

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS:
COMO RESPONDER E PREVENIR**

VOLUME

04

**JUDICIALIZAÇÃO
DA SAÚDE:
COMO PREVENIR**

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: COMO PREVENIR

FICHA TÉCNICA

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

Presidente – Wilames Freire Bezerra

Vice-Presidente – Charles Cezar Tocantins

Vice-Presidente – Cristiane Martins Pantaleão

Coleção Judicialização da Saúde nos Municípios: como responder e prevenir

Autor

Daniel Wei Liang Wang

Professor de Direito da Fundação Getúlio Vargas-SP

Organização

Daniel Wei Liang Wang

Fernanda Vargas Terrazas

Joselisses Abel Ferreira

Projeto Gráfico e Diagramação

Sense Design & Comunicação

Edição

Mariana de Queiroz Pedroza

Talita Melo de Carvalho

Revisão Técnica

Ana Carolina da Gama Galdino

Fernanda Vargas Terrazas

Joselisses Abel Ferreira

@2021 do organizador CONASEMS. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução, cópia, parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A coleção institucional do CONASEMS pode ser acessada na íntegra no site institucional do CONASEMS – www.conasems.org.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	03
INTRODUÇÃO	05
ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO E RESOLUÇÃO PRÉ-JUDICIAL DE DEMANDAS	07
DISCIPLINA DAS PRESCRIÇÕES FEITAS PELO SERVIÇO DE SAÚDE	12
DIÁLOGO E PARCERIA COM DEFENSORIA PÚBLICA E MINISTÉRIO PÚBLICO	17
PRODUÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÃO	19
ENVOLVIMENTO NOS COMITÊS ESTADUAIS DE SAÚDE	22
REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E ORGANIZAÇÃO DAS FILAS	26
CONCLUSÃO	28



APRESENTAÇÃO

Este manual faz parte da série **Judicialização da saúde nos municípios: como responder e prevenir** organizada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Essa série busca contribuir para a formação e informação daqueles envolvidos com o tema da judicialização da saúde, sobretudo profissionais da saúde, do direito e da gestão envolvidos na resposta às demandas judiciais por tratamentos de saúde.

A judicialização da saúde é entendida como o fenômeno das ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde (SUS) que demandam o fornecimento de tratamentos médicos com base no direito constitucional à saúde. Esse tema já foi abordado em outras publicações do CONASEMS, como o Manual do Gestor Municipal do SUS¹, cuja leitura recomendamos fortemente. Porém, sentiu-se a necessidade da produção de material específico sobre esse assunto dada a sua crescente importância e preocupação para os municípios.

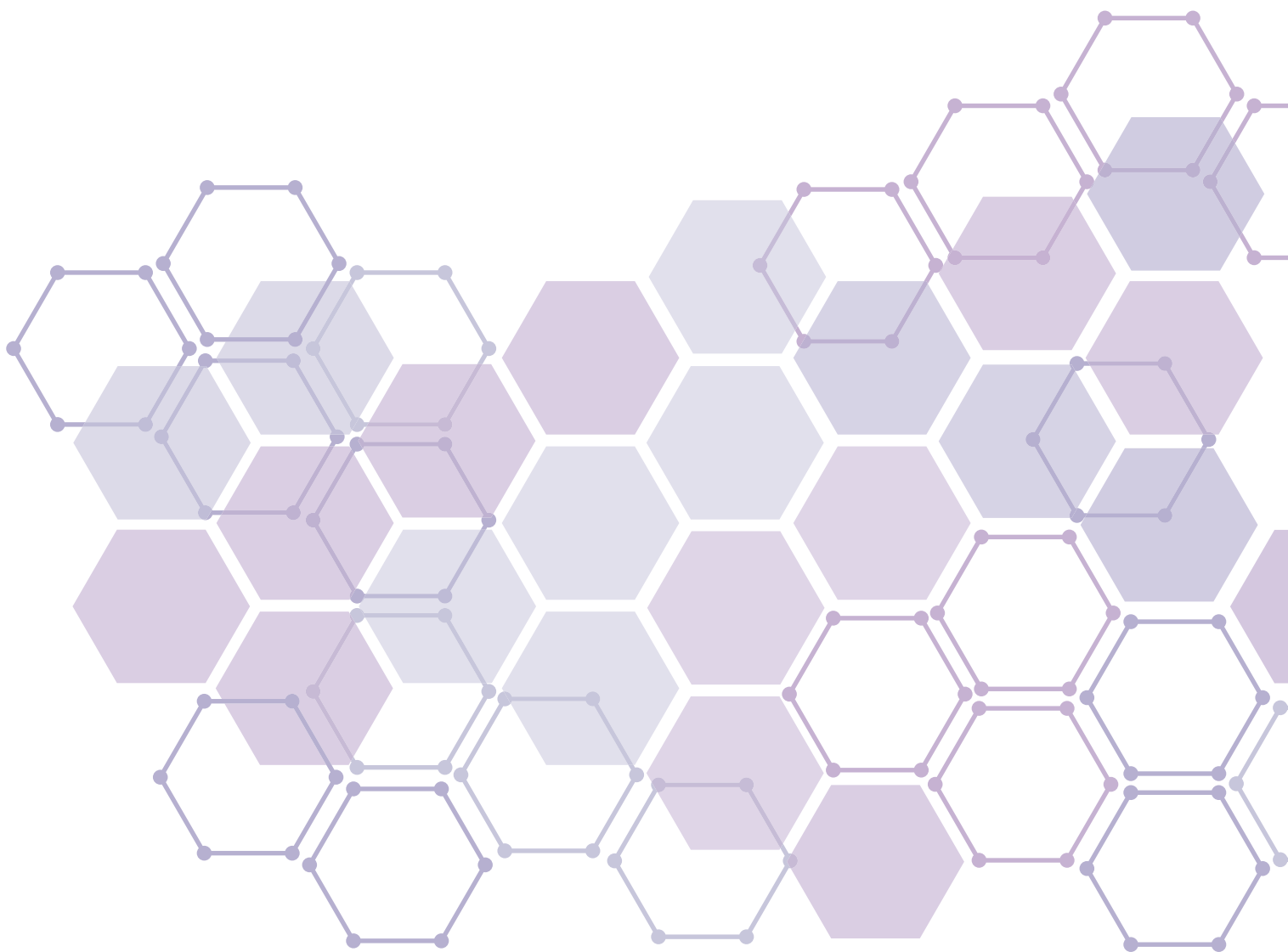
Ordens judiciais para fornecimento de tratamentos podem ter um impacto proporcionalmente muito maior em municípios, que geralmente possuem orçamentos muito menores que o de estados ou do governo federal. Algumas poucas ações de tratamentos de alto custo – às vezes uma única ação – já bastam para comprometer uma parcela enorme de orçamentos municipais de saúde, afetando outros serviços e usuários.

Municípios, sobretudo os de pequeno porte, também têm mais dificuldade para conseguir os recursos humanos com conhecimento técnico especializado em direito e políticas de saúde para melhor prevenir e responder a ações judiciais. A judicialização da saúde requer um conhecimento específico e multidisciplinar que nem sempre está disponível a todos os municípios. É preciso, portanto, difundir esse conhecimento para aprimorar os recursos humanos necessários em âmbito municipal.

Esse é o principal objetivo dos manuais da série **Judicialização da saúde nos municípios: como responder e prevenir**. Eles buscam oferecer os conhecimentos fundamentais para entender o fenômeno da judicialização da saúde e melhor responder a ele, por meio de medidas que evitem demandas judiciais ou que qualifiquem a resposta em juízo a essas demandas.

