégias judiciais de prevenção e promoção da saúde.

Ao partir desta concepção ampliada, um juiz defende que sua atuação na efetivação do direito à saúde “tem que ser diferente”, não somente porque a saúde não se efetiva “com caneta”, mas principalmente a partir do diálogo institucional, da pactuação com os gestores e com o estabelecimento de diversas estratégias extrajudiciais. Nesse sentido, seriam exigidas outras competências e habilidades ao Judiciário que vão além da passividade institucional. A ideia de aguardar a existência do conflito para agir se transformou em um maior ativismo que, quando encontrou a visão ampliada de saúde, permitiu a potencialização de esforços na garantia deste direito.

É interessante observar que a experiência de Lages encontra divergências na própria forma que os magistrados são considerados como produtivos ou improdutivos. Uma crítica comum observada nos relatos do Judiciário é que a mensuração da produtividade do magistrado pelo número de sentenças pode construir uma visão bastante reduzida dos limites e possibilidades de atuação de um juiz na efetivação do direito à saúde. É por isso que “na saúde é diferente”. Como afirma um juiz:

Isso tem contribuído para que o Judiciário não tenha dado que seja um paradoxo. Por um lado, você busca conciliação, busca criar inserção do juiz na comunidade, mas, por outro lado, ele tem que produzir. Nós somos jogadores normais. Pelé teve um. O Pelé batia com a direita e com a esquerda, fazia gol de

cabeça. Nós, humanos normais, a gente só sabe bater de um jeito. De acordo com um amigo meu, você tem de ter dupla personalidade. Por isso que eu vejo como é importante esse meu exemplo, porque daí muitos colegas meus pensam que se aconteceu isso comigo, imagina com eles. Eles têm alguém pra comparar para ver até onde e o que eles podem fazer.

O paradoxo entre o modelo de mensuração e a realidade da atuação do Judiciário em saúde aparece bastante no relato. Inclusive, os relatos sugerem que sejam criadas novas formas de se mensurar a atuação de um magistrado. Assim como a saúde não pode ser pensada como ausência de doença, a atuação do Judiciário não poderia ser concebida somente a partir do modelo adversarial do processo judicial.

Um juiz ainda relata que, em matéria de saúde, deve-se buscar superar o modelo adversarial e estabelecer uma nova forma de atuação “menos formalista” e “mais comprometida com o caso concreto”. Apesar de não ser citado diretamente, observa-se uma preocupação em realizar um tratamento adequado do conflito em saúde. É o exemplo do relato abaixo:

Eu não sou muito formalista. Quando a pessoa traz o problema para o Judiciário, você tem que se comprometer com uma solução. Eu me comprometo com os meus processos. Porque cada processo desse vai ter um cidadão que bateu em todas as portas possíveis. E ele sabe que aqui é um calvário... e se a gente não minimizar isso. O CNJ tem um papel muito importante em promover um juiz mais proativo nesse processo, mas que ao mesmo tempo ele possa dar conta das demandas dele. Eu faço estatística, eu trabalho com qualidade desde 1994. O CNJ tá trabalhando com qualidade há cinco anos. E hoje o instrutor do Sebrae que me possibilitou esse conhecimento, nós fomos companheiros em um grupo. Eu penso que essa questão de você ter meta, de você ter estatística é muito importante. Eu convivo com isso há muitos anos. Nesse programa de modernização, eu tomo as decisões a partir de indicadores numéricos, de quantidades. A gente precisa entender de números para poder chegar. O meio é a estatística, não o fim. Ela tem que ser o meio. Eu tenho que ter essa articulação pra fazer o programa.

Esta crítica à valorização exacerbada da estatística tem um fundamento importante para a saúde: a necessidade de humanizar a efetivação desse direito. Partindo da concepção ampliada de saúde e da insuficiência do modelo adversarial de efetivação, os atores políticos e jurídicos de Lages apresentam a preocupação em fazer uma “defesa humana do direito à saúde”.

A defesa se caracterizaria por uma abertura radical das instituições jurídicas e políticas à sociedade civil e uma preocupação em construir o direito à saúde a partir de projetos e práticas concretas, que são construídos no cotidiano dos atores. Nos relatos apresentados, a atuação extrajudicial em matéria de saúde possibilitaria maior humanização desse direito. Por exemplo:

Tem outros programas que eu fui desenvolvendo pra eu não ficar só no processo judicial. Quando eu fui trabalhar com a questão das demandas de saúde, eu já tinha uma concepção de como nós deveríamos estar trabalhando para você conseguir humanizar esse processo. Essa é uma luta diária. Porque o seu funcionário ele olha para o processo. Ele não olha nos olhos do paciente. Eu faço essa associação muito forte com as pessoas que trabalham comigo. Eu promovo uma dança das cadeiras constantemente e

eles não entendem, eles acham que eu tô punindo, mas não é. Se eu quero tratar com humanidade o cidadão que tá vindo ali e eu deixar muito tempo ele ali, esse meu funcionário, ele não vai olhar pra ti. Ele pode olhar até pra ti, mas vai ver um número, uma etiqueta. Antes eu determinava o que tinha que ser feito, agora como o pessoal tá maduro, isso tem que partir deles. Antes eu era o chefe, porque partia daqui pra lá. Eu mandava e comandava. Eu dizia como tinha que ser feito. Nós chegamos em um ponto tal de amadurecimento que agora deu. Agora tem que ser ao contrário. Você modifica pra melhor essa relação. [...] Quando eu envolvo as pessoas eu penso que eu sou mortal, eu penso que eu posso ir embora, então eu não posso deixar mal essas pessoas. Porque elas vêm, começam a participar e daqui a pouco aquilo desaparece delas. Eu vou junto, faço parte, mas procuro não me tornar indispensável porque não é bom pro projeto (juiz).

O motivo é esse. Que o judiciário também vai começar a perceber o cidadão como pessoa, não só como um cidadão, um número lá que tem direito, e aliás não olha também o dever, que é uma coisa importante. E também verificar mesmo que é urgente, que se é saúde é urgente. Todos são, mas dar celeridade nesse processo. Ver a questão técnica. Isso é um trabalho que felizmente o tribunal já tá vendo isso, o Conselho Nacional mais ainda (gestora do consórcio).

Desses relatos emergem três concepções importantes. A primeira é que a relação entre as instituições jurídicas e políticas e os cidadãos deve se pautar pela valorização da humanização. A segunda, decorrente da primeira, é a afirmação da ideia de que as pessoas são pessoas, e não números. Nesse sentido, não poderiam ser vistas como meras estatísticas de políticas públicas ou como um processo judicial. Por fim, a terceira é a busca pelo diálogo institucional entre os atores políticos e jurídicos, para permitir um aprofundamento da efetivação do direito à saúde.

As concepções ampliadas de saúde apresentadas pelos diversos atores políticos e sociais contribuíram, assim, para o estabelecimento de estratégias de efetivação deste direito baseadas na gestão compartilhada. Como será visto, isto não isentou esses atores de diversos desafios, mas contribuiu para a criação de sinergias e ações em comum.

Mútua capacitação

Um dos principais desafios à atuação das instituições jurídicas na saúde diz respeito a seu desconhecimento técnico em relação aos assuntos específicos da saúde. A faculdade de Direito não é uma faculdade de saúde, então é comum que os profissionais do Direito não tenham qualquer conhecimento a respeito da estruturação do SUS, da Rename etc. Como o mundo da saúde tem várias especificidades e se situa em uma interseção de saberes, trata-se de um desafio permanente para os atores jurídicos.

Em Lages, os relatos não apontam para a autocapacitação em saúde, isto é, com a ideia de que os juizes autonomamente e de maneira informal investiram seu tempo na leitura de textos, artigos e livros que lhes permitissem aproximação maior com a saúde. Talvez ela tenha ocorrido, mas não surgiu nos relatos como algo importante.

Os relatos apontam a alta utilização da mútua capacitação. Antes de ser uma atividade solitária de autocapacitação do juiz, observa-se que a mútua capacitação entre os atores políticos e jurídicos foi a principal estratégia. Afinal, a interação entre estes atores durante anos permitiu que as deficiências de conhecimento de ambos pudessem ser reduzidas. Com a mútua capacitação, ainda que informal, esses atores passaram a se relacionar mais e com mais frequência, o que permitiu o diálogo institucional.

Diferentemente de outras experiências no Brasil em que a mútua capacitação foi mais forte na direção dos atores políticos para os atores jurídicos, em Lages o caminho foi o inverso. Esta mútua capacitação contou com o protagonismo do Judiciário, que resultou na própria experiência deste município de efetivação extrajudicial da saúde. É muito comum nos relatos dos gestores a menção à importância do Judiciário para sua própria capacitação. O inverso também ocorreu, mas não na mesma intensidade nos relatos. Vejamos alguns:

Se vocês olharem o que está escrito na portinha da frente, está escrito “academia”. Nós somos uma academia. Sempre foi muito forte esse viés desses projetos. [...] Elas chegam aqui, e o que eu quero delas é que sejam pessoas íntegras, até porque daqui a pouco o pai coloca o filho pra trabalhar com a gente. Então a gente precisa ter pessoas íntegras para que a gente possa depois com o conhecimento nós vamos atrás. Agora é que demos uma paradinha do curso, mas antes era muito frequente nós realizarmos cursos formais e informais. Era semanal praticamente. Nós trabalhávamos com um grupo muito grande. É o “Paternidade”, “Isenção fiscal”, era a turma de “Recursos”, até no eleitoral nós fizemos projeto. Eu sou juiz eleitoral. Então todas as áreas a gente procura trabalhar na formação. Porque se você traz o cara “top”, ele não vai explorar pontos novos. Claro, depois o pessoal andou, o “Paternidade” é um exemplo (juiz).

Mas antes disso que eu venho de duas formações bem diferentes, antes disso pra mim era completamente diferente, você não vem para a saúde e o judiciário não vem pra você. O que é da lei você resolve lá e o que é da saúde eu resolvo aqui. Então não havia essa interação, não tinha nem discussão. Na universidade, por exemplo, eu sempre fui presidente do DCE. DCE é uma coisa que é tudo. E o curso do direito no DCE é o maior, não vou falar o palavrão que tem, mas gosta de perturbar. Por outro lado, é o que trás mais pontos para discussão. Então eu aprendi muito também com o pessoal do direito na universidade, mas sempre separando a saúde do direito. Tinha um colega meu, Everton, que atualmente é advogado trabalhista, ele era excelente mesmo jovem que me orientava. E ele sempre dizia que, fazendo meu trabalho, eu deveria pensar também pelo lado da lei, então isso foi proveitoso, pois ele me ensinava. Nessa época eu comecei, mas muito sutilmente. Na verdade eu comecei a ver essa interação e perceber que não tem como dissolver mesmo foi com o juiz daqui que meu abriu os olhos. Tanto que quando ele montou o “Paternidade”, tinha muito pessoal jurídico do direito e não deu certo, pois aí era exclusivamente o pensamento da lei, eles não tinham o olhar da humanização, da importância do diálogo, de ouvir, do cuidado, eles não tinham isso. Quando ele juntou os dois foi aí que percebemos o quão importante foi que aí começamos a discutir saúde e direito. Hoje eu tenho esse entendimento, mas isso foi amadurecendo (funcionária do Núcleo).

Dos relatos acima, podemos extrair três elementos importantes. Em primeiro lugar, uma autocompreensão do Judiciário de que ele realmente pode e deve capacitar as pessoas para que possam atuar na efetivação da saúde de maneira não adversarial. Em segundo lugar, a compreensão de que a formação é fundamental, daí a realização de cursos e ofi-

cinas com regularidade mensal para criar espaços de discussão. Em terceiro, observa-se o reconhecimento da contribuição do juiz na formação dos profissionais de saúde e dos gestores. Como se trata de uma cidade pequena e com interação cotidiana entre os atores políticos e jurídicos há anos, a mútua capacitação tem criado um espaço de respeito e de colaboração entre eles.

Mas não é porque a capacitação promovida pelo Judiciário foi a mais recorrente que ela era a única. A mútua capacitação ocorreu e está presente nos relatos, especialmente dos atores jurídicos. É o que se observa no relato abaixo, de um juiz:

Nós com o apoio da gestão, ao promovermos essas capacitações, a gente participava delas, então se capacitava. A parceria com o consorcio me fez participar ativamente desses processos.

É interessante observar que a informalidade da capacitação trouxe maior flexibilidade para que fossem usados diferentes meios de capacitar, tais como reuniões, cursos, palestras, grupos de estudo etc. Atualmente, as estratégias de capacitação são permanentes e desenvolvidas no âmbito do Consórcio Intermunicipal e no Núcleo de Medicamentos, alcançando até mesmo os agentes de saúde. Relata uma enfermeira que participa do Núcleo:

Ele [o juiz] quer que a comunidade se envolva muito com essas questões. Então ele já havia me pedido que se eu voltasse, eu ficaria responsável por organizar as capacitações. Então acredito que é o que ele vai mais me pedir para que eu já organize, para capacitar que nós já temos trezentos e pouquinhos agentes de saúde. Nós temos em técnico em enfermagem cerca de trezentos. Enfim, profissionais da saúde tem 1.200. Então é um povo grande e ele quer que capacite todo esse povo, pois são eles que estão lá na ponta e que vão contribuir com essa demanda de serviço também, principalmente agentes de saúde por meio da visitas domiciliares pra poder orientar o paciente, sobre o que ele deve ou não deve fazer e essa primeira orientação que as meninas dão aqui quando o paciente vem. O agente de saúde já pode estar fornecendo lá na residência mensalmente quando ele vai fazer as visitas, então é uma capacitação assim nesse sentido que ele diz que gostaria que eu fizesse, já é o projeto pra 2014.

Em diversos relatos, há tendência dos atores políticos a aceitarem e acatarem os projetos e estratégias extrajudiciais advindos do Judiciário. Não é incomum identificar nos relatos o reconhecimento do Judiciário como partícipe da política pública de saúde, e isto não é diferente no que diz respeito à capacitação. Inclusive, como se trata de uma relação estabelecida há anos, a participação do CNJ nas ações de capacitação não foi tão relevante como aconteceu em outras experiências no Brasil. Como a experiência de Lages foi se consolidando antes mesmo da existência do CNJ, ele não foi tão importante para seu desenvolvimento, apesar de ser visto como uma instituição fundamental para o Judiciário atual. O relato abaixo, de um juiz, evidencia isso:

Quando o CNJ em 2010 fez a primeira reunião, a corregedoria de Santa Catarina – que já conhecia essa minha experiência, porque essa minha experiência já tinha quatro ou cinco anos – me indicou para essa função. Eu comecei a participar do comitê nacional naquela reunião de São Paulo e aí eu fiz, em função da reunião de São Paulo, eu fiz a instalação em Florianópolis do comitê estadual. [...] A partir de março de 2011, eu começo a reunir o grupo em Florianópolis, então eu passei a ir uma vez por mês pra

reunir pessoas para a gente discutir essa questão no âmbito estadual. Tinha uma juíza federal nesse grupo; ela saiu um tempo depois. Eu trouxe uma outra colega da justiça federal e por algum período terminei me afastando e aí retornei. Então eu praticamente coordenei esses últimos dois anos o comitê estadual. Nós somos um grupo bastante dinâmico, são reuniões mensais. Temos representantes do tribunal de contas, inclusive. É um grupo bem eclético. Nós criamos aqui em Lages um comitê municipal, então além do comitê estadual, nós estamos fazendo uma experiência aqui em Lages de um comitê municipal. Obviamente que as reuniões do CNJ e do comitê estadual terminam me subsidiando ou me colocando em uma condição de eventualmente vislumbrar algum problema.

Inclusive, em função da liderança natural deste juiz no estado de Santa Catarina, observa-se sua participação no Comitê Estadual de Saúde e nas instâncias do CNJ que discutem a saúde. Com o CNJ, foram criadas formas de discussão compartilhada das dificuldades do Judiciário em matéria de saúde, e a experiência de Lages passou a receber dimensão maior. Vale dizer que, assim como o CNJ criou os Comitês Estaduais, seu modelo foi reproduzido em Lages com a criação de um Comitê Municipal de Saúde. Apesar de posterior, o CNJ ainda pôde contribuir com o aperfeiçoamento da experiência, especialmente porque há nos relatos o reconhecimento de que o CNJ qualifica o Judiciário em matéria de saúde.

4.2.3. Arranjos institucionais

Os arranjos institucionais constituídos em Lages permitiram o investimento dos atores políticos e jurídicos no diálogo institucional cotidiano, o que consolidou diversos projetos voltados para a efetivação do direito à saúde. Isto não significou que a litigiosidade em matéria de saúde acabou, mas que os atores políticos e jurídicos puderam desenvolver estratégias para efetivar o direito à saúde independente da existência de processos judiciais. As principais estruturas que permitiram o alcance desta parceria são o Consórcio Intermunicipal e o Núcleo de Conciliação de Medicamentos, tendo funcionado também como mecanismos de fomento ao diálogo institucional.

Esses arranjos devem ser discutidos a partir de quatro elementos: a) a construção do projeto desenvolvido em Lages; b) o papel do Consórcio Intermunicipal e do Núcleo de Conciliação de Medicamentos; c) as estratégias formais e informais de efetivação da saúde; e d) a relevância da vontade política e da adequada transição governamental.

A construção do projeto

O principal objetivo do projeto foi a constituição de um espaço institucional de diálogo entre as instituições jurídicas e políticas com o propósito de promover projetos extrajudiciais calçados na prevenção de problemas de saúde e na criação de um cotidiano colaborativo e compartilhado de efetivação do direito à saúde. O projeto é oriundo da constatação de que

os atores políticos e jurídicos podem atuar de maneira integrada na efetivação do direito à saúde e independentemente da existência de processos judiciais.

Segundo relatos dos entrevistados, entre os principais obstáculos identificados, observou-se, de um lado, a falta de compromisso dos gestores em desenvolver projetos de longo prazo e de maneira dialogada e, de outro lado, a falta de abertura do Judiciário em considerar a escassez de recursos, a dificuldade de compras de produtos e insumos etc. Como resultado desta ausência de estratégias de pactuação para a efetivação da saúde, observou-se o crescimento da procura pelo Judiciário e um aumento da interferência das instituições jurídicas no cotidiano da gestão.

O resultado foi um “caos administrativo”, que se intensificou a partir da proliferação de mandados judiciais e da falta de padronização do seu cumprimento na gestão. Não é por acaso que a experiência de Lages teve como uma de suas primeiras premissas a padronização de procedimentos e a racionalização da atuação dos atores políticos e jurídicos.

O interesse do Judiciário pela saúde partiu de uma experiência bastante pessoal do magistrado que coordenou do projeto. À diferença de outras localidades, em Lages o interesse não foi exatamente porque o juiz teve de decidir sobre o assunto, mas porque começou a despertar um interesse especial pela saúde em si e pelas possibilidades de atuar de maneira mais ativa e extrajudicial. Observe-se o relato abaixo, que evidencia a aproximação do juiz com a saúde não somente em razão da necessidade de decidir sobre o tema:

Acredito que foi entre 2004 e 2005, em razão dos processos judiciais. E no programa de qualidade, entre 1994 e 1995, pela saúde dos meus funcionários. Eu estava no tribunal de justiça e participei de um projeto em função da saúde do trabalhador do Judiciário. Então aquela minha experiência como juiz de direito em 1994 e 1995 em um programa de qualidade onde você começa a trabalhar o gerenciamento em uma questão mais global e não só uma visão muito específica, você tem que olhar o todo. Essas duas experiências e a do tribunal foram bastante ricas nesse sentido. Quando eu tive esses primeiros processos eu já senti essa questão da saúde. Então eu comecei a não verificar unicamente a consequência, mas trabalhar com a causa dessas questões pra poder dar efetividade ao processo de saúde. O diferencial que eu vejo hoje do Judiciário é alterar o procedimento que o Judiciário tem com relação a essas demandas pra buscar efetividade. Porque se não buscar efetividade você está contabilizando apenas um dado e não uma vida com qualidade. O meu histórico tem dois momentos anteriores voltados à saúde do trabalhador, à saúde do magistrado, que posteriormente eu me percebo nessa questão da saúde.

O relato de uma gestora do consórcio também reforça que o projeto não nasceu somente da judicialização da saúde, mas de fatores extrajudiciais que possibilitaram maior diálogo entre o Executivo e o Judiciário.

Nós começamos a detectar o alto índice de ações judiciais. De vez em quando o secretário ligava desesperado pra mim dizendo que o juiz deu até às 18h, até o dia seguinte, senão ele seria preso. O juiz coordenador me perguntava e eu dizia como funcionava, e a gente sempre trabalhava em parceria. Às

vezes o estado e o município não estavam conversando. O estado estava fornecendo o medicamento seis meses, e o outro era o município. Aí o paciente ficava correndo para todo lado. Nós começamos a conversar porque precisamos organizar isso. Vamos fazer um protocolo de intenção pra organizar. O paciente vem pedir o medicamento e temos o genérico disponível. Vamos conversar com o profissional que prescreveu pra ele pra ver se é possível. Se for pelo princípio ativo, pelo genérico, o farmacêutico mesmo pode trocar. Se for similar, não. Se ele prescreveu um medicamento e tem um outro similar lá, é para ele dizer se pode ou não pode. Começamos a padronizar. Fizemos o primeiro protocolo. O paciente tinha que levar a receita atualizada e que precisava a cada 30 dias. E só a cada três meses ele vá ao especialista. Que tivesse um documento padrão que voltava para o médico responder antes de ir para o judicial. Que a equipe da farmácia estivesse bem informada sempre com uma lista sabendo o que é genérico e o que não é. Que fosse um atendimento humanizado. Tem uma fila, mas você está na minha frente. Agora eu vou olhar pra você e vou atender você. Não importa que a fila está grande. Depois o outro vai ser atendido da mesma forma, mas agora você é que interessa. Vou olhar pra você, vou chamar você pelo nome, vou explicar para você. Trabalhar com o funcionário que faça algo mais. Aí esse outro problema da questão da centralizada. A ideia é que centralize. E o juiz começou com essa ideia, vamos tentar. E ele insistia: “vamos fazer uma central de medicamentos judiciais. Porque se fosse o município que entregasse e fosse o estado estaria sempre ali. O paciente saberia que onde ele tem que buscar é ali”. E ele queria que fosse com o consorcio porque achava que se eu estivesse perto iria funcionar.

