



Poder Judiciário



JUSTIÇA PESQUISA

SUMÁRIO EXECUTIVO

Judicialização da saúde no Brasil

Dados e experiências



CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

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

EXPEDIENTE

Departamento de Pesquisas Judiciárias	
Diretor Executivo	Fabyano Alberto Stalschmidt Prestes
Diretora de Projetos	Fernanda Paixão Araújo Pinto
Diretora Técnica	Thamara Duarte Cunha Medeiros
Realização:	Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Secretaria de Comunicação Social

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

2015

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Relatório na íntegra disponível em www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias

342.7:614

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

142 p.

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

CDU

JUSTIÇA PESQUISA

SUMÁRIO EXECUTIVO

Judicialização da saúde no Brasil

Dados e experiências

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

EQUIPE DE PESQUISA

COORDENADORES

Felipe Dutra Asensi

Roseni Pinheiro

PESQUISADORES

Jaqueline Robaina

Adriana Marques Aidar

Frederico Ramos

Arthur Bezerra de Souza Junior

Renata Quaino

PESQUISADORES PARCEIROS

Arthur Bezerra Junior

Renata Quaino

Karize Lins

Raquel Tavares

Luciano Monteiro

Gabriele França

Guilherme Alef

Sumário

1		
Introdução		7
2		
A pesquisa		9
2.1. Aspectos gerais		10
2.2. Metodologia quantitativa dos perfis		10
2.3. Metodologia qualitativa das experiências		13
3		
Perfil da judicialização da saúde		15
3.1. Perfis de saúde pública e saúde suplementar		15
3.2. Considerações sobre os perfis		16
4		
Experiências de efetivação da saúde		17
4.1. Araguaína/TO		17
4.1.1. Apresentação		17
4.1.2. Da autocapacitação à capacitação compartilhada		19
4.1.3. A construção do projeto		22
4.1.4. Estratégias formais e informais de efetivação da saúde		24
4.1.5. Fatores da experiência e resultados alcançados		29
4.2. Lages/SC		29
4.2.1. Apresentação		29
4.2.2. Mútua capacitação		31
4.2.3. A construção do projeto		33
4.2.4. Estratégias formais e informais de efetivação da saúde		36
4.2.5. Fatores da experiência e resultados alcançados		40

4.3. Brasília/DF	41
4.3.1. Apresentação	41
4.3.2. Autocapacitação e Mútua capacitação	42
4.3.3. A construção do projeto	43
4.3.4. Estratégias formais e informais de efetivação da saúde	47
4.3.5. Fatores da experiência e resultados alcançados.....	52
4.4. Considerações sobre as experiências	53

5

Considerações finais: os desafios para o CNJ	55
Desafios de concepção do direito à saúde	56
Desafios institucionais.....	57
Desafios do cotidiano decisório	61

1

Introdução

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

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

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

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

No Brasil, a efetivação judicial do direito à saúde tem recebido um debate cada vez mais público e em diversos espaços. Especialmente com o fomento do CNJ, tem sido analisada e desenhada uma política judiciária da saúde, que envolve não somente a atuação das instituições jurídicas, mas também sua interface com instituições políticas e participativas. A necessidade de celeridade das decisões, a relação direta com o direito à vida e a complexidade do que significa tratamento e prevenção são elementos que diferenciam o direito à saúde dos demais direitos sociais, e a política judiciária de saúde tem procurado considerar isso.

2

A pesquisa

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

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

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

2.1. Aspectos gerais

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

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

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

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

2.2. Metodologia quantitativa dos perfis

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

Primeiramente, foi realizada uma pesquisa nos *sites* dos Tribunais de Justiça, com o objetivo de constituir um perfil dos litígios em saúde pública e suplementar, buscando categorizá-

-los mediante os seguintes dados: autor, réu, existência de antecipação de tutela, pedido principal, causa de pedir, existência de recursos, principais argumentos do autor e do réu, ações coletivas e individuais, além de outros previstos nos questionários de análise. Vale ressaltar que, apesar de a coleta dos dados ser quantitativa, a análise destes dados abarcou o componente qualitativo, como será visto.

Para respeitar a adequação do tempo da pesquisa, foram escolhidos como referência da pesquisa quantitativa os anos de 2011 e 2012. Os critérios de escolha foram: a) atualidade dos dados; b) disponibilidade *on-line* dos dados de 2ª instância; c) são anos posteriores à criação do Fórum Nacional de Saúde, da edição da Recomendação n. 31 do CNJ, da Recomendação n. 75 do CNJ, da Recomendação n. 107 do CNJ, da instituição dos Comitês Estaduais de Saúde e da realização da Audiência Pública de Saúde do STF.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Metodologia qualitativa das experiências

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

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

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

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

Nesse sentido, a equipe de pesquisa realizou visitas nas três experiências selecionadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, que duraram de três a cinco dias. Em Araguaína, foram realizadas 17 entrevistas, sendo: seis com membros de instituições jurídicas, quatro com membros da gestão de saúde, cinco com profissionais de saúde e duas com usuários do SUS. Em Lages, foram realizadas 25 entrevistas, sendo: sete com membros de instituições jurídicas, dez com membros da gestão de saúde, seis com profissionais de saúde e duas com usuários do SUS. Em Brasília, foram realizadas sete entrevistas, sendo: quatro com membros de instituições jurídicas e três com membros da gestão de saúde.

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

3

Perfil da judicialização da saúde

Os resultados da pesquisa quantitativa versaram sobre os Tribunais de Justiça dos seguintes estados: São Paulo, Paraná, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Acre. O objetivo foi analisar as características das ações judiciais de saúde pública e suplementar em cada tribunal, com foco especial no perfil das demandas e do seu desenvolvimento processual.

3.1. Perfis de saúde pública e saúde suplementar

A análise minuciosa do perfil das ações judiciais em saúde pública e saúde suplementar se encontram-se nos Anexos I e II do Relatório Final.

3.2. Considerações sobre os perfis

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

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

4

Experiências de efetivação da saúde

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

4.1. Araguaína/TO

4.1.1. Apresentação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1.2. Da aut capacitação à capacitação compartilhada

Um desafio comum à atuação das instituições jurídicas na saúde é o desconhecimento técnico dos profissionais do direito neste assunto. Afinal, o direito sanitário não compõe o quadro de disciplinas obrigatórias na faculdade de direito e é superficialmente cobrado em concursos públicos.

Em Araguaína, as iniciativas de capacitação começaram como iniciativas de aut capacitação e se transformaram progressivamente em uma capacitação compartilhada. A aut capacitação começou com uma juíza que, ao assumir uma Vara de Fazenda Pública, deparou-se com diversos desafios na efetivação da saúde. Com o tempo, esta juíza assumiu outras

responsabilidades na área e estabeleceu diversas estratégias de diálogo com os demais atores jurídicos e políticos.