1 Capítulo 9 do Manual do Gestor Municipal do SUS. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/manual-do-gestor-municipal-do-sus-confira-a-edicao-de-2021/>

Essa série vem em um momento propício. O Judiciário tem progressivamente se sensibilizado para a necessidade de equilibrar, de um lado, o direito individual à saúde e, de outro, a justiça na distribuição de recursos e a sustentabilidade do SUS, que é o principal realizador do direito à saúde para a sociedade brasileira. Muitos atores do sistema de justiça querem entender a política de saúde e estão dispostos a discutir diferentes formas de se interpretar e aplicar o direito à saúde. Os municípios precisam estar preparados para esse diálogo.



INTRODUÇÃO

“Prevenir é melhor que remediar” não é apenas um ditado da sabedoria popular. É uma regra de ouro da política de saúde que vale também para a judicialização da saúde.

As milhares de ações judiciais demandando tratamentos médicos impetradas todo ano mobilizam grande volume de recursos materiais e humanos das instituições dos sistemas de Saúde e de Justiça. A judicialização frequentemente resulta em gastos que acentuam desigualdades (por exemplo, quando alguns recebem tratamentos não disponíveis ao resto da população ou passam na frente de outros que também aguardam tratamento) e geram ineficiência no uso de recursos públicos (por exemplo, quando o gasto com concessão de tratamentos não efetivos ou não custo-efetivos dificulta a oferta de serviços prioritários do ponto de vista da coletividade).

Portanto, reduzir o número de demandas judiciais é um objetivo a ser buscado. A redução da judicialização, porém, não significa reduzir acesso ou limitar direitos. Ao contrário, essa redução deve ocorrer por meio da melhor atenção em saúde a indivíduos e à coletividade, o que passa necessariamente pela compreensão das políticas de saúde existentes e pelo aperfeiçoamento constante do SUS por meio do diálogo com a sociedade e outras instituições, inclusive as do sistema de Justiça.

Diversas medidas podem promover esse objetivo. Algumas delas dependem do Poder Judiciário, de quem se espera uma jurisprudência que reconheça a importância das políticas públicas do SUS e que julgue de acordo com critérios claros e aplicados de forma consistente para decidir demandas em saúde. Se o Supremo Tribunal Federal (STF) trazer essa clareza nas suas teses de repercussão geral e o Judiciário, como um todo, tiver consistência em suas decisões, provavelmente diminuirão as ações com pouca ou nenhuma chance de sucesso². Da mesma forma, uma vez que haja entendimentos judiciais claros, a depender do caso, isso poderá diminuir a resistência da Administração a demandas cuja concessão judicial é praticamente certa.

Outras medidas para redução da judicialização dependem da iniciativa da própria Administração Pública. Não se pode desconsiderar que a redução da judicialização passa, em parte, por questões gerais de qualidade e prontidão no atendimento, garan-

2 Ver Manual 2 da presente série.

tia de abastecimento de medicamentos e insumos, assim como pela oferta de informação correta e clara para os usuários. Atendimento, abastecimento e informação devem ser preocupações centrais da gestão independentemente da judicialização. Por razões de escopo, esses pontos não serão abordados em profundidade neste manual.

Este manual focará apenas em estratégias que a Administração pode adotar voltadas especificamente para a questão da judicialização: (a) organização do fluxo de atendimento e resolução pré-judicial de demandas, (b) disciplina das prescrições médicas, (c) diálogo e cooperação com Ministério Público e Defensoria Pública; (d) produção de dados e informação, (e) envolvimento nos comitês de saúde e (f) regulação assistencial e organização de filas.

O conteúdo do presente manual é baseado e inspirado em experiências concretas extraídas da série *Mostra Brasil Aqui Tem SUS*³, da coletânea *Direito à Saúde* do Conselho Nacional de Secretários de Saúde⁴, do livro ***Judicialização da Saúde nos Municípios: Diagnósticos, experiências de gestão e teses jurídicas***⁵ e dos trabalhos de conclusão de curso da Especialização em Direito Sanitário com ênfase em judicialização da saúde realizado pelo Hospital do Coração - HCor em parceria com o Conasems. A leitura desses materiais, gratuitamente disponíveis na internet, é fortemente recomendada para quem busca aprofundamento no tema.

Portanto, trata-se de estratégias desenvolvidas por gestoras e gestores diretamente envolvidos com o tema e que já foram implementadas com algum sucesso por secretarias de saúde municipais e estaduais. Espera-se que a adoção dessas estratégias, combinadas com outras que surjam das necessidades e especificidades de cada localidade, possa diminuir o volume de demandas judiciais por saúde ao mesmo tempo em que melhora a qualidade do atendimento a todos os usuários e oferece subsídios para uma melhor defesa da Administração em eventuais disputas judiciais.

3 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. *Mostra Brasil Aqui tem SUS: catálogos de experiências exitosas 2015* (https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2016/06/catalogo_mostra_2016.pdf); CONASEMS. *Mostra Brasil Aqui tem SUS: catálogos de experiências exitosas 2016* (<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Catalogo-2016-WEB-REDUZIDO-ilo-vepdf-compressed.pdf>); CONASEMS. *Mostra Brasil Aqui tem SUS: catálogos de experiências exitosas 2017* (https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/catalogo_mostra_brasil_aqui_tem_SUS_2017.pdf); CONASEMS. *Mostra Brasil Aqui tem SUS: catálogos de experiências exitosas 2018* (https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Catalogo_Mostra_2018_web.pdf); CONASEMS. *Mostra Brasil Aqui tem SUS: catálogos de experiências exitosas 2019* (<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Catalogo-16a-Mostra-Brasil-aqui-tem-SUS.pdf>).

4 Conselho Nacional De Secretários De Saúde - CONASS. *Coletânea Direito à Saúde. Volume 3: Boas Práticas e Diálogos Institucionais* (Brasília: CONASS, 2018). Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Boas_Praticas_e_Dialogos_Institucionais.pdf.

5 Daniel Wei Liang Wang (org.). *Judicialização da Saúde nos Municípios*. Brasília: CONASEMS, no prelo.

ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO E RESOLUÇÃO PRÉ-JUDICIAL DE DEMANDAS

A primeira medida para se reduzir a judicialização é criar fluxos de atendimento que incluam um canal administrativo para o recebimento de uma demanda em saúde antes que ela venha a se tornar uma demanda judicial. Essa demanda administrativa deve ser analisada por meio de um processo administrativo transparente, célere, organizado, e que envolva profissionais de saúde, do Direito e da gestão.

Esse fluxo permite o atendimento de pedidos administrativos considerados legítimos pela própria Administração sem a necessidade de uma ação judicial. Possibilita, também, uma contestação mais sólida em litígios judiciais por demandas que ela considera ilegítimas, pois a Administração conhecerá melhor o caso concreto e poderá mostrar que avaliou com cuidado a demanda do paciente, buscando atender sua necessidade dentro da política de saúde.

Para isso, frente a um pedido administrativo em saúde, um ente federativo precisa ter muito clara a diferença entre:

- (I) demandas por tratamentos incorporados ao SUS e que (de acordo com as regras, listas, protocolos e pactuações do SUS) deveriam ser fornecidos pelo ente federativo a quem foram feitas;
- (II) demandas por tratamentos incorporados ao SUS e que (de acordo com as regras, listas, protocolos e pactuações do SUS) deveriam ser fornecidos por outro ente federativo; e
- (III) demandas por tratamentos não incorporados ao SUS.

Nas demandas administrativas que se encaixam em (i), a primeira ação é entender a razão por que um serviço que está sob responsabilidade do ente não foi realizado.

Pode haver casos em que a negativa do tratamento é injustificável e decorre de uma falha do próprio ente. Nessas situações, deve-se buscar garantir o efetivo fornecimento do tratamento/serviço e entender por que uma demanda sob sua responsabilidade

não foi atendida. Isso pode ocorrer por um problema pontual, mas pode ser também um problema na política de saúde, que afeta ou pode afetar outras pessoas, e deve ser corrigido para melhor atender à população e evitar futuros pedidos administrativos ou ações judiciais.

Porém, haverá casos em que as razões para não se ofertar um serviço fogem ao controle do ente. Por exemplo, quando há uma grande busca por um serviço que ultrapassa a capacidade do ente para oferecê-lo a todos com os recursos materiais e humanos disponíveis. Nesses casos, sobretudo quando este problema não pode ser resolvido no curto prazo, atender uma demanda individual – seja por via administrativa ou judicial – pode levar à desorganização da política e a injustiças ao permitir que alguns pacientes “furem a fila”. Se for realmente essa a situação, é importante que a Administração tenha critérios claros para priorização de pacientes, mostre que houve esforços para evitá-la e apresente planos para solucionar essa deficiência na política pública no médio e longo prazo.

Nos casos que se enquadram em (ii), deve-se orientar e encaminhar o paciente para o serviço responsável. Necessita-se também acompanhar se o paciente efetivamente consegue acessar o serviço buscado e, se possível, ajudar na interlocução entre pacientes e os responsáveis pela prestação do serviço.

Para as demandas administrativas do tipo (iii), normalmente não será possível a oferta do tratamento⁶. Porém, quando as demandas (administrativas ou judiciais) por determinados tratamentos não incorporados ao SUS são frequentes, sobretudo se tiverem grande impacto sobre a saúde e o orçamento, cabe ao ente avaliar a possibilidade de sua inclusão nas listas complementares.

Conforme já esclarecido no Manual 2, na esfera federal, a incorporação de tecnologias pelo SUS é atribuição do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC)⁷. Porém, os demais entes federados também podem instituir relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde e de medicamentos⁸. Tal prerrogativa decorre da necessidade de serem observados o perfil epidemiológico da população em cada território e a autonomia financeira dos entes.

6 Para mais informações, ver Manual 2 da presente série.

7 Ver art. 19-Q da Lei nº 8.080/90

8 Ver arts. 24 e 27 do Decreto nº 7.508/2011.

A inclusão via listas complementares permite uma avaliação mais criteriosa do tratamento, pode beneficiar outros pacientes em situação semelhante e promove equidade entre usuários. Em algumas circunstâncias, também pode reduzir custos à medida que a compra em quantidades maiores permite planejamento e margem de negociação para se conseguir preços mais baixos do que aqueles pagos para a aquisição unitária após cada pedido administrativo ou judicial deferido. Ademais, uma decisão de não incluir um tratamento em listas complementares, se bem fundamentada e tornada pública, é também fonte de informação relevante para instruir a Administração em futuras demandas administrativas e judiciais.

Em se tratando de inclusão de medicamentos, é recomendável que as decisões sobre elaboração, revisão e atualização da relação complementar de medicamentos sejam subsidiadas por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) ou câmara técnica em nível local e/ou regional⁹ com composição multiprofissional apta a avaliar a tecnologia e elaborar parecer técnico conforme critérios de qualidade, segurança, eficácia e custo.

Por fim, importa mencionar que alguns entes têm considerado, em caráter excepcional, a possibilidade da concessão administrativa de tratamentos para pacientes específicos, mesmo que não estejam incorporados à política pública, em razão da urgência de um caso concreto.

É de suma importância que pedidos administrativos sejam avaliados considerando (a) as alternativas terapêuticas disponíveis no SUS, (b) se o pedido se enquadra no nível de responsabilidade do ente, (c) o impacto orçamentário e a origem dos recursos, (d) a evidência científica de segurança e eficácia para o uso no caso do paciente individual e (e) as razões pelas quais não houve incorporação no SUS. Por exemplo, um tratamento que foi avaliado e não recomendado pela CONITEC para o caso de um paciente dificilmente terá boas justificativas para a concessão administrativa. Por outro lado, é mais plausível a concessão administrativa quando se tratar de um tratamento ainda não avaliado pela CONITEC, mas para o qual há evidência científica robusta de segurança e eficácia, que conta com consenso da comunidade médica quanto ao seu uso, e com preço e impacto orçamentário relativamente baixos.

Idealmente, pedidos administrativos também devem ser analisados por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica ou câmara técnica com profissionais da saúde que

⁹ Capítulo 6 do Manual do Gestor Municipal do SUS. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/manual-do-gestor-municipal-do-sus-confira-a-edicao-de-2021>

conheçam a política pública e sejam capazes de realizar avaliação técnica rigorosa e baseada em evidência científica. O resultado dessa avaliação – uma nota técnica – pode embasar tanto a decisão do pedido administrativo quanto a defesa judicial (seja para subsidiar a contestação e recursos ou para propor um acordo com a parte autora).

É preciso ressaltar que a decisão pela concessão administrativa de tratamento não incorporado deve sempre ser uma medida excepcionalíssima porque ela, assim como a judicialização, traz o risco de gerar desigualdades e dificilmente pode ser precedida de uma análise abrangente sobre evidência científica e o impacto econômico de um tratamento. Ademais, caso se decida pela concessão, é importante que o fluxo de análise para fins de inclusão em lista complementar tenha seguimento.

É oportuno que a análise sobre a concessão administrativa, além de considerar critérios técnicos, também envolva a área jurídica familiarizada com os critérios jurídicos que serão possivelmente aplicados pelos tribunais (como o entendimento do STF nos temas de repercussão geral, conforme explorado no Manual 2 e no Manual 3). Isso permite, também, um melhor alinhamento entre a decisão administrativa e a posterior defesa da Administração em juízo.

Caso se opte pelo não fornecimento administrativo do tratamento pedido, é importante que seja informado ao paciente, em linguagem acessível e empática, as razões da decisão e as opções terapêuticas disponíveis no SUS. É um princípio do SUS e um dever ético acolher pacientes de forma humanizada, respeitosa e buscando a resolução de seus problemas dentro daquilo que o sistema de saúde considera o mais adequado e possível para a coletividade.

A criação de fluxos administrativos provavelmente trará melhores resultados quanto melhor for a articulação entre os gestores da política, os técnicos responsáveis pela análise de pedidos administrativos e os responsáveis pela representação jurídica dos entes. É preciso que haja coerência entre a política existente, a decisão do pedido administrativo e a defesa em juízo. Isso promove um atendimento justo e equitativo, além de indicar em juízo a boa fé e a competência da gestão.

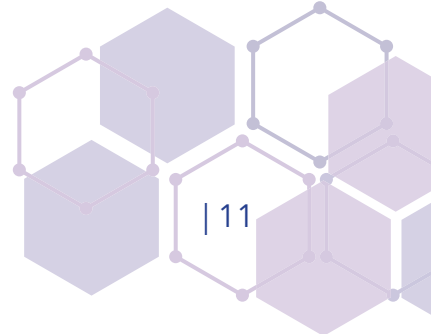
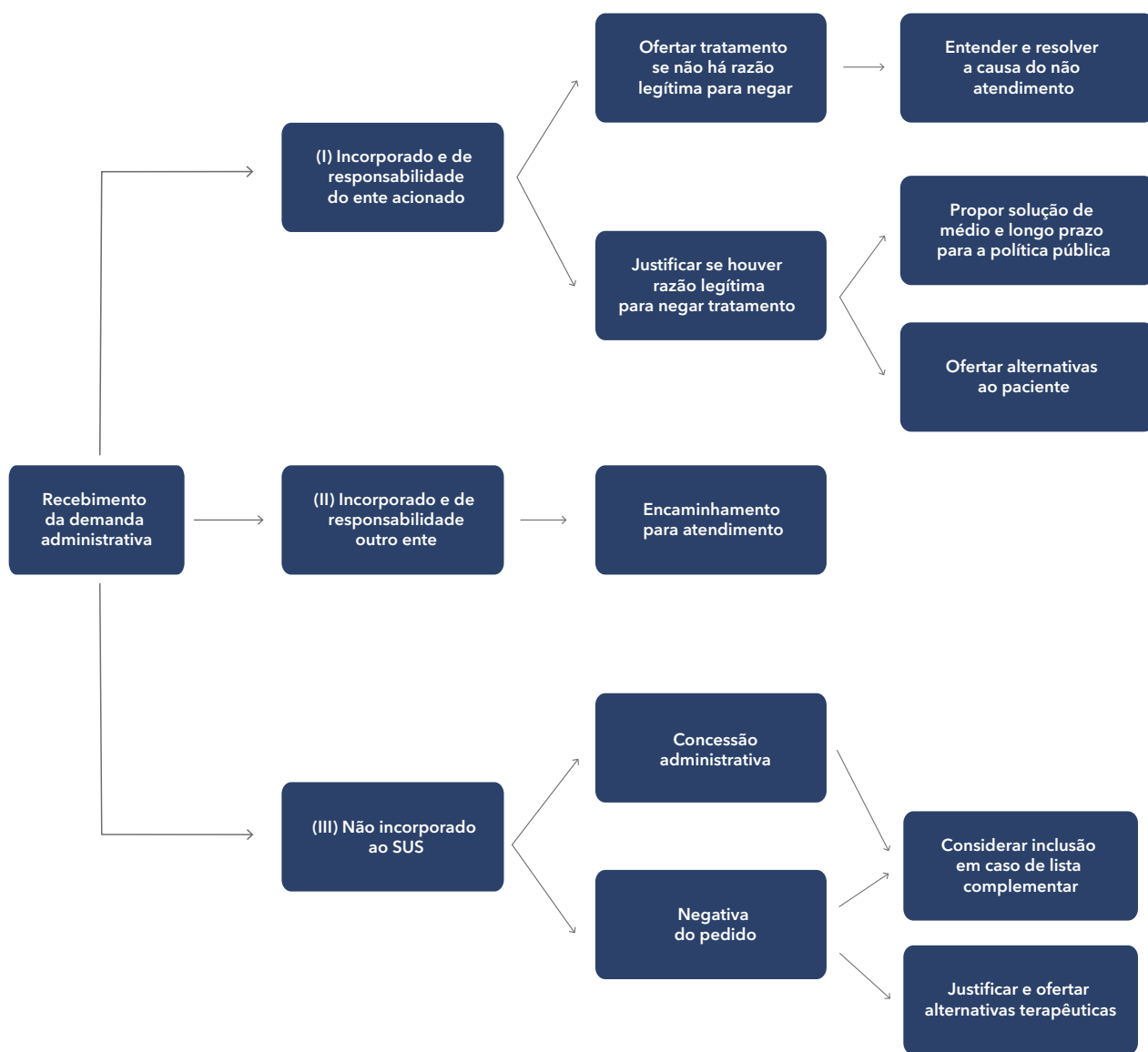


Gráfico 1 - Proposta de fluxo para pedidos administrativos



DISCIPLINA DAS PRESCRIÇÕES FEITAS PELO SERVIÇO DE SAÚDE

A prescrição médica tem um papel central na judicialização. Em regra, é a indicação de um profissional que leva pacientes a buscarem um tratamento. A prescrição também tem um peso enorme para a decisão judicial. Dados mostram que a prescrição médica é a principal fonte de prova usada pelo Judiciário para aferir a indispensabilidade de um tratamento para um paciente.¹⁰ Quando essa prescrição vem de profissional do próprio SUS, o seu peso para os juízes é ainda maior porque isso é entendido como uma prova de que o próprio sistema de saúde reconhece que o tratamento deve ser fornecido.

Portanto, boas práticas no ato da prescrição por parte de profissionais que atuam no SUS podem evitar a judicialização desnecessária ou danosa para o sistema de saúde. Uma parte significativa da judicialização tem como origem prescrições de tratamentos que não necessariamente beneficiarão pacientes, mas cuja indicação ocorre por desinformação dos profissionais, pelo marketing da indústria ou por conflito de interesse quando prescritores possuem incentivos materiais para prescreverem determinados tratamentos.

As boas práticas na prescrição podem ser incentivadas por campanhas de informação e conscientização, mas também podem ser disciplinadas por normas legais. Uma boa prática, que no serviço público deve ser obrigatória, é que a prescrição seja feita usando o nome do princípio ativo e não a marca do produto. Essa é uma regra que costuma ser exigida pelos próprios conselhos profissionais como requisito mínimo que a prescrição de medicamentos deve obedecer. Para o sistema de saúde, é fundamental que a prescrição seja pelo princípio ativo para que haja a dispensação do medicamento genérico. Por se tratar do mesmo produto, o princípio da economicidade do serviço público e a Lei nº 9.787/1999 exigem que a compra de medicamentos seja feita pelo nome do princípio ativo e não pela marca.

10 Wang, Daniel Wei Liang, Natália Pires de Vasconcelos, Mathieu J. P. Poirier, Ana Chieffi, Cauê Mônico, Lathika Sritharan, Susan Rogers Van Katwyk and Steven J. Hoffman. "Health technology assessment and judicial deference to priority-setting decisions in healthcare: Quasi-experimental analysis of right-to-health litigation in Brazil." *Social Science and Medicine* 265 (November 2020).

Outra prática a ser considerada é a determinação de que profissionais devem prescrever tratamentos nos termos da política do SUS, ou seja, de acordo com protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) e as listas padronizadas de medicamentos do SUS¹¹. Essa é uma medida que garante o interesse do paciente porque as listas e PCDTs são criadas com base em evidência científica sobre sua segurança e eficácia. Além do mais, o acesso de pacientes a tratamentos padronizados dentro do serviço público tende a ser mais fácil e rápido. Do ponto de vista do sistema de saúde, os tratamentos padronizados são aqueles para os quais já existe o planejamento e a previsão de orçamento para sua compra, o que garante maior eficiência no uso dos recursos públicos. Portanto, seguir a política pública deve ser a regra.

Porém, há casos específicos em que os prescritores entendem que o paciente requer uma intervenção diferente daquela existente no SUS. Nesses casos, alguns entes aceitam a possibilidade de que seja feita a prescrição de tratamento não padronizado. Contudo, nesses casos deve-se exigir que os prescritores justifiquem tecnicamente a indicação de um tratamento não padronizado e por que aquilo que está disponível no SUS seria inadequado, insuficiente ou ineficaz. A Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, por exemplo, detalha o tipo de informação que deve constar em prescrições de tratamentos não padronizados e exige que a fundamentação seja feita com base em evidência científica (Quadro 1).



QUADRO 1

Decreto nº 4008-R/2016, do Governo do Estado do Espírito Santo alterado pelo Decreto nº 4090-S/2017

Disciplina procedimentos a serem adotados pelos médicos e odontólogos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde na prescrição de medicamentos e na solicitação de exames e procedimentos de saúde e estabelece outras providências.

Art. 1º Os profissionais de saúde [...], devem prescrever medicamentos ou fórmulas nutricionais, solicitar exames e procedimentos de saúde nos termos das políticas públicas, das listas padronizadas e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDTs do Sistema Único de Saúde - SUS.

11 Clenio Jair Schulze. "Limites ao ato médico". *Empório do Direito* (17/12/2015). Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/leitura/limites-ao-ato-medico-por-clenio-jair-schulze>

Art. 2º No caso de o profissional de saúde necessitar prescrever medicamentos ou fórmulas nutricionais, solicitar exames ou procedimentos de saúde diversos dos disponíveis nas políticas públicas, nas listas padronizadas e nos PCDTs do SUS, deverá ser apresentada justificativa técnica que demonstre a inadequação, a ineficiência ou a insuficiência da prescrição daquele tratamento de saúde padronizado para o caso concreto. [...]

§ 2º A justificativa técnica indicará no mínimo:

- I - quais os motivos de exclusão dos medicamentos ou tratamentos previstos nos regulamentos citados em relação ao paciente, como refratariedade, intolerância, interações medicamentosas, reações adversas;
- II - menção à eventual utilização anterior, pelo usuário, dos fármacos protocolizados, sem respostas adequadas;
- III - quais os benefícios do medicamento ou fórmula nutricional prescrito;
- IV - apresentação de estudos científicos eticamente isentos e comprobatório dessa eficácia, como revistas indexadas e com conselho editorial;
- V - informação sobre existência de prova de segurança, eficácia, efetividade e custo/efetividade do insumo em causa, conforme critérios propostos pela Medicina Baseada em Evidências;
- VI - informações sobre, se for o caso, o fármaco prescrito, embora constante dos protocolos, estar sendo receitado para situação diversa da descrita nos protocolos.

§ 3º A justificativa técnica não eximirá o servidor público da obrigação de informar a respeito:

- I - do potencial dos serviços públicos de saúde; e
- II - da referência expressa do tratamento disponível no SUS para a patologia diagnosticada.

O Anexo V da Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021 (Origem: Resolução 29/2017) apresenta um modelo a ser preenchido pelos profissionais nesses casos. Nesse modelo, deve ser informado se as alternativas no SUS já foram utilizadas ou se são contraindicadas para o paciente; se o tratamento é urgente e/ou imprescindível;

e os riscos e benefícios esperados com o seu uso, bem como as possíveis consequências do seu não uso. Essas afirmações precisam ser todas justificadas com base em evidências científicas.

Em alguns lugares, exige-se que profissionais que prescrevam tratamentos não padronizados declarem se possuem conflito de interesse decorrentes de vínculos e relações com empresas que fabricam ou comercializam o produto prescrito. Em São Paulo, como estratégia para que profissionais sigam os critérios da política de saúde, a Secretaria de Saúde prevê a transferência do custo de tratamentos não padronizados à instituição ao qual prescritores estão vinculados e até o ressarcimento ao erário pelo prescritor do custo desses tratamentos quando seu fornecimento é exigido por ordem judicial (ver Quadro 2).



QUADRO 2

Resolução 83/2015, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo

Artigo 1º - Os médicos da rede pública estadual devem seguir fidedignamente, além de toda a legislação citada nesta Resolução e relativa à matéria, as normativas constantes da Deliberação CIB - 72, de 20/12/2013.

Parágrafo 1º - A prescrição fora da relação de medicamentos preconizados pelo SUS deve ser devidamente justificada pelo médico prescritor e corroborada pela instância institucionalmente definida para tanto, do serviço de saúde ao qual o médico estiver vinculado.

Parágrafo 2º - Recomenda-se às instituições públicas de saúde estadual que, quando da análise de prescrições em desacordo com as normas do SUS, solicitem do médico declaração da inexistência de conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica.

Parágrafo 3º - O atendimento do paciente e, portanto, o custo da dispensação de medicamentos não padronizados ou não contemplados nos protocolos da assistência farmacêutica do SUS, prescritos por médico da rede estadual de saúde, poderá ser custeado pela instituição ao qual o mesmo esteja vinculado, devendo o paciente ser devidamente informado sobre a forma de disponibilização do fármaco, na medida em que o atendimento público de saúde é integral, não podendo o paciente estar desassistido.

Parágrafo 4º - A Secretaria adotará as medidas cabíveis, dentro do que preconiza o Conselho Regional de Medicina e o Estatuto dos Funcionários Públicos do Estado (Lei - 10.261/68) e, inclusive, para ressarcimento ao erário, do custo de medicamento judicializado contra a Fazenda do Estado, originário da prescrição da rede estadual de saúde em desacordo com as normas e orientações que disciplinam as ações e atividades do SUS.

É importante ressaltar que prescrições de tratamento fora da política pública devem ser avaliadas com rigor pelo sistema de saúde e que sigam o fluxo administrativo indicado no item anterior. Essas prescrições trazem maior risco de conflito de interesse por parte de prescritores, de gastos desnecessários para o sistema de saúde, de iniquidade entre usuários e de danos para os pacientes. Ademais, nem sempre os municípios terão estrutura para avaliar esse tipo de pedido ou orçamento para atendê-los em grande volume. Portanto, cabe reiterar que o custeio desses tratamentos deve ser excepcional e a prioridade deve ser dada às terapias disponíveis no SUS e aos fluxos de incorporação e de inclusão de tratamentos previstos na Lei nº 8.080/90.



DIÁLOGO E COOPERAÇÃO COM DEFENSORIA PÚBLICA E MINISTÉRIO PÚBLICO

As pesquisas mostram que em uma parte significativa da judicialização os pacientes são representados pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública¹². Esses órgãos oferecem assistência judiciária gratuita e, em alguns lugares, respondem pela maior parte das ações por tratamentos médicos.

Por isso, alguns entes federativos têm buscado criar espaços de diálogo com esses órgãos na busca do melhor atendimento de saúde a pacientes sem a necessidade de demanda judicial.

Esses espaços podem ter o formato de:

- I) câmaras de mediação para a resolução consensual do conflito;
- II) parcerias para que funcionários da Secretaria de Saúde atuem dentro da Defensoria Pública para avaliar (e buscar resolver) uma demanda antes que ela se torne uma ação judicial;
- III) acordos para que Ministério Público e Defensoria Pública peçam um parecer dos órgãos técnicos da Secretaria de Saúde antes de decidirem se ajuizarão uma ação; e
- IV) entendimentos para que pacientes que buscaram diretamente Ministério Público e Defensoria Pública sejam primeiramente encaminhados ao serviço de saúde para a buscar atendimento.

O diálogo com Ministério Público e Defensoria Pública é particularmente importante porque é muito alto o índice de concessão de pedidos liminares pelo Judiciário sem que se ouça a Administração. Considerando que muitas dessas liminares possuem caráter satisfativo (já adiantam aquilo que é o objetivo principal da demanda) e são irreversíveis (por exemplo, quando uma liminar ordena a realização de uma cirurgia,

12 Insper, *Judicialização da Saúde no Brasil: perfil da demanda, causas e propostas de solução*, Justiça Pesquisa - Relatório Analítico Propositivo (Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019).

não faz sentido desfazê-la mesmo que, posteriormente, a decisão final seja contrária ao pedido do autor). Portanto, a interlocução com Ministério Público e Defensoria Pública pode ser uma importante oportunidade para a Administração tentar explicar suas escolhas de política pública e apresentar alternativas ao pedido do paciente antes de uma eventual ação judicial.

Um exemplo de formalização desse tipo de cooperação é o programa “Acessa SUS” no Estado de São Paulo, que cria uma plataforma eletrônica que possibilita: (a) encaminhamento do paciente pelos órgãos do sistema de Justiça (Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública) para, primeiramente, receber atendimento e orientação pelo SUS; e (b) um canal direto de comunicação entre Secretarias de Saúde e os órgãos de Justiça para melhor conhecimento sobre o caso concreto de determinado paciente¹³.

Há um outro formato de cooperação que envolve universidades e centros de pesquisa para que façam a análise técnico-científica de uma determinada demanda. Muitas vezes, as notas técnicas produzidas pelas Secretarias de Saúde podem ser vistas com suspeita pela Defensoria Pública e Ministério Público e, por isso, a participação de um terceiro externo à disputa pode ajudar.

Um exemplo é a cooperação entre a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), o Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul (CRF-RS) e a Defensoria Pública do Rio Grande do Sul (DPERS)¹⁴. Nessa iniciativa, uma vez recebida uma demanda, a Defensoria Pública encaminha o pedido para a avaliação de uma equipe da UFPEL que buscará reunir informações sobre o tratamento com base na medicina baseada em evidências, na política de saúde do SUS (por exemplo, se o tratamento está incorporado ou não), e nas análises técnicas de outros órgãos, como a CONITEC. O parecer da UFPEL subsidiará a decisão da Administração de conceder ou não o tratamento, e a da Defensoria de ingressar ou não com uma ação.

Como será visto mais adiante, os Comitês Estaduais de Saúde podem ser um espaço privilegiado para a aproximação entre os diferentes atores envolvidos com a judicialização e a celebração de acordos para se buscar a resolução de uma demanda sem a necessidade de uma ação judicial.

13 Comitê Estadual de Saúde - São Paulo. *Direito e Saúde: guia de apoio técnico para tratamentos dos litígios relativos à saúde pública e suplementar*. Disponível em:

14 ASCOM/DPE-RS. Defensoria Pública do RS assina Convênio de Cooperação Técnica com a Universidade Federal de Pelotas. Associação Nacional das Defensoras e Defensores Públicos, 26 jul. 2016. Disponível em: <https://www.anadep.org.br/wtk/pagina/materia?id=29005>.

PRODUÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÃO

Para se prevenir um problema é preciso conhecê-lo bem. Os dados estatísticos sobre a judicialização da saúde produzidos até o momento tendem a ser muito gerais e focados nos entes estaduais e federais. A judicialização, porém, é um fenômeno com muitas especificidades locais. Portanto, é importante que cada município entenda com detalhe o perfil das ações que recebe em matéria de saúde para que possa atuar na sua prevenção.

É importante saber, por exemplo:

1. os tipos de demanda mais frequentes (se por medicamentos, insumos, consultas, cirurgia, materiais etc.) e, dentre cada tipo, quais são os itens mais frequentemente demandados;
2. o impacto orçamentário da judicialização da saúde e quais são os itens judicializados que mais consomem recursos do orçamento;
3. a proporção de itens demandados de responsabilidade do ente, de responsabilidade de outro ente, não incorporados ao SUS e, até mesmo, de responsabilidade de outras áreas setoriais da prefeitura; e
4. a condição de saúde dos autores das ações, em que localidade residem, se foram atendidos no SUS ou em serviços privados de saúde, se são assistidos por advogados privados ou por Ministério Público ou Defensoria Pública;

Também é interessante saber:

1. a vara e o juiz responsável pela análise de cada demanda e a taxa de sucesso dos pacientes em liminares, sentenças e recursos;
2. o tempo para cumprimento de ordens judiciais, se há casos de descumprimento e o tipo de sanção aplicada em caso de descumprimento; e
3. se pacientes que receberam um item via judicialização têm sido acompanhados pelo serviço de saúde e se itens concedidos têm sido retirados e apropriadamente utilizados pelo paciente.

A produção desse tipo de informação pode revelar padrões que muitas vezes não são percebidos mesmo por pessoas diretamente envolvidas com o tema. Portanto,

recomenda-se que haja a coleta sistemática e informatizada dessas informações e sua análise. Isto é central para se entender o tipo e o volume da judicialização contra um determinado ente (e como eles variam ao longo do tempo) para qualificar o diagnóstico sobre suas causas, traçar estratégias para preveni-la, e buscar o apoio necessário para melhor enfrentamento da questão.

Por exemplo, um município em que a maior parte das ações pedem consulta médica precisa ter estratégias administrativas e judiciais diferentes daquelas de outro município que é mais frequentemente acionado para fornecer medicamentos não incorporados ao SUS. No primeiro caso, a resposta passa pela organização do serviço de saúde – transparência nas filas, melhora na triagem, contratação de profissionais –, enquanto no segundo caso a resposta passa por um enfoque na avaliação de tecnologia em saúde para subsidiar decisões sobre inclusão ou não inclusão em listas complementares e concessão ou não concessão administrativa, e para oferecer subsídios técnicos para enfrentar uma disputa judicial.

A coleta sistematizada de dados e a produção e divulgação de análises com base nelas é importante também para o diálogo do SUS com a sociedade e com outros atores envolvidos na judicialização, inclusive os do sistema de Justiça. A informação de que em diversos lugares a judicialização é movida por pacientes provenientes de serviço privado de saúde e que pedem tratamentos de alto custo não-padronizados tem o potencial de mudar a percepção da sociedade sobre a judicialização. Essa informação ajuda a entender que a judicialização não é meramente um reflexo dos problemas do SUS, mas uma das causas de ineficiência e desigualdade. Da mesma forma, dados sobre o grande impacto orçamentário da judicialização levam a diagnósticos mais sóbrios sobre esse fenômeno e justificam maior cautela por parte do Judiciário.

Idealmente, esse sistema para coleta e registro de dados deve estar integrado a um sistema informatizado para o acompanhamento processual da demanda, desde a citação até o cumprimento. Isso garante maior precisão na alimentação dos dados e um acompanhamento em tempo real da judicialização.

O exemplo mais bem-sucedido da criação de um sistema informatizado especificamente para acompanhamento das demandas em saúde e geração de dados é provavelmente o S-CODES no Estado de São Paulo. Esse sistema reúne todas as demandas judiciais em saúde em atendimento ou atendidas pela Secretaria de Saúde do Estado. O S-CODES foi útil para, inclusive, cruzar dados de médicos prescritores e advogados patronos das ações para identificar fraudes, como demandas de medicamentos para pacientes inexistentes ou para quem não havia indicação de uso.

A criação de tal sistema, porém, não é tarefa simples nem barata e exigiria articulação entre diferentes municípios ou mesmo entre municípios e governos estaduais. Seria também importante que houvesse um sistema único ou, pelo menos, que os sistemas fossem compatíveis para possibilitar a comparação dos dados, o cruzamento de informação e a geração de estatísticas regionais, estaduais e nacionais sobre a judicialização da saúde.

Felizmente, existe um movimento para a adoção do S-CODES em todo o país. A Seção VII do Capítulo I do Título II da Resolução de Consolidação CIT nº 1/2021, dispõe sobre a internalização e distribuição do S-CODES pelo Ministério da Saúde e a sua disponibilização para todos os entes interessados. É de interesse de todos os entes, e sobretudo dos municípios, que se articulem e contribuam para que isso se materialize. Será uma excelente oportunidade para os municípios conseguirem produzir dados e informações para melhor conhecerem sua realidade, atuarem nela e qualificarem o diálogo com a sociedade e com outros atores nos sistemas de Saúde e de Justiça. O download do S-Codes pode ser realizado no portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)¹⁵ e é possível obter informações acerca da instalação do sistema através de vídeo tutorial disponível no canal DATASUS através do YouTube¹⁶.



15 Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/S-CODES-20210908.zip>

16 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1BJHz5Wslk>. Ver também Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. Orientação ao Gestor. S-CODES - Judicialização e informação em Saúde. Disponível em: https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/s-codes-judicializacao-e-informacao-em-saude/

ENVOLVIMENTO NOS COMITÊS ESTADUAIS DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem atuado para diminuir a judicialização da saúde. Uma das iniciativas mais promissoras para a redução da judicialização é a criação dos Comitês Estaduais de Saúde. Esses Comitês, além da função de auxiliar na criação dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus) e de varas especializadas em Direito Sanitário, têm entre suas funções a de prevenção de conflitos judiciais e de viabilizar o diálogo interinstitucional (ver Quadro 3). São estas duas últimas funções que mais interessam para o presente manual.



QUADRO 3

Resolução CNJ nº 388 de 13/04/2021

Art. 2º O Comitê Estadual de Saúde é órgão colegiado e multidisciplinar responsável pela operacionalização das matérias de competência do Fórum Nacional da Saúde e pelo acompanhamento do cumprimento de suas deliberações, no âmbito de cada unidade da Federação, cabendo-lhe, entre outras ações pertinentes à sua finalidade:

I - monitorar as ações judiciais que envolvam os sistemas de saúde pública e suplementar, propondo medidas voltadas à:

- a) otimização de rotinas processuais;
- b) organização e estruturação de unidades judiciárias especializadas;
- c) prevenção de conflitos judiciais; e
- d) definição de estratégias em matérias de direito sanitário.

II - auxiliar os tribunais na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus), constituídos de profissionais da saúde, responsáveis por elaborar notas técnicas baseadas em evidências científicas de eficácia, acurácia, efetividade e segurança, observando-se, na sua criação, o disposto no § 2º do art. 156 do Código de Processo Civil, Lei nº 13.105/2015;

III - viabilizar o diálogo interinstitucional, com o objetivo de acompanhar e contribuir com ações atinentes a demandas de saúde;

IV - deliberar sobre as seguintes matérias, propondo os encaminhamentos que julgar pertinentes:

a) elaboração do seu Regimento Interno, exigida maioria qualificada para aprovação de eventual emenda, tudo a ser submetido à aprovação da presidência dos tribunais que dele participam;

b) tratamento a ser dado aos assuntos que lhe forem submetidos, podendo editar recomendações, que poderão ser encaminhadas ao Ministério Público, a Defensoria Pública, ao Conselho Estadual de Saúde e demais órgãos e entidades que tenham relação temática com o assunto;

c) apresentação de propostas para implementação e regulamentação de políticas públicas de saúde, inclusive emitindo recomendações;

d) realização de estudos, pesquisas, campanhas, debates e outras ações que objetivem articular e mobilizar a sociedade e o poder público em matérias afetas às suas competências;

e) acompanhamento de normas voltadas à regulamentação e implementação das políticas de saúde;

f) levantamento de informações e criação de banco de dados para subsidiar suas ações; e

g) constituição de:

1. comissões temáticas para análise de tema específico, podendo ser compostas por integrantes do Comitê e/ou por convidados indicados; e

2. comitês regionais, cabendo ao Comitê Estadual fixar sua competência e composição.

V - avaliar e propor outras medidas consideradas pertinentes ao cumprimento do objetivo do Fórum Nacional da Saúde.

De acordo com a Resolução nº 388/2021 do CNJ, os Comitês Estaduais, idealmente, incluirão representantes do Poder Judiciário Estadual e Federal (preferencialmente, com magistrados que exerçam jurisdição em matéria de saúde ou que tenham destacado saber jurídico nessa área), do Governo Federal, do Governo Estadual, **do Governo Municipal da capital do Estado, do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems)**, do Ministério Público, da Advocacia Geral da União e da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Há Comitês que incluem também pesquisadores e especialistas em diversas áreas médicas.

A proposta dos Comitês é a de promover o diálogo entre instituições, visto como uma das melhores maneiras de se atender demandas individuais e resolver problemas da política pública de saúde de forma a tornar a judicialização menos necessária. A composição dos Comitês cria para os gestores de saúde a oportunidade de apresentar para os órgãos do sistema de Justiça os desafios e obstáculos para a implementação de políticas públicas que satisfaçam as demandas de saúde da população. Os Comitês permitem melhor entendimento sobre, por exemplo, as políticas existentes no SUS, o processo de incorporação de novos tratamentos, questões relativas à evidência científica de tratamentos, a gestão de filas para leitos e consultas, e o impacto da judicialização sobre o sistema de Saúde. Cria-se, portanto, a oportunidade para evitar visões muitas vezes precipitadas e mal-entendidos sobre a gestão do sistema de saúde que, por vezes, acabam gerando ações e condenações judiciais.

Do outro lado, os participantes dos Comitês também podem trazer problemas estruturais, que afetam grande número de pessoas, para a atenção dos gestores. A solução desses problemas melhora o atendimento para a população e pode prevenir futuras demandas individuais ou coletivas. Ademais, os Comitês, como órgãos deliberativos e multidisciplinares, permitem a discussão coletiva e a construção conjunta de soluções para problemas de política pública. Esse processo traz para os atores do sistema de Justiça uma visão mais realista sobre o sistema de Saúde. Também traz para os gestores um entendimento melhor sobre as demandas, visões e expectativas de atores-chave que eventualmente estarão envolvidos em disputas judiciais sobre determinado tema. Soluções construídas coletivamente tendem a ser vistas como mais legítimas, diminuindo o risco de judicialização ou de reversão da política pelo Judiciário caso uma ação judicial seja proposta.

Os Comitês também podem facilitar a criação e manutenção de cooperações com o Ministério Público e a Defensoria Pública para padronizar procedimentos e ajudar na organização de um fluxo que possibilite resolução extrajudicial de conflitos, como

discutido anteriormente neste manual. Da mesma forma, Comitês podem ter a importante função de insistir para atores do sistema de Justiça quanto à importância de ouvir o SUS e de buscar auxílio técnico antes de proporem ou julgarem uma ação judicial.

Os Comitês podem parecer uma realidade distante para municípios, pois a participação de representantes de governos municipais é prevista apenas para os municípios capitais dos estados. Porém, a articulação de demandas e a busca de diálogo pode ser feita por meio do COSEMS, que já participa dos Comitês Estaduais de Saúde em alguns estados. Além do mais, outra medida a ser considerada é a criação de comitês de natureza semelhante em nível regional envolvendo atores dos sistemas de Saúde e de Justiça. Esses Comitês Regionais já estão previstos na Resolução CNJ nº 388/2021 e já estão sendo implementados em alguns estados como Bahia¹⁷ e Rio Grande do Sul¹⁸.



17 Ascom TJBA. Jacobina: Pjba Realiza 1ª Reunião Para Discutir A Implantação De Um Comitê Regional De Saúde Na Localidade. *Tribunal de Justiça do Estado da Bahia*, 7 jul. 2021. Disponível em: <http://www5.tjba.jus.br/portal/jacobina-pjba-realiza-1a-reuniao-para-discutir-a-implantacao-de-um-comite-regional-de-saude-na-localidade/>.

18 TJRS. Comitês Locais / Comitês Regionais. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/novo/institucional/o-tjrs/conselhos-comissoes-e-comites/comite-executivo-estadual-da-saude/comites-locais/>.

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E ORGANIZAÇÃO DAS FILAS

Embora pedidos de medicamentos de alto custo acabem recebendo mais atenção na discussão sobre a judicialização da saúde, uma parte muito significativa dessa judicialização refere-se a procedimentos (por exemplo, cirurgias), consultas com especialistas e vagas para internação hospitalar.

Embora se trate de serviços que fazem parte da política pública, a escassez de recursos materiais e humanos para a pronta oferta de procedimentos, consultas e internações é uma realidade que não pode ser ignorada pelo sistema de Saúde e pelos órgãos de Justiça. Ignorar essa escassez não fará com que ela desapareça, mas apenas desorganizará o acesso a esses serviços.

Por isso, é importante a regulação assistencial, “que tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS” (art. 2º, inciso III, do Capítulo I, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/2017 - Origem: PRT MS/GM 1559/2008, art. 2º, III). Isso inclui ter protocolos com critérios clínicos bem definidos e bem construídos para o acesso a serviços. Inclui, também, organizar a ordem de prioridade entre pacientes de forma transparente à luz dos recursos existentes e informada por critérios clínicos pertinentes a serem aplicados de forma consistente e ética (sem favorecimento nem discriminação). Como a regulação assistencial é feita e as filas são organizadas pode impactar a judicialização da saúde.

Uma fila bem organizada e transparente otimiza a oferta do serviço. Também deixa claro as escolhas trágicas a serem feitas. Em outras palavras, fica mais claro que quando alguém recebe um serviço (inclusive por ordem judicial), outra pessoa está deixando de recebê-lo. Isso pode levar à reflexão mais cuidadosa por parte de juízes, promotores e defensores públicos sobre as reais vantagens, do ponto vista coletivo, de decisões judiciais que mudam a ordem dessas filas. Uma fila transparente e feita com base em critérios clínicos e éticos dá força à ideia de que a intervenção judicial não resolve o problema coletivo e pode acabar reduzindo a eficiência e a equidade do sistema. Decisões judiciais podem acabar permitindo que indivíduos passem à frente de outros que precisam mais, podem se beneficiar mais ou simplesmente estão esperando há mais tempo.

A organização da fila passa por um sistema centralizado que faça a regulação do acesso assistencial com informação confiável sobre (1) as pessoas que solicitam um serviço e

suas características clínicas, (2) os recursos humanos e materiais existentes (especificando o que está disponível e o que está ocupado), e (3) os critérios para se estabelecer prioridades caso a demanda seja maior que a capacidade de oferta em um dado momento. Esse sistema, idealmente, deve ser regido por atos normativos que deixem claro seu funcionamento para profissionais de saúde, pacientes, gestores e para o sistema de Justiça.

Um exemplo de regulação de serviço cuja escassez ficou muito visível durante a pandemia de Covid-19 são as internações em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). No Estado de Pernambuco, devido à escassez de vagas, a Secretaria de Saúde chegou a adotar um sistema em que a decisão sobre internar (ou não) um paciente é feita por um sistema de pontos levando em consideração a sua probabilidade de sobrevivência. A depender da pontuação, mesmo pacientes com indicação de internação podem não receber a vaga, que será deixada para outro com maior chance de sobrevivência¹⁹.

Porém, a importância da regulação não se resume a momentos extremos como o de uma pandemia. Um exemplo de transparência na lista de espera vem do Estado de Santa Catarina, em que existe uma central de regulação de diversos serviços que distribui o acesso a partir de critérios cronológico e clínico. Além da abrangência dessa central, ela se destaca por disponibilizar aos cidadãos informação sobre sua posição na fila e previsão de atendimento²⁰. É plausível supor que as pessoas que sabem que sua vez está chegando, e que há outros na mesma situação aguardando atendimento, tenderão a procurar menos a Justiça para ter atendimento imediato. Da mesma forma, Defensoria Pública e Ministério Público também terão maiores subsídios para dialogar com a Administração e traçar a melhor estratégia para assessorar um cidadão, que não será necessariamente a proposição de uma ação judicial.

Outro exemplo é o Distrito Federal (DF), que disponibiliza ao Judiciário um canal direto para consultar a Central de Regulação de Internação Hospitalar quanto à disponibilidade de vagas²¹. Também lhes é dado acesso à Central de Regulação de Leitos, um sistema informatizado que organiza a fila de leitos de UTI para que possam ver a situação de um determinado paciente nela.

Os exemplos de Santa Catarina e do Distrito Federal mostram que, além do esforço de regulação e organização de prioridades, é preciso também iniciativas para tornar os critérios e as filas conhecidos acessíveis para os órgãos do sistema de Justiça.

19 Cremepe publica Recomendação N° 05/2020. *Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco*, 12 mai. 2020. Disponível em: <https://www.cremepe.org.br/2020/05/12/cremepe-publica-recomendacao-no-05-2020/>.

20 Disponível em: <https://listadeespera.saude.sc.gov.br/>.

21 Disponível em: <https://portal.trf1.jus.br/sjdf/navegacao-auxiliar/noticias-sj/forum-da-saude-sjdf.html>.

CONCLUSÃO

O Manual 4 apresentou propostas que buscam atingir três objetivos complementares: melhorar o atendimento aos usuários, evitar o ingresso de novas ações judiciais e oferecer subsídios para defesas judiciais mais robustas contra as ações impetradas. Evitar a judicialização e aumentar a qualidade do serviço de saúde são duas faces de uma mesma moeda e devem ser promovidas por meio da compreensão e aperfeiçoamento da política pública de saúde.

As propostas discutidas já foram implementadas em algumas localidades e merecem ser avaliadas por entes que se deparam com volume grande ou crescente de judicialização. Porém, a viabilidade e a pertinência de cada uma delas para cada município devem ser avaliadas por gestores que conhecem melhor a realidade local. Essas propostas requerem mudanças significativas na gestão e sua implementação pode não ser simples. É preciso considerar, sobretudo, se em um determinado local há ou pode haver liderança, capacidade gerencial e recursos materiais e humanos necessários para sua boa implementação.

Em casos em que o município não disponha desses recursos, uma possibilidade é a criação de colaboração regional entre municípios, como é o caso do Programa de Gestão Regionalizada da Judicialização da Saúde na Região Nordeste de Santa Catarina (PROGREJUS)²². Trata-se de uma parceria entre municípios para juntos criarem uma *câmara técnica* para a elaboração de pareceres sobre medicamentos, um *banco regional de pareceres técnicos* para compartilhamento de informações e evitar retrabalhos, um *banco regional de medicamentos* para facilitar a compra e distribuição de medicamentos cuja oferta foi ordenada pelo Judiciário, e o *monitoramento regional* para levantamento de dados sobre a judicialização na região.

Por fim, o sucesso das propostas discutidas nesse manual depende também da compreensão da sua relevância por todos os envolvidos com o tema da judicialização, tanto das pessoas dentro da gestão quanto dos atores do sistema de Justiça. Não basta implementá-las, é preciso também dar a elas visibilidade e mostrar que todos ganham

22 Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Presta%C3%A7%C3%A3o-de-Contas-Sa%C3%BAde-Munic%C3%ADpio-de-Joinville-3%C2%BA-quadrimestre-2020.pdf>

quando se consegue reduzir a judicialização por meio da maior resolutividade das demandas, de produção de dados e informação, de diálogo institucional e da melhor organização do acesso aos serviços de saúde. A prevenção da judicialização passa por mudanças institucionais, mas também de uma mudança de cultura, que precisa ser menos a do litígio em torno de demandas individuais e mais a do diálogo na busca de soluções coletivas.





www.conasems.org.br