Sendo assim, o interesse pela saúde nasceu não somente da necessidade de se efetivar a saúde dos cidadãos, mas também em função da discussão sobre a própria saúde dos membros do Poder Judiciário. Trata-se de uma trajetória incomum na saúde, pois tradicionalmente os juízes despertam interesse maior sobre o tema por conta dos desafios presentes na atividade judicante. Isto reforça a preocupação pela saúde para além de um processo judicial.

Não é por acaso que se buscou em Lages promover estratégias extrajudiciais diversas. Essa busca pelo extrajudicial não ocorreu exclusivamente com a saúde, apesar de ter nela um exemplo visível. A aposta no desenvolvimento de projetos institucionais fez que o Judiciário alcançasse em patamar fortemente proativo, o que foi decisivo para a consolidação da experiência. Os projetos tiveram como objetivo o aperfeiçoamento da atuação do Judiciário e, entre seus principais efeitos, é possível observar a valorização da atuação extrajudicial. Exemplo disso é o programa de modernização, que foi criado em 2003 por um juiz de Lages:

Em 2003, eu criei um programa de modernização dessa unidade. Como já tenho mais de 20 anos de carreira, eu trabalhei nos anos 90 com processos de qualidade em uma comarca do interior, em Santa Cecília. Eu conheci esses programas que são desenvolvidos para melhorar a gestão e aí implementei esse programa lá nessa comarca. Quando eu vim pra cá, eu já tinha toda uma experiência de vários anos e eu implanto esse programa de modernização aqui na vara da fazenda e começo a atuar então por classes de processos de acordo com determinados atores pra especializar e trazer um conhecimento que nós não tínhamos. Lá por 2006/2007, talvez 2005, nós tínhamos uma experiência ou outra também. Eu comecei a verificar que aqueles processos iniciais estavam tocando no aspecto que nós teríamos uma demanda muito grande, que era justamente a questão da busca pela via judicial de medicamentos, principalmente na época a questão da Hepatite C. O Ministério Público, então, promovendo as primeiras ações judiciais, a ideia então foi de conhecer melhor o porque o SUS nessa questão não estava dando uma resposta adequada.

É interessante observar que os projetos foram se integrando ao longo do tempo. O projeto de modernização levou ao projeto “Pai Presente”, que será apresentado posteriormente. Este, por sua vez, inspirou os projetos “Xô, Xixi” (criado para suprir os problemas em relação à distribuição de fraldas geriátricas) e “Alô, Elô” (dedicado à prevenção do câncer de mama) etc. Todos esses projetos buscaram, como os próprios relatos sugerem, conferir um “tratamento adequado” ao problema. Inclusive, no caso de Lages, a maioria dos projetos foi desenvolvida em parceria com o Executivo, o que permitiu a construção do diálogo institucional durante anos.

Em 2006 e 2007, foram realizados diversos seminários sobre saúde, em que foram discutidos os desafios de efetivação e foi formado um grupo de trabalho para atuar na capacitação dos profissionais de saúde. Nessa época também se iniciaram as estratégias de capacitação de profissionais do direito por meio de encontros, reuniões de trabalho e *workshops* diversos. O relato abaixo de um juiz exemplifica como se iniciou o diálogo institucional:

Inicialmente foram reuniões de trabalho com a exposição do problema e a gente começou a construir em conjunto essas soluções. Então geralmente eu tinha duas reuniões por mês com os gestores de todos os graus e aí na sequência nós fomos intercalando com eventos científicos, *workshops*, seminários, oficina. A gente foi trabalhando pra gente criar. Aqui tem o material que vou passar pra vocês... é um grupo. Eu acredito que nesses seminários nós tínhamos 400 pessoas participando. Nós trouxemos o pessoal de Florianópolis e foi um dos momentos que a gente trabalhou. Então basicamente eu fazia uma portaria interna. Nós já tínhamos criado dentro desse processo aquele momento, aquela empatia com o fato de tá aproximando, de que o contato inicial partia da vara da fazenda para com eles. Então saía aqui do fórum e ia visitar as pessoas no local de trabalho. Aí depois trazemos pra cá e apontar um caminho. Esse apontar um caminho era muitas vezes de ouvi-los também. Porque você tem que dar uma direção. As pessoas têm dificuldade pela falta de estrutura também no âmbito dos municípios e no estado por outras questões de assumirem compromissos formais. Então eu fui criando de uma forma informal alguns trabalhos.

Uma característica de Lages é a influência pessoal de um juiz sobre a gestão. Isto faz que os projetos sejam desenvolvidos com maior adesão pelo Executivo e fortalece o poder de criatividade do Judiciário na definição de estratégias extrajudiciais. O relato abaixo, de uma enfermeira do núcleo, reforça o respeito e legitimidade que o juiz tem:

E aí então com esse exemplo que o doutor teve, ele sempre foi muito envolvido nas questões de ajudar as pessoas a resolver de uma vez seu problema. Ele buscou esse tipo de projeto do qual eu tenho muita satisfação de ter vindo aqui com elas, porque diretamente eu estou em agosto, mas aí ele chamava o gestor da época. A gestão dele era muito participativa, então a equipe inteira do comitê de saúde participava de todas as reuniões que fossem importantes, e ele sempre chamava. Então eu venho dessa discussão sem nem lembrar o tempo. Há uns dois anos, isso eu me lembro efetivamente, que ele começou a se envolver melhor para passar essas informações pra nós e na minha visualização como gestão que era na época, percebi que isso era muito favorável, pois você tinha a solução do problema e era muito rápido. Mesmo assim você estando longe, é diferente de você conviver. Quando vim para cá, vi um trabalho maravilhoso, que eu percebi que não era apenas aquilo que eu visualizava de longe. Eu visualizei o trabalho que eles faziam aqui, o quanto agilizava mais ainda, pois lá não tínhamos esse feedback do paciente, que aqui eles têm. Aqui dentro do serviço mesmo, eu vejo o acolhimento, a

humanização e penso o quanto isso é importante para o paciente e o quanto favorece na agilidade a ele. Ele convocou a equipe a trabalhar com mais empenho e zelo e fez com que todos víssemos o quanto era importante agilizar essa entrega de medicação ao paciente. Acredito que não seja cem por cento ainda, existem entraves, mas a tendência acredito que seja melhorar e muito para um futuro muito próximo. [...] A dificuldade maior, se é que teve, foram as atendedoras que têm esse olhar “agora iremos dar tudo as pessoas!”. Não é assim, vamos sentar e conversar, não é dar tudo as pessoas, é um direito que eles têm e vamos trabalhar esse direito conforme também as possibilidades que o município dispõe.

A força e o respeito do juiz foram conquistados ao longo de anos de diálogo institucional. Isto fez que, em Lages, se constituísse um ambiente propício ao desenvolvimento de projetos inovadores. Os relatos apontam que existia no início uma resistência política ao desenvolvimento de projetos deste tipo, que foi sendo superada ao longo do tempo.

O relato de uma gestora do consórcio aponta que houve inicialmente a resistência política do Executivo. Ela informa que a “antiga administração, o antigo secretário, eles não queriam repassar o medicamento pra Central”, que atualmente é denominada de Núcleo de Conciliação de Medicamentos. Posteriormente, a partir das diversas reuniões e encontros informais, de um lado, e das transições políticas, de outro, a resistência política se converteu em uma atitude mais colaborativa da gestão, o que permitiu a consolidação do diálogo institucional. Segundo uma gestora do consórcio:

Aquelas pessoas que na época não queriam contribuir, depois passaram a ser parceiros, começaram a ver com outros olhos. Porque começaram a ver as dificuldades voltando. Nós temos uma boa parceria com os gestores, mesmo com os anteriores que começaram a ver de uma outra forma. Os farmacêuticos tanto da outra administração quanto dessa começaram a entender e foram se comprometendo e começou a aumentar a parceria. Aí nós fomos buscando a OAB que é muito parceira. [...] A secretária atual tem um pouco mais de sensibilidade, ela foi muito tempo secretária municipal de Saúde. [...] Da mesma forma os advogados, os procuradores e os demais que entram com as ações. Tanto é que o presidente da OAB é parceiro. Vai ser membro do comitê intermunicipal. Estamos em contato com a associação médica, dos farmacêuticos e bioquímicos, toda entidade privada e pública pra participar, conhecer e dar sua contribuição. Estão participando. [...] A nossa ideia é começar a investir no agente comunitário de saúde e lá na farmácia. E a parceria é bem mais significativa, não tem mais restrição.

Segundo os relatos, a vontade política não foi o único fator que permitiu a consolidação e o desenvolvimento da experiência. O “comprometimento” é algo comum nos relatos e permitiu que o diálogo institucional também fosse visto como uma oportunidade de aprendizado mútuo entre o Executivo e o Judiciário. A judicialização, que em um primeiro momento foi encarada como um problema administrativo pelos gestores, passou a ser vista como um aprendizado e um sinal de que deveriam atuar preventivamente na resolução de conflitos e na efetivação da saúde. O relato abaixo, de um ex-secretário de Saúde, é exemplo disso:

Temo de avançar no sentido de ver algumas questões que me preocupam, como por exemplo, quem são os advogados que judicializam? Será que não está tudo vindo de uma mesma fonte? Quais são os medicamentos? Porque isso tem de servir como fonte de alimentação das políticas públicas, então se está judicializando água mineral sem gás todo dia, vamos pegar essa água mineral e colocar na lista básica do município, desde que haja uma prescrição correta, tem de ter esse cuidado também.

Portanto, o modo como se construiu a relação entre os atores políticos e jurídicos em Lages fez que se construíssem novas formas de efetivação da saúde. Isto ocorre não somente em função do comprometimento destes atores com os diversos projetos realizados, mas também porque, durante anos, eles puderam interagir em diversos momentos e projetos, construindo um espaço de respeito e consideração mútuos. Conforme salienta uma gestora regional, “as pessoas vão ficando no projeto de diferentes formas”:

Há quanto tempo o núcleo de conciliação existe mesmo? (desde que você era secretária da Saúde) pois é eu acompanho a saúde pública há dez anos, então enquanto eu fui secretária de Saúde eu sempre fui muito ativa no consórcio de saúde e desde então todos os fóruns, e reuniões e tudo que tem relacionado há medicamentos judiciais eu participei primeiro como secretária da Saúde depois como coordenadora do colégio e posteriormente como gerente regional. Então eu vi esse núcleo crescer na verdade.

Como esses atores conviveram durante anos em Lages, o diálogo institucional foi mantido, mesmo eventualmente trocando de posições e cargos. Por mais que o juiz se tornasse exclusivamente competente para Fazenda pública ou que houvesse uma transição no Executivo, a relação se manteve em alguma medida. Isto ajudou na construção da confiança entre eles e no desenvolvimento do Núcleo de Conciliação a partir do Consórcio Intermunicipal.

O papel do Núcleo de Conciliação de Medicamentos e do Consórcio Intermunicipal

O Núcleo e o Consórcio nasceram da valorização da atuação extrajudicial para prevenir conflitos e, principalmente, promover uma perspectiva preventiva de saúde nas pessoas. O pressuposto é que o modelo adversarial do processo judicial seria insuficiente para lidar com as demandas específicas da saúde, sendo importante a criação de estruturas extrajudiciais que confirmem maior proatividade. O relato do juiz abaixo reforça isso:

A visão de que há um só procedimento, que é o judicial. Para nós que já vimos que existem outros procedimentos extraprocessuais, outros meios alternativos, meios mais adequados pra solução do conflito, a gente consegue ver a complexidade que nós poderíamos nos utilizar pra resolver esses problemas. Essas múltiplas alternativas pra uma complexidade do social. Enquanto o processo judicial é uma única alternativa vista por 99% dos operadores. Então a gente tem dificuldade porque a gente tá vendo que é tão mais adequado outro meio, e tão inadequado o processo, porque o processo importa me você trabalhar depois que o caos se instalou. Antes de avisar e a situação de perigo a gente não atua. Não tem uma atuação efetiva. E na saúde a gente conseguiria ter uma ação mais efetiva se fossem mais evidenciados pelo Poder Judiciário esses outros caminhos.

O Consórcio é anterior à própria relação entre o Executivo e o Judiciário. Como visto, ele foi estabelecido com o propósito de compensar os problemas de estruturação dos serviços de saúde nos municípios que compõem a região. De todo modo, o Consórcio foi o elemento que possibilitou o surgimento do diálogo entre os municípios, que serviu como verdadeira iniciação ao diálogo institucional que posteriormente veio ser realizado com o Judiciário.

A proposta do consórcio teve início em 1997 e ficou em torno de seis meses oferecendo poucos serviços. Porém, ao longo do tempo, foi incorporando novos serviços e um fator decisivo foi a permanência da sua diretoria, mesmo com as transições governamentais. Atualmente, o Consórcio otimiza a prestação dos serviços de saúde e reduz substancialmente os custos que os municípios teriam isoladamente. Trata-se de uma preocupação com a racionalização do sistema, sem perder de vista a educação em saúde dos cidadãos e a prevenção de doenças. Segundo relata uma gestora do Consórcio:

O primeiro objetivo é auxiliar e otimizar a estrutura existente que os municípios têm. Primeiro isso. O segundo: não tem? Vamos comprar e reduzindo custos. Nós trabalhamos também na educação em saúde. Sempre pensávamos em fazer isso, embora que o objetivo do consórcio é bem na compra de serviço, mas nós também pensávamos nisso. Até pela formação que nós temos e na questão da prevenção e promoção da saúde. Fazemos sempre muito pouco pela dificuldade de pessoal e de estrutura nossa. Mas agora nós estamos conseguindo avançar um pouco mesmo em forma de campanha. Tem uns três ou quatro anos que nós começamos a conseguir fazer dessa forma. E esse ano inclusive nós estamos com programação para todos os meses. Cada mês nós vamos trabalhar um tema. O mês de fevereiro nós estamos trabalhando a saúde do idoso. Depois vem a obesidade, o próximo. O estresse, a questão da saúde mental. Maio é o mês de combate ao fumo. Já existe o dia 31 de maio de combate nacional. Nós trabalhamos o mês todo com prevenção e combate ao fumo. Outubro já é o outubro rosa, que é o câncer, embora o outubro rosa eles trabalhem o câncer de mama nós trabalhamos todos os tipos de câncer da mulher. Novembro nós chamamos de novembro azul que nós trabalhamos o homem, a saúde do homem. E dezembro nós trabalhamos a Aids que também no dia 1º de dezembro é o dia internacional de combate à Aids, então aproveitamos e trabalhamos sempre da forma como nós podemos.

Nesse sentido, uma das grandes virtudes do Consórcio consiste na sua capacidade de definir com mais sensibilidade o que é competência do município, do Estado e da União, além de criar mecanismos institucionais de custeio e repasses financeiros. Conforme relata a mesma gestora:

Se isso aqui é competência do município, ele que vai fazer, se é competência do estado, o estado tem que fazer. Porque o município se sobrecarrega muito nisso. Ele acaba deixando de investir no básico, que é competência dele pra poder atender algum exame, algum serviço que é competência do estado. Como o estado tá mais longe, como a federal tá mais longe. Nós conseguimos fazer com que o estado realmente assumisse. E nós estamos tentando o federal também. O federal que é nosso parceiro também. É essa conciliação que nós queremos. Sentar e que cada um assuma o seu papel. Tô pedindo um medicamento para o estado que está disponível diariamente lá no município. É competência nossa, nós temos lá e nós vamos assumir. E que o contrário também aconteça. É essa a ideia que a gente quer que continue acontecendo.

Com a interação com o Judiciário, assinou-se um termo de cooperação técnica que foi decisivo para a experiência de Lages. O termo foi assinado entre o juiz da Vara de Fazenda Pública e o Consórcio, com o objetivo de (re)organizar o atendimento ao usuário do sistema de saúde, com ênfase na melhoria da eficiência da assistência farmacêutica básica e na capacitação de pessoal.

As estratégias utilizadas para a formulação do termo de cooperação se inspiraram no que já foi explicado no item anterior: reuniões, encontros e muita pactuação. Por meio do termo, estabeleceu-se um protocolo padrão para o fornecimento de medicamentos que não faziam parte da farmácia básica ou da padronização de medicamentos de alto custo.

O procedimento determinado foi o seguinte: o usuário deveria realizar um requerimento padrão datado e devidamente assinado, dirigido ao secretário municipal de Saúde, solicitando o(s) medicamento(s). Junto ao requerimento deveria ser encaminhada com prescrição médica original, legível e atualizada, com prazo máximo de validade de 30 dias. A prescrição deveria ainda conter os medicamentos similares, se for o caso, e as dosagens a serem ministradas de acordo com a patologia do paciente. Assim como o requerimento, a prescrição também deve estar datada, assinada e conter o carimbo e inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico requisitante. Cumpridas essas formalidades, as condições para a concessão do medicamento seriam as seguintes: a) o medicamento deve ser solicitado obrigatoriamente por um profissional médico especialista na área; e b) deve ser apresentado um breve relatório do especialista contendo a patologia e justificando por quanto tempo deverá fazer uso da medicação, a dosagem mínima e a data da reavaliação dos efeitos do tratamento.

Além disso, o cidadão ainda deve apresentar os seguintes documentos para o atendimento da demanda: a) carteira de identidade ou certidão de nascimento (cópia); b) CPF (cópia); c) cartão SUS (cópia); e d) comprovante de endereço do usuário ou do representante legal, sendo mantido um cadastro do paciente com dados indispensáveis para possibilitar um contato direto, inclusive por telefone.

Este termo de cooperação tem os seguintes fatores de inovação: a) a formalização de um protocolo criado de forma dialógica mediante o envolvimento dos gestores de saúde, os quais puderam externar suas preocupações, especialmente em função dos limitados orçamentos que os pequenos municípios da região possuem; b) a possibilidade de se contemplar ainda como pedido administrativo; c) o apoio técnico e gerencial do Consórcio; d) a possibilidade da centralização do(s) medicamento do(s) ente(s), evitando desperdício; e e) a possibilidade de o Consórcio, em face do caráter urgente, promover a aquisição dos demais medicamentos e serviços de saúde, os quais são ressarcidos no prazo de 30 dias.

O Núcleo de Conciliação de Medicamentos, por sua vez, foi criado a partir do Consórcio Intermunicipal. Sua finalidade é atuar prevenindo o ajuizamento de novas demandas e intervindo nos processos judiciais para promover uma solução consensual entre as partes. O Núcleo foi idealizado pelo Judiciário, mas sua coordenação executiva, representação e gerência são do próprio Consórcio.

Para a operacionalização e institucionalização do Núcleo, buscou-se atuar tanto na fase pré-processual, a fim de evitar que o processo se inicie, quanto na fase processual, buscando adequar o “pedido” mediante contato com os médicos dos pacientes para verificar possível substituição do(s) medicamento(s) prescrito(s) não padronizado(s) ou com a denominação comercial por medicamento(s) padronizado(s) pelo SUS. Com o tempo, o Núcleo passou também a atuar nos procedimentos cirúrgicos ou ambulatoriais, exames, suplementos alimentares e/ou insumos. Além disso, é também função do Núcleo verificar junto à Central de Regulamentação a disponibilidade e o tempo para viabilização, com o objetivo de evitar a judicialização de um pedido que possa ser contemplado administrativamente.

Entre suas atribuições específicas, cabe ao Núcleo: a) realizar pesquisa técnica acerca dos medicamentos prescritos e elaborar um parecer técnico, em que se classifica a competência do fornecimento do medicamento pelo município ou pelo estado, assim como o procedimento para a retirada destes, evitando que medicamentos padronizados sejam alvo de pedidos judiciais; b) contatar o usuário com a finalidade de informar e orientar sobre as políticas públicas para fornecimento de medicamentos; c) prestar informações acerca da padronização dos medicamentos nas três esferas de governo à população; d) atuar em atividades de informação e capacitação com os gestores de saúde do Consórcio, visando esclarecer questões relativas às demandas judiciais de saúde e sensibilizá-los no sentido de evitar o ajuizamento de processos; e) prestar informações aos pacientes, garantindo que sejam providenciados os documentos necessários para a propositura da ação judicial; f) estabelecer contato com os profissionais que atuam na dispensação de medicamentos nas farmácias básicas dos municípios e nos setores responsáveis pelos encaminhamentos de componentes excepcionais; e g) estabelecer contato com as assessorias jurídicas das regionais de saúde, das prefeituras e/ou das secretarias municipais de Saúde.

Para que o Consórcio e o Núcleo alcançassem um patamar de eficiência, uma das principais preocupações no início do projeto foi justamente a padronização de procedimentos e a racionalização do fornecimento de insumos, produtos e serviços a partir de critérios explícitos. Nos relatos, é muito comum observar a preocupação inicial em padronizar e fazer que todos os municípios atuassem com os mesmos critérios nas demandas em saúde. Isto não somente contribuiu para o sucesso do Consórcio, mas também para a efetivação do direito à saúde dos cidadãos. Observe abaixo o relato de uma gestora do Núcleo:

Quando a gente chegou aqui não tinha absolutamente nada de arquivo nos computadores. Nós começamos do zero. Então a gente chegou aqui e “Ah! eu vim pegar meu medicamento”, mas quem é? Qual o processo? O que você tem direito a receber? Nós não sabíamos nada [...]. E o que acontecia era muito isso ou então assim: a pessoa vem e um mês retira e no outro não retira. Então tem algumas coisas que a gente gostaria que estivessem organizadas de uma forma diferente, mas vamos ver se esse ano fica um pouco melhor. A gente está tentando, mas não é muito fácil. O ideal é que tivesse uma pessoa com dedicação exclusiva a isso, mas a gente não tem, a gente não tem pessoal pra isso, a gente tem de se virar

com o que tem, então a gente se divide entre eu e a minha colega. Ela acaba tendo mais contato com os pacientes lá embaixo e eu tenho menos porque a gente não tem uma coisa só pra fazer. A gente tem várias.

Com os protocolos, os procedimentos passaram a ter uma metodologia clara, que contribuiu com a eficiência da política pública. A metodologia passou a implementar um padrão de atendimento em cada uma das unidades de saúde, definindo quais são os documentos e os requisitos de concessão de insumos, produtos e serviços. Além disso, a metodologia ainda estipula um nível mínimo de organização para que um cidadão que tenha uma eventual negativa receba técnica e didaticamente a resposta, e que seja baseada em uma justificativa. A este respeito, um juiz relata:

Foram dezenas de secretários municipais de Saúde que participaram. Por meio das reuniões que foram realizadas, nós procuramos criar um padrão de atendimento naquelas hipóteses em que o paciente recebia um não, quer dizer, se você vai atender, o atendimento envolve uma prestação. Quando essa prestação for negativa, então nós tínhamos que ter um padrão para que esse paciente quando ele viesse no Poder Judiciário, ele tivesse uma comprovação, uma justificativa. Nós reduzimos o tempo de duração do processo e nós tínhamos uma confiabilidade no que está sendo informado.

As vantagens da padronização dos protocolos foram facilmente reconhecidas nos relatos. Os protocolos fizeram que os municípios do Consórcio atuassem de maneira integrada e com maior eficiência, superando as eventuais divergências político-partidárias que tinham. É interessante observar que, apesar de competente para julgar processos somente na comarca de Lages, o juiz atuou no âmbito do Consórcio, de modo que sua atuação influenciou todos os municípios consorciados. Este mesmo juiz ressalta as seguintes vantagens da padronização:

Evita bate-boca, evita uma prova eventualmente incongruente no processo ou muitas vezes, em função de que a terminologia, o vocabulário utilizado na área médica, na saúde e o vocabulário jurídico diferem muito do vocabulário, da linguagem comum. Então 30%, eu diria, dos problemas que surgem eu diria que é porque o paciente que está lá ele não entende a linguagem do técnico de enfermagem, do bioquímico, do atendente, ele não entende. Ele tem dificuldade de compreensão, daí obviamente pra ele só fica claro o não que ele recebeu, mas muitas vezes é apontado uma alternativa, um outro caminho e ele não consegue entender isso. E isso é muito natural, nós temos dificuldade de entender o que é uma linguagem que é incompatível com a nossa. Então este protocolo envolveu os secretários de saúde, envolve quem está no atendimento, envolve os procuradores. Nós já tivemos a participação do Ministério Público, mas nos primeiros anos a participação do Ministério Público era maior nesse processo porque ele promovia as ações. Depois isso passou a ser pulverizado.

Como sustenta este juiz, “esta metodologia se espalhou”. Isto possibilitou que a efetivação do direito à saúde observasse regras em comum a todos os municípios e, além disso, abriu espaço para a atuação extrajudicial das instituições jurídicas, inclusive do Judiciário. Atualmente, interagem com o Consórcio e o Núcleo a Defensoria Pública, o Ministério Público, os Conselhos participativos, os profissionais de saúde etc. O relato abaixo revela a pluralidade de atores que atuam na efetivação dialogada do direito à saúde na região:

Nós temos mais recentemente a questão da Defensoria Pública que foi criada aqui no estado há menos de um ano, mas aqui nós já tivemos uma Defensora Pública, agora tem outra que está assumindo que

já está participando também. E a participação da regional de Saúde, da secretaria municipal de Saúde, tem vários órgãos que participam desde do bioquímico, nós temos a secretária de saúde, nós temos a participação do ex-secretário de Saúde, hoje ele é vereador e é o presidente da comissão de saúde. Então ele foi uma pessoa bastante importante nesse processo. Ele não é um médico, ele é da área de gestão, e foi importante porque ele está sempre em uma atividade envolvida com o tema. Então a gente sempre mantém esse contato. Da mesma forma o consórcio. O consórcio de saúde está há oito anos envolvido conosco em vários projetos, então isso possibilita que a gente amplie esse trabalho. Aí nós temos o pessoal do próprio núcleo que faz esse atendimento, esse acolhimento, faz essa aproximação. Tivemos um envolvimento também dos prefeitos. Nossos prefeitos também sempre foram parceiros dessas iniciativas. Tem um grupo de pessoas que ajudaram a construir esses dois projetos, tenho até dificuldade de lembrar de todos que participaram ou participam.

Essas características também estiveram no próprio Núcleo, que composto por uma equipe multidisciplinar que congrega psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico e médico, ainda passou posteriormente a trabalhar junto com os agentes comunitários de saúde. Com a equipe multidisciplinar, cada caso pôde ser apreciado com mais profundidade e com mais segurança. Isto evitou substancialmente o desperdício de recursos, produtos e insumos, além de fortalecer o estabelecimento de medidas administrativas com maior resolutividade. Sustenta uma gestora do Consórcio:

Quando chegar, antes de mandar comprar, passa para o secretário municipal. Em torno de 80% das solicitações tem lá na farmácia e vocês estão comprando por um preço maior [...]. Por isso o município reclamava: “os médicos estão pedindo exames demais”. Eu disse: “senta com os médicos de vocês e conversa com eles. Vamos pedir o necessário, tem mais ou menos um padrão. Não só o que o paciente quer, diz pra eles que se realmente não é preciso aquele exame esse dinheiro vai sobrar que posso comprar mais medicamento, vou comprar um insumo, vou poder investir lá no outro procedimento que não tenha, tem pelo SUS, mas só dois e eu posso comprar mais um”. E eles começaram a fazer. Aí os médicos começaram a ser parceiros. E daí, quando eles pedem, eles realmente fundamentam bem nessa solicitação que o médico tem que preencher. Colocar todos os dados. Como nós controlamos as tomografias do SUS da região aqui, nós temos um sistema. Cada um tem sua cota. Tem alguns que não dão nem um por mês. Então até o dia 20, nós temos esse pacto com eles, cada um usa sua cota. No dia 20 sobrou, nós colocamos em um bolo só e a cota é de todos.

Não é por acaso que o Consórcio estimulou que o Núcleo contivesse na lista de medicamentos não somente aqueles estabelecidos nas legislações do SUS, mas também medicamentos “mais próximos da nossa realidade”. A racionalização não implicou falta de sensibilidade ou na desconsideração das especificidades de cada município. Ao invés de engessar a prestação dos serviços de saúde, a racionalização os organizou. O relato abaixo, de uma funcionária do Núcleo, explica como é feita a lista de medicamentos a serem fornecidos:

Ela é baseada na lista nacional e cada município tem suas particularidades. Por exemplo, aqui a gente tem muito problema respiratório no inverno diferente de outros locais, que não tem tanto problema que não faz tanto frio como faz aqui. Então cada um município coloca os medicamentos que achar conveniente colocar. A gente tinha uma lista quando chegou aqui não oficializada, ela ainda não está oficializada ainda porque a gente não tinha comissão de fármaco terapêutica e não tinha nada, então começamos também do zero nisso. A gente montou nossa lista, o pessoal da atenção básica tem acesso a isso, os médicos que atendem nas unidades de saúde também para eles saberem o que

nós temos para eles prescreverem preferencialmente o que já é entregue aqui gratuitamente. Essa lista está em fase de oficialização, eu pretendo fazer isso nos próximos meses porque ela não está oficializada ainda, ela precisa de aprovação no conselho municipal de saúde. Mas é basicamente isso e tendo essa comissão formada que não era formada ainda, acho que ela foi formada em julho ou agosto do ano passado. Aí sim a gente pode tentar incrementar e colocar algumas outras coisas para a comissão entender que é viável.

Vale dizer que a preocupação da racionalização do fornecimento de medicamentos não se concentrou apenas na pertinência ou não dos pleitos dos cidadãos, mas também no acompanhamento do cumprimento deste pleito e de sua pertinência ao longo do tempo pelos agentes comunitários. Os relatos abaixo demonstram que a racionalização não pode envolver apenas critérios para conceder, pois valorizam também o acompanhamento do fornecimento:

Nós temos que entender que quem está lá na ponta é o agente comunitário e o paciente. Se a gente tirar pela nossa experiência de tomar uma medicação, a gente compra um frasco de oito em oito horas, três vezes ao dia. Então esse controle muitas vezes não tem uma pessoa. Às vezes o paciente perde a noção ou toma mais ou toma menos e depois fica metade daquele frasco pra lá. E hoje como o SUS possibilita a entrega desse medicamento por diversas formas, o brasileiro hoje tem uma quantidade muito grande de medicamento. Hoje a questão não é a falta de medicamento, a questão é a distribuição. O problema nosso principal que a gente encontra é uma melhor distribuição de medicamentos (juiz).

Porque não é só receber. Porque se ele receber o medicamento e não tomar corretamente e não acondicionar corretamente não vai resolver. Aí é dinheiro jogado fora e nós estamos mascarando e deixando de atender os outros. Principalmente porque não é na coletividade. E alguém do serviço social também. [...] Tem alguns medicamentos que são muito caros, ele não vai conseguir manter. Não da pra você olhar que é qualquer obrigação da família. A obrigação da família é o acolhimento, é cuidar. Tem coisas que ele não vai conseguir manter. E é por isso justamente que tem o dever do estado (gestora do Consórcio).

Outro questionamento que a gente informa é qual o período de tratamento, se esse medicamento vai ser pra uso contínuo, se ele é um tratamento por um tempo determinado, porque o que acontecia muitas vezes era a pessoa pedir indefinidamente um remédio. Como ele pode tomar um antibiótico por tempo indeterminado mesmo sabendo que o antibiótico é pra uso específico, daí o advogado exigia (membro da Secretaria de Saúde).

Os relatos acima nos apresentam duas características importantes da racionalização realizada pelo Núcleo. Em primeiro lugar, observa-se a preocupação em fazer que o agente comunitário de saúde não seja apenas uma forma de promoção e educação em saúde, mas também um instrumento de racionalização da gestão. Para além do seu papel de proximidade com o cidadão, observa-se a relevância da sua atuação para evitar o desperdício e indicar a (re) adequação da utilização de medicamentos. Em segundo lugar, observa-se a valorização do acompanhamento do uso dos medicamentos pelo agente comunitário, o que é decisivo para evitar problemas de saúde advindos do uso exacerbado ou injustificado destes medicamentos.

Atualmente, o Núcleo atua não somente na concessão de medicamentos, mas também no oferecimento de outros produtos e serviços, tais como cirurgias e próteses. A racionalização “se espalhou” em Lages, e sem afetar o direito à saúde dos cidadãos.

Estratégias formais e informais de efetivação da saúde

A experiência de Lages possui estratégias formais e informais de efetivação do direito à saúde. Mesmo com os Consórcios e com o Núcleo, observa-se a existência de ações judiciais no município, apesar de reduzidas drasticamente conforme foram sendo desenvolvidas as estratégias extrajudiciais.

Existe nas falas o reconhecimento de que a judicialização da saúde pode ter certa seletividade. Afirma-se que nem todos conhecem seus direitos e muitos outros não têm conhecimento da existência da Defensoria Pública ou possuem recursos para pagar os advogados privados. Os relatos apontam que o perfil do litigante em matéria de saúde pode ser “colonizado” pela classe média, que tem condições mais favoráveis à litigação que as demais. Nesse sentido, em Lages buscou-se compensar a seletividade do processo judicial com uma postura proativa e preventiva do Judiciário.

Os exemplos já analisados do Consórcio e do Núcleo são reveladores da preocupação em atuar para além do processo judicial, reafirmando o compromisso dos atores políticos e jurídicos em democratizar o Judiciário. O relato a seguir, de um juiz, evidencia a tensão entre o formal e o informal na atuação judicial:

Parceria para construção de uma política pública e não de uma resolução incidental. Isso que às vezes me aflige muito nos processos de saúde. Às vezes você tem cem casos iguais, duzentos, trezentos, é o mesmo medicamento, mesmo problema, a situação é praticamente a mesma era possível pensar além daquilo, desenvolver uma política que conseguisse dar conta daquele problema, mas não se faz. É mais fácil deixar com que as pessoas, as que podem, acessem a justiça e ganhem o medicamento. Porque quem não pode ou às vezes até teria condições, mas não tem o conhecimento suficiente para saber que tem aquele direito, para saber que pode acessar a Defensoria Pública, aí ele não ganha, aí e morre.

Não é por acaso que uma das principais preocupações do início do projeto foi racionalizar o uso do modelo adversarial do Judiciário. Assim como foram estabelecidos critérios de racionalização do fornecimento de medicamentos, também foram criados parâmetros internos para as decisões judiciais em matéria de saúde. O principal critério foi a disponibilidade prévia do medicamento na via administrativa, ou seja, se o medicamento está disponível no Núcleo, não haveria motivo para ajuizar uma ação judicial. A via administrativa seria mais rápida e satisfaria igualmente os direitos do cidadão, além de possibilitar a racionalização do uso do medicamento, conforme explicitado no item anterior. Conforme salienta um membro da gestão municipal de Lages, “o que já era disponibilizado não justifica uma ação”. Os relatos abaixo exemplificam isso:

A nossa primeira preocupação foi com as ações em duplicidade que existiam. Às vezes da mesma pessoa e outras vezes ações onde os próprios entes, tanto estadual quanto municipal, e em alguns casos um ente federal. Essa pessoa entra com medicamentos que eram distribuídos diariamente e estavam disponibilizados na farmácia básica municipal e mesmo assim ainda entravam ações com

aquele medicamento. Os medicamentos mais básicos possíveis fazem parte da RENAME, e daí a gente começou a ver para que uma ação para um medicamento que você já tem lá? Já é disponibilizado. O que basta é uma indicação médica pra que você tenha aquilo. O grande problema era o desconhecimento por parte da defesa dos pacientes (membro da gestão municipal).

A pessoa entrava com processo pra ganhar Clonazepan, mas ele já tem na farmácia básica, então por que judicializar? Como a gente não estava antes, não sei o que ocorria, imagino que a pessoa veio aqui por dois meses seguidos e não tinha Clonazepan pra ela. Então ela entrava na justiça pra ter esse direito assegurado de receber. Eu imagino que era isso que acontecia. Então, com essa parceria e agora aqui, a gente já barra aqui: “Por que você vai querer ganhar Clonazepan se você pode tirar aqui na frente?”. Não precisa judicializar as coisas. Lógico que há exceções. Às vezes acontece falta de matéria prima no mercado, normal um ou outro medicamento pode acontecer ou problema na fabricação. Isso acontece, mas não irá acontecer com todos ao mesmo tempo. Acontece de forma alternada e com poucos itens (funcionária do Núcleo).

Nesse sentido, buscou-se, por exemplo, evitar ações em duplicidade, que processavam o estado e/ou o município e/ou União para o mesmo medicamento. Além disso, buscou-se conferir maior resolutividade administrativa às demandas, tenham elas sido judicializadas ou não.

A busca por uma atuação mais informal também está relacionada ao reconhecimento de que o “tempo do processo judicial é diferente do tempo da saúde” e que existe certa inadequação entre a solução processual e as peculiaridades das demandas da população. O processo é binário e define quem será o vencedor e o perdedor, mas não auxilia necessariamente na efetivação do direito à saúde de maneira ampla, inclusive no que concerne a seus aspectos preventivos. O relato de um juiz é exemplo disso:

Imagine o doente tendo que esperar. O tempo dentro do processo não existe essa dimensão tempo. Mas o cara que tá do lado de fora ele conta em segundos, conta em minutos. Aqui a gente não tem essa noção de tempo, a gente tem etapa dos processos, tem fases e tem recursos, mas efetivamente a gente não sente dentro do processo o tempo. Então não dá pra você colocar demandas sociais dentro de um processo atemporal. Porque daí as pessoas ficam frustradas, as coisas não acontecem. A gente poderia pensar em outras alternativas.

A preocupação em resolver as demandas em saúde de maneira informal e extrajudicial é a tônica da experiência de Lages. O pressuposto é que o processo judicial não atende integralmente às demandas em saúde por conta do tempo de resolução, do tipo de decisão e do aparato institucional pouco aberto ao diálogo. Para efetivar a saúde, o pressuposto é o desenvolvimento de estratégias informais que sejam mais eficazes. Nas palavras do mesmo juiz, o processo seria o mesmo que o uso de um “canhão para matar uma mosca”. O relato abaixo é revelador disso:

Se ele trabalhar apenas com base no processo, não atende. Não atende porque é uma série de demandas. O processo fica muito caro. É como se você não tivesse a farmácia, nem o postinho de saúde e tivesse que ir sempre pra um hospital de alta complexidade. Quantas vezes a gente resolve lá às vezes com chá. Então eu penso que há meios alternativos, há soluções que são mais eficazes do que você sempre ter que ir pra mais complexa que é o Judiciário. Então você trazer um fato social no Judiciário sem ter tido essa outra possibilidade é como dar um tiro de canhão para matar uma mosca.

Vale dizer que o uso formal de procedimentos também encontra entraves no âmbito da gestão. Não bastaria um Judiciário mais informal se a gestão fosse completamente formalizada e burocrática. Nesse sentido, tanto o Judiciário quanto o Executivo promoveram acordos e planos para que, independentemente de suas estruturas formais, adotassem estratégias informais que lhes garantissem maior flexibilidade, agilidade e adequação na efetivação da saúde. De práticas informais, o projeto se desenvolveu e, ao longo do tempo, foram formalizadas algumas estratégias, tais como o Consórcio e o Núcleo. Os relatos abaixo reforçam essa perspectiva:

As pessoas têm dificuldade pela falta de estrutura também no âmbito dos municípios e no estado por outras questões de assumirem compromissos formais. Então eu fui criando de uma forma informal alguns trabalhos (juiz).

Basicamente eu acho que foram conversações e depois foi colocado no papel até pra que não ficasse personalizado e sim institucionalizado que eu vejo como gestor que é um dos grandes problemas do público, fica tudo muito informal e pessoalizado, então o cara morreu, o cara foi transferido cai. E isso até na própria secretaria. A gente procurou estruturar de uma tal forma que ficasse perene. Não que não pudesse ser mudado, como eu falei antes, temos sempre de estar aperfeiçoando, mas não pode fazer o que acaba acontecendo e acabou acontecendo aqui também (ex-secretário de Saúde).

É interessante frisar que a estratégia informal foi uma questão de opção do Executivo e do Judiciário em Lages, realizada com base nos fatores acima descritos. Isto não impediu a propositura de ações judiciais, mas as reduziu substancialmente. Mas é relevante destacar que, desde 2009, a estratégia informal (e extrajudicial) deixou de ser uma questão de opção e se tornou a única estratégia possível do juiz coordenador da experiência. Isto porque se alegou suspeição desse juiz no julgamento de demandas de saúde pelo Ministério Público, julgada procedente pelo Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina.

Sendo assim, desde 2009, esse juiz não pode decidir judicialmente demandas de saúde, concentrando sua atuação no Consórcio e no Núcleo de maneira completamente extrajudicial. Mesmo a suspeição para julgar processos judiciais não impediu o estabelecimento de diversas estratégias entre os gestores e o juiz na efetivação da saúde, o que revela a vontade política e o comprometimento institucional desses atores. A seguir, o relato do juiz:

O tribunal declarou a minha suspeição. Eu tenho um acórdão aqui do tribunal, eu não posso trabalhar com processo de saúde, porque ao longo desse período eu tomei a iniciativa de criar esse espaço e o promotor arguiu a minha suspeição porque o entendimento dele no primeiro momento era que isso estava sendo feito para beneficiar o estado em detrimento do indivíduo. Na realidade, se você perceber o protocolo que foi criado, esse trabalho foi criado em prol do cidadão. Quer dizer não pra mim, diz por escrito para que eu possa levar para o juiz e o juiz vai designar um técnico, e o técnico vai dizer: “não, está fundamentado que esse caso aqui não é esse o caminho”. Então o papel que eu tive no primeiro momento é realmente um papel diferenciado do que se espera de um juiz. Então houve uma certa confusão porque esse é um papel de um cidadão, o que eu fiz foi o papel de um cidadão. Então não é normal para um juiz, mas isso é normal para um cidadão fazer. Eu, enquanto cidadão, tenho um dever com a minha consciência, eu não posso ver o paciente morrendo aqui na antessala com câncer

e não fazer nada. O mínimo que eu tenho que fazer é ser educado, no mínimo eu tenho que levantar e cumprimentar, no mínimo eu tenho que pedir sobre a saúde dele. Agora se eu tenho o poder de fazer mais, como é que eu não vou fazer mais? Só por que eu sou juiz? Então não posso ter aquela conduta? Então isso foi entendido que eu estava ultrapassando as minhas atividades, eu estava me tornando parcial. Na verdade não, isso é uma questão de humanizar o atendimento. Agora eu vou entrar na sala de audiência e não vou te olhar? Não vou olhar pra ti? [...] Isso foi entendido de uma outra forma. Aí então o tribunal declarou e eu não aceitei. Aí foi pro tribunal e o tribunal disse: “ele é suspeito”. Aí então eu não posso mais atuar desde 2009 em processos de medicamentos.

No caso de Lages, por conta da aproximação de anos entre o Executivo e o Judiciário, o próprio estado de Santa Catarina propôs recurso à decisão do tribunal para reverter a decisão. O relato abaixo explicita como se desenvolveu a questão:

Eu estava indo para um evento e estava em Rio do Sul, tocou meu celular. Era o procurador do estado à época. Ele diz então: “olha Doutor, eu tomei conhecimento aqui. Veja e obviamente que o grande condenado é o estado. O município e o estado”. Então ele tá me ligando para dizer: “olha, nós vamos recorrer daquela decisão, nós entendemos a sua posição e nós vamos recorrer a seu favor”. Olha que coisa interessante. Eles recorreram mas não tiveram sucesso porque o recurso não foi pra frente, mas o estado no recurso ele diz: “Qual foi o problema do juiz? É que ele foi o primeiro a fazer”. Claro, o primeiro a fazer, daí ninguém entende. Hoje há dezenas de experiências, dezenas de situações nesse sentido, então obviamente que daí fica diferente, mas o primeiro que faz corre esse risco. E eu não percebi essa situação e hoje penso até que a posição do tribunal é outra, mas foi uma decisão já mais antiga e nós estamos construindo, até com o auxílio de um outro colega, em algumas situações para eu passar a intervir, outras situações que não envolvem o medicamento em si. Envolvem uma prótese ou uma cirurgia. Eu estou aos poucos assumindo essa parte, mas eu fiquei por alguns anos realmente afastado de todos os processos.

Segundo os relatos dos atores políticos e jurídicos, a declaração da suspeição não impediu que fossem estabelecidas estratégias extrajudiciais entre o Executivo e o Judiciário. Pelo contrário, serviu como “elemento motor” para que fossem criados diversos projetos em Lages com foco no diálogo institucional e na efetivação do direito à saúde. Conforme o juiz sustenta, seria “preciso pensar fora do quadrado”, que é a atuação no interior de um processo judicial. Talvez isso tenha contribuído para as críticas que recebeu do Judiciário e das demais instituições jurídicas no início do projeto, superadas com o tempo. Atualmente, mesmo o Ministério Público, que alegou a suspeição do juiz em 2009, trabalha de maneira mais integrada e colaborativa nos projetos desenvolvidos extrajudicialmente. “Pensar fora do quadrado” significa muito mais mediar e dialogar do que impor e decidir. Os relatos abaixo mesmo juiz reforçam isso:

A visão era aquela, mas eu tenho que me permitir também errar, me permitir também tentar acertar e muitas vezes entender que eu acertei mas como estou fora do quadradinho então você está errado porque você está fora do quadradinho. Então isso é uma questão que o sistema brasileiro, nosso sistema positivista, a lei pode ser imoral, mas é lei [...]. Então a questão de mediar conflitos e valorizar a presença dos atores também é importante. Se a gente não consegue se utilizar de um meio alternativo, mas se utilizar alternativamente do processo para obter isso. Penso que é uma peculiaridade que a gente pode desenvolver: o juiz mediador. Acho que o juiz que consegue desenvolver essa característica ele tem um ganho substancial com relação a outro juiz que não desenvolveu essa característica. Porque

o outro sempre vai julgar a causa. E o mediador não. Ele vai tá jogando com as partes pra que elas confrontem com a sua própria realidade. Porque o direito cria um dever ser, uma situação hipotética e a vida e as pessoas não são oito ou oitenta. Se você conseguir fazer isso, e a gente consegue desenvolver. Penso que isso é fundamental, para dentro do próprio processo você ter uma forma alternativa de solucionar o processo.

Segundo os relatos, o informal permitiria maior sensibilidade do julgador para entender os problemas suscitados, de modo a atuar na solução do problema como verdadeiro mediador. Esta compreensão de diálogo e de mediação foi fundamental para a experiência de Lages e para que as estratégias extrajudiciais tivessem efetividade. Exemplo disso foi uma greve dos médicos do hospital de Lages, da qual derivou a propositura, pelo Ministério Público, de uma Ação Civil Pública. A perspectiva da mediação e da sensibilidade esteve presente no caso concreto e foi decisiva para a resolução do conflito. Observe-se o relato do juiz:

Nós tivemos uma greve, uma notícia de greve dos médicos do hospital e aí houve uma atuação do Ministério Público, uma ação civil pública. E aí eu entendi que não era o caso de eu determinar liminarmente que eles trabalhassem, porque eles trabalhando sem remuneração eu só iria adiar o problema. Então eu preferi fazer algumas audiências públicas pra entender o problema e nós nos encaminhávamos para uma solução pacífica. Nesse meio tempo, o Ministério Público apresenta uma reclamação. Eu recebi uma determinação pra em setenta e duas horas cumprir a determinação e dar a liminar, examinar a liminar. Como eu estava em um processo de negociação com os municípios da região para eles custearem uma parte desses serviços, a minha decisão saiu catorze dias depois. Um ano e meio depois nós conseguimos fazer um acordo e há três ou quatro anos hoje esse serviço vem sendo, hoje tem uma fonte de lançamento, resolveu o problema e o processo tá arquivado. Eu fui condenado, recebi uma advertência na minha ficha funcional limpa, agora tem uma advertência, porque eu descumpri a determinação de dar a liminar. Então o que acontece é que muitas vezes a sociedade espera que o juiz faça, mas se ele fizer a interpretação que é dada é outra. Porque o juiz ele é pra determinar o cumprimento da lei. Se você traz alguma outra metodologia de trabalho, aquilo é visto de uma outra forma. [...] Enquanto pacificador social eu tinha que resolver aquela questão, encaminhar aquela questão de forma efetiva. Se eu dou uma liminar eu iria causar na verdade um problema muito maior, porque daí eu ia liberar o hospital de remunerar o médico, o médico por outro lado ia se descredenciar, aí você perdeu a equipe e depois a gente percebe o que pode acontecer. Mas isso tudo eu não vejo de uma forma negativa. Muito pelo contrário, eu penso que todas essas experiências são extremamente positivas, extremamente ricas. Nós só aprendemos nessa dinâmica.

A preocupação em adotar uma nova metodologia que supere a lógica do processo não isentou o juiz de riscos e críticas, o que fez que a atuação extrajudicial em Lages não fosse livre de contradições. Independentemente disso, a vontade política foi fator fundamental para essa experiência, de modo que o apoio do Executivo ao juiz foi mais importante do que as instituições jurídicas para que o projeto se iniciasse. Com o tempo, as instituições jurídicas se aproximaram, e alguns projetos foram até reproduzidos em outras localidades ou abraçados pelo CNJ, como será visto.

Vontade política e transições governamentais

Um dos principais desafios da experiência de Lages foi o estabelecimento de um diálogo institucional com vontade política do Executivo e do Judiciário, construído ao longo de anos de interação entre os diversos atores. Isto fez que, em um primeiro momento, a aproximação ocorresse muito mais entre os gestores e o juiz do que entre o juiz com os demais atores jurídicos.

Além disso, o contexto local de Lages permitiu que o Judiciário se concebesse como uma instituição legítima para promover políticas públicas existentes e, inclusive, atuar na construção conjunta de novas políticas públicas. Os relatos que se seguem reforçam isso:

Se você tem essa visão de que o direito à saúde não é erradicar doenças, mas sim a promoção, aí o papel do Judiciário é muito interessante no sentido de promover as políticas públicas. Então os casos concretos se apresentam como microssistemas, como elementos pra que se analise a política em si. Eu enquanto atuação do Poder Judiciário, eu posso fazer um confronto entre a eficácia da política pública e a situação que se apresentou. Se aquela situação que se apresenta ela é uma demonstração da ineficiência, da ineficácia da política pública, aí o Judiciário tem que intervir. Então há necessidade de ter uma etapa intermediária de verificação de conformidade entre a política pública e a situação que se apresentou como elemento. Se ela demonstrar aquela situação em particular, a ineficiência e a ineficácia da política pública, então o Judiciário atua. Se não ficar demonstrado isso, daí não é caso de intervenção do Judiciário, porque daí a política pública vai produzir muito mais efeito coletivamente do que aquela decisão que vai contra a política pública. A decisão vai ser injusta com os demais, porque vai privar todos os demais (juiz).

Hoje dentro do município, nós somos muito próximos aqui, porque a cidade é pequena. Nós temos todo dia nós temos essa ligação direta, então a parceria é interessante e importante. Toda documentação que vem do Ministério Público passa por meio do núcleo e ontem estavam me dizendo, que é grande o número de processos que não são levados a frente, porque pode ser trocado por substâncias que são, que aqui por exemplo, as pessoas vão pedir e o promotor não tem obrigação de saber que busonide é a mesma coisa que outro remédio seja lá qual for. Então essa parceria é importante (secretária de Saúde).

Ao longo dos anos, foram desenvolvidas diversas políticas públicas a partir do diálogo institucional entre o Executivo e o Judiciário. Algumas delas partiram do Executivo, outras do Judiciário, mas uma característica comum de todas é a atuação conjunta destes Poderes por meio de seus atores. Isto ocorre também porque os membros da gestão concebem o juiz coordenador da experiência como uma grande liderança na cidade.

Quem precisa mais, quem tem menos condição financeira e tá mais grave sua situação tem que ser atendido primeiro. Não que seja negado pros outros. Ele vai continuar na fila e pode ser atendido, só que quem tem mais urgência vai ser atendido primeiro. E no Judiciário eles não trabalham com as normas, trabalham só com a lei. Que foi um avanço que nós conseguimos quando começamos a trabalhar com o juiz coordenador. Porque ele tem essa visão mais aberta e aí a gente começou a trabalhar nesse sentido e dizer, começamos a levar as normas. E quando alguma pessoa diz que o diferencial é ele. É, mas não podemos trabalhar só com ele. Estamos chamando os outros promotores para que eles também abracem essa ideia e consiga separar (gestora do consórcio).

Nossa, fundamental. Eu diria que o juiz foi o nosso anjo da guarda que caiu na nossa região pois seja qual for âmbito agente precisa dele. Ele é incondicional, busca alternativas, se tem alguma dificuldade

ele esclarece, se ele não tem como resolver ele sabe quem tem e quem pode. Essa é a parceria de toda parte de Ministério Público e Secretaria de Saúde tanto municipal quanto estadual é muito importante. A gente cresceu muito com isso (gestora regional).

O diálogo institucional encontrou “solo fértil” em Lages, o que foi decisivo para o desenvolvimento de projetos extrajudiciais. São exemplos de projetos desenvolvidos em conjunto: o “Paternidade Responsável”, o “Xô, Xixi” e o “Alô, Elô”.

O “Paternidade Responsável” visa oferecer exames de DNA para investigação de paternidade e também procura fazer o acompanhamento da família após o reconhecimento, de modo a estabelecer o vínculo entre pai e filho e criar sinergia entre eles. Relata um juiz:

O único laboratório público de DNA de Santa Catarina é fruto de uma iniciativa minha e está aqui em Lages. Então hoje os exames de DNA são feitos aqui em Lages. Foi uma situação bem interessante que a gente construiu esse programa e é um programa que busca fazer com que o vínculo da paternidade se estabeleça. Não adianta eu dar uma sentença para o menino, ele vem aqui buscar o pai e nem sabe o que é uma sentença. Quando eu me dei conta disso, daí nós montamos em 2004 esse projeto e o laboratório agora em dezembro chegou a dez mil exames de DNA, sete mil positivos. A responsável por projetos desse meu trabalho, desse trabalho que a gente tem, eu trouxe ela para dentro do programa da saúde, ela gerenciou esse programa. Ela é mão de ferro, então eu precisava de alguém porque o pessoal da saúde não era fácil de lidar. Hoje é tranquilo, mas antes era difícil. Então essa pessoa me ajudou muito a estruturar a pegar os processos antigos, verificar, levantar o que aconteceu em cada processo, como é que está a situação atual para a gente ter sucesso em um programa desses, realmente contar com pessoas de diversas áreas com diversos perfis e não apostar em um programa único. Qual é a característica daquela comunidade? E você tem de montar a partir da característica daquela comunidade. Aí é o programa, mas ele não chega a fazer diferença em regredir alguma estatística.

Segundo os relatos, esse projeto recebeu tanto destaque que influenciou o projeto “Pai Presente”, desenvolvido pelo CNJ nos anos seguintes. Sustenta o mesmo juiz:

O CNJ esteve aqui e o Jornal Nacional. Teve um conselheiro [do CNJ] aqui. Ele levou esse trabalho nosso pro CNJ e transformou no “Pai presente”. Claro que o projeto do CNJ é de registro de nascimento. Nós aqui estamos um passo à frente. Além do registro, tem a questão de criar um vínculo. Porque é o vínculo que vai fazer com que o pai olhe para aquele filho na relação de paternidade. Se não tem essa relação de paternidade, fica uma situação precária. E muitas vezes na nossa região é fruto do abuso sexual. Não tem o vínculo. Quatro por cento de abuso de meninos. Por isso que esse vínculo é importante. Então o nosso passo aqui vai além do registro.

O projeto “Pai Responsável” recebeu notoriedade nacional, além de promover na prática os direitos a partir do diálogo institucional entre o Executivo e o Judiciário.

Outro projeto que merece destaque é o “Xô, Xixi”, que nasceu do crescimento de demandas por fraldas geriátricas no município e resultou em diversas estratégias extrajudiciais para promover o direito à saúde dos idosos. Ressalta o juiz:

Estamos lançando agora um outro programa por causa das fraldas geriátricas. A primeira vez eu neguei a fralda geriátrica deve ter uns oito ou nove anos, porque a fralda geriátrica não é um produto de saúde.

Daí chamei uma gestora para ver se minha decisão estava correta, e ela disse que minha decisão não era correta e eu voltei atrás. Porque ela disse que agora não é um problema de saúde, mas daqui a seis meses será um problema de saúde. Então esses idosos que não tiveram um tratamento, que não tiveram um acompanhamento, que não tiveram a fralda geriátrica, vão voltar com um problema mais sério agravando a incontinência urinária. Eu disse: “opa, a senhora me deu argumentos”. Fizemos várias parcerias. Lançamos uma no final do ano passado e vamos começar esse projeto nesse ano que se chama “Xô, xixi”. A ideia é que nós temos uma população muito velha, muito idosa aqui em Lages, então essa questão da incontinência urinária ela pode ser trabalhada também preventivamente. Ou então, ao invés de apenas a fralda geriátrica, você fazer todo um terapeuta ocupacional, nós temos muitos desses pacientes que hoje estão dentro de casa, eles tem vergonha de sair. A ideia é a gente fazer. Essa equipe tem um urologista participando, quem está coordenando é um assistente social. A ideia é a gente tirar uma estatística desse projeto para depois estender. A gente pensa que dá para daí reduzir o número de fraldas geriátricas. Nós tivemos um caso de um dos pacientes que quando faleceu, tinha quase mil fraldas na casa dele. E a determinação era de noventa fraldas por mês, então estava sobrando e ele estava continuando a pegar, estava estocando fralda. Então se não tiver uma política pública que faça esse controle e que busque a prevenção e busque inseri-lo enquanto cidadão aí vira só doença, tem que voltar pra saúde. É uma experiência que a gente tá iniciando bem interessante.

O “Xô, Xixi” trabalha em uma lógica de acompanhamento, e não somente de fornecimento. Os relatos sustentam que o modelo adversarial do processo judicial ajudaria pouco nesta questão. O projeto não somente permite a efetivação do direito dos cidadãos, mas evita o desperdício e reforça que a política deve considerar as especificidades das demandas.

Vale dizer que, a partir do diálogo institucional, foi criada uma “fabriqueta” de fraldas em Lages para baratear o custo, que seria maior se as fraldas fossem compradas diretamente de fornecedores. Este projeto ainda contou com a participação da maçonaria local, conforme se observa no relato do juiz:

Nós montamos uma fabriqueta, porque no início não tinha apoio do poder público. A maçonaria doou uma máquina, a outra gestora comprou via consórcio as fraldas, então a maquininha funcionou quase um ano. Aí depois o secretário de Saúde disse que isso era com eles e montou um programa e hoje o município tem um programa estruturado. Mas você tem que partir às vezes atrás de alguma alternativa pra entender melhor o problema. Faz um piloto por um tempo. Se funcionou por um tempo, a gente já consegue internalizar algum conhecimento pra melhorar lá na frente.

Assim, a partir de inovações institucionais, a experiência de Lages tem buscado desenvolver parcerias que contribuam para a efetivação dos direitos, especialmente a saúde.

Outro projeto é o “Alô, Elô”, voltando para a prevenção ao câncer de mama. O projeto nasceu de um problema pessoal que a secretária do juiz passou e o sensibilizou, provocando uma política pública integrada entre o Executivo e o Judiciário, e que também contou com parcerias.

Eu tive uma secretária que teve câncer de mama e ela já está há vários anos comigo e eu não sabia lidar com aquilo. O que nós fizemos? Como eu tenho demanda, eu tenho processo, eu disse: “vamos aprender, vamos usar o caso dela para gente aprender a lidar”. Então nós criamos um programa para dinamizar a questão da conscientização da prevenção do câncer de mama para ser articulado junto

com as outras entidades municipais. Nós terminamos encontrando essas entidades bastante fragilizadas. Eu disse: “então vamos colocar gás. Então nós começamos a fazer um processo de articulação”. Então, nos últimos dois anos, em função do “Alô, Elô”, a gente está ajudando a articular na sociedade civil essas questões. Eu inseri essa minha secretária dentro desse programa. Ela vai nos municípios dar palestras e passa a se articular lá. Então isso exige que você tenha de parar para fazer uma reunião, tem que fazer o planejamento e você deixa de produzir.

O projeto “Alô, Elô” tem sido um importante instrumento de educação em saúde, decisivo para uma nova forma de atuação integrada entre Executivo e Judiciário na prevenção e promoção da saúde em Lages.

Todos esses projetos e a própria experiência de Lages enfrentam um desafio constante: a transição política no Executivo. Como os gestores cumprem mandatos e não necessariamente são concursados, os relatos apontam que o maior desafio para a continuidade do diálogo institucional tem sido a alternância de poder. É comum observar nos entrevistados a preocupação em renovar a vontade política e o comprometimento da gestão com os projetos. Quando determinado projeto “não dá certo”, seu insucesso é frequentemente atribuído à transição governamental. O relato do juiz, a seguir, reforça essa ideia:

Por que muitas experiências não dão certo? Porque o processo todo depende de um período de maturação muito grande e o processo político brasileiro não permite isso. Por quê? Porque nós temos eleições de dois em dois anos. Aí mudam, ora municipal, ora estadual, então isso muda o gestor da saúde. Se nós formos analisar todos os gestores da saúde do município de Lages ou do estado de Santa Catarina, nós vamos perceber essas trocas. Então você começa o processo de diálogo e daí seis meses depois oito meses depois você já tem um outro e tem que recomendar. E outra coisa: nós temos que lembrar que o juiz também tem a carreira, então o fato de eu estar há dez anos aqui nessa comarca é uma exceção. Todas as demais unidades, se nós formos comparar aqui da comarca, elas não têm, eu sou o juiz o segundo mais antigo na unidade. Mas em todas as demais unidades a dinâmica é muito grande. Então eu penso que o maior, onde é que está a questão toda, onde é que está o grande problema da saúde pública no Brasil? É que em todo o país acontece esse processo de você mudar as pessoas, você muda as pessoas fazendo o processo político e aí a experiência acaba. Aquela iniciativa, aquele avanço do SUS, retrocede. O aspecto da intervenção positiva do poder judiciário retrocede porque daí volta aquela questão mais legal/judicial.

E quando “dá certo”, os entrevistados afirmam que é fruto do comprometimento e da vontade política, atrelada à própria convivência e parceria entre os atores políticos e jurídicos durante anos. O relato do mesmo juiz reforça isso:

E por que que a gente conseguiu hoje chegar nesse ponto que nós chegamos? Porque como eu estou há dez, 11 anos nesse processo, todas as pessoas que eu conheci ao longo do tempo, houve assim... Acho que os astros se colocaram e o que tava no município está no estado, o que estava no estado está na regional. Então essas pessoas que ao longo desses últimos anos, todas elas hoje estão ocupando cargos invertidos, mas todas elas estão. Então aquela pessoa que trabalhou comigo quando ela estava no município, hoje ela está no estado. Aquela que estava no estado, hoje ela está na regional ou no município. Ou seja, embora sejam outras pessoas, não são outras, são as pessoas de antes que trabalharam no projeto em algum momento. Então fica um trabalho mais interessante porque a gente consegue reverter a questão dessa mudança de pessoal.

Como visto anteriormente, a transição governamental não fez que os novos gestores deixassem de lado as conquistas feitas na gestão anterior em termos de diálogo institucional com o Judiciário. Inclusive, a “ida” dos gestores para novos cargos e posições permitiu que os projetos se ampliassem e ganhassem novos apoios institucionais. No caso de Lages, a transição (que, em tese, é dificultosa) foi convertida em algo que pode auxiliar na efetivação da saúde. A despeito das dificuldades que toda transição governamental possui, a mudança foi também usada para ampliar os projetos.

Observa-se ainda nos relatos uma crítica aos cargos comissionados, que podem atrapalhar a continuidade dos projetos e o comprometimento com o diálogo institucional. Conforme salienta um juiz:

Eu penso que essa questão que você levantou dos cargos comissionados, ela é um agravante que nós temos porque esses cargos comissionados são indicações políticas. Veja, se nós tivéssemos uma eleição no Brasil a cada cinco anos, você teria quatro anos pra trabalhar entre uma eleição e outra, mas de dois em dois anos é muito dinâmico isso. Então você não consegue criar esse padrão no funcionalismo público, agora a questão do cargo comissionado ela tem uma agravante porque o SUS ele é um processo contínuo de aprendizagem. O SUS não é algo pronto é algo que você tem de estar construindo e se capacitando pra ele e com a evolução. Se a gente for levantar as doenças, a promoção da saúde, ela não é estática, pra cada grupo etário, pra cada período econômico novas doenças, novas situações vão surgindo. Então isso é muito dinâmico. Então o pessoal da saúde precisa estar se capacitando constantemente e aí se você não tem essa massa, o processo se perde. O que você levou milímetros pra avançar em um ano você regride um metro.

Portanto, para o sucesso dos projetos em Lages, foi necessário constituir um espaço de diálogo e comprometimento que promovesse a mudança de mentalidade na gestão, assim como se promoveu a mudança de mentalidade no Judiciário. A conjugação das novas formas de abordar os problemas e as soluções em saúde fez que a mudança de mentalidade, a despeito das transições governamentais e dos cargos em comissão, contribuísse decisivamente para a efetivação do direito à saúde. Os relatos abaixo são exemplificativos disso:

O poder público brasileiro como um todo, a administração pública é extremamente engessada. Para você criar um programa novo envolve novas atribuições de quem, pelo cargo, já tem definidas quais são as atribuições. Então é muito difícil a gente trabalhar com um servidor público que atua apenas naquele quadradinho, naquelas atribuições, daquelas funções. Fica difícil porque ele tem a cultura voltada pro trabalho burocrático. Você convencê-lo a superar isso é uma luta diária, então você tem de buscar parcerias onde você consiga trazer pessoas que vão oxigenando o grupo. Você vai ter esse profissional ali, mas daí ele é contagiado pelo outro. Eu penso que nós tivemos sucesso nesse trabalho porque nós conseguimos que o grupo fosse composto de profissionais de diversas áreas e com vínculos diversos. Se nós pensarmos em padronizar isso e chegar nessa foto final, não vai funcionar. Sem plantar a nossa experiência hoje sem um caminho pra construir, em seis meses, um ano essas experiências caem todas, elas não têm sobrevida (juiz).

Um dos obstáculos que eu vejo é a burocracia, os recursos humanos também nos angustiam um pouco, por que como toda a profissão tem profissionais extremamente comprometidos e profissionais que estão apenas cumprindo horário, salário, mas de repente falta aquele esforço um pouco maior que eu vejo aqui enquanto a gerência, mas que em todo lugar tem toda a profissão tem. A burocracia

e essa falta de interesse de alguns servidores nos angustiam. Me incomoda de ver um paciente vindo aqui com a receita medica precisando de uma certidão negativa, sendo um exame com urgência e de repente a pessoa diz: “ah não! Isso aqui é ali no município”. E sai o paciente caminhado naquele sol e chegando lá ouve “ah não é aqui”. Essa peteca me incomoda muito. Isso eu acho que faz que nos percamos pontos (gestora regional).

Temos que trabalhar o comprometimento das pessoas. Se eu continuar fazendo o do outro ele nunca vai fazer, então ele vai ter que fazer (gestora do consórcio).

Permanência, vontade política e comprometimento são as palavras mais comuns nos relatos e fizeram que as estratégias extrajudiciais de Lages contribuíssem de maneira original para a efetivação do direito à saúde.

4.2.4. Fatores da experiência e resultados alcançados

A experiência de Lages foi formada a partir de uma vivência pessoal de interação entre o juiz e os gestores. Ao longo do tempo, esta relação informal se traduziu em estratégias eminentemente extrajudiciais de promoção, prevenção e recuperação da saúde, utilizando-se principalmente do Consórcio Intermunicipal e do Núcleo de Conciliação.

Entre os fatores de inovação da experiência, é possível destacar alguns no âmbito do Consórcio e outros no âmbito do Núcleo. No Consórcio, é possível citar:

- » Criação de um padrão comum de atuação em toda a região, que evitou sobreposições e racionalizou os gastos e investimentos.
- » Diálogo do Judiciário com os gestores de saúde em prol de medidas efetivas de melhoria da comunicação formal/informal, que contribuiu para o estabelecimento de diversos projetos institucionais.
- » Redução dos conflitos colaterais em decorrência da dificuldade de acesso à saúde pública com uma atitude proativa dos atores políticos e jurídicos que buscasse a prevenção, promoção e educação em saúde.
- » No Núcleo, é possível citar:
 - » Verificação da real condição do paciente por meio de contato pessoal com este por meio de agentes comunitários de saúde especialmente capacitados pelo Núcleo.
 - » Integração do paciente aos programas e medicamentos que são oferecidos pelo SUS e seu acompanhamento ao longo do tempo por meio do Núcleo.

- » Integração entre os órgãos da saúde (municipal e estadual) com o paciente, Defensoria Pública, advocacia pública e Ministério Público, além do Poder Judiciário.
- » Agilidade nos procedimentos administrativos e nos processos judiciais, especialmente com a satisfação administrativa de diversas demandas de insumos, produtos e serviços.
- » Conscientização dos agentes políticos quanto às políticas públicas de saúde e a mudança de mentalidade para a construção do diálogo institucional entre Executivo e Judiciário.

4.3. Brasília/DF

4.3.1. Apresentação

Por se tratar de uma metrópole e da capital do país, Brasília enfrenta desafios de interlocução entre os Poderes na efetivação do direito à saúde. Inclusive, a distância geográfica entre os atores políticos e jurídicos – que não ocorreria em cidades menores – é um fator que contribui com tal distanciamento. Como se trata da capital federal, em Brasília também estão as sedes dos três Poderes, Ministérios, Autarquias etc., o que faz que o diálogo institucional seja pulverizado e heterogêneo.

No caso da saúde, observa-se uma peculiaridade em Brasília: por estar no Distrito Federal, a atuação das instituições jurídicas e políticas deve englobar as competências de município e de estado. Isto faz que as responsabilidades na efetivação da saúde sejam ainda maiores e gera desafios que vão resultar na judicialização da saúde.

A experiência de Brasília se desenvolveu a partir de uma iniciativa do Comitê Distrital de Saúde. O Comitê foi criado a partir de uma resolução do CNJ, que estabeleceu a necessidade de as unidades da federação atuarem no monitoramento das demandas judiciais em saúde, além de proporem medidas concretas de aperfeiçoamento do Judiciário na efetivação desse direito. Nesse sentido, o Comitê fomentou e organizou a criação de uma estrutura que buscasse promover a conciliação pré-processual de demandas que envolvam insumos, produtos e serviços de saúde. Foi criada em 2013 a Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis). A experiência da Camedis é fruto do trabalho de articulação institucional realizado no Comitê, que possibilitou a criação de um espaço de mediação para resolução extrajudicial de conflitos por meio de conciliação e mediação entre os cidadãos e os gestores do SUS.

Com o tempo, a Camedis ganhou “vida própria” e independência em relação ao próprio Comitê, apesar de ainda ser supervisionada por ele. A Camedis foi abraçada pelo Núcleo de Judicialização, situado no âmbito da Secretaria de Saúde, e pela Defensoria Pública do Distrito Federal. Isto fez que a Camedis se tornasse um espaço de diálogo entre estas instituições e, em alguma medida, uma estratégia extrajudicial de efetivação da saúde.

Como se trata de uma experiência recente, os resultados de médio e longo prazo da Camedis ainda não foram alcançados, tais como a promoção de uma cultura de conciliação e a valorização das estratégias extrajudiciais. Na experiência de Brasília, ainda se observa a cultura da litigiosidade e, como consequência, a utilização do modelo adversarial do processo judicial na efetivação do direito à saúde. Porém, os resultados já alcançados permitem compreender a Camedis como uma estratégia extrajudicial promissora, como será visto.

A experiência de Brasília se concentrou em três grandes estratégias institucionais de efetivação do direito à saúde: criar um espaço de diálogo institucional a partir do Comitê Distrital, constituir uma estrutura de resolução consensual de conflitos em saúde; e promover o empoderamento dos cidadãos a partir de soluções consensuais.

4.3.2. Compreensão dos atores

A experiência de Brasília tem algumas concepções que foram construídas pelos atores políticos e jurídicos, fundamentais para seu desenvolvimento. Essas concepções foram decisivas para as ações que esses atores adotaram no estabelecimento compartilhado de estratégias de efetivação do direito à saúde, especialmente porque pautaram o modo como atuaram na efetivação desse direito. Portanto, é possível elencar as duas principais: a) uma visão do direito à saúde relacionada ao que é oferecido pelo SUS, sendo este o limite do que deve ser ou não concedido, fornecido ou efetivado; e b) a busca de uma mútua capacitação entre os atores políticos e jurídicos.

Concepção de saúde relacionada ao SUS

Os entrevistados apresentaram uma visão de saúde condicionada ao que é oferecido pelo SUS. Em regra, observa-se uma concepção ampliada de saúde, relacionada a outros elementos, tais como esporte, moradia, alimentação etc. Porém, na experiência de Brasília, concebeu-se o direito à saúde como aquilo que é oferecido no âmbito do SUS e em suas diretrizes, objetivos e políticas específicas.

O direito à saúde seria dosado, assim, pela existência de políticas públicas reais e efetivas, que compõem o SUS nos três entes da federação e fazem parte de um planejamento

de governo. O relato abaixo, de uma gestora do Núcleo de Judicialização, é revelador dessa perspectiva:

Eu acho que hoje a população está confundindo o que é direito à saúde. Porque direito à saúde não é direito a medicamento x, y ou z, não é direito a um serviço diferenciado. É o direito à saúde que o SUS oferece. O que a população quer é muito mais do que é oferecido pelo SUS. Acredito sim que hoje o Distrito Federal oferece direito à saúde, tanto é verdade que vem gente da Bahia, vem gente de Minas, de São Paulo, de tudo quanto é lugar é atendido no Distrito Federal porque ele faz uma saúde de excelência, mais do que o Ministério da Saúde oferece. A gente oferece muito mais medicamentos do que os que são padronizados pelo Ministério da Saúde e muito mais serviços dos que os que são oferecidos pelo Ministério da Saúde. Acho que o nosso grande obstáculo é fazer com que a população entenda o que é saúde. Porque saúde para a população hoje virou um medicamento de alto custo, um medicamento experimental, um medicamento *off label*. Porque hoje o oncológico é um grande problema, porque a gente judicializa o medicamento que custa cem mil reais que vai trazer uma sobrevivência de um mês para o paciente. Eu entendo a família mais se você fizer uma viagem para a Europa você percebe que quando o paciente chega em uma fase terminal você dá remédio para dor, porque não se gasta mais tanto porque assim você está gastando dinheiro público com uma coisa que não vale mais.

Trata-se de uma perspectiva mais restritiva de saúde, inclusive condicionando sua efetivação à estabilidade financeira e administrativa do SUS. É comum observar, nos relatos dos membros da gestão, uma preocupação em demonstrar aos cidadãos que o direito à saúde não é tudo, e que sua efetivação se encontra condicionada ao que é previsto pelo próprio SUS.

Em relação à Defensoria Pública, a concepção é um pouco diferente. Apesar de reconhecer a importância de se considerar os limites do SUS, observa-se um discurso de que não se deve ignorar que algumas políticas públicas beneficiam somente uma parcela da população (em geral, com maior poder econômico). Portanto, observa-se uma perspectiva mais crítica em relação aos parâmetros estabelecidos pelo SUS e uma busca por critérios de justiça social na definição do que é o direito à saúde. A fala do defensor abaixo é exemplo disso:

O direito de ter acesso ao serviço de saúde, e aí tem que assinar a integralidade, não é acesso a qualquer serviço de saúde. É acesso a um serviço de saúde que seja minimamente eficiente e que tenha uma proposta terapêutica para o que a pessoa tem. Não precisa ser a melhor tecnologia que existe, não precisa ser o melhor medicamento do mundo, não precisa ser a terapia nova que surgiu na Malásia, mas atendimento. E o que eu tenho observado é que o nosso direito à saúde, ele depende muito da luta social por ele, infelizmente as camadas mais pobres da sociedade que são a maior parte das pessoas que a gente defende aqui tem o seu direito à saúde como algo formal, falta inclusão material. Basta você observar que boa parte dos grandes programas de sucesso da saúde pública brasileira são vinculados às doenças que afetam a população de forma horizontal, ou seja, afeta rico, afeta classe média e afeta pobre, com o exemplo da coagulopatia, Aids, câncer.

Independentemente de ser uma concepção mais restritiva e outra mais ampliativa, observa-se nos relatos uma preocupação dos atores políticos e jurídicos: o reconhecimento de que as instituições têm, entre suas atribuições, a missão de orientar a sociedade em relação ao exercício dos seus direitos, limites e possibilidades. Esta é reconhecida, inclu-

sive, como uma das principais finalidades institucionais da Defensoria Pública, apesar de também estar presente nos relatos dos atores políticos, conforme afirma uma gestora do núcleo da judicialização.

Eu acho que é uma sementinha que a gente planta com o Camedis. É uma sementinha que a gente planta com o comitê. É uma sementinha que a gente planta ligando para os pacientes, mostrando que a gente está preocupada em assisti-lo. Mas assisti-lo não quer dizer da forma que ele quer mais talvez da forma que o SUS possa oferecer. E a gente oferece muito mais do que pode oferecer, eu acho.

Esta “pedagogia institucional”, segundo os relatos, permitiria que os cidadãos tivessem maior consciência dos seus direitos e sobre como demandá-los sem excessos ou imprecisões, de um lado, mas mantendo seu núcleo de direitos, de outro.

Autocapacitação e mútua capacitação

A capacitação nos assuntos de saúde é um dos grandes desafios para que ocorra o diálogo institucional. É muito incomum que o jurista tenha algum conhecimento das questões específicas da saúde, e o inverso também é verdadeiro. Afinal, profissionais de saúde também podem desconhecer as normas jurídicas. A capacitação – formal ou informal – ganha destaque para a superação dessas deficiências.

Segundo os relatos, a falta de informações mais detalhadas dos pressupostos e do funcionamento do SUS é um obstáculo importante de qualquer projeto institucional. Sem qualquer política ou rotina das instituições jurídicas em capacitar seus quadros em saúde, observa-se que a estratégia de capacitação em Brasília tornou-se bastante informal.

Nessa localidade, as iniciativas de capacitação se tornaram iniciativas de autocapacitação e progressivamente foram se transformando para uma mútua capacitação. A autocapacitação começou com o defensor que, ao assumir suas funções, deparou-se com diversos desafios na efetivação da saúde. Com o tempo, este defensor assumiu outras responsabilidades na área e estabeleceu diversas estratégias de diálogo com os demais atores jurídicos e políticos, o que resultou na experiência aqui analisada. Observe-se o relato abaixo do defensor:

Em 2004, quando eu fiz uma matéria sobre responsabilidade social e comecei a precisar da área, fiz uma monografia de final de curso sobre judicialização da saúde. Então desde 2004 eu atuo de alguma forma na área. Como eu atuava como assessor do juiz, trabalhei um pouco com a parte de gestão na presidência da república e aqui na Defensoria. Eu sempre pesquisei na área, já dei aula na Fiocruz, já dei aula em curso de pós-graduação, então são dez anos que, ou eu trabalho ou eu pesquiso na área.

A necessidade de se capacitar derivou não somente de uma deficiência de conhecimento sobre a saúde, mas também porque é uma preferência acadêmica do defensor. Não somente ele se capacitou para desenvolver suas funções como defensor de maneira mais

efetiva, como se dedicou academicamente ao tema em seu mestrado e doutorado. Em decorrência disto, a autocapacitação foi a primeira estratégia adotada pelo defensor. Nos relatos, entretanto, também se observa um problema de capacitação nos atores políticos. É comum observar nos relatos que eles também não receberam estratégias de capacitação, conforme se observa no relato abaixo de uma gestora do núcleo de judicialização:

Na verdade não foi feito não. Porque, assim, depois que eu entrei e percebi o que era necessário eu comecei a participar de congressos. Da área de saúde, de vários, mas porque eu tive interesse, porque gosto da área. Mas não tem não.

A autocapacitação se iniciou de maneira bastante informal para todos os envolvidos na experiência, e a dedicação dos atores políticos e jurídicos foi fundamental para o desenvolvimento da experiência. Com o tempo, esses atores iniciaram uma mútua capacitação, buscando trocar experiências e conhecimentos. Isto possibilitou um ambiente propício ao aprendizado e, principalmente, o “solo fértil” para o diálogo institucional. Da autocapacitação à mútua capacitação, esses atores passaram a se relacionar mais e a pactuar estratégias em conjunto.

Vale dizer que não há menção, nos relatos, a qualquer tipo de capacitação institucional promovida pelo CNJ. De todo modo, observa-se a menção à participação desses atores em eventos promovidos pelo CNJ, além de ressaltarem a importância do Comitê Distrital de Saúde para o fomento e desenvolvimento da experiência. Como o CNJ também se encontra sediado em Brasília, sua influência sobre a experiência, mesmo que de forma indireta, é compreensível.

4.3.3. Arranjos institucionais

Os arranjos institucionais que se constituíram em Brasília permitiram que, em um primeiro momento, o Comitê desenvolvesse estratégias que, em um segundo momento, fossem abraçadas pela Defensoria Pública e pela Secretaria de Saúde. O diálogo institucional consolidou a criação da Camedis, que desenvolve estratégias extrajudiciais de efetivação do direito à saúde em paralelo com as estratégias judiciais. Nesse sentido, a litigiosidade em saúde permaneceu, mas os atores políticos e jurídicos passaram a também desenvolver estratégias para efetivar o direito à saúde independente da existência de processos judiciais.

No caso de Brasília, esses arranjos devem ser discutidos a partir de três elementos: a) a construção do projeto desenvolvido em Brasília; b) o papel da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde; e c) as estratégias formais e informais de efetivação da saúde.

A construção do projeto

O principal objetivo do projeto foi a constituição de um espaço institucional para a mediação extrajudicial de conflitos em matéria de saúde, cujos protagonistas foram a Defensoria Pública e a Secretaria de Saúde, a partir do fomento do Comitê Distrital. Buscou-se, então, criar um cotidiano colaborativo e compartilhado de efetivação do direito à saúde sob o pressuposto de que os atores políticos e jurídicos podem atuar de maneira integrada e dialogada na efetivação do direito à saúde.

A intenção foi estabelecer alternativas à solução litigiosa decorrente da falta de atendimento a que vários pacientes estão submetidos constantemente, e que em muitos casos acabaram se constituindo como regra. A intenção de criar uma estrutura institucional como a Camedis surgiu de maneira bastante informal, e foi a partir de reuniões e conversas que o projeto foi construído. O relato do defensor abaixo evidencia isso:

Desde a câmara de mediação, ela surgiu na conversa entre eu e o juiz que era subsecretário. A gente tinha um volume muito grande de ofícios que encaminhávamos e ele perguntou se nos casos mais complexos poderia ir para um lugar lá que eles têm que é uma área de conversa e negociação, para a gente levar e discutir esses casos. Eu peguei esse convite e transformei em uma ideia de institucionalização da conversa de casos graves e sugeri a ele para fazer de forma institucionalizada, de criar realmente uma câmara de mediação e transformar isso em um lugar de interface melhor entre a Secretaria de Saúde e a Defensoria Pública para conduzir casos que tem possibilidade de mediação. E aí nós conversamos, ele gostou da ideia e eu levei a chefe da judicialização. Ela gostou muito da ideia, é uma médica muito aberta a situações. Eu discuti com ela o que eu pensava sobre a situação, ela me deu as sugestões dela, preparei o texto, o coordenador do comitê na época me ajudou na preparação, fechamos o texto. Aí levamos à representante da judicialização na gestão, ela leu e fez modificações. A partir daí, a gente começou a levar isso para a área jurídica. Levei a um defensor geral na época, que é o mesmo de hoje, levamos ao juiz que presidia o comitê executivo de saúde do CNJ, ele gostou muito da ideia e já ajudou a gente a levar ao secretário de Saúde, que também gostou da ideia. Marcamos uma grande reunião para discutir vários temas que envolviam Defensoria, Ministério Público, Secretaria de Saúde. Mas a reunião não foi no comitê, foi na Secretaria de Saúde, onde participou também a procuradoria do DF.

Esta informalidade foi decisiva para a criação da Camedis, porque permitiu a flexibilidade no seu desenho institucional e, além disso, possibilitou o diálogo entre os atores jurídicos do Comitê e os atores políticos da Secretaria de Saúde. O relato abaixo, da coordenadora do Núcleo de Judicialização, exemplifica a importância do “telefone” e da “conversa” nesse processo:

Eu acho que dentro do comitê distrital, que é esses que vocês irão acompanhar amanhã, o saudoso doutor Donizete, que faleceu, ele que iniciou o processo aqui, que tentou fazer uma mediação de tudo que acontecia. Ele tentava mediar as brigas entre a secretaria e o Ministério Público, entre a secretaria e a Defensoria Pública, sempre foi um excelente mediador. E na época, o defensor coordenador do projeto começou a namorar o processo e foi indo. A gente foi conversando, eu tentava fazer e às vezes ele mandava um ofício para mim e pelo ofício da Defensoria, que é antes da judicialização, eu falava: “Deixa eu ver. Vou tentar resolver assim”. A gente percebeu que poderíamos ir além do que resolver por telefone. A gente resolvia muita coisa por telefone: “Deixa que eu resolvo isso”; “Não precisa não, eu resolvo isso.”. As coisas foram indo até que tivemos de institucionalizar. Não dá para ser eu, você, as

pessoas. Tem que ser as instituições, porque a pessoa vai embora, mas a instituição fica. Foi um namoro longo, um ano de discussões para ver como seria, onde seria, quem participaria. No início, a procuradoria ia participar e depois a procuradoria não quis, não teve interesse em participar naquela época. Atualmente o novo procurador geral tem interesse em participar. Quando foi em 2012, a gente começou a sentar e a escrever: “vamos fazer várias reuniões, vamos cortar isso, vamos fazer isso, aquilo”. E daí fomos alterando onde poderia, quem seria, como faria, quem faria. Até que chegou e foi publicada em fevereiro de 2013. O defensor precisava se estruturar lá também e eu precisava me estruturar aqui. Por quê? Quando ele começou a mandar, eu olhava e pensava: “E agora?”. A gente pensa que é simples. Eu precisava conversar com todos os coordenadores que eles entendessem o que era judicialização. Eu precisava que eles compreendessem o que era a Camedis. Era uma pré judicialização na verdade, porque se eu não conseguir resolver mediando, eu vou judicializar, o que é muito pior. Então foi de fevereiro até agosto quando teve nossa primeira reunião, foi quando a gente começou a perceber como é que dava.

A aposta no informal criou um ambiente propício ao diálogo institucional e fez que os atores pactuassem a Camedis como uma alternativa ao modelo adversarial do processo judicial. Observe-se o relato abaixo, de um defensor que atua no projeto:

O primeiro encontro da Defensoria com a Secretaria de Saúde não foi fácil, porque iniciou com a judicialização da saúde. Realmente foi no contato judiciário, não havia conversa, era sempre um triângulo que tinha só um vértice que comunicava as outras partes. Só que o volume foi exigindo uma necessidade no contato e o antigo coordenador, ele que teve a primeira percepção desse problema. Assim ele iniciou as tentativas de resolução administrativa valorizando a resolução via ofício. Do outro lado, a secretaria percebeu a necessidade de se organizar e criou uma área central para receber esses ofícios dos sistemas de justiça e distribuir. E aí começou esse contato, mas ainda faltava o contato físico, o contato humano, precisava reunir e o comitê de saúde foi muito bom nesse sentido. Assim que eu cheguei, a gente começou a entrar nas reuniões do comitê. Na reunião do comitê, a gente conversa e o gestor se expressa, o gestor vê que eu não sou maluco e eu vejo que o gestor não é maluco. O gestor vê que eu não estou de má fé, eu vejo que ele é uma pessoa empenhada em resolver os problemas. Ele não é um desorganizado, ele está com um problema que existe desde eras atrás que é a saúde e não é de hoje. Ele herdou um problema e está querendo resolver e isso gera boa vontade das duas partes. E, a partir desses comitês, a então diretora da judicialização convidou a Defensoria para ir a reunião e nós fomos e depois ela veio aqui, iniciou esse contato. Então o primeiro contato entre os gestores e defensores foi o que possibilitou o início de várias mudanças, como ter o sistema de regulação, como ter acesso ao sistema de UTI. Nós não tínhamos acesso ao sistema de UTI, a gente não sabia se a pessoa estava no sistema ou não, a gente não tinha controle. Era uma burocratização muito grande. Tem uma área da secretaria que a gente manda por e-mail as coisas e às vezes a gente recebe a resposta no mesmo dia e, desse caldeirão de pequenos contatos e soluções pequenas, surgiu uma forma de resolver problemas que não são evidentemente situações de desrespeito ao paciente.

Para a criação do projeto, além do apoio do Comitê Distrital de Saúde, a Defensoria ainda se reuniu com o Núcleo Permanente de Mediação e Conciliação (Nupemec), vinculado à Corregedoria do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT). Este órgão já tinha vasta experiência na realização de mediação e conciliação no âmbito do Distrito Federal. O encontro, viabilizado pelo Juiz Coordenador do Comitê de Saúde, foi essencial para orientar os integrantes da Camedis a elaborarem o Regulamento e o modelo de Termo de Mediação, de forma que esses documentos trouxessem elementos adequados à efetivação do direito à saúde do paciente, principal interessado na experiência.

Desde o início do projeto, o Comitê desempenhou papel fundamental de articulação entre as instituições jurídicas. Por isso, não é incomum observar nos relatos certa gratidão dos entrevistados ao apoio do Comitê nesse processo. O relato a seguir, de uma gestora do Núcleo de Judicialização, é exemplo disso:

Eu acho que ele foi importante no início pra fazer com que as partes se conhecessem e comessem a perceber que a gente estava tentando buscar melhorias. Foi onde eu conheci o defensor coordenador, os membros do Ministério Público. Nós nos conhecemos e percebemos que dava para fazer uma coisa séria nessa parte. E hoje o comitê cobra por meio de seu presidente. É importante saber como está a CAMEDIS porque o Poder Judiciário vai diminuir o número de processos a entrar. Então ele começa a cobrar e sempre pergunta como está o apoio.

Vale dizer que o projeto não esteve livre de críticas e resistências das instituições jurídicas e políticas. Os relatos apontam que um dos principais desafios foi justamente a mudança de cultura e de “mentalidade” para que o projeto ocorresse e que as pactuações fossem estabelecidas. Boa parte das críticas das instituições jurídicas se concentrou em uma desconfiança sobre a isenção da Camedis na efetivação de direitos. Em geral, essa resistência também veio acompanhada de uma crítica ao modelo consensual de resolução de conflitos por conta da “cultura da judicialização com uma visão individual”, como salienta um defensor.

Nós ainda temos a cultura da judicialização. A Defensoria ano passado teve uma campanha nacional de busca pela resolução extrajudicial. Foi a campanha da Anadep. O nome deste núcleo – nós falamos núcleo de saúde porque é mais fácil de falar – é “Núcleo de conciliação e mediação de saúde”. Ele nasceu com essa vocação e isso não foi eu que inventei. Isso foi cinco anos atrás eu nem era defensor. Então criar uma comissão de mediação é a vocação desse núcleo para resolver um problema que não é só individual, ele é coletivo. Não dá para pensar na saúde individualmente senão você destrói o sistema. Quando eu entro com uma ação, eu tenho de resolver o problema daquele meu impasse, mas o sistema tem de estar de pé amanhã, porque amanhã eu irei atender mais 80 pessoas aqui. Essa é uma visão que o defensor tem que o advogado privado regra geral não preza. Nós não. Estamos pra resolver o problema de quase 14 mil pessoas por ano, que é o número de atendimentos que a gente faz.

Segundo o entrevistado, esta “cultura da judicialização” justificaria a resistência que os próprios defensores tiveram sobre o projeto em um primeiro momento. O relato aponta que a Camedis enfrentou diversos desafios políticos para ser instituída, criados principalmente a partir das instituições jurídicas, conforme se observa no relato abaixo do mesmo defensor:

Quando nós fizemos a experiência, eu sofri críticas internas dentro da instituição por alguns defensores que não queriam negociar o direito das pessoas em prol de alguma forma ajudar a secretaria. Recebi crítica por e-mail e foi pra toda a categoria. Um defensor foi lá e questionou a moralidade dessa situação: “não esperamos que não seja negociado o direito das pessoas resguardados seus direitos”. Isso como se nós fôssemos abrir mão dos direitos das pessoas pra tentar agradar à Secretaria de Saúde. Pelo contrário, nesse mesmo período que foi criada a câmara de ação, foi só aumentado o número da judicialização. Infelizmente, mas ao mesmo tempo nós sofremos de tentar judicializar.

O projeto não sofreu somente resistências iniciais dos juízes e defensores, mas também da procuradoria do Distrito Federal. Os procuradores distritais também não foram receptivos

ao projeto no primeiro momento. Inclusive, na primeira versão do projeto, caberia à procuradoria e não à Defensoria, o papel de atuar como mediadora nas audiências de mediação. Porém, quando próximos da assinatura da criação da Camedis, a procuradoria optou por não participar. Os relatos abaixo ajudam a contextualizar a questão.

Houve a princípio, por exemplo, um grande desconhecimento e muita desconfiança por parte da procuradoria geral do DF. Por outro lado o representante do judiciário no comitê distrital de saúde deu grande apoio, mesmo percebendo que não fazia parte do papel dele, mas deu grande apoio. Como o comitê não tem uma ação executiva de fato, ele não é decisório, isto não se manifestou nada além do apoio moral. Superada a fase institucional das dificuldades, nós entramos nas dificuldades pessoais, isto é, dos servidores que desconhecendo o valor do processo não se incorporam e não atuam de forma efetiva no primeiro momento, sendo necessário um trabalho exaustivo de exposição, de divulgação conceitual em geral e até mesmo de sedução para todos os entes de ambas as partes se incorpora o processo (secretário adjunto de Saúde).

O desenho inicial da Camedis, como ela foi construída inicialmente, não era para o defensor ser mediador em si. Era para a Defensoria estar no polo de demanda junto com paciente usuário do SUS. Do outro lado da demanda estaria a Secretaria de Saúde e, como mediadora, estaria a procuradoria do DF porque eles têm interesse em proteger juridicamente o gestor, mas ao mesmo tempo evitar a judicialização que senão ele teria de brigar com a gente. A procuradoria aceitou e gostou do projeto. Isso foi sendo construído, conversado, duraram boa parte do ano de 2012 as discussões sobre isso. No final de 2012, a gente teve a última reunião já com os representantes da secretaria, os representantes da Defensoria e os representantes da procuradoria para fechar o texto. Isso tudo sendo sempre muito articulado pelo juiz que coordenava o comitê. Ele foi realmente uns dos principais entusiastas e que facilitava o contato e nessa reunião nós fechamos o texto. Discutimos os últimos pontos e eu fiquei responsável por inserir as modificações e enviei. Esse envio era para ser levado para a instância política – para o secretário, para o defensor geral e para o procurador geral de justiça – aprovar o texto final e marcar o dia para assinar. Foi quando teve a surpresa, quando o procurador geral de justiça informou que não poderia participar da Camedis porque não tinham pessoal pra isso. Houve uma grande discussão porque eles têm nove procuradores na área de saúde e nós temos três defensores na Defensoria partindo inclusive de um questionamento em relação a por que a procuradoria não podia participar já que a Defensoria podia. Criou-se um impasse político e eles não puderam entrar: essa foi a justificativa oficial. Passamos daí a ter uma organização e ao mesmo tempo a Defensoria sendo demandante, mas durante a reunião tentando ser uma mediadora e tendo então reforçado essa presença do paciente e da secretaria para termos os dois polos. Nisso, refizemos o texto, foi relativamente fácil só excluímos a procuradoria e agendamos um dia para assinatura. Foi agendado esse dia no começo de janeiro de 2013. Foi uma semana na secretaria no gabinete do secretário de Saúde, ele assinou e o defensor geral assinou. Aí foi encaminhado para a publicação e foi publicado no final de fevereiro do ano passado. A partir daí começou um momento de implementar isso (defensor).

Nesse sentido, a resistência inicial das instituições jurídicas foi um desafio superado ao longo do tempo, assim como a resistência de alguns gestores. Por mais que o projeto tenha sido abraçado pela Secretaria de Saúde, ainda assim havia gestores, gerentes, diretores e coordenadores técnicos que eram avessos a ele. O argumento principal de oposição foi que o comitê estaria intervindo no cotidiano da gestão. Com o tempo, foi desenvolvido um trabalho de sensibilização que permitiu a mudança de olhar dos gestores e fez que eles “vissem isso como uma forma de resolver os problemas da população e não como mais uma ordem que vem do Judiciário para atrapalhar a vida deles”, conforme ressalta um defensor.

Fica compreensível o motivo pelo qual o tempo entre a portaria que instituiu a Camedis e o início de seu funcionamento ter sido de mais de seis meses. Após a superação de resistências iniciais para a criação, ainda foi preciso resistir a oposições internas e construir uma metodologia de trabalho da Camedis. Observe-se o relato do defensor:

Nós tivemos essa primeira reunião em setembro, então veja quase sete meses depois, quase meio ano para fazer a experiência de fato começar efetivamente e vermos os primeiros resultados. [...] Estamos tendo um elemento muito importante que é a paciência. Eu fiquei vários momentos impaciente porque foi um ano negociando pra esse negócio sair. Fiz todo o texto, produzi tudo, passamos por todas as dificuldades, depois a procuradoria saiu e me deixou muito decepcionado, porque a gente perdeu um elemento muito importante. Mas a gente teve paciência, não desandamos, não ficamos com raiva e abrimos mão, até sair a primeira reunião demorou muito e demorou por causa da Secretaria de Saúde.

Com essas resistências iniciais e impasses, foi criada a Camedis e, após alguns meses, ela começou a funcionar. Como toda iniciativa inovadora, houve um tempo de maturação até que pudesse produzir os primeiros resultados e há novos desafios a serem superados, como será visto. Porém, um elemento importante é que a Camedis passou a trabalhar de maneira integrada entre a Defensoria e a Secretaria, sob supervisão do comitê, tendo alcançado alguns resultados voltados para a solução consensual de conflitos em saúde. Como ressalta o mesmo defensor, “é um caminho que eu acho que vai dar certo e eu acho que essa esperança está do lado de lá também da secretaria e não só do lado de cá”.

O papel da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde

A Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde (Camedis) foi criada com o propósito de fortalecer os mecanismos extrajudiciais de efetivação do direito à saúde. Inicialmente, foi fomentada e estruturada pelo Comitê Distrital de Saúde e, após, passou a ser conduzida pela Defensoria Pública e pela Secretaria de Saúde, sob supervisão do comitê. Apesar das resistências iniciais, em pouco menos de um ano a Camedis já produziu alguns resultados importantes na efetivação desse direito.

A demanda por serviços públicos de saúde no Distrito Federal, em diversos casos, superava a capacidade da rede pública de saúde de ofertá-las de modo a fornecer atendimentos de qualidade e com tempo de espera razoável. Portanto, tornou-se crescente o número de pacientes que procuravam a Defensoria Pública para obter auxílio jurídico, que possui um Núcleo especializado em Saúde Pública.

Essa procura gerou um grande número de postulações administrativas, realizadas por meio de ofícios endereçados a diversos órgãos da Secretaria de Saúde, em especial à Comissão de Judicialização. Quando não eram satisfatoriamente atendidas, as postulações eram levadas ao Judiciário. Em média, eram ajuizadas cerca de 150 novas ações todo mês.

Em um primeiro momento, foram identificadas pela Defensoria algumas demandas recorrentes que poderiam ser resolvidas sem instauração de custosas ações judiciais. Percebeu-se, ainda, a possibilidade de contato mais direto entre demandantes e a gestão, sem ser necessária a utilização do modelo adversarial do processo judicial.

O ambiente de diálogo e articulação institucional viabilizado pelo Comitê Distrital de Saúde permitiu a criação da Camedis. O empenho do juiz coordenador do comitê à época foi essencial para a sua viabilização que, inclusive, foi tratada por ele como a principal conquista do Comitê Distrital de Saúde.

Outro ponto relevante foi a realização das reuniões de mediação no próprio espaço físico da Defensoria, pois o local é conhecido pelos usuários do SUS e está situado em um bairro central do Distrito Federal, com serviço de transporte público. Além disso, o local fica a poucos minutos de caminhada do principal hospital do Distrito Federal. Ressalta um defensor:

Nós também definimos que seria aqui o início das reuniões. Primeiro porque nossa estrutura aqui hoje é melhor que a deles para receber as pessoas e segundo porque a Defensoria fica no local de melhor acesso de transporte. É muito mais fácil você chegar aqui. A secretaria fica em um local muito distante, tem que caminhar muito. Então, se fosse uma pessoa de idade, teria muito problema. E, em terceiro, as pessoas sabem onde fica aqui, elas sabem onde fica a Defensoria e já se sentem mais acolhidas aqui e já conhecem o caminho e a gente tem uma estrutura montada para pessoas receberem atendimento e o início foi isso. A Defensoria encaminha, eles recebem, dão andamento, fazem a pauta, encaminham pra gente, eles mesmos chamam as pessoas, mas encaminham pra a gente saber como as pessoas vem, definem horário e as pessoas são chamadas para vir para cá e o atendimento é feito aqui na Defensoria.

Sendo assim, a Camedis foi instituída em 26 de fevereiro de 2013, por meio da Portaria Conjunta n. 1, com a finalidade de realização de reuniões de conciliação e mediação entre usuários e gestores da rede pública de saúde do Distrito Federal. O foco consistiu em evitar a judicialização de conflitos. Nesse espaço de mediação, os usuários são representados pela Defensoria Pública, que assume o também o papel de mediadora do conflito com a Secretaria de Saúde.

Segundo o artigo 3º da Portaria, a Camedis é composta por um representante titular e um suplente da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e da Defensoria Pública do Distrito Federal. Os resultados da Camedis são apresentados ao Comitê Distrital de Saúde que, inclusive, viabiliza junto ao Tribunal de Justiça do Distrito Federal a orientação e a capacitação técnica.

São atribuições da Defensoria, segundo a Portaria Conjunta n.1/2013, e de acordo com o Regulamento da Camedis: a) receber as demandas de pacientes do SUS e elaborar ofícios destinados à Camedis, a serem apreciados por sua coordenação (realizada pela secretaria); b) participar das sessões de conciliação por meio de seu integrante titular ou suplente; c) elaborar os Termos de mediação resultantes das manifestações de pacientes e da secre-

taria durante as sessões de conciliação; e d) fazer o acompanhamento dos ofícios e do cumprimento dos termos de mediação por parte da secretaria.

À Secretaria de Saúde, por sua vez, compete: a) elaborar e enviar respostas aos ofícios enviados à Camedis, dentro do prazo estabelecido de 21 dias; b) elaborar pauta para as sessões de conciliação; c) fornecer suporte administrativo e material para realização das sessões; d) participar das sessões de conciliação por meio de seu integrante titular ou suplente; e e) cumprir os acordos nos prazos estabelecidos nos termos de mediação.

Apesar de apenas a Secretaria e a Defensoria integrarem a câmara, seus avanços são objeto de avaliação do Comitê de Saúde. Foram definidos também em reunião conjunta entre os atores políticos e jurídicos os serviços de saúde que devem ser apreciados pela Camedis. Esta iniciou seus trabalhos com aspirações de mediar diversos conflitos e efetivar o direito à saúde, a saber: cirurgias eletivas, consultas, exames, internação psiquiátrica (involuntária ou compulsória, indicada por médico do SUS), materiais para pacientes não internados, medicamentos que não atendam aos protocolos clínicos, processos em trâmite com reiterados descumprimentos, sessões de câmara hiperbárica.

Por outro lado, em razão da natureza e das especificidades da demanda, ainda não podem ser submetidos à Camedis: cirurgias urgentes, consultas (1º atendimento), exames (1º atendimento), internação compulsória indicada por médico privado, materiais para pacientes internados, medicamentos padronizados, UTI. É interessante observar que a lista das demandas possíveis ou não de serem atendidas pela Camedis foi construída de maneira dialógica entre os atores políticos e jurídicos, conforme relata a gestora do Núcleo de Judicialização:

Ele falava que o medicamento era não padronizado e não adiantava, eu tentava trocar pelo padronizado, em alguns casos eu conseguia e fazia sucesso, mas aqueles que eu não conseguia não tinha como mediar. Ou eu mediava para o padronizado e o paciente aceitava ou não. Ou então era uma cirurgia, uma UTI, não adiantava mandar para a mediação, porque a UTI o paciente precisava naquele momento e eu não consigo marcar para amanhã a mediação. Eu fico, mais ou menos, um mês, quinze dias, vinte dias com um processo e marco a mediação, porque é o tempo que eu vou nas coordenações, discuto o caso, se ele realmente precisa, o que precisa naquele caso, para assim poder fazer a mediação. Então a gente foi definindo o que cabe na mediação, o que ele pode mandar para mediação, para ter sucesso. Não adianta mandar casos que não terão sucesso e que só vão perder tempo do paciente, porque o paciente não vai ser atendido na mediação, vai perder o tempo de todo mundo. Então a gente começou a perceber o que poderia ser capaz de ser mediado. Aí foi quando foi criando, aí criou-se a mediação por isso.

A respeito do que pode ou não pode ser submetido à Camedis, um defensor salienta:

Se a gente vir de forma quantitativa, ela é pequena. Menos de 10% das resoluções administrativas nós encaminhamos para a Camedis, uma quantidade pequena ainda. Mas elas são qualitativamente importantes, porque são casos que ou chegamos em um impasse que vai ter de resolver judicial e às vezes são coisas muito simples como o caso clássico da consulta, porque ajuizar uma ação para uma

consulta é uma irracionalidade. [...]. Então temos encaminhado para as áreas que tem de fazer a consulta. Não agendou a consulta, daí encaminhamos para a Camedis. Então apesar de quantitativamente não ser muito, porque muita gente encaminha e já se resolve, mas o que a gente retorna e manda para a Camedis são casos mais complexos, mais graves que não se resolveram em vias normais e a Camedis é a chance de resolver isso de forma extrajudicial. [...] Nós também temos outros casos em que o programa é complexo, um exemplo, transporte de pessoas que fazem diálise, temos toda uma organização para transportar as pessoas que fazem diálise em questão do organismo enfraquecido e têm vezes que é só um ajuste fino. A pessoa tem o transporte para ir à tarde para o hospital, mas a vaga dela é de manhã. Então tem de adaptar isso, só que muitas vezes o transporte tem de ser dado por um hospital que é da região dela e ela quer ser atendida em um hospital de outra região, em outra cidade satélite de Brasília. Então envolvem duas direções, a gente tenta contato e muitas vezes não conseguimos falar diretamente com essas direções, então não conseguimos articular isso. Logo, encaminhamos a Camedis que ela faz esse ajuste fino, que são situações que podem ser resolvidas. Você vai precisar de uma articulação fina da secretaria que é algo que não conseguimos ter que nós não conhecemos tão bem a secretaria quanto ela própria.

Essas demandas são enviadas pela Defensoria por meio de ofício específico endereçado à Camedis. Após o recebimento, é feita uma primeira apreciação pela coordenação. Em seguida, a Secretaria apresenta uma resposta em até 21 dias com três possibilidades: a) atendimento integral à demanda pretendida, nos termos do pedido formulado no ofício da defensoria; b) negativa de atendimento à demanda pretendida; ou c) atendimento parcial à demanda pretendida, com formulação de proposta a ser apresentada em sessão de mediação.

Nas duas primeiras hipóteses, a resposta é realizada por ofício encaminhado à Defensoria. No caso da terceira hipótese, é elaborada uma proposta de pauta para a realização de reunião de conciliação que, em geral, reúne diversas demandas. A pauta é formulada observando o mínimo de três dias de antecedência em relação à data da sessão de mediação. Vale dizer que chamou atenção o fato de o orçamento da Secretaria de Saúde buscar contemplar ao máximo os pedidos judiciais e extrajudiciais, além do orçamento específico para a compra de medicamentos ser também significativo.

As sessões são realizadas com a presença de, pelo menos, um integrante da Secretaria e um da Defensoria, além do usuário do SUS. Nessas sessões, busca-se o atendimento da demanda do usuário, com a tentativa de aliar suas expectativas a restrições e desafios fáticos de atendimento por parte da Secretaria. Quando ocorre o acordo, é feito um instrumento denominado Termo de Mediação. Eventualmente, outras instituições voltadas para a realização do direito à saúde também participam das sessões, tais como o Ministério Público, a Defensoria Pública da União e o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Isto faz que a Camedis seja concebida pelos atores jurídicos e políticos como uma forma de humanizar a efetivação das políticas de saúde, conforme salienta um defensor:

Então esse espaço que surgiu do prévio contato, depois humano e agora humano institucional que junta o usuário do SUS no meio. A gente põe o elemento humano do usuário do SUS ali no meio como fator central surgiu agora, mas ele vem desse processo de aproximação. Tanto é que a negociação se

fez sem o judiciário da Camedis. Ela foi fomentada pelo CNJ por meio do comitê, mas não na figura de juiz, e sim na figura de um coordenador, de gestores e de pessoas do meio da justiça. O mediador não estava ali com um magistrado, ele estava ali como agente político e um servidor público, ali ele estava fazendo realmente a função que o CNJ deu para ele não que o judiciário deu para ele. Então eu acho que foi isso que permitiu que a experiência que a meu ver está dando certo.

Isto faz que a Camedis seja concebida como uma experiência positiva. Por mais que ela não tenha reduzido a judicialização e que não contemple todos os tipos de demandas em saúde, a experiência tem dado passos importantes para a valorização da mediação. Nas palavras do mesmo defensor, “a experiência ainda não deu certo, ela está dando certo, o primeiro fator foi as partes se conhecerem”. Isto ganha especial relevo no caso da Defensoria, pois, segundo salienta a gestora do Núcleo de Judicialização da Secretaria, 99% das demandas vêm da Defensoria.

O diálogo constante entre a Defensoria e a Secretaria e a progressiva ativação da Secretaria pela Defensoria fizeram que a gestão buscasse se aperfeiçoar ainda mais para atender com eficiência as demandas. O Núcleo de Judicialização, que se situa no interior da Secretaria, foi ampliado não somente em função das demandas judiciais crescentes, mas principalmente por conta do diálogo institucional promovido com a Defensoria. Observe-se o relato de uma gestora do Núcleo:

Em quatro anos, passamos de quatro funcionários para trinta e três, justamente pela quantidade. E o que fazemos hoje em dia? Nós recebemos todas as demandas judiciais cujo objeto é fornecimento de medicamentos, consulta, cirurgia, relacionado diretamente ao paciente – por exemplo, um contrato que não deu certo. Nosso caso é basicamente aquele paciente que vai na Defensoria Pública buscando uma consulta, uma cirurgia e nós atendemos aqui. Esses processos vêm pra cá primeiramente como ofícios. A Defensoria Pública faz um ofício pra gente, encaminha perguntando se não tem como a gente fazer isso, tem como resolver ou se não tem como resolver. Em alguns casos conseguimos e outros não e nós devolvemos para a Defensoria Pública dizendo como conseguimos resolver e porque não conseguimos. [...] Desses que viram ação judicial – aqui dentro hoje do núcleo, esqueci de falar da estrutura que a gente criou – foi crescendo e a gente criou uma estrutura que é bem dividida. Nós temos uma equipe de compras, porque antigamente você tinha que sair do núcleo de judicialização e tinha que passar por todo o trâmite que era da secretaria. Então um medicamento que tinha que fornecer em trinta ou quarenta dias, eu fornecia em sete ou oito meses e gerava descumprimento. Por que demorava sete ou oito meses? Porque era o trâmite normal da Secretaria. É um processo onde passa por todas as áreas, volta e as pessoas não estão preparadas pra essa agilidade, mas porque elas têm muita demanda. Eles fazem todas as compras da secretaria, todas, desde cama, geladeira, fogão, vestuário, tudo que é para a Secretaria de Saúde é feita por essa central de compras. Aí nós percebemos que o melhor que tinha era fazer as compras internamente. Então hoje a gente tem o setor de compras que são seis servidores que fazem serviços como internação compulsória, compras de medicamentos, exames etc. Toda essa parte que é feita, que a secretaria não tem. O que a gente precisa como complemento do serviço é feito pela nossa central de compras interna da judicialização. Aí nós temos uns catorze advogados aproximadamente, dois farmacêuticos, um médico e temos mais os técnicos administrativos que são o pessoal que cuida da entrada e saída de processos e que cuida da Defensoria Pública da parte de responder ofício ou não.

Nesse sentido, não somente a Defensoria qualificou melhor sua atuação a partir da parceria com a Secretaria, mas o inverso também ocorreu. A participação dessas instituições na Camedis foi decisiva para que uma auxiliasse no aperfeiçoamento institucional da outra e, em conjunto, qualificasse melhor sua estrutura e estratégias de atuação. Nesta linha, o Núcleo constituiu em seu interior um setor de compras – distinto do setor de compras genérico da Secretaria – justamente para conferir mais celeridade à compra de insumos e produtos demandados judicial e extrajudicialmente. Observe-se o relato de uma gestora do Núcleo sobre a desburocratização advinda da parceria:

Com isso, depois que a gente puxou tudo para aqui dentro – porque hoje a gente tem médico aqui dentro, farmacêutico aqui dentro e a central de compras aqui dentro –, a gente conseguiu diminuir muito, o processo quase não sai. Sai com o coordenador, pro próprio médico, mas diminuiu muito hoje em dia, porque a gente consegue agilizar esse processo de compras de sete meses para trinta, quarenta dias. Isso faz uma enorme diferença. [...] Agora a gente compra por seis meses automaticamente. No dia em que eu dou entrada no processo de compra emergencial, eu já dou andamento no processo de compra regular. Então ele já faz parte de um tipo de programa o qual ele receba continuamente para evitar descumprimentos. Senão o paciente de seis em seis meses entra em descumprimento. Acontecem casos de paciente em que de seis em seis meses é descumprido porque ele é o único paciente que recebe o medicamento “x”. Quando ele é o único paciente que recebe o medicamento “x”, vai dar deserto certamente. Eu não vou conseguir com que esse paciente tenha sucesso na compra, então ele vai dar seis meses e volta pra mim, porque eu só consigo comprar por aqui e eu só consigo comprar por aqui o que é decisão nova, eu não posso dar continuidade em compra por aqui.

Desse modo, a partir desta mútua influência entre os atores políticos e jurídicos, a experiência de Brasília adotou estratégias formais e informais de efetivação do direito à saúde a partir da atuação da Camedis.

Estratégias formais e informais de efetivação da saúde

A experiência de Brasília possui situações formais e informais de efetivação do direito à saúde. Mesmo com a Camedis, observa-se a existência de ações judiciais, apesar de a experiência desta Câmara apontar novas estratégias de efetivação da saúde baseadas no diálogo institucional e no consenso.

O modelo adversarial é frequentemente utilizado pela Defensoria Pública. Ele é utilizado tanto nos casos em que os defensores propõem as ações judiciais diretamente quanto nos casos em que o tipo de demanda não pode ser submetido à Camedis ou quando não resulta da Camedis um acordo. Apesar disso, é comum nos relatos uma tentativa de evitar a judicialização das demandas em saúde, apesar de também se observar um reconhecimento, por parte dos atores jurídicos, de que a judicialização ainda é necessária. No caso da Camedis, essa tentativa de evitar é ainda maior, especialmente pela vivência pessoal de um dos principais defensores do projeto, que, antes de se tornar defensor, foi servidor do Judiciário.

Eu já estive no lugar dos juízes lá, eu era servidor judiciário e ajudava o juiz nas minutas dessas decisões que hoje eu peço. A gente vê que não é bem assim, não resolve bem assim, dependendo da situação se você entra com a ação, não resolve o problema que o juiz às vezes abre vista para outros e depois volta aí abre vista pra ele se manifestar e quando vai olhar demorou dois meses pra tomar uma decisão. Aí tomou a decisão, até fazer o mandado e o mandado chegar no advogado do DF, já vai mais dez dias. Aí depois até ele mandar pra Secretaria de Saúde vai mais dez, até mandar pra área de compra para o hospital vai mais dez e muitas vezes você vai direto no lugar em vez de fazer esse ciclo inteiro e vai muito mais rápido. [...] Do ponto de vista técnico, muito correto, porque eu sou parcial estou defendendo como advogado e não posso mandar na secretaria. Assim, tem que ser um juiz que é supostamente imparcial. Por outro lado, é uma frustração muito grande porque a pessoa vem falar comigo, o juiz não recebe a pessoa e ela acha que eu posso resolver o problema dela como defensor. Estou de terno e gravata, uso um broche do judiciário, parece a pessoa acha que a gente tem força para resolver e eu converso com as pessoas, só que eu não posso, eu dependo de um terceiro seja ele o gestor da saúde e é dele que eu dependo mais mesmo, seja de um juiz que tem o poder de mandar na gestão quando ele não quer fazer. Só que se o juiz sair da jogada, a gente perde cerca de 90% do nosso poder de persuasão sobre os gestores.

É comum identificar nos relatos, simultaneamente, uma tentativa de não usar o Judiciário e, ao mesmo tempo, um pressuposto de que ele ainda é necessário a depender da demanda. Mas existe também o reconhecimento de que certas demandas não devem ser encaminhadas ao Judiciário porque “ele não vai resolver”. O relato do mesmo defensor abaixo é um exemplo:

E tem outras coisas que a gente sabe que mesmo encaminhando para o Judiciário não vai resolver, porque a complexidade e as minúcias do problema muitas vezes o juiz não capta. O juiz tá assoberbado, tem muita coisa e eles não leem com cuidado os casos mais complexos. Eles não conhecem o sistema de saúde como a Defensoria Pública conhece. Nós temos um núcleo especializado e os juízes não são especializados e muito menos como a própria secretaria conhece. Então eles não têm como dar uma ordem que vai organizar um problema complexo, porque eles não têm conhecimento de quais são os fatores que podem ser rearranjados para atender aquele negócio. E outras situações que basta um olhar mais preocupado que é o caso. Por exemplo, de uso de medicamentos padronizados por causa de protocolo: o que as farmácias fazem? Rejeitam, porque não está no protocolo. Agora se a pessoa pega com cuidado, leva para o coordenador, mostra, ele se sensibiliza com a importância de tentar olhar com cuidado aquilo agora porque senão vem uma ordem judicial, e com a Camedis nós estamos conseguindo isso. Por quê? Porque agora a Secretaria de Saúde está conseguindo parar e pensar sobre os casos que são levados pela Defensoria com mais cuidado. Não que não tivesse antes, mas agora eles estão olhando casos mais complexos com muito mais cuidado.

Em Brasília, a relação da Secretaria se iniciou muito mais com o Comitê Distrital do que com o Judiciário propriamente dito. Apesar de o diálogo com o Judiciário ser concebido pelos atores políticos como “ruim”, observa-se uma visão positiva da atuação do Comitê para o diálogo institucional. O relato de uma gestora do Núcleo elucida isso:

O diálogo é ruim e não são todos os magistrados que atendem a gente. Às vezes está com um problema grave, vários casos acontecem, eu pego um médico e vou lá e começo a perceber que aumentou muito o quantitativo de um medicamento “x” que é diabético e a gente sabe que não vai resolver a vida do paciente. Aí eu levo em algum juiz que é especialista naquilo. Alguns juízes me recebem, outros não atendem e não querem receber. Eu não quero que ele tome partido de um lado, mas eu quero que ele entenda a política. Então eu levo algum coordenador, alguém da área pra dizer como trabalhamos hoje.

Porque temos que trabalhar assim, qual risco o paciente corre e tal, para quando chegar uma ação pra ele, ele ter amparo para decidir e não são todos que aceitam isso. Esse é um trabalho que eu tentei fazer muito, na verdade, hoje em dia eu estou mais cansada desse trabalho. Eu percebi que mesmo quando a gente levava, a gente não era escutada por todos e muitos não queriam nossa presença lá.

A crítica da ausência de diálogo realizada pelos atores políticos também veio acompanhada da crítica a certa insensibilidade dos juízes em relação aos desafios logísticos e operacionais para se efetivar o direito à saúde. Quando comparam à Camedis, os atores políticos veem um grande avanço em termos de sensibilização e diálogo. Observe-se a fala da mesma gestora:

Tem determinação de medicamento que é pra comprar e eu não consigo comprar pelo CBPF – certificado de boas práticas de fabricação. Tá vencido e a Anvisa não deu. Como eu vou comprar um medicamento que a Anvisa diz que eu não posso mais comprar? Aí eu digo isso pro juiz e o ele diz: “tô nem aí, forneça”. Aí eu não forneço porque o laboratório não pode mais vender. Lá na farmácia você consegue comprar, mas você sabe que está comprando uma coisa que não faz sentido. Se a Anvisa não deu, é porque tem alguma trava.

Quando perguntados se o Judiciário acolhe as demandas dos cidadãos em matéria de saúde, os atores jurídicos e políticos apresentaram opiniões distintas.

Bom, o Judiciário tem sido cada vez mais criterioso. Até 2008, quase tudo ele atendia. Depois eu comecei a ver um endurecimento. A gente vê hoje demandas por cirurgias eletivas que hoje eu tenho quatro magistrados que negam e quatro magistrados que concedem dos oito magistrados. Medicamento não padronizado nenhum juiz rejeita. Quando tem urgência ou risco de morte é quase avassaladora a quantidade de deferimentos em relação a indeferimentos, mas quando não tem urgência e o juiz tem mais condição de avaliar o caso, o judiciário tem sido muito criterioso. Quando eu digo criterioso é um elogio, ele tem rejeitado coisas que tem fundamento para serem rejeitadas e acolhendo o que tem melhor fundamento. Por outro lado, eu tenho percebido nos últimos dois anos uma tendência do Judiciário a querer negar tudo. Tem alguns juízes que negam tudo, até cirurgia de câncer. Eu não sei se está acontecendo uma saturação do Judiciário, e é normal ter uma justiça defensiva. O judiciário quando começa a receber muita demanda ele começa a fechar as comportas e tenta diminuir essa demanda. Muitas vezes, a forma de diminuir a demanda é começar a rejeitar [...] A gente está indo para esse caminho. Antes ganhava quase tudo, agora estamos na fase da estabilização e cada vez mais os gestores do SUS vão ter mais proteção das ordens judiciais. Isso não ocorre porque a defesa deles melhorou, não porque eles estão mais ágeis, mas porque os juízes estão se cansando do tema eu acho. Alguns estão conhecendo e estão sendo mais criteriosos, mas alguns estão se cansando do tema mesmo, começando a segurar. Essa é a minha impressão de quem vive isso vinte e quatro horas por dia, chega de manhã e sai à noite, quando chega em casa vai escrever artigo (defensor).

O Judiciário acolhe, mas não sei se traz benefício. Eu acho que são coisas que temos de separar. Acolher acolhe, a ação entra e ela tem sua tramitação mais rápida ou mais demorada e aí estão os problemas da justiça que não cabe a nós abordar. A questão é: este acolhimento é benéfico? Do ponto de vista do indivíduo, aparentemente é. Do ponto de vista coletivo, é quase sempre maléfico, quase sempre negativo. Por que eu destaquei que às vezes para o indivíduo também não é positivo? Porque há decisões judiciais, baseadas apenas em uma prescrição médica e que nem sempre traz para o paciente o benefício esperado ou benefício esse que poderia ser obtido da mesma forma com outro tipo de procedimento que nem dependeria da judicialização, ou ainda que pode trazer de fato malefício. Então já temos histórico de situações que nós tentamos comprovar ao Judiciário que aquele ato não era benéfico, não era adequado e, no entanto, a decisão judicial não acatou esse posicionamento. Então,

ainda que a sentença transitada e julgada, passa a ser a verdade assumida perante a lei ou perante a justiça. Do ponto de vista da Secretaria de Saúde, isto nunca será absoluta verdade, porque nós não nos baseamos na lei. Nós baseamos na biologia, nos baseamos na saúde, então há um entendimento do cidadão que ele foi beneficiado e teve o medicamento supostamente ou o aparelho, ou o procedimento cirúrgico que supostamente lhe trará benefício e lhe trará salvação, quando do ponto de vista médico isso pode não corresponder à verdade (secretário de Saúde adjunto).

Acolhe. Quando eu vou pras reuniões com os magistrados eu sempre falo que se o paciente estivesse morrendo ele não estaria em casa e sim no hospital. Paciente que está em casa não está morrendo. O paciente que está em casa ele precisa de uma consulta, ele precisa ser assistido, ele precisa ser atendido, mais ele não está morrendo. Os pacientes que estão morrendo estão no hospital sendo atendidos (gestora do núcleo de judicialização).

Das concepções acima, é possível fazer duas importantes observações. Em primeiro lugar, não há consenso entre os atores sobre se o Judiciário acolhe as demandas da população, como acolhe e quais os limites e desafios desse acolhimento. Em segundo lugar, parece consensual que, independentemente de acolher ou não, deve-se buscar formas não adversariais de resolução de conflitos que sejam distintas do modelo binário do processo judicial.

Nesse sentido, a Camedis se tornou uma estratégia importante para a Secretaria de Saúde e para a Defensoria. Por razões diversas, ambos buscaram evitar o modelo adversarial e, a partir da Camedis, empreenderam-se esforços nesse sentido. Alguns relatos ainda apontam certo “alívio” quando foi criada a Camedis justamente porque possibilitaria maior diálogo institucional, especialmente entre a Secretaria – a responsável pela política de saúde – e a Defensoria – principal patrocinadora de demandas judiciais no tema. O relato abaixo, do secretário de Saúde adjunto, é elucidativo:

Quando nos foi apresentada a ideia do Camedis, a primeira impressão que eu tive é que eu tivesse chegado finalmente ao final do túnel onde estava a luz. A judicialização no país foi um dos maiores males que aconteceu para a saúde pública. Não é culpa da justiça, mas o fato é que a justiça ter entrado no SUS, rompendo principalmente com os princípios de equidade que o SUS aborda e que são basilares nele, começa a haver uma ruptura da malha de entendimento e de adequação da existência da saúde pública. Como evitar a judicialização? O único meio que nós entendemos ser possível evitar no momento é por um demérito da conciliação e, neste campo, os dois principais polos da judicialização são a advocacia, no caso representado pela Defensoria Pública, e o executor que é a Secretaria de Saúde. São, na verdade, os dois polos importantes nesse processo, porque os demais polos entram, por exemplo o Judiciário entra pra decidir, o Ministério Público entra pelas causas coletivas, então os demais polos praticamente não interferem de forma a poder melhorar ou minimizar esse processo. Esta é uma tarefa que está nas mãos da Defensoria Pública e da Secretaria de Saúde. Portanto, quando surgiu a ideia da CAMEDIS, nós abraçamos de imediato a ideia e enviamos todos os nossos esforços para que ela vingasse.

Essa visão positiva dos resultados alcançados pela Camedis e do que ela poderá ainda alcançar no futuro é comum nos relatos. Os relatos apontam inclusive a intenção dos atores políticos em fortalecê-la ainda mais, conferindo mais estrutura e maior poder decisório sobre a gestão.

A preocupação em fortalecer a Camedis também deriva da intenção de ampliar sua capacidade de atender demandas que, atualmente, ainda não são atendidas. Existem determinadas demandas que, como visto, não podem ser submetidas à Camedis e, em outros casos, é a complexidade ou urgência da demanda que impede de resolvê-la consensualmente. Observe o relato abaixo de um defensor:

As consultas e exames, temos um índice muito grande de resolução administrativa. Quando a gente sobe pra cirurgia, atos mais complexos, medicamentos de alto custo aí acaba tendo uma judicialização, até UTI a coisa mais grave que tem, a gente resolve administrativamente só que é uma resolução express. A gente manda ofício via fax e a gente espera, por exemplo, se sai de manhã nós esperamos até o final da manhã, se é a tarde esperamos até o final da tarde e eles nos respondem e mais ou menos 25% das vezes a resposta vem dizendo que já conseguiram leito. Então o fato de a gente ter esse contato prévio, a gente consegue evitar 25% da judicialização e isso é muita coisa se você pensar que a gente entrou com cerca de quatrocentas ações ano passado de UTI, juntando plantão deu umas oitocentas. Foram pelo menos duzentas ações evitadas, fazendo as contas duzentas vezes cinco mil reais, nós evitamos que um milhão de reais fossem gastos. E outra coisa: às vezes a resolução é mais rápida que se a família não recebesse resposta, ela nem ia saber.

Em outros casos, para aqueles que são submetidos com frequência à Camedis, a percepção dos atores políticos e jurídicos é que ela possui uma alta resolutividade. É comum nos relatos a menção a situações concretas que puderam ser resolvidas com a Camedis e a percepção dos atores de que este órgão “tem dado certo”. Abaixo estão alguns exemplos de demandas que foram resolvidas extrajudicialmente pela Camedis, relatadas pelo defensor:

Um problema de ressonância magnética que existia uma fila a um ano e meio atrás de treze mil pessoas esperando, ou seja antigamente esperava-se dois anos para uma ressonância. Agora são dois meses. Depois que a Defensoria levou a situação, a secretaria que se convenceu da necessidade de resolver e resolveu. A mesma coisa aconteceu com a fila de cardiologia que estava com uma fila gigante. A gente levou ao comitê, a secretaria foi provocada, fez uma reunião conosco, levou seus gestores que pensaram em uma solução, eles entregaram a solução, criaram um novo fluxo, que está melhorando. Eu estou vendo que está melhorando. Aconteceu isso também com alguns exames que eles não ofereciam, tratamento de câmara hiperbárica, eles não tinham, a gente sempre tinha que entrar com uma ação. Depois que a gente conversou, eles contrataram um lugar para fazer e agora não aparece mais. Então a gente vê uma evolução clara de vários problemas quando a Defensoria pega essas questões individuais, percebe que é um problema coletivo e leva para a secretaria. Às vezes ela resolve e temos excelentes respostas. Às vezes ela não resolve e aí viram ações coletivas do MP, por exemplo, mas nós temos uma sinergia muito boa.

Vale dizer que, nos casos em que uma sentença judicial ou uma mediação devem ser cumpridos, cabe ao Núcleo de Judicialização – instituído dentro da Secretaria de Saúde – sua observância. Observa-se, inclusive, uma preocupação em fazer o acompanhamento do cumprimento da decisão ou do acordo. A temática do cumprimento também é um desafio para os gestores, e a experiência de Brasília promoveu uma sistemática que busca evitar o desperdício, mas sem perder de vista o direito à saúde. Afirmar uma gestora do Núcleo:

Então chegou a decisão eu compro por seis meses. Descumpriu, a nova decisão cumpra-se por mais seis meses. Então, infelizmente, tem paciente que vive de descumprimento. É por isso que eu vivo

tentando: “vamos tentar mudar. Vamos marcar uma nova consulta, de repente o médico consegue mudar. A gente tem novas padronizações de medicamento, de repente tem um medicamento que se enquadra”. [...] Tem paciente que eu até lembro: “tá na hora de comprar medicamento tal para tal paciente antes que vença”. As meninas têm anotado alguns para evitar com que falte. E quando a gente sair? E quando mudar a gestão? E quando não se preocupam com você? O importante é que você tenha o medicamento padronizado justamente por isso, essa é a mentalidade que tem de mudar do nosso médico que prescreve mal.

Todos os desafios de cumprimento elencados acima fizeram que a farmácia se tornasse um grande instrumento de racionalização do fornecimento de medicamentos e também de fiscalização. A mesma gestora informa que, de três em três meses, o usuário tem de levar uma nova guia, laudo, especificações médicas etc., para averiguar se persiste a necessidade. Se “ele não levar, ele não recebe o medicamento. Por quê? Porque o paciente pode ter falecido, pode ter acontecido alguma coisa”. Assim, a farmácia exerce papel fundamental no sistema, conforme se observa no relato desta gestora:

Então a gente liga pra farmácia e eles sabem tudo da vida do paciente. “O paciente não pega há seis meses porque a gente pediu pra ele trazer uma receita nova e ele não quis trazer”. Então ele não está precisando. Se ele estivesse precisando com certeza ele teria levado a receita nova. Se precisasse de uma consulta marcaríamos. Às vezes eles falam: “Ah, é porque eu não consigo consulta”. Então nós falamos: “Péra aí! Você vai tal dia, que o médico tal vai te analisar”. O paciente não vai e assim ficamos sabendo que ele não tem necessidade. É esse trabalho que a gente tenta fazer aqui.

Considerando as estratégias formais e informais de efetivação da saúde em Brasília, alguns fatores se tornaram desafiadores para a continuidade e fortalecimento da experiência. Um dos principais desafios à efetivação do direito à saúde nesta experiência é a constante tensão entre os direitos individuais de cada paciente e os direitos coletivos. Em determinadas situações, atender às demandas específicas de cada usuário do SUS pode significar o desrespeito ao tratamento isonômico previsto no SUS. Exemplos disso são as inúmeras demandas por consultas, exames, cirurgias e internações em UTI, que são reguladas ou que dependam de “fila”. Nestas, o tratamento diferenciado a um usuário do SUS que busca a Camedis pode significar a preterição de outro paciente que não buscou auxílio de qualquer órgão do sistema de justiça. Tal situação acaba por gerar problemas de ordem prática para efetivar os acordos.

Além disso, é possível também listar o “engessamento institucional da própria gestão do SUS”, conforme salienta um gestor, por regras muito restritas de compras, especialmente aquelas advindas da lei de licitações, que tornam as compras de materiais e medicamentos lentas e ineficientes.

Da mesma forma, a recorrente demanda por medicamentos e materiais não padronizados pelo SUS também é um desafio, pois a legislação sanitária cria diversos entraves à realização de acordos administrativos para compra de produtos não padronizados. Essas

limitações – apesar de estruturantes do sistema – dificultam soluções para casos peculiares e impulsionam os usuários do SUS à busca pelo Poder Judiciário.

Outro desafio encontrado na efetivação dessa experiência é a dificuldade de adesão das equipes locais das unidades de saúde aos propósitos da Camedis, de modo que, em alguns casos, houve dificuldade no cumprimento dos acordos, mesmo após firmados pelos representantes da Camedis e os usuários do SUS.

4.3.4. Fatores da experiência e resultados alcançados

A experiência de Brasília foi formada a partir de um projeto fomentado pelo Comitê Distrital de Saúde, que depois foi abraçado pela Defensoria Pública e pela Secretaria de Saúde e se tornou a Camedis. Ao longo do tempo, esta relação entre os atores políticos e jurídicos se traduziu na busca por estratégias extrajudiciais de promoção, prevenção e recuperação da saúde, apesar de a estratégia judicial ainda permanecer presente.

Entre os fatores de inovação da experiência, é possível destacar os seguintes:

- » Sentimento de empoderamento por parte dos usuários que participam das sessões de mediação, que se mostram satisfeitos em serem ouvidos diretamente por gestores e por ouvirem justificativas oficiais e detalhadas sobre os desafios e a resolução das demandas apresentadas.
- » Diminuição do número de ações judiciais relacionadas aos casos apreciados pela Camedis, pois há um alto grau de êxito nas sessões de mediação, tanto com o atendimento integral das demandas, quanto com a oferta de soluções mediante o consenso.
- » Fortalecimento do diálogo e cooperação entre Defensoria e Secretaria de Saúde, já que ambas as instituições têm que atuar conjuntamente no sentido de promover o direito à saúde aos pacientes do SUS de forma individualizada, sem perder de vista a perspectiva coletiva da saúde.
- » Apesar de a Camedis ter nascido sob os auspícios do Comitê de Saúde, trata-se de um espaço de resolução extrajudicial de conflitos, ou seja, um arranjo institucional em que os atores políticos e jurídicos interagem com maior respeito a sua autonomia e à do cidadão.
- » Os gestores da saúde buscam atender não só às demandas por serviços e produtos já incorporados pelo SUS (padronizados), mas também aqueles ainda não incorporados pelo SUS, mas necessários pela condição peculiar de cada usuário.

- » A preparação e a realização das reuniões de planejamento alternadamente nos espaços da Secretaria de Saúde e da Defensoria Pública permitem melhor conhecimento das rotinas, dificuldades e desafios de cada instituição, além de melhor interação e colaboração entre si.

4.4. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS EXPERIÊNCIAS

A despeito das diferenças entre as experiências e de seus arranjos institucionais específicos, é possível apresentar algumas características em comum. São elas:

Reconhecimento de que as instituições jurídicas podem influenciar a política pública, então é importante fazer de uma maneira responsável e dialógica: as experiências partem do pressuposto de que a passividade institucional pode ser equilibrada com uma atuação mais ativa e extrajudicial nas políticas públicas de saúde, com foco especial no estabelecimento de pactos e acordos com os gestores para a atuação em conjunto.

Compreensão de que o modelo adversarial não é o mais adequado: a valorização da extrajudicialidade aponta para a necessidade de se criar alternativas ao modelo adversarial do Judiciário; estas alternativas podem ser desenvolvidas pelo próprio Judiciário e pelas demais instituições jurídicas, sem prejuízo dos deveres relacionados à atividade judicante. Em todos os casos, observou-se redução das ações judiciais que versavam sobre o conteúdo da experiência.

Valorização do diálogo institucional: observa-se a aposta das instituições jurídicas em promover e desenvolver radicalmente o diálogo institucional entre si e com a gestão de saúde, o que possibilita o desenvolvimento de estratégias extrajudiciais para a efetivação desse direito e, além disso, possibilita que o diálogo e a alteridade sejam ferramentas essenciais para o agir em saúde.

Dependência da vontade política e do compromisso dos atores: o desenvolvimento das experiências dependeu da vontade política para que a gestão criasse, aderisse ou estimulasse o projeto, de modo que as transições governamentais ainda podem ser um fator de impacto importante para que a experiência subsista e alcance outros resultados. O sucesso da experiência esteve diretamente relacionado à capacidade de sensibilização dos gestores e das instituições jurídicas a respeito da importância do diálogo institucional e do comprometimento entre eles.

Atuação preventiva e curativa: uma característica importante é que as experiências não tiveram atuação meramente curativa, isto é, buscando resolver problemas de efetivação do direito à saúde, mas também preventiva. Isto permitiu que, de modo extrajudicial, as instituições políticas e jurídicas pudessem atuar não somente de forma consequencialista no assunto, mas também nas causas e de maneira preventiva.

Resistência inicial e busca por sensibilização interna nas instituições jurídicas e políticas: em virtude do seu caráter inovador, as experiências encontraram resistência inicial nas instituições jurídicas e/ou na gestão para que pudessem ser iniciadas. As resistências foram superadas principalmente a partir de um processo de sensibilização dessas instituições. Algumas delas, inclusive, só acreditaram e aderiram ao projeto depois que presenciaram os primeiros resultados positivos.

Pouca articulação com os Conselhos de Saúde: um dado comum às experiências é que, apesar de privilegiarem o diálogo institucional entre as instituições políticas e jurídicas, não há uma incorporação cotidiana das instituições participativas, em especial os Conselhos de Saúde.

5

CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS DESAFIOS PARA O CNJ

A progressiva influência que o Judiciário exerce nas políticas públicas de saúde não o isenta de contradições e desafios, além de trazer um debate sobre quais são os limites e possibilidades do CNJ em contribuir para a efetivação desse direito. De fato, qualquer intervenção judicial que seja mais contínua e perene pode influenciar decisivamente o rumo das políticas públicas do ponto de vista do orçamento, planejamento, gestão, riscos etc., e com a saúde não é diferente.

Como efeito reflexo, a atuação perene do Judiciário trouxe a necessidade de este Poder reconfigurar suas estratégias e pensar em meios e formas de atuar judicial e extrajudicialmente na efetivação da saúde. Além disso, trouxe desafios cotidianos aos magistrados. Os espaços institucionais internos a este Poder – tais como o Conselho Nacional de Justiça, o Fórum Nacional do Judiciário e os Comitês Estaduais – serviram como instrumentos catalisadores de anseios e discussões em todo o Brasil.

Muito foi feito pelo CNJ nos últimos cinco anos em matéria de saúde, e talvez este seja o momento de desenvolver ainda mais estratégias para aprofundar esse direito, considerando os resultados da pesquisa aqui apresentados. A este respeito, é possível elencar três tipos de desafios que se impõem ao CNJ para o desenvolvimento de uma política judiciária para

efetivação do direito à saúde, quais sejam: a) desafios de concepção do direito à saúde; b) desafios institucionais; e c) desafios do cotidiano decisório.

Desafios de concepção do direito à saúde

Evitar a reprodução de uma visão medicalizada de saúde: a saúde é verdadeiramente um direito multifacetado, na medida em que comporta critérios sociais, políticos, jurídicos e, até mesmo, psicológicos. De fato, a saúde não se reduz à mera ausência de doença, pois envolve aspectos que se encontram relacionados ao bem-estar físico, mental e social. Isto traz um desafio ainda mais complexo para as instituições jurídicas, pois se torna fundamental promover uma visão desmedicalizada da saúde, que deve considerar o paciente como ser humano inserido em um contexto social específico e com subjetividades singulares. Ao situar como saberes privilegiados para a decisão judicial o médico e o farmacêutico, o Judiciário pode reduzir a importância do trabalho multiprofissional desenvolvido por psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas, por exemplo. A reprodução de uma visão medicalizada da saúde também pode ocorrer pela sobrevalorização do saber médico e farmacêutico no processo decisório judicial. Isto pode contribuir para uma visão restrita do problema de saúde por parte de magistrados. Em verdade, é fundamental o desenvolvimento de uma visão multiprofissional e interdisciplinar dos problemas de saúde, sob risco de forte reducionismo decisório, o que implica, inclusive, ir além do saber médico e sopesar os laudos técnicos.

Não ser refém do argumento econômico de restrição: os ideais e estratégias de governo encontram-se predominantemente ligados aos problemas e desafios que surgem no curso do mandato. Neste contexto de contingência dos programas e da necessidade de estabelecer prioridades de ação no âmbito do governo, é comum que o Estado condicione sua efetivação aos limites financeiros fáticos e à escassez de recursos. O direito, portanto, passa não mais a ser visto de forma absoluta, podendo ser relativizado sob o argumento da insuficiência de recursos. Tanto em tribunais quanto no próprio âmbito dos juristas, o debate acerca da relação entre direitos e custos econômicos tem crescido e, inclusive, tem sido objeto de defesa do Estado em diversas ações judiciais. Observa-se que os diversos profissionais do direito, estudantes, professores e doutrinadores tendem a “se apaixonar” por este argumento e a reproduzirem de maneira ingênua e superficial o que elas significam em seu cotidiano. Outro equívoco das discussões sobre argumentos econômicos restritivos é seu efeito perverso: a “luta entre cidadãos”. Abandona-se a ideia de cidadania e de sujeito de direitos para colocar um cidadão contra o outro de maneira fortemente egoística. A “luta entre cidadãos” afasta o verdadeiro foco: o dever do Estado de efetivar direitos e promover políticas públicas ao máximo. Outro equívoco refere-se à inexistência de ônus da prova de quem utiliza o argumento da reserva do possível. Ao ser reproduzida como um dogma,

isto é, como um ponto de partida inquestionável, desaparece o dever do Estado de provar que realmente não possui recursos financeiros para determinada política. De fato, este argumento econômico de restrição de direitos tem sido amplamente utilizado com forte dose de senso comum e sem versar de maneira cuidadosa sobre seus efeitos. Ele tem sido equivocadamente propagado para causar um cenário de desobrigação do Estado sem qualquer dado concreto sobre a escassez de recursos ou sobre como são alocados. De modo algum se pretende negar a existência de municípios ou estados com sérios problemas de recursos financeiros, principalmente quando se trata de direitos sociais, mas isso deve ser visto e apreciado com bastante seriedade e cautela pelas instituições jurídicas.

Desafios institucionais

Enfatizar a saúde como política de Estado: o primeiro passo consiste em reconhecer que o direito à saúde não se esgota na norma constitucional e que as políticas públicas devem ter continuidade, configurando-se como políticas de Estado, e não de governo. A primeira exprimiria a ideia de compromissos que extrapolam mandatos eleitorais, buscando englobar pactos e consensos democráticos que permitam constituir políticas duradouras, resistentes aos governos e, por isso, **de Estado**. A segunda exprimiria justamente os programas estabelecidos para ter vigência durante o mandato eleitoral, isto é, sem qualquer pretensão ou vinculação explícita de continuidade duradoura, constituindo-se como **de governo**. Como política de Estado, o direito à saúde tem os seguintes atributos que podem ser reforçados pela atuação judicial: regularidade, continuidade e qualidade. A este respeito, também é fundamental reconhecer o direito à saúde como atributo de relevância pública, que extrapola um mandato eleitoral e, em virtude desta peculiaridade, apresenta caracteres de perenidade. Com isso, a saúde exige o compromisso explícito, por parte dos governos, em tratá-la como política de Estado, cabendo às instituições jurídicas averiguar o respeito a isso. Trata-se de postura fundamental do Judiciário esta ênfase da saúde como política de Estado, reforçando o dever dos gestores de garantir a saúde de forma integral. O desafio referente à mudança de governos deve ser seriamente enfrentado pelas instituições jurídicas, inclusive pensando em estratégias supragovernamentais de responsabilização de gestores. Tais estratégias são diversas, pois variam desde pactuações com governos sucessores para que seja mantida alguma política de saúde até responsabilizações pela manutenção da continuidade das políticas. Nesse sentido, cabe também ao Judiciário atuar na criação de um sistema de **controle e efetivação**, de modo a permitir que as políticas públicas de saúde se tornem cada vez mais estatais e cada vez menos governamentais.

Intensificar o espaço de diálogo institucional: no cotidiano de suas ações, as instituições jurídicas têm a atribuição de atuar na efetivação do direito à saúde, responsabilizando e dialogando com os diversos atores sociais envolvidos em sua concretização. Em algumas

experiências brasileiras, observa-se que tais instituições têm a capacidade institucional de criar um **espaço de diálogo**, pois possibilitam a comunicação entre os principais atores que compõem o processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas em saúde em um foro comum. Isso permite pensar a ideia de **juridicização** das relações sociais (conflitos são discutidos sob o ponto de vista jurídico), sem ocorrer necessariamente uma **judicialização** (ao máximo, se evita levar os conflitos ao Judiciário). Em virtude dessa atuação, observa-se uma valorização do diálogo, de modo a gerar ações efetivas no encaminhamento e resolução dos conflitos. Além disso, contribui decisivamente para a constituição de uma política judiciária de saúde. Por meio do diálogo, procura-se resolver alguma deficiência no sistema de saúde por intermédio de meios não formais e que, por vezes, se apresentam como o caminho mais adequado, de modo a estabelecer mecanismos de responsabilização dos membros da gestão e de incorporação de conteúdos participativo-societários nos consensos estabelecidos. O recurso à oralidade permite que os diferentes atores sociais extrapolem a letra da lei para que, no interior de suas práticas cotidianas, estabeleçam consensos e negociações. Esse espaço de diálogo preconiza que formas de resolução de conflitos devam envolver uma atuação conjunta e integrada, de modo a estabelecer mecanismos permanentes e transparentes de diálogo institucional.

Articulação com mecanismos participativos: o cenário da efetivação do direito à saúde, nos dias de hoje, passa não somente por uma relação estanque e episódica entre a sociedade, que figura como demandante, e o Estado, que é o responsável pela política (Executivo) ou por resolver conflitos (Judiciário). A Lei n. 8.142/1990 consolidou espaços públicos de participação da sociedade civil na saúde – os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde – espaços relevantes para a continuidade do processo de garantia e efetivação do direito à saúde, sobretudo porque pressupõem a *horizontalização* da relação Estado-sociedade. Observam-se, entretanto, poucas iniciativas de magistrados de estabelecer essa relação perene com os Conselhos, além de outros magistrados que sequer têm ciência da legitimidade dos Conselhos e Conferências em matéria de saúde. Por outro lado, com o avanço cada vez mais forte da judicialização da saúde, torna-se importante desenvolver iniciativas cada vez mais orgânicas entre o Judiciário e os espaços participativos de saúde, o que pode contribuir decisivamente para a efetivação do direito à saúde. A prevalência do gestor na definição de quais medicamentos cabem ao tratamento, inclusive devendo ser “ouvido” previamente pelo magistrado, associado à própria prevalência dos “médicos” e “farmacêuticos” para a incorporação dos saberes e práticas clínicas no interior da decisão judicial, permite afirmar que muito ainda deve ser percorrido pelo Judiciário brasileiro em matéria de participação em saúde. Além disso, ao se desconsiderar os mecanismos de participação social em saúde, é possível que haja um deslocamento das instâncias participativas de discussão para a esfera institucional do direito. Isto pode contribuir para a desconsideração das especificidades dos atores concretos em suas práticas sociais cotidianas em prol de

uma categorização jurídica binária em perdedores, vencedores, sucumbentes etc. Assim, de um lado, as instituições jurídicas podem potencializar e qualificar as deliberações nos espaços de participação – inclusive participando deles – e contribuir para a intensificação das estratégias de efetivação do direito à saúde. De outro, tais instituições podem contribuir para o “apequenamento” ou “sufocamento” dos mecanismos participativos.

Fortalecer o Fórum Nacional e os Comitês estaduais e estimular a integração institucional
neles: atualmente, o Fórum Nacional e os Comitês estaduais têm obtido bons resultados em termos de efetivação judicial do direito à saúde. Talvez o caminho seja investir na pluralidade desses espaços, que ainda podem ser compostos por profissionais do direito – especialmente magistrados – em detrimento de outros profissionais do direito e de outros campos de saber que poderiam contribuir. Esta integração entre os Comitês e o Fórum, de um lado, e entre esses espaços com a pluralidade de contribuições se torna imprescindível para o estabelecimento de uma política judiciária para a saúde. Indo além, permite que a construção de recomendações, resoluções e estratégias tenha como pressuposto a convergência de saberes e práticas de diversos atores políticos, jurídicos e sociais, além da contribuição de instituições de ensino. As experiências pesquisadas evidenciaram a importância de trazer a pluralidade para o interior do Judiciário.

Pensar a produtividade para além do volume de sentenças, mas também pelo estabelecimento de consensos e prevenção: um dado importante sobre a mensuração da produtividade de magistrados diz respeito à produção de sentenças. Porém, no caso da saúde, é importante incorporar outras formas de mensurar a produtividade que estejam relacionadas à capacidade do magistrado de estabelecer consensos e atuar preventivamente na resolução de possíveis conflitos a partir do diálogo institucional. Isto permitiria não somente reconhecer o mérito de estratégias extrajudiciais de efetivação do direito à saúde, mas também seria um estímulo ao desenvolvimento de projetos inovadores para concretizar esse direito.

Institucionalizar as experiências, que ainda são muito dependentes de iniciativas individuais: as experiências ainda são muito pontuais, apesar de cada vez mais frequentes, sendo necessário constituir espaços para lhes dar visibilidade e para uma discussão pública a respeito de fatores de sucesso, desafios de institucionalização e, principalmente, sobre a possibilidade de replicação em outros municípios, estados ou, até mesmo, na União. A institucionalização das experiências no âmbito do CNJ permite que se registrem tais experiências, além de também criar canais de troca e de discussão sobre como aperfeiçoá-las, replicá-las e/ou adaptá-las a outros contextos.

Acesso a dados sobre o Judiciário: observa-se uma relativa indisponibilidade de dados a respeito do Judiciário brasileiro, especialmente da 1ª instância. Em praticamente todos os tribunais, observa-se uma dificuldade de acesso aos dados processuais, tipos de ação, tempo de conclusão etc. A 2ª instância e os tribunais superiores já estão mais avançados na disponibilização de dados, mas é preciso também apresentar os dados da 1ª instância aberta e diretamente. Atualmente, estes dados só são conhecidos por meio dos relatórios que as unidades jurisdicionais prestam ao CNJ, que compõem o *Relatório Justiça em Números*. No entanto, qualquer cidadão, professor e, até mesmo, pesquisador, precisa ter acesso direto a esses dados – preferencialmente *on-line* – para conhecer melhor o Judiciário e contribuir com ele a partir de propostas concretas sobre a efetivação do direito à saúde. O Judiciário deve estar mais poroso à pesquisa realizada pelos diferentes atores e à pluralidade de propostas na saúde. Não há dúvidas de que é preciso ampliar a disponibilidade dos dados para que se possa conhecer melhor, e com rigor científico, o Judiciário. Assim, poderemos identificar com toda a comunidade jurídica, em conjunto, os gargalos, tipos de processos, tempos de decisões finais e interlocutórias, probabilidades de julgamento, recorrência de utilização de jurisprudências diversas etc.

Desafios do cotidiano decisório

Capacitação inteligente de todos os atores: transitar na área da saúde enseja a necessidade de mútua capacitação de todos os atores políticos, jurídicos e participativos para a efetivação deste direito. A capacitação ainda deve ser promovida em termos institucionais, inclusive a partir da atuação dos Comitês estaduais, mas ela não pode ser meramente transmissão de conteúdo sobre direito ou sobre saúde; deve também englobar competências e habilidades práticas de mediação, construção de consenso e diálogo institucional focados em saúde. Além disso, é preciso que haja uma política de capacitação permanente, plural e cotidiana que promova o diálogo no próprio ambiente de aprendizado.

Não conceber o usuário como número: a concepção de “usuário como número” encontra-se fortemente relacionada à tradição intervencionista das políticas de saúde no Brasil, que se traduz em dois polos: o Estado, que possui o poder institucional e político de estabelecimento de tais políticas; e a sociedade civil, que historicamente se constituiu muito mais como objeto do que como sujeito ativo no seu desenvolvimento. A quantificação dos usuários em dados, tabelas e números permitiu um diagnóstico macrosocial a respeito das principais questões atinentes à saúde pública, tais como a taxa de natalidade, porcentagem de infectados por HIV etc. Por outro lado, o custo desta análise foi a incipiente ênfase na subjetividade dos indivíduos, ou, de maneira mais clara, na dimensão qualitativa da experiência social em saúde. As políticas públicas, em muitos casos, têm sido exclusivamente orientadas por esses saberes estatísticos, econômicos, sociais, políticos, jurídicos, médicos

etc. O efeito reverso pode se expressar na adoção da estatística como critério absoluto de definição das estratégias a serem adotadas nas políticas públicas, revelando-se, em muitos casos, uma desconsideração dos contextos específicos de construção de concepções e identidades dos usuários no sistema de saúde. Neste caso, a principal consequência consiste na desconsideração da subjetividade no processo de definição, execução e fiscalização das políticas de saúde. As instituições jurídicas não podem jamais reforçar esta perspectiva exclusivamente atomizante, pois os demandantes são sujeitos de direitos que clamam pela efetivação de direitos.

O protagonismo das instituições jurídicas – e, em especial, do Judiciário – não esteve isento de contradições no Brasil, mas isso é um processo compreensível. Independentemente dos diversos desafios relacionados, o fato é que a judicialização da saúde no Brasil tem reconfigurado drasticamente as responsabilidades dos Poderes para o estabelecimento de políticas públicas que atendam aos critérios de universalidade, integralidade e descentralização. Em muitos casos, trata-se de uma verdadeira política judiciária de saúde, com destaque para o trabalho que vem sendo desenvolvido pelo CNJ.

Em suma, o que se observa é que esses desafios incidem sobre a relação entre Estado, sociedade e instituições jurídicas no processo de efetivação do direito à saúde e de consolidação da saúde pública e suplementar. Cresce a cada dia a importância de se estabelecer uma política judiciária **nacional** e simultaneamente **local** para a saúde.