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

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

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

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

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

Além da autocapacitação e da mútua capacitação, houve a capacitação institucional, que ocorreu a partir da interação com as iniciativas desenvolvidas pelo CNJ. Não somente o CNJ trouxe novas ideias e conhecimentos, mas também provocou uma “quebra de paradigmas”, como um dos entrevistados salientou. Um dos juízes de Araguaína sustenta o seguinte:

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

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

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

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

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

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

O compartilhamento de experiências entre os juízes de outros locais foi decisivo para otimizar o trabalho dos magistrados em Araguaína e para que vissem com mais clareza os fatores de sucesso e fracasso dessas experiências. Em suma, foram quatro grandes processos de capacitação que permitiram o diálogo institucional em Araguaína: autocapacitação (magistrado sozinho), capacitação mútua (magistrado e gestor), capacitação institucional (magistrado e CNJ) e capacitação compartilhada (magistrado de Araguaína

e outros magistrados). Atualmente, a capacitação tem sido permanente e tem envolvido não somente os juízes e gestores, mas também outros membros de instituições jurídicas, tais como promotores de justiça e defensores públicos.

4.1.3. A construção do projeto

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

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

Como resultado desta ausência de mecanismos administrativos efetivos para a concretização da saúde, de um lado, e do crescimento da procura pelo Judiciário, de outro, houve uma verdadeira expansão da interferência das instituições jurídicas no cotidiano da gestão.

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

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

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

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

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

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

Antes mesmo de se instituir o projeto, o desafio foi construir sua confiabilidade perante as instituições jurídicas e políticas, além de garantir o compromisso e adesão deles às iniciativas propostas. Desse modo, foram realizadas inúmeras reuniões de trabalho com os representantes das Secretarias de Saúde municipal e estadual, Defensores Públicos, Promotores de Justiça e Juízes que atuavam diretamente com a efetivação da saúde (Fazenda Pública,

Infância e Juventude etc.). Nessas reuniões, muitas conversas foram desenvolvidas para que cada instituição pudesse evidenciar sua realidade a compreender a realidade da outra. As reuniões foram dirigidas e coordenadas pela juíza que capitaneou o projeto, sempre com a participação da coordenadora da Ouvidoria Municipal. Um dos maiores desafios foi justamente manter a independência da atuação dessas instituições, para que nenhuma fosse contaminada pelos interesses de outra.

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

4.1.4. Estratégias formais e informais de efetivação da saúde

As estratégias formais e informais estão presentes em Araguaína. Com o desenvolvimento desta experiência, observa-se progressiva transição das estratégias formais para as informais. As formais são basicamente o processo judicial, que dispõe as partes em conflito num modelo adversarial, cujo vencedor será consagrado a partir de uma sentença judicial. As estratégias informais são mais heterogêneas e variam desde um processo administrativo até um telefonema, *e-mail*, reunião ou visita de acompanhamento.

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

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

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

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

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

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

A judicialização crescente era o diagnóstico que se tinha na época. A demanda era altíssima para o município, onerando muito o orçamento público, dificultando o planejamento público dessas que eram ajuizadas muitas vezes sem um critério definido, sem considerar a política pública existente, sem analisar protocolos terapêuticos. Então era um caso realmente grave e era necessária uma intervenção. Eu acredito que foi um momento oportuno, além da demanda uma vontade política tanto do gestor da época, pois é importante ter esse engajamento, essa vontade da gestão, de se fazer valer um projeto desse. Porque a gente sabe que demanda pessoal, demanda recursos físicos e financeiros de pessoal que a gente já sabe que são limitados. Essa é a realidade do Brasil inteiro, de uma gestão pública municipal, e ter um gestor que acredite e leve isso pra frente é muito positivo. Então é a vontade política contexto favorável de uma crescente judicialização e a orientação nacional já havia sido iniciada pelo CNJ depois da audiência pública e do supremo que eu acho que é fundamental que foi anterior inclusive a recomendação 31 e a constituição do comitê estadual. Então foram vários fatores que eu acho que somados contribuíram para que esse projeto fosse iniciado no seu tempo, em maio de 2011.

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

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

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

Nesse sentido, a efetivação informal da saúde em Araguaína tornou-se a principal estratégia das instituições jurídicas e políticas. Isto contribuiu decisivamente para a redução dos processos judiciais e para o estabelecimento de formas plurais e heterogêneas de efetivação do direito à saúde a partir do diálogo institucional. Como afirma uma das funcionárias do NAT sobre as instituições jurídicas: “hoje em dia eles tem essa preocupação. Desde que estou aqui nunca vi chegar uma decisão que não foi consultada. Acho que isso acontecia antes de eu estar aqui, mas eu desconheço”.

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

Uma primeira observação em relação ao modelo adversarial, que diferencia Araguaína de outras experiências no Brasil, é a possibilidade de acompanhamento do cumprimento da decisão pelo NAT. Trata-se do “processo infinito”, como já foi discutido aqui. Assim como na atuação extrajudicial o NAT acompanha o cumprimento do acordo e também a pertinência

da manutenção do fornecimento de serviços e insumos ao longo do tempo, isto também ocorre no processo judicial. O caso abaixo relatado por uma juíza é exemplificativo disso:

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

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

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

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

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

A rapidez na resolução do problema tem sido fundamental, inclusive nos casos de ações patrocinadas por advogados privados. Naquelas propostas pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública, que são bastante excepcionais, a busca pela solução administrativa já é a praxe. Alguns relatos apontam que os advogados privados também têm buscado soluções deste tipo antes de ingressar com a ação judicial.

Segundo os relatos, isto ocorre porque os juízes passaram a formular um juízo mais crítico a respeito dos laudos e prescrições médicas, inclusive intimando eventualmente os médicos para prestarem esclarecimentos mais aprofundados ou para retificarem prescrições incompreensíveis. Toda essa preocupação é para que a prestação jurisdicional seja mais qualificada e, ao mesmo tempo, se evite o desperdício de dinheiro e de esforços, contribuindo para maior estabilidade das políticas de saúde. Observe-se o relato de uma juíza sobre quando realiza a intimação dos médicos para prestar esclarecimentos em audiências:

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

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

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

4.1.5. Fatores da experiência e resultados alcançados

É possível destacar os seguintes fatores de inovação da experiência de Araguaína:

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

4.2. Lages/SC

4.2.1. Apresentação

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2. Mútua capacitação

Um dos principais desafios à atuação das instituições jurídicas na saúde diz respeito a seu desconhecimento técnico em relação aos assuntos específicos da saúde. Os relatos apontam a alta utilização da mútua capacitação. Antes de ser uma atividade solitária de autocapacitação do juiz, observa-se que a mútua capacitação entre os atores políticos e jurídicos foi a principal estratégia. Afinal, a interação entre estes atores durante anos permitiu que as deficiências de conhecimento de ambos pudessem ser reduzidas. Com a mútua capacitação, ainda que informal, esses atores passaram a se relacionar mais e com mais frequência, o que permitiu o diálogo institucional.

Esta mútua capacitação contou com o protagonismo do Judiciário, que resultou na própria experiência deste município de efetivação extrajudicial da saúde. É muito comum nos relatos dos gestores a menção à importância do Judiciário para sua própria capacitação. O inverso também ocorreu, mas não na mesma intensidade nos relatos. Vejamos alguns:

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

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

Dos relatos acima, podemos extrair três elementos importantes. Em primeiro lugar, a auto-compreensão do Judiciário de que ele realmente pode e deve capacitar as pessoas para que possam atuar na efetivação da saúde de maneira não adversarial. Em segundo lugar, a compreensão de que a formação é fundamental, daí a realização de cursos e oficinas com regularidade mensal para criar espaços de discussão. Em terceiro, observa-se o reconhecimento da contribuição do juiz na formação dos profissionais de saúde e dos gestores. Como se trata de uma cidade pequena e com interação cotidiana entre os atores políticos e jurídicos há anos, a mútua capacitação tem criado um espaço de respeito e de colaboração entre eles.

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

Em diversos relatos, há tendência dos atores políticos a aceitarem e acatarem os projetos e estratégias extrajudiciais advindos do Judiciário. Não é incomum identificar nos relatos o reconhecimento do Judiciário como partícipe da política pública de saúde, e isto não é diferente no que diz respeito à capacitação.

Inclusive, como se trata de uma relação estabelecida há anos, a participação do CNJ nas ações de capacitação não foi tão relevante como aconteceu em outras experiências no Brasil. Como a experiência de Lages foi se consolidando antes mesmo da existência do CNJ, ele não foi tão importante para seu desenvolvimento, apesar de ser visto como uma instituição fundamental para o Judiciário atual. Com o CNJ, foram criadas formas de discussão compartilhada das dificuldades do Judiciário em matéria de saúde, e a experiência de Lages passou a receber dimensão ainda maior. Vale dizer que, assim como o CNJ criou os Comitês Estaduais, seu modelo foi reproduzido em Lages com a criação de um Comitê Municipal de Saúde.

4.2.3. A construção do projeto

O principal objetivo do projeto foi a constituição de um espaço institucional de diálogo entre as instituições jurídicas e políticas com o propósito de promover projetos extrajudiciais calçados na prevenção de problemas de saúde e na criação de um cotidiano colaborativo e compartilhado de efetivação do direito à saúde. O projeto é oriundo da constatação de que os atores políticos e jurídicos podem atuar de maneira integrada na efetivação do direito à saúde e independentemente da existência de processos judiciais.

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

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

O interesse do Judiciário pela saúde partiu de uma experiência bastante pessoal do magistrado que coordenou do projeto. À diferença de outras localidades, em Lages o interesse

não foi exatamente porque o juiz teve de decidir sobre o assunto, mas porque começou a despertar um interesse especial pela saúde em si e pelas possibilidades de atuar de maneira mais ativa e extrajudicial. Observe-se o relato abaixo, que evidencia a aproximação do juiz com a saúde não somente em razão da necessidade de decidir sobre o tema:

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

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

Nós começamos a detectar o alto índice de ações judiciais. De vez em quando o secretário ligava desesperado pra mim dizendo que o juiz deu até às 18h, até o dia seguinte, senão ele seria preso. O juiz coordenador me perguntava e eu dizia como funcionava, e a gente sempre trabalhava em parceria. Às vezes o estado e o município não estavam conversando. O estado estava fornecendo o medicamento seis meses, e o outro era o município. Aí o paciente ficava correndo para todo lado. Nós começamos a conversar porque precisamos organizar isso. Vamos fazer um protocolo de intenção pra organizar. O paciente vem pedir o medicamento e temos o genérico disponível. Vamos conversar com o profissional que prescreveu pra ele pra ver se é possível. Se for pelo princípio ativo, pelo genérico, o farmacêutico mesmo pode trocar. Se for similar, não. Se ele prescreveu um medicamento e tem um outro similar lá, é para ele dizer se pode ou não pode. Começamos a padronizar. Fizemos o primeiro protocolo. O paciente tinha que levar a receita atualizada e que precisava a cada 30 dias. E só a cada três meses ele vá ao especialista. Que tivesse um documento padrão que voltava para o médico responder antes de ir para o judicial. Que a equipe da farmácia estivesse bem informada sempre com uma lista sabendo o que é genérico e o que não é. Que fosse um atendimento humanizado. Tem uma fila, mas você está na minha frente. Agora eu vou olhar pra você e vou atender você. Não importa que a fila está grande. Depois o outro vai ser atendido da mesma forma, mas agora você é que interessa. Vou olhar pra você, vou chamar você pelo nome, vou explicar para você. Trabalhar com o funcionário que faça algo mais. Aí esse outro problema da questão da centralizada. A ideia é que centralize. E o juiz começou com essa ideia, vamos tentar. E ele insistia: “vamos fazer uma central de medicamentos judiciais. Porque se fosse o município que entregasse e fosse o estado estaria sempre ali. O paciente saberia que onde ele tem que buscar é ali”. E ele queria que fosse com o consorcio porque achava que se eu estivesse perto iria funcionar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.4. Estratégias formais e informais de efetivação da saúde

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

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

Não é por acaso que uma das principais preocupações do início do projeto foi racionalizar o uso do modelo adversarial do Judiciário. Assim como foram estabelecidos critérios de racionalização do fornecimento de medicamentos, também foram criados parâmetros internos

para as decisões judiciais em matéria de saúde. O principal critério foi a disponibilidade prévia do medicamento na via administrativa, ou seja, se o medicamento está disponível no Núcleo, não haveria motivo para ajuizar uma ação judicial. A via administrativa seria mais rápida e satisfaria igualmente os direitos do cidadão, além de possibilitar a racionalização do uso do medicamento, conforme explicitado no item anterior. Conforme salienta um membro da gestão municipal de Lages, “o que já era disponibilizado não justifica uma ação”.

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

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

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

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

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

Vale dizer que o uso formal de procedimentos também encontra entraves no âmbito da gestão. Não bastaria um Judiciário mais informal se a gestão fosse completamente for-

malizada e burocrática. Nesse sentido, tanto o Judiciário quanto o Executivo promoveram acordos e planos para que, independentemente de suas estruturas formais, adotassem estratégias informais que lhes garantissem maior flexibilidade, agilidade e adequação na efetivação da saúde. De práticas informais, o projeto se desenvolveu e, ao longo do tempo, foram formalizadas algumas estratégias, tais como o Consórcio e o Núcleo.

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

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

O tribunal declarou a minha suspeição. Eu tenho um acórdão aqui do tribunal, eu não posso trabalhar com processo de saúde, porque ao longo desse período eu tomei a iniciativa de criar esse espaço e o promotor arguiu a minha suspeição porque o entendimento dele no primeiro momento era que isso estava sendo feito para beneficiar o estado em detrimento do indivíduo. Na realidade, se você perceber o protocolo que foi criado, esse trabalho foi criado em prol do cidadão. Quer dizer não pra mim, diz por escrito para que eu possa levar para o juiz e o juiz vai designar um técnico, e o técnico vai dizer: “não, está fundamentado que esse caso aqui não é esse o caminho”. Então o papel que eu tive no primeiro momento é realmente um papel diferenciado do que se espera de um juiz. Então houve uma certa confusão porque esse é um papel de um cidadão, o que eu fiz foi o papel de um cidadão. Então não é normal para um juiz, mas isso é normal para um cidadão fazer. Eu, enquanto cidadão, tenho um dever com a minha consciência, eu não posso ver o paciente morrendo aqui na antessala com câncer e não fazer nada. O mínimo que eu tenho que fazer é ser educado, no mínimo eu tenho que levantar e cumprimentar, no mínimo eu tenho que pedir sobre a saúde dele. Agora se eu tenho o poder de fazer mais, como é que eu não vou fazer mais? Só por que eu sou juiz? Então não posso ter aquela conduta? Então isso foi entendido que eu estava ultrapassando as minhas atividades, eu estava me tornando parcial. Na verdade não, isso é uma questão de humanizar o atendimento. Agora eu vou entrar na sala de audiência e não vou te olhar? Não vou olhar pra ti? [...] Isso foi entendido de uma outra forma. Aí então o tribunal declarou e eu não aceitei. Aí foi pro tribunal e o tribunal disse: “ele é suspeito”. Aí então eu não posso mais atuar desde 2009 em processos de medicamentos.

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

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

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

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

Nós tivemos uma greve, uma notícia de greve dos médicos do hospital e aí houve uma atuação do Ministério Público, uma ação civil pública. E aí eu entendi que não era o caso de eu determinar liminarmente que eles trabalhassem, porque eles trabalhando sem remuneração eu só iria adiar o problema. Então eu preferi fazer algumas audiências públicas pra entender o problema e nós nos encaminhávamos para uma solução pacífica. Nesse meio tempo, o Ministério Público apresenta uma reclamação. Eu recebi uma determinação pra em setenta e duas horas cumprir a determinação e dar a liminar, examinar a liminar. Como eu estava num processo de negociação com os municípios da região para eles custearem uma parte desses serviços, a minha decisão saiu catorze dias depois. Um ano e meio depois nós conseguimos fazer um acordo e há três ou quatro anos hoje esse serviço vem sendo, hoje tem uma fonte de lançamento, resolveu o problema e o processo tá arquivado. Eu fui condenado, recebi uma advertência na minha ficha funcional limpa, agora tem uma advertência, porque eu descumpri a determinação de dar a liminar. Então o que acontece é que muitas vezes a sociedade espera que o juiz faça, mas se ele fizer a interpretação que é dada é outra. Porque o juiz ele é pra determinar o cumprimento da lei.

Se você traz alguma outra metodologia de trabalho, aquilo é visto de uma outra forma. [...] Enquanto pacificador social eu tinha que resolver aquela questão, encaminhar aquela questão de forma efetiva. Se eu dou uma liminar eu iria causar na verdade um problema muito maior, porque daí eu ia liberar o hospital de remunerar o médico, o médico por outro lado ia se descredenciar, aí você perdeu a equipe e depois a gente percebe o que pode acontecer. Mas isso tudo eu não vejo de uma forma negativa. Muito pelo contrário, eu penso que todas essas experiências são extremamente positivas, extremamente ricas. Nós só aprendemos nessa dinâmica.

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

4.2.5. Fatores da experiência e resultados alcançados

É possível destacar alguns fatores de experiência no âmbito do Consórcio e outros no âmbito do Núcleo. No Consórcio, é possível citar:

- » Criação de um padrão comum de atuação em toda a região, que evitou sobreposições e racionalizou os gastos e investimentos.
- » Diálogo do Judiciário com os gestores de saúde em prol de medidas efetivas de melhoria da comunicação formal/informal, que contribuiu para o estabelecimento de diversos projetos institucionais.
- » Redução dos conflitos colaterais em decorrência da dificuldade de acesso à saúde pública com uma atitude proativa dos atores políticos e jurídicos que buscasse a prevenção, promoção e educação em saúde.

No Núcleo, é possível citar:

- » Verificação da real condição do paciente por meio de contato pessoal com este por meio de agentes comunitários de saúde especialmente capacitados pelo Núcleo.
- » Integração do paciente aos programas e medicamentos que são oferecidos pelo SUS e seu acompanhamento ao longo do tempo por meio do Núcleo.
- » Integração entre os órgãos da saúde (municipal e estadual) com o paciente, Defensoria Pública, advocacia pública e Ministério Público, além do Poder Judiciário.

- » Agilidade nos procedimentos administrativos e nos processos judiciais, especialmente com a satisfação administrativa de diversas demandas de insumos, produtos e serviços.
- » Conscientização dos agentes políticos quanto às políticas públicas de saúde e a mudança de mentalidade para a construção do diálogo institucional entre Executivo e Judiciário.

4.3. Brasília/DF

4.3.1. Apresentação

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

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

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

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

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

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

4.3.2. Autocapacitação e Mútua capacitação

Um dos principais desafios à atuação das instituições jurídicas na saúde diz respeito a seu desconhecimento técnico em relação aos assuntos específicos da saúde. A capacitação nos assuntos de saúde é um dos grandes desafios para que ocorra o diálogo institucional. É muito incomum que o jurista tenha algum conhecimento das questões específicas da saúde, e o inverso também é verdadeiro. A capacitação – formal ou informal – ganha destaque para a superação dessas deficiências.

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

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

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

A necessidade de se capacitar derivou não somente de uma deficiência de conhecimento sobre a saúde, mas também porque é uma preferência acadêmica do defensor. Não somente ele se capacitou para desenvolver suas funções como defensor de maneira mais efetiva, como se dedicou academicamente ao tema em seu mestrado e doutorado. Em decorrência disto, a aut Capacitação foi a primeira estratégia adotada pelo defensor. Nos relatos, entretanto, também se observa um problema de capacitação nos atores políticos. É comum observar nos relatos que eles também não receberam estratégias de capacitação, conforme se observa no relato abaixo de uma gestora do núcleo de judicialização:

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

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

4.3.3. A construção do projeto

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

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

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

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

Eu acho que dentro do comitê distrital, que é esses que vocês irão acompanhar amanhã, o saudoso doutor Donizete, que faleceu, ele que iniciou o processo aqui, que tentou fazer uma mediação de tudo que acontecia. Ele tentava mediar as brigas entre a secretaria e o Ministério Público, entre a secretaria e a Defensoria Pública, sempre foi um excelente mediador. E na época, o defensor coordenador do projeto começou a namorar o processo e foi indo. A gente foi conversando, eu tentava fazer e às vezes ele mandava um ofício para mim e pelo ofício da Defensoria, que é antes da judicialização, eu falava: “Deixa eu ver. Vou tentar resolver assim”. A gente percebeu que poderíamos ir além do que resolver por telefone. A gente resolvia muita coisa por telefone: “Deixa que eu resolvo isso”; “Não precisa não, eu resolvo isso.” As coisas foram indo até que tivemos de institucionalizar. Não dá para ser eu, você, as pessoas. Tem que ser as instituições, porque a pessoa vai embora, mas a instituição fica. Foi um namoro longo, um ano de discussões para ver como seria, onde seria, quem participaria. No início, a procuradoria ia participar e depois a procuradoria não quis, não teve interesse em participar naquela época. Atualmente o novo procurador geral tem interesse em participar. Quando foi em 2012, a gente começou a sentar e a escrever: “vamos fazer várias reuniões, vamos cortar isso, vamos fazer isso, aquilo”. E daí fomos alterando onde poderia, quem seria, como faria, quem faria. Até que chegou e foi publicada em fevereiro de 2013. O defensor precisava se estruturar lá também e eu precisava me estruturar aqui. Por quê? Quando ele começou a mandar, eu olhava e pensava: “E agora?”. A gente pensa que é simples. Eu precisava conversar com todos os coordenadores que eles entendessem o que era judicialização. Eu precisava que eles compreendessem o que era a CAMEDIS. Era uma pré judicialização na verdade, porque se eu não conseguir resolver mediando, eu vou judicializar, o que é muito pior. Então foi de fevereiro até agosto quando teve nossa primeira reunião, foi quando a gente começou a perceber como é que dava.

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

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

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

Desde o início do projeto, o Comitê desempenhou papel fundamental de articulação entre as instituições jurídicas. Por isso, não é incomum observar nos relatos certa gratidão dos entrevistados ao apoio do Comitê nesse processo.

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

Nós ainda temos a cultura da judicialização. A Defensoria ano passado teve uma campanha nacional de busca pela resolução extrajudicial. Foi a campanha da ANADEP. O nome deste núcleo – nós falamos núcleo de saúde porque é mais fácil de falar – é “Núcleo de conciliação e mediação de saúde”. Ele

nasceu com essa vocação e isso não foi eu que inventei. Isso foi cinco anos atrás eu nem era defensor. Então criar uma comissão de mediação é a vocação desse núcleo para resolver um problema que não é só individual, ele é coletivo. Não dá para pensar na saúde individualmente senão você destrói o sistema. Quando eu entro com uma ação, eu tenho de resolver o problema daquele meu impasse, mas o sistema tem de estar de pé amanhã, porque amanhã eu irei atender mais 80 pessoas aqui. Essa é uma visão que o defensor tem que o advogado privado regra geral não preza. Nós não. Estamos pra resolver o problema de quase 14 mil pessoas por ano, que é o número de atendimentos que a gente faz.

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

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

O projeto não sofreu somente resistências iniciais dos juízes e defensores, mas também da procuradoria do Distrito Federal. Os procuradores distritais também não foram receptivos ao projeto no primeiro momento. Inclusive, na primeira versão do projeto, caberia à procuradoria e não à Defensoria, o papel de atuar como mediadora nas audiências de mediação. Porém, quando próximos da assinatura da criação da Camedis, a procuradoria optou por não participar. Os relatos abaixo ajudam a contextualizar a questão.

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

O desenho inicial da Camedis, como ela foi construída inicialmente, não era para o defensor ser mediador em si. Era para a Defensoria estar no polo de demanda junto com paciente usuário do SUS. Do outro lado da demanda estaria a Secretaria de Saúde e, como mediadora, estaria a procuradoria do DF porque eles têm interesse em proteger juridicamente o gestor, mas ao mesmo tempo evitar a judicialização que senão ele teria de brigar com a gente. A procuradoria aceitou e gostou do projeto. Isso foi sendo construído, conversado, duraram boa parte do ano de 2012 as discussões sobre isso. No final de 2012, a gente teve a última reunião já com os representantes da secretaria, os representantes da Defensoria e os representantes da procuradoria para fechar o texto. Isso tudo sendo sempre muito articulado pelo juiz que coordenava o comitê. Ele foi realmente um dos principais entusiastas e que facilitava o contato e nessa reunião nós fechamos o texto. Discutimos os últimos pontos e eu fiquei responsável por inserir as modificações e enviei. Esse envio era para ser levado para a instância política – para o secretário, para o defensor geral

e para o procurador geral de justiça – aprovar o texto final e marcar o dia para assinar. Foi quando teve a surpresa, quando o procurador geral de justiça informou que não poderia participar da Camedis porque não tinham pessoal pra isso. Houve uma grande discussão porque eles têm nove procuradores na área de saúde e nós temos três defensores na Defensoria partindo inclusive de um questionamento em relação a por que a procuradoria não podia participar já que a Defensoria podia. Criou-se um impasse político e eles não puderam entrar: essa foi a justificativa oficial. Passamos daí a ter uma organização e ao mesmo tempo a Defensoria sendo demandante, mas durante a reunião tentando ser uma mediadora e tendo então reforçado essa presença do paciente e da secretaria para termos os dois pólos. Nisso, refizemos o texto, foi relativamente fácil só excluimos a procuradoria e agendamos um dia para assinatura. Foi agendado esse dia no começo de janeiro de 2013. Foi uma semana na secretaria no gabinete do secretário de Saúde, ele assinou e o defensor geral assinou. Aí foi encaminhado para a publicação e foi publicado no final de fevereiro do ano passado. A partir daí começou um momento de implementar isso (defensor).

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

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

4.3.4. Estratégias formais e informais de efetivação da saúde

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

O modelo adversarial é frequentemente utilizado pela Defensoria Pública. Ele é utilizado tanto nos casos em que os defensores propõem as ações judiciais diretamente quanto

nos casos em que o tipo de demanda não pode ser submetido à Camedis ou quando não resulta da Camedis um acordo. Apesar disso, é comum nos relatos uma tentativa de evitar a judicialização das demandas em saúde, apesar de também se observar um reconhecimento, por parte dos atores jurídicos, de que a judicialização ainda é necessária. No caso da CAMEDIS, essa tentativa de evitar é ainda maior, especialmente pela vivência pessoal de um dos principais defensores do projeto, que, antes de se tornar defensor, foi servidor do Judiciário.

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

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

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

O diálogo é ruim e não são todos os magistrados que atendem a gente. Às vezes está com um problema grave, vários casos acontecem, eu pego um médico e vou lá e começo a perceber que aumentou muito o quantitativo de um medicamento “x” que é diabético e a gente sabe que não vai resolver a vida do paciente. Aí eu levo em algum juiz que é especialista naquilo. Alguns juízes me recebem, outros não atendem e não querem receber. Eu não quero que ele tome partido de um lado, mas eu quero que ele entenda a política. Então eu levo algum coordenador, alguém da área pra dizer como trabalhamos hoje. Porque temos que trabalhar assim, qual risco o paciente corre e tal, para quando chegar uma ação pra ele, ele ter amparo para decidir e não são todos que aceitam isso. Esse é um trabalho que eu tentei fazer muito, na verdade, hoje em dia eu estou mais cansada desse trabalho. Eu percebi que mesmo quando a gente levava, a gente não era escutada por todos e muitos não queriam nossa presença lá.

A crítica da ausência de diálogo realizada pelos atores políticos também veio acompanhada da crítica a certa insensibilidade dos juízes em relação aos desafios logísticos e operacionais para se efetivar o direito à saúde. Quando comparam à Camedis, os atores

políticos veem um grande avanço em termos de sensibilização e diálogo. Observe-se a fala da mesma gestora:

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

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

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

O Judiciário acolhe, mas não sei se traz benefício. Eu acho que são coisas que temos de separar. Acolher acolhe, a ação entra e ela tem sua tramitação mais rápida ou mais demorada e aí estão os problemas da justiça que não cabe a nós abordar. A questão é: este acolhimento é benéfico? Do ponto de vista do indivíduo, aparentemente é. Do ponto de vista coletivo, é quase sempre maléfico, quase sempre negativo. Por que eu destaquei que às vezes para o indivíduo também não é positivo? Porque há decisões judiciais, baseadas apenas em uma prescrição médica e que nem sempre traz para o paciente o benefício esperado ou benefício esse que poderia ser obtido da mesma forma com outro tipo de procedimento que nem dependeria da judicialização, ou ainda que pode trazer de fato malefício. Então já temos histórico de situações que nós tentamos comprovar ao Judiciário que aquele ato não era benéfico, não era adequado e, no entanto, a decisão judicial não acatou esse posicionamento. Então, ainda que a sentença transitada e julgada, passa a ser a verdade assumida perante a lei ou perante a justiça. Do ponto de vista da Secretaria de Saúde, isto nunca será absoluta verdade, porque nós não nos baseamos na lei. Nos baseamos na biologia, nos baseamos na saúde, então há um entendimento do cidadão que ele foi beneficiado e teve o medicamento supostamente ou o aparelho, ou o procedimento cirúrgico que supostamente lhe trará benefício e lhe trará salvação, quando do ponto de vista médico isso pode não corresponder à verdade (secretário de Saúde adjunto).

Acolhe. Quando eu vou pras reuniões com os magistrados eu sempre falo que se o paciente estivesse morrendo ele não estaria em casa e sim no hospital. Paciente que está em casa não está morrendo.

O paciente que está em casa ele precisa de uma consulta, ele precisa ser assistido, ele precisa ser atendido, mais ele não está morrendo. Os pacientes que estão morrendo estão no hospital sendo atendidos (gestora do núcleo de judicialização).

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

Nesse sentido, a Camedis se tornou uma estratégia importante para a Secretaria de Saúde e para a Defensoria. Por razões diversas, ambos buscaram evitar o modelo adversarial e, a partir da Camedis, empreenderam-se esforços nesse sentido. Alguns relatos ainda apontam certo “alívio” quando foi criada a Camedis justamente porque possibilitaria maior diálogo institucional, especialmente entre a Secretaria – a responsável pela política de saúde – e a Defensoria – principal patrocinadora de demandas judiciais no tema. A visão positiva dos resultados alcançados pela Camedis e do que ela poderá ainda alcançar no futuro é comum nos relatos. Os relatos apontam inclusive a intenção dos atores políticos em fortalecer-la ainda mais, conferindo mais estrutura e maior poder decisório sobre a gestão.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Da mesma forma, a recorrente demanda por medicamentos e materiais não padronizados pelo SUS também é um desafio, pois a legislação sanitária cria diversos entraves à realização de acordos administrativos para compra de produtos não padronizados. Essas limitações – apesar de estruturantes do sistema – dificultam soluções para casos peculiares e impulsionam os usuários do SUS à busca pelo Poder Judiciário.

4.3.5. Fatores da experiência e resultados alcançados

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

- » Sentimento de empoderamento por parte dos usuários que participam das sessões de mediação, que se mostram satisfeitos em serem ouvidos diretamente por gestores e por ouvirem justificativas oficiais e detalhadas sobre os desafios e a resolução das demandas apresentadas.
- » Diminuição do número de ações judiciais relacionadas aos casos apreciados pela Camedis, pois há um alto grau de êxito nas sessões de mediação, tanto com o atendimento integral das demandas, quanto com a oferta de soluções mediante o consenso.
- » Fortalecimento do diálogo e cooperação entre Defensoria e Secretaria de Saúde, já que ambas as instituições têm que atuar conjuntamente no sentido de promover

o direito à saúde aos pacientes do SUS de forma individualizada, sem perder de vista a perspectiva coletiva da saúde.

- » Apesar de a CAMEDIS ter nascido sob os auspícios do Comitê de Saúde, trata-se de um espaço de resolução extrajudicial de conflitos, ou seja, um arranjo institucional em que os atores políticos e jurídicos interagem com maior respeito a sua autonomia e à do cidadão.
- » Os gestores da saúde buscam atender não só às demandas por serviços e produtos já incorporados pelo SUS (padronizados), mas também aqueles ainda não incorporados pelo SUS, mas necessários pela condição peculiar de cada usuário.
- » A preparação e a realização das reuniões de planejamento alternadamente nos espaços da Secretaria de Saúde e da Defensoria Pública permitem melhor conhecimento das rotinas, dificuldades e desafios de cada instituição, além de melhor interação e colaboração entre si.

4.4. Considerações sobre as experiências

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

- » **Reconhecimento de que as instituições jurídicas podem influenciar a política pública, então é importante fazer de uma maneira responsável e dialógica:** as experiências partem do pressuposto de que a passividade institucional pode ser equilibrada com uma atuação mais ativa e extrajudicial nas políticas públicas de saúde, com foco especial no estabelecimento de pactos e acordos com os gestores para a atuação em conjunto.
- » **Compreensão de que o modelo adversarial** não é o mais adequado: a valorização da extrajudicialidade aponta para a necessidade de se criar alternativas ao modelo adversarial do Judiciário; estas alternativas podem ser desenvolvidas pelo próprio Judiciário e pelas demais instituições jurídicas, sem prejuízo dos deveres relacionados à atividade judicante. Em todos os casos, observou-se redução das ações judiciais que versavam sobre o conteúdo da experiência.

- » **Valorização do diálogo institucional:** observa-se a aposta das instituições jurídicas em promover e desenvolver radicalmente o diálogo institucional entre si e com a gestão de saúde, o que possibilita o desenvolvimento de estratégias extrajudiciais para a efetivação desse direito e, além disso, possibilita que o diálogo e a alteridade sejam ferramentas essenciais para o agir em saúde.
- » **Dependência da vontade política e do compromisso dos atores:** o desenvolvimento das experiências dependeu da vontade política para que a gestão criasse, aderisse ou estimulasse o projeto, de modo que as transições governamentais ainda podem ser um fator de impacto importante para que a experiência subsista e alcance outros resultados. O sucesso da experiência esteve diretamente relacionado à capacidade de sensibilização dos gestores e das instituições jurídicas a respeito da importância do diálogo institucional e do comprometimento entre eles.
- » **Atuação preventiva e curativa:** uma característica importante é que as experiências não tiveram atuação meramente curativa, isto é, buscando resolver problemas de efetivação do direito à saúde, mas também preventiva. Isto permitiu que, de modo extrajudicial, as instituições políticas e jurídicas pudessem atuar não somente de forma consequencialista no assunto, mas também nas causas e de maneira preventiva.
- » **Resistência inicial e busca por sensibilização interna nas instituições jurídicas e políticas:** em virtude do seu caráter inovador, as experiências encontraram resistência inicial nas instituições jurídicas e/ou na gestão para que pudessem ser iniciadas. As resistências foram superadas principalmente a partir de um processo de sensibilização dessas instituições. Algumas delas, inclusive, só acreditaram e aderiram ao projeto depois que presenciaram os primeiros resultados positivos.
- » **Pouca articulação com os Conselhos de Saúde:** um dado comum às experiências é que, apesar de privilegiarem o diálogo institucional entre as instituições políticas e jurídicas, não há uma incorporação cotidiana das instituições participativas, em especial os Conselhos de Saúde.

5

Considerações finais: os desafios para o CNJ

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

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

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

de desafios que se impõem ao CNJ para o desenvolvimento de uma política judiciária para efetivação do direito à saúde, quais sejam: a) desafios de concepção do direito à saúde; b) desafios institucionais; e c) desafios do cotidiano decisório.

Desafios de concepção do direito à saúde

- » **Evitar a reprodução de uma visão medicalizada de saúde:** a saúde é verdadeiramente um direito multifacetado, na medida em que comporta critérios sociais, políticos, jurídicos e, até mesmo, psicológicos. De fato, a saúde não se reduz à mera ausência de doença, pois envolve aspectos que se encontram relacionados ao bem-estar físico, mental e social. Isto traz um desafio ainda mais complexo para as instituições jurídicas, pois se torna fundamental promover uma visão desmedicalizada da saúde, que deve considerar o paciente como ser humano inserido em um contexto social específico e com subjetividades singulares. Ao situar como saberes privilegiados para a decisão judicial o médico e o farmacêutico, o Judiciário pode reduzir a importância do trabalho multiprofissional desenvolvido por psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas, por exemplo. A reprodução de uma visão medicalizada da saúde também pode ocorrer pela sobrevalorização do saber médico e farmacêutico no processo decisório judicial. Isto pode contribuir para uma visão restrita do problema de saúde por parte de magistrados. Em verdade, é fundamental o desenvolvimento de uma visão multiprofissional e interdisciplinar dos problemas de saúde, sob risco de forte reducionismo decisório, o que implica, inclusive, ir além do saber médico e sopesar os laudos técnicos.
- » **Não ser refém do argumento econômico de restrição:** os ideais e estratégias de governo encontram-se predominantemente ligados aos problemas e desafios que surgem no curso do mandato. Neste contexto de contingência dos programas e da necessidade de estabelecer prioridades de ação no âmbito do governo, é comum que o Estado condicione sua efetivação aos limites financeiros fáticos e à escassez de recursos. O direito, portanto, passa não mais a ser visto de forma absoluta, podendo ser relativizado sob o argumento da insuficiência de recursos. Tanto em tribunais quanto no próprio âmbito dos juristas, o debate acerca da relação entre direitos e custos econômicos tem crescido e, inclusive, tem sido objeto de defesa do Estado em diversas ações judiciais. Observa-se que os diversos profissionais do direito, estudantes, professores e doutrinadores tendem a “se apaixonar” por este argumento e a reproduzirem de maneira ingênua e superficial o que elas significam em seu cotidiano. Outro equívoco das discussões sobre argumentos econômicos restritivos é seu efeito perverso:

a “luta entre cidadãos”. Abandona-se a ideia de cidadania e de sujeito de direitos para colocar um cidadão contra o outro de maneira fortemente egoística. A “luta entre cidadãos” afasta o verdadeiro foco: o dever do Estado de efetivar direitos e promover políticas públicas ao máximo. Outro equívoco refere-se à inexistência de ônus da prova de quem utiliza o argumento da reserva do possível. Ao ser reproduzida como um dogma, isto é, como um ponto de partida inquestionável, desaparece o dever do Estado de provar que realmente não possui recursos financeiros para determinada política. De fato, este argumento econômico de restrição de direitos tem sido amplamente utilizado com forte dose de senso comum e sem versar de maneira cuidadosa sobre seus efeitos. Ele tem sido equivocadamente propagado para causar um cenário de desobrigação do Estado sem qualquer dado concreto sobre a escassez de recursos ou sobre como são alocados. De modo algum se pretende negar a existência de municípios ou estados com sérios problemas de recursos financeiros, principalmente quando se trata de direitos sociais, mas isso deve ser visto e apreciado com bastante seriedade e cautela pelas instituições jurídicas.

Desafios institucionais

- » **Enfatizar a saúde como política de Estado:** o primeiro passo consiste em reconhecer que o direito à saúde não se esgota na norma constitucional e que as políticas públicas devem ter continuidade, configurando-se como políticas de Estado, e não de governo. A primeira exprimiria a ideia de compromissos que extrapolam mandatos eleitorais, buscando englobar pactos e consensos democráticos que permitam constituir políticas duradouras, resistentes aos governos e, por isso, **de Estado**. A segunda exprimiria justamente os programas estabelecidos para ter vigência durante o mandato eleitoral, isto é, sem qualquer pretensão ou vinculação explícita de continuidade duradoura, constituindo-se como **de governo**. Como política de Estado, o direito à saúde tem os seguintes atributos que podem ser reforçados pela atuação judicial: regularidade, continuidade e qualidade. A este respeito, também é fundamental reconhecer o direito à saúde como atributo de relevância pública, que extrapola um mandato eleitoral e, em virtude desta peculiaridade, apresenta caracteres de perenidade. Com isso, a saúde exige o compromisso explícito, por parte dos governos, em tratá-la como política de Estado, cabendo às instituições jurídicas averiguar o respeito a isso. Trata-se de postura fundamental do Judiciário esta ênfase da saúde como política de Estado, reforçando o dever dos gestores de garantir a saúde de forma integral. O desafio referente à mudança de governos deve ser seriamente enfrentado pelas instituições jurídicas, inclusive pensando em

estratégias supragovernamentais de responsabilização de gestores. Tais estratégias são diversas, pois variam desde pactuações com governos sucessores para que seja mantida alguma política de saúde até responsabilizações pela manutenção da continuidade das políticas. Nesse sentido, cabe também ao Judiciário atuar na criação de um sistema de **controle e efetivação**, de modo a permitir que as políticas públicas de saúde se tornem cada vez mais estatais e cada vez menos governamentais.

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

- » **Articulação com mecanismos participativos:** o cenário da efetivação do direito à saúde, nos dias de hoje, passa não somente por uma relação estanque e episódica entre a sociedade, que figura como demandante, e o Estado, que é o responsável pela política (Executivo) ou por resolver conflitos (Judiciário). A Lei n. 8.142/1990 consolidou espaços públicos de participação da sociedade civil na saúde – os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde – espaços relevantes para a continuidade do processo de garantia e efetivação do direito à saúde,

sobretudo porque pressupõem a **horizontalização** da relação Estado-sociedade. Observam-se, entretanto, poucas iniciativas de magistrados de estabelecer essa relação perene com os Conselhos, além de outros magistrados que sequer têm ciência da legitimidade dos Conselhos e Conferências em matéria de saúde. Por outro lado, com o avanço cada vez mais forte da judicialização da saúde, torna-se importante desenvolver iniciativas cada vez mais orgânicas entre o Judiciário e os espaços participativos de saúde, o que pode contribuir decisivamente para a efetivação do direito à saúde. A prevalência do gestor na definição de quais medicamentos cabem ao tratamento, inclusive devendo ser “ouvido” previamente pelo magistrado, associado à própria prevalência dos “médicos” e “farmacêuticos” para a incorporação dos saberes e práticas clínicas no interior da decisão judicial, permite afirmar que muito ainda deve ser percorrido pelo Judiciário brasileiro em matéria de participação em saúde. Além disso, ao se desconsiderar os mecanismos de participação social em saúde, é possível que haja um deslocamento das instâncias participativas de discussão para a esfera institucional do direito. Isto pode contribuir para a desconsideração das especificidades dos atores concretos em suas práticas sociais cotidianas em prol de uma categorização jurídica binária em perdedores, vencedores, sucumbentes etc. Assim, de um lado, as instituições jurídicas podem potencializar e qualificar as deliberações nos espaços de participação – inclusive participando deles – e contribuir para a intensificação das estratégias de efetivação do direito à saúde. De outro, tais instituições podem contribuir para o “apequenamento” ou “sufocamento” dos mecanismos participativos.

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

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

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

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

Desafios do cotidiano decisório

- » **Capacitação inteligente de todos os atores:** transitar na área da saúde enseja a necessidade de mútua capacitação de todos os atores políticos, jurídicos e participativos para a efetivação deste direito. A capacitação ainda deve ser promovida em termos institucionais, inclusive a partir da atuação dos Comitês estaduais, mas ela não pode ser meramente transmissão de conteúdo sobre direito ou sobre saúde; deve também englobar competências e habilidades práticas de mediação, construção de consenso e diálogo institucional focados em saúde. Além disso, é preciso que haja uma política de capacitação permanente, plural e cotidiana que promova o diálogo no próprio ambiente de aprendizado.
- » Não conceber o usuário como número: a concepção de “usuário como número” encontra-se fortemente relacionada à tradição intervencionista das políticas de saúde no Brasil, que se traduz em dois polos: o Estado, que possui o poder institucional e político de estabelecimento de tais políticas; e a sociedade civil, que historicamente se constituiu muito mais como objeto do que como sujeito ativo no seu desenvolvimento. A quantificação dos usuários em dados, tabelas e números permitiu um diagnóstico macrossocial a respeito das principais questões atinentes à saúde pública, tais como a taxa de natalidade, porcentagem de infectados por HIV etc. Por outro lado, o custo desta análise foi a incipiente ênfase na subjetividade dos indivíduos, ou, de maneira mais clara, na dimensão qualitativa da experiência social em saúde. As políticas públicas, em muitos casos, têm sido exclusivamente orientadas por esses saberes estatísticos, econômicos, sociais, políticos, jurídicos, médicos, etc. O efeito reverso pode se expressar na adoção da estatística como critério absoluto de definição das estratégias a serem adotadas nas políticas públicas, revelando-se, em muitos casos, uma desconsideração dos contextos específicos de construção de concepções e identidades dos usuários no sistema de saúde. Neste caso, a principal consequência consiste na desconsideração da subjetividade no processo de definição, execução e fiscalização das políticas de saúde. As instituições jurídicas não podem jamais reforçar esta perspectiva exclusivamente atomizante, pois os demandantes são sujeitos de direitos que clamam pela efetivação de direitos.

O protagonismo das instituições jurídicas – e, em especial, do Judiciário – não esteve isento de contradições no Brasil, mas isso é um processo compreensível. Independentemente dos diversos desafios relacionados, o fato é que a judicialização da saúde no Brasil tem reconfigurado drasticamente as responsabilidades dos Poderes para o estabelecimento

de políticas públicas que atendam aos critérios de universalidade, integralidade e descentralização. Em muitos casos, trata-se de uma verdadeira política judiciária de saúde, com destaque para o trabalho que vem sendo desenvolvido pelo CNJ.

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

Relatório na íntegra disponível em:
www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias