PODER JUDICIÁRIO

CNJ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

RELATÓRIO ANALÍTICO PROPOSITIVO

JUSTIÇA PESQUISA

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL:

PERFIL DAS DEMANDAS, CAUSAS E PROPOSTAS DE SOLUÇÃO

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA - INSPER

RELATÓRIO ANALÍTICO PROPOSITIVO

JUSTIÇA PESQUISA

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL:

PERFIL DAS DEMANDAS, CAUSAS E PROPOSTAS DE SOLUÇÃO

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA - INSPER

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Presidente: Ministro José Antonio Dias Toffoli
Corregedor Nacional de Justiça: Ministro Humberto Martins
Conselheiros: Aloysio Corrêa da Veiga
Maria Iracema Martins do Vale
Márcio Schiefler Fontes
Daldice Maria Santana de Almeida
Fernando César Baptista de Mattos
Valtércio Ronaldo de Oliveira
Francisco Luciano de Azevedo Frota
Maria Cristiana Simões Amorim Ziouva
Arnaldo Hossepian Salles Lima Junior
André Luis Guimarães Godinho
Valdetário Andrade Monteiro
Maria Tereza Uille Gomes
Henrique de Almeida Ávila

Secretário-Geral: Carlos Vieira von Adamek
Diretor-Geral: Johaness Eck

Secretaria Especial de Programas, Pesquisas e Gestão Estratégica
Secretário Especial: Richard Pae Kim
Juízes Auxiliares: Carl Olav Smith
Flávia Moreira Guimarães
Lívia Cristina Marques Peres

EXPEDIENTE

Departamento de Pesquisas Judiciárias
Diretora Executiva: Gabriela de Azevedo Soares
Diretor de Projetos: Igor Caires Machado
Diretor Técnico: Igor Guimarães Pedreira
Pesquisadores: Igor Stemler
Danielly Queirós
Lucas Delgado
Rondon de Andrade
Estatísticos: Filipe Pereira
Davi Borges
Jaqueline Barbão
Apoio à Pesquisa: Alexander da Costa Monteiro
Pâmela Tieme Aoyama
Pedro Amorim
Ricardo Marques Thatiane Rosa
Terceirizados: Bruna Leite
Lucineide Franca
Estagiária: Doralice Pereira de Assis

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL
Secretário de Comunicação: Rodrigo Farhat
Projeto gráfico: Eron Castro

2019

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA
SEPN Quadra 514 norte, lote 9, Bloco D, Brasília-DF
Endereço eletrônico: www.cnj.jus.br

APRESENTAÇÃO

A Série Justiça Pesquisa foi concebida pelo Departamento de Pesquisas Judiciárias do Conselho Nacional de Justiça (DPJ/CNJ), a partir de dois eixos estruturantes complementares entre si:

i) Direitos e Garantias fundamentais;

ii) Políticas Públicas do Poder Judiciário.

O Eixo "Direitos e Garantias fundamentais" enfoca aspectos relacionados à realização de liberdades constitucionais, a partir da efetiva proteção a essas prerrogativas constitucionais.

O Eixo "Políticas Públicas do Poder Judiciário", por sua vez, volta-se para aspectos institucionais de planejamento, gestão de fiscalização de políticas judiciárias, a partir de ações e programas que contribuam para o fortalecimento da cidadania e da democracia.

A finalidade da série é a realização de pesquisas de interesse do Poder Judiciário brasileiro por meio da contratação de instituições sem fins lucrativos, incumbidas estatutariamente da realização de pesquisas e projetos de desenvolvimento institucional.

O Conselho Nacional de Justiça não participa diretamente dos levantamentos e das análises de dados e, portanto, as conclusões contidas neste relatório não necessariamente expressam posições institucionais ou opiniões dos pesquisadores deste órgão.

O Conselho Nacional de Justiça contratou, por meio de Edital de Convocação Pública e de Seleção, a produção da pesquisa ora apresentada.

REALIZAÇÃO:
Insper – Instituto de Ensino e Pesquisa

PESQUISADORES
Coordenadores Acadêmicos
Prof. Dr. Paulo Furquim de Azevedo (Coordenador-Insper)
Prof. Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith (Coordenador – FM-USP)

COORDENADORES DE CAMPO
Prof. Dr. Fabio Ayres (Insper)
Prof. Dr. Hedibert Lopes (Insper)
Profa. Dra. Luciana Yeung (Insper)
Profa. Dra. Vanessa Elias de Oliveira (UFABC)
Dra. Natalia Pires de Vasconcelos (FD-USP)
Dr. Danilo Carlotti (Insper)

EQUIPE DE APOIO
Profa. Maria Clara Morgulis (Insper)
Vanessa Boarati (Insper)
Lucas Cabral (IME-USP)
Matheus Falcão (FD-USP)

ASSISTENTES DE PESQUISA
Juan Jorge Garcia
Marcela de Gobbi Assumpção
Taynara Soares Mendes

AGRADECIMENTOS
Os autores agradecem a colaboração de todos os entrevistados e suas respectivas equipes de assessores.
A presente pesquisa foi desenvolvida sob responsabilidade e coordenação independente dos autores e contou com o apoio do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio do Processo SEI n. 17932/2017 - Contrato n. 05/2018, entre Insper e CNJ.
As conclusões e recomendações apresentadas não necessariamente expressam opiniões do Insper ou do CNJ acerca do tema e eventuais erros ou omissões são de responsabilidade exclusiva dos autores.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Controle do Levantamento de dados via LAI: Justiça Estadual 21
Figura 2: Controle do Levantamento de dados via LAI: Justiça Federal 25
Figura 3: Estados Pesquisa Qualitativa 35
Figura 4: Roteiro de Entrevista Semiestruturada 37
Figura 5: Sistema de Informação em uso nos tribunais 42
Figura 6: Sistema de Informação API-REST 43
Figura 7: Evolução Número de Processos de Saúde Distribuídos por Ano (1ª Instância) 46
Figura 8: Evolução Número de Processos de Saúde Distribuídos por Ano (2ª Instância) 47
Figura 9: Número de Processos de Saúde por Assunto 2008-2018 49
Figura 10: Principais Assuntos em Seis Tribunais (TJCE, TJMG, TJPE, TJRJ, TJSC, TJSP) 50
Figura 11: Número de Processos de Saúde por Assunto 2008-2018 (1ª Instância) 51
Figura 12: Número de Processos de Saúde por Assunto 2008-2018 (2ª Instância) 52
Figura 13: Principais Partes Ativas (% do total) 53
Figura 14: Principais Partes Ativas em 1ª Instância (% do total por estado) 54
Figura 15: Principais Partes Ativas em 2ª Instância (% do total por estado) 55
Figura 16: Principais Partes Passivas (% do total) 56
Figura 17: Principais Partes Passivas em 1ª Instância (% do Total) 57
Figura 18: Principais Partes Passivas em 2ª Instância (% do Total) 58
Figura 19: Número de Processos Primeira Instância 2008-2017 59
Figura 20: Número de Processos Segunda Instância 2008-2017 60
Figura 21: Acórdãos Classificados como Judicialização da Saúde por Tribunal 62
Figura 22: Ações coletivas por região (apenas Tribunais de Justiça e apenas acórdãos) 63
Figura 23: Ações coletivas por tribunal (apenas acórdãos) 64
Figura 24: Acórdãos de Judicialização da Saúde que mencionam CONITEC, Protocolos e NATs, por região do País (apenas Tribunais de Justiça) 65
Figura 25: Acórdãos de Judicialização da Saúde que mencionam CONITEC, Protocolos e NATs, por Tribunal 66
Figura 26: Acórdãos que mencionam as Relações de Medicamentos, por Região (considerando os números dos Tribunais de Justiça) 67
Figura 27: Acórdãos que mencionam as Relações de Medicamentos, por Tribunal (Tribunais de Justiça e Federais) 68
Figura 28: Divisão Acórdãos por objeto por região (apenas Tribunais de Justiça) 69
Figura 29: Distribuição dos acórdãos por assunto (Tribunais de Justiça, TRF1, TRF4 e TRF5) 70
Figura 30: Acórdãos que versam sobre medicamentos divididos por tema e região (apenas Tribunais de Justiça) 71
Figura 31: Demandas por medicamento no setor público em segunda instância (Tribunais de Justiça, TRF1, TRF4 e TRF5) 71
Figura 32: Indicadores de hipossuficiência econômica do autor da ação em acórdãos por região (inclui apenas Tribunais de Justiça) 72
Figura 33: Indicadores de hipossuficiência econômica do autor da ação em acórdãos por tribunal 73
Figura 34: Tópico 1 da base de acórdãos 75
Figura 35: Tópico 2 da base de acórdãos 76
Figura 36: Tópico 3 da base de acórdãos 76
Figura 37: Tópico 4 da base de acórdãos 77
Figura 38: Tópico 5 da base de acórdãos 77
Figura 39: Ações Coletivas no TJSP em 1ª Instância 78
Figura 40: Menção à CONITEC e seus protocolos, aos NATs e às listas de medicamentos no TJSP em 1ª Instância 78
Figura 41: 1ª Instância do TJSP – Sentenças por assunto 78
Figura 42: Demandas por medicamento no setor público em primeira instância (TJSP) 79
Figura 43: Indicadores de hipossuficiência econômica do autor da ação (TJSP) 79
Figura 44: Resultado Ações 1ª Instância - TJSP 79
Figura 45: Procedência das Ações e incidência de palavras-chave 80
Figura 46: Tópico 1 da base de sentenças de primeira instância 82
Figura 47: Tópico 2 da base de sentenças de primeira instância 82

Figura 48: Tópico 3 da base de sentenças de primeira instância 82
Figura 49: Tópico 4 da base de sentenças de primeira instância 83
Figura 50: Tópico 5 da base de sentenças de primeira instância 83
Figura 51: Distribuição anual de antecipações de tutela 84
Figura 52: Temas predominantes nas tutelas antecipadas 85
Figura 53: Atores entrevistados por estado 88
Figura 54: Estruturas institucionais para a gestão da judicialização 114
Figura 55: Número de Processos Judiciais Relativos a Saúde (LAI) a cada 100mil Habitantes 121
Figura 56: Representatividade dos Processos Judiciais Relativos a Saúde (LAI) em relação ao total de processos de 1º grau, Juizados Especiais e Turmas Recursais 122
Figura 57: Distribuição regional de processos judiciais em 1ª instância 125
Figura 58: Distribuição regional de processos judiciais em 2ª instância 125
Figura 59: Evolução da Distribuição de Processos por Tipo 1ª Instância 127
Figura 60: Evolução da Distribuição de Processos por Tipo – 2ª Instância 127
Figura 61: Filtragem de ações públicas com demandas por medicamentos 128
Figura 62: Casos de tutela antecipada 130
Figura 63: Casos da 1º instância para o TJSP 130
Figura 64: Casos da 2º instância, por tribunal 131
Figura 65: Modelo Probit: probabilidade de resultado favorável ao demandante 133
Figura 66: Decisões de 2ª instância que citam NAT 136
Figura 67: Decisões de 2ª instância que citam CONITEC 137
Figura 68: Menção ao termo “prescrição médica” em decisões de primeira instância no Brasil em processos judiciais em saúde . . . 140
Figura 69: Menção ao termo “tratamento experimental” e “off label” em decisões de primeira instância no Brasil em processos judiciais em saúde 141
Figura 70: Políticas Públicas relevantes para resposta à judicialização atualmente 148
Figura 71: Agentes institucionais relevantes 150
Figura 72: Normas jurídicas infralegais estruturantes do direito da saúde brasileiro 158

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 13

1.1. CONTRIBUIÇÕES E INOVAÇÕES DA PESQUISA 15

2. METODOLOGIA 19

2.1. LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO 19

2.1.1. BASE E COLETA 19

2.1.1.1. JUSTIÇA ESTADUAL 21

2.1.2. TRATAMENTO 26

2.2. BANCO DE DADOS – JURISPRUDÊNCIA TRIBUNAIS 28

2.2.1. BASE E COLETA 28

2.2.2. FORMA DE PESQUISA 31

2.3. BANCO DE DADOS – DIÁRIOS OFICIAIS 34

2.3.1. BASE E COLETA 34

2.3.2. TRATAMENTO E OBSTÁCULOS 34

2.4. PESQUISA QUALITATIVA 35

2.5. SUGESTÕES PARA A ORGANIZAÇÃO E ACESSO DE DADOS JUDICIAIS NOS TRIBUNAIS 38

2.5.1. DADOS DE GESTÃO PROCESSUAL DOS TRIBUNAIS 38

2.5.2. JURISPRUDÊNCIA E DIÁRIOS OFICIAIS 39

2.6. PADRONIZAÇÃO 40

2.6.1. LAI 40

2.6.2. JURISPRUDÊNCIA E DIÁRIOS OFICIAIS 41

3. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DESCRITIVA 45

3.1. DADOS DE GESTÃO PROCESSUAL DOS TRIBUNAIS 45

3.2. ANÁLISE DESCRITIVA: REPOSITÓRIO DE JURISPRUDÊNCIA DOS TRIBUNAIS 60

3.2.1. DECISÕES JUDICIAIS EM SEGUNDA INSTÂNCIA 61

3.2.2. DEMANDAS JUDICIAIS EM PRIMEIRA INSTÂNCIA TJSP 77

3.2.3. TUTELA ANTECIPADA E LIMINARES 83

3.3. PESQUISA QUALITATIVA: A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM DISTINTOS CONTEXTOS REGIONAIS (BAHIA, PARÁ, DISTRITO FEDERAL, SÃO PAULO E RIO GRANDE DO SUL) 86
3.3.1. CASOS ANALISADOS: BA, PA, DF, SP E RS 86
3.3.2. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS ATORES DOS DIFERENTES ESTADOS 113

4. HIPÓTESES E DISCUSSÃO 117
4.1. AS DIFERENÇAS REGIONAIS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE 117
4.2. ACESSO À JUSTIÇA E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE 123
4.3. DEMANDAS INDIVIDUAIS OU COLETIVAS? 129
4.4. EFICÁCIA DOS MECANISMOS DE QUALIFICAÇÃO DE DECISÕES ADMINISTRATIVAS E JUDICIAIS: NATS E CONITEC 135
4.5. IMPACTOS DAS JORNADAS DE DIREITO DA SAÚDE E SEUS ENUNCIADOS NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE 138

5. CURSO DE FORMAÇÃO EM DIREITO SANITÁRIO PARA MAGISTRADOS 143
5.1. INTRODUÇÃO 143
5.2. RECOMENDAÇÕES DE ASPECTOS RELATIVOS AOS DOMÍNIOS DE CONHECIMENTO TEÓRICO E PRÁTICO DOS MAGISTRADOS A SEREM DESENVOLVIDOS NOS CURSOS DE FORMAÇÃO 144
5.3. AS FASES DE PROTEÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NOS ESTADOS DEMOCRÁTICOS DE DIREITO 152
5.3.1. DIREITO À SAÚDE E GARANTIAS DO DIREITO DA SAÚDE 153
5.3.2. DIREITO À SAÚDE E DIREITO DA SAÚDE 154
5.4. LEGISLAÇÃO DO DIREITO DA SAÚDE 155
5.5. JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE 159

6. SUBSÍDIOS A PROPOSTAS DE POLÍTICAS 161
6.1. POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE MAGISTRADOS 161
6.2. POLÍTICA DE ACESSO À LEGISLAÇÃO SANITÁRIA E ÀS INFORMAÇÕES ESSENCIAIS SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE 161

6.3. POLÍTICA DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS ATORES QUE MOVIMENTAM A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE 162

6.4. POLÍTICA DE INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE 162

6.5. POLÍTICA DE INCENTIVO ÀS SOLUÇÕES EXTRAJUDICIAIS DE CONFLITOS SOBRE SAÚDE 163

6.6. O PAPEL DOS ENUNCIADOS DO CNJ NA FORMAÇÃO DOS MAGISTRADOS 164

6.7. VARAS ESPECIALIZADAS 164

6.8. ORGANIZAÇÃO E ACESSO DE DADOS JUDICIAIS NOS TRIBUNAIS 165

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 167

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 169

1. INTRODUÇÃO

O sistema de assistência à saúde é amplo e complexo, abrangendo uma grande diversidade de atores nas esferas pública e privada, bem como diversas entidades regulatórias e inúmeros dispositivos legais que disciplinam a relação entre esses vários atores. Se nos voltarmos apenas à Constituição Federal, por exemplo, saúde não só é parte de um conjunto de outros direitos sociais expressamente previstos, mas é um direito regulado por quatro longos artigos constitucionais que descrevem os contornos gerais da política pública e da oferta privada destes serviços, além de ser citada outras 62 vezes no documento. Sua magnitude econômica é também expressiva, atingindo aproximadamente 10% da renda nacional, tendo experimentado consistente crescimento nos últimos anos, tanto em volume de serviços, quanto em seus custos.

Além de abrangente, também é um tema que importa em frequentes conflitos políticos e judiciais. Considerando que a prestação de saúde envolve a distribuição de recursos escassos em uma sociedade complexa, com padrões epidemiológicos que aproximam o Brasil ao mesmo tempo de países desenvolvidos e subdesenvolvidos, determinar o que é prioritário e quem deve ser o foco dessas prioridades, é um tema que envolve necessariamente disputas. A chamada "judicialização da saúde", assim, é uma expressão desta disputa estrutural por recursos, mas atinge níveis ainda mais expressivos do que seria de se esperar por sua relevância no mundo das relações socioeconômicas. Um único e icônico caso, da Fosfoetanolamina, também conhecida como "pílula do câncer", resultou, no período de oito meses, em cerca de 13 mil liminares para que a Universidade de São Paulo fornecesse medicamento ainda não aprovado na ANVISA e cuja eficácia ainda não havia sido comprovada por estudos técnicos (Dallari-Bucci e Duarte, 2017). O problema não se restringe a casos isolados. O número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017[1], enquanto o número total de processo judiciais cresceu 50%. Segundo o Ministério da Saúde[2], em sete anos houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, atingindo R$ 1,6 bilhão em 2016. Tal montante, ainda que pequeno, frente ao orçamento público para a saúde, representa parte substancial do valor disponível para alocação discricionária da autoridade pública, atingindo níveis suficientes para impactar a política de compra de medicamentos, um dos principais objetos das demandas judiciais.

Também na esfera privada, a judicialização afeta direta ou indiretamente as relações contratuais entre cerca de 50 milhões de beneficiários de planos de saúde, operadoras e prestadores de serviços de assistência à saúde. Pela sua escala, a judicialização da saúde tornou-se relevante não apenas para o sistema de assistência à saúde, mas para o próprio Judiciário, que tem de lidar com centenas de milhares de processos,

1 Conforme dados apresentados no presente relatório, levantados via Lei de Acesso à Informação junto aos tribunais estaduais em primeira instância.
2 <http://www.saude.mg.gov.br/judicializacao> Acesso em: 10 de novembro de 2018.

vários dos quais sobre temas recorrentes e quase sempre contendo pedidos de antecipação de tutela ou liminares.

A judicialização da saúde é também um fenômeno de elevada complexidade. A literatura científica, por exemplo, diverge sobre quem procura o Judiciário requerendo serviços e produtos de saúde (pobres ou ricos?), diverge sobre o que requerem (medicamentos e serviços que são parte das listas, protocolos e contratos ou fora destes?) ou ainda diverge sobre os efeitos dessas ações judiciais sobre a política geral de saúde pública e privada (qual a magnitude dos distúrbios causados?). Ademais, a divergência perpassa, inclusive, os próprios pressupostos normativos do conflito, ou seja, sobre quais devem ser os parâmetros de justiça e de quem é a competência para decidir.

Dificuldades em descrever o fenômeno são acompanhadas pela dificuldade em estabelecer causas e efeitos. No âmbito da saúde privada, por exemplo, o número excessivo de demandas judiciais pode decorrer de disfunções nas relações entre beneficiários de planos de saúde e suas operadoras, sendo o Judiciário um importante locus para o cumprimento dos termos estabelecidos nos contratos e nas normas que disciplinam essas relações. As demandas judiciais podem, por outro lado, reclamar elementos que não estão previstos nos contratos e, como tal, implicar efeitos sobre os custos de contratação e segurança jurídica. Também no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as demandas judiciais podem decorrer de ineficiências na atuação da autoridade pública de saúde, que não executa a contento a política pública de saúde, ou, em contraposição, de pedidos individuais solicitando procedimentos e tratamentos não incluídos na política de saúde.

Tamanha relevância do tema tem despertado o interesse de diversos pesquisadores, muitos dos quais se dedicaram à investigação empírica desse fenômeno (para citar apenas alguns trabalhos: Gauri e Brinks, 2008; Glopen & Yamin, 2011; Ferraz, 2009; Asensi e Pinheiro, 2016; Dias e Silva Jr, 2016; Ramalho, 2016; Wang, 2015; Pepe, 2010; Vieira e Zucchi, 2007). Via de regra, contudo, esses estudos não possuem representatividade nacional e não permitem explorar a variabilidade regional dessas demandas judiciais.

O principal objetivo desta pesquisa foi o de contribuir para a compreensão da judicialização da saúde por meio de uma análise de representatividade nacional, com classificação que identifique tipos de demandas e características das decisões judiciais. Esse diagnóstico oferece elementos que podem orientar políticas judiciais para o aprimoramento da solução de conflitos na área.

Com a finalidade de garantir um estudo de abrangência nacional e que permita ainda o aprofundamento da análise em tipos de casos, esta pesquisa se desenvolveu em três níveis: a) coletou e analisou dados de gestão processual sobre os processos indexados como demandas de saúde, obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI); b) realizou mineração de dados, por meio de programas computacionais em 24 estados da Federação e dois tribunais federais, em duas fontes de dados, repositórios de jurisprudência e Diários Oficiais da Justiça; e c) desenvolveu um profundo estudo qualitativo de decisões judiciais típicas e

entrevistas semiestruturadas com atores-chave em cinco estados, representando as cinco regiões do país. A pesquisa ainda apresenta uma proposta pedagógica para curso de formação de magistrados.

A conclusão síntese que traz a pesquisa é a constatação de que não há um único fenômeno de judicialização da saúde, mas sim uma variedade considerável de assuntos, motivos de litigar e consequências sobre as políticas de saúde pública e de saúde suplementar, sobre oferta de serviços de assistência à saúde e sobre a sociedade de um modo geral. Essa miríade de assuntos está por trás da complexidade já revelada pela literatura ao tratar o tema. Desta conclusão decorre que é fundamental identificar e, na medida do possível, isolar os tipos de judicialização da saúde para que se possa compreender melhor o fenômeno e, a partir dessa compreensão, fundamentar a proposição de ações para os diversos atores envolvidos.

O relatório está dividido em sete seções, incluindo esta introdução. A próxima seção descreve a metodologia empregada em cada nível de análise e percorre as dificuldades e obstáculos, bem como as inovações produzidas por esta metodologia de pesquisa e uma subseção que condensa sugestões para organização e acesso de dados judiciais em tribunais. A seção 3 apresenta uma análise ampla do fenômeno da judicialização da saúde, por meios de estatísticas descritivas e de estudos de casos, que resultam dos três níveis de análise já mencionados. Na seção 4 são testadas algumas hipóteses levantadas pela literatura, o que permite maior aprofundamento em questões específicas. A quinta seção traz diretrizes e princípios que devem ser seguidos em cursos de formação de magistrados. Uma vez consolidado o diagnóstico da judicialização da saúde, a seção 6 discute possíveis políticas judiciais que poderiam ser adotadas com a finalidade de aprimorar a qualidade e eficiência da intervenção judicial em assuntos de direito sanitário. Finalmente, a sétima seção conclui com uma síntese da análise e possíveis implicações da pesquisa.

1.1. CONTRIBUIÇÕES E INOVAÇÕES DA PESQUISA

Esta pesquisa apresenta quatro tipos de contribuições à literatura, seja no campo de seu objeto, a judicialização da saúde, seja no campo metodológico.

Em primeiro lugar, esta pesquisa, ao combinar métodos quantitativos e qualitativos de análise de decisões judiciais, buscou dar abrangência nacional aos litígios que envolvem a área de saúde, seja na esfera do Sistema Único de Saúde, seja na esfera da saúde suplementar. Ainda que houvesse intensa atividade de pesquisa sobre o tema de judicialização da saúde, decorrente da relevância inconteste do fenômeno real, a literatura ainda não contava com um estudo que analisasse heterogeneidades regionais, contribuindo para iluminar a complexidade do tema e os vários tipos que a judicialização da saúde pode tomar forma. Além disso, a combinação de técnicas de pesquisa qualitativa e quantitativa permitiu a construção de um diagnóstico que, ao mesmo tempo, garante abrangência e profundidade, em que pese as limitações de acesso aos repositórios de jurisprudência inerentes aos estudos sobre decisões judiciais.

Uma segunda contribuição desta pesquisa, ainda no âmbito de seu objeto, foi a identificação dos princípios e normas jurídicas, bem como das competências e habilidades que devem ser adquiridas pelos magistrados por meio de cursos de formação, para fins de garantir respostas judiciárias que contribuam para a redução da judicialização e também para um cumprimento mais eficaz do direito constitucional à saúde no Brasil. Esses princípios, que podem vir a seu utilizados pela Escola de Magistratura na elaboração e desenho de cursos de formação, estão baseados no diagnóstico empírico, o qual, por sua característica inovadora, confere também às propostas referentes aos cursos de formação de magistrados a característica de uma contribuição original.

A pesquisa também trilhou caminhos novos do ponto de vista de metodologia de análise de decisões judiciais, tendo enfrentado obstáculos desafiantes que exigiram o desenvolvimento de soluções originais, bem como identificação de dificuldades de pesquisa que resultam em conhecimento relevante a todas as pesquisas que tenham por base a análise quantitativa de decisões judiciais no Brasil, não se restringindo ao tema de judicialização da saúde. Por conta da proposta metodológica original, vários desses obstáculos não poderiam ser antecipados no momento da propositura desta pesquisa, de modo que foi necessário o desenvolvimento de soluções que podem vir a ser de interesse de quaisquer pesquisadores dedicados à análise empírica de decisões judiciais.

As contribuições de natureza metodológica de maior relevo são duas. Primeiro, foi observada a falta de padrão da organização de dados e de sistemas de acesso públicos aos vários tribunais, o que tem por efeito dificultar ou mesmo inviabilizar a análise empírica de caráter geral, essencial para o desenho de políticas judiciais e demais políticas públicas fundamentadas em evidências empíricas. Com base na experiência acumulada nesta pesquisa, este relatório propõe um modo padronizado de organização do repositório de jurisprudência dos vários tribunais estaduais e federais, de modo a tornar mais eficiente a gestão de informação no judiciário brasileiro.

Uma segunda contribuição metodológica decorreu da necessidade de processamento de dados que contornasse as deficiências das bases de decisões judiciais constantes nos repositórios de jurisprudência dos tribunais. Em apertada síntese, foram identificadas duas limitações relevantes nos repositórios da jurisprudência. Primeiro, quase a totalidade dos tribunais disponibiliza apenas acórdãos, o que, a depender do objeto de estudo, pode comprometer ou limitar em excesso a análise empírica. Este é, sem dúvida, o caso da judicialização da saúde, em que muitos dos pleitos se resolve em primeira instância ou ainda na forma de tutela antecipada. Segundo, por meio do cotejo com os dados de gestão processual dos tribunais, obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação, foi possível notar que muitos dos tribunais não apresentam um critério claro ou procedimentos para a disponibilização das decisões judiciais em seus repositórios. Dessa forma, não se observa nessa fonte de dados o universo de decisões, mas apenas uma amostra cujo

critério de seleção não é conhecido pelo pesquisador, com exceção de alguns tribunais que disponibilizam a totalidade de suas decisões.

A fim de contornar esses problemas, foi utilizada a base de decisões judiciais constantes nos Diários Oficiais da Justiça, que contam com o universo de decisões judiciais, incluindo as de primeira instância e decisões em caráter liminar. A utilização dessa base, contudo, esbarra em problemas computacionais complexos, que exigem técnicas sofisticadas de processamento, as quais tiveram de ser desenvolvidas para o presente projeto e agora estão disponíveis a qualquer pesquisador. O mesmo se aplica aos métodos de coleta automatizada de dados e à sua análise por meio de ferramentas de machine learning. Como apresentado na seção metodológica, com o devido aprimoramento para outras pesquisas, esses métodos podem vir a ajudar o sistema de justiça e a academia a desenvolver diagnósticos mais abrangentes que lidem com um grande volume de dados.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa estrutura-se em três níveis de análise: a) informações constantes da numeração padronizada pelo CNJ dos processos indexados como demandas de saúde, obtidas nos tribunais por meio da Lei de Acesso à Informação (Lei n. 12.527/2011); b) informações obtidas por meio de busca computadorizada nos sites dos tribunais, seja nos repositórios de jurisprudência, seja por meio de publicação nos Diários Oficiais da Justiça; c) pesquisa qualitativa, fundada em entrevistas semiestruturadas e análise documental. Esses três níveis de análise resultam em quatro instrumentos de coleta de dados: Lei de Acesso à Informação, repositórios de jurisprudência disponível nos sites dos tribunais, Diários Oficiais da Justiça, e pesquisa qualitativa. Esta seção descreve em detalhe os procedimentos utilizados para a obtenção de dados para cada um desses quatro instrumentos, as dificuldades encontradas, e a abrangência dos dados nas dimensões geográfica, temporal e de qualidade da informação. As duas subseções a seguir apresentam, respectivamente, a descrição detalhada do processo de coleta de dados para cada instrumento e a abrangência das informações obtidas.

2.1. LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO

A Lei n. 12.527, de 2011, também conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), foi criada com o objetivo de trazer maior transparência ao cidadão quanto a informações de caráter público detidas por entes da Administração Pública Direta e Indireta, incluindo o Judiciário. Por previsão constitucional, os atos processuais de uma ação judicial são de caráter público, exceto nos casos em que a restrição à publicidade se faça necessária para defesa da intimidade ou por interesse social (art. 5º, LX, Constituição Federal de 1988).

Assim, exceto pelos casos que correm em segredo de justiça, as informações relativas aos processos judiciais podem ser obtidas via LAI. Nesse sentido, desde o começo de fevereiro até agosto de 2018, solicitações de informação via LAI foram encaminhadas aos 27 tribunais de Justiça Estadual e para os Tribunais Regionais Federais das cinco regiões por meio de seus respectivos sítios eletrônicos.

2.1.1. BASE E COLETA

A solicitação de informações via LAI, por meio dos sites dos tribunais se deu mediante o preenchimento de formulário com os dados solicitados, no caso dos tribunais que possuem formulário próprio para esse tipo de pedido diretamente no site. Quando não havia formulário próprio no site, o pedido de informações foi encaminhado por e-mail à respectiva Ouvidoria ou Corregedoria, de acordo com diretrizes do próprio site do tribunal ou diretrizes internas recebidas por e-mail.

Em todos os casos foi utilizado um texto padrão, conforme redação abaixo, eventualmente adaptado diante de limitações de caracteres nos formulários on-line dos tribunais.

> O Insper, associação educacional sem fins lucrativos, com sede na Rua Quatá, 300, Vila Olímpia, na cidade de São Paulo-SP, inscrito no CNPJ sob nº 06.070.152/0001-47, foi selecionado para realização de pesquisa sobre judicialização da saúde conforme Edital de Convocação Pública e Seleção n. 02/2017 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), cujo resultado foi publicado em 27 de novembro de 2017 no Diário da Justiça do CNJ. Tendo em vista o acima exposto e com base na Lei 12.527 de 2011, o Insper vem, respeitosamente, solicitar informações a este Egrégio Tribunal sobre o trâmite de ações que pleiteiam serviços de saúde, medicamentos, insumos, ou qualquer outro pedido correlato que envolva o tema do direito à saúde, quer ações propostas contra o poder público quer contra entidades privadas, conforme especificações a seguir.
>
> Especificações do Pedido de Informação.
>
> 1. Solicita-se lista com a numeração padronizada pelo CNJ de todos os processos em tramitação e já concluídos/arquivados junto ao Poder Judiciário deste Estado (incluindo 1ª e 2ª instâncias), desde 1º de janeiro de 2008, cujo assunto ou tema da ação tenha sido indexado, de acordo com o Sistema de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas, do Conselho Nacional de Justiça , como:
>
> a. DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS (9985) > SERVIÇOS (10028) > SAÚDE (10064), ou
>
> b. DIREITO DO CONSUMIDOR (1156) > CONTRATOS DE CONSUMO (7771) > PLANOS DE SAÚDE (6233), ou
>
> c. DIREITO DO CONSUMIDOR (1156) > CONTRATOS DE CONSUMO (7771)> SEGURO (7621), ou
>
> d. DIREITO DO CONSUMIDOR (1156) > CONTRATOS DE CONSUMO (7771) > SERVIÇOS HOSPITALARES (7775).
>
> 2. Solicita-se, somada a lista acima, se possível e disponível, a indicação, para cada processo:
>
> a. das partes envolvidas;
>
> b. do tipo de ação judicial (se processo ordinário, mandado de segurança, etc.);
>
> c. da data de distribuição;
>
> d. da data e conteúdo do último andamento;
>
> e. da localização atual do processo; e
>
> f. da comarca/vara em que o processo original foi distribuído (origem).

Desde a formulação dos pedidos foi realizado acompanhamento em todos os tribunais, via e-mail ou site, conforme o caso. A partir dessa iniciativa, obtivemos respostas favoráveis (ou seja, com recebimento de pelo menos algumas das informações solicitadas) em 21 dos 27 tribunais de justiça estaduais e somente três dos tribunais regionais federais. A Figura 1 e a Figura 2, apresentadas a seguir, compilam os andamentos dos pedidos de informação enviados e respostas recebidas.

2.1.1.1. JUSTIÇA ESTADUAL

Apesar de nem todos os tribunais estaduais terem enviado as informações solicitadas, todos eles responderam aos pedidos, exceto o Tribunal de Justiça do Estado do Pará, que não nos retornou (nem mesmo confirmando recebimento do pedido). Inicialmente encaminhamos o pedido de informação ao Tribunal de Justiça do Estado do Pará por e-mail à Ouvidoria, pois o sistema no site estava com problemas. Posteriormente, encaminhamos novamente o pedido de informações via formulário da Ouvidoria no site. A última tentativa de contato, de nossa parte, ocorreu em junho de 2018, sem qualquer resposta (Figura 1).

TRIBUNAL	1ª INST.	2ª INST.
TJAC	Recebido	Recebido
TJAL	Recebido	Recebido
TJAM	Não recebido	
TJAP	Recebido	Recebido
TJBA	Não recebido	
TJCE	Recebido	Recebido
TJDF	Recebido	Recebido
TJES	Recebido	Recebido
TJGO	Não recebido	
TJMA	Recebido	Recebido
TJMG	Recebido	Recebido
TJMS	Recebido	Recebido
TJMT	Recebido	Recebido
TJPA	Não recebido	
TJPB	Recebido	Recebido
TJPE	Recebido	Recebido
TJPI	Recebido	Recebido
TJPR	Não recebido	
TJRJ	Recebido	Recebido
TJRN	Recebido	Recebido
TJRO	Recebido	Recebido
TJRR	Recebido	Recebido
TJRS	Não recebido	
TJSC	Recebido	Recebido
TJSE	Recebido	Recebido
TJSP	Recebido	Não recebido
TJTO	Recebido	Recebido

Figura 1: Controle do Levantamento de dados via LAI: Justiça Estadual

Fonte: Elaboração Própria.

De modo geral, os pedidos de acesso à informação formulados podem ser classificados em: (i) pedidos atendidos; e (ii) pedidos negados ou não atendidos.

(i) Pedidos Atendidos

Os Tribunais de Justiça Estaduais de AC, AL, AP, CE, DF, ES, MA, MG, MS, PB, PE, PI, RJ, RN, RO, RR, SC, SE e TO encaminharam a relação de processos de primeira e segunda instância relativos à saúde, conforme a solicitação detalhada acima. Já o Tribunal de Justiça de São Paulo não atendeu totalmente ao pedido, pois encaminhou as informações somente da primeira instância e não da segunda instância.

Apesar de as informações terem sido encaminhadas por todos esses tribunais, o formato de sua apresentação nem sempre permitiu a análise das informações, por exemplo: recebemos as informações no formato de *.pdf* dos seguintes tribunais: TJAC (apenas 2ª instância em *.pdf*), TJAL, TJDF, TJPB, TJRJ (1ª instância), TJRR e TJSE. Dentre esses arquivos, tivemos problemas na conversão do *.pdf* enviado pelo TJDF de 2º grau, TJPB, TJRR e TJSE, o que inviabilizou a inclusão das informações desses tribunais nas análises realizadas nesse relatório (vide item 2.2.1.2, sobre tratamento dos dados e dificuldades enfrentadas. sobre tratamento dos dados e dificuldades enfrentadas).

(ii) Pedidos Negados ou Não Atendidos

A única resposta expressamente negativa, tanto para primeira quanto para segunda instância, foi do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, sob a justificativa de que os dados solicitados "não são compilados pelo sistema". Para atender ao pedido seria necessária "a consolidação de dados a partir do desenvolvimento e execução de programa específico". Por essas razões o TJRS entende que a lei não lhe impõe o fornecimento das informações (conforme Expediente n. 5796-18/000015-9).

Como já mencionado, o Tribunal de Justiça de São Paulo, apresentou as informações relativas à primeira instância, mas não para segunda instância. No caso dos Tribunais de Justiça Estaduais de AM, BA, GO e PR, houve confirmação de recebimento do pedido de informações, mas estas não foram enviadas.

- TJAM: Em 20/07/2018 recebemos e-mail da Ouvidoria do Tribunal informando que a solicitação estava sendo encaminhada ao Presidente do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas, por meio do Ofício n. 70/18, para providências. Não recebemos nenhum retorno posterior a esse.

- TJBA: Diante do silêncio do tribunal com relação ao pedido de informações, encaminhamos por email, em 02/07/2018, um novo pedido exatamente nos termos do anterior. Em 10/07/2018 recebemos um e-mail informando o número do processo gerado (TJ-ADM-2018/35182 - DOCUMENTO ELETRÔNICO) e que o pedido havia sido transferido para a SEC-CGJ-CCIN (Corregedorias do Interior). Tentamos acompanhar pelo site do tribunal, porém não foi possível localizar o processo, então entramos em contato

por telefone, no dia 26/07/2018, quando informaram que ainda estariam compilando informações. Não recebemos as informações ou qualquer retorno posteriormente.

- TJGO: O Tribunal de Justiça de Goiás afirma ter encaminhado e-mail com as informações, contudo, nunca recebemos tal e-mail e, mesmo após diversos contatos com o tribunal explicando o problema e solicitando novo envio do arquivo, os dados não foram enviados (último contato com o tribunal realizado em 14/08/2018 por e-mail, sem resposta).
- TJPR: Diante do silêncio do tribunal com relação ao pedido de informações, realizamos novo pedido de informações pelo sistema em 13/06/2018. De acordo com o sistema, o processo gerado foi encaminhado para análise da manifestação em 20/06/2018 e encerrado em 20/07/2018, mas sem qualquer retorno ao Insper quanto ao fornecimento das informações. Também não há no site explicação para a razão do encerramento do processo e não disponibilização dos dados.

Teor das Informações Recebidas:

Primeira Instância

Quanto ao teor das informações recebidas, todos os tribunais de justiça estaduais que encaminharam informações enviaram o número único de processo, a data de distribuição, vara e as respectivas classes processuais (somente o TJPI não informou a classe). A data e a descrição da última movimentação também foram informadas pela maioria dos tribunais, exceto TJPB, TJRO e TJSE. O TJAP enviou apenas o último movimento do processo, sem a data da última movimentação.

Os Tribunais de ES, MA e PI não informaram os assuntos dos processos nem em primeira, nem em segunda instância. Tal informação foi disponibilizada por todos os demais tribunais. O nome das partes envolvidas nos processos foi uma informação menos disponibilizada (TJAC, TJCE, TJPI, TJRO e TJSE não informaram as partes dos processos), assim como a situação do processo, ou seja, se ele foi baixado, cancelado, suspenso, julgado, está em grau de recurso ou em tramitação (pouco mais de a metade dos tribunais forneceu essa informação).

Alguns tribunais de justiça estaduais separaram os arquivos de acordo com o sistema utilizado para a extração de dados, como, por exemplo, o TJPE, TJCE, TJRN e TJRR, os quais indicavam se a consulta foi feita por Pje, JudWin, Projudi, SAJ ou SPROC. Nesses casos, os dados vinham organizados de maneiras diversas, a depender do sistema utilizado.

Segunda Instância

Importante notar que os dados relativos à segunda instância foram mais limitados quanto a algumas informações importantes para as análises propostas nesse trabalho, como, por exemplo, assunto e partes

envolvidas. Assim como em primeira instância, muitos tribunais não informaram as partes envolvidas nos processos de segunda instância (TJAC, TJCE, TJMG, TJPI, TJRO e TJSE). Além desses, também não informaram o assunto, somente em segunda instância, os Tribunais do MT e de SC.

Análise Geral de Adequação dos Padrões do CNJ (ambas as instâncias)

Baseado no novo sistema de numeração de processos nos termos da Resolução CNJ n. 65/2008 e nos últimos padrões disponibilizados pelo CNJ por meio do Sistema de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas, analisamos quais tribunais de justiça estaduais aderiram aos padrões de interoperabilidade.

Número único: Os Tribunais de AP, ES, PI, RO, SE, MG, RJ, PB e TO classificaram os processos de primeira e segunda instâncias dentro dos padrões exigidos pelo CNJ. Apenas para primeira instância, TJCE, TJMS, TJPE, TJSP, TJDF e TJSC utilizaram a uniformização do número dos processos. Em segunda instância, o TJRN também classificou seus processos de acordo com as normas, porém para primeiro grau, assim como TJMA, TJRR e TJMT, categorizou a numeração dos processos de forma parcial. De mesmo modo, para segundo grau, foi possível observar que TJPE, TJCE, TJRR e TJDF também numeraram somente parte dos processos de acordo com o padrão do Conselho.

Dentre os tribunais analisados, observamos tribunais que identificaram nos números dos processos os eventuais recursos internos, como TJAC, TJAL, TJMS e TJSC, sendo que os dois últimos adotaram tal medida apenas para segunda instância.

Além disso, para segundo grau, constatamos duas peculiaridades: TJMA enviou somente um processo fora do padrão sugerido pelo CNJ, enquanto TJMT enviou todos os números de processo fora dos parâmetros e critérios definidos pelo CNJ.

Assuntos: O CNJ também define padrões de assuntos por meio do Sistema de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas, partindo de grandes assuntos para subassuntos. Por exemplo, o CNJ define a seguinte sequência de assuntos e subassuntos, utilizada na solicitação de informações encaminhadas aos tribunais: Direito Administrativo à Serviços à Saúde à Hospitais e Outras Unidades de Saúde. Alguns tribunais colocaram a sequência inteira (por exemplo, TJRJ), outros colocaram só "Saúde" (por exemplo, TJSP e TJAC) e outros, ainda, informam somente a última subclasse (por exemplo, TJMS).

Classes: Utilizamos o manual de tabelas processuais e a tabela de classes processuais da Justiça Estadual contidas no Sistema de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas para analisar se a maneira como os tribunais estaduais dispõem suas classes se enquadra nos padrões do CNJ. Muitos tribunais estaduais quase cumprem por completo com os critérios de classificação do CNJ em relação às classes, mas como o período sob análise é longo e houve mudanças nos padrões do CNJ no decorrer do ano, não é possível afirmar se todos os padrões vigentes à época da classificação de cada processo foram seguidos. O que se

verifica é uma variabilidade entre os tribunais. Por exemplo: em primeira instância, muitos tribunais como TJAC, TJCE, TJMA, TJMT, TJRN, TJSC, TJSP, TJTO e TJAL nomearam suas classes apenas como "Petição", sem especificar como Cível ou Criminal. Ademais, consideraram também somente "Mandado de Segurança", sem caracterizar como Coletivo, Cível ou Criminal. Já para o segundo grau, TJAL, TJAC, TJPE e TJCE classificaram uma de suas classes como "Procedimento Ordinário", classe pertencente à tabela de classes processuais do primeiro grau da Justiça Estadual. Além disso, os Tribunais de Justiça dos Estados de AC, CE, MA, MS, PE, RJ, SC, TO e AL nomearam uma de suas classes unicamente como "Apelação", sem indicar como Cível, Criminal e/ou Remessa Necessária.

É válido lembrar que, como já exposto anteriormente, alguns tribunais encaminharam as informações em formato *.pdf* e não foi possível sua conversão para um outro formato que permitisse a análise dos dados. Assim sendo, os comentários tecidos acima sobre os dados recebidos foram feitos exclusivamente para os arquivos que obtivemos êxito na conversão e aqueles cujo formato de encaminhamento pelo tribunal permitia sua análise.

2.1.1.2. JUSTIÇA FEDERAL

Na Justiça Federal os Tribunais Regionais Federais da 1ª e 2ª Regiões confirmaram recebimento do pedido, mas não enviaram nenhum dado, mesmo diante dos reforços de pedido realizados[3]. Os Tribunais Regionais Federais da 3ª, da 4ª e da 5ª Regiões encaminharam as informações solicitadas (Figura 2).

TRIBUNAL	RECEBIMENTO
TRF-1	Não recebido
TRF-2	Não Recebido
TRF-3	Recebido
TRF-4	Recebido
TRF-5	Recebido

Figura 2: Controle do Levantamento de dados via LAI: Justiça Federal

Fonte: Elaboração Própria.

Teor das Informações Recebidas

Primeiramente, cumpre ressaltar que tanto o TRF-3 quanto o TRF-4 encaminharam as informações em formato passível de ser analisado diretamente (*.csv* ou .xls). Já o TRF-5 enviou as informações em diversos arquivos *.pdf*, não tendo sido possível a sua correta conversão para um formato que permitisse a análise dos dados.

3 Em 16/04 foram enviados novos e-mails ou feitos novos contatos pelo site, conforme o caso, reforçando o pedido de informações.

Passando a análise das informações enviadas pela Justiça Federal, verifica-se que tanto o TRF-3 quanto o TRF-4 utilizam alguns dos padrões de numeração processual estabelecidos pelo CNJ, na maioria das vezes misturando-os.

O TRF-3 segue nomenclatura de assunto do CNJ na maioria dos casos, mas encaminhou informações sobre assuntos não relacionados ao objeto dessa pesquisa (ou seja, processos não relacionados à saúde), sendo que não foi verificada a adequação de tais casos aos padrões de assunto do CNJ. Apesar de seguir o padrão do CNJ na nomenclatura dos assuntos, o TRF-3 nem sempre informa o código de assunto do CNJ. Com relação às partes envolvidas, o tribunal encaminhou as informações para todos os processos que não correm em segredo de justiça. A data de distribuição do processo foi informada para todos os casos, mas a data e a descrição do último andamento muitas vezes deixaram de ser disponibilizadas.

No caso do TRF-4, menos dados foram disponibilizados, na medida em que não consta da base encaminhada informação alguma sobre as partes envolvidas nos processos. Por outro lado, os dados disponibilizados informam o assunto conforme o padrão CNJ e são processos que dizem respeito somente a casos relativos à saúde. Além disso, o TRF-4 informou, para todos os processos, a data de distribuição, a data do último andamento e a descrição do último andamento.

2.1.2. TRATAMENTO

Como já narrado anteriormente, as formas de obtenção dos dados, bem como o formato (tipo de arquivo eletrônico) em que as informações foram disponibilizadas variaram muito de tribunal para tribunal. Em alguns casos foi necessário preenchimento de formulário eletrônico no site, em outros casos o contato teve que ser feito via e-mail à Ouvidoria ou Corregedoria. Além disso, o formato eletrônico de disponibilização das informações foi, algumas vezes, no formato *.pdf* (até como imagem de tabelas), dificultando ou até impossibilitando a sua conversão para um formato passível de análise.

Mesmo nos casos dos dados enviados pelos tribunais em formato de tabela *.csv* ou arquivo Excel, o modo como as informações foram apresentadas por cada tribunal difere dos demais, seja pela ordem das colunas, seja pela forma como classificam as partes (autor x réu, demandante x demandado, requerente x requerido, etc.), ou como preenchem as colunas classes e assuntos. Como já mencionado, o CNJ define padrões para numeração dos processos, assuntos, classes, movimentos, dentre outros, por meio do Sistema de Gestão de Tabelas Processuais Unificadas, mas nem sempre tais padrões são seguidos. Essa diversidade na forma de classificação de assuntos e classes dificulta demasiadamente o trabalho do pesquisador e, ainda, compromete a qualidade da análise, na medida em que são necessárias aproximações para agrupar informações em um formato que permita uma análise ao mesmo tempo coerente e fidedigna aos dados.

Dificuldades semelhantes às enfrentadas na análise de assunto e classe foram observadas quanto às informações sobre as partes. Além da nomenclatura utilizada para indicar os envolvidos (autor, demandante, etc.), observou-se também inúmeras formas de se escrever o nome da parte. Por exemplo, o nome da mesma seguradora de saúde ou então de uma mesma prefeitura, aparece escrito com diversas grafias; o Ministério Público estadual é listado como ministério público, Ministério Público do Estado, Ministério Público do Estado de X, Ministério Público estadual. A informação sobre as partes é ainda mais confusa quando há a indicação de todas as partes envolvidas em uma única célula no Excel ou, então, a listagem do mesmo processo diversas vezes com variação das partes envolvidas e manutenção das demais informações, inclusive número do processo, indicando se tratar de um único caso.

Outro problema enfrentado no tratamento dos dados para análise foi a identificação das instâncias a que pertenciam os processos. As bases de dados de primeira e segunda instâncias vieram separadas na maioria dos casos, com a devida identificação de quais dados pertenciam a qual instância. Quatro tribunais estaduais, porém, enviaram todas as informações juntas, sendo eles: TJAP, TJES, TJRO e TJPI. Para esses tribunais, conseguimos separar as instâncias baseando-nos no padrão de classes adotado pelo CNJ, separando aquelas classes que pertenciam exclusivamente a uma instância. Como a maioria das classes está presente em mais de uma instância, a estratégia adotada resultou em poucos processos identificados quanto à instância (no TJAP, por exemplo, não foi possível identificar processos de primeira e segunda instância pois a quase totalidade dos casos envolviam classes que podem ser tanto de primeira quanto de segunda instância). Apesar das limitações, esse foi o procedimento encontrado com maior rigor científico e replicabilidade que poderia ser aplicado no prazo estipulado para a análise dos dados.

Considerando que a forma como a informação é disponibilizada dificulta imensamente a análise dos dados, às vezes até inviabilizando-a, o tratamento das informações para elaboração do presente estudo envolveu o uso de macros no Excel, para uniformizar textos, com exclusão de caracteres não admitidos nos softwares estatísticos (principalmente vogais acentuadas e "ç"), a organização das informações na mesma ordem e com colunas com a mesma denominação para todos os tribunais, e, ainda, os ajustes no formato como as datas foram informadas, para padronização e obtenção da variável "ano de distribuição".

A existência de caracteres especiais, letras a mais, erros ortográficos e diversas grafias para um mesmo assunto ou classe (às vezes com a simples inversão dos termos), exigiram a adoção de um o algoritmo de detecção de semelhança entre textos conhecido como distância Jaro conforme implementado na biblioteca jellyfish, disponível em {HYPERLINK "https://github.com/jamesturk/jellyfish"}. Os textos livres, como fornecidos pelos tribunais, foram então submetidos ao seguinte teste: foram selecionadas as colunas referentes a assunto, classe, parte ativa e parte passiva. No caso de assuntos e classes nos tribunais estaduais, os parâmetros definidos pelo CNJ foram utilizados como referência. No caso dos tribunais federais, a partir da leitura dos assuntos listados pelo TRF-3 e pelo TRF-4 (únicos que encaminharam informações em formato

passível de análise) foram selecionados os assuntos de maior interesse. Foi feita, então, uma comparação entre o padrão do CNJ (para o caso dos TJs) e a lista de principais assuntos (para o caso dos TRFs) com, respectivamente, os assuntos das bases de dados da Justiça Estadual e da Justiça Federal. Havendo um mínimo de similaridade entre os textos do padrão CNJ e os textos de assunto, classe e partes das bases dados da Justiça Estadual, por exemplo, o texto com a maior similaridade passou a ser definido como o assunto normalizado ou classe normalizada e assim por diante. Exemplificativamente: um processo tinha como assunto, originalmente, "rtratamento m$edico - hopistalar"; o algoritmo reconhece a maior similaridade entre esse texto e o assunto padronizado do CNJ "tratamento médico-hospitalar", reclassificando-o. Com isso foram criadas quatro novas colunas na base original: "assunto_normalizado", "classe_normalizada", "parte_ativa_normalizada" e "parte_passiva_normalizada".

Importante notar que o procedimento acima descrito foi realizado após a junção de assuntos, classes e partes de um mesmo processo em uma única célula (em alguns tribunais havia mais de uma coluna de assunto, em outros o mesmo número de processo se repetia para que, na coluna "assunto", fossem discriminados os diferentes assuntos aplicáveis), eliminando, assim, os processos duplicados (por instância) da base final. No caso dos processos em que primeira e segunda instâncias não puderam ser identificadas, houve uma perda considerável de informações, uma vez que alguns tribunais mantêm o número de origem do processo quando ele sobe para a segunda instância.

2.2. BANCO DE DADOS – JURISPRUDÊNCIA TRIBUNAIS

Esta seção dedica-se a descrever em detalhe os procedimentos utilizados para a obtenção de informações por meio de busca computadorizada junto aos sites dos tribunais nos repositórios de jurisprudência. Também são apresentados os tratamentos realizados na base, incluindo classificações e formas de pesquisas utilizadas. Por fim, são apontadas as dificuldades e obstáculos encontrados.

2.2.1. BASE E COLETA

Nos repositórios de jurisprudência disponíveis nos sites dos tribunais, foram buscadas decisões de segunda instância (acórdãos) e decisões de primeira instância (sentenças). A depender dos tribunais foram obtidos os textos das decisões, links para download ou arquivos em formato *.pdf* com o conteúdo das decisões. Não há padronização entre tribunais sobre a forma de disponibilização da jurisprudência, havendo, também, impedimentos diversos para a coleta em massa dessa espécie de informação, por meio de limites quantitativos à consulta. Não há, tampouco, regra explícita sobre o conteúdo que é disponibilizado nos repositórios, estando sob a discricionariedade de cada tribunal a decisão sobre o que disponibilizar ao público, podendo ser o universo das decisões digitalizadas ou apenas parte delas. Em que pese esses

limites, trata-se de base de dados de elevado valor às pesquisas jurisprudenciais, dado o seu volume, abrangência geográfica e período coberto.

Para a coleta destes dados, foram desenvolvidos *"crawlers"*, que são programas capazes de acessar páginas na internet, sendo objeto de maior detalhamento na seção subsequente. Por meio desses *crawlers*, foram visitados os sites de todos os tribunais de justiça estaduais, dos cinco tribunais regionais federais, do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF), em busca de acórdãos e sentenças.

O primeiro passo consistiu no esforço de baixar todas as decisões judiciais disponíveis, para, posteriormente, identificar e separar aquelas que poderiam ser classificadas como casos relacionados à judicialização da saúde. Não há, contudo, nenhum mecanismo nos sites dos tribunais que permita essa extração de modo direto. Assim, foram utilizadas variações de termos, como "a", "acordam", "direito", entre outros, que garantiram o maior número possível de resultados em cada site. Os exatos termos utilizados podem ser encontrados no código dos respectivos *crawlers*, cujos links de acesso são apresentados a seguir como complemento ao presente relatório de pesquisa.

2.2.1.1. DESCRIÇÃO TÉCNICA DOS PROGRAMAS DE COLETA DE INFORMAÇÃO NA WEB (*CRAWLERS*) E ESTRUTURAÇÃO DA BASE DE DADOS

Programas que sistematicamente coletam informações de páginas web são comumente denominados pela expressão inglesa *crawlers*. O crawler deve ser desenvolvido de modo a navegar pela estrutura dos sites web a que se destina, quando se requer que a extração seja profunda, navegando por opções de acesso e páginas de escolha. Neste projeto foram desenvolvidos vários *crawlers* para navegar nos diferentes sites de acesso a decisões e documentos jurídicos - a ausência de padrões comuns de acesso é uma das dificuldades técnicas ressaltadas neste relatório. Os códigos de todos os *crawlers* desenvolvidos no âmbito deste projeto foram implementados em linguagem Python, na versão 3.5, e estão disponíveis no site {HYPERLINK "https://github.com/danilopcarlotti/Pesquisas/tree/master/crawlers"}. O versionamento do código e sua publicidade foram garantidas pela utilização do github, no endereço acima mencionado.

Por limitações dos drivers necessários à operação dos *crawlers* e da peculiaridade dos sites, foram utilizados múltiplos desktops e notebooks para download das informações. O processamento dos *crawlers* não é exigente em termos de hardware, demandando somente tempo em caso de queda dos links e uma conexão estável a internet. Recomenda-se, quando possível, que o processamento seja realizado entre 22h e 6h, por conta da quantidade menor de acessos neste período pela população.

2.2.1.2. TRATAMENTO E OBSTÁCULOS

Quanto à base de dados relacional, utilizamos um servidor local MySQL. Inicialmente foram criadas tantas tabelas quantos tribunais para armazenamento das informações de cada tribunal, facilitando o controle.

Posteriormente, foram criadas tabelas para primeira e segunda instância. As tabelas armazenam as seguintes informações, correspondendo a cada uma das colunas das tabelas: tribunal, número, assunto, classe, data_decisão, orgao_julgador, julgador, texto_decisão, relatório, fundamentação, dispositivo, polo_ativo, polo_passivo, origem.

O armazenamento e processamento dos dados foi inicialmente feito em computadores pessoais. À medida que a base de dados se tornou inadministrável em computadores individuais, a base foi transferida para a nuvem, fazendo uso de serviços de armazenagem e processamento na Amazon, mais notadamente S3 e EC2.

As principais dificuldades encontradas na atividade de coleta de dados foram decorrentes de problemas nos modelos de acesso, disponibilização e de organização do repositório de jurisprudência por meio dos sites dos vários tribunais estaduais e federais. A seguir essas dificuldades são enumeradas:

(i) Não há uniformidade entre os portais, o que requer o desenvolvimento de *crawlers* específicos para cada tribunal, salvo no caso de tribunais que adotam o e-saj e que detêm certa similaridade entre si.

(ii) Não há API's (*Application Programming Interface*), que poderiam simplificar o processo de coleta de dados desde certos protocolos previamente definidos pelos detentores dos dados, a partir das quais pesquisadores ou aplicadores do Direito possam obter os dados de maneira estruturada e contínua.

(iii) Diversos tribunais, como o de São Paulo, utilizam *captchas*, controle de sessão e outras formas de dificultar o acesso a informações públicas.

(iv) Acórdãos e sentenças não têm uma forma padronizada, o que significa que não há a mesma quantidade de informações em todos os textos. Assim, muitas vezes não é possível extrair automaticamente quem são as partes, o assunto conforme entendimento do tribunal, a vara de origem, entre outras informações.

(v) Como foi necessário o acesso a milhões de páginas e processamento, o tempo para coleta e processamento inicial dos dados foi de cinco meses. No caso da segunda instância do Tribunal de Justiça de São Paulo, com cerca de três milhões de decisões disponíveis, foi necessário repetir o processo mais de uma vez, por conta de falha de equipamento durante o download. Esse incidente, devido à quantidade de decisões disponíveis nesse repositório, teve por consequência a necessidade de extensão do tempo de coleta das informações em cerca de um mês a mais.

(vi) Quase a totalidade dos sites dos tribunais não disponibilizam sentenças, apenas acórdãos, e há evidências de que os repositórios não contêm a totalidade das decisões judiciais. Somente o Tribunal de Justiça de São Paulo disponibiliza em sua integralidade as sentenças para consulta pública em seu portal. Assim, somente este tribunal permitiu o download em massa de decisões, somando mais de 13 milhões de

decisões baixadas. Outros tribunais somente permitiram uma consulta a alguns exemplos de sentenças que foram disponibilizados, mas sem representatividade quantitativa. Essa limitação é particularmente relevante em uma investigação sobre a judicialização da saúde, visto que o caráter de urgência dos pedidos faz com que muitos casos sejam concluídos ainda em primeira instância, seja por perda de objeto (cumprimento da obrigação), seja por desistência da ação ou falta de interesse em recurso à segunda instância. Por esse motivo, torna-se especialmente importante a pesquisa nos Diários Oficiais de Justiça, conforme detalhado na próxima subseção, que contêm todas as sentenças e liminares.

Não foi possível obter informações sobre acórdãos de segunda instância nos tribunais estaduais de Amapá e de Pernambuco, por ausência de casos nos repositórios. Também os tribunais regionais federais da 2ª e 3ª região apresentaram restrições à busca que impossibilitaram a coleta de informações. Mesmo com essas limitações, essa base de dados permite análise dos textos das decisões e, portanto, pode-se investigar aspectos relacionados à fundamentação das decisões judiciais e seu conteúdo, algo que não é possível de se observar nos dados administrativos obtidos por meio da LAI.

2.2.2. FORMA DE PESQUISA

Para extração de informação e geração de inteligência foram utilizados dois métodos complementares: a classificação de textos de interesse por um modelo Naive Bayes; e a extração de informações por expressões regulares e pesquisa booleana.

Quanto ao primeiro método utilizado, trata-se de uma técnica de aprendizado de máquina supervisionado. Foi solicitado à equipe a classificação manual de 1000 exemplos de acórdãos que continham a palavra "saúde". O objetivo era separar esses 1000 textos em três categorias: não pertinente, pertinente e incerto. Depois dessa fase, foi utilizada a implementação do algoritmo *Multinomial Naive Bayes* disponível na biblioteca sklearn da linguagem python, {HYPERLINK "https://scikit-learn.org/stable/modules/generated/sklearn.naive_bayes.MultinomialNB.html"}.

O desempenho do classificador foi aferido usando a técnica de validação cruzada. O programa separa, aleatoriamente, o conjunto de decisões em duas partes: uma parte para o treino e uma parte para testes, na qual se mede a acurácia do modelo. Este procedimento foi repetido várias vezes. A acurácia média encontrada foi de 90%. Com um resultado satisfatório, o modelo foi utilizado para classificação e separação dos textos de interesse, dentre todos os acórdãos e sentenças baixados que continham a palavra "saúde".

Quanto ao segundo método utilizado, expressões regulares são ferramentas para pesquisa de textos com base em uma sequência de caracteres, conforme descrito na documentação da linguagem, "https://docs.python.org/3/library/re.html". Esta sequência de caracteres não precisa ser fixa, como a busca pela palavra "saúde", mas pode ser variável, como a busca pela palavra "direito" seguida de 0 a 50 caracteres e

depois pela palavra "saúde". Com base nessa técnica foram extraídas variáveis, para as decisões de primeira e segunda instância, para se determinar se um conjunto de expressões regulares estava ou não presente no documento. Em cada caso, há uma interpretação, a depender da variável e de seu significado.

Uma etapa fundamental da pesquisa por meio de expressões regulares é a construção das relações de correspondência entre os termos pesquisados e o constructo que se pretende representar. Por exemplo, para a identificação de ações coletivas, buscou-se identificar a ocorrência de expressões como "Ação Civil Pública, Mandado de Segurança Coletivo ou Ação Popular". A relação das variáveis coletadas e os critérios para a pesquisa por expressões regulares estão listados no apêndice deste relatório sob o título "Dicionário Extração Booleana", tendo sido construído com a sucessiva interação entre pesquisadores da área de direito, saúde e ciência de dados. Esta classificação booleana gerou as tabelas posteriormente apresentadas neste trabalho.

2.2.2.3. CLASSIFICAÇÃO POR REDES NEURAIS

Para classificarmos os textos das decisões de primeira instância, utilizamos de técnicas de classificação supervisionadas e não-supervisionadas. As técnicas de classificação supervisionadas são aquelas em que o aprendizado é construir uma função que recebe dados e gera uma resposta, no nosso caso se o texto é de judicialização da saúde ou não. Já classificações não-supervisionadas são aquelas nas quais não existe uma classificação prévia e o classificador tem como objetivo procurar características em comum entre os elementos do conjunto, no caso das decisões jurídicas seria quais decisões são semelhantes entre si quanto a forma, a semântica ou mesmo a escolha das palavras.

Para gerar um classificador de textos é importante gerar um espaço vetorial, ou seja, uma representação númerica n-dimensional que é dotada de tamanho, direção e sentido. Esse espaço é chamado de *word embedding* na literatura de processamento de linguagem natural. É importante ressaltar, que o *word embedding*, quando bem construído, consegue capturar o sentido semântico das palavras. Além disso, é possível realizar operacões matemáticas simples, tais como subtração e soma dentro desses espaços. Para construir o *word embedding* foi utilizada a biblioteca Fastext. Essa biblioteca possui código aberto e é um software livre.

As redes neurais artificiais (RNA) são técnicas computacionais que apresentam um modelo matemático inspirado na estrutura neural de organismos inteligentes e que adquirem conhecimento por meio da experiência. Para a construção de nosso classificador de decisões jurídicas de primeira instância utilizamos redes neurais supervisionadas.

Para as decisões não teríamos acesso a quais decisões são ou não são de judicialização da saúde. Assim é necessário um trabalho prévio de classificação manual. A esse conjunto classificado manualmente é dado

o nome de conjunto de treino. O conjunto de treino por ser feito manualmente é demorado e é um processo caro, pois é dependente de pessoas com expertise no assunto que envolve a classificação.

Como teríamos um conjunto de treino muito pequeno diante do desafio de classificação, foi necessária a sua ampliação de uma maneira coerente. Sendo assim, geramos um *word embedding* tanto com os textos das decisões classificadas quanto com textos de decisões não classificadas. Por meio de uma técnica de *clustering* (agrupamento) hierárquico geramos vários grupos de decisões. Dessa maneira, conseguimos classificar as decisões que não estavam classificadas, por meio da proximidade com alguma decisão que já havia sido classificada.

A estrutura da rede neural foi definida para aproveitar ao máximo a estrutura do *word embedding* e do conjunto de treino semi-supervisionado. Como teríamos uma amostra não balanceada entre textos que são de judicialização da saúde e os que não são, geramos uma nova amostra para balancear o conjunto de treino. Essa amostra mantém todas as decisões em que o texto é sobre judicialização da saúde e sorteia o mesmo número de decisões que não são de judicialização da saúde. Em seguida, a cada geração da rede neural (epoch) adicionamos textos que não são de judicialização da saúde de forma a rede ficar apropriadamente treinada para lidar com a real proporção de decisões sobre judicialização da saúde.

Resumindo, a classificação por redes neurais foi feita em quatro passos:

- Foi gerada uma amostra aleatória de 2000 decisões de primeira instância e essas foram classificadas por pessoas com conhecimento jurídico. Essa amostra constitui o conjunto de treino.
- Foi gerada uma outra amostra aleatória de 200.000 decisões para criar um word embedding utilizando a biblioteca Fastext. O *word embedding* tem como objetivo gerar um espaço vetorial onde as palavras possuem representação semântica.
- Para ampliar o conjunto de treino inicial, combinamos a amostra de treino do passo 1 com o espaço semântico vetorial criado no passo 2. Para isso, procuramos decisões que são próximas vetorialmente daquelas que foram classficadas manualmente. Para isso fazemos um *clustering* das decisões do passo 1 com as do passo 2. Desta forma, gerando um conjunto de treino semisupervisionado com 202.000 decisões de primeira instância.

Por fim, utilizando o conjunto de treino do passo 3, construímos uma rede neural que classifica as decisões de primeira instância.

2.3. BANCO DE DADOS – DIÁRIOS OFICIAIS

Esta seção dedica-se a descrever em detalhe os procedimentos utilizados para a obtenção de informações por meio de busca computadorizada nas publicações dos Diários Oficiais da Justiça. Também são apresentados os tratamentos realizados na base, incluindo classificações e formas de pesquisas utilizados. Por fim, são apontadas as dificuldades e obstáculos encontrados.

2.3.1. BASE E COLETA

No caso de diários oficiais, foi estabelecido um procedimento semelhante ao utilizado para o caso dos repositórios de jurisprudência nos sites dos tribunais. Foram coletados diários oficiais de todo o país, salvo Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia, por conta de limitações impostas pelos respectivos sites.

Por meio desse procedimento, foram coletadas mais de 150 Gb de decisões de primeira e segunda instância, em torno de 20 milhões de decisões, e mais quase 500 Gb de dados de diários oficiais.

Essa base de dados permite observar todos os andamentos de todos os processos registrados nestes tribunais e publicados em seus respectivos diários de justiça. Conforme já exposto, trata-se de fonte essencial para estudos em judicialização da saúde, visto que parte substancial do litígio judicial ocorre em primeira instância, sendo frequentemente objeto de medidas liminares. Além disso, por trazerem todas as decisões judiciais, os diários oficiais não estão sujeitos a eventual viés de seleção decorrente das regras implícitas utilizadas pelos diversos tribunais na disponibilização de decisões em seus repositórios de jurisprudência. Em que pese essas vantagens, essa base de dados impôs diversos desafios computacionais que limitam o seu uso, como descrito nas próximas seções.

2.3.2. TRATAMENTO E OBSTÁCULOS

A primeira limitação dos diários oficiais é quanto a seu acesso. Nenhum tribunal disponibiliza um repositório aberto de diário oficiais. Há, pelo contrário, tribunais que dificultam ou impossibilitam o acesso à informação pelos jurisdicionados ou pesquisadores, como no caso do tribunal do Rio de Janeiro. Contudo, há tribunais, como o tribunal de São Paulo, que disponibiliza o acesso à integralidade do Diário Oficial, contanto que a requisição seja feita em um intervalo de horário definido pelo tribunal. Este intervalo visa impedir o congestionamento de servidores do tribunal no período em que pessoas realizam consultas. Isso acomoda o interesse tanto de pesquisadores, escritórios e empresas como o de indivíduos que precisam obter informações.

O processamento dos diários oficiais representou, sem dúvida, o maior obstáculo metodológico do ponto de vista de coleta e processamento das informações de texto. O volume de dados exigiu que os documentos

em formato .pdf dos diários oficiais fossem transformados em arquivos de texto simples. Somente depois disso é que foi possível segmentar todas as publicações de cada dia de cada diário. Esse obstáculo, contudo, demandou tempo e esforço computacional desproporcionais, não tendo sido possível o processamento da totalidade dos diários oficiais coletados. Ainda assim, foi possível processar parte dessas informações, o que permitiu a análise de uma amostra de decisões liminares, essenciais para a análise de casos de judicialização da saúde.

O processamento em paralelo dos diários foi feito em aglomerados (clusters) de computadores em nuvem disponibilizados pela *Amazon Web Services* (AWS). A estrutura de software para o processamento dos diários utilizou o framework de computação paralela Spark ({HYPERLINK "https://spark.apache.org"}).

Nesta etapa da pesquisa foram buscadas somente as tutelas antecipadas que continham alguma das seguintes palavras: "saúde" ou "medicamento". Isso foi importante porque foram encontradas centenas de milhares de liminares. Foi preciso delimitar quais seriam as liminares de interesse e este foi o melhor critério encontrado.

Para extração de informações dos textos dessas liminares foi utilizado o mesmo processamento a partir de expressões regulares e classificação booleana dos resultados já descritos para acórdãos e sentenças, cujos resultados serão discutidos e apresentados mais adiante neste relatório.

2.4. PESQUISA QUALITATIVA

O quarto grupo de mecanismos de coleta de dados desta pesquisa contempla entrevistas e análise de documentos oficiais, para a avaliação mais detalhada das estratégias e atuação de gestores e atores do sistema de justiça diante da judicialização da saúde. Como apresentado na proposta de pesquisa, esta avaliação qualitativa se concentrou no estudo de caso de cinco estados específicos, selecionados a partir do porte de seus tribunais estaduais, de acordo com classificação desenvolvida pelo próprio CNJ no Relatório Justiça em Números (2016), e por região geográfica, de modo a incluir as cinco regiões do país (Figura 3).

Região Norte	Pará
Região Nordeste	Bahia
Região Centro-Oeste	Distrito Federal
Região Sudeste	São Paulo
Região Sul	Rio Grande do Sul

Figura 3: Estados Pesquisa Qualitativa

A seleção dos entrevistados foi realizada a partir (i) do vínculo organizacional do ator, de modo que fosse ouvido ao menos um membro da secretaria estadual de saúde de cada estado, do Tribunal de Justiça Estadual, da Defensoria pública e do Ministério Público; e (ii) a partir da relação do entrevistado com a judicialização da saúde, de modo a contemplar atores-chave, que lidam diretamente com ações judiciais em saúde em sua atividade diária, quer como atores de execução, quer como atores de gestão dessas demandas.

A seleção de entrevistados, assim, pretendeu obter de atores-chave informações objetivas sobre a atuação de seus respectivos órgãos em ações judiciais em saúde. As entrevistas foram conduzidas na modalidade semiestruturada, seguindo um roteiro indicativo de questões, organizado em seis eixos: questões sobre o entrevistado; questões sobre o fluxo de trabalho do órgão que ocupa; questões sobre o perfil geral das ações judiciais que atende; questões sobre o cumprimento de decisões judiciais; questões sobre a relação do órgão com os demais atores e órgãos do sistema de justiça envolvidos com a judicialização da saúde; e questões específicas sobre a atuação dos comitês estaduais de saúde e dos núcleos de apoio técnico. Tal como contempla o método de entrevistas semiestruturado, o pesquisador tem a possibilidade de abordar os temas do roteiro de forma livre, respeitando a ordem preferida pelo entrevistado, podendo, inclusive, omitir perguntas que entenda já terem sido contempladas pelo entrevistado em suas falas ou mesmo que entenda não pertencerem ao escopo de atuação do entrevistado.

As entrevistas foram conduzidas presencialmente ou por telefone entre março e novembro de 2018, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e a capacidade de movimentação da equipe de pesquisa e, sempre que possível, gravadas em áudio, com o consentimento dos entrevistados. Para traçar uma descrição dos casos específicos de cada estado, as entrevistas são complementadas com a busca por documentos ou referências oficiais que permitam confirmar as informações obtidas, tais como documentos referentes a termos de cooperação, convênios, portarias e instruções normativas.

Especificamente para os Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, parte do material de pesquisa coletado por uma das integrantes da equipe (VASCONCELOS, 2018), no âmbito de seu doutorado, foi utilizado como fonte de dados para este relatório: especificamente, as informações obtidas de entrevistas sobre as estratégias de gestão de ações judiciais em saúde. Estas entrevistas foram conduzidas em 2017 e envolveram gestores das secretarias estaduais de saúde e Procuradores do Estado (PGE) de São Paulo e Rio Grande do Sul.

Sobre o entrevistado

1.Qual o cargo que o(a) senhor(a) ocupa? Há quanto tempo está no cargo e quais suas principais funções?

2.Como foi o seu primeiro contato com ações judiciais em saúde?

3.Qual a sua percepção sobre ações judiciais em saúde? As ações judiciais afetam seu trabalho ou alteraram suas funções? Como?

Sobre o fluxo de trabalho

4.Como o órgão em que trabalha funciona?

5.Qual o papel do órgão na judicialização da saúde?

6.Como as ações judiciais são recepcionadas pelo órgão? Qual o fluxo ou rotina para recepção destas ações e resposta?

Sobre as ações judiciais

7. Qual o perfil das ações judiciais que o órgão recebe?

a. Em sua maioria, são individuais ou coletivas?

b. Quais os medicamentos/tratamentos mais requeridos? São ou não parte da política estadual/municipal?

i. Além dos medicamentos, o que mais é judicializado?

ii. O trabalho do órgão muda de acordo com o tipo de pedido? (por exemplo, atender regulação de vagas é diferente de medicamentos?)

c. Quais a doenças mais comuns nessas ações?

d. Qual o impacto orçamentário da judicialização para o Estado/Município? Quais os medicamentos/tratamentos mais caros?

e. Qual a taxa de sucesso dos pacientes? Como você explica essa taxa?

Sobre o cumprimento das decisões judiciais

8. Como o seu órgão se envolve na execução das decisões judiciais?

9. Quais as sanções mais frequentes? E os prazos?

10. Existe custo (financeiros e operacionais) em cumprir sanções? Qual a dimensão?

11. Existem dificuldades em cumprir as decisões? Se sim, quais e por quê? Há alguma forma de melhorar este cumprimento?

Sobre as relações com outros atores

12. O órgão interage com 1. Juízes; 2. Promotores; 3. Defensores; 4; Advogados; 5. Pacientes?

a. Como ocorre esta interação? Ela é formal ou informal? Quais a formas de contato (ofícios, e-mail, telefone, reuniões)? Qual a periodicidade do contato?

b. Como você avalia a qualidade desta interação? Por quê?

13. Como você avalia a atuação de 1. Juízes; 2. Promotores; 3. Defensores; 4; Advogados; 5. Pacientes na judicialização da saúde?

Sobre o NAT e Comitê Estadual

14. Você conhece o trabalho do Comitê Estadual do seu Estado? Se sim, como ele atua? Como você avalia o trabalho do comitê? Como ele interfere no seu trabalho?

Você conhece o trabalho dos NATs? E o NAT-Jus? Se sim, essa iniciativa se estruturou em seu Estado? Como? Como você avalia o trabalho do NAT até o momento? Como trabalho dos NATs interfere no seu trabalho?

Figura 4: Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Com as entrevistas, cada estado foi analisado compondo um caso específico de judicialização. Nessas análises buscamos identificar não só o perfil do fenômeno no estado, mas as estratégias de gestão da judicialização promovidas por membros do sistema de justiça e secretarias de saúde.

2.5. SUGESTÕES PARA A ORGANIZAÇÃO E ACESSO DE DADOS JUDICIAIS NOS TRIBUNAIS

A experiência de pesquisa em bases de dados alternativas possibilitou um aprendizado metodológico e um diagnóstico abrangente sobre o modo de organização das informações de decisões judiciais e as dificuldades que essa organização impõe àqueles que se dedicam ao acompanhamento e análise do funcionamento do Judiciário e do conteúdo das decisões judiciais. Essa limitação afeta, portanto, o gerenciamento do Judiciário, pesquisas voltadas ao aprimoramento da política judiciária, bem como pesquisas em geral voltadas ao Judiciário e seus efeitos sobre as atividades socioeconômicas. Uma vez realizado o diagnóstico desses obstáculos, foi possível elencar um conjunto de sugestões para uma organização mais eficaz das informações judiciais. A seguir são detalhadas sugestões para cada uma das modalidades de dados que foram utilizadas na presente pesquisa.

2.5.1. DADOS DE GESTÃO PROCESSUAL DOS TRIBUNAIS

Narramos anteriormente as variações nas formas de solicitação de informações via LAI para os diferentes tribunais, assim como o fato de as informações serem fornecidas (quando o são) em diferentes formatos, inclusive mediante disponibilização de arquivos *.pdf* cuja conversão não é possível para outros formatos. Além disso, descrevemos como as informações são disponibilizadas de formas pouco padronizadas, muitas vezes fugindo às recomendações do próprio CNJ (classificação de assuntos e classes, por exemplo). Todos esses aspectos tornam uma pesquisa de abrangência nacional consideravelmente mais difícil, exigindo a realização de uma série de tratamentos que, por vezes, são infrutíferos (por meses tentamos converter pdfs com centenas de páginas, sendo que o resultado envolve textos muito mais falhos e incompletos do que aqueles presentes em relatórios apresentados em formato Excel por outros tribunais).

Considerando as dificuldades enfrentadas, uma sugestão seria a padronização da forma como as informações são disponibilizadas (qualquer formato que permita a análise direta da base de dados, como um *.csv*), bem como do modo de solicitação da mesma. Tornar o procedimento de solicitação de informações por meio da LAI deveria ser um dever dos tribunais e, apesar das obrigações e prazos legais existentes, alguns tribunais não deixam claro como a solicitação deve ser feita e, quando entramos em contato pelos canais disponibilizados, sequer responderam se haviam recebido a solicitação. Tais sugestões estão em linha com o papel do CNJ de contribuir para o controle e a transparência administrativas e processuais do sistema judiciário brasileiro.

2.5.2. JURISPRUDÊNCIA E DIÁRIOS OFICIAIS

Há um nítido conflito entre os princípios democráticos e de publicidade da organização pública e a prática de alguns tribunais de justiça de impedir ou dificultar o acesso às decisões judiciais por meio de *captchas* ou mesmo não as disponibilizar integralmente. Ainda que se realize um controle, o acesso aos dados deveria ser feito de maneira aberta. Existem serviços, como a API do Twitter, que disponibilizam cadastro e um registro de ferramentas que visam fazer o download e análise de mensagens dessa plataforma. Da mesma maneira, caso desejável, os tribunais podem exigir o registro das ferramentas que fazem o download de decisões, sem, contudo, limitar a quantidade de decisões disponibilizadas, tendo em vista a natureza pública do conteúdo e o benefício esperado da análise em larga escala para a eficiência e gestão judicial.

Há duas formas importantes de acesso por pesquisadores ou órgãos de controle, como o CNJ. Uma delas é o acesso cotidiano e diário aos dados. Nesse caso, sugere-se que os dados sejam compilados, como a integralidade do Diário Oficial daquela data, e que o acesso se dê por link específico, cujo acesso pode ser controlado pelo horário, como no caso de São Paulo.

Outra forma de acesso importante é permitir o acesso a repositórios de jurisprudência. Sugere-se duas ações complementares. A primeira é obter o repositório de jurisprudência desses tribunais de todo o país e fazer convênios com universidades públicas e instituições para que estas sirvam como espelhos (*mirrors*) para disseminação dos repositórios a partir de seus servidores. A segunda sugestão é que os tribunais se valham da tecnologia de torrents para criar uma forma de disseminação dos repositórios pela justiça com um custo absoluto baixo. A partir de técnicas de autenticação dos arquivos é possível garantir a integridade destes repositórios.

Por fim, é fundamental que haja regras públicas de atualização destes repositórios, tanto para diários oficiais quanto para acórdãos e sentenças. É preciso saber quais documentos são disponibilizados, de acordo com que critérios, desde quando, até quando e com que periodicidade.

2.6. PADRONIZAÇÃO

2.6.1. LAI

As informações recebidas dos tribunais, tanto na justiça estadual quanto na justiça federal, nem sempre seguem os padrões definidos pelo CNJ. Além disso, não há uma regra quanto ao formato devem ser disponibilizadas (*.csv* ou *.pdf*, por exemplo). O que se pode verificar, porém, é que as informações aparentam estar disponíveis internamente para os tribunais em um formato que permitiria sua disponibilização por um arquivo passível de leitura no Excel ou em qualquer software que permita análises estatísticas com o R ou o Stata.

Nesse sentido, algumas padronizações por parte dos tribunais auxiliariam a obtenção e análise das informações, cabendo destacar que se trata de informações públicas (não se está discutindo, no caso, processos que correm em segredo de justiça):

(i) Padronização na forma de solicitação dos dados via Lei de Acesso a Informação: a adoção de sistemas eletrônicos que mantêm controle do andamento do pedido realizado, encaminhando e-mails com notificações a respeito de andamentos e por meio do qual os dados podem ser baixados, facilitariam a administração desses pedidos pelos próprios tribunais e o controle pelo cidadão do atendimento de seu pedido.

(ii) Padronização do formato do arquivo com as informações solicitadas: em se tratando de solicitação de informações a respeito de diversos processos judiciais, a disponibilização das informações por meio de um arquivo passível de leitura no Excel ou em qualquer software que permita análises estatísticas com o R ou o Stata permitiriam não só a análise de informações públicas pelo público em geral, mas especialmente pelo próprio CNJ, que poderá ter acesso a uma base pública de fiscalização dos processos em andamentos e concluídos. Nesse caso, deveria ser vedado o envio de informações através de arquivo não passível de análise, como imagens (*.jpeg*, *.gif*) e *.pdfs*.

(iii) Padronização das informações em si: além do formato como serão disponibilizadas, o próprio conteúdo das informações poderia ser padronizado, inclusive considerando que já existem padrões pré-definidos pelo CNJ e que deveriam ser seguidos. Assuntos, classes e movimentos já constam do rol de padrões definidos pelo CNJ. O número do processo também deve seguir o padrão do CNJ, mas, se possível, a definição pelo Conselho de um único formato (não admitindo exclusão de zeros à esquerda, nem uso de notação científica) poderia simplificar ainda mais os tratamentos necessários aos dados. As datas também poderiam seguir um padrão; por exemplo: dd/mm/aaaa, sem necessidade de indicação de horas, minutos ou segundos, evitando uso de "-" ao invés de "/" ou datas invertidas, começando pelo ano. Ainda que não haja previsão quanto à classificação das partes envolvidas no processo, a padronização de uma denominação a ser

utilizada, assim como a criação de padrões para denominar partes que estão recorrentemente envolvidas em processos judiciais (como entes da administração pública) seriam de grande valor para a extensão da interpretação e entendimento de dados judiciais.

2.6.2. JURISPRUDÊNCIA E DIÁRIOS OFICIAIS

Uma vez que os dados sejam corretamente acessíveis e disponibilizados em sua integralidade, é importante que eles também sejam padronizados. No decorrer da pesquisa notou-se que há padrões diferentes de acórdãos, sentenças e diários oficiais.

No caso dos diários, via de regra cada tribunal apresenta suas publicações de uma maneira diferente, o que resultou em um trabalho substancial para padronização dos textos e geração de uma forma padronizada de armazenamento das informações. Sugere-se, como forma de mitigar ou resolver este problema, que o CNJ torne disponível e de modo padronizado e documentado qualquer informação pública.

As dificuldades práticas encontradas na busca de dados nos sites dos tribunais revelam um diagnóstico não diretamente relacionado ao objeto desta pesquisa. De um modo geral, o modo como se estruturam os dados dos repositórios de jurisprudência nos tribunais dificultam pesquisas que fazem uso massivo de dados, cada vez mais frequentes na academia e entre operadores do Direito nas esferas pública e privada. Propõe-se aqui que deveriam ser utilizados mecanismos uniformes de acesso aos dados de modo informatizado, as chamadas APIs (*Application Programming Interfaces* - Interface de Programação de Aplicação).

Todos os sites de acesso à informação dos tribunais estaduais operam de forma similar: trata-se de aplicações de busca de documentos via web, em uma arquitetura, conforme Figura 5.

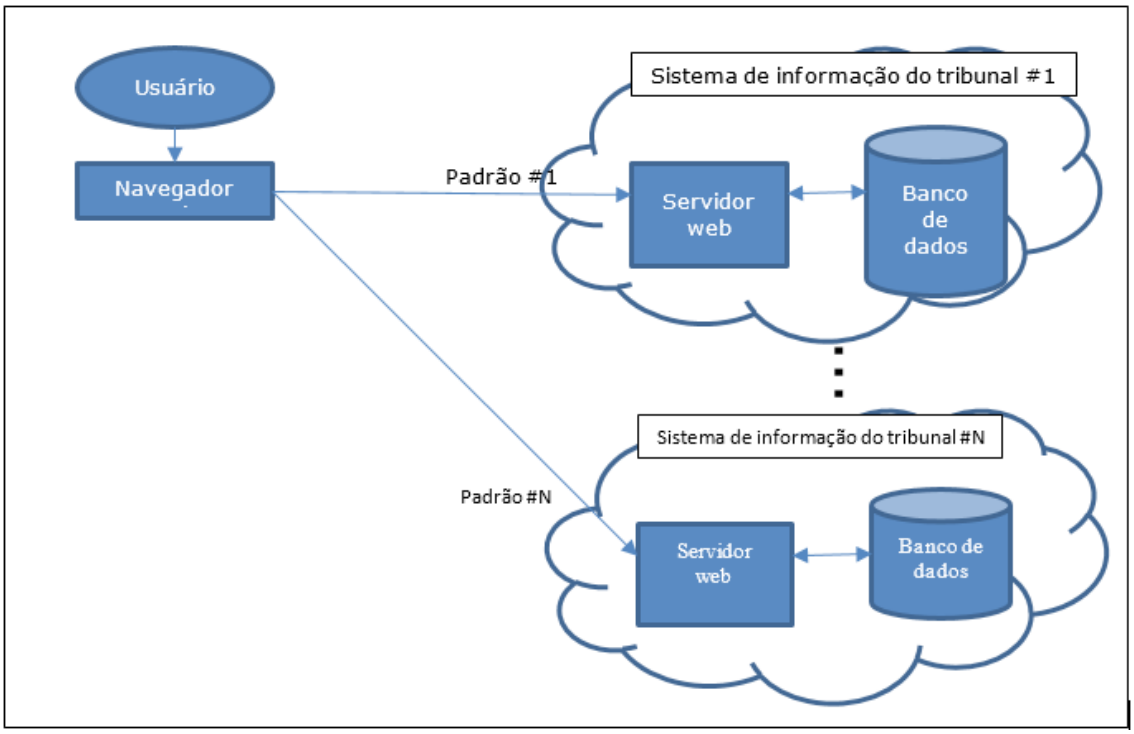

Figura 5: Sistema de Informação em uso nos tribunais

Fonte: Elaboração Própria.

Sistemas que seguem a arquitetura definida acima permitem a consulta manual de informações em pequena escala, e não são adequados para a consulta e análise de dados em larga escala (big data). A arquitetura utilizada pela grande maioria dos tribunais, como já citado anteriormente, inclui mecanismos para dificultar o acesso em larga escala, como a limitação do volume de consultas por IP e a utilização de *captchas*. Essa prática dificulta a elaboração de pesquisas, como a que foi aqui proposta, assim como coloca obstáculos ao desenvolvimento tecnológico entre os operadores de Direito, que cada vez mais procuram incorporar ferramentas computacionais para acompanhamento de processos e apoio a decisões estratégicas.

Para esse tipo de acesso em larga escala seria desejável a utilização pelos tribunais de um subsistema de acesso à informação (Servidor REST – Representational State Transfer) que permite a consulta as informações do banco de dados de modo uniforme. Dessa forma, seria possível desenvolver sistemas externos de consulta a informações de modo automatizado, permitindo a análise computadorizada das informações disponibilizadas pelos tribunais, aumentando a capacidade de análise, extração de padrões, e permitindo maior transparência em geral. Vemos na Figura 6 um sistema construído para interagir com outros sistemas.

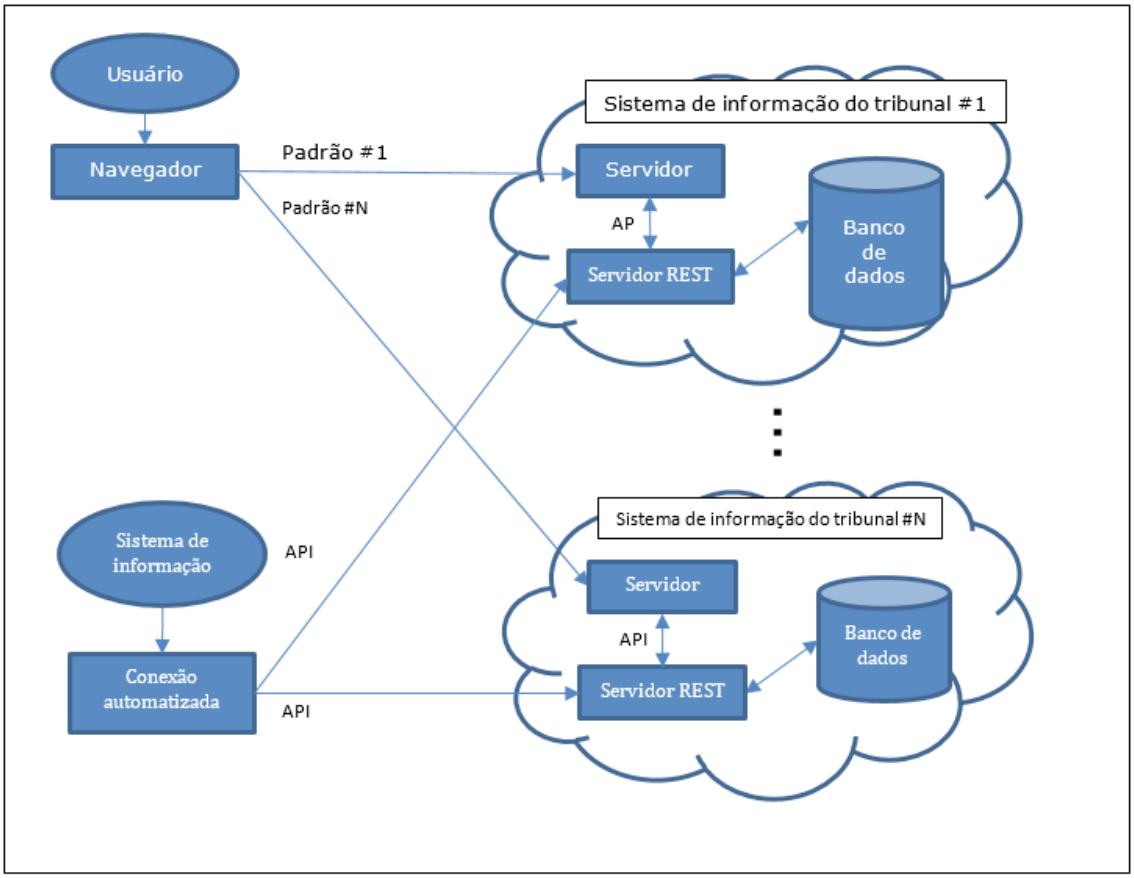

Figura 6: Sistema de Informação API-REST

Fonte: Elaboração Própria.

Como exemplo de iniciativa de expansão do acesso à informação jurídica via APIs temos o projeto Free Law ({HYPERLINK "https://free.law/"}) nos Estados Unidos, que visa organizar informação de decisões jurídicas e disponibilizá-las ao público geral via APIs REST.

Do ponto de vista dos aplicadores do Direito, isso representaria um ganho importante de eficiência na leitura e manuseio desses documentos. Com uma padronização maior, a citação da jurisprudência, sua pesquisa e interpretação ficam mais acessíveis.

Do ponto de vista do órgão supremo de supervisão da justiça, o CNJ, é fundamental que ele possua uma base pública de fiscalização dos processos em andamentos e concluídos. Somente com dados padronizados e de fácil acesso é que pesquisas, como a de grandes litigantes, podem ser potencializadas.

3. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: ANÁLISE DESCRITIVA

3.1. DADOS DE GESTÃO PROCESSUAL DOS TRIBUNAIS

Como já reportado acima, obtivemos via Lei de Acesso à Informação os dados de diversos tribunais estaduais, tanto para primeira quanto para segunda instância. Contudo, alguns desses dados vieram em formato *.pdf*, dificultando a análise por requerer sua conversão para um formato que permita trabalhar com as informações como uma base de dados[4]. Os tribunais que encaminharam informações em formato *.pdf*, mas para os quais não foi possível realizar a conversão, são: TJDF (2ª Instância), TJPB (1ª e 2ª Instâncias), TJRR (1ª e 2ª Instâncias) e TJSE (1ª e 2ª Instâncias). Portanto, a análise que se segue não incorpora os dados relativos a esses tribunais.

Outros tribunais informaram os dados de primeira e segunda instâncias em uma mesma tabela sem identificação específica. Quando possível, já foi realizada essa identificação e, nesses casos, foi feita a inclusão desses dados nas análises apresentadas abaixo[5]. Para TJAP ainda não foi possível separar os casos conforme a instância julgadora. A análise abaixo não incorpora os casos em que não foi possível definir à qual instância pertenciam (isso envolve a maioria dos casos nos tribunais de PI, ES e RO, além de todos os casos do TJAP).

Considerando o acima exposto, a LAI permitiu a identificação de 498.715 processos de primeira instância, distribuídos entre 17 justiças estaduais[6], e 277.411 processos de segunda instância, distribuídos entre 15 tribunais estaduais[7], no período entre 2008 e 2017. Esses números totais são inferiores aos identificados por Lima Jr. e Schulze (2018), com dados do CNJ, possivelmente porque, pelos obstáculos relatados na seção sobre metodologia, não foi possível compilar as informações para a totalidade de tribunais brasileiros. Ainda assim, as principais conclusões, como a taxa de crescimento e a concentração dos principais temas, como se verá, são consistentes com os encontrados pelo CNJ.

4 As informações sobre processos em segunda instância no TJRJ, por exemplo, foram disponibilizadas pelo Tribunal por meio de um arquivo em formato .pdf com 6.880 páginas.
5 Para tanto, consideramos especialmente a classe do processo (agravos, apelações e recursos foram classificados como 2ª instância).
6 Os tribunais para os quais foram obtidos dados de primeira instância em formato passível de análise foram: TJRJ, TJMG, TJPI, TJAL, TJPE, TJSP, TJMA, TJMS, TJES, TJAC, TJCE, TJRO, TJRN, TJDF, TJMT, TJSC, TJTO.
7 Em segunda instância, os tribunais para os quais foram obtidos dados em formato passível de análise foram: TJCE, TJMA, TJRJ, TJPE, TJES, TJSC, TJAL, TJPI, TJMT, TJMS, TJMG, TJAC, TJRO, TJRN, TJTO.

Considerando o ano de distribuição dos processos, o que se verifica na evolução ano a ano é que há um crescimento acentuado de aproximadamente 130% no número de demandas de primeira instância relativas ao direito à saúde de 2008 para 2017, conforme mostra a Figura 7 abaixo. Tal crescimento é bastante superior aos 50% de crescimento do número total de processos de primeira instância, conforme relatórios do CNJ "Justiça em Números" de 2008 a 2017.

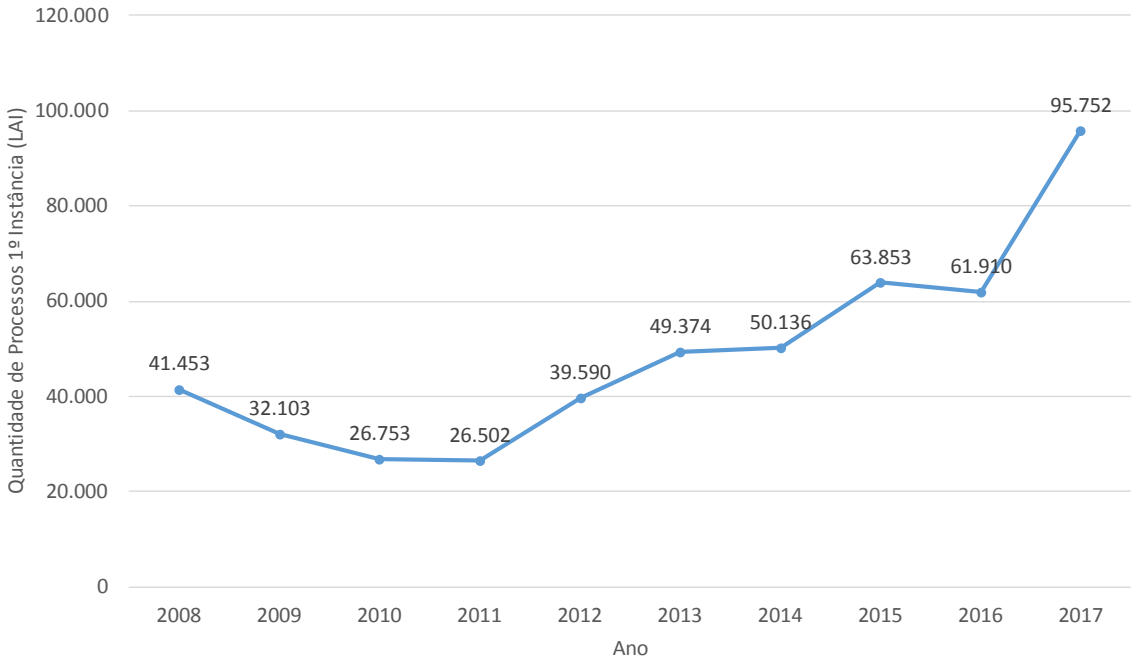

Figura 7: Evolução Número de Processos de Saúde Distribuídos por Ano (1ª Instância)[8]

Fonte: Elaboração Própria. Números totais relativos aos tribunais listados na seção 2.1.1.

Analisando o número de processos de segunda instância, observamos que para o ano de 2008 foram informados apenas 2.969 processos, enquanto para os anos seguintes o número de processos passa de vinte mil. Não se vê proporcionalmente a mesma diferença quanto ao número total de processos de 2008 para os anos seguintes. Conforme os relatórios Justiça em Números, em 2008 havia 3.066.526 processos tramitando em segunda instância, enquanto nos anos seguintes esse número foi gradativamente aumentado, com 3.132.664 em 2009 e chegando a 4.373.418 em 2017. Assim, excluindo o ano de 2008 com a finalidade de não distorcer a análise da evolução do número de processos distribuidos entre 2009 e 2017, observamos um aumento de cerca de 85% do número de demandas relativas ao direito à saúde, conforme Figura 8. Tal crescimento é mais do que o dobro do observado no período para o total de processos: 40%, conforme dados do Justiça em Números.

8 Processos relativos à saúde em tramitação e já concluídos/arquivados, conforme informado pelos tribunais por meio da LAI.

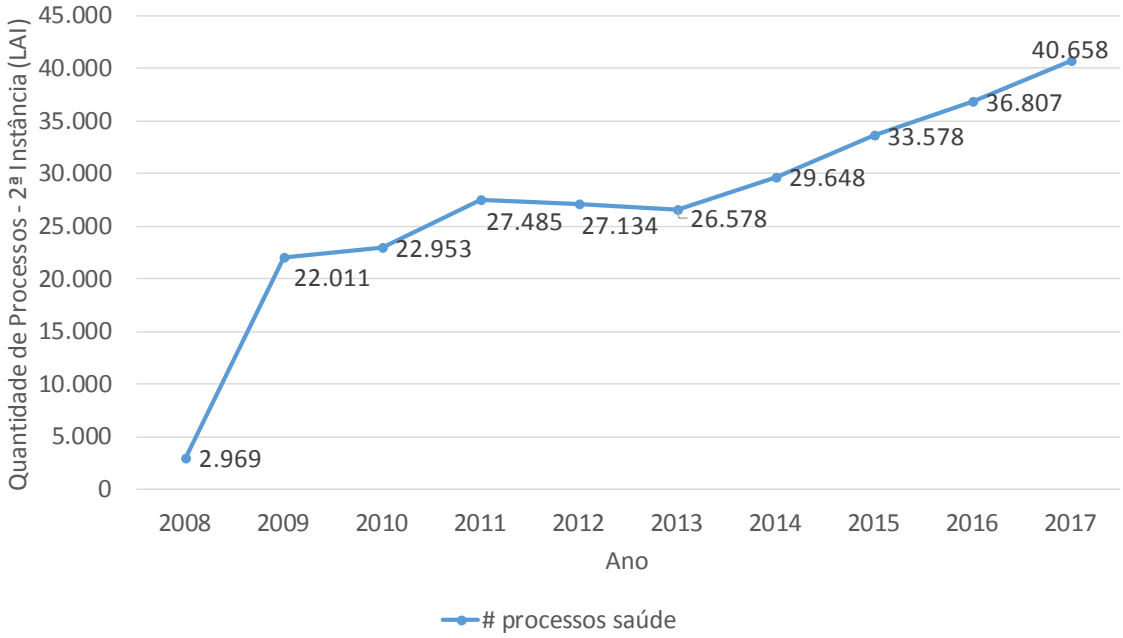

Figura 8: Evolução Número de Processos de Saúde Distribuídos por Ano (2ª Instância)[9]

Fonte: Elaboração Própria.

9 Processos relativos à saúde em tramitação e já concluídos/arquivados, conforme informado pelos tribunais por meio da LAI.

Com relação aos assuntos tratados pela justiça estadual, a análise restringe-se àqueles tribunais que forneceram a informação em cada instância. Necessário apontar que há limitações na análise ora realizada decorrentes da forma como os tribunais prestaram as informações. Como já esclarecido na seção sobre o tratamento dos dados obtidos via LAI, um mesmo assunto pode estar escrito com diversas grafias em diferentes tribunais ou até no mesmo tribunal, além de outros problemas no formato do texto do assunto. Além de correção de grafia, exclusão de espaços e outros ajustes para essa análise, foi realizada uma agregação de assuntos nas categorias definidas pelo CNJ e pertinentes para casos de saúde. Tendo em vista as limitações dos dados na forma como foram enviados, tal procedimento de agregação foi realizado usando o algoritmo de detecção de semelhança entre textos conhecido como distância Jaro[10].

Como mostra a Figura 9, os principais assuntos discutidos nos processos em primeira instância são: "Plano de Saúde", "Seguro" e "Saúde", seguidos de "Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos". Nota-se, em particular, uma participação muito elevada dos assuntos "Plano de Saúde" e "Seguro", mostrando a relevância da litigância judicial na esfera da saúde suplementar, assunto ainda pouco investigado na literatura sobre o tema. Cumpre esclarecer que, nos termos da nomenclatura utilizada pelo CNJ, os assuntos classificados como "Saúde" dizem respeito a disputas relativas a saúde pública e, conforme Figura 9, representam 11,782% dos casos.

10 A lista de assuntos no padrão do CNJ utilizada para a agregação e organização dos assuntos informados pelos tribunais está disponível no Apêndice.

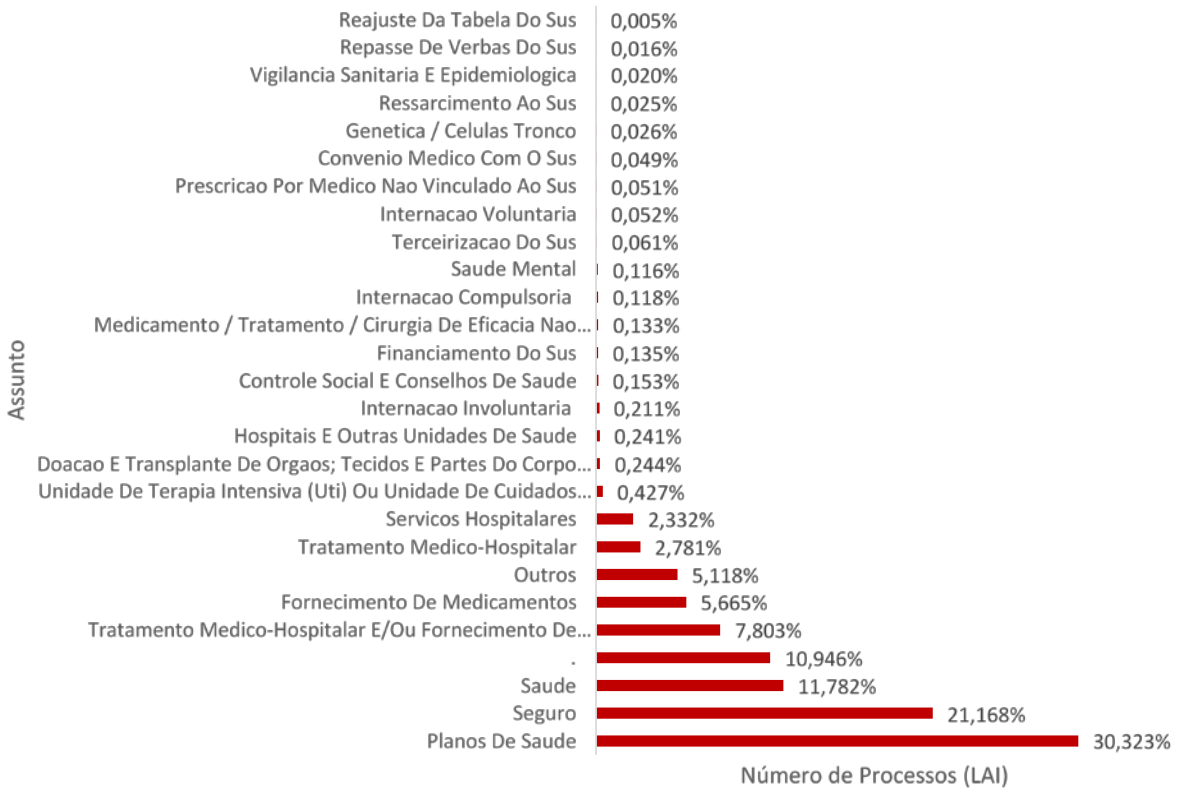

Figura 9: Número de Processos de Saúde por Assunto 2008-2018[11]

Fonte: Elaboração Própria.

A Justiça Estadual de São Paulo é uma das principais responsáveis por esse grande número de processos no Brasil cujo assunto é indexado como "planos de saúde", tendo distribuído 116.518 casos nessa categoria durante o período em análise.

Se analisarmos os tribunais (Figura 10) que informaram o assunto de seus processos (primeira, segunda ou nas duas instâncias), os seis tribunais com mais casos classificados são: TJCE, TJMG, TJPE, TJRJ, TJSC e TJSP. Em todos esses tribunais, "planos de saúde" e "seguro" aparecem entre os cinco principais assuntos. Interessante notar, porém, as diferenças entre estados: no Rio de Janeiro, "saúde" é o principal tema e aparece em 35% dos casos (isso sem descontar os processos classificados como "outros", que envolvem, inclusive, causas não relacionadas aàsaúde); já em Minas Gerais o assunto que aparece no maior número de processos é "tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos", semelhante ao que ocorre em Santa

11 Processos relativos à saúde em tramitação e já concluídos/arquivados, conforme informado pelos tribunais por meio da LAI.

Catarina, onde 28% dos casos são relativos a fornecimento de medicamentos; no Ceará 67% dos processos são relativos a "seguro" e em São Paulo e Pernambuco, o assunto que mais aparece é "planos de saúde".

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJCE
Seguro	67%
Planos de Saúde	11%
Saúde	10%
Tratamento medico-hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	4%
Fornecimento de medicamentos	3%

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJMG
Tratamento medico-hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	21%
Planos de Saúde	16%
Fornecimento de medicamentos	15%
Seguro	14%
Saúde	8%

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJPE
Planos de Saúde	45%
Seguro	35%
Tratamento médico-hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos	14%
Saúde	3%
Serviços hospitalares	1%

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJRJ
Saúde	35%
Planos de Saúde	33%
Outros	20%
Seguro	10%
Serviços hospitalares	2%

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJSC
Fornecimento de medicamentos	28%
Não informado	28%
Seguro	26%
Tratamento médico-hospitalar e/ou Fornecimento de medicamentos	8%
Planos de Saúde	5%
Tratamento médico-hospitalar	3%

PRINCIPAIS ASSUNTOS	TJSP
Planos de Saúde	82%
Serviços hospitalares	7%
Saúde	7%
Seguro	4%

Figura 10: Principais Assuntos em Seis Tribunais (TJCE, TJMG, TJPE, TJRJ, TJSC, TJSP)

Fonte: Elaboração Própria.

Rio Grande do Norte e Pernambuco seguem São Paulo com "planos de saúde" sendo o principal tópico de demanda local. Assim como Santa Catarina e Tocantins enfrentam mais casos relativos a "Fornecimento de medicamentos". No Acre, Alagoas, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, por sua vez, predomina o assunto "tratamento médico-hospitalar e/ou Fornecimento de medicamentos".

Os dados indicam, portanto, que há heterogeneidade entre estados quanto ao tipo de demanda enfrentada. Um importante encaminhamento de pesquisa que daqui decorre é investigar as possíveis causas dessa heterogeneidade regional.

Analisando separadamente a primeira e a segunda instância na Figura 11 e na Figura 12 abaixo, vemos que os principas assuntos se repetem, porém fica evidente a maior relevância dos assuntos "planos de saúde" e "seguro" em primeira instância do que em segunda instância.

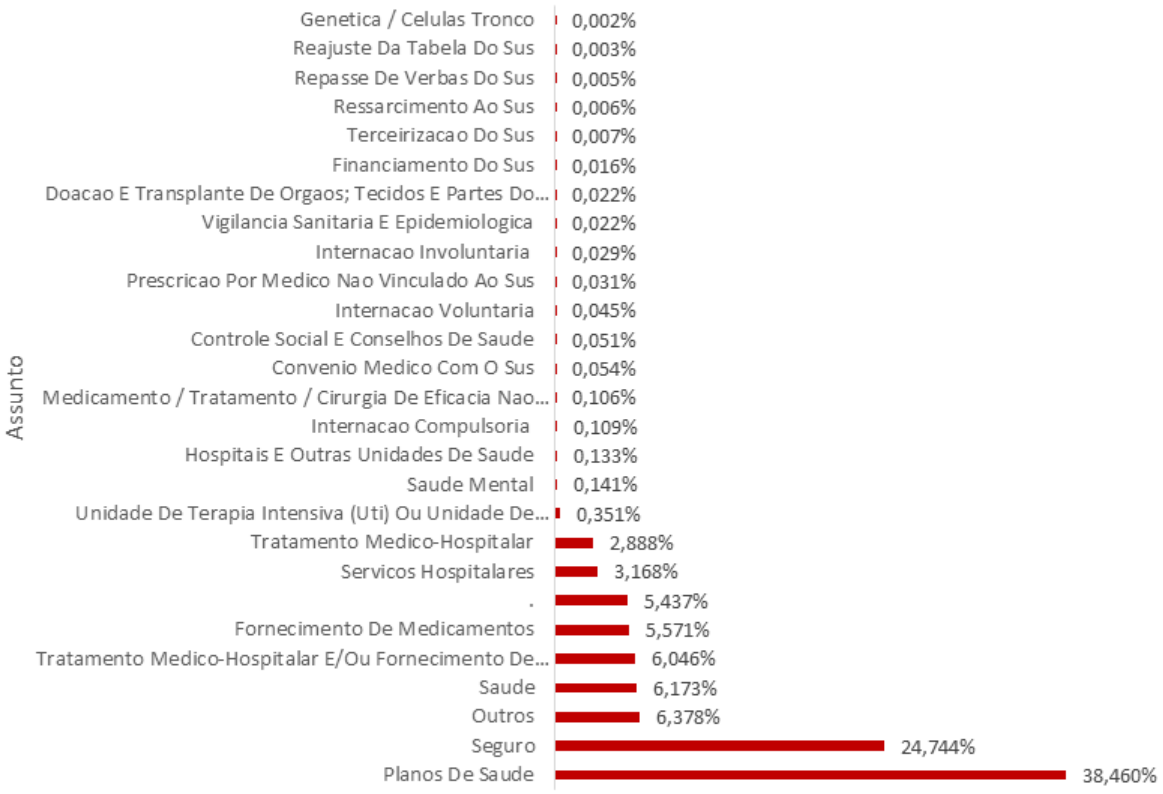

Figura 11: Número de Processos de Saúde por Assunto 2008-2018 (1ª Instância)[12]

Fonte: Elaboração Própria.

12 Processos relativos à saúde em tramitação e já concluídos/arquivados, conforme informado pelos tribunais por meio da LAI.

Figura 12: Número de Processos de Saúde por Assunto 2008-2018 (2ª Instância)[13]

Fonte: Elaboração Própria.

Ou seja, os principais assuntos enfrentados pelos tribunais em segunda instância não necessariamente são os mais distribuídos em primeira instância, mesmo considerando que a base de dados cobre um período relativamente extenso (10 anos). Aparentemente há um viés de assunto quando se trata de recurso judicial, que merecerá aprofundamento de análise em pesquisas futuras, conforme seja possível extrair mais informações sobre esses processos. Em Minas Gerais, por exemplo, o principal assunto em primeira instância era "planos de saúde", mas em segunda instância é "tratamento médico-hospitalar e/ou medicamentos".

Cumpre fazer a ressalva de que essa diferença deve ser analisada com cautela, uma vez que se trata de um conjunto diferente de tribunais, devido às limitações na obtenção e apresentação dos dados já reportadas acima. Portanto, os percentuais de representação de cada assunto em primeira e segunda instâncias não são imediatamente comparáveis.

13 Processos relativos à saúde em tramitação e já concluídos/arquivados, conforme informado pelos tribunais por meio da LAI.

Com base no mesmo método de agregação utilizado para assuntos, realizamos a agregação das principais partes envolvidas nos processos de saúde, para os tribunais que disponibilizaram a informação (TJAL, TJAP, TJDF, TJES, TJMA, TJMG, TJMS, TJPE, TJRJ, TJRN, TJSC, TJSP e TJTO). Como podemos ver pela Figura 14 abaixo, "Outros" aparece como a principal parte ativa nos processos. Esse é um resultado esperado, tendo em vista que os nomes de pessoas físicas acabam agregados sob essa categoria. É notável também a participação de três administradoras de benefícios como polo ativo mais frequente, revelando um papel dessas empresas distinto das operadoras de planos de saúde, que se encontram mais frequentemente no polo passivo, como se verá mais adiante.

PARTE ATIVA	% DO TOTAL
Outros	20,11%
Município	4,73%
Estado de/do	3,87%
Maritima saude seguros	2,35%
Ministério Público	2,22%
Aliança administradora de benefícios	2,17%
Allcare administradora de benefícios	2,03%
Tokio marine seguradora s/a	1,95%
Qualicorp administradora de benefícios	1,78%

Figura 13: Principais Partes Ativas (% do total)

Fonte: Elaboração Própria.

Quando passamos a análise somente dos casos em primeira instância, temos que "Outros" novamente aparece dentre as três principais partes ativas em todos os estados que disponibilizaram a informação (Figura 14). Por outro lado, a segregação por estado permite enxergar que existe uma heterogeneidade entre estados. Merece destaque a participação da Defensoria e do Ministério Público em alguns dos estados, como AL, ES[14], MA, MS, PE, SC, TO. Além disso, em Minas Gerais há casos em que a parte ativa é o próprio etado e no Tocantis, é o próprio juízo que aparece como autor em quase 20% dos processos. Outro ponto que merece análise mais aprofundada é a presença de algumas seguradoras no rol de principais autores nos processos de alguns dos estados.

14 Cabe lembrar que o Tribunal de Justiça do Espírito Santo informou as instâncias conjuntamente e a análise apresentada acima baseia-se em um conjunto restrito de decisões que puderam ser discriminadas entre as instâncias com base em sua classe. Portanto, a análise baseia-se em poucos casos e está sujeita a viés.

TJAL	Outros	36,19%
	Defensoria Pública	17,68%
	Maritima Saude seguros	6,43%
TJDF	Outros	17,47%
	Alianca administradora de beneficios	4,62%
	Tokio marine seguradora s/a	3,53%
TJES	Centro de estudos jurídicos da defensoria	50,86%
	Ministério Público	7,33%
	Outros	6,03%
TJMA	Outros	26,42%
	Promotor	17,74%
	Prevent senior	12,27%
TJMG	Outros	10,57%
	Unimed	8,48%
	Estado de/do	4,74%
TJMS	Outros	17,01%
	Ministério Público	11,69%
	Maritima saude seguros	3,25%
TJPE	Outros	17,47%
	Ministério Público	3,72%
	Allcare administradora de benefícios	3,51%
TJRJ	Outros	78,24%
	Caixa de assistencia dos	2,26%
	Tokio marine seguradora s a	1,58%
TJRN	Outros	17,33%
	Tim	7,93%
	Allcare administradora de benefícios	4,71%
TJSC	Outros	20,94%
	Ministério Público	10,15%
	Maritima saude seguros	3,34%
TJSP	Outros	21,12%
	Maritima saude seguros	4,04%
	Aliança administradora de beneficios	3,82%
TJTO	Juízo	19,74%
	Ministério Público	14,96%
	Outros	11,83%

Figura 14: Principais Partes Ativas em 1ª Instância (% do total por estado)

Fonte: Elaboração Própria.

Em segunda instância, há algumas mudanças quanto às principais partes ativas e os estados e municípios começam a aparecer como principais recorrentes, o que, como se verá ainda neste relatório, decorre da elevada proporção de decisões desfavoráveis à Administração Pública em primeira instância e ao dever desta em recorrer independentemente da probabilidade de ganho nas instâncias superiores (Figura 15). Algumas seguradoras também aparecem, assim como a categoria "Outros", que engloba todas as pessoas físicas. Novamente a análise por estado permite verificar que há características diferentes em cada localidade.

TJAL	Município	33,17%
	Estado de/do	29,94%
	Juízo	6,77%
TJES	Bradesco Vida e Previdência	21,09%
	Centro de estudos jurídicos da defensoria	7,51%
	Unimed	6,69%
TJMA	Seguradora Líder dos consórcios	20,83%
	Bradesco Saúde	8,42%
	Outros	8,08%
TJMS	Estado de/do	32,04%
	Município	16,46%
	Juízo	8,48%
TJPE	Estado de/do	15,22%
	Sul América	12,79%
	Outros	5,06%
TJRJ	Município	25,32%
	Estado de/do	12,58%
	Outros	5,98%
TJRN	Outros	14,51%
	Unimed	12,68%
	Estado de/do	8,94%
TJSC	Oi S.A.	17,53%
	Unimed	11,66%
	Outros	9,63%
TJTO	Município	21,29%
	Outros	10,44%
	Estado de/do	9,10%

Figura 15: Principais Partes Ativas em 2ª Instância (% do total por estado)

Fonte: Elaboração Própria.

O mesmo exercício pode ser feito para as partes passivas envolvidas nos processos (Figura 16). Quando se analisa as duas instâncias juntas, novamente a categoria "Outros" é a que aparece com maior representatividade (10,99%), porém inferior à observada para partes ativas (20, 11%). Municípios e estados também estão dentre as principais partes passivas, assim como estavam dentre as principais partes ativas. Com relação às seguradoras, o interessante é notar que aquelas que apareceram como principais autoras/recorrentes não são as mesmas que surgem como principais rés/recorridas.

PARTE PASSIVA	% DO TOTAL
Outros	10,99%
Município	4,64%
Seguradora Líder dos Consórcios	4,50%
Unimed	4,48%
Estado de/do	4,43%
Sul América	4,08%
Bradesco Saúde	2,90%
Amil Assistência Médica	2,37%
Fundação Municipal de Saude	1,49%
Companhia de Seguros Aliança do Brasil	1,28%

Figura 16: Principais Partes Passivas (% do total)

Fonte: Elaboração Própria.

Faz-se mister analisar separadamente a primeira e a segunda instância para entender melhor as informações sobre partes passivas. Novamente observamos (Figura 17) que há diferenças relevantes entre estados, indicando características variadas na judicialização da saúde a depender do local analisado. Enquanto no TJAL, em primeira instância, municípios e o estado são os principais demandados, nos Tribunais de Pernambuco, Distrito Federal e São Paulo só temos seguradoras entre os principais demandados em primeira instância. Esses dados são coerentes com a análise de principais assuntos discutidos nesses mesmos tribunais em primeira instância (quando disponível a informação): nos três estados em que temos somente seguradoras entre os três principais demandados em primeira instância, o principal assunto em primeira instância é justamente plano de saúde. Isso reforça a necessidade de uma análise mais aprofundada sobre o tema da judicialização da saúde suplementar ao indicar a relevância dela dentro da judicialização da saúde. No TJAL, tratamento médico-hospitalar e saúde, ambos assuntos relacionados ao sistema de saúde pública, são os principais temas das demandas de primeiro grau. Esse fato se reflete na grande participação dos municípios e do estado como partes passivas nos processos em primeira instância.

TJAL	Município	41,05%
	Estado de/do	36,06%
	Outros	8,03%
TJDFT	Amil assistência médica	12,71%
	Bradesco saúde	7,60%
	Qualicorp administradora de benefícios	7,17%
TJES	Centro de estudos jurídicos da defensor	50,00%
	Petróleo brasileiro s.a petrobras	10,78%
	Outros	6,90%
TJMA	Seguradora líder dos consórcios	32,54%
	Promotor	20,39%
	Outros	8,81%
TJMG	Outros	10,75%
	Unimed	8,52%
	Estado de/do	4,75%
TJMS	Município	41,71%
	Estado de/do	15,72%
	Seguradora líder dos consórcios	8,02%

TJPE	Seguradora líder dos consórcios	21,09%
	Sul américa	12,55%
	Bradesco saúde	7,04%
TJRJ	Outros	63,48%
	Telemar	5,01%
	Unimed	4,89%
TJRN	Estado de/do	26,99%
	Unimed	9,15%
	Município	7,94%
TJSC	Estado de/do	35,95%
	Seguradora líder dos consórcios	18,04%
	Município	15,45%
TJSP	Sul américa	16,01%
	Unimed	10,52%
	Bradesco saúde	9,55%
TJSC	Município	27,41%
	Outros	16,03%
	Juízo	13,97%

Figura 17: Principais Partes Passivas em 1ª Instância (% do Total)

Fonte: Elaboração Própria.

Também na segunda instância verificamos que há idiossincrasias estaduais (Figura 18). A categoria "Outros" continua aparecendo com bastante relevância, tanto em primeira quanto em segunda instâncias. Municípios e estados também continuam sendo demandados em segunda instância com bastante frequência. Já as seguradoras aparecem um pouco menos. Contudo, é mais uma vez necessário lembrar que as informações de primeira e segunda instância dizem respeito a conjuntos de tribunais diversos e, portanto, não são diretamente comparáveis.

TJAL	Outros	23,64%
	Município	15,85%
	Estado de/do	9,05%
TJES	Outros	14,09%
	Centro de estudos jurídicos da defensor	7,72%
	Bradesco vida e previdência	5,14%
TJMA	Outros	17,05%
	Seguradora líder dos consórcios	13,67%
	Caixa de assistência	3,53%
TJMS	Ministério Público	16,13%
	Outros	12,66%
	Município	8,43%
TJPE	Outros	11,58%
	Ministério Público	6,39%
	Sul américa	5,34%
TJRJ	Outros	31,70%
	Município	6,16%
	Tokio marine seguradora s/a	3,76%
TJRN	Outros	16,42%
	Estado de/do	8,21%
	Unimed	5,84%
TJSC	Outros	16,41%
	Unimed	6,12%
	Bradesco vida e previdência	4,38%
TJTO	Unimed	18,47%
	Ministério Público	13,39%
	Município	11,51%

Figura 18: Principais Partes Passivas em 2ª Instância (% do Total)

Fonte: Elaboração Própria.

Finalmente, uma síntese do quantitativo de decisões de primeira e de segunda instâncias é apresentada, respectivamente, na Figura 19 e na Figura 20, discriminadas por tribunal e por ano. Análises adicionais sobre a frequência de assuntos, classes e partes por tribunal e ano são apresentadas no Apêndice, ao final deste relatório.

TJ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
TJAC	0	0	3	9	44	116	217	175	257	266	1.087
TJAL	2	441	1.197	1.103	1.929	1.169	640	1.623	2.935	2.871	13.910
TJCE	159	954	906	1.353	2.410	4.086	4.654	14.759	5.843	28.025	63.149
TJDFT	0	0	1	3	10	26	44	136	585	2.663	3.468
TJES	3	3	8	9	10	31	24	31	46	67	232
TJMA	555	2.244	4.106	4.154	3.438	2.355	2.589	2.186	2.238	2.411	26.276
TJMG	36	376	627	762	1.159	1.836	1.998	2.268	3.625	5.546	18.233
TJMS	39	53	701	1.188	1.986	2.908	4.046	3.940	5.684	5.825	26.370
TJMT	452	2.006	2.362	1.995	2.262	2.151	2.677	1.508	1.495	1.123	18.031
TJPE	529	2.241	2.474	3.245	8.228	12.206	5.531	5.041	6.011	6.261	51.767
TJPI	0	7	7	7	12	23	40	67	41	61	265
TJRJ	36.908	18.390	3.954	23	15	41	115	182	122	173	59.923
TJRN	266	1.406	2.106	2.519	2.484	2.514	2.811	2.483	2.698	4.092	23.379
TJRO	0	0	180	226	579	1.231	308	455	3	0	2.982
TJSC	182	235	388	485	899	1.970	4.561	7.010	8.387	12.303	36.420
TJSP	2.317	3.746	7.729	9.379	14.022	16.531	19.627	21.518	21.356	23.465	139.690
TJTO	5	1	4	42	103	180	254	471	584	600	2.244
TOTAL	41.453	32.103	26.753	26.502	39.590	49.374	50.136	63.853	61.910	95.752	487.426

Figura 19: Número de Processos Primeira Instância 2008-201715

Fonte: Elaboração Própria.

15 Processos relativos à saúde em tramitação e já concluídos/arquivados, conforme informado pelos tribunais por meio da LAI.

TJ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
TJAC	1	0	12	45	17	45	140	70	112	207	649
TJAL	2	12	443	1.387	1.510	855	904	393	222	624	6.352
TJCE	488	5.172	4.322	5.749	4.535	3.405	2.678	3.709	4.791	5.092	39.941
TJES	0	1	2	6	54	184	155	157	194	188	941
TJMA	0	0	0	96	232	373	656	678	606	509	3.150
TJMG	647	2.439	3.235	4.265	6.537	6.445	7.404	8.612	9.453	10.397	59.434
TJMS	13	93	966	1.186	1.209	1.967	2.381	2.067	2.685	2.950	15.517
TJMT	198	2.207	2.813	2.555	0	0	0	0	146	558	8.477
TJPE	307	1.828	2.206	2.412	2.546	1.820	2.618	3.707	4.349	3.810	25.603
TJPI	0	1	0	20	5	35	62	41	70	88	322
TJRJ	1.293	9.139	7.780	8.873	9.434	10.326	11.423	11.840	10.454	12.517	93.079
TJRN	0	0	0	0	0	0	39	197	322	397	955
TJRO	15	38	73	52	76	44	14	26	27	25	390
TJSC	5	1.081	1.101	838	954	1.034	1.110	1.946	3.191	3.067	14.327
TJTO	0	0	0	1	25	45	64	135	185	229	684
TOTAL	2.969	22.011	22.953	27.485	27.134	26.578	29.648	33.578	36.807	40.658	269.821

Figura 20: Número de Processos Segunda Instância 2008-2017[16]

Fonte: Elaboração Própria.

3.2. ANÁLISE DESCRITIVA: REPOSITÓRIO DE JURISPRUDÊNCIA DOS TRIBUNAIS

Esta seção apresenta análises descritivas a partir da base de dados coletada nos repositórios de jurisprudência dos tribunais. Essa base de dados, conforme exposto em maior detalhe na seção 2, contém tanto acórdãos de segunda instância, para diversos tribunais, como sentenças em primeira instância, neste caso restritas ao Estado de São Paulo, o único que disponibiliza volume representativo de decisões de primeira instância em seu repositório. Conforme já comentado, a base dos repositórios de jurisprudência é própria para análises que investigam características do conteúdo de suas decisões, por meio de pesquisa de expressões regulares e métodos não-supervisionados, como análise de tópicos, que não são possíveis de serem feitas por meio dos dados de gestão processual, obtidos por meio da LAI. Em contraposição, esses são mais apropriados para a análise do quantitativo das decisões, como a conduzida na seção 3.1, visto que há indícios de que os tribunais não alimentam seus repositórios com a totalidade das decisões. Por esse motivo, esta seção centra-se na análise do conteúdo das decisões judiciais em assuntos relacionados à saúde, não devendo ser utilizada para inferir a quantidade total de decisões judiciais.

16 Processos relativos à saúde em tramitação e já concluídos/arquivados, conforme informado pelos tribunais por meio da LAI.

Esta seção está dividida em duas partes, que exploram as decisões de segunda e de primeira instância. Cada uma delas contém uma parte derivada da análise de expressões regulares, obtidas por meio de pesquisa booleana com termos e expressões selecionados pelos pesquisadores com base na literatura e em análise de uma amostra de decisões, e outra com análise de tópicos, um método não-supervisionado.

O primeiro conjunto é formado por 164.587 acórdãos de todos os tribunais de justiça estaduais, do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) e dos Tribunais Regionais Federais (TRFs) das primeira, quarta e quinta região (TRF1, TRF4 e TRF5 respectivamente). Tais acórdãos são os que versam sobre temas relativos ao fenômeno da judicialização da saúde no universo global de acórdãos em que estão inseridos (Apêndice 9.5).

Já o segundo conjunto é formado por decisões judiciais em primeira instância do Tribunal de Justiça de São Paulo, com o mesmo recorte temático (Apêndice 9.4).

3.2.1. DECISÕES JUDICIAIS EM SEGUNDA INSTÂNCIA

3.2.1.1. ANÁLISE POR EXPRESSÕES REGULARES

Nesta seção, são analisadas as decisões judiciais de segunda instância, em um total de 164.587 acórdãos, conforme já apresentado. A Figura 21 apresenta a divisão dos acórdãos encontrados por tribunal, com a correspondente porcentagem no conjunto.

TRIBUNAL	NÚMERO ABSOLUTO ACÓRDÃOS	%
TJSP	80.355	48,82%
TJRS	33.131	20,13%
TJPR	9.193	5,59%
TJRJ	5.502	3,34%
TJDF	3.193	1,94%
TJRN	2.364	1,44%
TJPB	1.837	1,12%
TJPA	1.656	1,01%
TJAL	1.519	0,92%
TJCE	1.273	0,77%
TJSC	1.102	0,67%
TJES	1.008	0,61%
TJMG	583	0,35%
TJMS	463	2,81%
TJMT	399	0,24%
TJAC	384	0,23%
TJBA	356	0,22%
TJAM	261	0,16%
TJRO	44	0,03%
TJPI	33	0,02%
TJRR	21	0,01%
TRF4	15.731	9,56%
TRF1	9	0,01%
TRF5	3	0,00%
Total	164.587	100%

Figura 21: Acórdãos Classificados como Judicialização da Saúde por Tribunal

Fonte: Elaboração Própria.

A Figura 21 apresenta significativa desigualdade entre os tribunais, por exemplo, os acórdãos do TJSP correspondem a quase metade do conjunto. Ainda que tal fator possa ser explicado, em parte, pelas diferenças entre o número de habitantes, sendo São Paulo um dos estados mais populosos do país, tal padrão não se mantém, por exemplo, no número de ações no TJMG, que tem um número consideravelmente baixo em proporção à população do estado. Também é notável a expressividade do número de ações nos tribunais do Rio Grande do Sul e do Paraná, ambos localizados na região Sul. Deve-se alertar, contudo, que a base de dados colhida nos repositórios de jurisprudência não serve a uma avaliação do quantitativo de casos

por conta das limitações já expostas na seção 2. Há sinais claros de que alguns repositórios não são alimentados com a totalidade dos casos, o que gera uma subestimação não-sistemática da quantidade de casos em alguns estados, comprometendo a análise da proporção quantitativa entre estados. Tais dados prestam-se para a análise de conteúdo da decisão e relações entre variáveis, sendo essa a abordagem a que este relatório se dedica a seguir.

Uma primeira estratégia para analisar os dados por meio da seleção por afinidades temáticas ou processuais passou pela identificação das decisões que versavam sobre ações coletivas, isto é, que apresentavam uma demanda coletiva. Assim os acórdãos foram divididos em três partes, correspondentes a sua estrutura: Relatório, Fundamentação e Decisão. A identificação das ações como coletiva foi feita tanto na fundamentação quanto no relatório, isto é, buscou-se identificar nessas duas partes se a decisão versava sobre um pleito coletivo, o que, por vezes, foi identificado nas duas partes de uma mesma decisão. A Figura 22 e a Figura 23 apresentam o percentual de ações coletivas identificadas pelas diferentes partes do acórdão. Convém lembrar que é possível haver sobreposição entre as colunas.

AGRUPAMENTO TRIBUNAIS DE JUSTIÇA EM REGIÕES	IDENTIFICAÇÃO PELA FUNDAMENTAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO PELO RELATÓRIO
Norte	15,46%	25,16%
Nordeste	11,93%	4,17%
Sudeste	14,93%	2,70%
Sul	10,38%	0,58%
Centro Oeste	6,87%	1,01%
Total	13,00%	2,33%

Figura 22: Ações coletivas por região (apenas Tribunais de Justiça e apenas acórdãos)

Fonte: Elaboração Própria.

Vale ressaltar que a divisão entre regiões realizada na Figura 22 e na Figura 23 exclui os TRFs. A Figura 23 apresenta os mesmos dados por tribunal, ordenados em ordem alfabética, de acordo com o nome de cada.

TRIBUNAL	IDENTIFICAÇÃO PELA FUNDAMENTAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO PELO RELATÓRIO
TJAL	0,07%	0,26%
TJAM	13,03%	1,53%
TJBA	10,39%	5,06%
TJCE	0,71%	0,08%
TJDF	13,78%	0,44%
TJES	2,78%	0,00%
TJMG	25,73%	9,09%
TJMS	0,80%	0,13%
TJMT	22,06%	15,79%
TJPA	15,04%	25,66%
TJPB	26,95%	8,71%
TJPI	0,00%	0,00%
TJPR	0,15%	0,36%
TJRJ	9,98%	0,13%
TJRN	15,65%	6,09%
TJRO	31,82%	18,18%
TJRR	14,29%	0,00%
TJRS	12,14%	0,44%
TJSC	42,74%	6,53%
TJSP	15,34%	2,86%
TRF1	0,00%	0,00%
TRF4	12,88%	2,57%
TRF5	33,33%	0,00%
Total	12,99%	2,35%

Figura 23: Ações coletivas por tribunal (apenas acórdãos)

Fonte: Elaboração Própria.

Outro ponto relevante na análise do fenômeno da judicialização da saúde é a relação entre as decisões judiciais e os instrumentos administrativos do sistema de saúde para definir os medicamentos disponíveis à população, ou seja, entre o Poder Judiciário e a formulação da política pública. Dessa forma, buscou-se identificar a menção, no conjunto de decisões em análise, à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS (CONITEC) e a seus protocolos. A comissão é responsável por indicar ao Ministério da Saúde

quais tecnologias de saúde[17] devem ser incorporadas ao sistema público e por definir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, isto é, a relação entre as tecnologias de saúde e seu uso.

Além disso, os tribunais desenvolveram mecanismos internos de análise técnica das demandas em saúde, os chamados Núcleos de Avaliação de Tecnologias da Saúde (NAT). Os NAT são instrumentos auxiliares de que podem dispor os magistrados em suas decisões e que fornecem subsídio técnico sobre as tecnologias em discussão. De forma semelhante à CONITEC e a seus protocolos, buscou-se assim também identificar a menção aos NAT no conjunto de decisões levantado. A Figura 24 e a Figura 25 apresentam esse resultado de forma desagregada por região do país (excluindo os TRFs) e por tribunal.

AGRUPAMENTO DOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA EM REGIÕES	CONITEC	NAT	PROTOCOLOS
Norte	0,76%	20,10%	4,24%
Nordeste	0,06%	24,59%	1,58%
Sudeste	0,10%	14,75%	4,77%
Sul	1,49%	9,67%	8,54%
Centro Oeste	0,04%	36,40%	7,41%
Total	0,51%	15,06%	5,83%

Figura 24: Acórdãos de Judicialização da Saúde que mencionam CONITEC, Protocolos e NATs, por região do País (apenas Tribunais de Justiça)

Fonte: Elaboração Própria.

17 Medicamentos, produtos ou procedimentos.

TRIBUNAL	CONITEC	NAT	PROTOCOLOS
TJAC	0,00%	8,30%	3,40%
TJAL	0,00%	52,00%	0,00%
TJAM	0,00%	19,20%	2,30%
TJBA	1,40%	20,50%	3,70%
TJCE	0,00%	3,10%	0,50%
TJDF	0,00%	64,10%	5,90%
TJES	0,00%	3,20%	0,00%
TJMG	0,00%	21,80%	3,30%
TJMS	0,00%	16,20%	0,50%
TJMT	0,50%	48,90%	100,00%
TJPA	0,50%	19,30%	4,20%
TJPB	0,00%	11,40%	1,30%
TJPI	0,00%	6,10%	9,10%
TJPR	0,10%	7,50%	0,80%
TJRJ	0,30%	20,20%	2,10%
TJRN	0,00%	32,90%	2,60%
TJRO	11,40%	54,50%	6,80%
TJRR	0,00%	14,30%	0,00%
TJRS	1,90%	9,50%	10,80%
TJSC	0,00%	32,70%	3,80%
TJSP	0,10%	14,50%	5,00%
TRF1	0,00%	0,00%	0,00%
TRF4	2,30%	3,50%	13,40%
TRF5	0,00%	0,00%	0,00%
Total	0,70%	13,90%	6,60%

Figura 25: Acórdãos de Judicialização da Saúde que mencionam CONITEC, Protocolos e NATs, por Tribunal

Fonte: Elaboração Própria.

Os dados apresentados não indicam como esses elementos são valorados nas decisões, isto é, se são endossados, contrariados ou apenas citados de forma neutra pelos magistrados. Entretanto, os números permitem constatar o baixo uso desses instrumentos nas decisões, o que indica que, ainda que sejam citados de forma positiva, não estão na maior parte das decisões sobre judicialização em saúde no país, o que pode significar certo distanciamento entre a política pública formulada e o Poder Judiciário. Entre os três elementos, contudo, os NAT são os mais citados.

No mesmo sentido de se analisar a menção à CONITEC e a seus protocolos, buscou-se identificar a menção a outros três elementos das políticas públicas de saúde no Brasil fundamentais para a estratégia de acesso a tecnologias: as listas públicas, ou seja, o conjunto de tecnologias formalmente incorporadas ao SUS. Foram utilizadas três listas: a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e as relações municipais de medicamentos, que se apresentam pelo nome de REMUME. A Figura 26 e a Figura 27 apresentam tais resultados seguindo a mesma lógica de divisão por região e por tribunais.

AGRUPAMENTO DOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA EM REGIÕES	RENAME	RENASES	REMUME
Norte	7,205%	0,232%	0,000%
Nordeste	2,977%	0,000%	0,025%
Sudeste	2,951%	0,005%	0,006%
Sul	4,682%	0,005%	0,005%
Centro Oeste	1,082%	0,000%	0,000%
Total	3,404%	0,007%	0,006%

Figura 26: Acórdãos que mencionam as Relações de Medicamentos, por Região (considerando os números dos Tribunais de Justiça)

Fonte: Elaboração Própria.

TRIBUNAL	RENAME	RENASES	REMUME
TJAC	4,167%	0,000%	0,000%
TJAL	4,411%	0,000%	0,000%
TJAM	4,598%	0,000%	0,000%
TJBA	3,371%	0,000%	0,562%
TJCE	0,471%	0,000%	0,000%
TJDF	1,190%	0,000%	0,000%
TJES	0,794%	0,000%	0,000%
TJMG	16,295%	0,000%	0,172%
TJMS	1,080%	0,000%	0,000%
TJMT	0,251%	0,000%	0,000%
TJPA	6,159%	0,242%	0,000%
TJPB	0,980%	0,000%	0,000%
TJPI	0,000%	0,000%	0,000%
TJPR	0,772%	0,000%	0,000%
TJRJ	5,035%	0,000%	0,000%
TJRN	4,569%	0,000%	0,000%
TJRO	50,000%	0,000%	0,000%
TJRR	0,000%	0,000%	0,000%
TJRS	5,699%	0,006%	0,006%
TJSC	6,715%	0,000%	0,000%
TJSP	2,739%	0,005%	0,005%
TRF1	0,000%	0,000%	0,000%
TRF4	10,324%	0,763%	0,000%
TRF5	0,000%	0,000%	0,000%
Total	4,065%	0,079%	0,005%

Figura 27: Acórdãos que mencionam as Relações de Medicamentos, por Tribunal (Tribunais de Justiça e Federais)

Fonte: Elaboração Própria.

É notável que a menção às listas de medicamentos seja extremamente baixa no quadro geral, ainda que alguns tribunais apresentem números mais elevados. As listas compõem o ordenamento jurídico sanitário ao serem aprovadas, via portarias ou outros instrumentos normativos típicos da administração pública, pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias Municipais de Saúde, no caso das REMUME. Sua função é definir o conjunto de medicamentos e serviços que serão comprados pela administração pública e distribuídos aos usuários na rede pública. Sua formulação deve ter como norte a garantia do acesso e a racionalização do gasto público. A ausência de disponibilidade de um medicamento ou serviço listado, portanto, corresponde a uma explícita violação do direito à saúde.

Uma possível hipótese, reforçada pelos dados contidos na Figura 27, seria a alta judicialização de tecnologias de saúde e serviços não listados. Ainda assim, seria de se esperar uma referência às listas de medicamentos mesmo que para confirmar a sua ausência e o motivo pelo qual a lista não seria seguida. Para uma melhor compreensão desse fenômeno é importante verificar o que é efetivamente demandado no âmbito do processo. A Figura 28 apresenta essa informação, com a divisão dos acórdãos por objeto e por região. Há sobreposição na caracterização dos objetos dos acórdãos, isto é, um único processo judicial pode versar sobre mais de dois objetos, de forma que a soma pode exceder 100%. A Figura 29, apresentada em seguida, inclui também os TRFs estudados.

OBJETO	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE	TOTAL
Consultas	5,2%	0,8%	1,9%	1,7%	2,4%	1,8%
Erro Médico	6,3%	2,3%	2,2%	4,5%	2,1%	2,9%
Exames	67,9%	40,7%	56,6%	59,9%	33,5%	55,6%
Imunização	0,4%	1,7%	1,2%	1,6%	0,6%	1,3%
Insumo ou Materiais	31,0%	23,4%	42,0%	20,6%	14,9%	33,1%
Insumos	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%
Internação	28,3%	12,2%	19,0%	19,8%	21,8%	19,2%
Leitos	75,2%	69,5%	36,7%	60,3%	52,2%	46,7%
Medicamento	79,2%	56,3%	68,9%	74,6%	52,5%	69,1%
Procedimentos	65,0%	42,5%	49,4%	44,4%	36,9%	47,1%
Órteses Próteses e Meios Auxiliares	69,6%	45,1%	66,5%	63,4%	38,3%	63,0%
Transplante	2,4%	1,5%	1,5%	0,8%	1,1%	1,3%
Vagas	6,5%	2,4%	6,0%	3,5%	12,1%	5,4%

Figura 28: Divisão Acórdãos por objeto por região (apenas Tribunais de Justiça)

Fonte: Elaboração Própria.

É notável a alta demanda por produtos (Insumo ou Materiais, Órteses, Próteses e Meios Auxiliares) e medicamentos. Também há uma grande demanda por exames e por leitos, seguidos por internações. Convém notar também que o volume de ações não apresenta necessária relação proporcional com o custo dispendido em possíveis ações deferidas, o que é aplicável, por exemplo, no caso dos transplantes, procedimentos que são relativamente pouco demandados, mas que individualmente apresentam elevado custo. Finalmente é notável, na comparação entre as regiões, que a região Norte apresenta taxas sensivelmente mais altas que a média enquanto a região Nordeste, um pouco mais baixa, ao menos nesta distribuição.

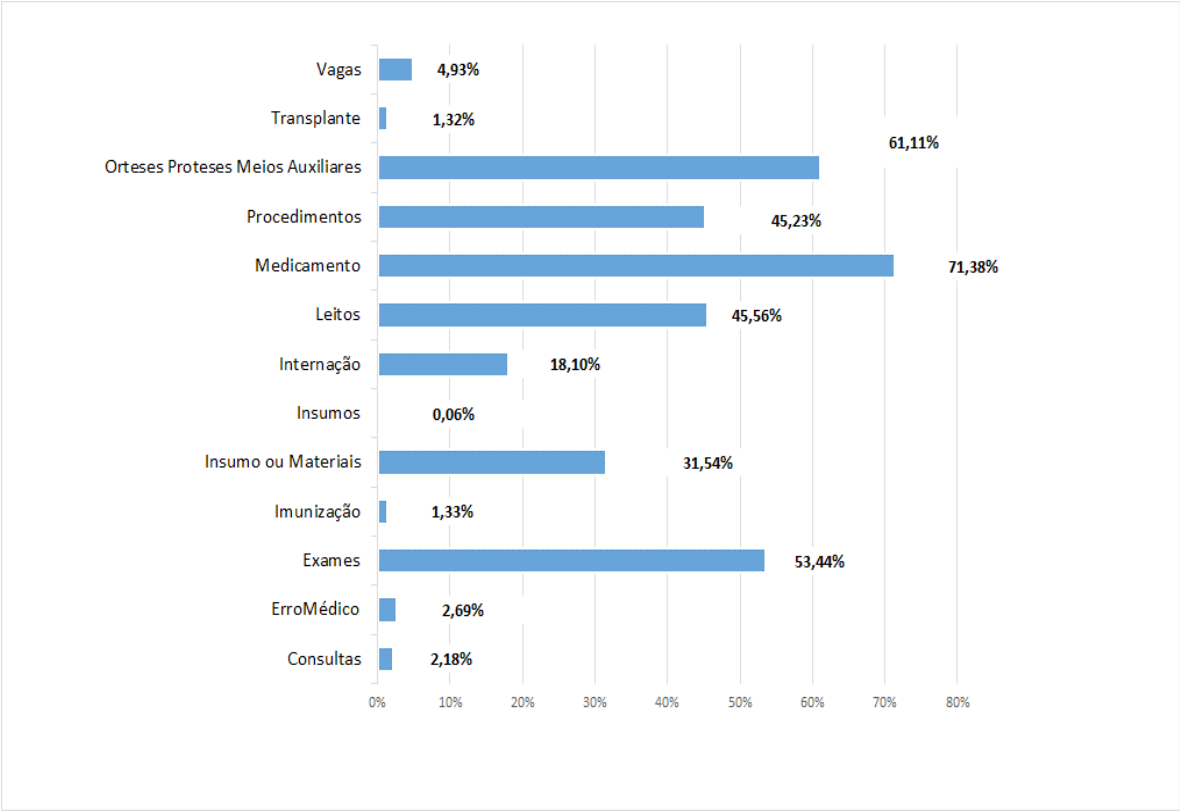

Figura 29: Distribuição dos acórdãos por assunto (Tribunais de Justiça, TRF1, TRF4 e TRF5)

Fonte: Elaboração Própria.

Uma possível e conveniente desagregação dos dados concerne especificamente aos medicamentos. Inicialmente por uma questão de aperfeiçoamento da política pública, em sua formulação e em sua implementação. A Figura 27 indica baixa menção às listas de medicamentos, o que não permite concluir que tais medicamentos não sejam demandados em grande volume. A Figura 30 apresenta divisão entre categorias de medicamentos. Tais categorias não esgotam o conjunto de decisões selecionadas, mas indicam em que medida esses subconjuntos são consideráveis. A primeira linha é idêntica à linha relativa a medicamentos da Figura 28 e as seguintes apresentam as categorias selecionadas, enquanto a Figura 31 apresenta o mesmo dado, mas incluindo os três TRFs em estudo.

	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE	TOTAL
Medicamento	79,20%	56,29%	68,87%	74,65%	52,48%	69,09%
Importado	8,08%	5,62%	7,78%	10,96%	3,04%	8,34%
Componente Básico	1,86%	0,44%	1,57%	3,30%	0,80%	1,97%
Componente Especial	0,35%	0,11%	0,38%	1,23%	0,15%	0,60%
Estratégicos	1,45%	0,46%	1,53%	1,89%	0,56%	1,52%
Não-Incorporados	0,12%	0,06%	0,23%	0,18%	0,00%	0,19%
Prevalentes SCODES[18]	1,51%	0,27%	2,65%	2,71%	0,24%	2,39%
Sem Registro Sanitário	0,12%	0,07%	0,28%	0,09%	0,10%	0,20%
Uso "Off Label"	0,35%	0,16%	0,26%	0,25%	0,15%	0,25%
Selecionados	2,96%	1,67%	5,06%	2,16%	1,13%	3,79%

Figura 30: Acórdãos que versam sobre medicamentos divididos por tema e região (apenas Tribunais de Justiça)

Fonte: Elaboração Própria.

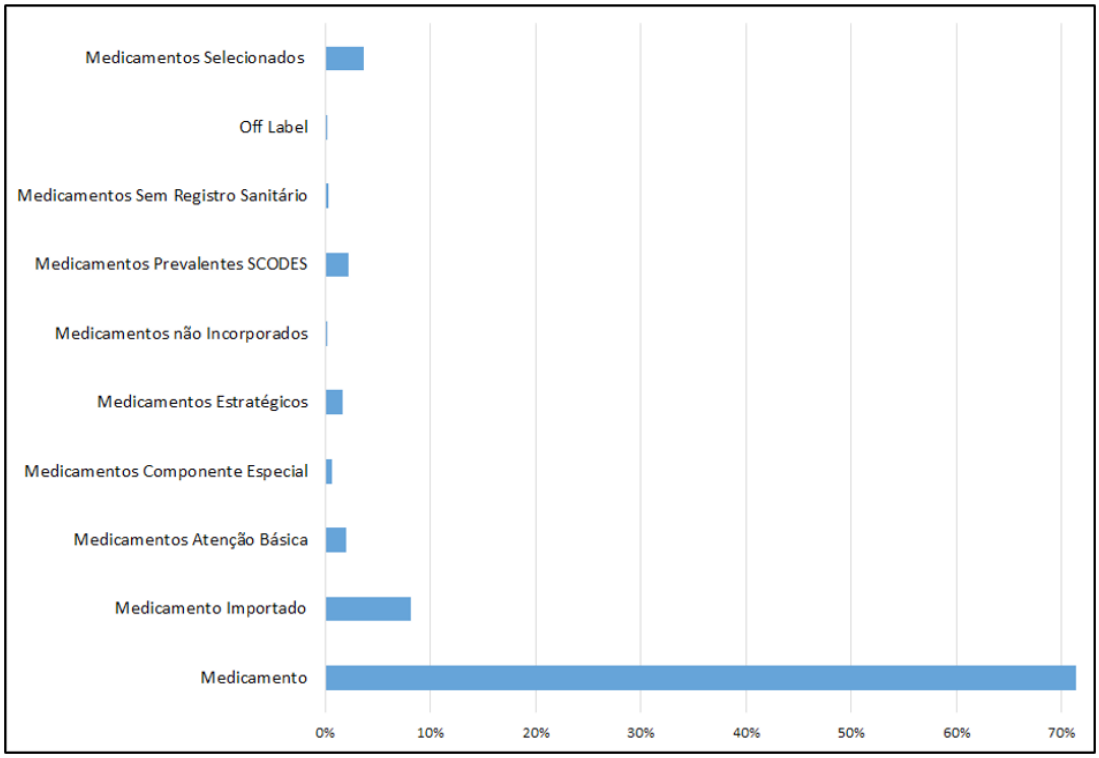

Figura 31: Demandas por medicamento no setor público em segunda instância (Tribunais de Justiça, TRF1, TRF4 e TRF5)

Fonte: Elaboração Própria.

18 SCODES é o sistema interno da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, que identifica os principais medicamentos demandados no âmbito estadual, isto é, os medicamentos prevalentes.

Outro dado em análise importante para analisar o fenômeno da judicialização da saúde, especialmente em sua dimensão de acesso a medicamentos, está relacionado ao perfil dos demandantes. A Figura 32 e a Figura 33 apresentam a presença de elementos que indicam hipossuficiência econômica no conjunto das ações estudadas. A Figura 32 apresenta a divisão em regiões, excluindo os TRFs, enquanto a Figura 33 apresenta os mesmos dados por tribunal.

	REPRESENTAÇÃO PELA DEFENSORIA PÚBLICA OU ADVOGADO DATIVO	JUSTIÇA GRATUITA	HIPOSSUFICIÊNCIA	INSUFICIÊNCIA DE RENDA
Norte	13,1%	0,6%	27,7%	11,4%
Nordeste	7,9%	0,7%	18,8%	9,0%
Sudeste	7,7%	0,3%	23,7%	2,8%
Sul	31,7%	0,1%	18,9%	8,8%
Centro Oeste	11,4%	0,3%	15,9%	4,4%
Total	15,0%	0,3%	21,7%	5,1%

Figura 32: Indicadores de hipossuficiência econômica do autor da ação em acórdãos por região (inclui apenas Tribunais de Justiça)

Fonte: Elaboração Própria.

	REPRESENTAÇÃO PELA DEFENSORIA PÚBLICA OU ADVOGADO DATIVO	JUSTIÇA GRATUITA	HIPOSSUFICIÊNCIA	INSUFICIÊNCIA DE RENDA
TJAC	1,8%	0,0%	15,4%	5,2%
TJAL	2,7%	0,1%	0,6%	0,4%
TJAM	9,2%	0,8%	21,5%	2,3%
TJBA	11,5%	0,3%	31,2%	2,0%
TJCE	7,9%	0,0%	7,9%	0,2%
TJDF	19,9%	0,7%	27,6%	10,3%
TJES	3,1%	0,0%	2,2%	0,1%
TJMG	21,4%	0,2%	28,3%	13,9%
TJMS	3,1%	0,0%	5,2%	0,6%
TJMT	40,6%	0,3%	46,1%	0,0%
TJPA	12,9%	0,7%	27,3%	11,7%
TJPB	10,8%	0,3%	31,6%	13,4%
TJPI	3,0%	0,0%	18,2%	15,2%
TJPR	0,1%	0,0%	1,2%	0,2%
TJRJ	32,4%	0,1%	36,4%	1,6%
TJRN	9,6%	2,0%	25,0%	18,1%
TJRO	20,5%	0,0%	50,0%	0,0%
TJRR	19,0%	0,0%	14,3%	14,3%
TJRS	40,7%	0,1%	22,4%	10,4%
TJSC	25,1%	3,9%	63,0%	32,8%
TJSP	6,0%	0,3%	23,1%	2,8%
TRF1	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%
TRF4	4,9%	0,8%	12,8%	0,8%
TRF5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	14,0%	0,3%	20,8%	4,7%

Figura 33: Indicadores de hipossuficiência econômica do autor da ação em acórdãos por tribunal

Fonte: Elaboração Própria.

A figura acima apresenta indicadores diversos sobre hipossuficiência econômica. É de se destacar o alto número de demandantes hipossuficientes em alguns tribunais de justiça estaduais, como Santa Catarina (63%) e Mato Grosso (46,1%), que apresentam tais números sem que nem mesmo se considere os outros indicadores. O total de hipossuficientes entre os demandantes já sugere que, no mínimo, um quinto das demandas são oriundas de pessoas em situação de vulnerabilidade econômica.

3.2.1.2. MODELAGEM POR TÓPICOS

A análise precedente foi baseada na busca e mensuração de frequência de expressões regulares, tendo sido estas escolhidas a partir da revisão da literatura e da análise de um conjunto inicial de decisões judiciais individuais por parte dos pesquisadores. Trata-se, portanto, de um método de análise supervisionado, uma vez que requer decisões relevantes por parte do pesquisador. Nesta seção, é apresentado um método não-supervisionado, em que o pesquisador apenas define os contornos da análise (e.g. número de tópicos) e um algoritmo extrai características essenciais do texto, as quais podem, finalmente, ser objeto de interpretação por parte dos pesquisadores.

Para a presente pesquisa, foram testados dois métodos não-supervisionados, a análise de sentimento (*sentiment analysis*) e a modelos de tópicos (*topic models*). A análise de sentimento não produziu resultados informativos por conta de uma característica da redação de decisões judiciais e, por este motivo, não será aqui apresentada. Em apertada síntese, esse método procura identificar a presença de sentimentos diversos em um determinado conjunto de textos, sendo a análise mais frequente aquele que identifica textos com conotações positivas, negativas ou neutras em relação a um determinado tema. Esse método vem sendo muito utilizado para análises de marketing e ciência política, na análise de textos de redes sociais como Twiter e Facebook, a partir de uma extensa base de termos, conhecida como Lexicon, construída por múltiplos autores para uma determinada finalidade.[19] Ocorre que a técnica de redação de decisões judiciais, diferentemente dos textos que veiculam em redes sociais, privilegia a adoção de termos que indicam neutralidade, como se espera de uma decisão judicial. Por esse motivo, a utilização de Lexicons não específicos a decisões judiciais tende a classificar quase a totalidade das decisões judiciais como neutras, não sendo, portanto, informativa. Como não há um Lexicon específico para decisões judiciais, esse método não produziu resultados interessantes.

O segundo método testado foi a de modelos de tópicos, cujos resultados são apresentados a seguir. Por esse método, as decisões judiciais são convertidas em vetores de palavras (ou, mais precisamente, em 'tokens', que podem assumir a forma de expressões ou de fragmentos de palavras). Cada texto contém referências a determinados temas ou tópicos, os quais combinados de acordo com determinados pesos representam cada uma das decisões judiciais. Neste trabalho, foram definidos cinco tópicos, que representam decisões judiciais típicas, sendo que a combinação de tópicos representa o conjunto total de acórdãos da base de dados. Os tópicos são representados abaixo por meio de uma 'nuvem de palavras', sendo o tamanho de cada palavra uma representação do peso que lhe é atribuído naquele tópico.

Nota-se que o Tópico 1 representa tipicamente decisões sobre saúde suplementar, em que se destacam o termo 'plano de saúde', acompanhado de 'cobertura', tema que tipicamente é objeto de discussão nesses

19 Por exemplo, o Lexicon Loghran –Mac Donald é especializado para finanças.

casos. Nota-se também a relevância dos termos 'código' e 'consumidor', bem como 'nulidade' e 'contrato' que sugerem que o instituto de defesa do consumidor parece desempenhar um papel relevante na análise desses casos, eventualmente na revisão do contrato e extensão de sua cobertura.

No Tópico 2, destaca-se o tema de demanda por 'Fornecimento de medicamento ou de tratamento a saúde', assunto que a pesquisa qualitativa indicava como muito relevante na judicialização da saúde pública. Além dos termos típicos processuais de 2ª instância (agravo, apelação, conhecido), que não informam sobre o teor da decisão, é de se notar os termos 'direito', 'obrigação', 'obrigatório', que remetem ao conceito de direito à saúde e dever do estado. O Tópico 3 parece combinar características da saúde suplementar, de novo, mas com um maior peso relativos para aspectos formais e processuais, como 'apelação', 'constituição' e 'civil', em relação a termos como 'plano', 'saúde' e 'cobertura'. O mesmo ocorre no Tópico 4, ou seja, traz elementos semelhantes ao Tópico 2, relacionados à saúde pública, mas com um maior predomínio de termos relacionados a aspectos formais e processuais.

Finalmente, o Tópico 5 traz novamente referências a 'Fornecimento' e 'medicamentos', mas aqui se destacam também os termos 'obrigação', 'vida' (que já aparecia com menor peso no Tópico 4) e 'tutela', que sugere tratar de casos em que se discutiu a tutela antecipada e em que a argumentação pende para as considerações sobre a vida como o bem tutelado.

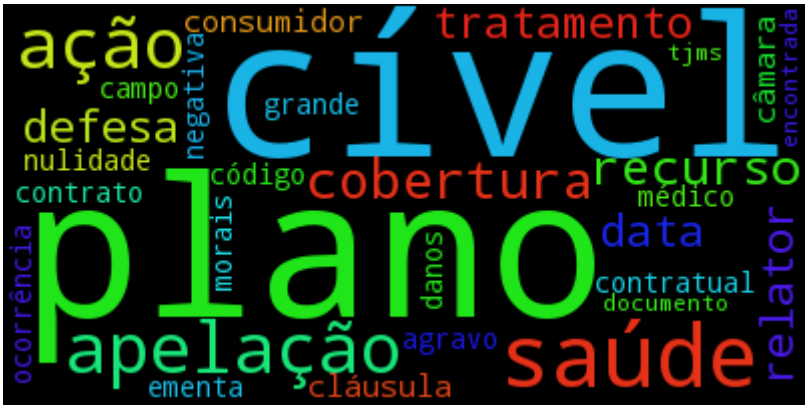

Figura 34: Tópico 1 da base de acórdãos

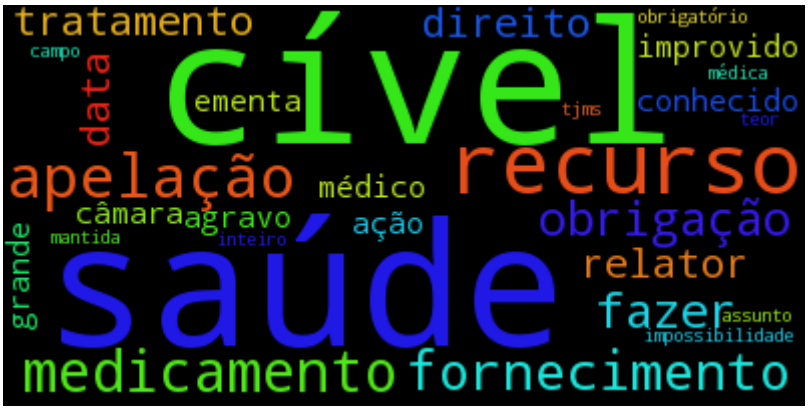

Figura 35: Tópico 2 da base de acórdãos

Figura 36: Tópico 3 da base de acórdãos

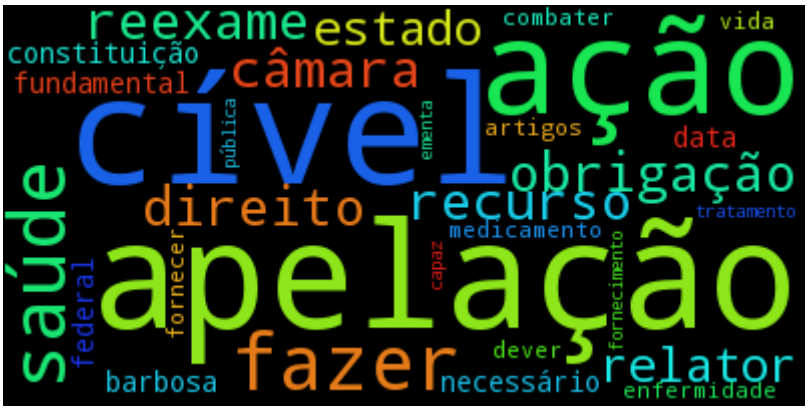

Figura 37: Tópico 4 da base de acórdãos

Figura 38: Tópico 5 da base de acórdãos

3.2.2. DEMANDAS JUDICIAIS EM PRIMEIRA INSTÂNCIA TJSP

3.2.2.1. ANÁLISE POR EXPRESSÕES REGULARES

O segundo conjunto de ações em análise trata de sentenças publicadas no âmbito do Tribunal de Justiça de São Paulo. O conjunto de ações atinentes à saúde que forma esse conjunto totaliza 107.497 ações (Apêndice 9.4.). As mesmas categorias de análise aplicadas ao conjunto de decisões em segunda instância foram aplicadas a este grupo. A Figura 39 identifica a percentagem de ações coletivas identificadas a partir do conteúdo da decisão, conforme dicionário da pesquisa booleana apresentado na seção 2, contrastada com a porcentagem de demandas que são formalmente reconhecidas como coletivas. Convém notar que sobreposições são possíveis entre as duas colunas. A Figura 40 apresenta o percentual de decisões que

mencionaram os termos em destaque, isto é, a CONITEC, seus protocolos, os NAT e as listas de medicamentos. Ambos os resultados serão aprofundados na seção 4 deste relatório, que investiga hipóteses específicas à luz das variadas bases de dados.

COLETIVA FUNDAMENTAÇÃO	COLETIVA RELATÓRIO
13,87%	3,11%

Figura 39: Ações Coletivas no TJSP em 1ª Instância

Fonte: Elaboração Própria.

CONITEC	NAT	PROTOCOLO	RENAME	RENASES	REMUME
0,22%	0,01%	3,43%	4,47%	-	0,01%

Figura 40: Menção à CONITEC e seus protocolos, aos NATs e às listas de medicamentos no TJSP em 1ª Instância

Fonte: Elaboração Própria.

Os resultados apresentam dados parecidos com a análise feita sobre as decisões de segunda instância.

ASSUNTO	PERCENTUAL
Consultas	2,66%
Erro Médico	2,15%
Exames	56,60%
Imunização	5,39%
Insumo ou Materiais	40,,56%
Insumos	0,07%
Internação	18,04%
Leitos	28,10%
Medicamento	73,86%
Procedimentos	45,11%
Órteses Próteses Meios Auxiliares	67,58%
Transplante	1,29%
Vagas	7,25%

Figura 41: 1ª Instância do TJSP – Sentenças por assunto

Fonte: Elaboração Própria.

ASSUNTO	PERCENTUAL
Medicamento	73.86%
Medicamento Importado	11.06%
Medicamentos Atenção Básica	1.60%
Medicamentos Componente Especial	0.28%
Medicamentos Estratégicos	1.30%
Medicamentos não Incorporados	0.25%
Medicamentos Prevalentes SCODES	2.04%
Medicamentos Sem Registro Sanitário	0.15%
Off Label	0.21%
Medicamentos Selecionados	4.95%

Figura 42: Demandas por medicamento no setor público em primeira instância (TJSP)

Fonte: Elaboração Própria.

	REPRESENTAÇÃO	JUSTIÇA GRATUITA	HIPOSSUFICIÊNCIA	INSUFICIÊNCIA RENDA
1ª Inst	6,91%	1,33%	26,08%	5,19%

Figura 43: Indicadores de hipossuficiência econômica do autor da ação (TJSP)

Fonte: Elaboração Própria.

Em relação ao resultado das ações, podemos relatar os resultados das ações extraídas da primeira instância para a justiça estadual de São Paulo, já que acórdãos não nos permitem mapear por palavras quais foram os interesses beneficiados pela decisão judicial. Como seria de esperar, baseado na vasta literatura sobre judicialização da saúde até o momento, a maior parte das ações ajuizadas são julgadas procedentes (74%).

IMPROCEDENTE	4,48%
PARCIALMENTE_PROCEDENTE	10,39%
PROCEDENTE	74,68%
EXTINTO	3,04%

Figura 44: Resultado Ações 1ª Instância - TJSP

Fonte: Elaboração própria com base no repositório de decisões judiciais em primeira instância disponível no site do TJSP.

Na tentativa de explorar as linhas de raciocínio por trás das decisões, cruzamos aquelas julgadas procedentes com expressões que poderiam significar o recurso de juízes a normas ou instituições responsáveis, quer pela regulação da política de saúde pública, quer pela regulação da própria judicialização da saúde (ANVISA, NAT, CONITEC, ADPF 45, CNJ).

Dentre as ações procedentes, a Anvisa é citada em apenas 1,20% dos casos, número que cresce para 7,52% no caso das decisões parcialmente procedentes, 3,02% das improcedentes e em 26,22% das extintas. Esse dado indica que juízes utilizam mais em suas fundamentações referências a normas da ANVISA quando decidem conceder parcialmente, não conceder e, especialmente, extinguir as ações em primeira instância. Um padrão ligeiramente semelhante é encontrado em relação à CONITEC, em que ações que julgam improcedente o pedido das partes tendem a citar a CONITEC em 1,38% dos casos, enquanto o percentual cai para 0,13% nas decisões que julgam procedentes os pedidos.

No segundo caso, o CNJ, uma instituição chave na gestão da judicialização da saúde, especialmente no que tange à atuação de juízes e tribunais, foi apenas citado em 0,42% das ações procedentes e 1,7% das improcedentes, o que demonstra que juízes de primeira instância de São Paulo, quer para deferir o pedido das partes ou não, recorrem pouco ou quase nunca às normas aprovadas pelo CNJ para atuação na área. Situação semelhante ocorre com os NATs, que encontram ainda menos citações, apenas em 0,01% das decisões judiciais no TJSP.

Por outro lado, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 45 (ADPF 45), antigo precedente do STF sobre judicialização da saúde[20], é citado em 1% de todas as decisões, a maioria delas são decisões que decidem pela procedência do pedido, uma vez que o caso é citado em 1% das decisões procedentes e 0,34% das improcedentes.

	PROCEDENTE	IMPROCEDENTE	PARCIALMENTE PROCEDENTE	EXTINTA	TOTAL
ANVISA	1,2%	3,02%	7,52%	26,22%	3,88% (4.167)
CONITEC	0,13%	1,38%	0,11%	0,10%	0,22% (239)
NAT	0,0%	0,02%	0,03%	0,0%	0,01% (9)
CNJ	0,42%	1,7%	0,4%	0,07%	0,48% (514)
ADPF 45	1%	0,34%	0,29%	0,39%	1% (1,071)

Figura 45: Procedência das Ações e incidência de palavras-chave

Considerando que a judicialização da saúde em São Paulo é uma das mais antigas no país e de maior volume, esses dados indicam que as políticas de gestão da judicialização do CNJ, como é o caso dos NATs e normas específicas do CNJ para demandas de saúde, e as respostas da própria política de saúde, como é o caso da CONITEC, em geral recebem pouca atenção de juízes ao decidir, ao menos de modo explícito em suas decisões. Esse tema, assim como a avaliação das menções aos enunciados do CNJ, é objeto de aprofundamento na seção 4. Finalmente, é interessante notar que os dados apontam para uma maior atenção

20 A ADPF 45, de relatoria do Ministro Celso de Melo, estabeleceu parâmetros para a intervenção judicial em políticas públicas, determinando que a diginidade da pessoa humana deve ser o parâmetro último à provisão de direitos sociais, limitando a extensão de argumentos relacionados à reserva do possível ou à limitação de recursos orçamentários. Esta decisão é invocada com frequência por juízes em casos de saúde, especialmente em pedidos judiciais de medicamentos. Vide: STF, ADPF 45, 29/04/2004, disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm (último acesso em 17/01/2019).

dos juízes a normas ou instituições responsáveis pela regulação da política de saúde pública (i.e. Anvisa e CONITEC) quando tais juízes estão inclinados a negar pedidos.

3.2.2.2. MODELAGEM POR TÓPICOS

A exemplo da análise feita para os acórdãos, as sentenças de primeira instância também foram objeto de um modelo de tópicos. O motivo para a utilização deste método não-supervisionado e não a análise de sentimento já foi apresentado na seção correspondente que tratava da análise de acórdãos, não sendo o caso de repeti-la aqui. Cabe acrescentar que a base de sentenças se refere apenas ao Estado de São Paulo, o que, como se verá a seguir, pode explicar alguns dos termos que aparecem nos tópicos identificados.

Os cinco tópicos que representam o conjunto de decisões de primeira instância de São Paulo são apresentados nas figuras abaixo, em que, seguindo o mesmo padrão já apresentado para os acórdãos, o tamanho das palavras representa o seu peso em cada tópico. Nota-se que, apesar de haver mais casos de saúde suplementar no Estado de São Paulo, como indicam os dados de gestão processual (seção 3.1), apenas o Tópico 3 é claramente identificado com este objeto, destacando-se os termos 'plano', 'contrato', 'cobertura', 'reembolso' e 'consumidor'. Trata-se de tópico que, em larga medida, reproduz o Tópico 1 da análise de acórdãos, o que indica que os padrões de textos nas duas instâncias guardam semelhanças.

O Tópico 1 trata tipicamente do tema de 'Fornecimento de medicamentos e tratamento'. Este tópico não se distingue muito do Tópico 4, que também traz os mesmos termos com destaque, mas acrescenta com maior destaque o termo 'constituição' (o Tópico 1 traz em menor destaque o termo 'constitucional', bem como os termos 'público', 'pública', 'estado' e 'artigo', este uma possível referência ao art. 196 da Constituição Federal, que versa sobre o direito à saúde e ao dever do estado em zelar por esse direito. Finalmente, o Tópico 5 de certo modo replica o já encontrado para a análise dos acórdãos, com grande ênfase nos termos 'saúde', 'estado', 'direito' e 'medicamentos'. A se julgar pelo predomínio de casos de saúde suplementar no Estado de São Paulo, conforme apurado nos dados de gestão processual, a análise do conteúdo das decisões parece indicar que a linha de argumentação predominante privilegia a natureza pública do serviço de saúde, mesmo quando esse serviço é provido privadamente, por meio de um contrato entre beneficiários e operadoras de planos de saúde.

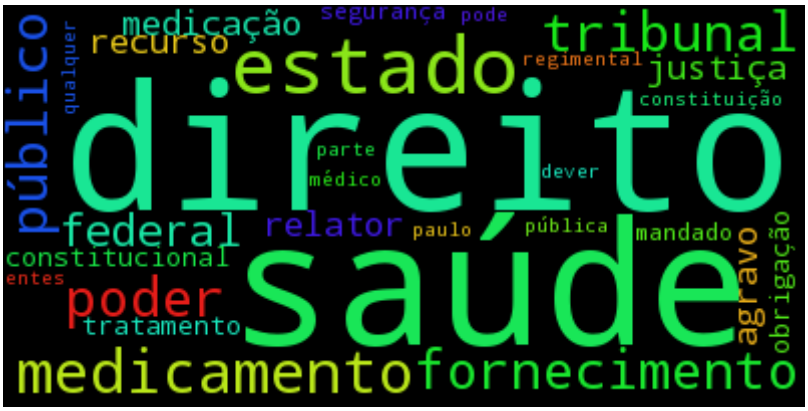

Figura 46: Tópico 1 da base de sentenças de primeira instância

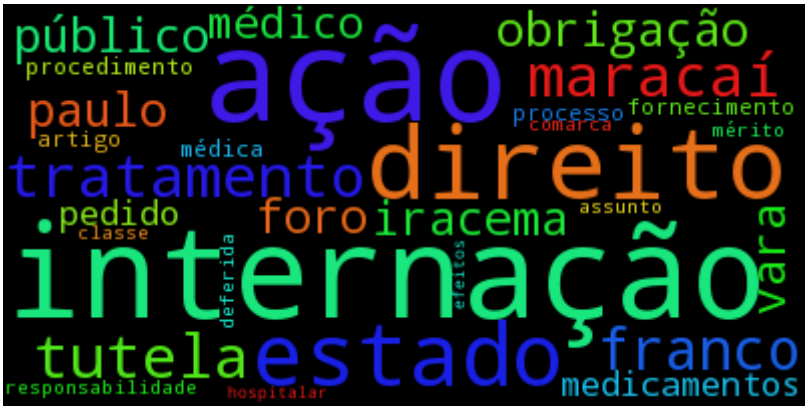

Figura 47: Tópico 2 da base de sentenças de primeira instância

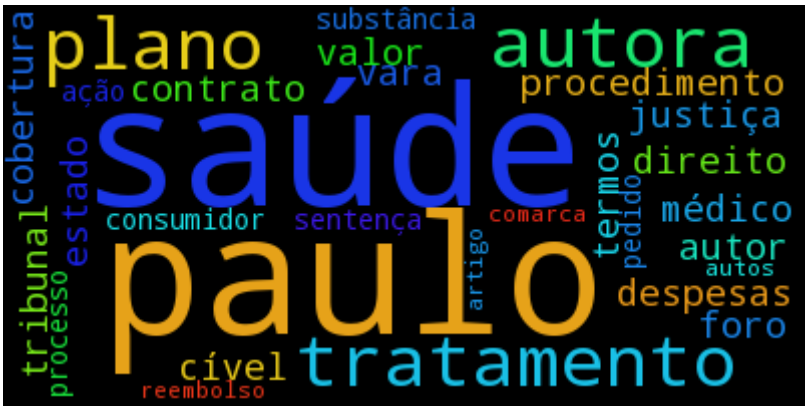

Figura 48: Tópico 3 da base de sentenças de primeira instância

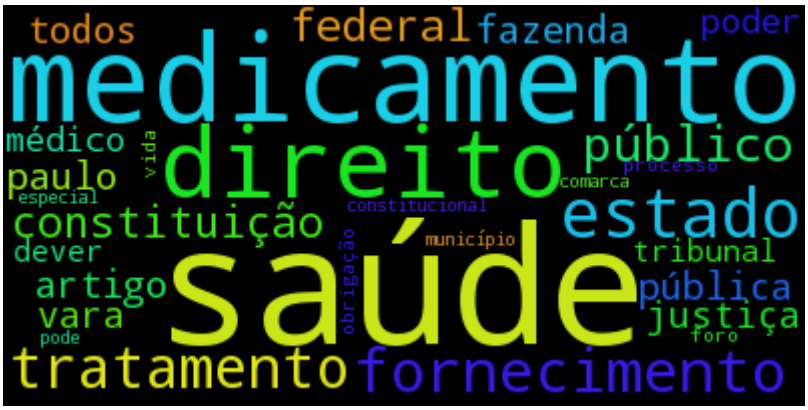

Figura 49: Tópico 4 da base de sentenças de primeira instância

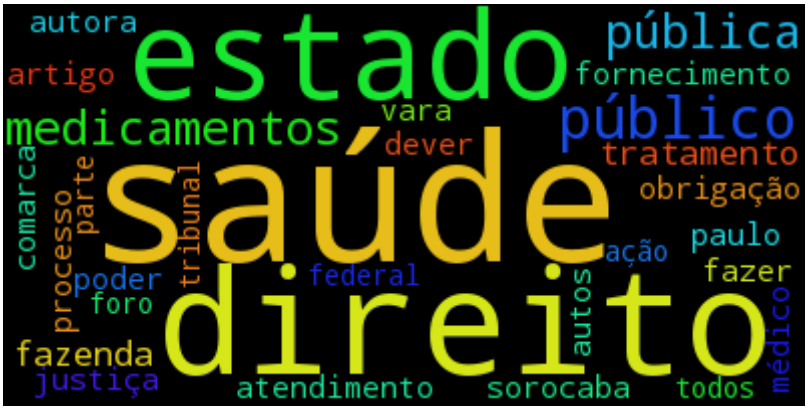

Figura 50: Tópico 5 da base de sentenças de primeira instância

3.2.3. TUTELA ANTECIPADA E LIMINARES

A extração de decisões judiciais nos Diários Oficiais da Justiça possibilitou a observação de decisões liminares e de antecipação de tutela. Conforme exposto na seção 2, a utilização dessa base impôs desafios computacionais diversos, que absorveram praticamente todo o tempo de pesquisa, mas cuja superação constitui uma das contribuições da presente pesquisa. Nesta seção, são apresentadas algumas estatísticas descritivas de decisões de antecipação de tutela identificadas nessa base. É necessário, contudo, fazer a ressalva de que, dada a originalidade dos algoritmos utilizados para o processamento e separação de decisões liminares nos Diários Oficiais da Justiça, os dados aqui expostos ainda podem ser depurados por meio de validações cruzadas e pesquisas complementares.

A figura abaixo traz uma síntese da distribuição anual das 188.146 decisões liminares identificadas nessa base. Nota-se que apenas 2,7% das liminares é anterior a 2008 e que há significativo crescimento na última década, de modo consistente com as evidências colhidas nos dados sobre decisões finais em primeira e segunda instâncias. O ano de maior incidência de decisões liminares é 2015, tendo havido leve arrefecimento em 2016 e 2017.

ANO	FREQ.	%	CUM.
1980 a 1997	234	0,05%	0,22%
1998	101	0,05%	0,27%
1999	138	0,07%	0,34%
2000	159	0,08%	0,43%
2001	183	0,10%	0,53%
2002	219	0,12%	0,64%
2003	218	0,12%	0,76%
2004	252	0,13%	0,89%
2005	451	0,24%	1,13%
2006	656	0,35%	1,48%
2007	923	0,49%	1,97%
2008	1.510	0,80%	2,77%
2009	2.516	1,34%	4,11%
2010	4.704	2,50%	6,61%
2011	9.965	5,30%	11,91%
2012	12.505	6,65%	18,55%
2013	24.029	12,77%	31,32%
2014	27.472	14,60%	45,93%
2015	32.851	17,46%	63,39%
2016	29.898	15,89%	79,28%
2017	27.225	14,47%	93,75%
2018*	11.764	6,25%	100,00%
Total	**188.146**		

* Até abril

Figura 51: Distribuição anual de antecipações de tutela

Por meio de pesquisa por expressões regulares no conteúdo das decisões de antecipação de tutela, é possível identificar características relevantes dessa espécie de decisão. A figura a seguir traz apenas os temas mais frequentes (notar que uma mesma decisão pode incluir vários temas) e mostra a frequência relativa de cada tema em casos relacionados ao sistema público ou não. Para a classificação de uma deci-

são relacionada ao sistema público também foram utilizadas expressões regulares, conforme descrito no dicionário de extração booleana, apresentado no Apêndice.

Os dados indicam que há temas mais frequentes no sistema público, caso típico de fornecimento de medicamentos, e outros mais frequentes na saúde suplementar, como é o caso de dietas, insumos ou materiais, de leitos e de procedimentos. O caso de maior relevo é o de órteses e próteses que estão citados em mais de 108 mil decisões de tutela antecipada em um universo de 188 mil. Sua presença em decisões liminares é mais frequente do que em decisões finais, como se nota na comparação desses dados com as análises precedentes. O valor unitário de órteses e próteses e o caráter de urgência muitas vezes associado à sua utilização é uma provável explicação para a elevada participação nas decisões de tutela antecipada.

TEMA	CLASSIFICADO COMO SISTEMA PÚBLICO?				TOTAL
	NÃO		SIM		
	N	%	N	%	
Dietas	23,194	60.57%	15,101	39.43%	38,295
Insumo ou materiais	23.298	59,63%	15.772	40,37%	39.070
Medicamento	14.885	25,95%	42.479	74,05%	57.364
Procedimentos	37.179	53,62%	32.159	46,38%	69.338
Exames	37.166	44,72%	45.948	55,28%	83.114
Leitos	51.740	59,49%	35.234	40,51%	86.974
Órteses e próteses	49.704	45,81%	58.785	54,19%	108.489

Figura 52: Temas predominantes nas tutelas antecipadas

3.3. PESQUISA QUALITATIVA: A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM DISTINTOS CONTEXTOS REGIONAIS (BAHIA, PARÁ, DISTRITO FEDERAL, SÃO PAULO E RIO GRANDE DO SUL)

Compreender a judicialização da saúde tem sido um esforço empreendido por pesquisadores de todo o Brasil. Na área da saúde, este tem sido um tema central das pesquisas acadêmicas desde meados dos anos 2000, quando verificamos o crescimento dos casos de judicialização Brasil afora e, consequentemente, de estudos científicos sobre o tema, que vêm aumentando ano a ano (OLIVEIRA et al., 2015).

Como discutido na introdução, os estudos tendem a se concentrar em alguns estados brasileiros (OLIVEIRA et al., 2015) ocasionando uma carência de estudos nacionais, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos.

Aqui, visamos suprir essa lacuna analisando qualitativamente a percepção dos atores do processo de judicialização da saúde em estados das cinco diferentes regiões do país. Buscando compreender como eles lidam institucionalmente com o tema da judicialização, como buscam estratégias de atuação para minorar seus efeitos negativos, como promovem diálogos interinstitucionais e aprendem com os colegas e com casos de outros estados, bem como se (re)organizam frente a diretrizes nacionais, oriundas dos tribunais superiores ou do CNJ.

Do estudo específico destes cinco estados, propomos um modelo de análise sobre as estruturas institucionais para a gestão da judicialização que pode ser utilizado em análises futuras sobre o grau de desenvolvimento institucional da gestão da judicialização nos diferentes estados do país.

3.3.1. CASOS ANALISADOS: BA, PA, DF, SP E RS

Como discutimos no capítulo específico sobre a metodologia, a escolha dos casos seguiu dois critérios: o porte dos tribunais estaduais, de acordo com a classificação utilizada pelo próprio CNJ no Relatório Justiça em Números (2016); e a região geográfica, sendo que em cada região foi eleito o tribunal estadual de maior porte, com suas respectivas instâncias federais. No quadro abaixo apresentamos a lista de atores entrevistados em cada estado.

Na Figura 53 apresentamos a lista de atores entrevistados em cada estado.

ESTADO	INSTITUIÇÃO	ATORES ENTREVISTADOS
Bahia	SES/BA	- Uirá Azevedo – Coordenador Executivo no Gabinete do Secretário de Saúde - Antônio Carlos Morais – Coordenador do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS)
	Câmara de Conciliação em Saúde	- Mônica Lima – Coordenadora da Câmara de Conciliação
	TJ/BA	- Desembargador Mário Augusto Albiani Junior - Presidente do Comitê Executivo Estadual do Fórum Nacional da Saúde - Dr. Sadraque de Oliveira Rios – juiz e membro do Comitê Executivo Estadual do Fórum Nacional da Saúde
	DP/BA	- Defensor Gil Braga de Castro Silva – Coordenador do Núcleo de Tutela da Saúde Pública
	MP/BA	- Promotor Rogério Luís Gomes de Queiroz - Coordenador do CESAU (Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde)
Pará	TJPA	- Juiz Homero Lamarão Neto, Juiz de Direito da Justiça Estadual do Pará, coordenador do Comitê Executivo de Saúde – CIRADS
	MPPA	- Suely Regina Catete, promotora de Justiça de Saúde e Direitos Humanos do Ministério Público do Estado do Pará, membra do CIRADS
	SESPA	- Agnes Kaminosono, diretora do Departamento Estadual de Assistência Farmacêutica, membra do CIRADS
	Defensoria-PA	- Rodrigo Cerqueira de Miranda, defensor titular da fazenda pública, da Defensoria Pública do Estado do Pará
Distrito Federal	PGDF	- Dr. Robson Vieira Teixeira de Freitas, Procurador-Chefe da Procuradoria do Contencioso em Matéria de Saúde Pública
	SES/DF	- Dr. João Pedro Avelar Pires, Chefe da Assessoria Jurídico-Legislativa da SES/DF - Sabrina Santos Bandeira, do Núcleo de Judicialização da SES/DF (NJUD)
	TJDFT	- Juiz de Direito Substituto Rodrigo Otávio Donati Barbosa, Coordenador do Comitê Executivo Distrital da Saúde
	DP/DF	- Defensor Ramiro Santana – Defensor Público do DF e membro do Fórum Nacional de Saúde do CNJ
	MPDFT	- Promotor Jairo Bisol – membro do Comitê Distrital de Saúde (entrevista por telefone)

Rio Grande do Sul	**TJRS**	- Desembargador Martin Schulze, 23ª Câmara Cível, Coordenador do Comitê de PGS do RS, Coordenador do Comitê de Saúde do CNJ no RS
	Ministério Público	- Liliane Dreyer da Silva, 1ª promotora de justiça da Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos
	SES e PGE	Entrevistas realizadas no âmbito do trabalho Vasconcelos (2018): - Membro do Conselho Superior da Procuradoria-Geral do Estado, antigo procurador do NARAS-RS, Capital; - Coordenador da Assessoria Jurídica da SES-RS - Procurador, Procuradoria do Interior em saúde - Procurador, Procurador da PGE-RS, um dos coordenadores do Projeto +Saúde - Coordenadora Adjunta da Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica (CPAF)
São Paulo	**TJSP**	- Desembargador Ricardo Cintra Torres de Carvalho, TJSP
	Defensoria Pública	- Defensor Avilmar Virgílio de Almeida, Assessor Cível
		- Defensor Davi Quintanilha Failde de Azevedo, Coordenador Auxiliar do Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos
	Ministério Público	- Promotor Roberto de Campos Andrade, Coordenador do Centro de Apoio Operacional de Direitos Humanos e Direitos Sociais, do Ministério Público
	SES e PGE	Entrevistas realizadas no âmbito do trabalho Vasconcelos (2018): - Gestora farmacêutica, ex-coordenadora da CODES - Procurador chefe da PJ8, PGE/SP - Coordenadora da CODES-SES/SP - Diretor Técnico da CODES-SES/SP - Assessor técnico - CODES/SES-SP - Procurador da PJ8 - especializada em saúde

Figura 53: Atores entrevistados por estado

Fonte: Elaboração Própria.

A seguir apresentamos uma análise de cada caso em separado para, então, apresentarmos uma análise global da parte qualitativa da pesquisa.

3.3.1.1. BAHIA

O Estado da Bahia é um interessante caso de desenvolvimento de mecanismos de cooperação interinstitucional para a gestão da judicialização da saúde. Até 2015, a Secretaria Estadual (SESAB) possuía uma

pequena equipe para tratar especificamente dos casos de judicialização. Desta primeira estrutura, composta por quatro advogados, uma médica e um técnico administrativo, a SESAB criou o Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS) em 2015, agora com três advogados, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo, duas médicas, dois farmacêuticos, cinco técnicos administrativos e uma secretária. De acordo com o coordenador do NAJS, o núcleo foi criado não só em razão do aumento da judicialização - da ordem de 40% em 2015, com impacto orçamentário significativo – como também por ser uma resposta institucional que segue recomendações do CNJ e CONASS. O núcleo, ainda, se colocaria como um mecanismo eficiente para concentração de respostas e acompanhamento do cumprimento dos casos, além de atender à necessidade de uma análise crítica e estratégica das causas das demandas, a servir como um elemento de avaliação das falhas da gestão.

Assim, o NAJS serviu como um instrumento tanto de acompanhamento e análise da judicialização, quanto de suporte à gestão e à Procuradoria-Geral do Estado da Bahia, por meio do fornecimento de subsídios de defesa, informações e documentos relativos às demandas judiciais.

Segundo os gestores da secretaria, o desenvolvimento do NAJS foi importante tanto para o acompanhamento da judicialização quanto para uma avaliação da SESAB sobre as falhas da rede estadual de saúde. Isso porque a judicialização expõe os principais problemas dos serviços. A judicialização como "alarme de incêndio" para a gestão é um aspecto mencionado em todos os casos estaduais estudados – sobretudo quando a gestão consegue realizar um acompanhamento preciso dos casos de judicialização, identificando temas mais judicializados, municípios e regiões com maior volume de ações, tipos de serviços mais demandados etc.

Os atores do Judiciário estadual também percebem a judicialização como um sinalizador dos problemas de acesso ao sistema, demonstrando não apenas falhas na prestação dos serviços, mas também a dificuldade que os cidadãos têm de compreender os caminhos institucionais do SUS. Muitas das ações são decorrentes de dificuldades de compreensão dos instrumentos e mecanismos de acessos a serviços na rede. Essa questão também foi apontada pela Defensoria pública, que tem uma funcionária escalada para fazer a relação entre a Defensoria e a gestão, auxiliando cidadãos sobre os caminhos para se obter, institucionalmente, acesso a serviços já disponibilizados pela rede SUS, sem que haja a necessidade de judicialização.

A Defensoria Pública da Bahia, é assim, outro ator relevante no fenômeno da judicialização. Além de recorrer à resolução administrativa como via preferencial para a solução de conflitos, a Defensoria acaba por auxiliar gestores na constatação de falhas da rede. Atualmente, por exemplo, há uma grande demanda por consultas em reumatologia. A Defensoria tem sinalizado aos gestores essa demanda que, se não resolvida administrativamente, levará os defensores ao Judiciário diretamente.

Além do núcleo, a Secretaria de Saúde da Bahia elaborou um sistema informatizado de acompanhamento das ações. Os gestores relatam que o sistema ainda demanda suporte em TI, a fim de evitar falhas e possibilitar seu aprimoramento constante. Esta é uma informação relevante, uma vez que os gestores discutem a possibilidade de adesão ao S-Codes, sistema de acompanhamento criado pela SES/SP (de que falaremos mais adiante) e que vem sendo adotado por outras secretarias estaduais.

A criação dessa estrutura institucional para gerir a judicialização demanda a alocação de recursos humanos para processar informações, encaminhar casos, dar respostas às instituições judiciais ou mesmo repassar ao gestor as falhas do sistema de saúde que o sistema de acompanhamento da judicialização venha a identificar. Apesar de haver progredido na organização e manutenção desta estrutura, os gestores se queixam não só do crescente volume de demandas judiciais, mas da incapacidade da secretaria de prover recursos humanos suficientes para acompanhara este crescimento.

Sobre o perfil da judicialização no estado, tanto o gestor estadual entrevistado quanto o coordenador do núcleo, também entrevistado, afirmam que a principal demanda judicial está relacionada à regulação de leitos hospitalares. Segundo dados do NAJS, de um total de cerca de 2.600 demandas analisadas, aproximadamente 38% dizem respeito à internação, ao passo que aproximadamente 26% são relacionadas à assistência farmacêutica. Outra demanda judicial bastante significativa é a de serviços especializados em domicílio, que correspondem a cerca de 28% da judicialização no estado, segundo os dados do NAJS.

Conforme dito anteriormente, a presença de um sistema informatizado para o acompanhamento dos casos de judicialização da saúde no estado é um importante instrumento para a gestão da judicialização, não apenas no sentido de buscar elementos dos processos que permitam evitar judicialização desnecessária (como, por exemplo, a entrega de medicamentos que já são da lista estadual do SUS), mas também como mecanismo de monitoramento dos problemas da rede SUS.

A questão da alta demanda por leitos hospitalares no estado demonstra um padrão distinto da judicialização do Estado da Bahia, quando comparado com outros estados – como será visto a seguir, e segundo a percepção do próprio gestor, já que a judicialização de medicamentos se apresenta como o tema mais comum. Assim, o acompanhamento das ações judiciais, inclusive com o mapeamento dos juízes e tipos de penas que impõem pelo não cumprimento das ações, permite que a secretaria responda com agilidade a casos e busque sanar gargalos.

O elemento mais inovador na gestão da judicialização no estado é a Câmara de Conciliação de Saúde (CCS), criada em 2016, por meio de um convênio entre o tribunal de justiça, o governo do estado, a prefeitura de Salvador, a Procuradoria-Geral do Estado, o Ministério Público do Estado e as Defensorias Públicas do Estado e da União e com o objetivo de diminuir os casos (evitáveis) de judicialização da saúde. Ela atende a demandas de medicamentos e fórmulas alimentares, mas apenas da cidade de Salvador. Apesar de

ter uma atuação ainda bastante limitada, a secretaria estadual já estuda a expansão do modelo para o interior do estado.

A CCS funciona dentro de um Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC), no Shopping Bela Vista, um local de fácil acesso e de prestação de diferentes serviços ao cidadão. Os pacientes devem levar documento de identificação, cartão SUS, comprovante de residência (já que só atende munícipes de Salvador) e relatório médico que indique o problema de saúde de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID, assim como a receita médica. Casos de medicamentos de Componente Especializado de Assistência Farmacêutica requerem ainda a apresentação do laudo de medicamento de componente especializado (LME). A equipe, formada por médicos, psicólogos, farmacêuticos, enfermeiros, assistentes sociais e nutricionistas, analisa o pedido num prazo de até duas horas. Para cada medicamento solicitado é emitido um parecer, podendo o mesmo paciente solicitar mais de um medicamento.

Apesar dessa limitação, alguns avanços importantes foram conseguidos, segundo a Coordenadora da Câmara de Conciliação de Saúde, que é funcionária da SESAB, cedida para a câmara desde 2016. De dezembro de 2016 a abril de 2018 foram emitidos 4.509 pareceres e houve uma diminuição da judicialização no âmbito estadual: pacientes com pedidos de medicamentos e produtos de responsabilidade do estado receberam sua dispensação (17%), ou tiveram esses pedidos substituídos por outras opções terapêuticas já disponíveis no SUS (14%). Ademais, 24% dos pedidos foram finalizados com "impossibilidade de dispensação". Casos envolvendo medicamentos do componente especializado foram encaminhados para judicialização na Defensoria Pública da União, que verificou um aumento em decorrência da atuação da CCS. Por outro lado, o número de ações ajuizadas pela DPE caiu em cerca de 80% no período, o que, segundo a coordenadora, seria um indicador de que a atuação da CCS tem surtido efeito no sentido de diminuir os casos evitáveis de judicialização no âmbito do estado.

De acordo com um dos juízes entrevistados, a CCS teria sido inspirada no caso do Rio de Janeiro, mas desenvolvida de maneira distinta, pois lá não teria surgido de uma iniciativa cooperada, como foi no caso da Bahia, onde todos os integrantes do comitê contribuíram para sua formação. Também o sistema de acompanhamento dos casos foi desenvolvido pela própria CCS. Um aspecto positivo da CCS, apontado pelo entrevistado é que a câmara "ajuda a gestão", na questão das compras de medicamentos, por exemplo, ao demonstrar quais os medicamentos são mais demandados pela população. Ao mesmo tempo, o juiz fica mais seguro para julgar, com base no parecer técnico fornecido pela CCS.

Com relação à interação da gestão com as instituições do sistema de justiça, a secretaria não só participa de reuniões mensais com o Ministério Público do Estado, bem como mantém uma interação bastante profícua com a Defensoria, por meio da Câmara de Conciliação. Por outro lado, os gestores entrevistados apontam a falta de especialização da Procuradoria Geral do Estado como um desafio, assim como a necessidade

de maior colaboração entre a SESAB e o Judiciário. Este ponto merece ser destacado como um elemento importante do desenvolvimento institucional para a gestão da judicialização no âmbito das secretarias estaduais: a existência de um setor especializado da Procuradoria Geral do Estado para responder às demandas judiciais. Em alguns casos estudados, como o do DF, essa especialização já existe e foi apontada como um fator importante para o aprimoramento das respostas da gestão para as demandas judiciais, pelo aumento das chances de indeferimento ou reversão de algumas decisões.

O impacto institucional da judicialização não se dá apenas no Executivo, mas também nas instituições de justiça. O Conselho Nacional de Justiça lidera a iniciativa desde 2010, estabelecendo uma série de recomendações que procuram criar espaços interinstitucionais dentro dos tribunais de justiça e tribunais federais para monitorar a atuação do sistema de justiça na área da saúde pública e suplementar. A Recomendação CNJ n. 31, de 30 de março de 2010[21], institui o Fórum Nacional de Saúde e o Comitê Executivo Nacional que coordena os trabalhos do Fórum.

Desta norma o CNJ também recomendou a criação de comitês executivos estaduais e de núcleos de apoio técnico em cada Estado (NAT-jus, de que falaremos adiante), a fim de auxiliar magistrados na resolução de demandas em saúde. Com esta preocupação de se "travar um diálogo interinstitucional", o Tribunal de Justiça da Bahia (TJ/BA) criou o Comitê Executivo Estadual de Saúde, seguindo as recomendações federais e a autonomia dada para que os estados tivessem diferentes formatações de comitês. Compõem o Comitê: dois membros do TJ/BA, Justiça Federal, Promotoria de Justiça, Advocacia da União,Defensoria Pública da União, Procuradoria do Estado, Defensoria Pública Estadual, Procuradoria do Município de Salvador, Secretaria de Saúde do Município de Salvador, dois representantes da saúde suplementar e dois representantes da saúde pública.

O Comitê Estadual é também dividido em duas áreas: Saúde Pública e Saúde Suplementar, com reuniões que ocorrem separadamente. Segundo o desembargador e presidente do Comitê, atualmente este conta com dois focos de atuação: a CCS, da qual o TJ/BA é membro, e o acompanhamento das ações coletivas. Segundo ele, o comitê considera muito importante a utilização das ações coletivas para a judicialização da saúde, que é capaz de gerar um efeito mais amplo para a sociedade, resolvendo questões amplas e problemáticas dos serviços de saúde, o que não é possível por meio de ações individuais.

Além da CCS e do comitê, uma terceira ferramenta institucional para a gestão da judicialização foi a criação do NAT-Jus para o Judiciário estadual. O serviço, que funcionava desde 2012 como "Plantão Médico para Assessoramento ao Juiz" (Decreto Judiciário n. 287, de 14 de fevereiro de 2012), adotou a nomenclatura NAT – Núcleo de Assessoria Técnica em 2015 (Decreto n. 877, de outubro de 2015), e em 2017 passou a ser

21 Conferir para todas as recomendações e normas relevantes elaboradas pelo CNJ para regulação da atuação de juízes na área da saúde: http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude (Acesso em: 11 de novembro de 2018.).

denominado de Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário – NAT-JUS (Decreto Judiciário n. 795 de 30 de agosto de 2017), em atendimento à Resolução CNJ n. 238, de 6 de setembro de 2016.

O NAT-Jus é sobretudo importante para os juízes de primeiro grau, que podem consultar e ter um assessoramento especializado rápido, até para decidir casos de tutela antecipada. Importante notar que outros atores entrevistados na Bahia apontaram para o baixo número de decisões judiciais do TJ/BA embasadas por pareceres do NAT-Jus. De acordo com o site eletrônico do tribunal[22], de janeiro a junho de 2018 houve 1.360 solicitações encaminhadas pelos magistrados, que geraram 1.267 "respostas rápidas" ou "notas técnicas" sobre os temas consultados.

Uma questão importante foi apontada pelo Juiz Sadraque Rios sobre o cadastro das informações, que é a necessidade de sensibilizar as instituições do sistema de justiça a fazer o cadastro correto das informações dos casos de judicialização da saúde, pois "do contrário, toda a política judiciária, que se baseia nisso [dados], fica muito comprometida". Assim, a questão da uniformização dos termos de cadastramento dos casos é algo importante inclusive para se mensurar a magnitude e características da judicialização da saúde nos diferentes estados brasileiros.

Os atores do Judiciário entrevistados apontam, ainda, para o fato de que na judicialização da saúde o juiz tem que intermediar um conflito que não é jurídico, envolvendo a decisão política de fazer ou não fazer, a questão da gestão do sistema, as possibilidades de itinerário dentro do SUS e o conhecimento deste pela população etc. Enfim, a judicialização desafia o magistrado a dialogar com a política e as políticas públicas.

Este não é um desafio tão grande aos membros da Defensoria Pública, que já atuam nessa interface entre o mundo jurídico e o mundo das políticas públicas, na defesa do acesso aos direitos sociais. A Defensoria Pública da Bahia também se especializou para lidar com demandas em saúde, e conta com o Núcleo de Tutela da Saúde Pública, no âmbito da Defensoria Pública Especializada Cível e da Fazenda Pública (criado pela Resolução n. 15, de 5 de dezembro de 2016). Antes da criação do núcleo, os defensores atuavam de forma preferencial, mas não exclusiva em saúde pública, dentro do Grupo de Trabalho em Tutela da Saúde. Segundo o defensor coordenador do núcleo, Gil Braga, o órgão conta com um sistema informatizado que lida com os dados da Defensoria e tem sido atualizado para o acompanhamento da judicialização da saúde com informações sobre as doenças mais comuns; consultas, exames e medicamentos mais judicializados; entes mais demandados; índice de resolução extrajudicial etc.

Além da DPE, a Defensoria Pública da União também atua em demandas de saúde. Desde abril de 2018, as defensorias têm competências divididas por acordo explícito, no qual a DPE cuida da transferência para unidades hospitalares, exames e consultas médicas, realização de procedimentos cirúrgicos e fornecimento

22 <http://www5.tjba.jus.br/portal/mais-uma-reuniao-do-nucleo-de-apoio-tecnico-do-judiciario-nat-jusfoi-realizada-na-assessoria-especial-da-presidencia-aep-ii-na-ultima-terca-feira-25-06-18/>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

de medicamentos que constem na RENAME ou RENUME; enquanto a DPU é responsável pelo fornecimento de próteses ortopédicas e órteses que não constem na RENASES, realização de consultas, exames, tratamentos que só podem ser realizados fora do território nacional, fornecimento de medicamentos off label ou daqueles que não constam na lista RENAME. Com essa divisão as defensorias acreditam que contribuem para "forçar uma discussão sobre a incorporação ou não do serviço ou tecnologia na área de saúde" por parte do gestor federal.

O Núcleo de Tutela da Saúde Pública atende apenas presencialmente, mas o defensor mencionou o caso do Espírito Santo, que criou um sistema de informação que faz mediação na área de saúde em ambiente virtual, o que pode ser uma alternativa para a descentralização da CCS.

Um aspecto interessante que foi observado na pesquisa in loco na Defensoria Pública da Bahia foi a presença de uma funcionária que faz a relação da Defensoria com o gestor da saúde, para um diálogo interinstitucional anterior à judicialização, já comentado. De acordo com o defensor, a DP/BA tem exercido o papel de "facilitador", de "articulador de rede", informando o cidadão sobre qual o serviço do SUS que deve procurar para obter o serviço ou medicamento desejado. Assim, afirma que a população está percebendo que "a Defensoria não é uma máquina de judicialização".

O Ministério Público Estadual é também outro ator relevante no processo de judicialização. O Promotor Rogério Luís Gomes de Queiroz, coordenador do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde (CESAU) do MP/BA, aponta a grave falha da atenção primária à saúde no Brasil como uma das principais causas da pressão por serviços de maior complexidade. Em sua opinião, a incapacidade do sistema de atender à demanda pressiona pela judicialização – lembrando que na Bahia a judicialização por serviços de maior complexidade é maior do que aquela para demanda de medicamentos. Além disso, a judicialização, no momento da realização das entrevistas, sofria não apenas com as falhas do SUS, mas também com a pressão exercida pelos laboratórios farmacêuticos e com a demora da CONITEC em incorporar medicamentos, mesmo quando há evidências científicas para a incorporação.

Quanto aos efeitos institucionais da judicialização sobre o MP da Bahia, o promotor informou que foi criado um centro de apoio, além de processos de formação interna para que os promotores se capacitem para atuar em saúde. Sobretudo, está se desenvolvendo um novo entendimento no MP no sentido de que a demanda individual nem sempre é a mais adequada para se valer o direito à saúde.

Todavia, segundo narrado por entrevistados, o MP ainda enfrenta muitas resistências do Poder Judiciário para julgar ações coletivas, ao passo que o sucesso das ações individuais chega a quase 100%[23]. As ações

23 Como se verá no item 4 deste Relatório, os dados quantitativos não corroboram essa percepção do entrevistado.

coletivas tramitam mais lentamente e não recebem a mesma celeridade. Quando julgadas, normalmente são indeferidas com o argumento da reserva do possível.

Na relação com o Executivo, são poucas as ações judiciais, pois o MP/BA tem conseguido resolver grande parte das demandas administrativamente. Segundo o promotor, o MP envia um ofício para a secretaria, que resolve administrativamente quase 90% dos casos, sem a necessidade de judicialização. Novamente tem-se um caso de diálogo interinstitucional que é uma ferramenta importante para a gestão da judicialização.

Por outro lado, o promotor vê a atuação da CCS como "muito tímida", pois trabalha apenas com medicamentos incorporados e com pacientes de Salvador. O caso do Rio de Janeiro é mais interessante, pois abarca todas as demandas em saúde. Existe, assim, um aprendizado interestadual importante, facilitado pela presença destes estados no Comitê Executivo Nacional do CNJ, no qual muitas destas experiências são discutidas entre atores do sistema de justiça.

3.3.1.2. PARÁ

Diferente dos demais estados, a judicialização da saúde no Estado do Pará é marcada pela predominância de ações judiciais requerendo medicamentos e serviços que já são parte da política pública estadual. Como explica o Juiz Homero Lamarão, que atua como juiz de direito há 18 anos no Pará, e é atualmente o coordenador do Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas de Saúde – CIRADS, a maior parte das ações em saúde são individuais (1 ação coletiva para 50 individuais) e, em sua maioria (7 em cada 10 ações) requerem "política pública", ou seja, medicamentos que já constam da RENAME, leitos e procedimentos que deveriam ser concedidos pelo estado.

A maior parte das ações judiciais na vara do magistrado, por exemplo, concentra-se em pedidos de medicamentos constantes na RENAME, procedimentos e exames. Muitos pedidos incluem todos esses serviços. A farmacêutica Agnes Kaminosono, que trabalha na Secretaria Estadual de Saúde desde 2003 e, em 2018, ocupava o cargo de Direção da Assistência Farmacêutica, aponta, contudo, que mesmo a maioria das ações requerendo produtos e serviços que fazem parte da política, os maiores custos advêm de algumas ações que requerem medicamentos fora das listas e dos protocolos oficiais. De um total de 167 novas ações propostas em 2017, com custo de R$ 7.916.000,00 para a secretaria (custos apenas com a aquisição de medicamentos), os medicamentos fora da lista para diabetes custaram R$ 3.273.000,00, seguidos pelos medicamentos Lucentis, R$1.119.000,00 e Imatinibe R$ 728.000,00.

O Pará também apresenta uma segunda especificidade. Segundo Kaminosono, mais de 60% das ações são propostas pelo Ministério Público Estadual, a partir de pedidos médicos de profissionais do próprio SUS (conferir também CARNEIRO, A. M. F. & BLIANCHERIENE, 2017, com um número menor para o período entre 2011 e 2013 – 44,3%). Em geral as ações em saúde são individuais e contam com uma menor participação

da Defensoria Pública Estadual, o que pode ser explicado pela falta de defensorias instaladas por todo o estado, o que importa na atuação do MP em casos individuais. A Defensoria Pública enfrenta especial dificuldade dada a extensão territorial do Estado do Pará, contando atualmente com defensores em 100 das 143 comarcas do estado.

Tanto o Ministério Público quanto a Defensoria, contudo, contam com áreas especializadas para saúde pública. Segundo a Promotora Suely Catete, que atua há 27 anos no MP/PA, e trabalha como titular da 2ª Promotoria de Direitos Constitucionais Fundamentais e Direitos Humanos, duas promotorias na capital estão especializadas em saúde pública. Rodrigo Miranda, defensor lotado na capital Belém, atuando especificamente em ações de saúde pública há três anos, explica que a Defensoria, por sua vez, possui um defensor exclusivamente para questões de saúde pública dentro do núcleo da fazenda pública e um defensor para questões de saúde suplementar atuando dentro do núcleo do consumidor.

Tanto as promotorias quanto os defensores especializados emitem comunicados e diretrizes para profissionais atuantes no restante do estado, recomendando em geral uma atuação mais voltada para a conciliação administrativa e a composição com a Secretaria Estadual. Essas orientações, contudo, não são necessariamente seguidas. Como explica a promotora, mesmo com o esforço da capital em padronizar a atuação dos promotores pelo interior e aproximar o MP da SESPA, no interior, a ausência de uma organização regionalizada do órgão, combinada à independência funcional dos promotores, dificulta a ação integrada e coordenada entre MP e secretarias, especialmente no âmbito de articulação administrativa. A promotora reforça como o princípio da independência funcional representa muitas vezes um entrave à coordenação dos promotores pelo estado na área da saúde.

Apesar de o Estado do Pará contar com duas varas judiciais especializadas em saúde individual e uma vara especializada em ações coletivas, que lida com ações de todos os direitos, inclusive saúde, demandas individuais são preferidas às coletivas. Tanto a promotora quanto o defensor apontam as dificuldades em conseguir liminares favoráveis quando propõem ações judiciais com algum grau de coletivização.

Uma vez proposta, a entrada das demandas na secretaria de saúde se dá, em sua grande maioria, pela própria PGE, em que a equipe dos mandados de saúde digitaliza os pedidos e já envia a SESPA por e-mail. No interior do estado, algumas demandas são recebidas fisicamente na secretaria, mas logo comunicadas à PGE. O recebimento dessas demandas e sua gestão não são registrados em sistema específico, mas em planilhas de Excel e registro físico por paciente. A SESPA, contudo, solicitou adesão ao S-Codes. A expectativa de Kaminosono é de que o sistema agilizará na formulação de relatórios e na gestão das informações. A SESPA conta com um Núcleo de Ações Judiciais que recebe e registra estas ações e atua em parceria com a PGE e a Diretoria Administrativa e Financeira (DIAFI) para dar respostas e providenciar o cumprimento de

liminares. Uma vez recebida, em conversa direta com a farmacêutica alocada na PGE, a DIAFI já dá inicio ao processo de compra de medicamentos e dispensação.

Desde 2016, a DIAFI centralizou a compra de medicamentos judiciais e a prestação de informações à PGE e ao Judiciário, tarefas que antes eram absorvidas pelo Núcleo de Demandas Judiciais da Assessoria Jurídica da SES. Como narra Kaminosono, esta alteração de atribuições veio para permitir que a SES conferisse agilidade ao cumprimento das decisões judiciais e cumprisse os prazos processuais.

Para prestar informações à PGE em sua atuação processual, a SES cedeu uma farmacêutica, que também é advogada, para trabalhar in loco com os procuradores do estado. Além disso, no âmbito da assessoria jurídica o coordenador jurídico é um procurador do estado, o que permitiu uma relação mais direta entre PGE e SES. Essas medidas, para a farmacêutica, atuaram para melhorar o diálogo com o próprio Judiciário. Na SESPA as demandas são recebidas por duas farmacêuticas já para cumprimento, dando celeridade à concessão de medicamentos em resposta direta a PGE. Ademais, a SESPA também conta com uma farmacêutica de dispensação de medicamentos judiciais na região metropolitana, centralizando o controle e a guia dos pacientes judiciais. As duas farmacêuticas e esta unidade dispensadora também atuam na orientação e aquisição de medicamentos para o interior, mas os medicamentos são dispensados nas regionais de saúde.

A maior parte das decisões judiciais são favoráveis ao paciente e, em geral, requerem o cumprimento de tutelas de urgência e emergência. Em pesquisa realizada sobre a judicialização no estado entre os anos de 2010 e 2012, por exemplo, Oliveira (2013) aponta que do total de 145 propostas, apenas 10,32% não requeriam medidas liminares. Desse mesmo universo, 77,95% foram julgadas procedentes. Os prazos exíguos para o cumprimento dessas decisões e sentenças afetam o trabalho da SESPA, mas a atuação da PGE tem permitido flexibilização e maior diálogo com o Judiciário. Bloqueios orçamentários de recursos também ocorrem e muitas vezes não estão sob conhecimento da SESPA, que inicia processos de compra desnecessários, quando o bloqueio já se deu.

Kaminosono registra ainda a dificuldade de cumprimento de medicamentos importados ou com registro no Brasil, mas não comercializado no país. O processo de compra é muito complexo, e envolve não só o registro da fabricante quanto da importadora. A dificuldade de compra leva também a bloqueios, inclusive solicitados pela secretaria para evitar descumprimento. Em 2018, a SESPA tinha um contrato A-Z com um fornecedor que era responsável por atender de imediato todas as demandas sobre medicamentos da SES a partir de preços tabelados pela Anvisa e com aplicação de desconto. Este fornecedor nem sempre atendia a todas as demandas, como produtos exclusivos, mas o contrato facilitava a compra de medicamentos que são solicitados em pouca quantidade (compras não atrativas sob as regras normais de cotação e aquisição licitatória). Este modelo de contrato de A-Z foi trazido pela gestora da experiência observada no Paraná e em 2018 atendia quase 80% das demandas solicitadas em média de 10 dias.

O Estado também conta com um comitê executivo nos moldes da Resolução CNJ n. 107/2011 – o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas de Saúde, ou CIRADS, constituído no âmbito do Acordo de Cooperação Técnica n. 04/2014. Como explica Lamarão, o comitê tem se esforçado especialmente para padronizar e melhorar a atuação de juízes na área por meio de uma aproximação mais frequente com membros de outros setores do sistema de justiça e da secretaria de saúde do estado. O comitê, contudo, não estaria tão avançado quanto em outros estados e enfrenta um desafio importante: receber maior adesão dos próprios juízes do estado, para que sigam as orientações deliberadas e "se identifiquem" com as normativas estabelecidas pelo comitê. Como explica o juiz, muitos magistrados cedem aos pedidos dos pacientes sem perceber que em estão sendo influenciados pela indústria farmacêutica.

A resistência dos juízes decorreria, ainda, de uma falta de conhecimento aplicado de muitos juízes sobre o tema da saúde e de "abertura de horizontes" voluntária. Alguns fatores, contudo, têm contribuído para aproximar magistrados do comitê. O juiz aponta que a sua própria formação acadêmica e publicações na área da saúde têm conferido maior confiança entre seus pares que frequentemente recorrem a ele, por celular, para discutir casos. Outro fator importante teria sido o acolhimento de uma de suas recomendações do comitê pelas corregedorias do estado, que a transformaram em "provimento", o que impediria magistrados de "discordarem" do disposto na recomendação e não a aplicarem. Uma vez transformada em provimento, o juiz que discorda e sentencia de forma diversa abre espaço para recurso, o que tem impacto na sua própria progressão na carreira.

O CIRADS serve ainda como um espaço interinstitucional importante para organizar a comunicação entre atores envolvidos com a judicialização. Como destaca Lamarão, a atuação do próprio Núcleo de Demandas Judiciais da Secretaria foi facilitada, permitido a comunicação inclusive informal entre atores da judicialização – por telefone, WhatsApp – já que a instância formal do comitê existe e viabiliza estas relações. Esta relação continuada permitiu, inclusive, identificar a atuação de médicos do sistema público indicando tratamentos fora da política. Isso levou a SES a estabelecer uma Instrução Normativa para disciplinar a atuação desses profissionais a partir de um formulário padronizado para a justificação do pedido fora da política (formulário, inclusive, trazido da experiência de Minas Gerais). Lamarão registra, contudo, um diálogo mais difícil com os entes da justiça federal, que não comparecem a reuniões, bem como com a OAB e com o Conselho Regional de Medicina. O magistrado registra ainda que as instituições da saúde suplementar parecem mais interessadas nas reuniões que os conselhos regionais de farmácia e medicina.

O NAT-jus do estado foi criado em 2017 a partir de um termo de cooperação entre o TJPA e a SESPA, no qual a secretaria cedeu uma farmacêutica para atuar no auxílio de magistrados no tribunal. O projeto, contudo, segue em fase de implantação, especialmente em razão do desenvolvimento pelo CNJ da plataforma eletrônica e-NAT-jus.

Todos os entrevistados do sistema de justiça registraram que o sistema eletrônico de processos judiciais do estado (PJe) não conta com ferramentas de triagem adequadas, que permitam identificar o que é urgente ou não, tampouco especificam na classificação por tema informações relevantes – a classificação aparentemente utilizada indexa as ações dentro de um grande tema "acesso à saúde".

3.3.1.3. DISTRITO FEDERAL

A SES/DF demonstra uma grande preocupação com a judicialização da saúde, sobretudo por conta da insuficiência de recursos para as demandas crescentes. Possuem uma estrutura administrativa voltada para lidar com as ações judiciais, que é o Núcleo de Judicialização, lotado na Assessoria Jurídico Legislativa da Secretaria de Saúde do DF.

O núcleo vem buscando sistematizar as informações relacionadas à judicialização, mas ainda não possui um sistema informatizado para o acompanhamento das ações, tal como já acontece em vários outros estados da Federação[24]. A gestora do núcleo tem uma sistematização própria das ações judiciais, mas é um controle pessoal, em planilha Excel. A SES não conta com um sistema informatizado de acompanhamento das ações, razão pela qual o gestor estadual tem um acompanhamento muito precário da judicialização, sem informações sobre custo total da judicialização por ano, classificação dos medicamentos, insumos ou serviços demandados, partes da ação etc. Espera-se, contudo, a adoção do S-Codes, sistema desenvolvido por São Paulo para a gestão de demandas judiciais (como veremos a seguir), agora em fase de testes na SES/DF.

A coordenadora do Núcleo de Judicialização e o assessor jurídico entrevistados afirmaram que o impacto da judicialização para a secretaria é muito grande. Não só as ações judiciais geram descontrole orçamentário e rotinas individualizadas, para cada caso, mas a taxa de resolutividade dessas demandas na secretaria é baixa, uma vez que o órgão não conta com funcionários em número suficiente para lidar com o problema. Ademais, muitas das demandas judiciais exigem da secretaria agilidade em responder aos pedidos, o que tem se mostrado difícil diante da falta de procedimentos atualizados de processamento e gestão dessas demandas, ainda internalizadas pelo núcleo com processos em papel. Esses processos são encaminhados para a Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, que emite parecer técnico com relação às demandas, para então seguir para a Subsecretaria de Logística em Saúde, que emite pedido de aquisição do medicamento ou insumo demandado judicialmente, e ainda à Subsecretaria de Administração Geral, que realiza a contratação de serviço ou aquisição de itens judicializados.

24 O Núcleo teve suas funções regulamentadas por meio de Portaria da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Portaria n. 490, de 24 de maio de 2018 (http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/55277f374006437fbae09edbf20edb18/Portaria_490_24_05_2018.html).

O problema da escassez de recursos humanos para lidar com a judicialização foi apontado também em outros estados, como na Bahia, por exemplo. Ter uma estrutura específica na SES para enfrentar a judicialização é algo importante, mas demanda também a transferência de recursos humanos para o novo setor.

A SES/DF tem sofrido com o sequestro de verbas por parte do Judiciário, e vem sendo acusada de não cumprir sentenças com o intuito de ter suas verbas sequestradas, repassando ao paciente o ônus da aquisição do serviço ou medicamento demandado judicialmente. O gestor afirma que "não tem domínio dessa situação" e que não se trata de uma estratégia da gestão, mas sim de uma real dificuldade operacional de processar tantos pedidos judiciais sem que haja pessoal e tempo hábil para responder às demandas no prazo estabelecido pelo Poder Judiciário, sempre muito curto.

Importante salientar que o sequestro de verbas pelo Judiciário é prática que vem se tornando corriqueira no Judiciário brasileiro, mas bastante controversa juridicamente, inclusive com decisões do STF no sentido de limitar o uso indiscriminado desse instrumento jurídico, previsto no texto constitucional, no caso dos precatórios para casos específicos[25], e na Lei dos Juizados Especiais da Fazenda Pública, (Lei n. 12.153/09), na hipótese do não fornecimento de medicamentos.

Os gestores entrevistados entendem que a judicialização pode ser lida como uma "epidemia injusta", que prejudica a parcela mais carente da população, ao desequilibrar o sistema. Um dos desequilíbrios mencionado é o das filas para cirurgias. Em seu exemplo, quando há um processo judicial demandando cirurgias, aqueles que ingressam judicialmente "pulam a fila", pegando o lugar daqueles que entraram pelo SUS e aguardam seu lugar regularmente.

Outro aspecto salientado foi o custo da judicialização, não em função do gasto com serviços, medicamentos e insumos, mas em função do próprio custo judicial. De acordo com eles, foram 1.600 processos até junho de 2018, a um custo de 15 mil reais cada processo, o que significa um gasto de 24 milhões de reais, em muitos casos para a compra de medicamentos que custam excessivamente menos do que o custo do processo judicial.

Sobre o fato de a judicialização servir como um "alarme de incêndio" para as falhas da rede, os gestores entrevistados atestam que esta pode ser uma qualidade da judicialização quando ocorrer a implantação do sistema S-Codes, já que a dificuldade atual de acompanhamento do que vem sendo demandado judicialmente impossibilita este tipo de atuação estratégica.

O Distrito Federal também conta com um Comitê Executivo Distrital da Saúde, criado em 2010. O comitê realizava reuniões regulares nos primeiros anos de seu funcionamento, mas depois passou a ter reuniões

25 https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/sumula-vinculante-e-o-sequestro-de-verbas-publicas-07032017.

mais espaças[26]. Em 2011 e 2012, foram sete reuniões no ano, em 2016 foram apenas duas reuniões. Em 2018, o comitê foi reestruturado[27] e está buscando reestabelecer reuniões mensais. O juiz coordenador do Comitê desde abril de 2018, Juiz Substituto Rodrigo Otávio Donati Barbosa, está afastado da Vara da Fazenda Pública de modo que sua maior dedicação se volta a temas de saúde suplementar. Segundo o coordenador, é muito mais fácil saber o que está acontecendo nos outros tribunais pelo país, já que há grande troca de informações entre os comitês estaduais. Além disso, o CNJ tem promovido encontros anuais e os coordenadores têm trocado experiências, o que é visto como algo bastante positivo.

O comitê tem estabelecido uma relação próxima com a gestão da secretaria. Segundo o juiz coordenador, a judicialização é "algo inevitável (...) e não é boa para ninguém, ela sobrecarrega o Poder Judiciário, com custo, desvio de recursos humanos, ela expõe a falência do sistema de saúde, ela gera os problemas de economicidade que mencionei, da compra direta e emergencial de medicamentos". Os comitês, assim, se apresentam como o espaço adequado para o diálogo interinstitucional, mesmo que muitas vezes essa interação não seja convertida imediatamente em ação. Um exemplo é o caso da Central de Regulação do DF, que não existia e surgiu das discussões realizadas pelo comitê no período inicial de sua formação. Até então não existia nenhum controle sobre a fila de espera e o acesso aos serviços especializados de saúde do DF.

O Distrito Federal também criou seu NAT-Jus em 2018[28], órgão que está funcionando com médicos do próprio tribunal. Segundo os gestores, é uma iniciativa importante, já que "há um desconhecimento técnico muito grande por parte dos magistrados", e a iniciativa visa melhorar o diálogo entre as duas áreas (saúde e direito), devendo aprimorar as decisões judiciais em termos técnicos.

O CNJ determinou que todos os tribunais instalassem o NAT-Jus e varas especializadas em saúde. Essa cobrança do CNJ acelerou o processo de institucionalização destas estruturas de gestão de demandas judiciais, de modo que o tema "saiu do âmbito de discricionariedade dos gestores" e passou a ser "uma imposição do CNJ", segundo o coordenador do Comitê Distrital da Saúde do TJDFT.

O NAT-Jus tem auxiliado nas decisões judiciais, evitando o que juízes chamavam de "ditadura do médico", já que não possuem o conhecimento técnico em saúde. Os juízes acabavam deferindo todos os pedidos; muitas vezes obrigando o estado a realizar compras sem licitação, por licitação de urgência ou em contratação direta, e o próprio DF "franqueava o acesso às contas do DF, para que se tivesse um bloqueio lá, para adquirir o medicamento diretamente pela parte". Este tipo de evento traz muitos inconvenientes à secretaria, pois o paciente compra na farmácia um medicamento que o Estado poderia adquirir com até 40% de desconto se a compra fosse realizada dentro dos trâmites legais comuns.

26 Conforme é possível verificar por meio das atas das reuniões do Comitê. Conferir: https://www.tjdft.jus.br/institucional/comite-executivo-distrital-da-saude/atas
27 Com sua composição estabelecida pela Portaria GPR n. 383, de 1º de março de 2018 (https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/publicacoes-oficiais/portarias-gpr/2018/portaria-gpr-383-de-01-03-2018)
28 Por meio da Portaria GPR n. 1170, de 4 de junho de 2018: https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/publicacoes-oficiais/portarias-gpr/2018/portaria-gpr-1170-de-04-06-2018.

O NAT-Jus, a partir da Medicina baseada em evidências, elabora notas técnicas bastante úteis aos juízes, que tomam decisões com um pouco mais de segurança. Existe demanda para os pareceres, segundo o coordenador. No entanto, a demanda por pareceres do órgão ainda é menor do que se imaginava, pois "ainda não entrou na rotina das varas". Uma das possibilidades de melhora no acesso a pareceres por juízes se dará por meio do e-NAT-Jus, plataforma em desenvolvimento pelo CNJ, alimentado por pareceres de NAT-Jus do país inteiro, para que se formem consultas diretas ao sistema, sem que o magistrado precise pedir para o NAT-Jus do seu próprio tribunal. Como ainda não é de uso obrigatório, os juízes consultam-no (ou o próprio NAT-Jus) conforme sua necessidade ou vontade.

A Procuradoria do DF conta com um setor especializado para a saúde pública, que é a Procuradoria do Contencioso em Matéria de Saúde Pública. O Procurador-Chefe, Dr. Robson Vieira Teixeira de Freitas, vê positivamente a especialização, uma vez que a procuradoria passa a compreender melhor as demandas, ter mais agilidade nas respostas e dialogar mais facilmente com os gestores da SES.

Sobre o perfil das demandas, o que mais chega à Procuradoria são pedidos de internação em UTI. Há também muitos pedidos de medicamento, sobretudo medicamentos não padronizados. Medicamentos padronizados são demandados em situação de desabastecimento. De fato, dados da DPDF demonstram que ,entre 2012 e 2015, 34,5% dos pedidos judiciais demandavam vagas em UTI, seguidos pelos pedidos de medicamentos (21,2%) e de cirurgias (19,8%)[29].

Os pedidos de vagas concedidos pela via judicial podem ter o efeito de "furar a fila" de espera por leitos, o que não só é potencialmente injusto com os pacientes, mas também desorganiza a regulação de vagas em geral. O caso do DF é complexo, segundo o procurador, pois o Distrito Federal recebe pacientes de outros estados do entorno, já que possui uma ampla rede de saúde, com serviços públicos de alta complexidade, atraindo pacientes da região.

Em casos de cirurgias, às vezes faltam médicos e o gestor acaba contratando o serviço em hospitais privados, para cumprir as decisões judiciais. Este aspecto já fora apontado por Débora Diniz em estudo sobre a judicialização da saúde no DF. Segundo a autora e colaboradoras (DINIZ, 2014, p.594), "até 2007 as demandas por UTI respondiam a 32% do total de demandas. A partir de 2008 elas passaram a representar 71% do total de demandas". Numa análise sobre os anos de 2007 a 2010, as autoras demonstram que o principal bem judicializado foi "vaga em UTI na rede privada em saúde". Assim, não apenas o gestor se utiliza da rede privada quando não possui vaga em hospitais da rede própria, como o próprio demandante solicita, já na ação, a vaga na rede privada, com a anuência do Judiciário.

29 In: SOUZA, Edirlene. "O fenômeno da judicialização da saúde em Brasília, DF, entre 2012 e 2015". http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/11753/1/21483432.pdf. Acesso em:10 de novembro de 2018.

O problema também foi apontado pelo defensor entrevistado. Para este, uma questão importante de ser observada no DF é a do reiterado descumprimento das decisões judiciais por parte do gestor de saúde. O defensor afirmou que as decisões judiciais "não valem nada", pois a SES ignora com frequência as decisões judiciais e há casos em que seis meses depois da decisão, a SES ainda não forneceu o medicamento ou garantiu o serviço demandado judicialmente, mesmo com trânsito em julgado. Apesar de reconhecer o problema, a Defensoria afirma que não consegue acompanhar todos os casos que judicializa. Para o procurador entrevistado, as dificuldades para o cumprimento das decisões estão especialmente presentes em medicamentos não padronizados, caso em que o gestor tem dificuldade de realizar compras e o Judiciário acaba determinando o sequestro de verbas, medida comum no Distrito Federal.

Para o juiz coordenador do comitê, o sequestro de verbas é muito comum e representa uma intervenção muito grande de um poder sobre o outro, mexendo naquilo que é mais sensível para o gestor, para a realização das políticas públicas. Nas suas palavras: "Mas a coisa acabou se tornando corriqueira, ao ponto de há um tempo o próprio DF apresentar manifestações nos autos". Isso parece ao juiz a falência da administração pública. Para o defensor público entrevistado, contudo, em muitos casos a própria gestão prefere que o sequestro aconteça, pois desobriga a SES a realizar procedimentos de compras de emergência, ou mesmo de ter que contratar serviços na rede privada. Em casos de sequestro de verbas para a realização de cirurgias, no entanto, o/a paciente precisa apresentar três orçamentos de cirurgia, o que só consegue por meio de consultas privadas, que ele ou ela mesmo precisa pagar. Por isso, esse tipo de solução judicial só penaliza o paciente mais pobre. Outro problema decorrente do sequestro de verbas resta sobre o fato de o Judiciário não ter estrutura adequada para acompanhar a prestação de contas do uso de recursos repassados aos pacientes.

O TJDFT ainda não tem vara especializada em saúde e a falta de especialização aumenta o número de pedidos deferidos, especialmente quando os casos chegam ao tribunal em plantão judicial. A qualidade da decisão judicial depende de quem atua nos processos. Juízes mais experientes com a judicialização da saúde têm uma visão mais clara e consciente desse processo e seus dilemas. Nesse sentido, comentando suas próprias decisões, o coordenador do comitê aponta que suas decisões hoje são mais embasadas e, nesse sentido, muito diferentes daquelas no início do processo de judicialização. Muitas das questões já foram decididas pelos tribunais superiores e há um movimento de uniformização de jurisprudência. Os tribunais inferiores tendem a seguir o que é decidido nos tribunais superiores. Ademais, hoje nem tudo que é pedido é deferido, mudança importante em razão do maior conhecimento que se tem sobre as questões judicializadas.

No DF, a grande maioria dos pedidos judiciais são propostos pela Defensoria Pública. Isso muda para os casos de saúde suplementar, nos quais há maior participação de advogados privados. O Defensor Ramiro Santana é também membro do Fórum Nacional de Saúde do CNJ. Trabalha desde 2005 com ações em saúde,

como assistente no TJ/DF, e desde 2011 como Defensor Público. Para ele, a principal questão atinente à judicialização da saúde no DF diz respeito ao que ele chamou de "imbricamento entre Defensoria Pública e a gestão [SES/DF]". Os próprios serviços de saúde encaminham pacientes para aDefensoria Pública quando não conseguem realizar alguns procedimentos ou compra de medicamentos. O encaminhamento judicial é uma forma de obrigar a SES a prestar serviços que a secretaria sabe que deveriam ser corriqueiramente prestados, mas não o são, por problemas no planejamento da política ou ausência de recursos para implementá-la adequadamente. Disse que a SES "já conta com a Defensoria Pública como parte do sistema [de saúde]".

A questão federativa apareceu como algo que vem sendo discutido no comitê. ADefensoria Pública começa ajuizar ações contra a União nos casos em que se requer medicamentos especializados, de competência federal para aquisição e financiamento. Esse caso é um exemplo de acordo interinstitucional oriundo do mecanismo de diálogo estabelecido pelo comitê. Esse mesmo movimento foi verificado na Bahia e parece estar sendo adotado em outros estados. Algo a ser acompanhado, pois é uma solução para a questão federativa em torno da judicialização, mas implica o aumento da judicialização contra a União. Como o governo federal responde aos processos de judicialização é tema a ser estudado.

A Defensoria Pública do Distrito Federal possui um Núcleo de Assistência Jurídica da Saúde, que é "especializado no atendimento jurídico para os usuários do sistema de saúde pública que necessitem de consultas, exames, tratamentos, internações hospitalares, cirurgias entre outros cuidados de saúde", segundo informações do seu site na Internet[30]. Mas este não possui um sistema informatizado para acompanhamento das ações em saúde, apenas de cadastramento.

O Ministério Público tem também atuação bastante presente na judicialização no DF. O Promotor Jairo Bisol acompanha há anos o caso da judicialização no DF e é membro do Comitê Distrital da Saúde. Ele aponta o fato de que o DF é uma unidade completamente atípica da Federação, pois não tem um "jogo de empurra" da responsabilidade do componente estadual ou municipal, o que, em certa medida, favoreceria a União em outros estados. No DF, contudo, as responsabilidades estaduais e municipais estão reunidas. O MPDFT (Ministério Público do Distrito Federal e Territórios) possui uma Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde – PROSUS, que "acompanha e fiscaliza o atendimento oferecido pelo SUS", conforme consta em seu site na internet. Dentre as medidas tomadas pela Prosus estão recomendações à SES/DF, como, por exemplo, o Termo de Recomendação n. 3,/2017, que estabelece uma "recomendação à SES/DF para que promova o imediato retorno dos médicos de especialidades de Medicina Intensiva/Adulto, Neonatologia, Pediatria e Anestesiologia que se encontram cedidos a outros órgãos". Foram 66 recomendações entre 1997 e 2017[31].

30 <http://www.defensoria.df.gov.br/nucleos-de-assistencia-juridica/>. Acesso em 10 de novembro de 2018.
31 http://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/mpdft-acao/recomendacoes-menu/2366-promotoria-de-justica-de-defesa-da-saude-prosus

Segundo o promotor, o termo de recomendação é uma ferramenta de controle do MP sobre a gestão, mas só é utilizada após a tentativa de diálogo interinstitucional. Para ele, o diálogo é a primeira e mais importante ferramenta de interlocução. Quando o diálogo não é frutífero, ou quando não há uma relação muito fácil com a gestão, utiliza-se a Recomendação. Muitas vezes a própria gestão prefere a Recomendação, que facilita ao gestor a execução do que se é demandado. A ação judicial seria, portanto, a terceira e última ferramenta de interlocução, devendo ser evitada, pois é muito custosa.

O diálogo é importante, pois às vezes o MP convence o gestor do descaminho da política pública, e às vezes o contrário acontece: a SES apresenta ao MP suas razões de agir. Conforme disse o Dr. Jairo, "o diálogo é o caminho mais célere, eficaz e barato". O difícil nesse caminho é a quantificação da atividade de controle exercida pelo MP. Os métodos de registro do diálogo interinstitucional ainda precisam ser desenvolvidos, para que sejam acompanhados por quem faz o "controle do controlador" – Corregedoria e CNMP.

O uso de uma ou outra ferramenta tem "natureza sazonal": varia de governo para governo, de secretário para secretário, e depende do grau de autonomia que o chefe do Executivo dá para o gestor da saúde. Se há um governo que não quer o diálogo, não há o que fazer – as ferramentas de Recomendação ou de judicialização são mais utilizadas.

A atuação do MP em saúde se dá, especialmente, por meio de ações coletivas, que visam sobretudo corrigir certas distorções da política pública num sentido mais amplo, não individualizado. Mas as ações coletivas são raras, sobretudo para a questão do acesso. Esse se resolve muito mais por meio de ações individuais. Para o promotor entrevistado, a judicialização envolve uma série de questões, não apenas a do acesso a medicamentos pela via judicial: envolve a questão de controle patrimonial, criminal e de responsabilidade administrativa. Todas elas poderiam ser trabalhadas pelo MP em um número pequeno de ações de improbidade administrativa e ações civis públicas que tutelariam o direito coletivo. No entanto, o MP tem êxito nessas ações apenas na primeira instância e perde no segundo grau. O problema para a magistratura se apresenta como um movimento de intervenção judiciária no campo da gestão, da discricionariedade administrativa.

3.3.1.4. SÃO PAULO

A judicialização da saúde no Estado de São Paulo é marcada por uma predominância de casos individuais, ajuizados por advogados privados (Wang, 2009; Ferraz, 2009) e envolve medicamentos fora de listas oficiais e protocolos (Chieffi, 2017), tendo como polo passivo principalmente a Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP). Em pesquisa realizada em 2017 e 2018, Vasconcelos (2018) entrevistou membros da SES-SP e da PGE para traçar um perfil compreensivo das respostas institucionais dadas pelo estado em face do alto volume de novos casos ajuizados todos os anos contra o SUS. Esta pesquisa foi complementada neste relatório por entrevistas realizadas com atores do Ministério Público, Defensoria Pública e Tribunal de Justiça do Estado.

Note-se que, pela escolha do rol de entrevistados, a ênfase da pesquisa qualitativa deu-se na análise de casos envolvendo o sistema público de saúde. Como já exposto na análise dos dados de gestão processual, obtidos por intermédio da LAI, a maior parte dos casos do Estado de São Paulo versa sobre assuntos relacionados à saúde suplementar. Reforça-se, portanto, como já exposto na apresentação da metodologia, que a análise qualitativa visa comparar as diferentes regiões em profundidade de dados e contexto, mas sem a pretensão de generalidade, optando-se, por isso, por privilegiar a relação entre judicialização e a administração pública.

A judicialização do Estado de São Paulo é um dos casos mais estudados, com uma longa bibliografia sobre as ações judiciais atendidas pela capital, demais municípios ou por todo o Estado. O volume de novas ações judiciais no estado é o maior dentre todos os estudados qualitativamente – o número de novas ações cresce todos os anos em média 15%, contando em 2015 com um acervo de 42.868 processos ativos e um gasto anual com a judicialização de R$1 bilhão (Vasconcelos, 2018, p. 90).

Ao contrário dos demais estados estudados qualitativamente nesta pesquisa, São Paulo possui uma estrutura de gestão da judicialização diferente daquelas articuladas pelos Comitês Estaduais e NATs. O principal mecanismo de gestão está na atuação especializada e eficiente da SES-SP em parceria com a PGE (Vasconcelos, 2018) e de seu sistema S-Codes (Naffah Filho, et al, 2010). Criado em 2006, o Grupo de Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS-SP (G-CODES) coordena dentro da SES-SP o atendimento de todos os pedidos judiciais por medicamentos e insumos. Este grupo multidisciplinar de 35 pessoas está dividido em núcleos de acordo com sua competência e posição no fluxo contínuo de recepção e resolução das demandas judiciais - Centro Multiprofissional de Apoio Interinstitucional; Centro de Informação, Acompanhamento e Monitoramento das Demandas Judiciais; Centro de Atendimento às Demandas Judiciais; Centro de Gerenciamento Regional; Centro de Análise e de Difusão de Informações), dois núcleos de serviço técnico (Núcleo de Gerenciamento de Informações) e um núcleo de apoio operacional (Núcleo de Apoio Administrativo). O CODES não só recepciona as demandas, como as registra em um sistema informatizado desenvolvido especificamente para ações judiciais – o S-CODES.

Esse sistema, desenvolvido desde 2009, busca interligar a entrada de ações com o procedimento de defesa e cumprimento de decisões judiciais. Seu acesso é compartilhado com a PGE que também utiliza o sistema para instruir as contestações e recursos, enquanto a equipe providencia pareceres técnicos para cada caso e organiza um processo de compra eficiente e centralizado. Como explica Vasconcelos (2018): "A CODES não realiza nem o planejamento nem a compra dos pedidos na capital, o que fica a cargo de diferentes setores responsáveis pela compra dentro secretaria, de acordo com sua especialidade – medicamento, material, regulação. Estes recebem as ordens de cumprimento via S-CODES e estabelecem as rotinas de planejamento e aquisição dos pedidos. A CODES monitora este processo e estabelece a interlocução caso a caso com a PGE, para que conste dos autos a informação sobre o tempo e o trâmite de cumprimento do

pedido" (Vasconcelos, 2018, p. 109). O sistema foi disponibilizado a todos os estados gratuitamente, por meio de convênio assinado entre a SES-SP e o Ministério da Saúde (Vasconcelos, 2018, p. 117).

O S-Codes foi sendo aprimorado ao longo dos anos de acordo com as necessidades da secretaria e a partir de uma interlocução direta com a 8ª Subprocuradoria da Procuradoria Geral do Estado, especializada em demandas de saúde. Ademais, a atuação próxima dos dois órgãos – PGE e SES, ambos na capital do Estado de São Paulo – é um mecanismo de gestão bastante importante ao estado. A PGE e a SES realizam reuniões regulares para estabelecer prioridades e sanar conflitos e ruídos em sua atuação de defesa e cumprimento de decisões judicias, além de trocarem informações necessárias à prevenção de novos conflitos e à articulação mais fina entre procuradores e gestores por todo o estado.

Este movimento de coordenação e melhora técnica das defesas e recursos para ter resultado em uma maior aproximação da Secretaria e PGE com o Judiciário. Segundo o Desembargador Ricardo Torres, do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, houve um processo de aprendizado institucional por parte da Secretaria e da PGE, o que tem contribuído para reduzir o volume de decisões contrárias à política, ainda que estas sejam predominantes.

No âmbito do Judiciário, o Estado de São Paulo foi um dos últimos a criar um Comitê Estadual, que ocorreu em 2017, pela Portaria n. 9.445/2017, mas as iniciativas de diálogo e coordenação entre Secretaria, Defensoria e Judiciário não se resumem ao comitê. O estado conta com um programa de integração interinstitucional denominado 'Acessa SUS' que busca estabelecer uma triagem administrativa de pedidos que possivelmente virariam ações judicias, além de também servir como espaço de assessoria técnica a juízes que recorrem por e-mail aos técnicos do programa. Pessoas com pedidos médicos podem se dirigir diretamente a unidade do Acessa SUS ou serem encaminhadas por defensores e promotores a esta unidade. Uma triagem procura atender ao pedido administrativamente, uma medida bastante relevante no Estado de São Paulo que conta com um amplo mecanismo de requisição administrativa de medicamentos, mesmo para aqueles fora das listas e protocolos públicos (Chieffi e Siqueira, 2015).

A Defensoria é uma das signatárias do acordo que cria o Acessa SUS. Como explica o Defensor Davi Quintanilha Failde de Azevedo, Coordenador Auxiliar do Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos, no Estado de São Paulo a Defensoria se organiza em oito núcleos temáticos específicos, no qual o Núcleo de Direitos Humanos recebe os temas residuais não recebidos pelos demais núcleos e se dedica, dentro do tema da saúde, à saúde mental, à violência e à segurança alimentar. Os casos individuais são atendidos pelos defensores naturais em triagem, que podem pedir suporte ao núcleo para modelos de peças ou estudos específicos para instruir suas ações mais abrangentes. Neste sentido o núcleo age de forma a coordenar a carreira atuando conjuntamente com a assessoria cível. O núcleo trata de muitos temas além de saúde e

conta com vinte defensores públicos – três na coordenação e os demais dezessete na ponta de atuação e contato com os demandantes.

A maior parte das demandas em saúde recebidas pela Defensoria são, contudo, atribuição dos defensores "naturais", atuando na área cível sob coordenadoria da Assessoria Cível. Como explica o Defensor Avilmar Virgílio de Almeida, então Assessor Cível da Defensoria do Estado de São Paulo no momento da entrevista, que a Assessoria Cível tem o trabalho de facilitar a atuação dos demais defensores no âmbito das ações cíveis, em que se encontram a maior parte das ações em saúde. A recomendação geral hoje da Defensoria é de atuação administrativa em todos os âmbitos, o que se estendeu à saúde, especialmente dentro do programa Acessa SUS.

A parceria da Defensoria com a SES, TJSP e Ministério Público dentro do programa assume a Defensoria como porta de entrada dos pedidos de medicamentos e insumos, especialmente para medicamentos de uso contínuo ou de alto custo. O defensor prioriza a resolução administrativa, encaminhando o demandante à unidade do Acessa SUS no AME Maria Zélia. Em 24h os técnicos do AME respondem ao defensor sobre as possibilidades do pedido em quatro respostas possíveis – não será atendido; será atendido em caráter não emergencial em até 30 dias; será atendido em caráter emergencial em até 72h; ou os profissionais do AME indicam uma alternativa terapêutica para que o paciente volte ao seu médico de origem e solicite a substituição. Dependendo da resposta e dos interesses do demandante, bem como diante das possibilidades ou não de efetivar uma liminar em tempo menor pela via judicial, o defensor pondera qual a melhor alternativa para proteger os direitos de seu cliente. Em um ano de atuação – desde 2017, conta o defensor público que já houve uma redução na propositura de novas ações de 15%.

O público atendido pela Defensoria é desenhado por um recorte econômico, com renda familiar de até 3 mil reais. No Estado de São Paulo, contudo, a Defensoria não é a principal propositora de ações judiciais em saúde pública – advogados privados são a forma predominante de representação no estado, o que limita a atuação do Acessa SUS.

Atualmente, o desafio é interiorizar o programa. Interiorização é um problema não apenas para o Acessa SUS, mas para a padronização da atuação da secretaria em demandas judicias de saúde e da própria PGE. Em todas as entrevistas, os entrevistados demonstraram preocupação com a interiorização destas medidas de coordenação e de controle da judicialização pela via administrativa que por ora se resumem a capital e área metropolitana.

A Defensoria no âmbito da saúde suplementar também se orienta por tentativas de resolução não judicial dos conflitos. Atualmente ela promove a resolução dessas demandas pela NIPE (Notificação de Intermediação Preliminar) realizada pela própria ANS, com alto índice de resolutividade das demandas – entre 80 e 85%. A reclamação administrativa à ANS por telefone estabelece um contato direto do usuário com os

planos de saúde, que dependem da NIPE para sua pontuação geral perante a ANS. Como explica Almeida, a NIPE não é eficaz para casos assistenciais de urgência, situação em que a Defensoria atua de forma judicial.

A preferência pela via administrativa também é o mote da atuação do Ministério Público, que também conta com um centro especializado para orientar promotores da "linha de frente" em questões que envolvem direitos humanos em geral e medidas de saúde em particular. Em entrevista, o Promotor Roberto de Campos Andrade, Coordenador do Centro de Apoio Operacional de Direitos Humanos e Direitos Sociais, do Ministério Público, explica que a presença da Defensoria Pública permitiu que os promotores se dedicassem cada vez menos a demandas de saúde de caráter individual e se voltassem a temas coletivos em que privilegiam a resolução administrativa por meio de Inquéritos Civis e Termos de Ajustamento de Condutas, recorrendo a ações civis públicas em último caso.

O estado aprovou em 2017 a criação de dois NATs para auxílio de magistrados e do tribunal em ações de saúde. O primeiro núcleo estaria organizado nos termos da Resolução CNJ n. 328/2016, no formato NAT-Jus para a elaboração de notas e respostas técnicas para o Judiciário seguindo e alimentando o e-NAT-Jus. O segundo NAT é tributário tanto do núcleo que existia desde 2015 no TJ/SP para atendimento apenas de casos envolvendo saúde suplementar, quanto de uma triagem farmacêutica por profissionais cedidos pela Secretaria ao TJ-SP, que opera desde 2013 e procura atender às recomendações do CNJ. Com o novo formato, o núcleo deve expandir sua atuação para casos de saúde pública e ficar responsável pelo atendimento de dúvidas de juízes caso a caso. Espera-se que os núcleos estejam em operação no final de 2018[32].

Bloqueios e sequestros também marcam a experiência do estado que, como os demais, enfrenta dificuldades para estabelecer fluxos de compra racionais diante da judicialização de medicamentos com marca ou em pequenas quantidades. A compra de medicamentos no estado é realizada de forma centralizada, mas a judicialização muitas vezes impõe prioridades ao seu rol de compra, que "passa na frente" de outras demandas na secretaria (Vasconcelos, 2018, p. 111).

3.3.1.5. RIO GRANDE DO SUL

Na mesma pesquisa referida acima, realizada em 2017 e 2018, Vasconcelos (2018) entrevistou membros da SES-RS e da PGE para traçar um perfil compreensivo das respostas institucionais dadas pelo estado em face do alto volume de novos casos ajuizados todos os anos contra o SUS. Esta pesquisa foi complementada neste relatório por entrevistas realizadas com atores do Ministério Público e do Tribunal de Justiça do Estado. A Defensoria Pública foi contatada diversas vezes, mas a equipe não obteve resposta antes da submissão deste relatório. O papel deste órgão, contudo, é referido por Vasconcelos (2018) e nas entrevistas realizadas para este relatório, o que permite compreender sua atuação sem perdas consideráveis.

32 <http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/87113-judicializacao-da-saude-sp-espera-criar-nucleo-tecnico-ate-o-fim-do-ano> Acesso em: 12 de novembro de 2018.

Assim como no Estado de São Paulo, também no Rio Grande do Sul a judicialização da saúde é marcada por uma predominância de casos individuais envolvendo medicamentos fora das listas e protocolos do SUS e tendo como polo passivo a Secretaria Estadual de Saúde. A judicialização da saúde no estado é uma das mais antigas no país e o estado tem buscado soluções institucionais ao problema pelo menos desde os anos 2000. Em 2017, o Rio Grande do Sul contava com um acervo de 90 mil processos ativos, em sua maioria nas comarcas do interior. Também neste estado a Defensoria é a principal proponente de ações judicias, em geral de cunho individual e com altos índices de resolução em favor dos demandantes (Biehl et al, 2012). Recentemente o estado experimentou uma redução no crescimento do número de novas ações por ano, mas ainda conta com 61 mil pacientes judiciais que custaram no ano de 2016 4% do seu orçamento total da saúde(Vasconcelos, 2018).

A principal característica da gestão da judicialização da saúde no estado é a íntima articulação de atores por meio do Comitê Estadual. Em todas as entrevistas realizadas no estado os atores destacaram o comitê como um divisor de águas na história da judicialização do estado que passou a responder com uma paulatina redução de novas ações e custos desde 2010, quando foi instituído logo após a Resolução CNJ n. 107 de 2010. Como explica o Desembargador Martin Schulze, Coordenador do Comitê de Saúde do CNJ no RS, o comitê foi instituído como a unificação de outras iniciativas paralelas que já ocorriam no estado como tentativas de articulação dos atores no estado. O comitê tem como membros permanentes magistrados do Tribunal de Justiça do Estado do RS e gestores da Secretaria da Saúde Estadual, além de membros da Federação das Associações dos Municípios do RS (FAMURS), dos Ministérios Públicos Estadual e Federal, da Advocacia Geral da União, da Defensoria Pública Estadual, da Procuradoria-Geral do Estado, da Procuradoria Regional da União da 4ª Região e do Conselho Regional de Medicina (CREMERS).

O comitê atua a partir de ações de planejamento e de gestão sistêmicos com foco na saúde, promovendo o diálogo entre diferentes atores do sistema de justiça e de saúde diante de problemas de saúde focalizados. Schulze destaca que o primeiro foco dessas ações foi a gestão de acesso a medicamentos, ação organizada a partir de estudo formulado por João Bihel (2012) que apontava especialmente os problemas de gestão no fornecimento de medicamentos pelo estado. Este tipo de ação passou pela regulação de leitos e, em 2018, passou a se concentrar nos gargalos da gestão de recursos para saúde mental.

Uma das articulações fundamentais promovidas pelo Comitê, também destaca o magistrado, foi a triagem administrativa realizada pela Defensoria antes do ajuizamento de qualquer ação judicial, nos moldes do Acessa SUS paulistano. A Defensoria conta com um núcleo específico da saúde – Núcleo de Defesa da Saúde (NUDS) que desde 2015 atua de forma conveniada com a secretaria com acesso direto ao sistema informatizado da SES para consultas sobre a disponibilidade de medicamentos em estoque – o sistema AME ou Administração de Medicamentos Especiais (AME). A Defensoria pode consultar o estoque da SES e

realizar uma triagem administrativa a partir de convênio firmado com o Conselho Regional de Farmacêuticos, o qual disponibiliza uma farmacêutica ao núcleo (Vasconcelos, 2018).

Como resultado, o atendimento administrativo tem recebido 85% das demandas em saúde na capital, das quais apenas 15% se tornaram pedidos judiciais em 2015, o que inverteu o cenário de predominância de casos judiciais sobre administrativos – em 2017 tramitariam na capital 20 mil processos administrativos e 3.100 judicias. Esta triagem resume-se à capital e à comarca de Santa Marta, município que registra os maiores indicies de judicialização do estado (Vasconcelos, 2018).

Os magistrados tendem a conceder as ações ajuizadas, mas isso porque a Defensoria apenas ajuiza ações que não puderam ser resolvidas administrativamente, o que já leva magistrados a dar razão ao demandante. Mas destaca Schulze que esta posição tem sido revista, especialmente depois da Máfia das Órteses e Próteses, caso que levou desembargadores a questionar a prevalência da prescrição médica.

Além da Defensoria, também o Ministério Público do Estado se comprometeu com uma atuação predominantemente administrativa. Como explica a promotora Lilian Dreyer: "A Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos conta com três núcleos distintos de atuação: O núcleo do idoso (com duas Promotorias de Justiça), o núcleo da cidadania (uma Promotoria de Justiça), e o núcleo da saúde (três Promotorias de Justiça). Neste último, cada uma das Promotorias de Justiça tem atribuição específica e atribuição individual. A atribuição para supostas violações de direito individual ocorre apenas no âmbito administrativo. O MPRS insta o gestor administrativamente acerca do fato relatado pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS)." A atuação de cada Promotoria de Justiça pode ser assim descrita: a 1ª PJDDH, integrante do núcleo da saúde, tem como atribuições a saúde mental e a fiscalização de hospitais; a 3ª PJ, também integrante do núcleo da saúde, tem como atribuição medicamentos e regulação; por fim, a 5ª PJ, do núcleo da saúde, tem como atribuição atenção primária. Os expedientes individuais são distribuídos de modo equânime entre os três cargos.

A atuação administrativa destes órgãos depende de respostas rápidas da Secretaria Estadual. Esta conta com dois órgãos encarregados da resposta e cumprimento de decisões liminares e pedidos administrativos – a Assessoria Jurídica e a Assistência Farmacêutica. A assessoria jurídica atua na linha de frente dos pedidos, especialmente os judiciais, provendo a PGE,a Defensoria e os pacientes de informações, além de acionar a Assistência Farmacêutica para detalhes técnicos e a compra de medicamentos de forma única. A compra realizada na capital alimenta outras unidades da SES pelo interior, considerando que o estado foi um dos primeiros a conseguir a completa municipalização da saúde (Vasconcelos, 2018).

Tanto a Assistência Farmacêutica quanto a Assessoria Jurídica atuam de forma interligada a partir de dois sistemas eletrônicos, o AME, e o sistema de Expedientes Administrativos Únicos. Como apontado, a

Defensoria tem acesso ao AME, o que se estende também a outros membros do sistema de justiça como PGE e Judiciário. Esta integração também foi possível porque negociada no âmbito do comitê.

Também a PGE se especializou na sua atuação em demandas de saúde, garantindo procuradores apenas para demandas de saúde especialmente na capital, e se valendo da assessoria técnica provida por um processo de credenciamento de pareceristas junto a SES. Considerando a necessidade de melhorar a defesa do estado em ações judiciais e diante da falta de pessoal e tempo hábil para responder as demandas, a SES passou a terceirizar o serviço de elaboração de pareceres técnicos à PGE, pagos por laudo elaborado e atuando sob supervisão da PGE e da SES.

O Tribunal Estadual do Rio Grande do Sul também foi um dos primeiros a criar uma vara única de matéria exclusiva da saúde – dois juizados com matérias de saúde pública e meio ambiente. Como explica Schulze, esta é uma vara muito distinta das demais ora propostas pelo CNJ, que tem distribuição preferencial em saúde, mas não única.

Demandas coletivas, que querem incorporação ou modificações sistêmicas, são raras. De acordo com o Desembargador Schulze, muitos pedidos de grande volume e com jurisprudência consolidada contra o estado levaram a incorporação ainda que fora da lista – é o caso das fraldas, por exemplo. Mas, em geral, os pedidos de incorporação ocorrem pelo MPF em ações coletivas, enquanto a Defensoria Estadual concentra-se em demandas individuais.

Bloqueios e sequestros também são realidade no estado, mas muitas vezes preferíveis pela secretaria que tem dificuldade em realizar compras de medicamentos não padronizados ou em pequena quantidade. Nestes casos, a SES prefere que juízes bloqueiem e sequestrem recursos, o que importa em um impacto orçamentário considerável sob as contas estaduais (Vasconcelos, 2018).

A solidariedade é outro tema que importa em impacto orçamentário para o estado. Como destaca o Desembargador Schulze, um dos maiores dilemas da judicialização no estado é a condenação de municípios e estado no provimento de medicamentos ou insumos que não são de sua competência. O esforço do comitê, neste sentido, tem sido o de atualizar e orientar magistrados e defensores sobre o SUS e sua divisão de competências.

Um ponto importante destacado pelo desembargador é a necessidade de um critério econômico ou ético para a concessão de medicamentos, somado ao da medicina baseada em evidências, promovida pelo CNJ. O magistrado destaca o aumento dos pedidos fora da lista, à medida que se reduz a judicialização de medicamentos e serviços, que é parte da política pela melhora da gestão de serviços em saúde pelo estado. Estes representam mais custos relativos ao sistema, especialmente medicamentos oncológicos que,

apesar de competência da União, são requeridos judicialmente dos estados, dada a possibilidade dos juízes estaduais em bloquear recursos da secretaria enquanto o bloqueio de recursos da União não é possível.

O NAT ainda é um projeto no estado, discutido no âmbito do comitê, mas sem criação concreta.

3.3.2. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS ATORES DOS DIFERENTES ESTADOS

As análises qualitativas dos casos selecionados permitem apresentar alguns aspectos sobre a judicialização da saúde no Brasil, os quais são comuns a vários estados, mas sobretudo apontam caminhos para o enfrentamento do problema a partir das escolhas institucionais desenvolvidas em cada contexto.

O primeiro elemento que consideramos central é o que denominamos por estruturas institucionais para a gestão da judicialização, que são estruturas institucionais específicas para o enfrentamento do problema da judicialização nos distintos órgãos governamentais que com ela lidam: Executivo estadual (ou municipal), Procuradoria Geral do Estado (ou do município), Tribunal de Justiça, Ministério Público, Defensoria Pública, bem como estruturas interinstitucionais como Câmaras de Conciliação e Comitês Estadual de Saúde. Tais estruturas especializadas foram se desenvolvendo nos estados brasileiros a partir do aumento da judicialização, e foram verificadas em muitos órgãos dos estados analisados. Indicam, portanto, uma tendência no processo de gestão da judicialização na saúde, podendo ser uma importante variável, em análises futuras, tanto sobre a judicialização em outros estados que não aqueles aqui estudados, quanto em análises que visam captar o efeito da institucionalização de estruturas específicas para a gestão da judicialização e seu aumento ou diminuição a partir desta institucionalização.

Sendo assim, apresentamos, novamente, na Figura 54 os elementos que compõem esse conjunto de "estruturas institucionais para a gestão da judicialização".

	BA	PA	DF	SP	RS
Tem setor específico de judicialização na SES?	1	1	1	1	1
Tem sistema informatizado de acompanhamento das decisões na SES (S-Codes ou similar)?	1	0	0	1	1
Tem atendimento administrativo na SES?	0	1	0	1	1
Tem vara especial de saúde no TJ?	-	1	0	0	1
Tem Núcleo especializado em saúde no MP?	1	1	1	1	1
Tem Núcleo especializado em saúde na DP?	1	1	1	0	1
Tem Câmara de Conciliação em Saúde instituída e atuante?	1	0	0	1	0
Tem NAT-Jus instituído e em operação?	1	1	1	0	1
Tem Comitê Estadual de Saúde instituído e atuante?	1	1	1	0	1
Total (Grau de institucionalização da gestão da judicialização?)	7/9	7/9	5/9	5/9	8/9

Figura 54: Estruturas institucionais para a gestão da judicialização

Fonte: Elaboração Própria.

A institucionalização de estruturas para a gestão da judicialização parece ser um elemento importante para a compreensão do grau de pressão exercido pela judicialização sobre a política pública de saúde. Onde a judicialização está mais presente, maior a necessidade que os atores enfrentam de criar e consolidar estruturas para sua gestão. Por outro lado, esta pode gerar não apenas a diminuição da judicialização, mas, ao contrário, seu aumento, já que possibilitaria respostas mais rápidas pelas instituições que devem enfrentá-la. Nosso objetivo não foi testar essa hipótese, mas esta pode ser uma variável relevante a compreender: qual deve ser o equilíbrio entre a institucionalização do acesso à saúde via judicialização ou via portas de entrada usuais à política pública.

Outra questão apontada é a importância do NAT-Jus e dos pareceres elaborados a partir da Medicina Baseada em Evidências. A percepção dos atores envolvidos com a judicialização é a de que os magistrados ainda usam muito pouco os pareceres do NAT-Jus em suas decisões, o que pode significar que a institucionalização dos núcleos não é necessariamente um aspecto que leva a racionalização das demandas, ainda que seja muito cedo, na maior parte dos estados, em estabelecer o efeito dos núcleos sobre a rotina dos magistrados em seus processos decisórios.

Outra questão importante, voltada para o enfrentamento do problema federativo na judicialização, diz respeito a parcerias entre a DPE e a DPU para a divisão de competências e réus na judicialização. Tanto na Bahia quanto no DF as Defensorias têm feito uma divisão daquilo que é tema e responsabilidade da DPE, que aciona o estado para a garantia de medicamento, leito, exame, cirurgia etc., daquilo que é de respon-

sabilidade da DPU, que por sua vez aciona a União. No caso da Bahia esse acordo foi formalizado e gerou uma diminuição da judicialização via DPE, e concomitante aumento da judicialização via DPU (dados da CCS).

A criação de sistemas de mediação, como a Câmara de Conciliação da Saúde (CCS) na Bahia, também aparece como um instrumento importante de diminuição da "judicialização desnecessária", levando ao Judiciário apenas casos que os órgãos envolvidos não conseguem resolver extrajudicialmente. O alcance regional da Câmara, contudo, é uma questão para o governo estadual, que ainda concentra os serviços na capital. Na Bahia foi mencionada a experiência do Estado do Espírito Santo, que está implantando um sistema de mediação em ambiente virtual, o que pode servir de modelo para outros estados.

Em todos os estados, os comitês se colocaram como um espaço relevante para a gestão da judicialização, especialmente por unirem diferentes atores envolvidos em um fórum de discussões. Os entrevistados avaliaram de forma bastante positiva o trabalho dos comitês e reestabeleceram as reuniões quando estas pararam de ocorrer. Uma preocupação comum é que estes comitês dependem da atuação individual de membros interessados, especialmente de juízes, o que pode impedir a consolidação do espaço ao longo dos anos com a troca de mandatos.

Em relação aos dados sobre judicialização, o S-Codes tem sido citado como um sistema de acompanhamento das ações judiciais e deve ser instituído nos estados que ainda não possuem um sistema próprio, ou que percebem o sistema existente como falho ou ineficiente. A importância de um sistema uniformizado para os diferentes estados se encontra na possibilidade de acompanhamento e melhores informações sobre a judicialização. Este, todavia, volta-se para os Executivos estaduais. Não há um único sistema de informação para o Judiciário e isso dificulta o acesso a dados dos diferentes estados, o que ficou claro pela pesquisa quantitativa aqui apresentada. Assim, a uniformização dos sistemas, não apenas nos Executivos, mas também nos TJs, parece essencial para aprimorarmos a gestão da judicialização. Esse aspecto foi apontado em diversas entrevistas, inclusive com a sugestão de um "livro de códigos" único a ser utilizado pelos tribunais de todo o país.

Dentre as estratégias de cumprimento e execução da sentença, especialmente mapeadas nos estudos de caso, está a especialização de setores específicos das secretarias para dar resposta e cumprimento ágil às decisões judiciais, novos procedimentos de compra e a tentativa de negociar com juízes e tribunais prazos mais largos para o cumprimento de sentenças. No caso da especialização de setores, este é um movimento aparente em todas as instituições que estão diretamente envolvidas com a judicialização da saúde, do Judiciário às Defensorias e Ministérios Públicos. As secretarias, especificamente, criam setores para (i) tratar diretamente de sua defesa com as procuradorias, em busca de melhores argumentos e auxílio técnico mais preciso às suas contestações e agravos; e (ii) setores específicos dentro dos seus departamentos de compra para organizar a aquisição de medicamentos, inaugurando sistemas próprios de gestão de almoxarifado e

distribuição de medicamentos judiciais em farmácias judiciais pelo Estado (VASCONCELOS, 2018). A atuação próxima de gestores e procuradores caminha tanto na elaboração de defesas mais técnicas, como também na direção de prover juízes com dados reais sobre estoque de medicamentos e tempos de importação e distribuição. Como discutido em detalhe nos estudos de caso, esta interação entre gestores e juízes permite que estes atuem com mais reserva na imposição de multas por descumprimento e na fixação de prazos curtos ou emergenciais para cumprimento de decisões, uma vez que passam a conhecer melhor a política e se aproximar da gestão de compra, um processo complexo que enfrenta dificuldades adicionais trazidas pela judicialização.

Importante destacar que a institucionalização de estruturas específicas para a gestão da judicialização, somada a um sistema de informação eficiente, que permite aos atores acompanhar os processos de judicialização, o perfil das demandas, os atores das ações etc., tal como é o caso do Estado da Bahia, é um passo importante para a racionalização da judicialização, minorando a quantidade de casos evitáveis.

4. HIPÓTESES E DISCUSSÃO

Algumas hipóteses de pesquisas, apresentadas por ocasião da apresentação do projeto de pesquisa, merecem atenção e foram objeto de análise a partir dos dados encontrados. Nesta seção, tais hipóteses são recuperadas e contrastadas com os resultados da pesquisa.

Cada item combina um diagnóstico da literatura com resultados prometidos pela pesquisa e respectivo teste de hipótese, com as análises quantitativa e qualitativa combinadas.

4.1. AS DIFERENÇAS REGIONAIS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A primeira e mais fundamental hipótese investigada por esta pesquisa trata das diferenças regionais, sendo assim enunciada:

> A judicialização da saúde apresenta diferenças regionais relevantes que se refletem nos sistemas de assistência à saúde e no sistema de justiça.

Como apresentado na introdução deste relatório, a literatura sobre judicialização da saúde analisa estados e municípios individualmente, o que não permite uma análise das diferenças regionais relacionadas tanto à política de saúde e quanto ao sistema de justiça.

O tema da judicialização da saúde no Brasil tem sido um dos mais debatidos e estudados, presente na agenda de pesquisa do Direito, das Ciências Sociais e da Saúde Pública. A grande quantidade de trabalhos sobre o tema adota diferentes abordagens, empíricas, teóricas e dogmáticas. Dentre os trabalhos empíricos, destacam-se, especialmente, estudos de caso que se voltam à análise da jurisprudência de tribunais específicos, em períodos determinados, e do conteúdo e resultado de decisões de segundo grau (e.g. Messeder e Osorio, 2005; Biehl, 2016; Pereira et al. 2007; Borges, 2007; Zucchi e Vieira, 2007; Marques e Dallari, 2007; Leite e Mafra, 2010; Romero, 2008; Vieira, 2008; Chieffi e Barata, 2009; Leite, et al, 2009; Chieffi e Barata, 2010; Wang e Ferraz, 2013).

Nota-se, contudo, que esses estudos não se pretendem representativos nacionalmente e tampouco permitem comparações de caráter regional. Além de inexistir um estudo de abrangência nacional sobre a judicialização da saúde, dadas as variações metodológicas e de recortes temporais utilizados, a literatura, em seu atual estágio, não permite a realização de uma meta-análise confiável, que possibilite um diagnóstico nacional da judicialização da saúde.

Em recente tentativa de realizar uma avaliação de maior abrangência, o Tribunal de Contas da União publicou acórdão analisando o impacto orçamentário das decisões judiciais em saúde[33]. Em razão de dificuldades relatadas no próprio relatório, o Tribunal apresentou dados somente para dois municípios (capital e mais um) de cada um de nove estados selecionados[34], analisando um período de menos de dois anos (1º de janeiro de 2013 a 30 de junho de 2015).

A ausência de trabalhos nacionais não permite testar a validade de evidências pontuais e anedóticas que indicam haver importante variabilidade regional e interpretativa sobre a judicialização da saúde. Se de um lado defensores argumentam que a judicialização amplia o acesso ao SUS às populações mais pobres e desatendidas pela política pública de saúde (Biehl et al. 2016; Diniz, et al, 2014, por exemplo), requerendo medicamentos e serviços que já compõem a lista básica de tratamentos garantidos pelo sistema; outros (Ferraz, 2011, Chieffi e Barata, 2009, por exemplo) argumentam que a judicialização cria uma nova porta de entrada ao SUS, que favorece os mais ricos e a indústria farmacêutica. Esses dois diagnósticos, contudo, não são necessariamente contraditórios, se houver variabilidade regional no que tange o fenômeno da judicialização. Considerada nacionalmente, pode ser perfeitamente possível que para alguns estados e regiões, ações judiciais sirvam a fins distintos. A presença de dados agregados nacionais, que construam um quadro sistemático e confiável do fenômeno, torna-se, portanto, uma necessidade para que pesquisas nesse campo avancem e contribuam para a construção de diagnósticos melhores da judicialização da saúde no Brasil.

A maior parte dos trabalhos sobre o tema analisa o momento de adjudicação das demandas, recorrendo apenas às bases de dados jurisprudenciais dos próprios tribunais analisados (Messeder & Osorio-de-Castro, 2005 analisam casos no Estado do Rio de Janeiro, enquanto Pereira et al., 2007 e Leite & Mafra 2010 focam no Estado de Santa Catarina; Chieffi & Barata, 2010 analisam o Estado de São Paulo). Ações que não chegam à segunda instância por perda de objeto, falta de recurso ou desistência das partes, ou decisões não disponibilizadas pelos próprios tribunais eletronicamente para busca por palavras-chave, sequer compõem o universo de análise.

Variações regionais dentro de um mesmo tribunal ou estado também são raramente exploradas pela literatura. Os trabalhos sobre judicialização da saúde existentes focam-se em dados como "tipo de representação" (se por advogados, defensores ou Ministério Público), provimento ou não das ações, e tipo de medicamento/tratamento demandado (comparando-os com as listas e protocolos do SUS) dentro de um estado ou uma comarca (muitos dos trabalhos analisam, por exemplo, somente as ações judiciais da capital do estado, ver, por exemplo, Zucchi e Vieira, 2007 e Leite et al, 2009), sem, no entanto, atentar para

33 Acesso em http://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm
34 Os municípios selecionados foram: Belo Horizonte/MG, Divinópolis/MG, Florianópolis/SC, Joinville/SC, Cuiabá/MT, Sinop/MT, Natal/RN, Mossoró/RN, Rio de Janeiro/RJ, Araruama/RJ, São Paulo/SP, São José do Rio Preto/SP, Porto Alegre/RS, Santa Maria/RS, Curitiba/PR, Londrina/PR e Santana/AP

eventuais diferenças de demandas de saúde dentro daquele tribunal ou estado, a depender, por exemplo, das deficiências em oferta de serviços já contemplados pelo SUS (IPEA, 2010, Souza et al, 2017).

Não só o SUS é um sistema idealmente responsivo a diferenças sociodemográficas e epidemiológicas regionais, como se estabelece como uma estrutura descentralizada e federativa, de modo que sua organização e gestão também são influenciadas pela capacidade de cada unidade federativa em organizar-se administrativamente e implementar os serviços de saúde de sua competência (Arretche, 2003). O sistema de justiça também assume variações regionais relevantes, tanto em termos de porte e estrutura de seus tribunais (CNJ, 2016), como de outros órgãos do sistema, como Ministério Público, procuradorias, defensorias e OAB.

A exame que se segue inicia-se pela análise de índice regional de judicialização da saúde, nos moldes do Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS), expresso por 10.000 habitantes, de modo a tornar o fenômeno comparável entre diferentes regiões do Brasil. Em um segundo momento, são apresentadas as diferenças regionais em algumas variáveis selecionadas. Parte dessa discussão antecipa aspectos tratados nas seções subsequentes, que tratam de hipóteses específicas, como o perfil da judicialização e aspectos da fundamentação da decisão. Nesta seção, esses aspectos são mencionados apenas para ilustrar as diferenças regionais identificadas.

As figuras a seguir mostram duas espécies de indicadores de intensidade de judicialização da saúde por tribunal e por ano, obtidos por meio de dados de gestão processual, dados demográficos e de judicialização em geral, constante no Relatório Justiça em Números. O primeiro indica o número de ações judiciais relativas à saúde em proporção à população da jurisdição (número de ações por 100 mil habitantes). Seu propósito é revelar a importância da litigância em saúde para uma determinada população O segundo indicador traz a proporção de casos relacionados à judicialização da saúde em relação ao total de processos que tramitaram no 1º grau, Juizados Especiais e Turmas Recursais. Este indicador revela o quão importante é a judicialização da saúde dentro do Judiciário.

Observa-se que há grande variabilidade entre tribunais, bem como, para os mesmos tribunais, ao longo do tempo. O Estado de São Paulo, muitas vezes referenciado como um espaço de elevada litigiosidade, tem um indicador médio ligeiramente inferior à média dos estados brasileiros que compõem a base de dados de saúde em 1ª instância: enquanto São Paulo apresenta cerca de 35 casos para cada 100 mil habitantes, a média é 36 casos a cada 100 mil habitantes. Este é um dado importante a ser destacado, pois contraria o senso comum, em parte construído pela própria literatura, de que alguns estados do Sul e Sudeste são os que apresentam maior judicialização. Em termos per capita, o índice regional de judicialização demonstra que não são estes os casos com maior volume de ações judiciais em saúde. Os cinco primeiros com maior índice são estados das regiões Centro-Oeste e Nordeste: Mato Grosso do Sul, Ceará, Rio Grande do Norte,

Mato Grosso e Pernambuco. São Paulo e Rio de Janeiro aparecem apenas em nono e décimo segundo lugares, respectivamente.

Outro fenômeno interessante são as diferenças na evolução da intensidade de judicialização da saúde ao longo do tempo. Embora em valores totais tenha havido um crescimento das ações judiciais nesse tema para o Brasil como um todo, em determinados estados houve queda acentuada, como é o caso, por exemplo, do Rio de Janeiro. Levanta-se aqui a hipótese de que os estados que experimentaram uma elevação desproporcional de casos tenham implementado ações voltadas ao equacionamento das causas da judicialização, seja na esfera administrativa, seja na esfera judicial (Figura 55 e Figura 56).

TJ	REGIÃO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	MÉDIA
TJMS	Centro-Oeste	2,16	28,62	47,95	79,28	112,40	154,45	148,61	211,90	214,70	111,12
TJCE	Nordeste	11,29	10,72	15,86	28,00	46,55	52,63	165,75	65,19	310,68	78,52
TJRN	Nordeste	44,38	66,47	78,75	76,95	74,51	82,47	72,13	77,64	116,68	76,67
TJPE	Nordeste	25,48	28,13	36,61	92,13	132,55	59,62	53,94	63,88	66,09	62,05
TJMT	Centro-Oeste	66,12	77,85	64,86	72,61	67,60	83,02	46,18	45,23	33,58	61,89
TJSC	Sul	3,76	6,21	7,68	14,08	29,69	67,80	102,80	121,37	175,73	58,79
TJAL	Nordeste	14,13	38,35	35,09	60,94	35,41	19,27	48,58	87,38	85,05	47,13
TJMA	Nordeste	34,16	62,50	62,51	51,20	34,66	37,79	31,66	32,18	34,44	42,34
TJSP	Sudeste	9,08	18,74	22,55	33,46	37,86	44,57	48,47	47,72	52,03	34,94
TJRO	Norte	0,00	11,53	14,34	36,41	71,23	17,61	25,73	0,17	0,00	19,67
TJTO	Norte	0,07	0,29	3,00	7,27	12,18	16,97	31,09	38,10	38,70	16,41
TJRJ	Sudeste	114,98	24,72	0,14	0,09	0,25	0,70	1,10	0,73	1,03	15,97
TJAC	Norte	0,00	0,41	1,21	5,80	14,94	27,46	21,78	31,47	32,06	15,01
TJDFT	Centro-Oeste	0,00	0,04	0,11	0,38	0,93	1,54	4,67	19,65	87,61	12,77
TJMG	Sudeste	1,92	3,20	3,86	5,84	8,92	9,64	10,87	17,26	26,26	9,75
TJPI	Nordeste	0,22	0,22	0,22	0,38	0,72	1,25	2,09	1,28	1,89	0,92
TJES	Sudeste	0,09	0,23	0,25	0,28	0,81	0,62	0,79	1,16	1,67	0,65
Total		**24,40**	**20,34**	**19,97**	**29,59**	**35,71**	**35,95**	**45,41**	**43,68**	**67,04**	**35,79**

Figura 55: Número de Processos Judiciais Relativos a Saúde (LAI)35 a cada 100mil Habitantes

Fonte: Elaboração própria com base em dados coletados (número de processos relativos a saúde por UF) e dados Justiça em Números (número de habitantes dividido por 100.000).

35 Como exposto anteriormente neste Relatório, foi solicitado aos tribunais que informassem todos os processos relativos à saúde em tramitação e já concluídos/arquivados, desde 1º de janeiro de 2008 até fevereiro de 2018.

TJ	REGIÃO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TJAC	Norte	0,000%	0,002%	0,005%	0,023%	0,060%	0,129%	0,098%	0,150%	0,145%
TJAL	Nordeste	0,070%	0,178%	0,170%	0,293%	0,179%	0,100%	0,260%	0,455%	0,399%
TJCE	Nordeste	0,071%	0,075%	0,109%	0,173%	0,274%	0,298%	1,000%	0,406%	1,927%
TJDF	Centro -Oeste	0,000%	0,000%	0,000%	0,001%	0,003%	0,005%	0,014%	0,055%	0,268%
TJES	Sudeste	0,000%	0,001%	0,001%	0,001%	0,002%	0,002%	0,002%	0,003%	0,005%
TJMA	Nordeste	0,668%	1,102%	0,617%	0,440%	0,252%	0,203%	0,162%	0,149%	0,151%
TJMG	Sudeste	0,009%	0,013%	0,016%	0,023%	0,035%	0,036%	0,042%	0,065%	0,101%
TJMS	Centro -Oeste	0,005%	0,079%	0,142%	0,230%	0,380%	0,593%	0,381%	0,528%	0,512%
TJMT	Centro -Oeste	0,226%	0,245%	0,191%	0,204%	0,180%	0,214%	0,110%	0,102%	0,076%
TJPE	Nordeste	0,081%	0,096%	0,131%	0,335%	0,531%	0,258%	0,220%	0,246%	0,250%
TJPI	Nordeste	0,002%	0,002%	0,002%	0,003%	0,004%	0,006%	0,011%	0,006%	0,009%
TJRJ	Sudeste	0,182%	0,043%	0,000%	0,000%	0,000%	0,001%	0,001%	0,001%	0,001%
TJRN	Nordeste	0,278%	0,454%	0,455%	0,388%	0,388%	0,387%	0,316%	0,319%	0,553%
TJRO	Norte	0,000%	0,045%	0,050%	0,121%	0,243%	0,061%	0,095%	0,001%	0,000%
TJSC	Sul	0,009%	0,015%	0,018%	0,032%	0,068%	0,161%	0,224%	0,220%	0,317%
TJSP	Sudeste	0,017%	0,035%	0,041%	0,059%	0,069%	0,082%	0,088%	0,086%	0,093%
TJTO	Norte	0,000%	0,001%	0,011%	0,026%	0,044%	0,064%	0,121%	0,138%	0,140%
Total		**0,065%**	**0,054%**	**0,051%**	**0,074%**	**0,088%**	**0,087%**	**0,108%**	**0,102%**	**0,155%**

Figura 56: Representatividade dos Processos Judiciais Relativos a Saúde (LAI) em relação ao total de processos de 1º grau, Juizados Especiais e Turmas Recursais

Fonte: Elaboração própria com base em dados coletados (número de processos relativos a saúde por UF) e dados Justiça em Números (número total de processos por UF).

A heterogeneidade regional manifesta-se também em variáveis específicas, revelando padrões complexos da distribuição regional dos processos judiciais na área da saúde. Nesta seção, algumas dessas variáveis são selecionadas para ilustrar o padrão de variabilidade regional.

Por meio de pesquisa booleana na base de acórdãos dos repositórios de jurisprudência foi possível identificar a proporção de ações coletivas e daquelas ações que, por seu conteúdo, seriam passíveis de classificação como coletivas, assunto que é aprofundado mais à frente. Por hora, é importante notar a grande variabilidade regional. Como se nota nas Figuras 22 e 23, apresentadas na seção 3, apenas 2,3% das ações são coletivas, de um total de 13% de ações que tratam de tema coletivos e, portanto, poderiam ser assim enquadradas. Há, contudo, grande variação entre regiões, com maior predomínio de ações coletivas na região Norte, sobretudo pela participação do Estado do Pará, e menor no Sul e no Sudeste. Essa diferença pode refletir diferenças de capacidade de representação privada ou via Defensoria pública.

Chama atenção também o fato de que alguns estados com elevado volume de judicialização apresentam números comparativamente baixos de ações coletivas em saúde, apontando um padrão distinto de judi-

cialização, marcadamente conduzido por advogados privados, como é o caso de São Paulo. Essa diferença entre maior ou menor casos de ações coletivas, assim como maior ou menor participação de advogados privados versus MP ou DP pode ser uma chave importante para a compreensão da disputa teórica travada acerca dos efeitos da judicialização. Conforme dito anteriormente, podem coexistir o efeito de reprodução das desigualdades em saúde por meio da judicialização ou o efeito da ampliação do acesso. Um ou outro efeito podem ser explicados, em cada contexto estadual, pelo maior ou menor volume de ações coletivas e/ou participação do MP e da DP – uma hipótese que ainda merece aprofundamento.

Outra diferença regional importante pode ser notada na pesquisa qualitativa, que identificou que a maior parte da judicialização de medicamentos no Pará correspondia a medicamentos incluídos na RENAME. Trata-se, portanto, de um recurso ao Judiciário para fazer cumprir a política pública, já estabelecida levando-se em consideração o uso de recursos escassos por parte da administração pública. Essa judicialização difere da observada com maior frequência em São Paulo, em que o pleito muitas vezes solicita procedimentos ou medicamentos não previstos no SUS ou no rol da ANS.

4.2. ACESSO À JUSTIÇA E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A literatura sobre judicialização da saúde também levanta questões relacionadas ao acesso à justiça e eventuais efeitos de regressividade que poderiam advir de assimetrias que os diversos atores sociais poderiam se defrontar nas condições de acesso. Esta hipótese pode ser assim formulada: "Os mecanismos voltados à ampliação do acesso à justiça refletem-se no perfil das demandas judiciais em casos de saúde."

Para se investigar este tema foram feitos dois exercícios complementares. O primeiro investiga a judicialização referente à saúde suplementar, que cobre apenas 25% da população, notadamente os mais ricos, em comparação com a judicialização da saúde pública. O segundo exercício trata da representação processual de demandantes. A representação via defensores públicos ou advogados privados funcionaria como uma proxy da posição socioeconômica dos demandantes, caracterizando o fenômeno ora como regressivo, ora como progressivo em relação à distribuição social dos recursos disponíveis ao SUS.

Uma controvérsia bastante relevante na literatura refere-se à classificação das demandas judiciais de acordo com os seguintes tipos: se contra o SUS, a Saúde Suplementar, ou agências e autoridades regulatórias (ANS, ANVISA e CONITEC). Tomando-se por referência a maior parte da literatura sobre o tema de judicialização da saúde (e.g. Dallari-Bucci e Duarte, 2017; Ferraz, 2009; Ramalho, 2016; Wang, 2015), a maior atenção recai sobre a saúde pública, com um reconhecimento tácito de que a litigância é predominante no setor público ou que, ao menos, estaria nesse segmento a maior relevância e impacto da judicialização.

Esta seção, por meio dos dados de gestão processual apresentados na seção 3.1., faz uma avaliação da relevância relativa da judicialização em casos de saúde suplementar e em casos relativos ao SUS. O emprego dos dados de gestão processual é mais adequado para esta finalidade por representar o total de casos registrados em cada tribunal, servindo-se ao propósito de uma comparação desses dois tipos objetos, identificáveis a partir da categoria de assuntos, reportada pelo próprio tribunal de acordo com a classificação padronizada pelo CNJ.

A análise está separada em 1ª e 2ª instância, com a finalidade de identificar padrões distintos de estratégia recursal. A primeira parte desta análise dedica-se a identificar padrões regionais, conforme se depreende da Figura 57 e da Figura 58. Nota-se uma grande variabilidade regional, com regiões que não apresentam casos relacionados à saúde suplementar, enquanto em outras a proporção do setor público é consideravelmente mais baixa. Não se pode descartar, conforme já dito na seção 2, que haja erros de classificação nos dados de gestão processual, visto que são muitas vezes feitos por assistentes pouco qualificados e sem a adequada supervisão.

Abstraindo-se esta limitação potencial, segue da análise dos dados que há uma relação negativa esperada entre o grau de cobertura dos planos de saúde suplementar, uma variável com forte heterogeneidade regional, e a proporção dos casos relativos ao SUS. Distrito Federal, São Paulo, Ceará e Pernambuco aparecem como os estados com maior litigância relativa em saúde suplementar e apresentam elevada cobertura de planos de saúde. Uma exceção que merece investigação mais aprofundada é o caso de Rondônia, com elevada proporção de litigância no setor suplementar. Outro caso atípico é o do Rio de Janeiro, mas que pode eventualmente ser explicado pela elevada crise fiscal, que compromete já há mais de quatro anos a qualidade e cobertura da saúde pública, justificando-se, assim, o elevado grau de participação de casos relativos ao sistema público.

Padrão semelhante é observado na segunda instância (Figura 58), com uma importante diferença que revela diferentes estratégias recursais. De um modo geral, nota-se uma maior participação do setor público na judicialização em 2ª instância, o que sugere que vários casos relacionados à saúde suplementar não são objeto de recurso após a decisão em 1ª instância.

Esse resultado é coerente com a conduta no setor público de sempre recorrer das decisões judiciais em que é parte perdedora, mesmo que a probabilidade de sucesso do recurso seja muito baixa e que os custos de litigância superem os seus benefícios esperados. Essa espécie de cálculo é mais comum na litigância por partes privadas, como é o caso de planos de saúde. Possivelmente, diante da baixa probabilidade de reversão de decisões judiciais de 1ª instância e do fato de que várias demandas na área de saúde tornam-se fatos consumados e irreversíveis a partir da prestação do serviço de assistência à saúde em caráter liminar, os prestadores de serviço da saúde suplementar parecem recorrer menos do que aqueles do sistema público (Figura 57 e Figura 58).

	SUPLEMENTAR	PÚBLICO	% PÚBLICO	TOTAL
TJAC	451	659	59%	**1110**
TJAL	2.404	12113	83%	**14.517**
TJCE	53.729	11757	18%	**65.486**
TJDF	3083	402	12%	**3.485**
TJES	0	232	100%	**232**
TJMA	0	26.872	100%	**26.872**
TJMG	14.032	4.624	25%	**18.656**
TJMS	9.874	18.466	65%	**28.340**
TJPE	46.390	6.405	12%	**52.795**
TJPI	0	266	100%	**266**
TJRJ	27.827	32.113	54%	**59.940**
TJRO	2.717	265	9%	**2982**
TJSC	16.281	21.222	57%	**37.503**
TJSP	121.847	20.410	14%	**142.257**
TJTO	867	1.559	64%	**2.426**

Figura 57: Distribuição regional de processos judiciais em 1ª instância

Fonte: Elaboração Própria.

	SUPLEMENTAR	PÚBLICO	% PÚBLICO	TOTAL
TJAC	164	532	76%	**696**
TJAL	438	6.172	93%	**6.610**
TJCE	28.757	12.927	31%	**41.684**
TJES	0	972	100%	**972**
TJMA	0	3.255	100%	**3.255**
TJMG	10.472	50.875	83%	**61.347**
TJMS	4.043	12.243	75%	**16.286**
TJMT	0	8.528	100%	**8.528**
TJPE	17.398	8771	34%	**26.169**
TJPI	0	343	100%	**343**
TJRJ	40.714	53.950	57%	**94.664**
TJRO	309	83	21%	**392**
TJSC	0	14626	100%	**14.626**
TJTO	293	454	61%	**747**

Figura 58: Distribuição regional de processos judiciais em 2ª instância

Fonte: Elaboração Própria.

Os dados de gestão processual também permitem uma análise da evolução no tempo dos tipos de judicialização – relativa ao sistema público ou à saúde suplementar. Dada a ocorrência de flutuações anuais idiossincráticas, para a finalidade de se avaliar tendências temporais, optou-se pela visualização dos dados em um gráfico por meio de médias móveis trienais, que tem a propriedade de suavizar as idiossincrasias anuais.

Nota-se, na Figura 59, a evolução da distribuição de processos judiciais para as modalidades de sistema público e saúde suplementar em primeira instância. Duas conclusões saltam aos olhos. Primeiro, a judicialização da saúde é crescente nos dois sistemas. Ainda que tenham experimentado uma leve queda no final dos anos 2000, observa-se uma elevação relevante e consistente ao longo da presente década. O segundo ponto a ser destacado é a maior relevância do setor privado, relevância esta também crescente ao longo do tempo. Há evidências, portanto, para contestar a visão predominante na literatura de forte dominância de demandas judiciais relativas ao sistema público.

Essa regularidade observada em 1ª instância é diametralmente oposta à verificada em 2ª instância, como se nota na Figura 60. Nela se observa uma predominância do setor público e sua importância relativa crescente, exatamente o oposto do observado para 1ª instância. Esses resultados são, apesar de conflitantes, mais uma vez consistentes com a hipótese de que o setor público tende a recorrer com maior frequência nos casos em que perde em 1ª instância. Nota-se, também, que parece haver um aprendizado do setor privado em antecipar as decisões em 2ª instância, de tal modo que não se nota sequer um crescimento da judicialização em saúde suplementar quando se observa apenas a instância recursal.

Como a maior parte das pesquisas utiliza das de decisões de 2ª instância, por serem acessadas com maior facilidade, isso pode estar induzindo os pesquisadores a concluir pela maior importância relativa das demandas contra o poder público, sem estarem ainda cientes de que as diferenças nas estratégias recursais entre os réus público e privado podem gerar um importante viés na proporção dos casos que se observa em 2ª instância.

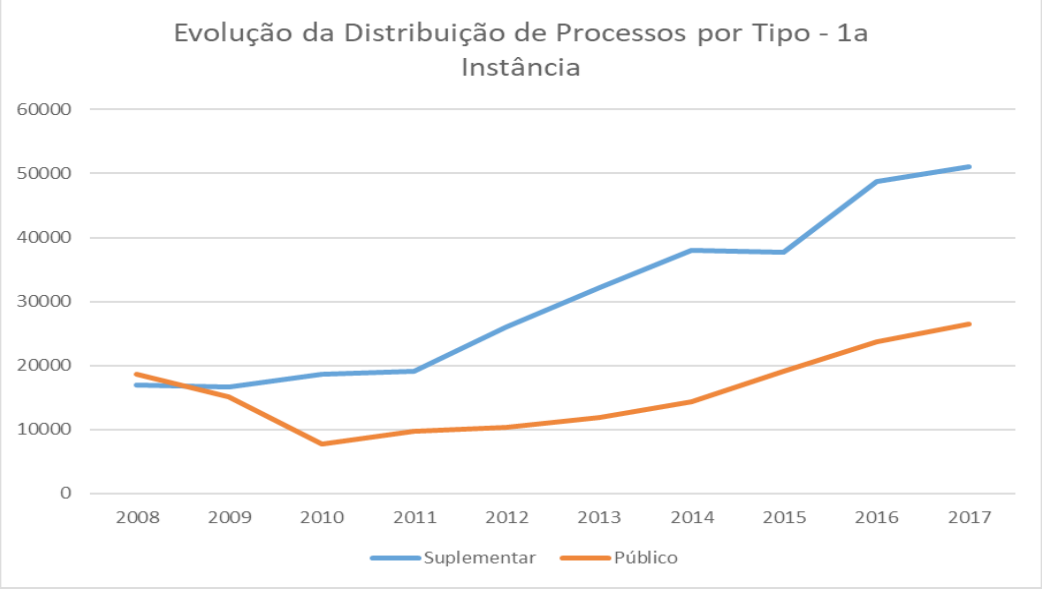

Figura 59: Evolução da Distribuição de Processos por Tipo 1ª Instância

Fonte: Elaboração Própria.

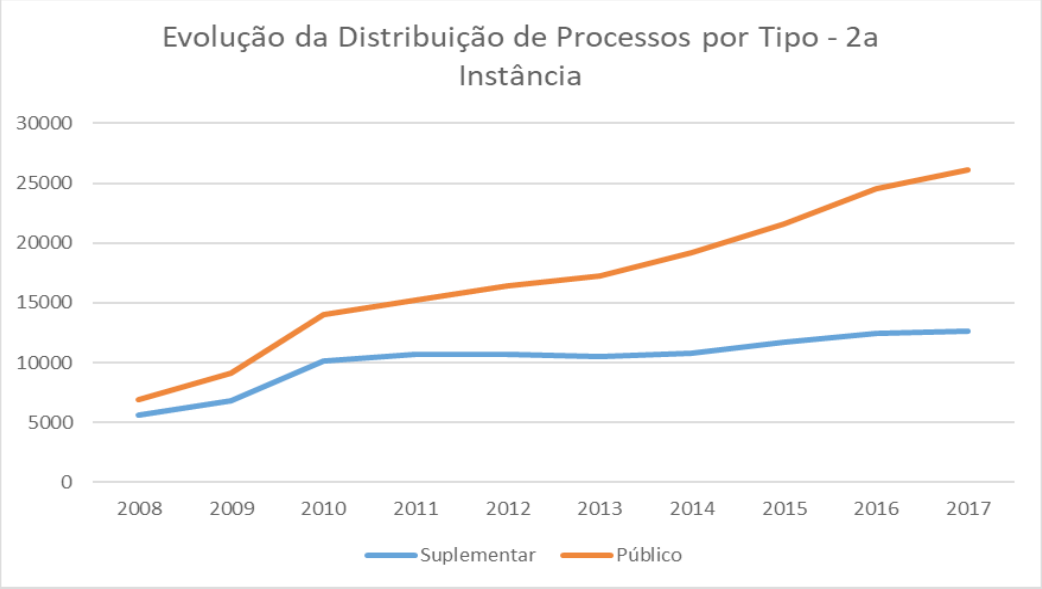

Figura 60: Evolução da Distribuição de Processos por Tipo – 2ª Instância

Fonte: Elaboração Própria.

Um modo alternativo de verificar a eventual regressividade da judicialização são as demandas por medicamentos. Alguns dos dados apresentados anteriormente sugerem que tal afirmação é parcialmente verdadeira, dado o considerável volume de ações por leitos, internações e insumos. No entanto, quando fazemos uma abordagem mais precisa do ponto de vista quantitativo, percebemos que esta hipótese se confirmou com os dados coletados.

O conjunto analisado de decisões em segunda instância é formado por 164.587 casos. Excluindo-se aqueles casos que foram identificados tanto como públicos quanto como privados, tem-se um universo de 132.923 casos, dos quais 91.904 correspondem a demandas por medicamentos contra entidades públicas. Neste universo, 83.198 são demandas por medicamentos, totalizando 91% das demandas. Em outras palavras, quando desagregados os dados em público e privado, percebemos que, no que se refere à judicialização contra o SUS, os medicamentos são responsáveis por grande maioria das demandas.[36]

A Figura 61 a seguir apresenta esse caminho e aponta para o alto percentual de ações por medicamentos.

CONJUNTO	TOTAL DE AÇÕES
Processos em segunda instância	164.587
Processos em segunda instância sem coincidência entre público e privado	132.923
Processos públicos entre os processos em segunda instância sem coincidência entre público e privado	91.904
Processos que envolvem demandas por medicamentos entre os processos públicos entre os processos em segunda instância sem coincidência entre público e privado (demandas por medicamentos no SUS)	83.198

Figura 61: Filtragem de ações públicas com demandas por medicamentos

Fonte: Elaboração Própria.

Finalmente, pode-se analisar a presença de elementos que indicam hipossuficiência econômica no conjunto das ações estudadas. As Figura 32 e 33, na seção 3, apresentaram essas informações. Nelas se nota que menos de 1% dos casos mencionam justiça gratuita e termos variantes, havendo uma maior incidência de Defensoria Pública, principalmente na região Sul, e menções à hipossuficiência ou à insuficiência de renda. A presença dessas referências, ainda que relevante, é ainda bastante inferior ao que se esperaria dada a elevada concentração de renda no Brasil. Dado que a mediana de renda familiar per capita do brasileiro não permite o pagamento de serviços jurídicos, presume-se que há algum grau de regressividade na judicialização da saúde.

36 Deve-se alertar que a base de dados de acórdãos aqui utilizada, extraída dos repositórios de jurisprudência dos tribunais estaduais e federais, não se presta para uma análise do número total de processos, mas apenas das características das decisões judiciais.

4.3. DEMANDAS INDIVIDUAIS OU COLETIVAS?

Um apontamento comum na literatura sobre judicialização da saúde é a diferença de tratamento e sucesso de ações individuais em relação às coletivas (Wang, 2009). Tribunais e juízes estariam mais dispostos a decidir casos individuais de forma favorável que a realizar reformas estruturais sobre a política pública de saúde via ações coletivas. Este fator serviria como incentivo para que demandantes não se valham de mecanismos processuais mais abrangentes para propor demandas, atuando judicialmente de forma atomizada e individualizada, gerando um processo de subjetivação do direito à saúde.

Esta pesquisa se propõe a testar esta hipótese de forma mais abrangente, tanto analisando a presença ou sucesso de demandas coletivas em relação às individuais, como buscando testar os efeitos do artigo 139, X do novo Código de Processo Civil, que faculta a juízes oficiar legitimados a propor ações coletivas no caso de demandas repetitivas. Para tanto, a análise se divide em duas partes. A primeira investiga algumas características descritivas das ações coletivas e seus resultados, procurando identificar diferenças regionais e entre instâncias. A segunda procura testar a hipótese de que juízes tenderiam a ser mais favoráveis ao demandante em ações individuais, utilizando, para tanto, um modelo probit, em que se avalia a probabilidade de sucesso da demanda em função das características do caso.

Em primeiro lugar apresentamos o número e porcentagem de casos de ações coletivas no banco de dados, o que inclui: ação civil pública, mandado de segurança coletivo, ação popular. Em seguida, analisamos a porcentagem de ações coletivas que foram deferidas ou indeferidas (tutela antecipada).

Considerando os pedidos de tutela antecipada, temos os seguintes dados a partir da extração (Figura 62) realizada na parte quantitativa da pesquisa (excluindo o banco de ações via LAI):

TRIBUNAL	Nº CASOS TJ	Nº CASOS AÇÕES COLETIVAS	% AÇÕES COLETIVAS
TJAC	98	8	8,16%
TJAL	4.269	528	12,37%
TJAM	1.358	12	0,88%
TJCE	67	2	2,99%
TJGO	4	0	0,00%
TJMT	833	13	1,56%
TJPB	123	-	-
TJPE	7.933	121	1,53%
TJPI	411	6	1,46%
TJRN	3.120	32	1,03%
TJRR	50	0	0,00%
TJSC	6.271	353	5,63%
TJSE	2	-	-
TJSP	5.301	42	0,79%
TJTO	212	8	3,77%
TJTRF1	95	-	-
TJTRF3	822	-	-
TJTRF4	125	-	-
Total	**31.094**	**1126**	**3,62%**

Figura 62: Casos de tutela antecipada

Fonte: Elaboração Própria.

Por este pode-se perceber que, de fato, apenas uma pequena parcela das ações que compõem o banco são ações coletivas: 3,62% das ações citam os termos "ação coletiva", "ação civil pública" ou mandado de segurança coletivo".

Sobre a primeira instância (Figura 63), temos dados apenas para São Paulo:

	Nº CASOS NO TJ	Nº CASOS AÇÕES COLETIVAS	% AÇÕES COLETIVAS
TJSP	107.497	3.341	3,11%

Figura 63: Casos da 1º instância para o TJSP

Fonte: Elaboração Própria.

Em São Paulo, o maior Tribunal de Justiça do país, 3,11% das ações apresentam o termo "coletiva", demonstrando que daquelas que chegam à primeira instância, apenas uma parcela muito pequena pode ser enquadrada como "ação coletiva".

Para a segunda instância, (Figura 64) temos os seguintes dados de ações coletivas:

TRIBUNAL	Nº CASOS NO TJ	Nº CASOS AÇÕES COLETIVAS	% AÇÕES COLETIVAS
TJAC	384	4	1,04%
TJAL	1.519	4	0,26%
TJAM	261	4	1,53%
TJBA	356	18	5,06%
TJCE	1.273	1	0,08%
TJDF	3.193	14	0,44%
TJES	1.008	0	0,00%
TJMG	583	53	9,09%
TJMS	4.630	6	0,13%
TJMT	399	63	15,79%
TJPA	1.656	425	25,66%
TJPB	1.837	160	8,71%
TJPI	33	0	0,00%
TJPR	9.193	33	0,36%
TJRJ	5.502	7	0,13%
TJRN	2.364	144	6,09%
TJRO	44	8	18,18%
TJRR	21	0	0,00%
TJRS	33.131	146	0,44%
TJSC	1.102	72	6,53%
TJSP	80.355	2.298	2,86%
TRF1	9	0	0,00%
TRF4	15.731	404	2,57%
TRF5	3	0	0,00%
Total	**164587**	**3868**	**2,35%**

Figura 64: Casos da 2º instância, por tribunal

Fonte: Elaboração Própria.

No total, apenas 2,35% dos casos contam com os termos "ação coletiva", "ação civil pública" ou mandado de segurança coletivo", sendo este um bom indicativo do baixo número de ações coletivas no número de ações que compõem o banco de dados.

Todavia, alguns casos chamam a atenção quando analisamos a variação estadual; Mato Grosso, Pará e Rondônia, que contam com elevado percentual de ações coletivas, quando comparados com os demais estados: 15,79%, 25,66% e 18,18%, respectivamente.

Esses dados demonstram que a presença de ações coletivas é bastante baixo, no geral, seja nas tutelas antecipadas, ações na primeira ou na segunda instância. Mas isso não é suficiente para testar a hipótese de que ações coletivas têm menores chances de sucesso do que as individuais. Para isso, são necessários dois passos iniciais: a geração de variável que indica o sucesso das ações judiciais e a identificação de um grupo de controle apropriado para a comparação com as ações coletivas já identificadas.

Por meio da busca de expressões regulares, é possível classificar as ações de primeira instância como "procedente, parcialmente procedente, improcedente ou extinto". As ações de segunda instância podem ser classificadas como "provido, parcialmente provido, negado, não conhecido". Esta informação, contudo, não é útil para o nosso propósito pois não é possível identificar com segurança quem recorreu para a segunda instância e, portanto, se a decisão foi a favor ou contra o demandante inicial. Por esse motivo, a análise que se segue restringe-se às decisões de primeira instância, em que é possível identificar pela classificação acima o sucesso ou não da demanda judicial.

A partir desses dados, foi gerada uma variável binária que atribui valor '1' para os casos em que o pedido foi procedente ou parcialmente procedente e valor '0' para os casos em que foi improcedente, sendo excluídos da amostra os poucos casos em que a ação foi extinta ou não foi possível classificá-la. Para fins de análise de robustez, foi também gerada uma variável binária que atribui valor '1' apenas para os casos procedentes, e '0' para os demais. Como grupo de comparação com as ações coletivas é desejável que sejam ações que guardem semelhança em suas características fundamentais (i.e. tipo de pedido e características do caso real), mas que difiram apenas por não serem formalmente enquadradas como ações coletivas.

A mera comparação de ações individuais com ações coletivas poderia ignorar que há diversas características do caso real que poderiam afetar a probabilidade de sucesso que não o seu enquadramento como uma ação coletiva. Para identificar esse conjunto, foram mais uma vez utilizadas expressões regulares que indicavam características de uma ação coletiva na fundamentação da decisão, por meio de termos "coletivo" ou "difuso". Em seguida, foram classificados os casos em que a fundamentação revelava características de uma ação coletiva (classificadas no dicionário de pesquisa booleana, no apêndice deste relatório, como 'coletiva fundamentação') e que não eram formalmente ações coletivas (classificadas como 'coletiva relató-

rio'). A análise que se segue, portanto, compara ações coletivas com ações que poderiam ser enquadradas como coletivas pelo seu conteúdo, mas foram formalizadas como ações individuais.

Além disso, foram utilizadas variáveis de controle, como hipossuficiência, se o caso era sobre saúde pública, se foi representado pela Defensoria Pública ('representação'), bem como variáveis para captar a tendência anual ('ano') e idiossincrasias de cada ano ('dummies de ano').

Essas variáveis permitiram a estimação de um modelo probit, que estima a probabilidade de ocorrência de um determinado evento (no caso, a probabilidade de a decisão judicial ser favorável ou parcialmente favorável ao demandante) em função da variável de interesse (ações coletivas) e das variáveis de controle. A figura a seguir apresenta os resultados dessa regressão para diferentes especificações do modelo, em que se acrescentam as variáveis de controle.

		VARIÁVEL DEPENDENTE - TOTAL PROCEDENTE (PROCEDENTE PARCIAL E PROCEDENTE TOTAL)			
		MODELO 1	**MODELO 2**	**MODELO 3**	**MODELO 4**
Coletiva Relatório	Probit	1,001295 (0,0656123)	0,9937288 (0,0655269)	0,7343413 (0,0697088)	0,748715 (0,0699597)
	Efeito Marginal	0,0877871 (0,0032068)	0,0872029 (0,0032257)	0,0691997 (0,0041133)	0,0698636 (0,0040727)
Representação	Probit	-	0,7080988 (0,1094851)	0,517816 (0,1153367)	0,5308052 (0,1163614)
	Efeito Marginal	-	0,0649115 (0,0055066)	0,0516823 (0,007793)	0,0523328 (0,0076968)
Ano	Probit	-	-0,0307197 (0,0089871)	-0,0319994 (0,0090635)	-0,1886376 (0,0616561)
	Efeito Marginal	-	-0,0044388 (0,0012995)	-0,0043752 (0,0012401)	-0,0256356 (0,0083794)
Hipossuficiência	Probit	-	-	0,6359561 (0,0479361)	0,6336328 (0,0482202)
	Efeito Marginal	-	-	0,0678102 (0,0038471)	0,067258 (0,0038586)
Público	Probit	-	-	0,4497556 (0,0318889)	0,4300892 (0,0322485)
	Efeito Marginal	-	-	0,0635884 (0,004685)	0,0602798 (0,00468)
Dummys Ano		Não	Não	Não	Sim
Constante		1,288378 (0,0150471)	63,14791 (18,10344	65,41418 (18,25757)	381,1757 (124,3173)

Figura 65: Modelo Probit: probabilidade de resultado favorável ao demandante

Fonte: Elaboração Própria.

Os resultados desafiam a visão predominante na literatura, segundo a qual os juízes tenderiam a ser mais favoráveis às ações individuais. Ao contrário, o fato de uma ação ser coletiva está associado a uma

maior probabilidade de decisão favorável ao demandante (um acréscimo de aproximadamente 7% de probabilidade de sucesso) e esse resultado é bastante robusto para todas as especificações do modelo.

É interessante notar alguns resultados referentes às variáveis de controle, que, embora não sejam o ponto central desta seção, ajudam a informar sobre o tema geral de judicialização da saúde. Os casos que são representados pela Defensoria Pública, em que a parte é enquadrada como hipossuficiente e que versem sobre o tema de saúde pública também estão associados, como seria de se esperar, a uma maior probabilidade de sucesso por parte do demandante. Finalmente, nota-se que a probabilidade de sucesso das demandas judiciais na primeira instância de São Paulo vem caindo com o passar dos anos, como se nota no coeficiente associado à variável 'ano'. É difícil imputar uma causa para esse resultado, mas não se pode descartar que esforços relacionados à conscientização de magistrados para o problema da judicialização da saúde estejam já produzindo efeitos, de modo que as decisões sejam um pouco mais parcimoniosas no provimento das demandas judiciais em saúde.

Retornando a hipótese que orienta esta seção, é de se questionar o porquê de ações coletivas estarem associadas a uma maior probabilidade de sucesso das demandas judiciais, ao contrário do que arguido pela literatura. Uma explicação alternativa plausível, a partir dos dados encontrados, é que atualmente as ações coletivas são mais raras e só são ajuizadas quando os atores que a iniciam conhecem sua adequação ao caso e suas chances de sucesso – enfim, as ações coletivas estariam sendo utilizadas com mais parcimônia, nos casos para os quais realmente são necessárias. Esta é, no entanto, uma hipótese a ser investigada com dados mais precisos quanto à classificação entre ações individuais e coletivas.

Uma segunda hipótese é a de que estas ações, apesar de denominadas "coletivas", promovem interesses individuais. Esta hipótese é consistente com um dos principais achados de pesquisa também promovida pelo CNJ no âmbito do projeto Justiça Pesquisa. Como explica a pesquisa olhando para ações coletivas especificamente no tema "saúde": "Estas ações civis públicas foram predominantemente propostas pelo Ministério Público em nome de um interesse individual, requerendo medicamentos e insumos ao SUS. Estas ações em geral são julgadas contra o Estado e em favor do demandante, mas sem consequências estruturais como reforma da política de saúde ou incorporação massiva de alguma tecnologia de saúde no âmbito de produtos disponibilizado pela assistência farmacêutica do SUS." (CNJ, 2017).

Finalmente, é possível que o grau de deferência do juiz com relação ao Ministério Público, em geral os representantes em ações coletivas, seja maior do que em relação a advogados individuais, o que poderia também explicar a maior probabilidade de sucesso observada em ações coletivas. Contudo, mais uma vez é necessário alertar para a insuficiência de estudos para uma resposta mais categórica a esse respeito. Em particular, os dados aqui utilizados restringem-se aos da primeira instância do Estado de São Paulo, o único para o qual contávamos com decisões de primeira instância e sem as complexidades computacionais que se

apresentaram para a utilização da base de Diários Oficiais da Justiça. Com o desenvolvimento das técnicas iniciadas nessa pesquisa, será possível uma análise mais abrangente no futuro próximo.

Por fim, é importante ressaltar o baixo número de ações coletivas, quando comparado ao das individuais, com exceção para os casos anteriormente apontados. Este nos permite afirmar que a judicialização da saúde se dá, atualmente, muito mais pela via individual do que pela coletiva.

4.4. EFICÁCIA DOS MECANISMOS DE QUALIFICAÇÃO DE DECISÕES ADMINISTRATIVAS E JUDICIAIS: NATS E CONITEC

Uma das expectativas presentes na literatura em geral é a de que juízes e tribunais rejeitem ou não citem evidências técnicas, especialmente aquelas relacionadas a incorporação de medicamentos e insumos pelo SUS. A criação dos NATs e da Conitec se deu diante desta necessidade. O CNJ recomendou a criação dos NATs em 2011 e instituiu a obrigatoriedade destes núcleos em todos os Estados em 2016 (Resolução CNJ n. 238/2016; Vasconcelos, 2018). A experiência varia de estado a estado, mas em geral os NATs servem para orientar magistrados, quer emitindo notas técnicas quer provendo juízes de orientações caso a caso.

A Conitec é uma iniciativa diferente dos NATs. Criada também em 2011, é parte de uma tentativa do Ministério da Saúde em tornar as decisões por incorporações de novas tecnologias ao SUS mais transparente e responsiva a diferentes atores – pacientes, médicos, indústria farmacêutica e gestores (Wang, 2015).

Procuramos mapear as citações a NATs ou Conitec nas decisões de tribunais em segunda instância, esperando que este mapeamento servisse como uma proxy da própria abertura ou não da magistratura a elementos técnicos não jurídicos. Como nos demais casos, a frequência destas referências foi operacionalizada pela citação nas decisões judicias das palavras "Núcleo de Apoio Técnico" "NAT" e "NAT-Jus"; "CONITEC", "Comissao Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS", "Camara Tecnica do Ministerio da Saude" e "Lei n. 12.401". Referidas frequências são apresentadas na Figura 66 e na Figura 67 abaixo:

	NAT (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)	TOTAL
AC	3	0,78%	384
AL	0	0	1.519
AM	0	0	261
BA	1	0,28%	356
CE	0	0	1.273
DF	0	0	3.193
ES	11	1,09%	1.008
MG	0	0	583
MS	151	3,26%	4.630
MT	72	18,05%	399
PA	1	0,06%	1.656
PB	0	0	1.837
PI	0	0	33
PR	27	0,29%	9.193
RJ	153	2,78%	5.502
RN	0	0	2.364
RO	0	0	44
RR	0	0	21
RS	0	0	33.131
SC	4	0,36%	1.102
SP	8	0,01%	80.355
TRF1	0	0	9
TRF4	80	0,51%	15.731
TRF5	0	0	3
Total	**511**	**0,31%**	**164.587**

Figura 66: Decisões de 2ª instância que citam NAT

Fonte: Elaboração Própria, com bases nos dados coletados nos repositórios de jurisprudência disponíveis nos sites dos tribunais.

	CONITEC (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)	TOTAL
AC	0	0	384
AL	0	0	1.519
AM	0	0	261
BA	5	1,4%	356
CE	0	0	1.273
DF	0	0	3.193
ES	0	0	1.008
MG	0	0	583
MS	1	0,02%	4.630
MT	2	0.5	399
PA	8	0,48%	1.656
PB	0	0	1.837
PI	0	0	33
PR	13	0,14%	9.193
RJ	17	0,31%	5.502
RN	0	0	2.364
RO	5	11,36%	44
RR	0	0	21
RS	635	1,92%	33.131
SC	0	0	1.102
SP	72	0,09%	80.355
TRF1	0	0	9
TRF4	359	2,28%	15.731
TRF5	0	0	3
Total	**1.117**	**0,68%**	**164.587**

Figura 67: Decisões de 2ª instância que citam CONITEC

Fonte: Elaboração Própria, com bases nos dados coletados nos repositórios de jurisprudência disponíveis nos sites dos tribunais.

Como pode ser observado nas tabelas acima, em todos os estados e instâncias o NAT é mais referido por juízes que a CONITEC, o que pode indicar não só um menor conhecimento dos magistrados sobre a própria política de incorporação de tecnologias, como uma confiança maior dos juízes na competência dos técnicos do NAT para discutir a política de saúde – magistrados preferem referir-se ao NAT que apostar em seus próprios conhecimentos sobre o SUS.

Em São Paulo é interessante perceber que o NAT é citado em 0,1% das decisões (9 decisões). O estado ainda tem uma experiência incipiente com o núcleo, que até o momento atendia apenas a saúde suplemen-

tar e fora acionado em raros casos. Ademais, o novo formato do núcleo (discutido no relatório qualitativo) ainda não foi posto em prática pelo TJSP. Dessa forma, a referência ao NAT pode estar vinculada a referências gerais de juízes a própria política do CNJ no âmbito do Fórum Nacional da Saúde, sem referência a atuação particular do NAT no estado.

O mesmo pode estar ocorrendo em outros estados que possuem NATs ainda muito jovens, apesar da primeira recomendação do CNJ para sua criação ser de 2011. É o caso do TJDFT, como vimos também na parte qualitativa, em que nenhuma decisão faz referência ao núcleo. Dentre os estados analisados na porção qualitativa desta pesquisa, apenas citam o NAT o TJBA e o TJPA cada um em uma decisão. Os estados que mais citam o NAT são aqueles que instalaram o núcleo há mais tempo. Este é o caso do Rio de Janeiro, que, de longe, é o que mais faz referência a esta iniciativa – 2,7% das decisões, onde o núcleo foi instalado em 2012 e inspirou a iniciativa dentro do próprio CNJ. O Rio de Janeiro também é o estado em que o NAT se encontra mais desenvolvido (Vasconcelos, 2018). Também se destacam os Estados do Mato Grosso do Sul – 3,56% (151 decisões), onde o núcleo opera desde 2017 e possui um relativo grau de institucionalização[37]; e Mato Grosso – 18,05% (72 decisões), em operação desde ao menos 2011[38].

Quanto a CONITEC, os resultados são consistentes com as expectativas da literatura (Wang, 2015; Silva et al, 2012). Mesmo em São Paulo, estado que ainda registra os maiores índices de casos novos ajuizados todos os anos, apenas 72 das mais de 80 mil decisões analisadas fazem referência expressa à Comissão. O tribunal que mais faz referência ao órgão é o TRF4, com 359 ou 2,28% de suas decisões. Isso indica que na região Sul a Justiça Federal pode estar mais especializada (citando NATs e CONITEC) do que nas duas outras regiões, dado o grande volume de casos que advêm especialmente do Rio Grande do Sul.

4.5. IMPACTOS DAS JORNADAS DE DIREITO DA SAÚDE E SEUS ENUNCIADOS NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O Conselho Nacional de Justiça criou por via da Resolução CNJ n. 107, de 6 de abril de 2010, o Fórum Nacional do Judiciário para Saúde, iniciativa que tem como objetivo monitorar e formular propostas para o alto número de processos judiciais envolvendo questões de saúde pública e privada. Dentre as iniciativas do Fórum, destacam-se as duas Jornadas de Direito da Saúde, que aconteceram nos anos de 2014 e de 2015. As jornadas tiveram por objetivo a formulação de enunciados interpretativos para orientar os magistrados em decisões que envolvam a temática da saúde. A primeira jornada aprovou 45 enunciados, enquanto a segunda, 22, nas temáticas de Saúde Pública, Saúde Suplementar e Biodireito.

37 Conferir: https://www.tjms.jus.br/nat/ (Acesso em: 11 de novembro de 2018.

38 Conferir: http://www.saude.mt.gov.br/noticia/3017 (Acesso em: 11 de novembro de 2018.

Uma questão de interesse para a compreensão do estudo da judicialização da saúde é o quanto os magistrados fundamentam suas decisões em enunciados do CNJ aplicáveis. Foi utilizada a seguinte sintaxe de busca booleana na base de dados do projeto:

("enunciados" OR "enunciado") AND ("jornadas de saúde" OR "jornadas de direito da saúde" OR "jornadas de direito à saúde" OR "jornada de saúde" OR "jornada de direito da saúde" OR "jornada de direito à saúde" OR "saúde")

Ainda que a escolha dos termos possa apresentar limitações metodológicas, tais resultados funcionam ao menos como um índice do quanto os enunciados estão sendo mencionados em decisões judiciais. Os resultados indicam que em primeira instância foram mencionados 19 vezes em 107.497 decisões e em segunda instância 2 vezes em 82.233 decisões. Os achados são estatisticamente irrelevantes e sugerem que há pouca utilização dos enunciados interpretativos do CNJ.

Por outro lado, se fizermos a busca na base de dados com base nos temas e/ou termos que constam nos enunciados, os resultados passam a ser significativos. Nesse sentido, foram realizados alguns testes com enunciados que tratam de temas recorrentes. Por exemplo, o Enunciado n. 15 foi aprovado com a seguinte grafia:

> "As prescrições médicas devem consignar o tratamento necessário ou o medicamento indicado, contendo a sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), o seu princípio ativo, seguido, quando pertinente, do nome de referência da substância, posologia, modo de administração e período de tempo do tratamento e, em caso de prescrição diversa daquela expressamente informada por seu fabricante, a justificativa técnica."

Esse enunciado lida com a questão da prescrição médica, um dos elementos essenciais de demandas judiciais por tecnologias de saúde, especialmente medicamentos. O termo prescrição médica é citado com frequência crescente em decisões judiciais, desde 2002, o que indica a relevância da temática do enunciado.

ANO	NÚMERO DE DECISÕES JUDICIAIS COM O TERMO "PRESCRIÇÃO MÉDICA"	PORCENTAGEM DO TOTAL DE PROCESSOS EM SAÚDE
2002	1	5%
2003	4	13%
2004	5	12%
2005	1	2%
2006	9	9%
2007	17	10%
2008	31	11%
2009	77	12%
2010	316	18%
2011	843	22%
2012	2014	23%
2013	5793	28%
2014	6921	30%
2015	7722	35%
2016	6120	33%
2017	2642	35%

Figura 68: Menção ao termo "prescrição médica" em decisões de primeira instância no Brasil em processos judiciais em saúde

Os enunciados de n. 5[39], n. 6[40] e n. 9[41] tratam sobre o uso de tratamentos experimentais e de medicamentos "off label". O mesmo exercício para os dois temas revela sua relevância nas decisões judiciais, que também é crescente.

39 Deve-se evitar o processamento, pelos juizados, dos processos nos quais se requer medicamentos não registrados pela Anvisa, off label e experimentais, ou ainda internação compulsória, quando, pela complexidade do assunto, o respectivo julgamento depender de dilação probatória incompatível com o rito do juizado.

40 A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve evitar os medicamentos ainda não registrados na Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei.

41 As ações que versem sobre medicamentos e tratamentos experimentais devem observar as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), não se podendo impor aos entes federados provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais.

ANO	NÚMERO DE DECISÕES JUDICIAIS COM OS TERMOS "OFF LABEL" OU "TRATAMENTO EXPERIMENTAL"	PORCENTAGEM DO TOTAL DE PROCESSOS EM SAÚDE
2002	1	5%
2003	0	0%
2004	1	2%
2005	2	3%
2006	2	2%
2007	7	4%
2008	15	5%
2009	35	6%
2010	111	6%
2011	215	6%
2012	745	9%
2013	1477	7%
2014	1885	8%
2015	3919	18%
2016	2309	13%
2017	948	12%

Figura 69: Menção ao termo "tratamento experimental" e "off label" em decisões de primeira instância no Brasil em processos judiciais em saúde

Os temas que foram abordados pelo CNJ presumivelmente o foram por serem recorrentes e apresentarem impactos. Os dois exemplos apresentados nas tabelas acima corroboram essa hipótese. No entanto, os enunciados ainda são pouco utilizados pelos magistrados em suas decisões, o que pode ser abordado com ações formativas que reforcem o papel que o Fórum de Direito da Saúde e as Jornadas representam na política judiciária atual, bem como que incrementem as habilidades dos magistrados no sentido de utilizarem os referidos enunciados como parâmetros para suas decisões.

5. CURSO DE FORMAÇÃO EM DIREITO SANITÁRIO PARA MAGISTRADOS

5.1. INTRODUÇÃO

O reconhecimento formal da saúde como um direito humano fundamental é relativamente recente tanto no direito internacional como nos direitos internos dos Estados.

No plano internacional, a Carta das Nações Unidas, de 22 de outubro de 1945, além de reorganizar a governança global após a 2a Guerra Mundial, foi expressa ao afirmar que as Nações Unidas devem favorecer níveis mais altos de vida, trabalho efetivo e condições de progresso e desenvolvimento econômico e social. Conforme disposto na Carta, as Nações Unidas devem buscar a solução dos problemas internacionais econômicos, sociais, sanitários e conexos e o respeito universal e efetivo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião.

Desde a sua criação a Organização das Nações Unidas tem sido um importante vetor para a aprovação de documentos jurídicos internacionais que reconhecem e estabelecem algumas garantias jurídicas de proteção do direito à saúde, tais como a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 foi generosa no reconhecimento da saúde como um direito fundamental, tendo dedicado diversos dispositivos para a sua proteção, notadamente os artigos 6o e 196 a 200 (BRASIL, 1988).

Se a saúde é um direito fundamental reconhecido tanto pelo Direito Internacional quanto pela Constituição brasileira, qual o exato contorno deste direito? Quais os deveres do Estado e dos cidadãos para que o direito à saúde seja concretizado? É fato da vida que todos um dia vamos morrer, e que a nossa saúde certamente sofrerá abalos ao longo de nosso percurso nessa Terra. Qual seria, então, a compreensão jurídica a ser dada à expressão "saúde é direito de todos", utilizada no Art. 196 da Constituição? Qual seria a extensão do dever do Estado de promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas? E quais deveres teriam a sociedade, a família, os indivíduos e as empresas na proteção do direito coletivo à saúde?

Esse conjunto de questões vem causando, no campo da efetivação do direito à saúde, algumas situações que caracterizam problemas a serem enfrentados pelo Sistema de Justiça brasileiro. Apresenta-se, no tópico seguinte, as principais situações-problema a serem equacionadas para uma melhor prestação jurisdicional no campo da saúde, e em seguida alguns tópicos e conteúdos que poderiam ser incluídos nos Cursos de Formação de magistrados para o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitem uma melhor atuação com relação à judicialização da saúde.

5.2. RECOMENDAÇÕES DE ASPECTOS RELATIVOS AOS DOMÍNIOS DE CONHECIMENTO TEÓRICO E PRÁTICO DOS MAGISTRADOS A SEREM DESENVOLVIDOS NOS CURSOS DE FORMAÇÃO

Os resultados da pesquisa apontam para uma certa desconexão entre as decisões analisadas e as normas de Direito Sanitário específicas aplicáveis aos temas recorrentes em demandas judiciais de saúde. A efetivação do Direito à Saúde passa necessariamente pela normatização de políticas públicas, que estabelecem as ações e serviços públicos à disposição do Estado para atender à população, sempre a partir dos princípios constitucionais da universalidade, da equidade e da integralidade. A legislação de Direito Sanitário, bastante volumosa no nível infralegal, busca definir de que forma o Estado brasileiro, nos três níveis federativos, se organiza e atua para a efetiva realização desse direito. Nesse sentido, a legislação nacional define, por exemplo, quais medicamentos devem estar disponíveis na rede pública de saúde, quais serviços devem ser ofertados em cada unidade etc. Além disso, as políticas aprovadas devem ser formuladas democraticamente, conforme o princípio constitucional da participação comunitária (art. 197, III) e almejam aumentar a eficiência do sistema público de saúde.

A pesquisa realizada identificou considerável desconexão entre as políticas públicas de saúde formuladas nas instâncias competentes e as decisões judiciais exaradas, como, por exemplo, decisões que concedem medicamentos de forma desarticulada aos Protocolos Clínicos e às Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Na medida em que as políticas públicas de saúde, ofertadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, são definidas por normas jurídicas vigentes e válidas, é de se supor que sua observação pelos magistrados é fundamental, especialmente se considerarmos que tais normas são formuladas visando à maior eficiência do sistema. A resolução dessa aparente desarmonia serviu de norte para a identificação das situações-problema, expostas a seguir e sintetizadas da seguinte forma: i) o aumento contínuo das demandas judiciais em saúde ii) a alta sensibilidade social e emocional do tema; iii) o desconhecimento do ordenamento jurídico sanitário, especialmente das políticas públicas aplicáveis aos casos concretos; iv) a presença de diversos atores institucionais no campo da saúde que são determinantes para a efetividade

da prestação jurisdicional e; v) a falta de acesso rápido e fácil às informações estratégicas, por parte dos juízes, para que possam fundamentar suas decisões.

A seguir, detalharemos cada uma dessas situações, identificando as competências e habilidades que podem ser aprimoradas junto aos magistrados para melhor prestação jurisdicional no campo da saúde.

1) Aumento das demandas judiciais

A pesquisa constatou, no mesmo sentido de outros estudos no tema, inclusive alguns publicados pelo próprio CNJ, que o fenômeno da judicialização da saúde ainda é crescente e que o volume de demandas judiciais no setor aumenta a cada ano. Dessa forma, o Poder Judiciário é colocado em uma situação em que o volume de trabalho aumenta de forma constante, tendo que responder sob pressão a essa alta de processos judiciais.

O fato de o número de processos ainda não ter se estabilizado faz com que a estrutura judicial tenha de se reformular constantemente para solucionar esses pedidos de forma socialmente satisfatória. No ambiente de trabalho do magistrado, essa questão revela-se uma situação-problema na medida em que cada vez mais surgem ações judiciais a serem apreciadas, com variedades de temas e pedidos cada vez mais diversificada, demandando dos juízes, cada vez mais, uma compreensão rápida e adequada do direito aplicável e dos recursos disponíveis para aumentar a eficácia na solução dos conflitos que versam sobre o direito à saúde.

Nesse sentido, uma ação formativa correspondente ao problema deve melhorar o desempenho da justiça na resolução de litígios em saúde, especialmente daqueles mais simples, cuja resolução pode ser obtida rapidamente por via de conciliação ou de outros métodos em articulação com secretarias estaduais e municipais de saúde que organizam setores específicos para lidar com o Poder Judiciário. Essa melhora no desempenho geral depende do conhecimento mínimo das entidades responsáveis pelo Fornecimento de tecnologias e serviços em saúde, pela forma com que se organizam e por suas possibilidades, assim como estão associadas a uma postura proativa do juiz em chamar ao processo todas as instituições relevantes, sem exacerbar suas atribuições legais.

2) Alta sensibilidade social e emocional das demandas judiciais na área da saúde

As questões de saúde que são trazidas ao Poder Judiciário frequentemente envolvem narrativas sensíveis com uma pessoa ou um grupo de pessoas sem acesso a um item básico para o seu bem-estar, ou até para a preservação da própria vida.

Por essa razão, é de se esperar que eventualmente magistrados possam ser afetados em seu juízo no momento de decidir, pressionados pela urgência e relevância da demanda judicial a ser decidida. A alta sensibilidade social e emocional das demandas de saúde pode levar o magistrado a tomar decisões precipitadas e que não representam a melhor solução do conflito necessariamente, o que pode vir a caracterizar uma situação-problema. Esse impacto não resulta necessariamente em emitir uma decisão errada ou enviesada em favor do autor ou do réu, mas pode resultar com maior frequência em decisões intermediárias incorretas, como, por exemplo, concessão de liminares quando não é necessário ou quando sequer é recomendável para a própria saúde do demandante.

Certamente muitas das demandas em saúde são urgentes e é dever do Estado atendê-las em tempo hábil, devendo o Poder Judiciário intervir com tutelas de urgência quando observada uma omissão. No entanto, não são todas as ações judiciais que demandam uma resposta assim e tomar uma medida dessa natureza desnecessariamente pode inclusive comprometer a eficiência das ações. Os magistrados devem ser capazes de identificar quais ações demandam antecipação de tutela e concedê-las quando for necessário. Essa capacidade demanda um conhecimento técnico não jurídico, por exemplo, de avaliar que uma ação para um medicamento para uma doença crônica não é necessariamente urgente, ou que demandas por cirurgias eletivas podem ser decididas em tempo mais elástico, por exemplo. Por tal razão, é importante que o magistrado adquira competências e habilidades para compreender a gravidade da demanda que lhe é submetida e saiba ponderar se há ou não tempo hábil para consultar os instrumentos a que tem acesso, como os NATs ou as próprias políticas públicas disponibilizadas pelo SUS.

As competências a serem desenvolvidas aqui são tanto cognitivas, correspondentes à capacidade de conhecer e consultar a legislação e demais instrumentos a sua disposição para decidir de forma precisa, quanto comportamentais, no sentido, de estar preparado para lidar com situações difíceis, que muitas vezes envolvem inclusive a vida de uma pessoa, e ainda assim ser capaz de emitir a melhor resposta, para o indivíduo e para o sistema público.

3) Complexidade do ordenamento jurídico sanitário e do SUS e necessidade de conhecimento amplo deste campo do direito pelos magistrados

O ordenamento jurídico sanitário constitui-se em uma complexa estrutura responsável por formular, implementar e avaliar políticas públicas de saúde no Brasil, a partir de princípios estruturantes definidos na Constituição Federal. A saúde é um direito no Brasil e a via eleita pela própria constituição para realizá-lo é o Sistema Único de Saúde, de tal forma que, em larga medida, conhecer o ordenamento jurídico sanitário nacional é conhecer o SUS. Além de reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, a constituição define princípios para sua efetivação, quais sejam o da universalidade, da integralidade, da equidade,

da descentralização e da participação social. Qualquer decisão fundamentada no Direito à Saúde deve levar em conta esses princípios jurídicos constitucionais que regem o direito sanitário nacional.

Além dos preceitos básicos, o SUS conta com uma complexa estrutura legal que define como o Estado deve efetivar o Direito à Saúde, estruturando o sistema em todos os seus aspectos, tais como, recursos (financiamento, força de trabalho etc.), organização administrativa (responsabilidade de cada ente federativo, organização da rede de atenção etc.) e cobertura (lista de medicamentos, lista de procedimentos, forma de incorporação de novas tecnologias ao sistema, política para atenção às doenças raras etc.). O desconhecimento desse ordenamento e dos princípios que o regem pelo magistrado constitui-se em uma situação problema que deve ser enfrentada para a plena realização do Direito à Saúde, inclusive sob a perspectiva da harmonia entre os três poderes da república.

É importante que se tenha em mente que adoção do ordenamento sanitário como fundamento das decisões judiciais não pode significar que o Poder Judiciário se omita em relação a faltas do Poder Executivo na realização do Direito à Saúde. O próprio princípio da integralidade não permite que um indivíduo com uma questão de saúde não receba nenhum tipo de resposta do Estado. Contudo, ainda que o Poder Executivo seja omisso, existem caminhos que devem ser seguidos dentro da estrutura do SUS para qualquer decisão judicial em saúde. Para trilhá-los, o magistrado deve ter sólido conhecimento dos atores institucionais envolvidos e das políticas públicas aplicáveis.

A ação formativa aqui discutida deve se refletir enquanto desempenho em maior articulação entre as decisões judiciais e os princípios e normas que regem o SUS. O efeito prático disso é que Judiciário cumpra cada vez mais um papel importante na efetivação do Direito à Saúde tendo em vista o sistema adotado pela Constituição para sua realização e que reforce as políticas públicas estabelecidas pelos poderes executivos e legislativos, resultando inclusive em maior eficiência e legitimidade para o sistema. As competências desenvolvidas envolvem possibilidade de articular demandas específicas com a legislação sanitária e de identificar quais são as normas aplicáveis aos casos concretos, para que as decisões sejam sempre motivadas não apenas pelos dispositivos constitucionais que regem o direito à saúde, mas também pelas normas legais e infralegais que estruturam o sistema de saúde brasileiro, tanto o público (SUS) quanto o privado (saúde suplementar).

Formação dos magistrados para conhecimento das Políticas públicas mais relevantes

Dentro do ordenamento jurídico sanitário, as políticas públicas de saúde normatizadas devem cumprir um papel central em decisões judiciais em matéria de saúde. São elas que estabelecem de forma mais concreta como o Estado deve atuar para satisfazer o Direito à Saúde. O magistrado deve ter em mente com

total clareza quais são essas políticas, quem as define e que informação deve buscar em cada a depender do caso concreto.

Em demandas por medicamentos, por exemplo, é fundamental que se considere a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (PCDT), a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e as normas de registro sanitário da ANVISA. O quadro a seguir apresenta algumas dessas políticas normatizadas pela direção nacional do SUS. É importante que o magistrado justifique em sua decisão qual política é aplicável ao caso concreto. A lista abaixo não é exaustiva e apenas ilustra as Políticas que guardam maior relação com o conjunto de demandas identificadas na pesquisa empírica realizada.

POLÍTICAS PÚBLICAS NORMATIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE
Política Nacional de Assistência Farmacêutica
Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras
Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas
Política Nacional de Atenção Básica
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Relação Nacional de Serviços de Saúde
Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas
Política Nacional de Atenção Hospitalar

Figura 70: Políticas Públicas relevantes para resposta à judicialização atualmente

4) Efetivação do direito à saúde se dá por articulação de diversas instituições e órgãos estatais, impondo a necessidade de atuação interinstitucional por parte dos magistrados

A estrutura institucional do SUS é formada internamente por órgãos públicos, conselhos, comissões e autarquias e conta ainda com a influência externa de atores institucionais como o Ministério Público, a Defensoria Pública e os tribunais de conta. O magistrado que for lidar com demandas no setor sanitário deve ser capaz de identificar as competências de cada uma das instituições, para manejar sua participação no processo judicial, bem como as principais políticas definidas para o tópico em questão. Essa é uma situação-problema na medida em que demandas judiciais em saúde podem apresentar grande complexidade e a necessidade de articular ativamente diferentes atores.

Tomando como exemplo uma demanda judicial por um medicamento, de forma ilustrativa, o magistrado deve ser capaz de identificar qual procedimento administrativo o autor da ação deveria ter tomado antes de recorrer à justiça, qual ente da federação deve ser responsabilizado pela demanda, a partir da juris-

prudência e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Aqui é conveniente que o magistrado saiba distinguir bem entre os três componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado) e possa acessar o que é pactuado em Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.

Além disso, a decisão deve levar em conta se o agravo em saúde (ex: doença) apresentado pode ser resolvido por algum medicamento disponível na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e se existe Protocolo Clínico ou Diretriz Terapêutica aprovada pela CONITEC correspondente ou mesmo regulação específica, como no caso de medicamentos de oncologia. Em caso negativo, deve ser capaz de consultar se o medicamento é regularmente registrado na ANVISA para o fim demandado e se atende à Política Nacional de Atenção Integral a Pessoas com Doenças Raras.

Além disso, considerando os princípios da universalidade e da integralidade, em casos mais complexos, como quando não há medicamento disponível na lista oficial (RENAME) para a demanda apresentada nem registro na ANVISA para aquele fim, deve-se ter em conta a situação concreta, considerando a razão pela qual aquela tecnologia não está disponível no mercado, por exemplo, se há pedido de registro sanitário em andamento, se está em fase experimental etc. Neste último caso, devem-se observar ainda as normas éticas estabelecidas pela CONEP para pesquisas clínicas. Todas essas questões devem estar no horizonte do profissional que redigirá a decisão.

Finalmente o magistrado deve ter em mente a dimensão do sistema e notificar as entidades responsáveis para a resolução de falhas estruturais. Inclusive em casos em que não tenha sido proposta qualquer ação coletiva. Do ponto de vista interno ao SUS, deve-se notificar os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, enquanto do ponto de vista externo, o Ministério Público deve cumprir esse papel de acompanhamento.

A ação formativa aqui discutida deve se refletir enquanto desempenho em maior articulação entre as decisões judiciais e os atores responsáveis por seu cumprimento, produzindo maior resolutividade das questões trazidas à justiça. As competências desenvolvidas envolvem a capacidade de depreender da legislação e do caso concreto quais são as entidades que devem ser envolvidas na resolução da ação e quais solicitações específicas devem ser feitas a cada uma para o melhor cumprimento da decisão.

INSTITUIÇÃO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA
Ministério da Saúde	Direção nacional do SUS. Normatização de políticas públicas de saúde a nível nacional
Conselho Nacional de Saúde	
Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS (CONITEC)	Avaliação de Tecnologias em Saúde para incorporação no SUS. Formulação de PCDT.
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	Direção nacional do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Registro sanitário de tecnologias em saúde (ex.: medicamentos)
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	
Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – ANVISA	
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	Estabelece as normas gerais aplicáveis a pesquisas clínicas.
Secretaria Estadual de Saúde	Direção nacional do SUS. Normatização de políticas públicas de saúde a nível nacional. Assistência à Saúde.
Conselho Estadual de Saúde	
Secretaria Municipal de Saúde	Direção municipal do SUS. Normatização de políticas públicas de saúde a nível municipal. Assistência à Saúde.
Conselho Municipal de Saúde	
Comissão Intergestores Tripartite	
Comissão Intergestores Bipartite	
Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)	
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)	

Figura 71: Agentes institucionais relevantes

5) Dificuldade de acesso e compreensão do conjunto de normas e informações necessárias à solução dos casos concretos e necessidade de acesso rápido a informações

Todas as situações problemas até aqui apresentadas apontam de alguma forma para a necessidade de o magistrado se informar e manejar um complexo conjunto de informações e atores institucionais distintos para melhorar a resolução das questões. Se por um lado, o profissional deve ser capaz de identificar todas as informações que necessita para determinada decisão, por outro a informação precisa ser facilmente acessível, a partir de uma fonte concisa, rápida e segura, que não inviabilize a consulta dentro do fluxo de trabalho judicial. Identifica-se aqui, desta forma, uma situação-problema que impacta diretamente no ambiente de trabalho, que é a dificuldade para acessar políticas de saúde, protocolos, lista de medicamentos etc.

De forma complementar às ações formativas, recomenda-se a formulação de um mecanismo virtual de consulta alimentado por diferentes instituições da gestão do SUS e do próprio Poder Judiciário e que disponibilize quais tecnologias e serviços em saúde devem estar disponíveis à população, qual é a opção terapêutica recomendada para cada agravo, quais situações merecem tutela de urgência etc. A ação formativa correspondente incluiria a capacitação no uso dessa ferramenta, bem como a consulta a outros instrumentos existentes.

Apresentadas as principais situações-problema identificadas por meio da pesquisa realizada, bem como as competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos magistrados nos cursos de formação, apresenta-se a seguir alguns importantes conteúdos que devem ser abordados para o desenvolvimento das referidas competências e habilidades.

6) O papel dos enunciados do CNJ na formação dos magistrados

O Conselho Nacional de Justiça criou, em 2010, o Fórum Nacional do Judiciário para Saúde com o objetivo de monitorar e formular propostas para a questão da judicialização da saúde. Dentre as iniciativas do Fórum, destacam-se as duas Jornadas de Direito da Saúde, que aconteceram nos anos de 2014 e de 2015. As jornadas tiveram por objetivo a formulação de enunciados interpretativos para orientar os magistrados em decisões que envolvam a temática da saúde. A primeira jornada aprovou 45 enunciados; enquanto a segunda, 22, nas temáticas de Saúde Pública, Saúde Suplementar e Biodireito.

Os enunciados servem como parâmetros de interpretação para decisões judiciais e podem auxiliar os magistrados na resolução de conflitos. Além disso, as situações-problema identificadas, especialmente em relação às políticas públicas de saúde e aos atores institucionais relevantes, são muitas vezes abordadas em seu conteúdo. Os enunciados de n. 5[42], n. 6[43] e n. 9[44], por exemplo, tratam de procedimentos que o magistrado deve observar em processos que envolvam tratamentos experimentais ou uso "off label" de medicamentos, envolvendo inclusive a ANVISA e as diretrizes estabelecidas pela CONEP. O Enunciado n. 52 indica a importância de notificação aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde em caso de grande volume de ações para um mesmo medicamento.

O desconhecimento dos magistrados dos enunciados das Jornadas de Saúde também pode ser tomado como uma situação-problema, assim como significa o baixo uso de uma ferramenta já existente para lidar com as outras situações. Desse modo, a inclusão dos enunciados no conteúdo programático das ações

42 Deve-se evitar o processamento, pelos juizados, dos processos nos quais se requer medicamentos não registrados pela Anvisa, off label e experimentais, ou ainda internação compulsória, quando, pela complexidade do assunto, o respectivo julgamento depender de dilação probatória incompatível com o rito do juizado.
43 A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve evitar os medicamentos ainda não registrados na Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei.
44 As ações que versem sobre medicamentos e tratamentos experimentais devem observar as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), não se podendo impor aos entes federados provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais.

formativas revela-se de grande importância. O desempenho em que o uso mais frequente dos enunciados pode resultar é maior racionalização dos procedimentos judiciais em saúde, diminuindo inclusive o tempo de resposta e facilitando o acesso às normas do SUS.

5.3. AS FASES DE PROTEÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NOS ESTADOS DEMOCRÁTICOS DE DIREITO

A resposta às questões jurídicas levantadas pelo reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental é evidentemente complexa e deve ser buscada por meio de uma análise abrangente dos sistemas jurídicos modernos. A incorporação e a proteção de um direito humano fundamental são feitas no âmbito dos sistemas jurídicos seguindo ao menos três fases bem definidas.

A primeira fase de proteção de um direito humano é o seu reconhecimento formal pelo sistema jurídico, que pode ser feito por meio de adesão a tratados internacionais, por meio de reconhecimento constitucional ou ainda por meio de leis ou normas infralegais.

A proteção de um direito humano, no entanto, não é garantida apenas com o reconhecimento formal deste direito pelas letras frias das leis. Para que um direito humano fundamental seja de fato protegido como tal, a segunda fase de proteção necessária é a criação de garantias jurídicas que possibilitem a plena fruição do direito reconhecido pelas pessoas.

Sendo assim, a partir do reconhecimento formal de um direito humano, este deve ser protegido por meio da criação de garantias jurídicas, tais como a vinculação orçamentária, o reconhecimento de direito público subjetivo, a possibilidade de participação na formulação e execução das políticas públicas, o controle social sobre o Estado no que se refere à prestação dos serviços públicos associados ao direito protegido, dentre outras.

A terceira fase de efetivação do direito à saúde é a fase destinada a concretizar as garantias jurídicas criadas, por meio da efetiva disponibilização de recursos pelo Estado, pela criação de um sistema público de saúde eficiente, pela disponibilização de serviços públicos de saúde seguros, de qualidade, eficazes e adequados às necessidades dos cidadãos, pelo respeito individual e coletivo às regras protetoras da saúde, enfim, por uma série de ações concretas que devem ser colocadas em prática pelo Estado, pelas empresas, pelas famílias e pelos indivíduos, visando à plena realização do direito à saúde. Nessa fase é preciso verificar se o Estado, por meio de seus poderes instituídos, está adotando as medidas necessárias (e previstas no ordenamento jurídico) para a proteção concreta do direito humano fundamental reconhecido.

A efetivação do direito à saúde passa, portanto, pela formulação e execução de políticas sociais e econômicas capazes de assegurar de forma universal o acesso às ações e serviços públicos de promoção,

prevenção e recuperação da saúde, conforme expressamente previsto pelo Art. 196 da CF. Políticas públicas bem planejadas e executadas, no âmbito de um Sistema Único de Saúde coordenado e articulado federativamente, são garantias essenciais para a proteção do direito à saúde. Em realidade, são essas políticas que definem o conteúdo jurídico concreto do direito à saúde, ao definirem quais os serviços e produtos que estarão disponíveis para o cidadão promover, proteger e recuperar a sua saúde.

Como direito que é, além de gerar um conjunto de obrigações ao Estado e aos cidadãos, a saúde também assegura o acesso ao Poder Judiciário sempre que ocorrer lesão ou ameaça de lesão a esse direito. De fato, por força do Art. 5º, XXXV, da CF, toda violação ao direito à saúde pode ser levada ao Poder Judiciário para que este defina, em última instância, sobre o conteúdo concreto do direito à saúde no Brasil.

A compreensão desta dinâmica de proteção dos direitos humanos nas sociedades modernas é fundamental para que se possa compreender o significado do direito à saúde no âmbito do direito interno brasileiro. Um olhar acurado sobre as garantias jurídicas do direito à saúde é fundamental na medida em que são as garantias jurídicas oferecidas que darão a exata medida da extensão que a proteção de um direito humano tem em um determinado Estado.

5.3.1. DIREITO À SAÚDE E GARANTIAS DO DIREITO DA SAÚDE

No entender do constitucionalista português Jorge Miranda, os direitos representam, por si só, certos bens, enquanto as garantias destinam-se a assegurar a fruição desses bens; os direitos são principais, as garantias são acessórias e, muitas delas, adjetivas (ainda que possam ser objeto de um regime constitucional substantivo); os direitos permitem a realização das pessoas e inserem-se direta e imediatamente, por isso, nas respectivas esferas jurídicas, as garantias só nelas se projetam pelo nexo que possuem com os direitos; na acepção jusracionalista inicial, os direitos são declarados, reconhecidos; as garantias são criadas, estabelecidas (MIRANDA, 1998).

O simples reconhecimento formal da saúde como um direito pela Constituição não produz o milagre de fazer com que, no dia seguinte ao reconhecimento formal, este direito seja usufruído materialmente por toda a população. Para que um direito seja concretizado e respeitado, é preciso dotar-lhe de garantias jurídicas eficazes.

Os grandes desafios para a proteção do direito à saúde no Brasil, hoje, residem na criação e disponibilização à sociedade de garantias jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes a esse direito. As garantias adquirem, na esfera jurídica, uma dimensão conceitual muito clara, por prender-se aos valores da liberdade e da personalidade como instrumento de sua proteção. A garantia - meio de defesa - se coloca então diante do direito, mas com este não deve se confundir. A existência de garantias no texto constitucional pode levar a alguns equívocos, como o de não distinguir os direitos das garantias. Publicistas de renome na

América Latina, tendo em vista a proximidade dos direitos com as garantias, e considerando a finalidade destas, que é tornar eficaz a liberdade tutelada pelos poderes públicos e estampada nas declarações de direitos, esforçaram-se para fixar um conceito de direito-garantia que tanto quanto possível fosse desembaraçado e independente do conceito de direito, embora com a ressalva de casos raros e excepcionais, em que a rigorosa observância de tal critério distintivo se torna inexequível (BONAVIDES, 2000).

No que se refere especificamente ao direito à saúde, foram criadas pela Constituição diversas garantias jurídicas de alta relevância operacional para a definição do conteúdo do direito à saúde e a sua efetiva proteção. São garantias obrigacionais (e.g., saúde como dever do Estado fixado pelo Art. 196 da CF); garantias financeiras (e.g., vinculação orçamentária fixada pelos §§ 1o a 3o do Art. 198 da CF); garantias institucionais (e.g., criação do Sistema Único de Saúde pelo Art. 198, *caput*) e, inclusive; garantias de abrangência do conteúdo jurídico do direito à saúde (e.g., princípios da universalidade e integralidade dos serviços públicos de saúde fixados pelos Arts. 196 e 198 da CF).

A proteção do direito à saúde depende, portanto, não apenas de seu reconhecimento expresso pela Constituição, mas principalmente da definição de garantias jurídicas eficazes, capazes de organizar um sistema de defesa do direito que assegura ao cidadão, quando necessário, o acesso ao direito.

5.3.2. DIREITO À SAÚDE E DIREITO DA SAÚDE

O *direito à saúde* foi reconhecido no âmbito do Direito a partir da percepção de que *ter saúde* é essencial para que um ser humano possa viver dignamente. Ao longo dos anos ficou evidente, até porque foi juridicamente regulado nos diferentes Estados, que os Estados Modernos devem garantir proteção à saúde das pessoas, de forma a evitar ao máximo os riscos de doenças e outros agravos à saúde. Os Estados devem ainda garantir serviços que possam recuperar a saúde daqueles que ficarem doentes, já que a doença gera no ser humano uma vulnerabilidade que exige solidariedade e atenção do Estado e da sociedade. Proteger a saúde de todos e cuidar daqueles que fiquem doentes é, no final das contas, fundamental para a proteção da dignidade da vida e do ser humano.

Existe uma diferença importante entre o que é a expectativa de *direito à saúde* de uma sociedade ou de um indivíduo e o que é o *direito da saúde* efetivamente reconhecido e protegido pelos Estados. O *direito à saúde* das diferentes sociedades será traduzido pelo Direito por meio do *direito da saúde*, um direito positivado no âmbito do direito internacional e dos direitos internos dos Estados.

A ciência jurídica tenta traduzir a expectativa individual e coletiva de *direito à saúde* por meio do direito da saúde. O direito da saúde reflete o *direito à saúde* que será efetivamente oferecido e possível nas diversas sociedades. Quanto mais próximos estiverem as noções de *direito à saúde* e *direito da saúde*, mais efetiva

será a proteção do direito à saúde em um Estado. Quanto mais as expectativas de direito à saúde forem traduzidas pelo Direito Positivo mais proteção o direito à saúde terá.

Por ser um direito que se constrói a partir das expectativas e conceitos de saúde de uma determinada sociedade, o direito à saúde, como conceito aberto que é, deve ser definido democraticamente, de forma que o conjunto da sociedade pactue o significado real que o direito à saúde terá. O direito da saúde deve ser construído e delineado democraticamente, com participação da sociedade nos processos decisórios que conformam o direito da saúde. Nos Estados de Direito modernos, o detalhamento do direito à saúde é dado por dois tipos de processos decisórios fundamentais: i) os processos decisórios que cria as normas jurídicas nos poderes Legislativo e Executivo e; ii) os processos decisórios que formam a jurisprudência.

Considerando que o direito da saúde define concretamente de que forma o direito à saúde é delineado, para que se possa compreender o significado do direito à saúde é fundamental se verificar o conjunto normativo que trata do direito à saúde no Brasil e, ainda, de que forma o Poder Judiciário vem decidindo no que se refere à efetiva proteção desse direito.

5.4. LEGISLAÇÃO DO DIREITO DA SAÚDE

A Constituição de 1988 foi detalhista na conformação do direito à saúde no país. Seus artigos 23, II, e 24, XII dispõem sobre as competências dos entes federativos em matéria de proteção e defesa da saúde (BRASIL, 1988). Assim, o artigo 23, II, dispõe ser competência comum da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal "cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências". Pela competência comum fixada na CF/88, todos os entes federativos são responsáveis pela execução de ações e serviços destinados a cuidar da saúde e devem se articular em um federalismo cooperativo.

Logo em seguida a Constituição prevê em seu artigo 24, XII, a competência legislativa concorrente entre União, estados e Distrito Federal em matéria de proteção e defesa da saúde. Dispõe o texto constitucional: "Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre (...) previdência social, proteção e defesa da saúde". Nesse aspecto legislativo, o papel dos municípios é suplementar, na medida em que o artigo 30, II, estabelece ser competência dos municípios "suplementar a legislação federal e a estadual no que couber".

Ainda na Constituição de 1988 encontramos normas jurídicas específicas de reconhecimento e proteção do direito à saúde, expressas nos artigos 6o, 194 e 195, que tratam da seguridade social, e, em especial, nos artigos 196 a 200 que tratam especificamente da saúde e fornecem a base jurídico-constitucional da proteção do direito à saúde no país. Referidas normas dispõem sobre os princípios básicos que devem reger as ações e serviços públicos de saúde (artigo 198, *caput*, I a III) e sobre os deveres do poder público (artigos

196 e 197); organizam o SUS e definem suas competências (artigo 200); estipulam os patamares mínimos de financiamento das ações e serviços públicos de saúde (artigo 198, parágrafos 1º, 2º e 3º); e definem os critérios da participação da iniciativa privada na assistência à saúde (artigo 199). Estas normas oferecem, enfim, ao direito à saúde as grandes bases de sua proteção.

Resultante do processo constituinte brasileiro que pautou a redemocratização do país, a proteção do direito à saúde dada pela Constituição de 1988 representa um pacto da sociedade brasileira em benefício da saúde individual e coletiva. O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde foi um dos grandes momentos da democracia sanitária no Brasil (CNS, 1986). Coordenado por Sérgio Arouca, o relatório resume as deliberações tomadas por mais de quatro mil participantes, sendo mil delegados, e apresenta a síntese das demandas sociais em saúde que seriam, dois anos depois, traduzidas pela Constituição de 1988 e pelas Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Esse conjunto normativo oferece as bases legislativas de reconhecimento e proteção do direito à saúde no Brasil. Dentre outras disposições, apresentam um conceito de saúde, detalham o dever do Estado com relação ao direito à saúde, por meio de dispositivos que estruturam o sistema público de saúde, e tornam claros seus princípios, diretrizes, objetivos, competências e fontes de financiamento, assim como orientam a organização, direção e gestão do sistema e a forma como estão distribuídas as tarefas entre as três esferas de poder. Destaque-se que a Lei n. 8.142/1990 inovou em termos de gestão participativa do Estado e criou instituições participativas e democráticas para atuarem de forma integrada com o Estado, tais como os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

Após as reformas reguladoras realizadas no país no final dos anos 1990 (a maioria das quais, ligada a planos de privatização ambiciosos), o setor de saúde começou a ser supervisionado por duas agências reguladoras estatais, criadas nos anos de 1999 e 2000: a ANVISA e a ANS. A função básica dessas duas agências reguladoras brasileiras é a de proteger o direito à saúde de acordo com os poderes previstos pelo Congresso.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada pela Lei n. 9.782, de 1999, como uma instituição independente, vinculada ao Ministério da Saúde. O objetivo institucional da ANVISA é promover e proteger a saúde da população. Para tanto, ela emite normas, controla e supervisiona produtos, substâncias e serviços ligados à saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma agência independente, vinculada ao Ministério da Saúde, criada pela Lei n. 9.961, de 2000. Ela regula o setor de saúde privado (também conhecido como setor suplementar da saúde), estabelecendo normas e fiscalizando e controlando empresas privadas que oferecem serviços de saúde. Sua função inclui controle de preços e supervisão da qualidade e eficiência dos serviços.

O Poder Legislativo (por meio de Lei) ou o próprio Poder Executivo (por meio de Decretos/Portarias/Resoluções) normatizam na área da saúde, seja criando regras de conduta, seja criando políticas públicas e deveres mais específicos para as autoridades públicas no que se refere à efetivação do direito à saúde. Vale reforçar que o direito da saúde no Brasil, embora dotado de um conjunto expressivo de leis e dispositivos constitucionais, é consolidado e constituído majoritariamente por meio de normas infralegais editadas pelo Poder Executivo no âmbito de seu poder regulamentar.

Estas normas infralegais definem as políticas e detalham de forma mais acurada o significado jurídico do direito à saúde no Brasil. A Figura 72 apresenta algumas das normas jurídicas infralegais estruturantes do significado jurídico do direito à saúde no país:

NORMA JURÍDICA INFRALEGAL	CONTEÚDO
Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996.	Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS) -
Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002.	Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02 -
Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006.	Pacto pela Saúde.
Decreto n. 7.508/2011.	Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.	Política Nacional de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família
Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998.	Política Nacional de Medicamentos
Portaria GM/MS n. 01/2015.	Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)
(DOU – suplemento em 03/10/2017) Portaria de Consolidação n. 1.	PRC-1: CONSOLIDAÇÃO, PORTARIA NORMATIVA, DIREITO À SAÚDE, USUÁRIO DO SUS, ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, FUNCIONAMENTO, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). (DOU – pag. 1) [Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]
(DOU – suplemento em 03/10/2017) Portaria de Consolidação n. 2.	PRC-2: CONSOLIDAÇÃO, PORTARIA NORMATIVA, POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). (DOU – pag. 61) [Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]
(DOU – suplemento em 03/10/2017) Portaria de Consolidação n. 3.	PRC-3: CONSOLIDAÇÃO, PORTARIA NORMATIVA, REGULAMENTAÇÃO, REDE DE ATENÇÃO A SAUDE, REDE DE SERVIÇO DE SAÚDE, REDES ESTADUAIS, REDES REGIONAIS, REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE. (DOU – pag. 192) [Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]
(DOU – suplemento em 03/10/2017) Portaria de Consolidação n. 4.	PRC-4: CONSOLIDAÇÃO, PORTARIA NORMATIVA, ADMINISTRAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÕES, PLANOS DE SISTEMAS DE SAÚDE, SISTEMA DE CONTROLE, SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL, SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SIS), SISTEMA DE SAÚDE, SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). (DOU – pag. 288) (Alterada: Pt 2733 em 20/10/2017- pag. 126) [Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]
(DOU – suplemento em 03/10/2017) Portaria de Consolidação n. 5.	PRC-5: CONSOLIDAÇÃO, PORTARIA NORMATIVA, AÇÕES DE SAÚDE, AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE, SERVIÇOS DE SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), PROGRAMAS NACIONAIS DE SAÚDE. (DOU – pag. 360) [Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]
(DOU – suplemento em 03/10/2017) Portaria de Consolidação n. 6.	PRC-6: CONSOLIDAÇÃO, PORTARIA NORMATIVA, FINANCIAMENTO DA SAÚDE, FINANCIAMENTO DO FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO (FAEC), TRANSFERÊNCIA DE RECURSO, TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO, RECURSOS FEDERAIS, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). (DOU – pag. 569) (Alterada: Pt 2663 em 16/10/2017- pag. 36) [Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]

Figura 72: Normas jurídicas infralegais estruturantes do direito da saúde brasileiro

Considerando-se que o magistrado tem o dever de julgar a partir das normas jurídicas vigentes no Brasil, a compreensão e domínio da legislação que define o conteúdo do direito à saúde no Brasil é fundamental.

Além disso, considerando o papel complementar do Poder Judiciário na garantia de direitos humanos fundamentais, o estudo das decisões judiciais sobre os temas levados à justiça também se mostra fundamental.

Nesse aspecto, os resultados trazidos pela pesquisa desenvolvida são fundamentais para a definição do conteúdo do curso a ser ministrado.

5.5. JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

O direito do cidadão de lutar pelo respeito a um direito seu perante o Poder Judiciário é um elemento extremamente importante na configuração da democracia sanitária brasileira. A justiciabilidade do direito à saúde representa um grande avanço democrático que vem sendo conquistado pela sociedade brasileira com importante contribuição do Poder Judiciário.

Decerto que o reconhecimento da saúde como um direito subjetivo público permite ao cidadão pleitear o direito à saúde perante o Judiciário e representa uma característica essencial da democracia sanitária brasileira. As decisões estatais judiciais em saúde são parte importante na definição do significado do direito à saúde no Brasil. Ao lado das normas jurídicas que estruturam o sistema e definem as responsabilidades do Poder Executivo no que se refere aos deveres relacionados à proteção do direito à saúde, as decisões judiciais detalham e concretizam a real extensão e o real significado do direito à saúde no Brasil.

Conforme sacramentado no artigo 5o, XXXV, da Constituição de 1988, "a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito". Assim, se qualquer cidadão entender que o seu direito à saúde está sendo lesado ou ameaçado, a Constituição assegura o direito de recorrer ao Poder Judiciário para que a lesão ou ameaça seja resolvida. No campo da saúde, tem sido cada vez mais recorrente a participação do Poder Judiciário na construção do direito à saúde brasileiro, por meio de um fenômeno já amplamente conhecido e pesquisado, denominado judicialização da saúde (DALLARI, 2013; MARQUES, 2008; VENTURA, 2010).

Os dados coletados na pesquisa apontam para mais de 1 milhão de ações judiciais de saúde no país. A utilização, nos cursos a serem ministrados, dos dados empíricos consolidados neste Relatório, sejam os já analisados neste Relatório, sejam os dados brutos coletados e aqui organizados, mostra-se uma ferramenta com altíssimo potencial de aperfeiçoamento da atividade judicial no que se refere à plena efetivação do direito à saúde no país.

O ingresso de ação judicial demandando um direito é um importante e típico processo jurídico de democracia sanitária, na medida em que permite ao cidadão pedir ao Poder Judiciário que interceda contra uma lesão ou ameaça de lesão a um direito, no caso, o direito à saúde. Essas demandas contam, em grande

parte, com uma atuação ativa de importantes instituições de proteção de direitos no Brasil, como a Defensoria Pública e o Ministério Público.

Se de um lado as políticas públicas normatizadas representam importantes garantias jurídicas na proteção do direito à saúde, a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário na efetivação do direito à saúde representa a última garantia de um cidadão ou de uma coletividade contra uma eventual violação ou ameaça ao direito à saúde. Manter o sistema de freios e contrapesos entre os poderes Executivo e Judiciário é fundamental, sendo importante lembrar que grande parte das regras jurídicas necessárias para a solução de eventuais conflitos em saúde já estão normatizadas pela Constituição, pelas leis e pelas normas infralegais. Ao Poder Judiciário incumbe verificar, em última instância e no caso concreto, de que forma o direito à saúde do demandante deve ser efetivado pelo Estado.

O que a judicialização da saúde nos mostra é que, por mais que as Políticas Públicas estejam bem desenhadas e implementadas pelas leis e pelo Poder Executivo, sempre poderá haver uma necessidade de saúde específica a demandar uma ação estatal que não se encontra, ainda, devidamente regulada em termos coletivos por meio de leis, normas ou serviços específicos. A saúde do cidadão e da sociedade, bem como o fornecimento de serviços públicos adequados às suas necessidades de saúde, são os grandes objetivos do Estado para a garantia do direito à saúde.

O Poder Judiciário tem, nesse sentido, uma função estratégica no sentido de aproximar ao máximo a capacidade do Estado brasileiro de dar conta das necessidades de saúde concretas dos brasileiros. É nesse sentido que o curso deve ser desenvolvido.

6. SUBSÍDIOS A PROPOSTAS DE POLÍTICAS

Essa seção discute algumas implicações da presente pesquisa para o desenho de políticas judiciais voltadas ao tema da judicialização da saúde. As diversas ressalvas metodológicas já apontadas devem ser também aqui observadas, de tal modo que as propostas enumeradas nesta seção devem ser ainda submetidas ao contraditório, devendo ser entendidas como subsídios ao debate sobre ações voltadas ao aperfeiçoamento da relação entre demandantes, prestadores de serviço de saúde e Judiciário. As propostas são a seguir discriminadas, acompanhadas de sua respectiva justificativa, bem como pela discussão de possíveis problemas.

6.1. POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE MAGISTRADOS

Com base nos dados coletados e na análise preliminar realizada, foram identificadas algumas situações -problema que podem ser minimizadas ou superadas por meio de uma Política de Formação de Magistrados que leve em conta a necessidade de ensino do direito sanitário.

Para tal, sugere-se que os magistrados sejam qualificados em direito sanitário, entendido de modo amplo, contemplando o conhecimento sobre o direito à saúde, mas também sobre as políticas públicas na área de saúde e seus recursos limitados. Essa formação deve se dar em três momentos distintos: i) antes de seu ingresso na magistratura; ii) durante o curso de ingresso na carreira de magistrado e; iii) em sua preparação formal e permanentemente ao longo de sua carreira.

Detalhes sobre essa política foram aprofundados no Item 5 deste Relatório.

6.2. POLÍTICA DE ACESSO À LEGISLAÇÃO SANITÁRIA E ÀS INFORMAÇÕES ESSENCIAIS SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Considerando que o direito sanitário é um campo complexo e novo na ciência jurídica, dotado de especificidades próprias e de uma vasta legislação constitucional, legal e infralegal, uma política necessária é a de acesso à legislação sanitária e às informações essenciais sobre as políticas públicas de saúde.

A consulta a todas essas informações poderia ser facilitada pela formulação de um sistema virtual que as contivesse de forma ordenada e fosse de fácil acesso ao magistrado, fornecendo as informações

mencionadas e, de forma sintética, respondendo qual é a melhor alternativa dentro dos marcos constitucionais e legais do Direito à Saúde e do SUS para se resolver a questão apresentada. Uma possibilidade seria o aperfeiçoamento do eNatJus nesse sentido, sistema criado pelo Fórum do Judiciário para a Saúde, que concentra informações e pareceres para fundamentar decisões que exijam conhecimento técnico de saúde.

Certamente nem todas as informações relevantes poderiam ser concentradas em apenas uma base, já que a disponibilidade de uma tecnologia ou serviço na rede é de competência estadual ou municipal. Contudo, a consolidação das informações sobre as políticas normatizadas de forma clara poderia aperfeiçoar sua utilização por magistrados, complementando os trabalhos dos NATs. A experiência do eNatJus pode ser utilizada como ponto de partida, podendo inclusive incorporar as novas funcionalidades que incluam os dados sobre as políticas de saúde de forma direta e simples, assim como contar com a participação direta de entidades da gestão do SUS, a começar pelo Ministério da Saúde.

6.3. POLÍTICA DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS ATORES QUE MOVIMENTAM A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Conforme destacado no presente relatório, uma inovação importante verificada no âmbito de estados e municípios foi a criação de Núcleos ou Comitês Técnicos, envolvendo os diversos atores que movimentam a judicialização da saúde no Brasil, tais como secretarias de saúde, defensorias públicas, ministérios públicos e magistrados.

Nesse sentido, recomenda-se que essas novas institucionalidades sejam incorporadas ao sistema de justiça para que passem a ser utilizadas de forma mais habitual e eficaz.

6.4. POLÍTICA DE INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Um dos aspectos que mais gera judicialização no campo da saúde refere-se à dissociação entre o que é oferecido na rede pública e o que é prescrito pelo médico. Muitas vezes os médicos prescrevem tratamentos ou medicamentos que não estão previstos nas listas do SUS, em especial na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e na Relação Nacional de Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde.

A ausência de um serviço ou medicamento na lista do SUS é causa frequente de judicialização, em especial quando se trata de doenças raras ou de tratamento de patologias com alto grau de inovação terapêutica. Nesses casos, o mecanismo criado pela lei que criou a Comissão Nacional de Incorporação de

Novas Tecnologias em Saúde no SUS - CONITEC foi um importante avanço, mas incapaz de solucionar o alto volume de judicialização gerado pelo anacronismo existente entre o surgimento e registro de uma nova tecnologia no Brasil ou no exterior e a sua incorporação no sistema público de saúde.

De um lado, a Política pode sensibilizar os magistrados da importância de decidirem de acordo com as deliberações e incorporações reconhecidas e aprovadas pela CONITEC. De outro lado, considerando que a CONITEC ainda não conseguiu atualizar de forma satisfatória as listas e serviços a serem oferecidos pelo SUS, sugere-se a criação de um mecanismo administrativo capaz de, nos três níveis federativos, responder de forma célere e prévia à eventual judicialização, se o serviço ou produto demandado pelo cidadão tem ou não fundamento e pode ou não ser fornecido pelo SUS. Reconhece-se, contudo, que a construção desse mecanismo administrativo não é tarefa trivial, merecendo ainda aprofundamento para uma proposta definitiva.

6.5. POLÍTICA DE INCENTIVO ÀS SOLUÇÕES EXTRAJUDICIAIS DE CONFLITOS SOBRE SAÚDE

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem investir na criação de órgãos ou processos extrajudiciais de solução de conflitos sobre saúde, aptos a receberem as demandas por produtos e serviços que não estão previstos para serem fornecidos pelo SUS e analisarem essas demandas em etapa prévia à judicialização.

Estes órgãos e processos serviriam para filtrar as demandas que têm potencial de solução extrajudicial, de um lado, e, de outro, poderiam servir como importante base técnica para os processos judiciais, auxiliando os magistrados na tomada de decisão.

Se as demandas forem previamente analisadas pelo órgão administrativo, elas podem ou ser solucionadas nesta via, o que já seria positivo, ou, não ocorrendo assim, e na hipótese de haver a judicialização do conflito, quando os processos judiciais forem impetrados serão instruídos com documentos mais robustos que analisarão a real necessidade daquele produto ou serviço pelo paciente e, também, a pertinência ou não de seu fornecimento pelo Sistema Único de Saúde, considerando os critérios de custo e eficácia terapêutica.

É importante ressaltar que essa política já vem sendo executada em alguns estados, como relatado nos estudos de caso desenvolvidos nesta pesquisa. Nos locais, onde isso já ocorre, muitas vezes o processo judicial é evitado, porque as partes encontram soluções alternativas do conflito, seja pelo fornecimento do que é requerido, seja pelo fornecimento da alternativa terapêutica já disponível no sistema.

6.6. O PAPEL DOS ENUNCIADOS DO CNJ NA FORMAÇÃO DOS MAGISTRADOS

O Conselho Nacional de Justiça criou, em 2010, o Fórum Nacional do Judiciário para Saúde com o objetivo de monitorar e formular propostas para a questão da judicialização da saúde. Dentre as iniciativas do Fórum, destacam-se as duas Jornadas de Direito da Saúde, que aconteceram nos anos de 2014 e de 2015. As jornadas tiveram por objetivo a formulação de enunciados interpretativos para orientar os magistrados em decisões que envolvam a temática da saúde. A primeira jornada aprovou 45 enunciados; enquanto a segunda, 22, nas temáticas de Saúde Pública, Saúde Suplementar e Biodireito.

Uma política que deve ser adotada é a continuidade destes esforços, com o fortalecimento do Fórum Nacional e a realização de mais Jornadas de Direito da Saúde. Recomenda-se, no entanto, que a sequência desta política leve em conta a necessidade de se ampliar os atores envolvidos, de forma a possibilitar uma participação efetivamente democrática de todas as partes interessadas na elaboração dos enunciados.

Nesse sentido, o fortalecimento do Fórum e das Jornadas, para que passem a incorporar representantes do Poder Judiciário, do Ministério Público, daDefensoria Pública, das associações civis, das universidades, dentre outros, mostra-se uma política fundamental para legitimar de forma mais robusta os enunciados, para que passem a ser considerados referências decisórias pelos magistrados. Adicionalmente, melhorar a divulgação das jornadas e seus enunciados também é desejável, uma vez que os enunciados servem como parâmetros de interpretação para decisões judiciais e podem auxiliar os magistrados na resolução de conflitos.

6.7. VARAS ESPECIALIZADAS

Um tema recorrente na discussão sobre a organização do sistema judiciário é o de varas especializadas, sobretudo quando é elevada a quantidade de demandas em um mesmo tema e a apreciação desses casos exija conhecimento específico. Esta foi a conclusão de Maranhão et al. (2014), em pesquisa fomentada pelo CNJ, sobre a revisão judicial de decisões das agências regulatórias. A proposta encontrou acolhimento entre os formuladores da política judicial, havendo esforços no TRF3 para a criação de varas especializadas em matéria concorrencial e de comércio exterior.

O mesmo movimento resultou na criação de varas especializadas em saúde no âmbito do TRF4. Os resultados da presente pesquisa não permitem ainda avaliar os efeitos da criação dessas novas varas e tampouco há estudos que analisaram com rigor essa experiência em comparação com os tribunais não -especializados, bem como entre as modalidades de varas especializadas com distribuição exclusiva ou com distribuição preferencial, como foi o caso da TJRJ, conforme detalhado no estudo de caso apresentado

nesta pesquisa. Ainda que não haja elementos na análise quantitativa para se avaliar os efeitos da criação dessas diferentes modalidades de varas especializadas, é possível conjecturar que a escala elevada dos casos relacionados ao Direito Sanitário e a profusão de normas relativas ao SUS e ao sistema de saúde suplementar indicariam custos relativamente mais baixos de adoção de varas exclusivas e maiores benefícios decorrentes da especialização.

6.8. ORGANIZAÇÃO E ACESSO DE DADOS JUDICIAIS NOS TRIBUNAIS

A última proposta de política judicial aqui apresentada trata da organização dos dados judiciais nos tribunais. Este item não é diretamente relacionado à judicialização da saúde e a seus efeitos sobre a sociedade. Trata-se de elemento que afeta a capacidade de diagnóstico e gestão de todo o sistema judiciário, merecendo, por este motivo, atenção especial.

No exercício desta pesquisa, foram identificadas inconsistências e idiossincrasias no modo que os tribunais organizam e disponibilizam acesso aos seus repositórios de jurisprudência. Esse fato dificulta a adoção de ferramentas de gestão judicial que requerem a manipulação de grandes quantidades de dados e, por sua vez, possibilitam diversos ganhos de eficiência na gestão de tribunais, seja na qualidade e precisão de diagnósticos, seja na automação de processos.

O detalhamento das propostas para a melhor organização e gestão de acesso aos dados judiciais foi detalhada na seção 2.5 deste relatório, não sendo o caso de repetição neste momento. Cabe apenas reforçar que seria desejável a adoção de mecanismos uniformes de acesso aos dados de modo informatizado, as chamadas APIs (*Application Programming Interfaces* - Interface de Programação de Aplicação) e de um sistema de acesso à informação (Servidor REST – *Representational State Transfer*) que permite a consulta às informações do banco de dados de modo uniforme, o que possibilita desenvolver sistemas externos de consulta a informações de modo automatizado, aumentando a capacidade de análise e maior transparência em geral.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao proporcionar uma visão abrangente da judicialização da saúde e que, ao mesmo tempo, explorasse as heterogeneidades regionais, esta pesquisa colocou-se a tarefa de conciliar diferentes bases de dados, diferentes expertises de análise e, sobretudo, construir soluções metodológicas novas para a análise da judicialização da saúde. Parte desses desafios é de natureza mais ampla, aplicando-se a qualquer pesquisa ou instrumento de gestão do Judiciário que necessite da análise em larga escala de informações sobre decisões judiciais.

A contribuição metodológica origina-se na identificação de obstáculos, passa pelas propostas de solução que foram adotadas e testadas e, por fim, pela sistematização de estratégias para lidar com o problema de análise de um grande volume de decisões judicias. Parte dos obstáculos identificados está sob o controle do próprio Judiciário, sendo fruto da discricionariedade de que gozam os vários tribunais para a organização e sistematização de acesso ao seu repositório de decisões. Por conta dessa característica, não há um padrão comum seguido pelos diversos tribunais, o que restringe o uso eficaz dessas informações como fonte de pesquisa e, sobretudo, de gestão da política judiciária. Acrescente-se que a relevância da viabilidade da pesquisa em larga escala das decisões judiciais vai além dos ganhos relacionados ao conhecimento, seja para fins de pesquisa, seja para a gestão da política judiciária. Trata-se de um instrumento para ampliar a transparência sobre as ações do Judiciário, um elemento fundamental do Estado de Direito. Esta pesquisa inclui um conjunto de sugestões sobre o modo que essas informações poderiam estar organizadas a fim de viabilizar o uso eficiente dessas informações.

Ainda sobre as contribuições metodológicas, esta pesquisa torna público todos os códigos utilizados durante a pesquisa, com o duplo propósito de conferir o caráter de replicabilidade que se espera de toda pesquisa e de disponibilizar a terceiros o aprendizado na implementação de soluções metodológicas. Parte desse aprendizado exigiu praticamente todo o tempo destinado à pesquisa e, por este motivo, não pode ser incorporado em sua plenitude e profundidade na análise do fenômeno da judicialização da saúde. Este é o caso, por exemplo, da base de dados obtida por meio do processamento de Diários Oficiais, que possibilitou a análise de uma amostra em nível nacional de decisões liminares, mas que pode vir a ser aprofundada em estudos futuros.

Finalmente, esta pesquisa desafia algumas das hipóteses da literatura, como a menor chance de sucesso de ações coletivas em relação às ações individuais, e reforça outras, como a grande heterogeneidade regional nos tipos de demandas judicializadas, assim como nos padrões de fundamentação predominantes nos diversos tribunais. Parte das questões aqui investigadas requerem ainda aprofundamento, sobretudo para

uma investigação de causas dos fenômenos aqui identificados. Esta é uma agenda para pesquisas futuras, as quais se tornam agora viáveis a partir do esforço de diagnóstico abrangente realizado por esta pesquisa.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, Fernando M. A.. Efetivação do direito à saúde em seus múltiplos caminhos. Novas institucionalidades para a solução de conflitos em saúde. In: Maria Paula Dallari Bucci; Clarice Seixas Duarte. (Org.). *Judicialização da Saúde: a visão do Poder* Executivo. 1ed.São Paulo: Saraiva Jur, 2017, v. 1, p. 114-135.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 331-345, 2003.

ASENSI, F., PINHEIRO, R. Judicialização da saúde e Diálogo Institucional: A experiência de Lages (SC). *Revista de Direito Sanitário*, v. 17, n. 2, p. 48-65, 2016.

BIEHL, J., SOCAL, M. P., AMON, P. 2016. The Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. *Health and Human Rights*, 18 (1).

BIEHL, João, AMON, Joseph A., SOCAL, Mariana P., PETRYNA, Adriana. Between the court and the clinic: Lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. Health and Human Rights, Vol. 14, No. 1, Junho 2012, pp. 36-52.

BORGES, D.C.L. "Uma Análise das Ações Judiciais para o Fornecimento de Medicamentos no Âmbito do SUS: O Caso do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005". Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

CARNEIRO, A. M. F. e BLIANCHERIENE, A. C. Perfil Processual das Ações Judiciais para Assistência a Saúde no Estado do Pará. PIDCC, Aracaju, Ano VI, Volume 11 nº 02, p.223 a 233 Jun/2017.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. C. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 421-429, 2010.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R.B.. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1839-1849, ago, 2009.

CHIEFFI, Ana Luiza, SIQUEIRA, Paula Sue Facundo de. Judicialização da saúde no estado de São Paulo. Judicialização da saúde no Brasil/organizadoras: Lenir Santos, Fernanda Terrazas.–Campinas, SP: Saberes Editora, p. 267-301, 2014.

CHIEFFI, Ana Luiza. Análise das demandas judiciais de medicamentos junto a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo à luz da política de assistência farmacêutica. 2017. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31072017-130420/>. (Acesso em 13/01/2018).

CNJ, Relatório Justiça em números. elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça. http://www. cnj. jus. br/files/conteudo/arquivo/2016/10/b8f46be3dbbff344931a933579915488. pdf. Consulta em, v. 10, n. 11, p. 2016, 2016.

DALLARI-BUCCI, Maria Paula, DUARTE, Clarice Seixas. *Judicialização da saúde - a visão do poder executivo*. São Paulo: Saraiva, 2017.

DIAS, E.R., SILVA JUNIOR, G. B. Evidence-Based Medicine in judicial decisions concerning right to healthcare. Einstein (São Paulo), v. 14, n. 1, p. 1-5, 2016.

DINIZ, D.; MACHADO, T.R.C.; PENALVA, J. "A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil". Ciência & Saúde Coletiva, 19(2), 2014.

FERRAZ, O. L. M.. The right to health in the courts of Brazil: Worsening health inequalities?. Health and Human Rights: An International Journal, 11(2): 33-45, 2009.

FERRAZ, Octavio M. (2011), "Health Inequalities, Rights, and Courts: The Social Impact of the Judicialization of Health". In YAMIN, Ely Alicia, GLOPPEN, Siri (edit) (2011), *Litigating health rights: can courts bring more justice to health*. Human Rights Program Series, Harvard Law School. Harvard University Press, pp. 76-102.

FERREIRA, Siddharta Legale, COSTA, Aline Matias da. Núcleos de assessoria técnica e judicialização da saúde: constitucionais e ou inconstitucionais. Revista SIRJ. Rio de Janeiro, v.20, n. 36, p. 219-240, 2013.

GAURI, Varun; BRINKS, Daniel M. *Courting Social Justice*, Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

GLOPPEN, Siri, YAMIN, Alicia E. (org.) (2011), *Litigating health rights: can courts bring more justice to health*. Human Rights Program Series, Harvard Law School. Harvard University Press.

IPEA, *Presença do Estado no Brasil: Federação, suas Unidades e Municipalidades*. 2a ed., 2010, disponpivel em: http://www.ipea.gov.br/presenca/.

LEITE, Silvana Nair et al. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito ao acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 10, n. 2 p. 13-28 Jul./Out. 2009.

LEITE, Silvana Nair, MAFRA, Ana Cristina, "Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina", Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, suppl.1 [cited 2014-07-01], pp. 1665-1672.

LIMA JR., Arnaldo Hossepian Salles; SCHULZE, Clenio Jair. Os números do CNJ sobre a judicialização da saúde em 2018. Consultor Jurídicos, 10 de novembro de 2018.

MARANHÃO, Juliano Souza de Albuquerque; AZEVEDO, Paulo Furquim; FERRAZ JUNIOR, Tercio Sampaio. Direito regulatório e concorrencial no Poder Judiciário. São Paulo: Editora Singular, 2014.

MARQUES, S. B.;DALLARI, S.G.. "Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo". Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41, n.1, pp. 101-107.

MESSEDER, A., OSORIO-DE-CASTRO, C.. "Mandados Judiciais como ferramenta para garantia o acesso a medicamentos no setor público: A experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública 21(2):525-34, 2005*.

NAFFAH FILHO, Michel, CHIEFFI, Ana Luiza, CORREA, Maria Cecília MM. S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista (Online), v. 7, n. 84, p. 18-30, 2010.

OLIVEIRA, J. M. C. A. A Saúde Pública Jurisdicionalizada no Estado do Pará. Disponível em: http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=eede2d28a4d05ac5 (Acesso 15/05/2018)

OLIVEIRA, M.R.M.; DELDUQUE, M.C.; SOUSA, M.F.; MENDONÇA, A.V.M. "Judicialização da Saúde: para onde caminham as produções científicas?". *Saúde em Debate*, v.39, n.105, Rio de Janeiro, Abr-Jun 2015.

PEREIRA, J.R.; SANTOS, R.I.;NASCIMENTO JUNIOR, J.M.;SCHENKEL, E.P.. Análise das demandas judiciais para o Fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3551-3560, 2007.

RAMALHO, Bruno Araujo. A interface institucional entre a ANS e o poder judiciário: análise de acórdãos sobre a cobertura de emergências médicas em planos de saúde. *Revista de Direito Sanitário*, v. 17, n. 1, p. 122-144, 2016.

ROMERO, L. C.. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do distrito federal. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal, 2008.

SOUZA, E. "O Fenômeno da Judicialização da Saúde em Brasília, DF, entre 2012 e 2015". Trabalho de Conclusão de Curso Uniceub, Brasília, DF, 2017.

SOUZA, Gisélia Santana et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. Rev. Saúde Pública vol.51 (Sup. 2) São Paulo 2017. VIEIRA, F. S.. Ações judiciais e o direito à proteção da saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS, Revista de Saúde Pública, 42 (2), 2008.

WANG, D. W. L; FERRAZ, O. L. M.. "Atendendo os mais Necessitados? Acesso à Justiça e o Papel de Defensores e Promotores Públicos no Litígio Sobre Direito à Saúde na Cidade de São Paulo", *Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 10, n. 18, jun. 2013, pp. 167-90.

WANG, Daniel Wei L. Right to Health litigation in Brazil: The problem and the institutional responses. *Human Rights Law Review*, v. 15, n. 4, p. 617-641, 2015.

WANG, Daniel Wei Liang. Poder Judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito do Estado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. doi:10.11606/D.2.2009.tde-21062011-134507. Acesso em: 2017-12-03.

WANG, Daniel Wei Liang. Poder Judiciário e políticas públicas de saúde: participação democrática e equidade. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 14, n. 54, 2009.

WANG. Daniel Wei Liang, VASCONCELOS, Natalia Pires de., OLIVEIRA, Vanessa Elias de, TERRAZAS, Fernanda Vargas. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. Revista de Administração Pública-RAP, 48(5), 2014.

WITTEN, I. H., Frank, E., Hall, M. A., & Pal, C. J. Data Mining: Practical machine learning tools and techniques. Morgan Kaufmann, 2016.

ZUCCHI, P.; VIEIRA, F. S.. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Revista Saúde Pública* [online], v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

PODER JUDICIÁRIO

CNJ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA