



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Iara Veloso Oliveira Figueiredo

O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização

v.1

Rio de Janeiro

2019

Iara Veloso Oliveira Figueiredo

O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização

v. 1

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde.

Orientador(a): Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F475d Figueiredo, Iara Veloso Oliveira.
O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização / Iara Veloso Oliveira Figueiredo. -- 2019.
105 f.

Orientador: Nilson do Rosário Costa.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Judicialização da Saúde. 2. Direito à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Brasil. 5. Desjudicialização da Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 344.03210981

Iara Veloso Oliveira Figueiredo

O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde.

Aprovada em: 14/02/19

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Maria Helena Barros de Oliveira
ENSP/Fiocruz

Prof. Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith
FM/USP

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa Afiliação
ENSP/Fiocruz (orientador)

Rio de Janeiro

2019

Dedico essa dissertação aos meus pais, meus exemplos de luta e amor pela saúde pública.

AGRADECIMENTOS

Enfim chegou o momento de agradecer. Agradecer formalmente, pois sou muito grata e agradeço todos os dias pela minha jornada, por ter saúde para correr atrás dos meus sonhos, pela oportunidade de estudar em uma instituição de referência, pela oportunidade que tive em morar no Rio de Janeiro, cidade que tanto amo, e pelos amigos que fiz nesse período.

Agradeço os meus pais, pelo amor incondicional, por sempre apoiar e incentivar as minhas escolhas, pela referência e incentivo na área da saúde pública. Quando eu crescer quero ser igual a vocês!

Ao meu orientador, Nilson, que sempre apoiou todas as minhas ideias e me deu todo o suporte para que eu chegasse nesse momento.

Ao Lucas, que esteve ao meu lado durante toda essa jornada, pelo carinho e apoio em todas as horas. Sempre compreensivo nos momentos de minha ausência e grande incentivador. Sua parceria fez com que essa jornada se tornasse mais fácil.

Ao meu irmão e toda a minha família, por todo o carinho e por sempre me desejarem o melhor. E a minha Vovozinha, que sempre nos incentivou a estudar, e sei que onde ela estiver está feliz com essa conquista.

À Haninha, minha fiel companheira, sempre carinhosa. Esteve o tempo todo ao meu lado, literalmente, nos momentos finais de escrita.

À Vania e ao Emilio, que me acolheram em sua família, sempre carinhosos e torcendo por mim. As minhas ANMIGAS, Jamille, Bruna e Clara, a parceria de vocês foi fundamental pra eu chegar nesse momento. Com elas eu pude provar que escrever uma dissertação não é um processo solitário. Muita gratidão por esse encontro, vocês têm um lugar especial em meu coração.

À Thays e ao Vítor, meus irmãos da vida. Sei que estamos juntos para o que der e vier.

À Mila, amiga de longa data, foi fundamental na formatação do trabalho.

À Larissa, irmã que a vida me deu. Muito obrigada por torcer por mim e estar ao meu lado, sempre!

Aos amigos da ENSP, principalmente ao “fome de quê”, desde o início compartilhando nossos anseios e dividindo as alegrias.

Aos Amigos de Ouro Preto, especialmente aos “Gringows”, pela amizade.

A Biblioteca do CCBB, que me proporcionou todo o conforto e ambiente adequado para concentração e produção do trabalho.

À Bibliotecária Gisele, pelo auxílio na pesquisa bibliográfica.

À Vera e ao Mendes, que nos guiaram desde o início do mestrado.

A CAPES, pelo auxílio financeiro.

Agradeço a ENSP, por além de ter me proporcionado um ensino técnico de qualidade, me ensinou a ser mais humana, a olhar para os problemas e as questões do outro, e também a lutar por um sistema de saúde público, universal e de qualidade para todos. Vida longa ao SUS!

Obrigada Deus, Obrigada Universo!

*“Teu dever é lutar pelo direito, mas no dia que encontrares o direito em conflito com a
justiça, luta pela justiça”*

COUTURE, Eduardo.

RESUMO

A judicialização da saúde é a possibilidade de acessar o Poder Judiciário requerendo prestações de saúde que não foram cumpridas. Esse fenômeno nasce a partir do momento que o direito à saúde foi positivado na Constituição Federal de 1988 (CF/88). Assim, ao longo dos anos foi aumentando o número de ações judiciais na área da saúde, o que gerou inúmeros problemas para os usuários e para os poderes do Estado, principalmente o Executivo e o Judiciário. Nesse contexto, esse trabalho teve como objetivo analisar a evolução da judicialização da saúde no Brasil. Para isso, foi realizado uma revisão da literatura que embasou uma proposta de teoria que estratifica a judicialização da saúde no Brasil em quatro classificações: a judicialização positiva; negativa; assessorias técnicas e desjudicialização. Essa classificação foi proposta para compreender a evolução, as experiências, o papel de diferentes instituições estatais e não estatais no fenômeno da judicialização da saúde no Brasil e a possibilidade de pactuação entre os atores que participam. A estratégia de pesquisa utilizada foi a realização de quatro estudos de caso representativos de cada classificação. Para isso, utilizou-se dados secundários da literatura que foram recolhidos através da elaboração de um protocolo de coleta de dados. Foram selecionados 113 textos científicos para descrição dos casos. Após a descrição de como e por que os casos ocorreram, foram feitas as análises de acordo com os objetivos. Dessa forma, o estudo concluiu que ocorreu ao longo dos anos uma evolução institucional para melhor lidar com os problemas que envolvem os efeitos da judicialização da saúde no Brasil, e que há iniciativas embrionárias para consolidar desjudicialização da saúde, que pode ser considerada uma boa opção para lidar com as demandas judiciais.

Palavras-chave: judicialização da saúde, desjudicialização da saúde, direito à saúde, direito sanitário, estudo de caso.

ABSTRACT

The judicialization of health is the possibility of access to the judiciary requesting health care that has not been fulfilled. This phenomenon arises from the moment that the right to health was affirmed in the Federal Constitution of 1988 (CF / 88). Thus, over the years the number of lawsuits in the health area has increased, which has generated numerous problems for the users and for the powers of the State, especially the Executive and the Judiciary. In this context, this study aimed to analyze the evolution of health judicialization in Brazil. For this, a review of the literature was based on a proposal of theory that stratifies the judicialization of health in Brazil in four classifications: positive judicialization; negative; technical advisory and adjudication. This classification was proposed to understand the evolution, the experiences, the role of different state and non-state institutions in the phenomenon of health judicialization in Brazil and the possibility of agreement among the participating actors. The research strategy used was the realization of four case studies re-presenting each classification. For this, we used secondary data from the literature that were collected through the elaboration of a protocol of data collection. 113 scientific texts were selected to describe the cases. After the description of how the cases occurred, the analyzes were done according to the objectives. Thus, the study concluded that over the years there has been an institutional evolution to better deal with the problems that involve the effects of the judicialization of health in Brazil, and that there are embryonic initiatives to consolidate health detrimentalization, which can be considered a good option to deal with lawsuits.

Keywords: judicialization of health, detrimentalization of health, right to health, health law and case study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxograma do estudo.....	28
Quadro 1- Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para o Caso I, que representa o lado positivo da judicialização no Brasil, classificado como algo virtuoso e com efeitos “positivos” para a sociedade, através da experiência da Judicialização da AIDS.	35
Quadro 2- Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para o Caso II, que representa os efeitos prejudiciais da judicialização, e foi classificado como um lado “negativo” desse fenômeno, através da exemplificação do caso da Fosfoetanolamina ou “pílula do câncer”.	36
Quadro 3- Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para o Caso III, que representa o momento em que os problemas da judicialização da saúde começam a inflacionar a agenda pública, e inicia-se a procura por soluções pactuadas e assessorias técnicas para as ações judiciais. O exemplo utilizado para demonstrar esse caso foi o do NAT/RJ.....	37
Quadro 4- Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para o Caso IV, que representa as tentativas de diminuição da judicialização, através de instrumentos que promovam a cooperação entre atores políticos e os interesses da sociedade, e que atuam na fase pré-processual. Essa classificação foi denominada desjudicialização e foi analisado através da experiência do CIRADS no Rio Grande do Norte.	38
Quadro 5- Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para o Caso IV, que representa as tentativas de diminuição da judicialização, através de instrumentos que promovam a cooperação entre atores políticos e os interesses da sociedade, e que atuam na fase pré-processual. Essa classificação foi denominada desjudicialização e foi analisado através da experiência do SUS Mediado no Rio Grande do Norte.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AF	Assistência Farmacêutica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARV	Antirretrovirais
AZT	Azidotimidina
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CADJ	Central de Atendimento de Demandas Judiciais
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CCT	Comissões de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIENP	Centro de Inovação e Ensaios Pré-Clínicos
CIRADS	Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DPE	Defensoria Pública Estadual
DPU/RN	Defensoria Pública da União no Estado do Rio Grande do Norte
DST'S	Doenças sexualmente transmissíveis
ENOG	Encontro Nacional de ONGs/AIDS
FAÇA	Fundação Açoriana para o Controle da AIDS
FNJ	Fórum Nacional do Judiciário
FS	Fosfoetanolamina
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações
MS	Ministério da Saúde
NAT	Núcleo de Assessoria Técnica

NAT/RJ	Núcleo de Assessoria Técnica do Rio de Janeiro
Oasisbr	Portal Brasileiro de publicações científicas em acesso aberto
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGS	Organizações não-governamentais
PGE/RN	Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Norte
PGMN/RN	Procuradoria Geral do Município do Natal
RN	Rio Grande do Norte
SCHOLAR	Google Acadêmico
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SESDEC/RJ	Secretária de Saúde do Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TJRJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
TJRN	Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TJRN	Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte
TJSP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
UNICAT	Unidade Central de Agentes Terapêuticos
UNICAT	Unidade Central de Agentes Terapêuticos
USP	Universidade de São Paulo
VIDDA	Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	14
2.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	15
2.3 ATUAÇÃO DOS PODERES EXECUTIVO E JUDICIÁRIO NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	18
2.4 DESJUDICIALIZAÇÃO	22
3. OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4. DESENHO DE ESTUDO.....	28
4.1 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS	28
4.2 METODOLOGIA	31
4.2.1 Estudo de Caso	31
4.2.2 Protocolo de coleta de dados	32
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 CASO I: AIDS.....	39
5.2 CASO II: “Pílula do câncer”	48
5.3 CASO III: NAT/RJ	60
5.4 CONSIDERAÇÕES	72
5.5 CASO IV: CIRADS e SUS MEDIADO	79
5.5.1 CIRADS	80
5.5.2 SUS MEDIADO	84
5.5.3 Diferença entre o CIRADS e SUS MEDIADO	89
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS	96

1. INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental de caráter social, compreendido como dever do Estado e garantido através de políticas públicas, nos termos do art.6º, combinado com o art.196 ambos da Constituição Federal (CF/88) (BRASIL, 1988). O direito à saúde como positivado na CF/88, legitima a propositura de ações judiciais, quando esse direito não é cumprido. Essas ações judiciais em busca de prestação de atendimento à saúde originaram o fenômeno da judicialização da saúde.

Assim, tal fenômeno caracteriza-se por um acionamento frequente do Poder Judiciário, pelos usuários tanto do sistema público como da iniciativa privada, para solução dos litígios envolvendo a prestação de atendimento à saúde.

O aumento da judicialização da saúde provocou vários problemas para: (1) o Poder Judiciário que se viu afogado em ações judiciais e sem capacitação técnica nessa área para julgar com acerto tais questões; (2) o Poder Executivo, o qual figura como réu em diversas ações, muitas vezes sendo compelido a mudar o rumo das políticas de saúde previstas em seu plano, o que pode desestruturar seu orçamento e sua governabilidade; (3) os planos de saúde, que também são réus em ações de prestação de serviços de saúde e (4) a população usuária e beneficiária da saúde pública e suplementar, respectivamente, que enfrenta morosos processos na justiça em busca de prestação em saúde.

Dessa forma, foi constatado a existência de um problema de relevância pública e de uma crise para o direito à saúde. Por isso, são também de grande relevância estudos que visam contribuir para a melhor compreender os aspectos dessa problemática. Assim, o presente estudo pretende colaborar para a discussão dos problemas que nasceram com a judicialização da saúde.

Nesse contexto, tornou-se necessário compreender todo o processo, desde o seu início até os dias atuais, da judicialização da saúde no Brasil. Em razão disso, é importante entender as experiências, quais instituições estão presentes, como elas atuam e como poderiam melhorar a atuação para promover uma solução para aos impasses desse fenômeno.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Para compreensão do direito à saúde no Brasil, deve-se olhar para a década de 1980. Nessa época, os movimentos sociais brasileiros clamavam por mudanças políticas que levassem a redemocratização do país, surgindo então, o movimento pelas Eleições Diretas (Diretas Já), onde reivindicavam a eleição de um presidente civil (SOUZA; COSTA, 2010).

A Ditadura Militar chegou ao fim em 1985, mas a população brasileira continuou imersa em vários conflitos sociais, onde ficava cada vez mais visível a profunda desigualdade social, com o aumento bastante expressivo de uma população vulnerável, que enfrentava longas filas a procura de assistência médica. Neste contexto, a insatisfação popular crescia e a sociedade se organizava em busca de soluções. Assim, em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional da Saúde. Essa Conferência foi de extrema importância, pois foi a primeira vez na história das Conferências de Saúde que se reuniram, em Brasília, trabalhadores da saúde, gestores e representantes de diferentes movimentos sociais, defendendo a bandeira de um Sistema de Saúde público e de qualidade para todos (SOUZA; COSTA, 2010).

O relatório final da 8ª Conferência serviu de subsídio para a elaboração do texto constitucional referente à saúde, sendo a saúde consagrada como “direito de todos e dever do Estado...” (BRASIL, 1988). Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) estava criado, e uma das mais importantes marcas é a participação da comunidade que, embalada pelo movimento das diretas já, procurava garantir, na nova Constituição, os direitos e os valores da democracia e da cidadania (GUIOTTI, 2005).

Posteriormente, em 1990 foi aprovada a regulamentação do SUS com a Lei 8.080/90 também conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e correspondentes e dá outras providências. Foi aprovada, também, a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990a).

A Constituição Federal de 1988, no capítulo VIII da Ordem social e na seção II referente à Saúde define no Art. 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e

recuperação (BRASIL, 1988).

O resgate do compromisso do Estado com o bem-estar social é percebido no texto constitucional que demonstra a concepção de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população. Assim, o Sistema Único de Saúde, tal como positivado nos artigos 196 a 200 da CF/88, permitiu o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado e não mais como um “favor”.

O SUS é definido pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, no Art. 4º do seguinte modo:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990b).

A partir da sua criação e da sua regulamentação, vem sendo construído especialmente por meio de Normas Operacionais elaboradas em consenso pelas três esferas de governo e materializadas em Portarias Ministeriais, além de Lei complementar, Decretos e Emendas à Constituição (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Machado (2008) ressalta que o art. 23, II, da Constituição Federal, depois confirmado na lei 8.080/90, estabelece que os cuidados da saúde são de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo solidária a responsabilidade dos entes federativos, que deverão atuar em cooperação administrativa.

Fernando Aith diz que as ações de competências dos três poderes para a concretização do direito à saúde são:

De cunho legislativo (elaboração de leis voltadas à proteção do direito à saúde), executivo (execução de políticas públicas, como vigilância sanitária, atendimento clínico ou hospitalar, regulamentação e aplicação de lei, fornecimento de medicamentos) ou judicial (exercício da jurisdição quando um cidadão se sentir lesado no seu direito à saúde) (AITH, 2017a p.72).

Dessa forma, dizer que o direito à saúde é um direito fundamental significa dizer, em primeiro lugar, que ele vincula os Poderes Públicos (Legislativo, Executivo e Judiciário) e que ele não pode ser subtraído da Constituição nem por via de emenda constitucional. Também implica admitir que, no exercício destes poderes e dentro dos limites da realidade, o Estado brasileiro deve fazer todo o possível para garantir a saúde (RIOS, 2009).

2.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A partir da existência do direito à saúde no Brasil, nasce a judicialização da saúde, que é um tema contemporâneo na conjuntura de um acionamento frequente do Poder

Judiciário para solucionar impasses entre usuários tanto do sistema público de saúde como do privado, que estão cada vez mais informados sobre como obter as garantias dos seus direitos. A tutela judicial pode ser tanto individual para acesso a bens e serviços, quanto uma tutela coletiva, geralmente interposta pelo Ministério Público, em razão dos direitos sociais não individualizáveis e da probidade administrativa (FLEURY, 2012).

Estudos apresentam que uma enorme parcela dos processos judiciais em saúde se concentra na distribuição de medicamentos. Esse fenômeno foi iniciado nos anos 1990, com as demandas de medicamentos para o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), e tem grande importância por ser um recurso do cidadão para acesso a medicamentos no SUS. É observado que a maior parte das demandas é individual e costuma ser deferida com base apenas em uma prescrição médica. Nessas demandas há pedidos de medicamentos incorporados ou não pelos programas do SUS. Isso tudo gera aumentos de gastos com medicamentos (PEPE; FIGUEIREDO; SIMAS, et. al, 2010).

Como a judicialização da saúde não está restrita às ações requerentes ao sistema público de saúde, há também a existência de ações contra os planos de saúde privados, para “entrega de prestações a que estariam obrigados, em tese, ou por força de disposições regulatórias insuficientemente fiscalizadas, ou a que não estariam obrigados” (BUCCI, 2017 p.39).

A CF/88 declara além da saúde ser “direito de todos e dever do Estado...” que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (COSTA, 2017). Assim, o SUS contribui para a ampliação do acesso ao cuidado com a saúde da população brasileira, mas há também a coexistência do setor de saúde suplementar. Dessa forma, dependendo da capacidade de acesso ou de pagamento dos usuários, eles podem utilizar os serviços de natureza pública ou privada (GARCIA; OCKÉ-REIS; MAGALHÃES, et. al, 2015).

Em relação à saúde suplementar, nota-se que o mercado de planos privados de assistência à saúde no Brasil desenvolveu-se em um contexto institucional de baixa regulação. O segmento de planos de assistência à saúde compreende: “as empresas de medicina de grupo, empresas de autogestão (públicas e privada), seguradoras, cooperativas médicas e odontológicas”. A partir desse segmento criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é uma agência com a função de regular os planos de saúde no Brasil (COSTA, 2008, p.1456). O Estudo de Garcia, Ocké-Reis, Magalhães, et. al (2015) demonstra que, em 2008-2009, cerca de 25% das famílias brasileiras tiveram gastos com planos de saúde. E também, dados da ANS apresentam que, entre 2003 e 2011, o tamanho do mercado

de planos de saúde aumentou de 36,4 milhões para 63,9 milhões de vínculos, tendo o faturamento “quase dobrado em lucro líquido e crescido mais de duas vezes e meia acima da inflação” (GARCIA; OCKÉ-REIS; MAGALHÃES, et. al, 2015, p.1426).

Como a judicialização surge a partir de um direito fundamental, ela pode ser vista como uma extensão da participação cidadã bem como da democracia. Assim com afirma Aith (2017a, p.103-104): “O direito do cidadão de lutar pelo respeito a um direito seu perante o Poder Judiciário é um elemento extremamente importante na configuração da democracia sanitária brasileira”.

É notório que os indivíduos que antes estavam à margem do sistema político, agora têm a oportunidade acessar a via judicial para pleitear suas garantias. Dessa forma, o judiciário aumenta sua importância e se fortalece como o instrumento de “concretização” de direitos. Porém, a responsabilidade de concretização constitucional, com transformações mais profundas da sociedade, depende mais de um trabalho conjunto entre os três poderes, de colaboração e diálogo, e não somente de um deles. Assim, o protagonismo do Poder Judiciário neste fenômeno deve dar lugar a uma participação conjunta dos três poderes do Estado, sem esquecer da participação da população. (BRITO, 2017).

Constata-se que mesmo que a atuação do Judiciário para concretização do direito à saúde tenha aumentado, é fato que não há participação popular nas suas decisões. Aith (2017a, p.103-104) afirma que o ato de ingressar com uma ação judicial em busca de um direito “é um importante e típico processo jurídico de democracia sanitária, na medida em que permite ao cidadão pedir ao Poder Judiciário que interceda contra uma lesão ou ameaça de lesão a um direito: no caso, o direito à saúde”. Vale ressaltar que em alguns casos é necessária a atuação emergencial do Judiciário, principalmente em casos de risco de vida.

O princípio da inafastabilidade do Poder Judiciário é garantia fundamental, previsto no art. 5º, XXXV da CF/88 o qual prevê que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (ZANFERDINI, 2012). Essa inafastabilidade significa que todos possuem o direito público subjetivo de submeter suas demandas à via judicial (OLIVEIRA, 2013). Nesse contexto, é importante dizer que buscar a Justiça não significa a resolução dos conflitos por sentença. Existem outras formas de resolução de litígios sem a intervenção estatal, que são satisfatórios, restando claro que nem sempre a via judicial é a melhor alternativa que os litigantes encontram (ZANFERDINI, 2012).

É importante destacar o que foi dito pela representante da Fiocruz, Maria Helena Barros de Oliveira, no plenário da Audiência n. 4 em 2009 no Supremo Tribunal Federal (STF). Ela salientou a importância de uma reflexão sobre o comportamento do Judiciário no

atendimento às demandas de saúde. Em suas decisões, em regra, o judiciário tem sido inflexível, e as vezes até assume o papel de executor de políticas de saúde. Maria Helena disse também, sobre a proposta de:

(...) discutir a criação de espaços de consenso. Na verdade, não existe um diálogo permanente entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo em relação à saúde, tendo como exceções pontuais experiências exitosas. É preciso a criação de espaços de consenso onde possa ser desenvolvida uma cultura em direito e saúde. Existe uma interseção entre essas duas ciências, as ciências jurídicas e as ciências da saúde. E nós não podemos, pura e simplesmente, não olhar de frente para essa interseção e caminhar por dentro dessa interseção. (...) Assim, é necessário que usemos um termo forte, é necessária a apropriação do Poder Judiciário da compreensão das políticas públicas para a saúde e, também, é necessário que o Poder Executivo aproprie-se da compreensão do papel inafastável do Poder Judiciário de aplicar o direito à saúde (STF, 2009, p.3).

A saída cooperativa pode estabelecer as condições para o que é denominado como desjudicialização, ou seja, o uso de estratégias de redução da judicialização pela busca do diálogo nas relações entre o poder público, população, operadores do sistema de justiça e técnicos da saúde, entre outros atores institucionais envolvidos (BUCCI, 2017).

O contexto atual é o de rediscutir, e repensar a judicialização como fenômeno que vêm de uma cultura de litígio, em uma sociedade dinâmica que necessita de novos mecanismos para resolução dos conflitos para além da burocracia do Estado. Esta burocracia estatal muitas vezes não alcança a eficácia social que a população exige com vistas ao acesso à justiça. Inclusive, a judicialização da saúde não deve ser considerada sempre como vilã, mas como um instrumento que deve ser utilizado somente quando necessário (SOBRINHO; ARAÚJO FILHO, 2016). Assim, para a judicialização ser compreendida como um instrumento excepcional, e não como regra do sistema, é necessário mudar essa cultura e consolidar novos instrumentos para enfim se chegar ao estágio da desjudicialização.

Diante do protagonismo do Poder Judiciário, pode ser necessário um maior entendimento principalmente entre o Judiciário e o Executivo na busca de soluções compartilhadas para que o cidadão brasileiro tenha garantido o seu direito a procedimentos, medicamentos e exames complementares na esfera do SUS e dos planos privados de assistência à saúde (COSTA, 2017).

2.3 ATUAÇÃO DOS PODERES EXECUTIVO E JUDICIÁRIO NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.

No Brasil, os Poderes Executivo e Judiciário têm importantes funções para a concretização do direito à saúde, com atuações para implementação de políticas públicas,

provocação de regulamentação legislativa e decisões judiciais que obrigam o Estado a fornecer a assistência à saúde. O cidadão tem a possibilidade de acionar o Judiciário contra o Executivo sempre que se sentir lesado em seu direito à saúde. Então, a partir de existência de um movimento de “pesos e contrapesos” entre executivo e judiciário, há a necessidade de ajustar suas relações quanto às questões de saúde (AITH 2017a, p.155).

O Poder Judiciário tem a função de garantir o cumprimento do que está positivado na CF/88 e nas demais leis. Ele vem se destacando na atuação quanto ao direito à saúde no sentido que cada vez mais ele é acionado através de tutelas judiciais para proteção das questões sanitárias. Por meio de determinações judiciais, o Judiciário obriga o Executivo a fornecer medicamentos, cirurgias, próteses, órteses, entre outros bens e serviços relacionados ao direito à saúde (AITH, 2017b, p.117).

Já o Poder Executivo, apresenta a função de executar as políticas públicas para a realização do direito à saúde, bem como regulamentar leis para garantir-lhes maior eficácia, no âmbito da atuação estatal, ou no esclarecimento de conceitos abertos da legislação (AITH, 2017b, p.117). É importante deixar claro que a elaboração de políticas públicas é de competência exclusiva dos entes políticos federativos (Administração Direta e dos órgãos diretamente vinculados). Logo, o Judiciário, definitivamente, não tem essa prerrogativa (SANTOS; SANTOS; LIMA; et. al, 2017, p.145).

Quando esses dois Poderes se esbarram em prol do direito à saúde, há um dilema, que foi exposto pelo Ministro Gilmar Mendes:

(...) se, por um lado, a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania, por outro, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão perante os elaboradores e executores das políticas públicas, que se veem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área de saúde e além das possibilidades orçamentárias (SANTOS; SANTOS; LIMA; et. al, 2017, p.188).

Assim, o Poder Judiciário não pode formular políticas públicas, mas pode corrigir suas falhas. Porém, isso deve ser feito através de uma atuação harmônica com o Poder Executivo para que as demandas “da sociedade por bens e serviços de saúde sejam satisfeitas com eficácia, economicidade, transparência e resolutividade”. Dito isso, é essencial a existência de articulação entre os envolvidos na efetivação das políticas públicas, para uma decisão estatal resolutiva (AITH, 2017b, p.131-133).

Dessa forma, a preocupação atual é solidificar novas institucionalidades para solução das divergências em direito e saúde que tenham capacidade de se instalarem nos ambientes adequados para a garantia do direito à saúde pelas políticas públicas realizadas pelo Poder

Executivo, sem a necessidade de provocação da via judiciária. É importante ter o acionamento do Judiciário como último recurso para as questões de saúde (AITH, 2017b, p.133).

Deve ser observado que o art. 5º, XXXV, CF/88, prevê que o Poder Judiciário não pode se furtar a apreciar qualquer lesão ou ameaça a direito. Entretanto, muitas vezes ele não apresenta todo o arcabouço fático e técnico. Dessa forma, há propostas de tratar as demandas administrativamente para agilizar a prestação da saúde, com parcerias e acordos com o Poder Executivo, sem desconsiderar os casos mais complexos ou sem êxito, que devem ser resolvidos pela via judiciária (RACHID, 2017).

Pode-se dizer que, a partir de 2009, houve uma percepção geral de que a judicialização da saúde estava excessiva. Foi nesse ano que o STF realizou a Audiência Pública n.4. Esse evento ocorreu no contexto em que o Judiciário se mobilizou para encontrar critérios mais técnicos e racionais, para suas decisões em matéria de saúde (BUCCI, 2017).

O instituto da audiência pública retrata um ambiente democrático no Estado, em que “a voz dos cidadãos deve ser considerada quando da tomada de decisões”. A audiência n.4 teve a participação de vários setores da sociedade, como profissionais da saúde, gestores, acadêmicos e usuários do SUS. Essa participação enriquece o debate, visto que há a exposição de vários pontos de vista sobre o mesmo fato, com interesses até conflitantes, mas com o objetivo de proporcionar uma reflexão conjunta sobre o assunto (MACHADO, 2014, p.562).

É fato que a audiência pública da saúde foi um momento importante para o debate democrático sobre o direito à saúde. Os principais pontos abordados por ela foram: a dispensação de medicamentos, a alocação de recursos, a função e a interligação entre os três poderes (MACHADO, 2014).

A audiência da saúde deixou como legado a Recomendação 31 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e a Resolução n.107/2010 do CNJ, que criou o Fórum Nacional do Judiciário (FNJ) para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde (JORGE, 2017). E também, o CNJ designou um grupo de trabalho com o objetivo de promover estudos e indicar formas para a melhora da prestação jurisdicional ao direito à saúde. (WERNER, 2017).

Com a Recomendação 31, foi estipulado que os Tribunais Regionais Federais e os Tribunais de Justiça dos Estados disponibilizem apoio técnico de profissionais de saúde, para auxiliar os magistrados em suas decisões relacionadas à saúde (WERNER, 2017).

Seguindo a tendência da aproximação do judiciário com as questões de saúde, o CNJ editou a Resolução n.107 que cria o Fórum Nacional de Poder Judiciário. Este tem a finalidade de monitorar a resolução dos litígios de assistência à saúde, bem como incentivar estudos e medidas concretas e legislativas para o aprimoramento de procedimentos, visando prevenir novos conflitos (WERNER, 2017).

Resumidamente, essa Resolução nasce com a intenção de prevenir novas demandas judiciais em saúde, e também definir novas maneiras de abordar do Direito Sanitário. Os sujeitos, atuantes na judicialização da saúde, foram recomendados a se mobilizarem e estabelecerem diálogo (WERNER, 2017).

Após o Fórum, o CNJ teve a iniciativa de realizar a Jornada de Direito da Saúde. Nota-se que é um evento realizado por um órgão judiciário, com atenção às políticas públicas de saúde. Assim, em 2014 e 2015, respectivamente, foram realizadas as I e II Jornadas de Direito da Saúde (WERNER, 2017). Na I Jornada de Saúde do CNJ foram aprovados 45 enunciados, e na II, foram aprovados 22 enunciados, totalizando 68 enunciados (BUCCI, 2017).

Esses enunciados partem de um órgão do Poder Judiciário, o CNJ, mas eles têm como objetivo final o diálogo entre Poder Executivo e Judiciário. Esse diálogo deve ser “sincero” e democrático entre esses sujeitos atuantes na construção das políticas públicas de saúde (WERNER, 2017, p.252). Um enunciado se destaca ao recomendar ao autor que não acione a Justiça sem antes procurar o sistema de saúde (Enunciado 3.) (BUCCI, 2017).

Em geral os enunciados evidenciam a urgência em melhorar a articulação entre os poderes. E incentivam “a criação de mecanismos formais ou informais de mediação, por meio de “diálogos institucionais” para melhor realização dos direitos e das políticas públicas de saúde (WERNER, 2017, p.252).

Portanto, ao criar o Fórum da Saúde e as Jornadas, o CNJ apresentou-se como uma importante via de aproximação dos Poderes Executivo e Judiciário. Ele teve “a coragem de olhar de forma crítica para a própria atuação do Poder Judiciário, seus méritos e problemas, exigindo um comportamento mais responsável e comprometido com a estrutura das políticas públicas oficiais de saúde”. Dessa maneira, o CNJ reconheceu as limitações técnicas do Judiciário em resolver sozinho questões de saúde, e com isso enxergou no diálogo interdisciplinar e interinstitucional uma forma de ajudar a resolver esse problema (WERNER, 2017, p.261).

2.4 DESJUDICIALIZAÇÃO

A desjudicialização parte do pressuposto de que as medidas extrajudiciais que se fundamentam no diálogo entre os poderes e a comunidade sejam mais rápidas e, até mais eficazes do que as interferências judiciais (VIAL; WÜNSCH, 2013). A partir desse ideal, emerge a discussão a respeito da importância de desjudicializar os conflitos como sinal do amadurecimento democrático, mas sem retirar do Estado seu papel fomentador de políticas públicas inclusivas (SOBRINHO; ARAÚJO FILHO, 2016).

Na esfera da saúde pública, a desjudicialização é vista como uma alternativa para a efetivação do direito fundamental à saúde. Porém, é notório que a mudança dessa cultura na sociedade, que vem de um histórico de litígio, não acontecerá de forma rápida, mas deve-se tentar, aos poucos, inserir na consciência social os métodos alternativos de tratamento de litígio, como a conciliação e a mediação em conflitos envolvendo o direito à saúde (VIAL; WÜNSCH, 2013).

A opção por esses meios se associa aos movimentos de desjudicialização e informalização, que são processos que zelam pela simplicidade, celeridade processual e desburocratização. Ocorre pelo acionamento a meios informais com vistas a melhorar os procedimentos judiciais e também transferir competências para instâncias não judiciais. É importante deixar claro que isso não deve enfraquecer o Poder Judiciário, e sim auxiliá-lo na resolução de suas demandas, e desafogá-lo de demandas desnecessárias (KLUNK, 2012).

Sobre as práticas que vem sendo adotadas para solidificar a cultura de desjudicialização Fernando Aith diz que elas:

(...) vêm sendo adotadas na tentativa de reduzir a solução de conflitos entre cidadãos e o Executivo, por meio do Judiciário, como, por exemplo, a adoção da via administrativa (extrajudicial) para solicitação de medicamentos, criando-se procedimentos administrativos específicos para que o próprio Executivo reveja sua decisão e avalie com mais atenção algumas demandas de saúde da população. Outro exemplo é a criação de comitês técnicos, seja no âmbito do Executivo, seja no âmbito do próprio Judiciário, responsáveis por analisar as demandas de saúde e por auxiliar o Judiciário, o Executivo e o cidadão a encontrarem soluções, aplicáveis aos casos concretos, e garantidoras do direito à saúde. Ambas as práticas incidem depois do surgimento da demanda, ou seja, a partir do momento em que o cidadão já considera que seu direito à saúde foi violado e já conta com uma evidente disposição de demandar seu direito, seja pela via administrativa, seja pela via judicial (AITH, 2017a, p.156).

Há uma proposta de política nacional de incentivo aos mecanismos para a obtenção da autocomposição, que é um método para resolução de conflitos entre as pessoas visando o acordo entre as partes. Esse movimento de incentivo aos meios alternativos de resolução de conflitos pode contribuir para uma mudança social, com objetivos de vencer a crise da justiça

e solidificar um sistema de efetiva resolução dos conflitos. Esse sistema é baseado na comunicação entre seus atores, com vistas a transformar “o papel do Estado de extremo intervencionismo para o de incentivador e supervisor do diálogo, culminando com o fortalecimento do objetivo maior, a pacificação social” (CALMON, 2008 apud KLUNK, 2012, p. 77).

É necessário aproximar o juiz que decide em seu gabinete isolado ao caso concreto. E envolver o Judiciário na satisfação das necessidades sociais com observância aos princípios constitucionais da proporcionalidade, da razoabilidade das decisões, do devido processo legal e do contraditório (SOBRINHO; ARAÚJO FILHO, 2016).

Considerando a crise da justiça e a eficiência própria das soluções autocompositivas, é imprescindível que o Estado adote medidas de incentivo à sua realização, promovendo uma política pública de incentivo à utilização em larga escala dos mecanismos para obtenção da autocomposição. Percebe-se um incentivo às políticas de conscientização de que o consenso é a melhor forma de resolução de conflitos, pois é rápido e eficaz, em virtude da participação efetiva das partes envolvidas (KLUNK, 2012).

Muitas vezes, a melhor alternativa para a solução de conflitos de direitos sociais, de natureza distributiva, é o diálogo entre as partes, podendo vir a efetuar uma transação, ou estabelecer um compromisso, sendo vantajoso principalmente em relações que se prolongam no tempo (GOTTI, 2017).

Como a Constituição Federal de 1988 positiva que o Estado tem o dever de garantir o direito à saúde a todos, esse dever envolve os três poderes da República. Para a prestação e concretização do direito à saúde, esses três poderes devem se harmonizar e articular juntos para melhor direcionar o Estado brasileiro, como um todo, à efetiva proteção desse direito (AITH, 2017a).

Ante o exposto em matéria de desjudicialização, deve-se ampliar o debate sobre o instituto da mediação sanitária, como uma forma de abertura ao diálogo entre os poderes Judiciário e Executivo, e como um meio que pode ser eficaz para a desjudicialização da saúde (OLIVEIRA; DELDUQUE; SOUZA; et. al, 2016).

A Mediação Sanitária é um modelo alternativo de resolução de conflitos na área da saúde. Ela nasce em um momento que:

As relações em saúde transcendem a ótica bilateral do médico com o paciente, para envolver muitos outros atores presentes em um sistema de saúde, advindo, daí, conflitos de toda a ordem, internos e externos ao sistema, criando condições para a judicialização. Conflitos internos (como os assistenciais, organizativos e conflitos entre profissionais) geram desgastes e judicialização, como também fazem os conflitos gerados fora do sistema, mas com reflexos diretos dentro dele,

assim como os conflitos sociais e conflitos legais igualmente geram a judicialização (OLIVEIRA; DELDUQUE; SOUZA; et. al, 2016, p.175-176).

Nesse contexto, a mediação sanitária se apresenta como instrumento de resolução de conflitos, em atendimento aos cidadãos que buscam de maneira rápida a garantia e efetividade do direito à saúde. Por meio da comunicação, os atores têm a oportunidade de tomar conhecimento das razões e dos limites a que estão expostos, e com isso, buscam resolver suas pendências e anseios no próprio Sistema, possibilitando dessa forma a desjudicialização da saúde (OLIVEIRA; DELDUQUE; SOUZA; et. al, 2016).

Muitas vezes a definição de mediação se confunde com a de conciliação, mas esses institutos são distintos. As principais diferenças entre conciliação e mediação estão na forma e ambiente de realização, ou seja, a mediação costuma ocorrer fora do âmbito judicial, em que o mediador tem o papel de facilitar a comunicação entre os envolvidos. Já a conciliação ocorre na presença de um juiz, que fiscaliza, controla e tem participação mais ativa na proposta de acordo. Nota-se que as duas visam resolver pendências, mas de maneiras diferentes (KLUNK, 2012).

A conciliação é criticada pelo fato do conciliador ter a prerrogativa de fazer sugestões de acordo. De maneira corriqueira o conciliador pressiona as partes para entrarem em um acordo, com o simples objetivo de “desafogar o judiciário”. Como não é parte, é possível que ele analise o caso superficialmente, e promova até uma conciliação parcial (KLUNK, 2012).

Já na mediação, o mediador designado promove o diálogo entre as partes, para que se entendam. “Dessa forma, quando as partes por conta própria decidem o que é melhor para o restabelecimento da paz e da boa relação entre elas, a decisão torna-se muito mais eficaz” (KLUNK, 2012, p.72). Assim, a mediação tem o condão de organizar as relações sociais, auxiliar as partes a tratarem o litígio com autonomia, e ainda reduz a dependência de um juiz que pode coagi-las. Esse instituto zela pelo entendimento mútuo entre os litigantes, e principalmente pelo consenso. Dessa maneira, “a mediação apresenta inúmeras vantagens, como a rapidez, confidencialidade, menores custos, grande possibilidade de êxito e qualidade da decisão acordada ” (KLUNK, 2012, p.67).

Sobre o trabalho do mediador, convencionou-se que ele deve ser uma terceira pessoa imparcial ao conflito, que se coloca entre as partes para mediar o diálogo entre elas. Essa pessoa tem um papel de facilitador, pois ela incentiva os litigantes a ter ou restabelecer um diálogo, com a finalidade de instigar as próprias partes a encontrem uma solução para seus problemas. Ao contrário do conciliador, não é permitido ao mediador sugerir soluções

(FERREIRA, 2012).

Considera-se que a mediação é uma política originária de uma preocupação com a efetivação da justiça. Assim, ela é uma forma de solucionar litígios em que um mediador apresenta ferramentas e técnicas de comunicação visando que as partes cheguem a um consenso (KLUNK, 2012).

Nesse contexto de mediação sanitária, é importante expor a ideia de justiça restaurativa, que nesse caso se materializa na busca de consenso visando evitar o recurso ao Poder Judiciário (FERREIRA, 2012).

A Justiça Restaurativa surgiu nos Estados Unidos na década de 1970, como método alternativo à justiça retributiva para solucionar os litígios, buscando a resolução dos conflitos por meio de reuniões com a presença de todas as partes envolvidas. Ela visa promover a comunicação entre as partes contrárias para restabelecimento dos danos sofridos pela vítima e reintegração do ofensor à comunidade. Nesse caso “dar-se-á lugar à identificação e satisfação das necessidades do ofensor, já que este terá o direito de, também, expor os seus pontos de vista”. Ou seja, a Justiça Restaurativa promove uma decisão obtida através do consenso entre os litigantes (SCHULER; MATOS, 2014 apud DIAS; MOTA, 2016, p.1230).

Além de aproximar as partes para resolução dos litígios, a Justiça Restaurativa também tem função de desafogar o Judiciário Brasileiro que se encontra abarrotado de processos. Dessa forma, deve-se atentar para a utilização dessa possibilidade nas ações que envolvam planos e seguros de saúde e seus beneficiários, e também no sistema público de saúde, “em que cidadãos interessados, no campo da saúde pública, possam previamente ao ajuizamento de uma ação judicial, tentar pela via da mediação uma solução aceitável para o conflito” (DIAS; MOTA, 2016, p.305).

O campo da análise política tratou de modo extensivo as experiências de pactuação setorial entre capital e trabalho por meio da literatura do neocorporativismo, como no caso da câmara setorial da indústria automotiva e a relação tripartite entre Estado, sindicatos e empresas (MARTIN, 1996). Nas últimas décadas a literatura neoinstitucionalista tem protagonizado a compreensão dos processos de pactuação política e produção de confiança no contexto dos conflitos de interesse.

Esse novo institucionalismo se preocupa com as maneiras pelas quais os comportamentos políticos são moldados, e os compreendem ao estudar as regras e práticas que caracterizam instituições e os modos pelos quais os atores se relacionam com elas. Assim, há o pressuposto que a influência das instituições sobre a conduta da política é múltipla. E também consideram que as instituições informais podem ser tão poderosas

quanto as formais (LOWNDES; ROBERTS, 2013).

Dessa forma, o neoinstitucionalismo permite além do entendimento sobre como funcionam as instituições políticas, a proposição de estratégias de resistência e reforma, com a finalidade de priorizar novos interesses e valores. E, consideram também que os atores estão envolvidos em uma relação dialética com as instituições. Há a vertente que sugere que nenhuma instituição está sozinha, mas está interligada a um conjunto de outras instituições que reforçam seus efeitos, ou os complementam (LOWNDES; ROBERTS, 2013).

Portanto, os preceitos do neoinstitucionalismo ratificam a possibilidade de mudanças institucionais e a interdependência e relação entre as instituições e atores permitindo que promovam relações pactuadas.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar as faces da judicialização da saúde no Brasil.

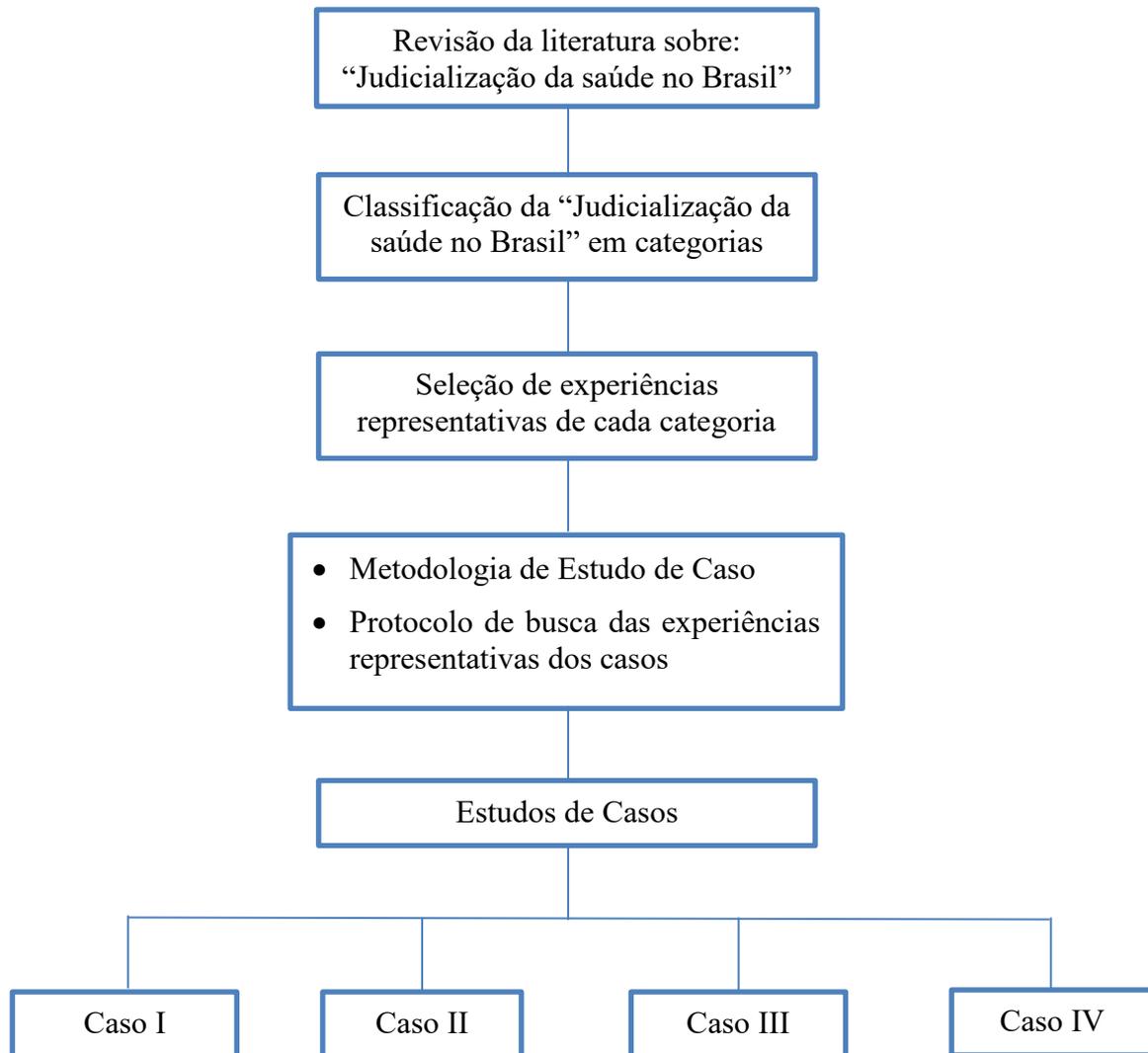
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Propor categorias de análise da judicialização da saúde no Brasil.
- Identificar as experiências da judicialização da saúde no Brasil;
- Analisar o fenômeno da judicialização através das categorias propostas.
- Analisar a possibilidade de pactuação entre os atores (executivo e judiciário) com a finalidade de desjudicialização.

4. DESENHO DE ESTUDO

A Figura 1 representa o delineamento desse estudo.

Figura 1- Fluxograma do estudo



4.1 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS

Essa Dissertação propõe que a judicialização da saúde pode ser dividida em quatro classificações: a primeira observou-se com o surgimento da judicialização no Brasil, classificado como algo virtuoso e com efeitos “positivos” para a sociedade; já a segunda classificação observou-se os efeitos prejudiciais da judicialização, e foi classificado como um lado “negativo” desse fenômeno; a terceira em que os problemas da judicialização da saúde começam a inflacionar a agenda pública, e inicia-se a procura por soluções pactuadas e assessorias técnicas para as ações judiciais; por fim, a última classificação apresentou a

tentativa de diminuição da judicialização, através de instrumentos que promovam a cooperação entre atores políticos e os interesses da sociedade, e que atuam na fase pré-processual. Este quarto momento está claramente na esfera da construção de um novo regime institucional para solução de conflitos de interesse por meio da negociação.

Assim, foram identificadas algumas experiências da judicialização da saúde na revisão da literatura, que foram selecionadas para descrever os casos representativos das classificações propostas.

A primeira experiência selecionada como positiva da judicialização da saúde no Brasil foi nos anos 1990 pelo início das ações requerentes de medicamentos para o combate à AIDS. De modo que antes do ano de 1996 todas as ações encaminhadas à justiça eram sumariamente negadas, sobre a justificativa de que o direito a saúde baseado na interpretação do art. 196 da CF/88 era uma norma programática não passível de produzir efeitos jurídicos postos. Posteriormente a 1996, a quase totalidade das ações passou a ser aceita pelo judiciário, que mudou seu entendimento a partir da criação da Lei 9.313/96 a qual dispôs sobre a garantia da distribuição gratuita e universal de antiretrovirais, como uma obrigação conjunta e solidária entre a União, Estados, Municípios e o Distrito Federal (GOUVEA, 2003).

Após esse início considerado virtuoso e positivo da Judicialização, observa-se em seguida uma judicialização em massa e descontrolada (SANTOS; MONTI, 2015). Desde o final da década de 1990, a judicialização da saúde começou a apresentar problemas. O crescimento da via judiciária para concretização do direito à saúde tornou-se uma “epidemia” em que “a judicialização gera mais judicialização” (BUCCI, 2017, p.34). Além disso, a práxis do judiciário, que não tinha assessoria técnica nem formação em saúde, era a concessão de liminares para a realização de praticamente todo procedimento e medicamento requerido na esfera do sistema de saúde (BUCCI, 2017, p. 34).

Um exemplo da judicialização negativa, é o caso da disputa sobre a utilização da Fosfoetanolamina (FS) sintética, que se tornou conhecida através de uma pesquisa no laboratório de química da Universidade de São Paulo (USP). Ocorre que essa substância ficou famosa nas redes sociais como “pílula do câncer” com efeitos milagrosos a qualquer paciente oncológico, e que a melhor forma de obter esse remédio (não é medicamento) seria pela via judicial. Assim, o Poder Judiciário começou a ser a porta de entrada, saída e distribuição dessa substância. Bucci (2017, p.32) considera que “não era apenas credence popular que atribuía à pílula azul os poderes de cura do câncer. Centenas (talvez milhares) de juízes, atuando desde a primeira instância até o STF, também acreditavam nisso” (BUCCI,

2017, p.32).

A terceira classificação da Judicialização da saúde, ocorre com a conscientização dos atores que dela participam e começou a surgir uma procura da defesa dos direitos de uma forma conjunta entre os poderes, a população e especialistas (FLEURY, 2012).

Após audiência pública no STF em 2009, com a finalidade de obter informações para a atuação do judiciário sobre o acesso a prestações da área da saúde, o CNJ, editou em 2010 a Recomendação 31. Essa Recomendação orienta fundamentos e atitudes que devem ser tomadas pelos juízes para aprimorar o processo decisório (JORGE, 2017, p.328) bem como estimular os Tribunais de Justiça Estaduais e Federais a realizarem convênios para apoio técnico de médicos e farmacêuticos, com o objetivo de ajudar os magistrados na elaboração de um juízo de valor no julgamento das questões clínicas nas ações com demandas de saúde (DIAS; MOTA, 2016).

Para representar essa classificação, foi escolhido estudar NAT (Núcleo de Assessoria Técnica) do TJRJ (Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro). O qual emite pareceres para “verificar a relação entre a demanda judicial feita e a política pública de saúde oferecida pelo SUS no âmbito do Poder Executivo” (AITH, 2017b, p.132). O NAT tem como principal atividade dar auxílio técnico para que os magistrados julguem as demandas que envolvem a saúde, através da participação de uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, com a função de elaboração de pareceres técnicos (JORGE, 2017, p.331-332). Nota-se que ela ocorre em um momento pós-processual.

Por fim, a última classificação da judicialização é a desjudicialização da saúde, que levanta uma diretriz de cooperação entre os poderes e a sociedade para atendimento do direito à saúde. Ela propõe a busca de soluções alternativas para as lides, com a presença das partes envolvidas para as escolhas e implementações das políticas públicas. Através do diálogo entre os poderes, em regra o executivo e judiciário, pode-se verificar o impacto financeiro do pedido, as possibilidades orçamentárias e a forma de execução (BUCCI, 2017). Inclusive, ao proferir voto-vista em Recurso Extraordinário, o ministro Luís Roberto Barroso avaliou ser necessário desjudicializar o debate sobre saúde no Brasil (STF, 2016). Sua atuação é pré-processual.

Nesta fase, o estudo aprofundou sobre a experiência paradigmática do Rio Grande do Norte (RN) com o Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS) e o SUS MEDIADO, que foram iniciativas de pactuação entre os atores da judicialização, valorizando o diálogo, em uma tentativa de resolução das demandas de forma extrajudicial (RINGEISEN, 2016).

A partir dessa categorização proposta, é importante frisar que são diferentes categorias, porém não estão atreladas a ideia de cronologia.

4.2 METODOLOGIA

A partir da compreensão do fenômeno da judicialização da saúde, esse trabalho promoveu a categorização do mesmo em quatro tipologias e o fenômeno foi analisado a partir das categorias propostas. Essa estratificação foi analisada através da escolha de casos representativos para cada categoria criada, e para cumprir os objetivos propostos, o estudo recorreu ao desenho dos estudos de caso.

Minayo (2004) diz que as categorias são os conceitos mais importantes dentro de uma teoria, e elege as categorias analíticas como aquelas que possuem as relações sociais fundamentais. Elas também são referências para o objeto ser conhecido em sua essência e generalidade.

O estudo de caso pode utilizar a produção primária de dados, através de interação direta com os indivíduos, podendo ser por meio de entrevistas, observações e aplicação de questionários e também por meio de dados secundários como documentos, banco de dados, revistas, jornais, coleções de artefatos etc. (MINAYO, 2016). No caso deste trabalho, foram utilizados dados secundários da literatura científica para a descrição de quatro casos selecionados, representativos da tipificação dos padrões de judicialização aceitos por este estudo.

Enquanto projeto, este trabalho foi apresentado a uma banca examinadora de qualificação e após a sua apreciação e aprovação, a qual julgou não ser necessária a submissão do mesmo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP).

4.2.1 Estudo de Caso

As quatro categorias analíticas foram propostas após observação realizada por revisão da literatura sobre a judicialização da saúde no Brasil e identificação de algumas experiências. Para compreender e demonstrar a teoria proposta, foi usado como referencial teórico os dizeres de Robert Yin sobre estudos de caso que nortearam a estratégia metodológica (YIN, 2015).

Segundo esse autor antes da realização do estudo de caso deve-se realizar uma revisão minuciosa da literatura, para compreender as questões que envolvem o tema

escolhido (YIN, 2015). Nesse sentido Yin (2015 p. 40) diz que em alguns casos, a metodologia depreende a existência de uma teoria prévia, a ser testada no decorrer da investigação e completa dizendo que “Para os estudos de caso, é altamente desejado o desenvolvimento de teoria como parte da fase do projeto”.

Yin (2015, p.2) diz que “um estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo, “o caso” em seu contexto de mundo real”. O caso selecionado deve ser bem contextualizado e limitado para que se faça uma busca circunstanciada das informações. No caso desse trabalho, isso foi feito quatro vezes, pois foram realizados quatro estudos de caso.

Os estudos de caso foram descritivos e explicativos, pois trabalharam com o “como” e o “por que” de uma situação. Dessa forma, os casos objetivaram demonstrar como e por que as situações selecionadas ocorreram. Yin (2015, p.31) afirma que “a pesquisa de estudo de caso é, provavelmente, mais apropriada para questões “como” e “por que”; por isso, sua tarefa inicial é esclarecer, precisamente, a natureza de suas questões de estudo a esse respeito”, e também afirma que “explicar um fenômeno é estipular um conjunto presumido de elos causais sobre ele, ou “como” e “por que” algo aconteceu” (YIN, 2015, p. 152). A construção das explicações sobre os casos, ocorreu de forma narrativa.

A preocupação com o rigor metodológico para fazer os estudos, foi uma questão nessa pesquisa e o Yin (2015, p. 74) chama atenção para esse ponto ao dizer que “a pesquisa de estudo de caso está entre os tipos mais difíceis de pesquisa, devido à ausência de procedimentos bem documentados”. Após a qualificação do projeto, essa foi uma dificuldade enfrentada no prosseguimento da pesquisa, pois era fato que os estudos de caso seriam feitos, porém não se sabia como. E, foi após estudar a teoria de Robert Yin sobre estudos de caso, que se encontrou uma solução para realizar o estudo de forma séria, bem documentada e com rigor científico. Dessa forma, foi desenvolvido um protocolo de estudo de caso, que guiou a coleta dos dados.

4.2.2 Protocolo de coleta de dados

O protocolo de estudo de caso, quer dizer que a coleta dos dados realizada para produzir o estudo obedece a um protocolo formal. Nesse trabalho, em razão da viabilidade de tempo, instrumentos e logística optou-se por utilizar dados secundários provenientes da literatura científica (YIN, 2015).

Além de aumentar a confiabilidade da pesquisa, o protocolo também tem o papel de orientar o pesquisador na execução da coleta dos dados, que segue uma lógica de

planejamento.

Yin (2015) diz que ao utilizar o protocolo do estudo de caso, é fundamental a indicação dos dados a serem coletados. No caso dessa pesquisa, os dados foram coletados nas plataformas que disponibilizam a literatura científica existente sobre o tema: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Portal Brasileiro de publicações científicas em acesso aberto (Oasisbr) e Google Acadêmico (Scholar), e no primeiro caso, utilizou-se também a literatura encontrada nas referências dos textos estudados. Assim, foram utilizados os artigos e trabalhos científicos que estavam disponíveis e que foram encontrados pelos descritores selecionados para fazer a pesquisa.

O autor também diz que deve ser estabelecido um banco de dados para o estudo de cada caso, pois se tudo que foi coletado for guardado formalmente, pode ser disponível “para a inspeção por terceiros” (YIN, 2015). Nessa pesquisa, todos os dados encontrados foram devidamente organizados e estão arquivados em um *software* chamado Zotero, que é um software livre com a função de gerenciar dados bibliográficos e materiais relacionados à pesquisa.

Todo esse cuidado na pesquisa objetiva garantir que caso “um pesquisador, posteriormente, seguir o mesmo procedimento, conforme descrito pelo primeiro, e conduzir o mesmo estudo de caso novamente, ele deverá obedecer aos mesmos achados e conclusões”. Isso quer dizer que “a meta de confiabilidade é minimizar os erros e a parcialidade do estudo” e sem a documentação dos procedimentos, nem o próprio pesquisador do estudo conseguiria repetir o que fez (YIN, 2015, p.51).

Como já dito anteriormente, os casos selecionados funcionaram como exemplos paradigmáticos, que foram selecionados após uma revisão da literatura minuciosa sobre o tema.

O segundo passo, foi elaborar os descritores que foram utilizados na realização da pesquisa nas bases de dados, observando os conectores e as palavras-chave, para isso, foi fundamental o auxílio de uma profissional bibliotecária que tem o domínio sobre essa técnica. Em nenhum dos quatro casos foi utilizado critério de exclusão, como limitação de período de tempo por exemplo.

Após inserir os descritores nas bases de dados e feita a pesquisa, os textos utilizados foram selecionados através da leitura de todos os resumos dos trabalhos encontrados, e foram incluídos os que se adequaram ao caso. Esse mesmo procedimento foi repetido por quatro vezes, em cada caso.

Assim, foram lidos na íntegra todos os textos selecionados, e à medida que a leitura era feita, as informações sobre o caso eram separadas. Ao fim da leitura de toda a bibliografia de cada caso, foi redigido um texto com o objetivo de descrever como o caso aconteceu, e o porquê de seus desdobramentos, a partir de todas as informações que foram encontradas sobre a temática. Novamente, esse procedimento se repetiu por quatro vezes, até a finalização do último caso.

As datas das pesquisas nos bancos de dados foram as seguintes: O Caso I a pesquisa foi realizada no dia 22 de agosto de 2018; o Caso II foi em 28 de novembro de 2018; o Caso III em 15 de outubro de 2018; e o Caso IV a pesquisa foi feita em 10 de dezembro de 2018.

É importante observar, que no Caso IV que trata da experiência do Rio Grande do Norte, a pesquisa foi realizada com dois objetos diferentes, pois o Rio Grande do Norte teve duas experiências que devem ser consideradas para a análise do caso de desjudicialização no estado, o CIRADS e o SUS MEDIADO.

Após a seleção dos textos para análise foi utilizado o *Software* Zotero para eliminar a duplicidade dos textos repetidos, caso a caso. Foram criadas quatro pastas independentes para cada caso, na opção ‘criar biblioteca’, assim, as bibliografias encontradas de cada caso foram armazenadas nas respectivas pastas. Isso facilitou o acesso a opção ‘itens duplicados’ para eliminar a duplicidade dos textos. Sobre o Caso IV, mesmo tendo dois objetos diferentes, a duplicidade foi eliminada a partir de todos os textos selecionados, tanto os do CIRADS, quando os do SUS MEDIADO ficaram na mesma pasta.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após realização do protocolo de estudo de dados, efetuado através de pesquisas nas plataformas que disponibilizam a literatura científica, e eliminação dos textos repetidos, seguem os resultados encontrados:

Para descrever o primeiro caso foram lidas 31 referências vide Quadro 1; para o segundo caso foram 34, vide Quadro 2; no terceiro 29 vide quadro 3; e para o quarto caso foram 19, vide Quadro 4. Ao fim, foram lidas 113 referências para a realização dos quatro estudos de caso.

Quadro 1- Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para o Caso I, que representa o lado positivo da judicialização no Brasil, classificado como algo virtuoso e com efeitos “positivos” para a sociedade, através da experiência da Judicialização da AIDS.

CASO I: AIDS			
Plataformas	Descritores	Encontrados	Selecionados
Scielo	judicializacao AND saude AND HIV OR Sida OR AIDS OR "síndrome da imunodeficiência adquirida"	106	3
BVS	judicializacao AND saude AND HIV OR AIDS OR "síndrome da imunodeficiência adquirida"	214	17
Oasis	(aids OR sida OR HIV OR "síndrome da imunodeficiência adquirida") AND judicializacao AND saúde	62	1
BDTD	(aids OR sida OR HIV OR "síndrome da imunodeficiência adquirida") AND judicializacao AND saúde	37	3
Referências dos textos		17	17
TOTAL		436	41
Eliminada duplicidade		31	

Quadro 2- Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para o Caso II, que representa os efeitos prejudiciais da judicialização, e foi classificado como um lado “negativo” desse fenômeno, através da exemplificação do caso da Fosfoetanolamina ou “pílula do câncer”.

CASO II: Fosfoetanolamina			
Plataforma	Descritores	Encontrados	Selecionados
OASIS	("Fosfoetanolamina sintetica" OR fosfoetanolamina) AND judicializ*	6	5
BDTD	("Fosfoetanolamina sintetica" OR fosfoetanolamina) AND judicializ* OR julga*	18	1
Scielo	("Fosfoetanolamina sintetica" OR fosfoetanolamina)	9	3
BVS	("Fosfoetanolamina sintetica" OR fosfoetanolamina)	23	8
Scholar	("Fosfoetanolamina sintetica" OR fosfoetanolamina) AND judicializa*	104	22
TOTAL		160	39
Eliminada duplicidade		34	

Quadro 3- Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para o Caso III, que representa o momento em que os problemas da judicialização da saúde começam a inflacionar a agenda pública, e inicia-se a procura por soluções pactuadas e assessorias técnicas para as ações judiciais. O exemplo utilizado para demonstrar esse caso foi o do NAT/RJ.

CASO III: NAT/RJ			
Plataforma	Descritores	Encontrados	Selecionados
OASIS	("NAT tjrj" OR "nucleo de assessoria tecnica do rio de janeiro" OR judicializacao) AND "Rio de Janeiro"	152	3
BDTD	("NAT tjrj" OR "nucleo de assessoria tecnica do rio de janeiro" OR judicializacao) AND "Rio de Janeiro"	43	1
BVS	("NAT tjrj" OR "nucleo de assessoria tecnica do rio de janeiro" OR judicializacao) AND "Rio de Janeiro"	21	0
Scielo	("NAT tjrj" OR "nucleo de assessoria tecnica do rio de janeiro" OR judicializacao) AND "Rio de Janeiro"	12	0
Scholar	(NAT tjrj OR "nucleo de assessoria tecnica do rio de janeiro" OR judicializacao) AND "Rio de Janeiro"	241	25
TOTAL		469	29
Eliminada duplicidade		29	

Quadro 4- Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para o Caso IV, que representa as tentativas de diminuição da judicialização, através de instrumentos que promovam a cooperação entre atores políticos e os interesses da sociedade, e que atuam na fase pré-processual. Essa classificação foi denominada desjudicialização e foi analisado através da experiência do CIRADS no Rio Grande do Norte.

CASO IV: CIRADS			
Plataforma	Descritores	Encontrados	Selecionados
Scholar	"Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde" OR "Cirads" AND "Rio Grande do Norte"	50	15
Oasis	"Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde" OR "Cirads" AND "Rio Grande do Norte"	2	1
Scielo	"Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde" OR "Cirads" AND "Rio Grande do Norte"	0	0
BVS	"Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde" OR "Cirads" AND "Rio Grande do Norte"	0	0
BDTD	"Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde" OR "Cirads" AND "Rio Grande do Norte"	0	0
TOTAL		52	16
Eliminada duplicidade		16	

Quadro 5- Resultado da busca por meio do protocolo de coleta de dados para o Caso IV, que representa as tentativas de diminuição da judicialização, através de instrumentos que promovam a cooperação entre atores políticos e os interesses da sociedade, e que atuam na fase pré-processual. Essa classificação foi denominada desjudicialização e foi analisado através da experiência do SUS Mediado no Rio Grande do Norte.

CASO IV: SUS MEDIADO			
Plataforma	Descritores	Encontrados	Selecionados
Scholar	"SUS Mediado" and "Natal" and "Rio Grande do Norte"	18	8
Oasis	"SUS Mediado" and "Natal" and "Rio Grande do Norte"	1	1
SciELO	"SUS Mediado" and "Natal" and "Rio Grande do Norte"	0	0
BVS	"SUS Mediado" and "Natal" and "Rio Grande do Norte"	0	0
BDTD	"SUS Mediado" and "Natal" and "Rio Grande do Norte"	1	1
TOTAL		20	10
Eliminada duplicidade (incluindo CIRADS)		3	

5.1 CASO I: AIDS

Em junho de 1983 chegam ao Brasil as primeiras notícias sobre a AIDS veiculadas pela mídia como “doença comum entre os homossexuais” segundo o Jornal Folha de São Paulo, “câncer gay” ao ser anunciada a ocorrência de dois casos pelo Jornal do Brasil, e a “doença dos gays” como informou o Jornal de Notícias Populares. (BRASIL, 2005)

As informações que se sabiam sobre a nova doença era que ela afetava principalmente os homossexuais, provocava a morte em pouco tempo e tinha como sintomas graves infecções e a manifestação do Sarcoma de Kaposi. Também era chamada de peste gay pelos veículos de comunicação, que começaram a divulgar as informações que apareciam sobre essa nova doença (DE BARROS, 2013)

No Brasil, a epidemia da AIDS teve início nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, e em 1982 o primeiro caso foi registrado. (OLIVEIRA-CRUZ; KOWALSKI; MCPAKE, 2004) A partir daí, a epidemia começou a crescer e várias pessoas foram vítimas da doença.

O número de mortes aumentou devido à falta de controle na coleta de sangue, processamento e de transfusões. No fim de setembro de 1990 “o número acumulado de portadores do vírus HIV chegava a 13 mil, dos quais metade já havia falecido” (ALENCAR, 2016, p.135).

A maioria dos casos concentrava-se na maior cidade do país, São Paulo, onde também teve surgimento o primeiro grupo homossexual do país, o grupo Somos, no fim da década de 1970. O movimento gay, grupo (comportamento) de risco para contrair a doença, “teve papel fundamental no reconhecimento da Aids como um problema social que necessitava de medidas específicas”. Ele foi importante também na divulgação de informações sobre o vírus e na provocação de atitudes governamentais (DE BARROS, 2013, p.120).

No início da epidemia, os principais atingidos eram os homossexuais masculinos que viviam na região Sudeste, principalmente nos grandes centros urbanos como São Paulo. Posteriormente ela se alastrou para todos os outros estados e para toda a população, não só homossexuais, e também para todos os níveis de escolaridade e sociais (DE BARROS, 2013).

Diante dessa realidade, e da dificuldade do governo em dar respostas eficientes para conter a epidemia, surgiu uma intensa mobilização social, principalmente desses grupos de homossexuais, que foram se organizando com a criação de organizações não-governamentais (ONGs) em busca de estratégias para combater essa doença (OLIVEIRA-CRUZ; KOWALSKI; MCPAKE, 2004). A partir da atividade do movimento gay dos anos 1980, começa a surgir no Brasil um importante movimento comunitário de luta contra Aids, “o alvo era o terror, a desinformação e o preconceito com que a doença era tratada no meio médico e pela mídia”(BRASIL, 2005, p.18).

Assim, as respostas à epidemia da Aids começaram a aparecer através da ação de agentes de diferentes espaços da sociedade. Em um contexto de pânico, pela morte de amigos, familiares e companheiros, os integrantes de grupos gays se juntaram à profissionais empenhados com a saúde pública e foram fundamentais na instituição do primeiro programa governamental de combate à aids, em 1983, junto à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) (BRASIL, 2005).

Em 1985, foi criado um centro de prevenção do HIV/Aids em SP, e a nível federal foi criado o Programa Nacional de SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Em 1986 criou-se uma associação de ativistas e profissionais no Rio de Janeiro (OLIVEIRA-CRUZ; KOWALSKI; MCPAKE, 2004).

Nos anos que seguiram, os primeiros medicamentos para o tratamento de doenças oportunistas decorrentes do HIV foram surgindo. Mas ainda não existia um remédio eficaz

que evitasse o óbito dos pacientes pouco tempo depois de contraírem a doença. O serviço de saúde era precário (BRASIL, 2005).

Ao fim dos anos 1980, ainda não existiam ações judiciais pleiteando medicamentos, mas algumas ONGs pela AIDS atuavam junto aos órgãos governamentais, preenchiam espaços nas conferências de saúde e faziam aliança com parlamentares. Essas organizações atuavam também através dos meios de comunicação e imprensa para garantir visibilidade à causa (BRASIL, 2005).

Um dos momentos mais importantes para os que militavam pelos direitos dos portadores da AIDS foi a abertura do regime político, com o fim da ditadura e a promulgação da Constituição Federal de 1988. A democracia recém-conquistada promovia a liberdade de expressão, de imprensa e de organização da sociedade civil. Esses novos direitos foram de extrema importância para a consolidação das políticas de HIV/AIDS. Segundo Wang (2009) “a questão social pôde, novamente, ser tratada como caso de política, ao invés de caso de polícia” (WANG, 2009, p.59).

Além das conquistas supracitadas, a saúde foi positivada pelo art. 196 da CF/88 como direito de todos e dever do Estado, o que possibilitou a gênese do SUS, e fundamentou a criação da Lei 8.080/90 denominada Lei Orgânica da Saúde. Estas são conquistas do movimento da reforma sanitária, que viu seus ideais de uma saúde universal, integral, igualitária e com participação da sociedade, concretizados (SCHEFER; SALAZAR; GROU, 2005).

A existência dessas normas legitimou as demandas por políticas contra a AIDS. A partir do nascimento de um direito, nasce também a possibilidade de provocar a justiça caso ele não esteja disponível. Dessa forma, a CF/88 proporcionou aos militantes do combate e prevenção à AIDS a possibilidade de conseguir o apoio da opinião pública e também a prerrogativa de recorrer ao Estado caso esse não cumprisse o que estava disposto na Constituição e leis (WANG, 2009). Nesse cenário de redemocratização e consolidação dos direitos humanos, as primeiras ações judiciais para o combate a AIDS começaram a aparecer (BRASIL, 2005).

No ano de 1989, Porto Alegre sediou o Encontro Nacional de ONGs/AIDS (ENOG), momento em que foi redigido a “Declaração dos direitos do soropositivo” que exaltava o direito de assistência e acesso ao tratamento para os portadores do HIV. Em decorrência de ações judiciais, alguns estados começaram a comprar o AZT (Zidovudina). Desde 1988 os medicamentos para combate de doenças oportunistas começaram a ser distribuídos, porém de forma pouco expressiva. Em 1991, o fornecimento do AZT se iniciou (DE BARROS,

2013).

A disponibilidade universal dos antirretrovirais (ARV) aconteceu após o ano de 1996, foi incorporada à política brasileira contra o HIV e teve reconhecimento internacional. Esse avanço só foi possível, principalmente, pela militância social e pelas várias ações judiciais propostas, coagindo o Executivo, Legislativo e o Judiciário a tomarem atitudes para que as terapias fossem disponibilizada pelo SUS (DE BARROS, 2013).

Observa-se que a CF/88 fortaleceu a luta dos movimentos sociais por direitos civis e políticos e contribuiu para o crescimento de organizações não-governamentais voltadas para essas questões (DE BARROS, 2013).

As ONGs direcionadas para a temática do HIV/AIDS foram denominadas ONGs/AIDS. No Brasil, as primeiras voltadas para essa questão foram criadas em: 1985, o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS) composto por militantes LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros); 1986, a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) que foi formada por Betinho; 1989, o VIDDA (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS), composta principalmente por portadores do HIV (WANG, 2009).

O grupo Pela VIDDA, fundou a primeira assessoria jurídica para atender demandas específicas de HIV/AIDS, em 1989. Esse grupo foi o pioneiro do “movimento de ações judiciais em defesa dos direitos civis de pessoas vivendo com HIV/AIDS (relacionados à moradia, benefícios, assistência, etc.), sob a liderança da advogada Miriam Ventura” (LOYOLA, 2008, p.769). As ONGs/AIDS transformaram o Poder Judiciário em local institucional de resolução de suas demandas. A assistência jurídica também lutava para combater a discriminação (WANG, 2009).

Dessa maneira, entre os anos de 1995 e 1996 foram movidas as primeiras ações judiciais requerendo medicamentos e tratamentos não disponíveis na rede pública. Essas ações foram movidas por advogados das ONGs/AIDS como o GAPA e o FAÇA (Fundação Açoriana para o Controle da AIDS). Em São Paulo, o grupo GAPA distribuiu até um “kit” com modelos de petições iniciais para advogados de outras ONGs e orientações para requerimento de medicamentos ao Poder Judiciário (WANG, 2009).

No ano de 2003 as ONGs tinham 32 assessorias jurídicas, e projetos financiados pelo Programa Nacional Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) /AIDS. A enorme demanda de ações judiciais foi a base para a formação de extensa jurisprudência a favor de fornecimento de tratamento integral, gratuito e universal pelo Estado (BRASIL, 2005). Destaca-se, portanto, a relevância do trabalho das ONGs/AIDS na luta pela prevenção e

contra a doença, através das inúmeras ações judiciais pedindo medicamentos, para que como diz Wang (2009, p.49) “o programa de combate e prevenção às DST/AIDS no Brasil fosse considerado o mais avançado entre os países em desenvolvimento”.

O programa brasileiro de distribuição dos antirretrovirais só foi possível depois de muita mobilização da sociedade, representada pelos grupos de pessoas vivendo com HIV, os grupos vulneráveis como gays, lésbicas e travestis, mas também feministas e até organizações religiosas. Toda essa mobilização através das ONGs, comitês consultivos criados pelo governo, fóruns de organizações e o espaço dado às pessoas que vivem com o HIV, tem gerado cada vez mais a ampliação e manutenção dos direitos dos soropositivos, mas também abriu margem para as outras demandas de saúde (GALVÃO, 2002).

Diante dessa conjuntura, é importante observar o perfil socioeconômico das pessoas afetadas pelo HIV/AIDS. Nota-se que essa doença afeta todas as classes sociais, inclusive os mais ricos, de maior escolaridade, informação e influência política, os quais tem maior possibilidade de se organizar e acessar as vias corretas em busca de seus direitos (WANG, 2009).

Damascena (2016, p.27) observa que: “o fato de a AIDS não estar restrita às classes sociais de menor poder aquisitivo fez com que esta mobilização social fosse mais intensa”.

Wang (2009) cita uma pesquisa em que os pacientes de AIDS foram separados por tipos de profissão. E a conclusão encontrada foi que o HIV tem uma alta incidência nas pessoas com profissões não manuais, principalmente nos profissionais liberais, em profissionais universitários, de ocupações artísticas e técnicas e também em estudantes. Ele também observa que:

Sobre estes grupos, em razão da escolaridade e do acesso à informação, tem diminuído progressivamente a incidência de AIDS, mas se olharmos para os dados do começo da década de noventa, quando as preocupações com políticas contra HIV/AIDS passaram a ter mais atenção estatal, eram grupos cuja participação nas estatísticas era bem mais proeminente. Além do mais, a pesquisa indicou a taxa de incidência principalmente nas regiões Sul e Sudeste, as mais ricas do país (WANG, 2009, p.55).

É importante observar também, o papel do grande enfrentamento da mídia nas questões da AIDS perante a sociedade civil. Papel este que também está atrelado ao nível socioeconômico das pessoas que foram afetadas, pois muitos dos soropositivos faziam parte da classe média e alta, incluindo artistas famosos, cabelereiros, costureiros e outros indivíduos passíveis de provocar a atenção dos grandes meios de comunicação, como jornais, revistas, rádios e até a televisão. Isso deu visibilidade para a doença, divulgação das ONGs/AIDS e das decisões que favoreciam as pessoas com HIV/AIDS (LOYOLA, 2008).

Nota-se o surgimento da judicialização da saúde no Brasil, na década de 1990, a partir da avalanche de demandas judiciais após surgimento da AIDS (BITTENCOURT, 2016). Soares e Deprá (2012, p.317) disseram que o processo de judicialização “iniciou-se com a demanda por medicamentos antirretrovirais para a Aids”. Pandolfo, Delduque e Goreti Amaral (2012 p.341) dizem que foi “um fenômeno que surgiu no início da década de 1990, com os portadores de HIV, e que vem se fortalecendo a partir de então, tem provocado discussões entre juristas, políticos, profissionais e gestores da saúde”. Vargas Peláez (2016, p.148) também falou desse marco ao dizer que “no Brasil, representantes dos gestores do sistema de saúde afirmaram que uma das causas da judicialização foi a organização da sociedade civil em 1990 para exigir acesso ao tratamento do HIV, que na época era caro”.

Esse fenômeno segundo Pandolfo, Delduque e Goreti Amaral (2012) p.341 “consiste na reclamação por bens e serviços de saúde na justiça, por cidadãos brasileiros”. E, Soares e Deprá (2012, p.317) dizem que o termo judicialização “refere-se ao crescente fenômeno da busca, por meio da Justiça, de medicamentos ou demais tecnologias que os usuários não conseguem obter diretamente no Sistema Único de Saúde”.

Nos anos 1990 as ações judiciais com pedidos dos fármacos necessários para o tratamento dos soropositivos foram cada vez mais crescentes. O arcabouço jurídico que tratava da saúde, legitimava as demandas e servia como fundamento jurídico do processos judiciais que litigavam com o poder público em busca de medicamentos para tratamento do HIV/AIDS (WANG, 2009). Essas ações se amparavam no art. 196 da CF/88 para ter seu pleito atendido. Porém, elas eram sumariamente negadas (GOUVÊA, 2003).

A partir do ano de 1996 houve a mudança de postura do judiciário em relação às ações que pediam medicamentos para combate à AIDS. Antes todas as ações judiciais com esses pedidos eram sumariamente negadas, e depois desse ano quase todas as ações começaram a ser aceitas. A interpretação do art.196 da CF/88 como norma programática não passível de produzir efeitos jurídicos plenos era a justificativa das negações (MACHADO, 2010).

Os juízes e desembargadores começaram a deferir os pedidos e condenar o Estado além da entrega de medicamentos, a prestar todos os serviços médicos necessários ao paciente soropositivo. A partir desse novo padrão de julgamentos, ações com pedido de prestações de saúde para outras enfermidades começaram a aparecer e virar frequentes, e na quase totalidade das vezes eram vitoriosas. O sucesso dos portadores do HIV/AIDS “impulsionou o reconhecimento do direito aos medicamentos por parte de outras classes de doentes” (GOUVÊA, 2003 p.6).

Wang (2009, p.59,60) cita dados de uma pesquisa realizada no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) que foi encontrado “entre 1997 e 2004, 144 acórdãos em que se julgava pedido de concessão de medicamento contra HIV/AIDS. E, destes 144 acórdãos, em 85% foi concedido pelo Tribunal o medicamento pedido”.

Há uma ação em especial que foi a promovida pela advogada do GAPA de São Paulo, Áurea Celeste da Silva Abbade, em 1996, a favor da ativista Nair Soares Brito e contra o estado de São Paulo. Esta, foi uma das primeiras ações a receber deferimento, com determinação imediata de fornecimento da medicação preterida. Os argumentos se apoiavam no fato de que os medicamentos disponíveis na rede pública utilizado pela paciente não estavam fazendo mais efeito, e ela necessitava de outros medicamentos. Após essa primeira ação deferida, o GAPA conseguiu liminar favorável em outras ações parecidas, inclusive uma que beneficiou 20 pessoas (BRASIL, 2005). A partir daí, foi aberto o precedente para a concessão de outras liminares.

No mês de maio de 1998, o julgamento de uma ação na 1ª Câmara Cível do TJRJ teve grande repercussão, visto que os Desembargadores decidiram que “um portador do HIV deveria receber todos os medicamentos de que precisasse para seu tratamento, e não apenas os constantes na lista padronizada pelo Ministério da Saúde”. Os processos judiciais requerentes de medicamentos já eram rotina dos advogados das ONGs e nas secretarias de saúde também (BRASIL, 2005).

Em meados de 2000, a Revista Consultor Jurídico, conhecida publicação na área do Direito, divulgava uma reportagem em que comentava a grande quantidade de decisões judiciais que reforçavam o direito de pessoas com AIDS a receber remédios do Estado. “Os Tribunais estão fixando posição favorável à proteção da vida em detrimento de eventuais problemas orçamentários do governo”, afirmava a revista (BRASIL, 2005, p.27).

A ações requerentes de terapias para tratar os desdobramentos da AIDS, por terem sido bem-sucedidas, abriram precedentes para a judicialização da saúde de outras doenças. Os medicamentos são os principais motivos da judicialização (PANDOLFO; DELDUQUE; GORETI AMARAL, 2012). Acessar a via judicial pode indicar que as pessoas desenvolveram a consciência de que a saúde é um “direito do cidadão e dever do Estado” (SOARES; DEPRÁ, 2012, p.317). Vargas Peláez (2016, p.148) mencionou que “as pessoas agora não estão dispostas a mudar seu estilo de vida e esperam que todos os problemas de saúde sejam resolvidos com remédios”. Essas demandas judiciais por medicamentos têm interferido no financiamento da saúde e na atuação dos três poderes (BITTENCOURT, 2016).

Até 1998, a judicialização da saúde era praticamente só de ações de medicamentos para o HIV/AIDS. Dois anos após a implantação política de distribuição universal dos medicamentos para AIDS, depois de 1999, as demandas judiciais por saúde começaram a se diversificar, com a inclusão de pedidos de tratamento para outras doenças, para além do HIV/AIDS (BRASIL, 2005). Dados do Rio de Janeiro exemplificam essa mudança, de 1991 a 1998, mais de 90% dos processos judiciais requerentes de medicamentos eram para tratar o HIV/AIDS e, após 1999 a diminuição foi tanta, que no ano 2000 elas representavam apenas 14,6% das ações (WANG, 2009). E os pedidos começaram a abranger outras doenças como “hepatite C, hipertensão, artrite reumatoide e diabetes, situação que se mantém até hoje” (BORGES; UGÁ, 2009, p.15).

Uma pesquisa realizada na jurisprudência do STF percebeu que após o ano de 2007, nenhuma ação judicial com pedido de medicamento pra AIDS foi protocolada (WANG, 2009).

Com toda essa história de sucesso relacionada ao tratamento da AIDS no Brasil, as ações judiciais e os direitos invocados pelos militantes contra a AIDS serviram de inspiração para outros grupos, que começaram a procurar a justiça em busca de outras terapias. Indivíduos de toda a sociedade começaram a se mobilizar também em busca de seu direito à saúde, e o judiciário começou a receber cada vez mais demandas sobre essa matéria (BIEHL; PETRYNA, 2016).

A judicialização da saúde começou a crescer, e cada vez mais é utilizada para fazer valer os direitos e ampliar as políticas públicas. Entretanto, a maioria das pessoas buscam assegurar o fornecimento de medicamentos e procedimentos terapêuticos, de forma individual (VENTURA et. al, 2010).

A judicialização também influencia na incorporação de novas tecnologias farmacêuticas no SUS, como ocorreu com os antirretrovirais. “Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza constataram uma relação entre os medicamentos demandados judicialmente e a inclusão dos mesmos nas listas oficiais do SUS” (MAGALHÃES, 2015, p.18).

As conquistas foram inúmeras. O Programa de Combate à AIDS ampliou o acesso dos medicamentos antirretrovirais, reduziu o número de mortes e hospitalizações e os pacientes tiveram sua qualidade de vida melhorada. Os custos para a aquisição dos medicamentos também diminuíram com o incentivo da produção por laboratórios nacionais, bem como negociações com os internacionais, além da política de medicamentos genéricos. Em 2000, na Conferência Mundial da AIDS, o Programa brasileiro ganhou reconhecimento mundial e foi visto como exemplo para ser seguido por outros países em desenvolvimento

(ALENCAR, 2016).

Os objetivos da Política Nacional de DST/AIDS (1999) são:

Reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST; Ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade - , no que se refere ao HIV/AIDS; e Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST's e da AIDS (CRUZ, 2014, p.236).

As diretrizes definidas para melhorar a qualidade dos serviços públicos disponibilizados para os soropositivos e para portadores de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST's) visam reduzir a transmissão vertical; aumentar a cobertura de tratamento, diagnóstico e ações preventivas, principalmente voltadas para mulheres e vulneráveis; melhorar a gestão e sustentabilidade; e, por fim, visa a redução da discriminação e do estigma (CRUZ, 2014).

A oficialização da política de distribuição de medicamentos para a AIDS ocorreu em 1995. Com ela o Estado tem a obrigação de oferecer toda a medicação suficiente para o tratamento dos soropositivos (BRASIL, 2005).

Os defensores dos direitos das pessoas que vivem com AIDS, pressionaram o Governo e o Congresso para a aprovação de uma lei que regulamentasse a norma constitucional e positivasse a distribuição dos medicamentos (GOUVÊA, 2003). No dia 13 de novembro de 1996 a Lei 9.313 foi promulgada e regulamentou em seu artigo 1º o direito das pessoas que vivem com AIDS de receberem toda a medicação necessária para o tratamento, de forma gratuita, pelo SUS. Os três poderes do Estado promoveram pactuações e regulamentações para conseguirem fornecer todos os medicamentos (BRASIL, 2005). Essa lei não restringe os beneficiários por classe econômica ou qualquer classificação, todos devem ter acesso de forma gratuita às terapias, “independentemente da demonstração de necessidade, miserabilidade ou qualquer outra circunstância subjetiva”. Também prevê que, os recursos da seguridade social de União, Estados e municípios serão os financiadores (GOUVÊA, 2003, p.5).

A Conferência Internacional de AIDS que aconteceu na África do Sul em 1996, reconheceu que a política brasileira no âmbito dos medicamentos foi acertada. Considerou o Brasil como referência para os debates sobre propriedade intelectual, patentes de medicamentos e acesso universal (BRASIL, 2005).

As várias atitudes estatais diante desse caso, tiveram resultados satisfatórios no caso da AIDS. Foi implantado um modelo de assistência à saúde abrangendo ações curativas e

preventivas, ações destinadas a grupos específicos mas também para toda a sociedade (RIOS, 2004). Tudo isso em razão da importância da sociedade civil nesse processo que foi declarado por alguns pesquisadores e políticos como “um dos principais ingredientes do relativo sucesso do Brasil” (PARKER, 2009).

Após a promulgação da Lei 9.313/96, em razão do acesso universal aos medicamentos, todos os pacientes começaram a ter mais qualidade de vida e viver mais. 70% dos que contraíram o HIV por via sexual, cinco anos depois permaneciam vivos. Notou-se que as despesas com aposentadoria e auxílio doença em razão da AIDS, diminuíram 25% depois que os antirretrovirais foram disponibilizados (BRASIL, 2005).

5.2 CASO II: “PÍLULA DO CÂNCER”

Ao longo dos anos, houve uma mudança em relação à morbimortalidade, em que a ocorrência de doenças infectocontagiosas diminuiu, e as doenças crônico-degenerativas tem predominado como grandes problemas de saúde pública. Dessa forma, o câncer tem ocupado grande preocupação nas agendas políticas e técnicas das esferas de governo, e considerando o seu perfil epidemiológico, é uma das principais causas de morte no Brasil (GODÓI et. al, 2015).

O câncer é a segunda causa de morte no mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) 8,8 milhões de pessoas morrem em decorrência de câncer por ano, mais de 14 milhões de pessoas apresentam a doença por ano, e uma em cada seis mortes se dá por câncer. A tendência mundial é que esses números aumentem (COSTA; ALVES, 2018).

Em razão dos crescentes números relacionados ao câncer, e de ser um problema de saúde pública, ele tem recebido muita atenção por parte dos gestores e pesquisadores em busca de novos tratamentos. Diante desse cenário, aparecem cada vez mais pesquisas em busca de medicamentos para a cura do câncer (COSTA; ALVES, 2018).

É nesse contexto, que está inserido o caso da pílula da fosfoetanolamina sintética, denominada pela imprensa de “pílula do câncer”. Esse nome surgiu na imprensa atrelado à cura do câncer, com relatos de pessoas que ao fazerem o uso se diziam curadas ou com melhoras significativas em seus quadros de câncer. Esse fato criou uma grande polêmica na grande mídia através de relatos conflitantes de experiências positivas e as negativas sobre a “pílula do câncer”, deixando de lado os argumentos científicos e as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre a cautela na utilização da substância (FIRMINO, 2017).

A Fosfoetanolamina é uma substância produzida pelo corpo humano, e seu composto químico foi isolado pela primeira vez em 1936 pelo pesquisador canadense Edgar Laurence Outhouse na Universidade de Toronto. No Brasil, as pesquisas sobre essa substância, para fins terapêuticos, se iniciaram na década de 1990, pelo pesquisador Gilberto Orivaldo Chierice do Instituto de Química de São Carlos da USP (OTERO; MASSARUTTI, 2016).

Ao obter resultados positivos nos experimentos realizados em células de câncer em animais, liderado pelo pesquisador e químico Chierice, a substância começou a ser utilizada em alguns pacientes voluntários portadores de câncer, na cidade de São Carlos/SP (OTERO; MASSARUTTI, 2016). Tal distribuição se deu de forma informal e por decisão pessoal do pesquisador, sem autorização da universidade ou da ANVISA (FALEIROS, 2017). Ocorreu sem observância aos protocolos éticos e da legislação referente às pesquisas clínicas de desenvolvimento de fármacos (COSTA; ALVES, 2018). Além disso, o responsável pela produção da “pílula do câncer” era um laboratório de química analítica, sem certificação adequada para produção de medicamentos (TEODORO; CAETANO, 2016).

A Fosfoetanolamina foi distribuída por 20 anos, de forma gratuita a algumas pessoas com câncer, mesmo sem a realização de testes em seres humanos (OTERO; MASSARUTTI, 2016). Muitas dessas pessoas que receberam a “pílula do câncer” expuseram que tiveram melhora em seu quadro clínico. E a partir da divulgação pela mídia dessas experiências positivas, segundo Faleiros (2017, p.153) “criou-se uma crença de que essa droga era milagrosa e servia para todos os tipos de câncer”.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 38/2013 dispõe sobre utilização de medicamentos no caso de programa de uso compassivo que é o oferecimento de medicamentos em fase de desenvolvimento, para uso de pessoas com doenças graves, ainda não registrados na ANVISA, no caso de não haver outra alternativa terapêutica satisfatória. Porém, é necessário que a ANVISA esteja ciente e de acordo para a realização do programa, com comprovação de eficácia e segurança na utilização. Já no caso em questão, não foi realizado nenhum desses procedimentos (TEODORO; CAETANO, 2016).

A análise desse caso é pertinente, devido ao fato dessa pílula ser de caráter experimental, não ser medicamento, e não ter aprovação pela ANVISA e nem reconhecimento pelo Conselho Federal de Medicina. Nesse caso, os órgãos oficiais do governo que zelam pela segurança dos medicamentos e pela saúde pública, não tem conhecimento sobre os efeitos colaterais ou eficácia dessa substância que foi distribuída (OTERO; MASSARUTTI, 2016).

Em razão disso, em junho de 2014 a USP cessou o fornecimento da “fosfo” com a

edição da Portaria do Instituto de Química de São Carlos nº 1.389/2014. Essa portaria determinou que o fornecimento e produção de substâncias medicamentosas só poderá ser realizado pelo Instituto de Química de São Carlos “mediante a prévia apresentação das devidas licenças e registros expedidos pelo Ministério da Saúde e ANVISA” (DE SOUZA; BUSSINGUER, 2015, p.2). Portanto, como a substância que estava sendo fornecida gratuitamente não tinha registro nos órgãos competentes, o fornecimento foi suspenso (ANIBAL; SILVA, 2016).

A portaria diz ainda, que o fornecimento de substâncias farmacêuticas está condicionado às autorizações sanitárias e também a aprovação da Diretoria do Instituto de Química (CASTRO; ALMEIDA, 2017).

Foi no ato da proibição de fornecer a “pílula do câncer” que os movimentos das famílias e pacientes começou a se intensificar, sempre movidos pela esperança (LEITE; SAMPAIO; SILVA; et. al, 2016). Dessa forma, foi a publicação da Portaria que deu início à judicialização da Fosfoetanolamina, pois, com o fim do fornecimento da substância pelo laboratório os pacientes e suas famílias, começaram a propor ações judiciais para obtê-la (OTERO; MASSARUTTI, 2016). A divulgação dessa substância como a cura do câncer aliado ao desespero das famílias e pacientes em busca de cura intensificou as ações judiciais requerendo seu fornecimento (TEIXEIRA; DUTRA, 2018). Assim, as pílulas sem a licença da ANVISA, começaram a ser distribuídas apenas por meio do judiciário, e a quase totalidade dos pedidos eram deferidos liminarmente (LEITE; SAMPAIO; SILVA; et. al, 2016).

A partir de junho de 2014 com a suspensão da distribuição, os pacientes e familiares com grande crença de que a “pílula do câncer” era a salvação, começaram a acionar a justiça para conseguir liminares favoráveis à obtenção das capsulas e continuarem seus tratamentos (TEIXEIRA; DUTRA, 2018). Isso foi o *start* para um amplo debate polêmico a nível nacional sobre o fornecimento ou não da Fosfoetanolamina, abrangendo sua eficácia e registros adequados (OTERO; MASSARUTTI, 2016).

Nesse cenário de grande acionamento do judiciário em busca da “pílula do câncer” o resultado foi o deferimento em massa das liminares obrigando a USP a fornecer a substância, que não é medicamento, a todos os que tiveram seus pedidos deferidos (TEIXEIRA; DUTRA, 2018).

Como as decisões judiciais são tomadas por juízes, que obviamente não tem conhecimento técnico em saúde, e em regra desconhecem a complexidade do SUS e de suas políticas de saúde, a tendência é acatar o que for prescrito pelos médicos. E nesse caso, se o

próprio médico não seguir o ordenamento que dá segurança aos procedimentos em saúde, a tendência é que os juízes também não sigam o protocolo, o que gera um ciclo vicioso (LIMA, 2017).

Além disso, como os juízes lidam com uma questão tão importante quanto a vida de uma pessoa, eles estão passíveis de se envolverem emocionalmente com o problema do indivíduo que se vê em um momento de fragilidade e vulnerabilidade. O magistrado ao deparar com um caso grave ou urgente, a responsabilidade de sua decisão se torna maior com o peso de “uma vida em suas mãos”. Isso justifica a tendência de deferimento das decisões em saúde (LIMA, 2017).

E também, como o magistrado tende a proferir decisões de acordo com a jurisprudência dominante, e ela é em regra a favor do usuário, isso vira um ciclo. Mesmo com o STF recomendando julgamentos mais técnicos, através de parcerias e aproximação do direito com a saúde, esse caso do deferimento em massa da Fosfoetanolamina representa a tendência do deferimento pró-paciente. Lima (2017, p.111) diz ser “mais fácil conceder do que negar qualquer pedido de fornecimento de medicamento”.

Com isso, a judicialização da saúde no Brasil tem enfrentado problemas cada vez mais complexos, como o caso da “pílula do câncer”, mesmo após a audiência pública nº4 no STF, a Suspensão de Tutela Antecipada (STA) / 175, o CNJ e suas recomendações na atuação das ações judiciais em saúde e dos comitês para evitar judicialização (BARBOSA, 2016).

No contexto de centenas de ações judiciais obrigando a USP a fornecer a substância, a universidade decide recorrer ao TJSP para se eximir da responsabilidade pelo fornecimento. E em setembro de 2015 o Tribunal de São Paulo suspende as liminares que garantiam a obtenção das cápsulas pelos pacientes (FALEIROS, 2017), acatando os argumentos de falta de evidência científica e de regularização nos órgãos competentes (MENDES; SANTOS, 2016). Com isso, os usuários passaram a recorrer a outros estados e à Justiça Federal (BARBOSA, 2016).

Entretanto, menos de 10 dias após a decisão que suspendia o fornecimento da substância pelo TJSP, o STF entendeu de forma distinta e voltou a permitir a entrega da “fosfo” aos pacientes que a solicitaram via judicial (MENDES; SANTOS, 2016).

Essa reviravolta ocorreu em sede de medida cautelar deferida pelo Ministro Edson Fachin, nos autos do processo de uma paciente em estado terminal, que já havia tentado todos os tratamentos indicados para a doença, sem sucesso, e o médico recomendou como “última esperança” a “pílula do câncer”. Nesse caso a decisão argumenta que mesmo sem o registro na ANVISA não há lesão à ordem pública visto que a “espera de um provimento

podará tornar-se ineficaz” e que o assunto ainda estava pendente de apreciação pelo Supremo em sede de repercussão geral (CASTRO; ALMEIDA, 2017, p.40).

Tal decisão teve a limitação de analisar apenas a “fumaça do bom direito” e o “perigo da demora”, e se omitiu em analisar as implicações sociais e econômicas a partir dessa concessão em fornecer uma substância experimental e sem registro a todos que a solicitarem judicialmente (ALVES; DE MORAES, 2016).

Com essa decisão favorável vinda do STF sobre o fornecimento da Fosfoetanolamina sintética, a decisão de suspensão do fornecimento emitida pelo TJSP foi reconsiderada. E o presidente do TJSP mudou seu entendimento, para voltar a distribuição da substância (DE SOUZA; BUSSINGUER, 2015).

Essa decisão desconsiderou as possibilidades concretas de colocar em prática o pedido deferido, além de ter sido tomada sem auxílio de profissional técnico. Ela foi tomada com base na urgência do direito à saúde e o perigo de demora que essas questões implicam (ALVES; DE MORAES, 2016). Contrariou a recomendação nº 31 no CNJ que orienta os magistrados para não concederem a distribuição de medicamentos em fase experimental e não registrados na ANVISA, salvo exceções, que não é o caso (FALEIROS, 2017).

Além disso, essa liminar contrariou também a jurisprudência do STF no que foi decidido pela STA 175, em que se acordou sobre a intervenção do poder judiciário nas políticas públicas de saúde, que deve observar os protocolos e procedimentos consolidados pelo SUS bem como a observância de registros dos fármacos na ANVISA ou agência congênere (DE MORAES; LEAL, 2016).

Após a decisão do Ministro Fachin e sua divulgação pela mídia, as ações judiciais requerendo a Fosfoetanolamina cresceram exponencialmente, e a USP ficou novamente sobrecarregada (FALEIROS, 2017). Nesse contexto, foram divulgadas notícias de que a “pílula do câncer” era milagrosa e que muitas pessoas com câncer melhoravam ao utilizá-la. Dessa forma, a notícia sobre a Fosfoetanolamina trouxe esperança para as pessoas, que passaram a demanda-la judicialmente (WERNECK, 2017).

O jornal Folha de São Paulo em outubro de 2015 publicou uma matéria dizendo que a decisão proveniente do STF resultou no congestionamento da justiça de São Carlos em razão dos “processos sobre a “cápsula do câncer” (CASTRO; ALMEIDA, 2017, p.40).

Assim, a USP que já tinha parado de distribuir o composto foi obrigada a produzir e distribuir novamente, visto que milhares de pessoas com câncer passaram a acioná-la (BARBOSA, 2016). O pesquisador Gilberto Chierice, que já estava aposentado, era o responsável pela distribuição e produção, mesmo sem capacidade técnica e científica. A USP

passou a exercer uma função que não é de uma universidade, mas de uma indústria farmacêutica (FALEIROS, 2017).

No início de 2016, a USP já possuía cerca de 16.000 (dezesesseis mil) ordens do judiciário para fornecer a substância. É notadamente ilegal, o deferimento de liminares para fornecimento de uma substância sem comprovação de eficácia e testes clínicos, ainda mais por uma instituição de ensino (CALDAS; AGOSTINHO, 2017).

Além da divulgação pela mídia, as redes sociais foram utilizadas pelos pacientes e suas famílias para compartilhamento de informações em relação ao acesso à pílula via judiciário, e também para organizarem uma demanda coletiva para regularização pela ANVISA da Fosfoetanolamina para uso terapêutico. Existe uma comunidade no Facebook que levanta a bandeira de que “Quem tem câncer tem pressa” e utiliza *hashtags* para conectar as pessoas, como #fosfoetanolamina, #liberaanvisa entre outras. Além da organização online, houve também encontros presenciais das pessoas que lutam pela autorização e regularização sanitária (CASTRO; ALMEIDA, 2017, p.41).

A grande divulgação pela mídia e redes sociais, tem ligação direta com o crescimento das liminares contra a USP para fornecer Fosfoetanolamina sintética (TEODORO; CAETANO, 2016). Principalmente as redes sociais, promoviam a convocação das pessoas para promoverem ações na justiça em busca das cápsulas (LEITE; SAMPAIO; SILVA; et. al, 2016).

Em razão da grande facilidade em divulgar informações pelas redes sociais, a divulgação de notícias falsas se tornou mais fácil e passível de alcançar um público cada vez maior. Os grupos de portadores de câncer e suas famílias foram mal orientados, com algumas informações equivocadas (RÊGO; LOPES; RIECHELMANN et. al, 2017). Alguns diziam que a ANVISA se opunha à regularização pois era um produto de baixo custo, e agência estaria vinculada a interesses da indústria farmacêutica. Ou que a Fosfoetanolamina certamente veio trazer a cura para todos os tipos de câncer (TEODORO; CAETANO, 2016).

Caldas e Agostinho (2017) dizem ser incompreensível o fato do judiciário conceder sumariamente as liminares sem se preocupar com o disposto da legislação sanitária vigente e também falam sobre a interpretação “constitucional da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde inserida dentro de uma nova hermenêutica que se sobrepõe à própria Constituição de 1988 e às normas sanitárias” (CALDAS; AGOSTINHO, 2017, p.199).

Tal contexto, fez com que o departamento jurídico da USP entrasse em colapso, devido a tantas ações judiciais. O médico e reitor da universidade naquele momento, Marco Antônio Zago, declarou que isto estava sendo prejudicial à autonomia da USP, que estava

sendo tratada como uma indústria de produção de fármacos (FALEIROS, 2017). Nesse momento, a universidade divulgou uma nota oficial que dizia:

Essa substância não é remédio. Ela foi estudada na USP como um produto químico e não existe demonstração cabal de que tenha ação efetiva contra a doença: a USP não desenvolveu estudos sobre a ação do produto nos seres vivos, muito menos estudos clínicos controlados em humanos. Não há registro e autorização de uso dessa substância pela ANVISA e, portanto, ela não pode ser classificada como medicamento, tanto que não tem bula (FALEIROS, 2017, p.156).

A nota também diz que “não se trata de detalhe burocrático o produto não estar registrado como remédio – ele não foi estudado para esse fim e não são conhecidas as consequências de seu uso” (DE SOUZA; BUSSINGUER, 2015, p.3). E concluiu dizendo que a universidade “não é uma indústria química ou farmacêutica” e também não há a menor possibilidade de produção de uma substância “em larga escala, para atender às centenas de liminares judiciais que recebeu nas últimas semanas” (DE MORAES; LEAL, 2016, p.39).

Em razão das diversas liminares obrigando a USP a fornecer a substância, e como não tinha condições de fornecer tal demanda, a Universidade ingressou com a STA 828/SP no STF em 2016. A USP argumentou, nessa oportunidade, que as pesquisas científicas foram interrompidas em fase inicial, sem a comprovação de eficácia do composto e o fato da substância não possuir registro na ANVISA (COSTA; ALVES, 2018).

Sobre esse pedido da USP, o Ministro Ricardo Lewandowski, presidente do STF na época, deferiu em parte o pedido em decisão monocrática. Em sua decisão ele considerou que a universidade continue o fornecimento para os pedidos deferidos, até o final do estoque (ANIBAL; SILVA, 2016). Segue trecho da decisão do Ministro:

A inexistência de estudos científicos que atestem que o consumo da fosfoetanolamina sintética seja inofensivo ao organismo humano” e o desvio de finalidade da instituição de ensino, que tem como atribuição promover a educação, são justificativas à suspensão de seu fornecimento pela USP, após o término do estoque já existente (COSTA; ALVES, 2018, p.217).

O Ministro considera o fato de que a FS não está registrada na ANVISA e nem em alguma entidade congênere. Se alinhando ao disposto no art. 200, II da CF/88 e 6º, § 1º da lei 8.080/90 sobre as ações da vigilância sanitária. Ele considera também o posicionamento do Instituto Nacional de Câncer (INCA) em que o Judiciário não pode corroborar com a prática da medicina não baseada em evidências, ciente de que as políticas do SUS se fundamentam na medicina baseada em evidências, e tal preceito deve ser utilizado pelos juízes em suas decisões sobre saúde (FELIPPE, 2016). Ele entendeu também que há um desvio de função em fazer uma universidade pública fornecer substância como medicamento a inúmeras pessoas para tratar suas doenças (BARBOSA, 2016).

Após essa série de impasses em relação à FS, no dia 29 de outubro de 2015, aconteceu no Senado Federal uma audiência pública, a qual reuniu as comissões de Ciência, Tecnologia, Inovação, Comunicação e Informática (CCT) e de Assuntos Sociais (CAS) da casa legislativa, para debater sobre as questões que envolvem a Fosfoetanolamina (FALEIROS, 2017).

Nesse dia o Congresso Nacional era o centro das atenções, com a presença de senadores, deputados, integrantes do Judiciário, jornalistas, pacientes com câncer, representantes de associações ligadas a medicina, farmácia, agências governamentais, cientistas, e a população em geral (CASTRO; ALMEIDA, 2017).

Haviam dois grupos antagônicos, os que defendia a “pílula do câncer” representado por pacientes, cientistas e médicos envolvidos com a “fosfo”, e os que viam limitações no fornecimento da substância, representado por membros de agências e órgãos governamentais (Ministério da Saúde, Ciência Tecnologia e Inovação, ANVISA) afirmando faltarem a adequação aos procedimentos sanitários. Os defensores afirmavam que a substância era dotada de qualidade segurança e eficácia, já os opositores diziam exatamente o contrário (CASTRO; ALMEIDA, 2017).

Todos esses representantes tiveram o direito de fala para expor seus argumentos. E as falas do pesquisador Gilberto Chierice e dos que trabalharam com ele foram as primeiras dos convidados. Eles exaltaram os benefícios e eficácia da substância, argumentaram que ela foi pesquisada em ambiente científico e que a falta dos requisitos para sua regularização não foi por descuido nos procedimentos científicos. Disse ainda, que foram feitos estudos em seres humanos em um hospital em Jaú, e que só não teve continuidade pois a USP encerrou convênio com o hospital (CASTRO; ALMEIDA, 2017).

Chierice diz saber da gravidade dos seus atos ao reconhecer que “estava interferindo em recomendações médicas. Sempre pensei que, mais cedo ou mais tarde, seria preso por exercício ilegal da medicina”. Mas minimiza a gravidade ao afirmar que “se eu não distribuir o remédio, quem pensaria nos cancerosos?” (TEIXEIRA; DUTRA, 2018, p.43).

Tanto a fala do pesquisador da USP quanto a dos pacientes, enfatizava sempre na eficácia da substância, eles atrelavam ao uso às palavras “sentir melhor” e “voltar a viver”. Os pacientes movidos pela emoção, diziam serem exemplo vivo de que a pílula funcionava, com testes realizados no próprio corpo, davam seus testemunhos sobre pequenas e grandes melhoras na doença (CASTRO; ALMEIDA, 2017).

Os opositores à forma com a “fosfo” foi distribuída e apresentada, alegavam que ela não era legítima pois não passou pelos procedimentos padrão de segurança, e se realmente

fosse eficaz essa substância, orientavam que ela passasse pelos procedimentos, para conseguir sua regularização (CASTRO; ALMEIDA, 2017).

No fim da audiência, os Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia, juntos com a ANVISA firmaram compromisso de apoiar as pesquisas que comprovem a segurança e eficácia da “fosfo” seguindo os procedimentos pré-estabelecidos. E, até que finalizassem as pesquisas, o Ministério da Saúde, recomendou que a substância não fosse utilizada. Para a realização desses procedimentos, foi instituído um grupo de trabalho, com representantes do Ministério da Saúde (MS), Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTI), INCA, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ANVISA, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), um pesquisador do Instituto Butantan que foi indicado por Gilberto Chierice e outros pesquisadores de laboratórios renomados (FALEIROS, 2017).

Um investimento de R\$ 10 milhões foi divulgado pelo MCTI para as etapas iniciais da pesquisa. Isso desagradou outros pesquisadores pois segundo eles o governo estava aplicando verba em uma pesquisa “não promissora” e outras pesquisas em câncer de estágio mais avançado seriam prejudicadas. O oncologista e coordenador da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer disse que “a judicialização foi o pior precedente disso tudo, pois qualquer indivíduo pode produzir algum produto e sair distribuindo, e, dependendo do tamanho da comoção social, um juiz pode autorizar o acesso ao produto” completando que o fato deixou de ser científico para virar político (FALEIROS, 2017, p.158).

Após o início das pesquisas, o MCTI divulgou relatório feito pelo Centro de Inovação e Ensaios Pré-Clínicos (CIENP), que dizia que a substância teve desempenho muito abaixo de outras drogas anticâncer já existentes. Os resultados encontrados demonstram que:

A fosfoetanolamina sintética produzida não é uma substância pura, e sim uma mistura de substâncias, contendo apenas 32% de fosfoetanolamina. O valor rotulado era de 500 mg, segundo alegava o grupo do químico Chierice, mas o peso real constatado em cada cápsula variava de 233 mg a 368 mg, o que representa um imenso desvio de qualidade – algo impensável na fabricação de medicamentos (FALEIROS, 2017, p.158).

Assim, foi encontrado que a Fosfoetanolamina sintética “não é tão pura e nem tão eficiente contra células cancerígenas como afirmaram seus criadores” (OTERO; MASSARUTTI, 2016, p.866). A partir desses resultados, o ex-Ministro Celso Pansera chegou até a sugerir que o produto fosse legalizado na ANVISA não como medicamento, mas como suplemento alimentar, podendo ser posto à venda em farmácias e lojas especializadas. Como a substância comprovadamente não era tóxica o raciocínio dele foi

para que as famílias e pacientes não adquirissem a substância na ilegalidade (OTERO; MASSARUTTI, 2016).

Em novembro de 2015 após inúmeras reclamações feitas à ANVISA, ela divulgou uma nota técnica denominada nº 56/ Superintendência de Medicamentos e Produtos Biológicos (SUMED) /ANVISA. E antes de adentrar ao mérito da nota técnica, é importante explicar a ANVISA e suas atribuições.

A ANVISA é uma autarquia federal, que foi criada para regular e fiscalizar todos os produtos e serviços que tem relação com a saúde da população sendo de extrema importância para o fortalecimento da vigilância sanitária no Brasil e com isso, fortalece o SUS (COSTA; ALVES, 2018). No âmbito desse caso, é a ANVISA quem participa do processo de aprovação de pesquisas e ensaios clínicos com finalidade de proteger as pessoas que participam e também de garantir eficácia, qualidade e segurança aos novos produtos disponibilizados no mercado. Assim, somente com a apresentação de estudos que comprovem eficácia e segurança e aprovação da agência que qualquer substância pode ser distribuída no país. Há expressa vedação por lei de fornecimento de qualquer substância sem a aprovação pela ANVISA (COSTA; ALVES, 2018).

Dessa forma, a nota técnica nº 56/2015 afirmou que não havia na agência nenhuma solicitação de registro, muito menos o registro da Fosfoetanolamina sintética. Com isso, a nota afirma que o uso da FS deve ser prejudicial à saúde, visto que não tem comprovação de qualidade e segurança, e orienta as pessoas a procurarem alternativas de medicamentos e tratamentos já registrados. Se preocupa com a possibilidade de as pessoas abandonarem tratamentos já formalizados, que estão de acordo com todos os procedimentos de segurança, para fazerem uso da “pílula do câncer” que não tem nenhuma comprovação. Assim, os médicos só devem prescrever remédios que já tem sua segurança comprovada (FELIPPE, 2016).

Nesta nota, a ANVISA afirma ainda que não há pesquisas sobre a Fosfoetanolamina como suplemento, alimento ou medicamento nem em lugares como Japão, Estados Unidos e Europa (OTERO; MASSARUTTI, 2016). Isto posto, nota-se que não há nenhum reconhecimento oficial da eficácia e segurança, e existem pouquíssimos estudos de sua relação com a cura do câncer (ANIBAL; SILVA, 2016).

Já em razão da grande comoção social em torno da “pílula do câncer”, os membros de um grupo de trabalho sobre a Fosfoetanolamina da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, elaboraram uma proposta de lei para legalizar o uso da substância. Eles fizeram isso, por considerar o caso da “pílula do câncer” um problema de

relevância pública. Eles visavam criar um regime de exceção à obrigatoriedade do registro sanitário. Na redação do projeto de lei aparecia questões como “a esperança final”, “última tentativa”, “melhora na qualidade de vida”, “cura” e relatos de pacientes (COSTA; ALVES, 2018).

Em março de 2016 tal projeto de nº4.639/2016 foi apresentado ao plenário da Câmara dos Deputados e no dia 8 do mesmo mês o projeto foi apreciado sob regime de tramitação de urgência, que dispensa algumas formalidades, e foi aprovado a favor da disponibilidade da “fosfo” sem registro sanitário (COSTA; ALVES, 2018).

No dia seguinte à aprovação pelo Congresso, o projeto passou a tramitar no Senado, com o número Projeto de Lei da Câmara (PLC) 3/2016, ele foi aprovado pelas comissões que passou. E em 22 de março de 2016 ele foi aprovado pelo Senado Federal (OTERO; MASSARUTTI, 2016).

Observa-se que os tramites nas Casas Legislativas foi extremamente rápido, demorando apenas 16 dias. Os discursos dos deputados na sessão em que foi aprovado foram emocionados, exaltando a defesa da vida, alguns deram exemplo de pessoas de suas famílias, e a linha de raciocínio era de que a substância fosse a cura do câncer. Os estudos que revelaram a pouca eficácia, e que encontraram apenas que a substância não era tóxica, foram ignorados. Dessa forma, o projeto foi aprovado quase por unanimidade dos parlamentares (FALEIROS, 2017).

Posteriormente, a presidenta Dilma Rousseff sancionou, sem vetos, a Lei 13.269 em 13 de abril de 2016 (TEIXEIRA; DUTRA, 2018). Essa lei permitiu a produção, importação, prescrição, distribuição, posse e uso da Fosfoetanolamina, mesmo sem registro na ANVISA, enquanto durarem as pesquisas clínicas e para pacientes com diagnósticos de neoplasia maligna (OTERO; MASSARUTTI, 2016).

A lei possui apenas 5 artigos, que são suficientes para autorizar o uso de uma substância sem comprovação de eficácia e sem registro às todas as pessoas que tiverem um laudo do médico atestando a doença, e a assinarem um termo de consentimento e responsabilidade (TEIXEIRA; DUTRA, 2018).

Diante dessa conjuntura, o “clamor social” se sobrepôs à ciência na promulgação da Lei 13.269/16 (PAUMGARTTEN, 2016). Os poderes Legislativo e Executivo contrariaram o papel da ANVISA, e ignoraram normas sobre o registro de medicamentos, ao aprovarem e sancionarem esta lei (DE MORAES; LEAL, 2016).

Nesse cenário, apenas cerca de um mês após o julgamento da STA 828/SP, já descrita acima, o STF voltou a ser provocado a deliberação sobre o tema da “pílula do câncer”

(ZEBULUM, 2017).

Em razão da aprovação da Lei 13.269/16, houve grande mobilização das entidades médicas, e dois dias após sua promulgação, a Associação Médica Brasileira (AMB) ajuizou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.501/DF ao STF com o objetivo de suspender da eficácia da referida lei (FIRMINO, 2017).

A fundamentação da ADI enfatizou sobre a falta de testes em seres humanos, desconhecimento da eficácia, efeitos adversos, riscos do consumo, o descumprimento das exigências legais de registro sanitário, alegou o desrespeito ao princípio da separação de Poderes com violação à reserva de administração, e também violação de direitos constitucionais fundamentais, como o direito à saúde, direito à segurança e à vida, e o princípio da dignidade humana (FALEIROS, 2017).

No dia 19 de maio de 2016 ocorreu o julgamento da ADI 5501 com deferimento pelo Supremo por 6 votos a 4. Dessa forma, foi decidido que a Lei 13.269/16 ficará suspensa até que o tema tenha seu julgamento definitivo, porém não foi estabelecida uma data para tal. A corte decidiu também pela suspensão das decisões judiciais sobre o fornecimento da Fosfoetanolamina (TEODORO; CAETANO, 2016). Em razão da acelerada tramitação da ADI no STF, a validade da lei foi de apenas um mês e meio (FIRMINO, 2017).

Com essa decisão, o Supremo ratificou ser importante respeitar todas as etapas estabelecidas, antes que uma nova tecnologia seja utilizada pela população. Foi uma decisão muito importante para o sistema de saúde com o fortalecimento de sua autonomia pois nesse caso houve substituição de um juízo técnico por um juízo político e interferência em um procedimento administrativo pelo Poder Legislativo. E o STF reconheceu a inconstitucionalidade dessa interferência política (LIMA, 2017).

Os votos favoráveis à distribuição da FS argumentavam assegurar o direito à vida, positivado na CF/88. Já os votos contrários enfatizavam a falta de estudos que comprovem a segurança e eficácia da substância (TEIXEIRA; DUTRA, 2018).

Os que decidiram a favor da ADI, entendem que não é mera burocracia o procedimento de registro sanitário na ANVISA, refere-se a um controle e registro essencial à defesa do direito à saúde (DE MORAES; LEAL, 2016).

O Ministro Luís Roberto Barroso reconheceu que houve violação à reserva de administração pois o juízo técnico da ANVISA foi substituído pelo juízo político do Poder Legislativo. O Ministro Teori Zavascki de acordo a esse entendimento afirmou que “não parece constitucionalmente legítimo que o legislador, além de legislar, assumira para si uma atividade tipicamente executiva”. E o Ministro Marco Aurélio, relator da ação, em seu

parecer contra a distribuição da “fosfo” disse que quando não há o registro “a inadequação é presumida”, e considerou imprudente liberar um “medicamento” sem resultado estudos clínicos e elementos comprobatórios da “viabilidade da substância para o bem-estar do organismo humano” (LIMA, 2017, p.125). A decisão do Ministro Ricardo Lewandowski foi no sentido de que a intromissão do legislativo na área de regularização de medicamentos pode ser um fator de risco à saúde da população (TEIXEIRA; DUTRA, 2018).

Contrário a esses votos descritos acima, foi o do Ministro Gilmar Mendes que foi contra a ADI, e concordou com a distribuição da “pílula do câncer” à população (ZEBULUM, 2017).

5.3 CASO III: NAT/RJ

No contexto de uma intensa atuação do poder judiciário em relação ao enorme quantitativo de demandas judiciais relativas à saúde, os indivíduos que acionavam a justiça em regra tinham seus pedidos de saúde atendidos. E, diante dessa constatação as pessoas já judicializavam na convicção que suas demandas serão deferidas, e que é um caminho mais “fácil” e rápido do que as portas de entrada do SUS (SOUZA, 2016).

Esse “padrão” de decisões do judiciário se justifica pela urgência do direito à vida o qual está diretamente ligado ao direito à saúde positivado pela CF/88, porém podem repercutir financeiramente em todo sistema de saúde (SANTANA, 2016). Isso faz com que um ato que era para ser excepcional, como o deferimento da antecipação de tutela, se tornasse um ato de caráter ordinário visto que cerca de 90% dos pedidos de tutela antecipada são concedidos pelos magistrados (SILVA, 2012).

A grande maioria dessas ações versa sobre pedidos de medicamentos. Elas chegam para ser decididas pelos juízes, que geralmente não tem nenhum ou pouco conhecimento sobre o assunto, e assim julgam com base no direito à saúde garantido na CF/88 ou até pela “emoção” (CASTRO, 2012). Souza (2016, p.57) acrescenta que “a falta de conhecimento técnico sobre a área da saúde por parte dos magistrados gera um nível de insegurança decisória preocupante”.

Além disso, é importante observar que ao decidir sobre um caso individual, ele pode afetar toda a coletividade, em razão da complexidade do planejamento do SUS e de suas políticas públicas. Nesse sentido Castro (2012) diz que ao mesmo tempo que a decisão judicial requer urgência, ela também deve ser avaliada de forma criteriosa. Sobre a liberação indiscriminada de medicamentos ela deve ser ponderada, para evitar desperdícios, como na

obrigação de fornecer um medicamento que apresenta similar no mercado mais barato, pedidos pela marca e não pelo composto, ou medicamento incompatível com o tratamento da doença.

Nesse cenário, a questão que emerge é como os juízes vão conseguir prolatar decisões coerentes sobre a área da saúde sem possuírem o conhecimento técnico. O desconhecimento sobre o assunto pode produzir decisões equivocadas e até privilegiar alguns pedidos de má fé pois dificilmente os magistrados conseguem identificar se o procedimento requerido é o mais adequado para a pessoa, ou se o medicamento não encontra substituto nas listas públicas de medicamentos (CASTRO, 2012).

As duas principais questões da judicialização de medicamentos são: medicamento presente na lista do SUS, porém indisponível ou não dispensado pela via administrativa o que caracteriza um problema de gestão e não jurídico, que tem grande potencial de sucesso da demanda, e de resolução de forma extrajudicial; e segunda diz respeito a medicamentos e tratamentos não previstos nas listas do SUS e também sem previsão legal de fornecimento. Nesse caso a atuação do judiciário pode ajudar a solucionar esse conflito de interesses (SCHULZE, 2014).

Para melhor resolução das lides, o magistrado necessita analisar algumas questões como a essencialidade do medicamento ou tratamento em cada caso concreto, se o medicamento está em fase experimental, tem eficácia duvidosa ou é tratamento alternativo não comprovado. E também, ter a capacidade de fazer a opção por fármaco correlato ou genérico, observando o menor valor com eficácia semelhante ao fornecido pelo SUS (SCHULZE, 2014). Apesar das ponderações ficarem a cargo do juiz, elas necessitam ser fundamentadas por conhecimentos técnicos específicos (SANTANA, 2016).

Em razão da crescente demanda judicial por prestações de saúde, e dos problemas enfrentados, diversos atores têm se unido para melhor compreender esse fenômeno (MARÇAL, 2012). Esse crescimento descontrolado da judicialização impacta negativamente os orçamentos da saúde. Para conter esses efeitos negativos a solução está em parcerias multidisciplinares para alcançar soluções que “promovam a sustentabilidade jurídica, econômica e social do SUS” (SILVA, 2017 p.19).

Sobre isso, o Ministro Gilmar Mendes, na ocasião da STA 278/AL afirmou que os problemas advindos da judicialização da saúde atingiram uma complexidade que “envolve não apenas os operadores do direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um todo”. Ao mesmo tempo que o judiciário é fundamental ao exercício da cidadania, as suas decisões tem provocado grande tensão pelos que

elaboram e executam as políticas públicas, que são coagidos a fornecer as mais diversas prestações em termos de direitos sociais, porém, na maioria das vezes em desconformidade com o orçamento e também com a política pública já planejada (RIBEIRO, 2013).

O desembargador Gebran Neto afirma que o Estado, pelas leis e órgãos, foi o criador de uma estrutura definidora do sentido de integralidade e universalidade na saúde pública. Porém a jurisprudência não tem ratificado essas definições. Ele testemunhou colegas de profissão dizendo que a prescrição do médico basta para o Estado fornecer e acredita que essa é uma interpretação equivocada, porém o juiz se prende ao drama humano (SEGATTO, 2018).

Entretanto, há o crescimento da consciência pelos atores participantes da judicialização da saúde de que para melhor resolver das demandas de saúde devem ser desenvolvidas estratégias políticas e sociais em harmonia com outros instrumentos democráticos para aperfeiçoar tanto o sistema de saúde, quanto o de justiça. Isso tem motivado a aproximação principalmente entre o judiciário e o executivo, na troca de informações essenciais na avaliação e julgamento das questões que envolvam o direito à saúde (SILVA, 2012).

As ações judiciais em saúde, principalmente sobre medicamentos, no Rio de Janeiro acompanham o diagnóstico nacional de crescimento exponencial e de deferimento quase absoluto das demandas pelo judiciário (SILVA, 2012).

O gasto com a judicialização no Rio de Janeiro também aumentou muito ao longo dos anos, em 2007 gastou-se 9 milhões, já em 2009 o saldo foi de 50 milhões despendidos. Em 2010 a maioria dos pedidos era sobre medicamentos, 81%, seguido de 14% pedindo material hospitalar, 4% alimentos, e 1% outros. A Defensoria Pública foi o maior autor dos pedidos de medicamentos e tratamentos com 74% do polo ativo das ações, 2% das ações eram originárias de faculdades, e apenas 24% eram de advogados privados (CASTRO, 2012).

Nesse ponto, nota-se que há um desafio para os juízes ao decidir sobre ações de saúde sem possuir o conhecimento técnico. Eles não tinham outra escolha, a não ser acreditar no que estava escrito na receita no médico, visto que essas decisões necessitam de ser rápidas pois envolvem o direito à vida. Como ponderar se o medicamento é mesmo o mais adequado para a doença? Como ter certeza se a quantidade pedida é a certa? Ou se os medicamentos tem registro no Brasil?(CASTRO, 2012).

Miriam Ventura da Silva (2012, p.126) acredita que o Núcleo de Assessoria Técnica do Rio de Janeiro (NAT/RJ) é um exemplo de inovação para “atender essa demanda específica”. Dessa forma, a atuação de redes intergovernamentais é um caminho para atender

às ações judiciais em saúde de forma mais eficiente e eficaz, em razão do assessoramento técnico promovido pelas secretarias de saúde ao poder judiciário (SOUZA, 2016).

Em razão dos crescentes problemas da judicialização da saúde e da necessidade de compreender o fenômeno e o que fazer para melhorá-lo, o Ministro Gilmar Mendes, na época Presidente do STF, convocou a Audiência Pública nº 04 que foi realizada entre abril e maio de 2009 (MACEDO, 2016a). Ela teve o objetivo de discutir sobre todas as questões que envolvem a judicialização e foram convidados 50 especialistas de diferentes áreas relacionadas ao tema, que apresentaram informações para subsidiar o posicionamento do STF (SCHULZE, 2014).

Em resumo, sobre o direito à assistência terapêutica discutiu-se sobre a existência de três possibilidades: conceder o pedido a partir de apenas uma prescrição médica; negar todos os pedidos que não estiverem de acordo com o disponível no sistema público; e a última seria analisar cada caso, e deferir pedidos que não estão presentes no SUS desde que comprovada a efetividade para o tratamento e a inexistência de um substituto. A jurisprudência expõe que opção foi pelo terceiro posicionamento, através da interpretação do direito à saúde de forma ampla e a ponderação feita pela peculiaridade de cada caso concreto (SILVA, 2012).

Essa audiência pública foi um marco muito significativo para as questões envolvidas na judicialização da saúde, refletindo a conjuntura de uma mudança de paradigma ao se tratar o tema, indicando o debate participativo e amplo como solução imprescindível para resolução dos conflitos (LAMARÃO NETO; BRITO FILHO, 2016).

Assim, a Audiência Pública estimulou o CNJ, a redigir resoluções para estimular a cooperação técnica, o diálogo entre os atores, a tentativa de resolução de conflitos pela via extrajudicial. Notou-se que algumas decisões judiciais posteriores transmitiram mais sensibilidade aos argumentos dos representantes da saúde, principalmente sobre a observância das listas de medicamentos, regulamentações administrativas sobre diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos (SILVA, 2012).

A partir da Audiência, a Portaria nº650 do CNJ constituiu um Grupo de Trabalho composto por juízes, desembargadores e especialistas em direito sanitário com a finalidade de estudar as propostas de medidas concretas para lidar com as ações judiciais que demandam assistência em saúde (MACEDO, 2016a).

Um dos principais pontos discutidos na Audiência nº 4 foi a necessidade de fornecer ao judiciário assessoria técnica sobre questões de saúde e, a partir disso, o CNJ publicou a Recomendação nº 31 em março de 2010. Essa recomendação dispõe sobre a disponibilidade

de apoio técnico para os operadores do direito com a finalidade de auxiliá-los em seu juízo de valor quando tiverem que decidir sobre a assistência à saúde. Ela incentiva a criação de um órgão de caráter consultivo para subsidiar o conhecimento necessário para melhor julgamento desses casos (PINHEIRO, 2016).

De acordo com Schulze (2014) a Recomendação observou os seguintes fatores:

(1) elevado número de processos judiciais sobre o tema da saúde; (2) alto impacto orçamentário para cumprimento das decisões; (3) relevância da matéria diante da finalidade de assegurar vida digna aos cidadãos; (4) carência de informações clínicas prestadas aos juízes do Brasil sobre os problemas de saúde; (5) necessidade de prévia análise e registro da ANVISA para a comercialização de medicamentos no Brasil, nos termos do art. 12 da Lei 6.360/76 c/c a Lei 9.782/99; (6) reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da prolação de decisões judiciais; (7) importância de assegurar a sustentabilidade e o gerenciamento do SUS (SCHULZE, 2014, p.6).

A recomendação indicava que fossem realizados, até dezembro de 2010, convênios e parcerias com apoio técnico de profissionais de saúde, tais como médicos e farmacêuticos, para auxiliar os juízes sobre suas decisões na área da saúde. Isso enfatiza a importância dos diálogos institucionais para o bom funcionamento do sistema (MACEDO, 2016a, p. 20).

A orientação é que as ações sejam instruídas com relatórios médicos e com a prescrição do medicamento, que se pondere sobre medicamentos sem registro na ANVISA ou experimentais, e se possível, que seja estabelecido um diálogo com os gestores públicos antes de prolar decisão. Além disso, a Recomendação sugere a inclusão da disciplina Direito Sanitário nos cursos que envolvem a Magistratura, e incentiva cada vez mais espaço de troca de ideias e experiências, como seminários, eventos com a participação dos profissionais (JUCOVSKY, 2014).

Assim, a Recomendação nº 31 se alinha à ideia da necessidade de respostas institucionais e técnicas, para esses problemas. O diálogo institucional tem o condão de apresentar recursos passíveis de atender as demandas em um tempo razoável e de acordo com os princípios da CF/88, e também como diz Ferreira e Costa (2013) “em concomitância com uma menor onerosidade ao Estado, com o fim de não inviabilizar a concretização de outras ações de saúde pública” (FERREIRA; COSTA, 2013, p.220).

Em abril de 2010, o CNJ publicou a Resolução nº107 instituindo o FNJ, também chamado de Fórum da Saúde, para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde (SCHULZE, 2014). Ele tem a função de promover estudos e sugerir iniciativas concretas e normativas para aperfeiçoar os procedimentos que envolvem a judicialização como também incentivar a prevenção de novos conflitos. Os integrantes são os magistrados, como o auxílio de especialistas (MACEDO, 2016a).

A partir do Fórum da Saúde foram instituídos Comitês Executivos Estaduais, totalizando 27, com a finalidade de coordenar e executar ações específicas para melhorar o desfecho das ações judiciais (SILVA, 2017).

Em 2014, aconteceu a I Jornada de Direito da Saúde do CNJ em que foram aprovados 45 enunciados interpretativos sobre o Direito à Saúde (MACEDO, 2016a). Foi feita também, uma recomendação aos cidadãos/autores para que acessem a via judicial apenas quando esgotarem as instâncias administrativas, e obedeçam os protocolos técnicos estabelecidos (SANTANA, 2016).

Essas iniciativas derivadas da Audiência nº 4 culminaram com recomendações para que fossem criados Núcleos de Apoios Técnicos ou Câmaras Técnicas; enunciados e cartilhas; Varas Especializadas, e a utilização da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) por operadores do direito (JUCOVSKY, 2014).

Em resumo, como diz Macedo (2016a, p.15) o momento de “insatisfação com a precariedade das decisões judiciais é apontado como uma das grandes causas da má judicialização demonstrando a complexidade da questão da Saúde Pública no Brasil”. Foi diante dessa conjuntura que o CNJ indica como uma das saídas para essa precariedade e insegurança, a criação de Núcleos de Assessoria Técnica com o propósito de auxiliar os magistrados nas suas decisões em saúde, assim como prevê a Recomendação nº 36 de 2011 (MACEDO, 2016b).

Além disso, há preocupação com as decisões judiciais automatizadas e concessivas, sem embasamentos técnicos, por terem o potencial de colaborar com os interesses das indústrias farmacêuticas para a incorporação de novas tecnologias (SILVA, 2012).

No ano de 2015, foi publicada uma pesquisa pelo CNJ feita pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Os resultados divulgados foram que:

- a) as demandas judiciais versavam de forma predominante sobre aspectos curativos da saúde (medicamentos, tratamentos, próteses etc.) e pouco sobre aspectos preventivos (vacinas, exames etc.);
- b) a litigância era predominantemente individual;
- c) na maioria dos casos havia deferimento do pedido com antecipação de tutela, sem pedido de informações complementares, na primeira instância e confirmada na segunda;
- d) a maioria das decisões pesquisadas não citava ou tomava como referência a audiência pública do STF de 2009, as contribuições do CNJ pelas recomendações, nem o Fórum Nacional e os comitês estaduais;
- e) a maioria das decisões não mencionava os Núcleos de Apoio Técnico (NAT) como estratégia para a atividade judicante em saúde, apesar de se observar nos dados uma tendência de sua utilização, especialmente nas capitais. Em 2016, o CNJ editou a Portaria n. 08/2016, instituindo o Comitê Organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde (SILVA, 2017, p.20)

Em 2009, o Presidente do TJRJ celebrou um termo de cooperação técnica com a Secretária de Saúde do Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC/RJ) para criação do Núcleo de Assessoria Técnica em Ações Judiciais da Saúde. Esse acordo de cooperação visa “preencher lacunas de conhecimento e de comunicação entre o Judiciário e as instituições que compõem o SUS” (SOUZA, 2016, p.55).

O termo de cooperação especifica a obrigação de cada instituição. O TJRJ deve fornecer: o espaço físico para os profissionais de saúde; computadores, materiais e os instrumentos necessários para a realização do trabalho; permitir que esses profissionais transitem nas dependências do Tribunal e fórum nos mesmo horários de seus funcionários; serviços de limpeza e custos com energia, água etc.; informações sempre que os técnicos necessitarem; e acesso aos processos (CASTRO, 2012).

Já a SESDEC/RJ deve fornecer: os profissionais de saúde para auxiliar os magistrados; pagamento da despesa de pessoal com os técnicos; computadores, impressoras e redes; e informações e esclarecimentos quando necessário (CASTRO, 2012).

O acordo prevê também que não haverá transferência de recursos orçamentários entre ambos e os móveis disponibilizados serão sempre de quem os emprestou (CASTRO, 2012).

Sendo assim, em fevereiro de 2009, foi criado em caráter experimental no Rio de Janeiro o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações da Saúde, foi uma iniciativa pioneira no país, que surgiu no TJRJ (PINHEIRO, 2016). Suas atividades tiveram início nas 9ª e 10ª Varas de fazenda pública, e em outubro de 2009 foi assinado convênio de cooperação entre o TJRJ e a Secretária de Saúde do Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Nesta data, os serviços foram estendidos para alcançar todas as varas de fazenda pública da capital e mais as 20 câmaras cíveis do tribunal, posteriormente alcançou também a Justiça Federal (FERREIRA; COSTA, 2013). Recentemente, iniciou-se uma expansão do NAT para comarcas no interior (GUIMARÃES; PALHEIRO, 2015).

É importante ressaltar que foi uma iniciativa anterior às resoluções do CNJ que recomendaram apoio técnico aos magistrados (PINHEIRO, 2016). Em Novembro de 2010 ocorreu em São Paulo o I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde e o NAT do Rio de Janeiro foi visto como referência para a instituição de NATs por outros Tribunais (CASTRO, 2012).

Participam do funcionamento do núcleo os profissionais de saúde das mais diversas áreas, como enfermeiros, farmacêuticos, médicos, nutricionistas (JUCOVSKY, 2014). O NAT foi planejado com a finalidade de oferecer suporte técnico para os juízes na hora de decidirem sobre os pedidos contra o Estado para o fornecimento de medicamentos, insumos

e tratamentos previstos ou não no SUS. Os profissionais emitem pareceres consultivos para subsidiar os juízes nestas decisões. Eles têm, inclusive, acesso à lista de medicamentos disponibilizados no estoque da Secretaria de Saúde. O suporte técnico deve ser respondido no prazo máximo de 48 horas, por meio de laudos que garantam ao magistrado elementos suficientes para uma sentença segura sob a ótica da tecnicidade (DELDUQUE; DA SILVA, 2014).

O Núcleo apresenta dois pilares fundamentais para o seu correto funcionamento, quais sejam, a celeridade e a imparcialidade. A celeridade é respeitada em razão do fato dos pareceres terem prazo máximo de 48 horas para serem emitidos, e no caso de maior urgência, há a prerrogativa de solicitar prazo menor para resposta (GUIMARÃES; PALHEIRO, 2015). Já a imparcialidade deve ser aplicada pela independência de redação de pareceres favoráveis ou não, visto que o papel dos pareceristas é unicamente técnico, mesmo que eles sejam provenientes da Secretaria de Saúde, que geralmente figura no polo passivo da ação, ele não deve apresentar nenhum interesse de terceiro, é apenas o conhecimento técnico para uma decisão mais segura (NASCIMENTO, 2014).

De acordo com o Desembargador Luiz Zveiter, na época presidente do TJRJ, o NAT foi criado com objetivo de “deixar o juiz mais tranquilo na hora de decidir, pois terá apoio técnico de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas que irão auxiliá-lo avaliando cada pedido feito ao judiciário”. Pretende-se que o magistrado consiga garantir o direito do solicitante, ficando atento à tratamentos desnecessários, e a desperdícios que prejudiquem a coletividade (RIBEIRO, 2013 p.21).

Além disso, o núcleo visa atender da melhor forma as necessidades da população. O NAT não busca economizar recursos da administração pública, e muito menos limitar o direito à saúde do cidadão. Ele visa, através dos pareceres, evitar o desperdício de recursos públicos por decisões que impõem compras desnecessárias de alguns medicamentos, evitar fraudes nos requerimentos e dar mais tranquilidade para que os juízes tomem suas decisões (CASTRO, 2012).

Ou seja, o NAT deve ser um ponto de equilíbrio dessas situações apresentadas, como disse Ingo Sarlet na Audiência nº4 no STF sem decisões extremistas como deferir tudo indiscriminadamente como um “pediu-levou”, e nem rejeitar tudo sumariamente (FERREIRA; COSTA, 2013).

Antes de compreender sobre os procedimentos realizados pelo trabalho do NAT, é importante esclarecer que os magistrados não são obrigados a vincularem sua decisão ao parecer, e nem de recorrer ao núcleo em busca de parecer. O juiz tem a discricionariedade

de recorrer ou não ao NAT, e de acatar ou não o parecer. Outra informação relevante, é o fato de que nenhum advogado ou defensor tem a possibilidade de acesso ao NAT (CASTRO, 2012).

O uso do NAT é uma recomendação, que foi expressa em aviso do Corregedor-Geral da Justiça do Estado do Rio (CGJ) nº 332, de 13/05/2010, que nesta oportunidade propaga os dizeres da Recomendação nº 31 a fim de proporcionar maior segurança e eficiência no desfecho das ações judiciais em saúde (SILVA, 2012). Alguns dos tópicos enfatizados da Recomendação do CNJ foram:

- b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insu-
mos em geral, com posologia exata;
- b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;
- b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;
- b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laborató-
rios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;
- b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas (CNJ, 2010, p. 4). (SILVA, 2012, p.101)

Para receber e responder às ordens judiciais de fornecimento de procedimentos e medicamentos a SESDEC criou a Central de Atendimento de Demandas Judiciais (CADJ-SESDEC), apelidada de Central de Mandados, a qual se subordina à sua Subprocuradoria Jurídica. Ela também recebe solicitações de outros órgãos e instituições e há um grande montante de solicitações administrativas oriundas da Defensoria Pública Estadual (DPE), pois, há um acordo interinstitucional entre elas. Tal acordo estabelece que a DPE antes de judicializar a demanda, verifique se há viabilidade do fornecimento da demanda por via administrativa, em especial de medicamentos (SILVA, 2012).

Em sua tese de Doutorado, Miriam Ventura da Silva (2012) constatou que a época a CADJ participou ativamente dos tramites processuais, ao prestar informações de forma independente e direta ao juízo (SILVA, 2012).

A orientação do NAT, é feita a partir do que foi pedido pelo autor, que na maioria dos casos é representado pela DPE. Em relação aos procedimentos, o núcleo realiza da seguinte maneira: com a chegada dos processos, os mesmos são cadastrados em um banco de dados e distribuídos aos profissionais da equipe. Após elaborado o parecer, este é enviado à coordenação para revisão, quando revisado, ele retorna para quem o requereu. Nos casos de

medicamentos, se constatado que é cadastrado na lista do SUS e há disponibilidade, é dada uma orientação com as informações sobre a retirada do medicamento, e finda a demanda judicial (FERREIRA; COSTA, 2013).

Sobre os procedimentos para a elaboração do parecer, que é formulado a partir de iniciativa do magistrado a fim de auxiliar no seu livre convencimento sobre o caso, são divididos em 3 partes: a primeira é a elaboração de resumo do pedido do autor; a segunda é a análise do que foi pedido, que tem que levar em consideração a legislação referente as estruturas, programas e ações de saúde, a situação clínica do indivíduo a partir das informações presentes nos documentos, e a análise do pedido terapêutico com indicação do tratamento e efeitos do mesmo; a terceira é a conclusão que aponta as alternativas terapêuticas e de medicamentos, aponta limitações do tratamento, ou se faltar, a necessidade de mais informações, além de indicar também os programas disponíveis na rede pública para encaminhar o requerente (SILVA, 2012).

O trabalho do núcleo tem a importância de verificar a questão dos medicamentos, se está na lista do SUS, se mesmo estando na lista está indisponível, se o medicamento não está incorporado, ou se foi utilizado o nome da marca em vez do composto. Ou seja, conseguem identificar se há falha no abastecimento, se a lista está desatualizada, ou se os protocolos clínicos estão defasados, e só estão autorizados a fornecer se os medicamentos foram autorizados pela ANVISA. Além disso, verificam se o tratamento da doença está de acordo como o prescrito (CASTRO, 2012).

Após toda essa análise minuciosa, o parecer é emitido constando todas as informações indispensáveis ao tratamento da doença e utilização da medicação. Mesmo após esse trabalho, cabe ao juiz acatar ou não o que foi concluído pelo parecer, reiterando que os magistrados não estão vinculados a recorrer ao NAT e nem acompanhar o parecer quando solicitado (CASTRO, 2012). Em razão disso, Macedo (2016a, p.15) diz não ter como questionar sobre a “violação aos princípios constitucionais como a imparcialidade do juízo, acesso à justiça ou garantia de um juiz natural”.

Assim, para maior segurança ao dar a orientação técnica, e grau mais elevado de conteúdo técnico os pareceres são assinados por um conjunto de profissionais e a coordenação do NAT. Dificilmente um parecer apresenta apenas um assinante (SILVA, 2012).

Para dar mais celeridade aos trâmites, a comunicação entre os técnicos é facilitada por meio eletrônico como o sistema de processo eletrônico do Tribunal e troca de e-mails (SOUZA, 2016), além do tempo estipulado para dar a resposta, que em regra é de 48 horas (CASTRO, 2012).

Entretanto, não é só de elogios e pontos positivos que se apresenta o NAT, há algumas críticas em relação a sua organização que devem ser pontuadas. As principais críticas são: o fato de o núcleo ser ligado ao governo, e assim violar o contraditório e a ampla defesa; e também muitas vezes ser visto como mais um procedimento para prejudicar a celeridade do processo (FERREIRA; COSTA, 2013).

A grande crítica ocorre pelo fato de todos os profissionais serem do quadro da Secretaria de Saúde que é um órgão do Estado, o réu das ações (FERREIRA; COSTA, 2013). A questão está no fato da possibilidade de existir um protecionismo do Estado, e utilização do núcleo em benefício próprio, visto que ele é o responsável pela prestação de assistência à saúde (CASTRO, 2012).

Esse questionamento se respalda no princípio da imparcialidade previsto na legislação processual sobre os peritos e profissionais que fazem análises técnico-científicas em ações judiciais. E tal contestação sobre o núcleo de assessoria pode ter o condão de prejudicar seu acionamento e na adesão proposta de cooperação (SILVA, 2012).

Miriam Ventura da Silva (2012), concluiu que nos casos em que o parecer do núcleo foi ignorado, houve impedimento e redução das possibilidades de melhoria da prestação jurisdicional, que foi um dos objetivos da criação do NAT.

O que pode neutralizar essas críticas sobre celeridade e defesa de interesses do governo é “a agilidade do deferimento do parecer e a impossibilidade de ter o medicamento negado sem a parte ser ouvida”. Tais críticas devem ser encaradas como construtivas e motivadoras de aperfeiçoamento do órgão visto que o NAT foi uma forma de solucionar as críticas à desorganização administrativa e financeira que os juízes estavam causando em relação à organização da saúde pública, através de uma judicialização banalizada e sem parâmetros (FERREIRA; COSTA, 2013).

Um outro ponto positivo do NAT, foi em relação ao fato de os peritos solicitados pelos magistrados possuírem vínculo com o estado. O que pode reduzir a interferência da iniciativa privada nos pareceres (SOUZA, 2016).

Dito isso, é importante analisar os dados e informações conhecidas sobre o NAT/RJ. Na tese de Miriam Ventura da Silva (2012) nos 187 processos que fizeram parte de seu estudo, encontrou o resultado de que 68,44 % tiveram atuação do NAT. E constatou que a maioria das solicitações de pareceres pelos juízes foram relativos a processos que envolvem medicamentos, dos 128 processos que o núcleo atuou, apenas 13 não se tratavam de medicamentos (SILVA, 2012)

O governo do Rio de Janeiro informou que em 2010, o núcleo de assessoria técnica

foi provocado a dar parecer em 4.562 processos, sendo que 81% deles versava sobre medicamentos, e apenas 14% tratava de material médico-hospitalar (SANTANA, 2016).

Há dados que demonstram que o número de processos recebidos pelo NAT aumenta a cada ano. Em 2010 a média era de 80 a 100 processos/mês, já em 2011 uma média de 100 a 120 processos/mês. Conseqüentemente, o número de pareceres aumentou exponencialmente, em 2009 emitiu-se 987, em 2010 foram 1.448 e em 2011 totalizaram 1.838 pareceres técnicos (CASTRO, 2012).

Em relação aos medicamentos, constatou-se que o NAT/RJ identificou no ano de 2010 que 46% dos pedidos de medicamentos tinham substitutos na lista do SUS. Isso demonstra que muitos pedidos são feitos pelo nome da marca e não do composto, que é uma informação de extrema importância que os magistrados em regra não tem e/ou não conseguem identificar (CASTRO, 2012).

O NAT/RJ desempenha um papel de filtro, no sentido que muitas as vezes as ações judiciais são desnecessárias visto que há casos em que o tratamento da enfermidade e/ou medicamento está disponível no SUS, ou ainda há pedidos de tratamentos/medicamentos incompatíveis com a doença apresentada (FERREIRA; COSTA, 2013).

A atuação do núcleo de assessoria foi considerada positiva também por alguns grupos que defendem direitos de pacientes, pois os pareceres conseguem livrar os cidadãos de prescrições médicas inadequadas, e também conseguem identificar a prioridade no atendimento dos pedidos (SILVA, 2012).

A segurança dos pareceres do núcleo pode ser encontrada pela utilização da medicina baseada em evidencia para auxílio aos magistrados em tomarem a decisão de forma mais acertada (LAMARÃO NETO; BRITO FILHO, 2016).

O NAT/RJ tem como grande ponto positivo, dar tranquilidade para os juízes na hora de prolatar a sentença sobre temas da saúde, em razão do conhecimento técnico transmitido e também da rápida resposta à solicitação de auxílio. Os técnicos promovem uma abordagem ampla ao analisarem a adequação do tratamento às alternativas terapêuticas disponíveis, tem um olhar em relação à dificuldade do cidadão em acessar o tratamento, como também tem a ciência dos recursos públicos disponíveis para atender à demanda (SOUZA, 2016).

Portanto, há uma influência em termos de eficiência, por decidir pelo tratamento mais adequado, com observância sobre os recursos existentes. O parecer, quando acatado, em alguns casos consegue reduzir os custos da judicialização para a sociedade, pois muitas vezes ele consegue encontrar tratamentos e medicamentos alternativos aos que foram indicados pelo pedido inicial. Alcançando então, “o mesmo objetivo com um custo reduzido” e

favorecendo os cidadãos e o orçamento público (SOUZA, 2016 p.65).

Mesmo não tendo a função de economizar, quando o núcleo consegue cumprir o seu propósito de dar suporte técnico em saúde, e de quebra ainda economiza por evitar desperdícios, isso é visto como um ponto positivo no contexto de altos gastos com saúde e falta de recursos para atender todas as solicitações (CASTRO, 2012).

Todas essas características no NAT/RJ o faz ser um órgão constitucional pois eles auxiliam os magistrados na tomada de decisão, sem usurpar a função judicial positivada na CF/88 de zelar pelo direito à saúde (FERREIRA; COSTA, 2013).

Castro (2012, p.71) afirma que a falta de acesso dos advogados ao NAT é um ponto positivo visto que “tanto profissionais de saúde, como magistrados ficam mais livres para fazerem seu trabalho, em nenhum tipo de pressão, e assim há maior propensão a um laudo verdadeiro, seja qual for a ação”.

5.4 CONSIDERAÇÕES

Ao analisar os três primeiros casos estudados pode-se chegar a algumas conclusões. Sobre o Caso I, nota-se que o desfecho de sucesso do programa de combate ao HIV/AIDS no Brasil, permite concluir o quanto a participação social é importante para que seja feita uma boa política, e como o judiciário é uma via que influencia nas políticas públicas. Wang (2009, p.51) observa que a política brasileira de combate à AIDS tem o reconhecimento da OMS “como a mais avançada entre os países em desenvolvimento”. Já o Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV e AIDS (UNAIDS) disse que a política brasileira de HIV/AIDS “serve de exemplo para outros países”. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) publicou que “nenhum outro país no mundo desenvolveu uma resposta para a epidemia de HIV/AIDS mais efetiva e abrangente que o Brasil” (WANG, 2009, p.51).

Esse caso mostrou que as ações judiciais foram os instrumentos usados para constranger o judiciário a tomar atitudes para melhorar as políticas públicas o que “reforça a hipótese de que o Judiciário pode ser um ator relevante de participação e influência em políticas públicas”. Por outro lado, demonstrou que ter o conhecimento e a capacidade de usar o Judiciário também é fundamental, isso depende de uma boa estrutura de assistência jurídica (WANG, 2009, p.65).

Machado (2010, p.41) observou que:

Contrariamente à perspectiva de que esta interferência do Poder Judiciário

provocaria uma retração da cidadania (por diminuir o peso das instâncias eleitas do Estado de Direito, isto é, o Poder Legislativo e o Executivo), no caso aqui destacado, ela possibilitou a ampliação desta (ainda que não pelas vias da democracia representativa tradicional), mediando o acesso dos cidadãos às instâncias legisladoras e executoras das leis (pela via de uma democracia, por assim dizer, mais participativa). Trata-se, enfim, da ampliação da cidadania através da participação, embora restrita, de grupos organizados da sociedade que passam a desempenhar o papel de agentes provocadores da justiça. Este tipo específico de participação proporciona um acesso indireto dos cidadãos às instâncias formuladoras das leis (MACHADO, 2010, p.41).

A política brasileira para tratar o HIV/AIDS foi tão bem-sucedida que é uma das poucas que tem uma lei específica, a 9.313/96 que garante gratuitamente todos os medicamentos para tratar a doença. Wang (2009) afirmou que são fornecidos 15 antirretrovirais pelo governo brasileiro, que contempla 180 mil pacientes, representando 100% dos sujeitos notificados com AIDS. Essa universalização do fornecimento promoveu a queda na mortalidade, melhor qualidade de vida dos pacientes, redução da necessidade de tratamento de doenças oportunistas e internações hospitalares, e a diminuição da morbidade em 70% (WANG, 2009).

Ao analisar os aspectos positivos da judicialização, que o Caso I representa percebe-se que além de ter influenciado para a constituição do Programa Nacional DST/AIDS, a judicialização também colaborou para a fundação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) que é um órgão de assessoria do MS com a presença da comunidade na tomada de decisões relativas a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde (BEM, 2015).

A judicialização tem sido uma via importante para as pessoas que necessitam de medicamentos pelo SUS, os quais são maioria nos pedidos. A maior parte das ações são individuais e em regra costumam ser deferidas com apoio em apenas uma prescrição de medicamento (PEPE; FIGUEIREDO; SIMAS, et. al, 2010). Com isso, o poder judiciário está cada vez mais frequente no dia a dia da gestão da saúde, e tem tido papel de protagonista (DAMASCENA, 2016).

Miriam Ventura afirmou que não houve outro movimento na história brasileira recente que “obteve um grau tão satisfatório de efetividade da legislação genérica nacional existente como o das pessoas vivendo com HIV/aids”. Ela enfatizou sobre a importância das assessorias jurídicas das ONGs/AIDS e do Judiciário para a construção do programa de referência no tratamento da AIDS no Brasil (BRASIL, 2005, p.103).

Vargas Peláez (2016, p.58) considera esse caso ímpar como um exemplo de mobilização social por meio de ações judiciais em busca de um direito humano, e que foi

vitorioso em garantir que interesses coletivos em detrimento de interesses do mercado. Ele diz também que a repercussão da judicialização da saúde como positiva ou negativa mudou ao longo do tempo. No fim dos anos 1990 e início dos 2000 as repercussões positivas predominaram tanto na abordagem social, quanto na normativa, e a referência foram os movimentos pleiteando o acesso aos medicamentos para a AIDS, por intermédio de processos coletivos (VARGAS PELÁEZ, 2016, p.58).

Um dos pontos positivos da judicialização da saúde é o fato de impulsionar o Poder Executivo a promover mais ações e programas de saúde, para suavizar os efeitos das ações judiciais em saúde. Entretanto, após a judicialização do caso da AIDS as demandas só aumentaram, versando sobre os mais diversos pedidos em saúde (SILVA, 2012).

Ventura et. al. (2010, p.78) afirma que “parece que este segmento conseguiu estabelecer uma relação positiva entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde”. E Machado (2010, p.68) concorda, ao dizer que “pode-se perceber que há evidências tanto positivas quanto negativas do processo de expansão do Poder Judiciário. A adoção da política de AIDS claramente representa o primeiro grupo”. Assim, a judicialização da saúde no caso AIDS é considerada um evento positivo e virtuoso para a história da judicialização da saúde no Brasil.

Ao observar o papel das instituições nesse processo de judicialização que foi considerado positivo pelos autores pesquisados, nota-se que isso só foi possível porque o dever do Estado foi cumprido integralmente pelos três poderes. Involuntariamente, todas as instituições relevantes à judicialização contribuíram para as experiências positivas desse caso. Inicialmente foi necessária a ação do poder legislativo ao elaborar e aprovar a Constituição Federal de 1988, com grande participação da sociedade organizada. Criado o arcabouço jurídico, onde a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado (Legislativo, Judiciário e Executivo), sem excluir o dever das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade (Lei 8080/90), o judiciário passou a ter o papel de garantir a aplicação do texto legal tanto no que se refere ao direito quanto ao dever. Cabendo ao executivo a elaboração e a execução das políticas públicas necessárias à implementação deste direito/dever, com a participação da comunidade inserida no art. 198, III da CF/88.

Já o Caso II, que utilizou como exemplo o caso da “pílula do câncer” demonstra conexões com o contexto da judicialização de medicamentos e trouxe à pauta questões relativas à relação entre os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário (DE MORAES; LEAL, 2016). É um caso que representa o fenômeno do acesso ao judiciário com

fundamento no direito universal à saúde, e também no acesso ao judiciário com pedidos de medicamentos sem registro, porém nesse caso a substância nem pode ser considerada medicamento (CASTRO; ALMEIDA, 2017).

Nota-se que os três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) tiveram participação ativa nesse caso, porém em desarmonia. Nesse contexto, é importante remeter ao art. 2º da CF/88 que dispõe sobre o princípio da separação de poderes em que os Poderes da União “são independentes e harmônicos entre si” (COSTA; ALVES, 2018).

O Judiciário, Legislativo e Executivo (ao sancionar a lei 13.269) interferiram na competência técnica da ANVISA. Teodoro e Caetano (2016, p.774) dizem que essa interferência é “uma grave ameaça ao seu papel regulatório de proteção à saúde pública, deixando-a refém da opinião pública, de parlamentares e de juízes, a maioria tecnicamente leigos no assunto”. Nesse caso, nenhum desses poderes honrou o dever constitucional positivado no art. 196 da CF/88 de “salvaguardar a saúde das pessoas” (PAUMGARTTEN, 2016).

Com a promulgação da Lei e suspensão da mesma pelo Poder Judiciário, nota-se posicionamentos conflitantes entre Judiciário e Legislativo, segundo De Moraes e Leal (2016, p.35) isso demonstra a falta de “diálogo entre os Poderes e demonstraram a falta de harmonia entre os Poderes do Estado em nosso país” sendo importante ressaltar o Princípio da Separação e Poderes e divisão de competência entre eles para que um não invada a competência do outro (DE MORAES; LEAL, 2016).

O Legislativo aprovou a distribuição e uso de uma substância sem observar algumas obrigações sobre a liberação de tratamentos para promoção, proteção e recuperação da saúde. O ordenamento jurídico sobre o direito à saúde e garantia da vigilância sanitária para promover segurança às substâncias que são expostas à população, foi desconsiderado. Há arcabouço jurídico no Brasil que regulamenta um sistema bem estruturado para “resguardar a saúde da população de riscos advindos do uso de medicamentos”, e ele não pode simplesmente ser descartado (COSTA; ALVES, 2018, p.223). E o Executivo foi conivente com os atos do Legislativo ao sancionar a lei.

Já o Poder Judiciário, tem interferido em âmbito estritamente político, em relação ao planejamento orçamentário e também em “escolhas políticas de prioridades no que se refere à saúde”. Esse protagonismo do judiciário, tem feito com que a sociedade o enxergue como um “terceiro poder” e “um pai que gere suas necessidades” (CALDAS; AGOSTINHO, 2017, p.200).

A liberação do uso de uma substância chamada de “pílula do câncer” com evidências

fracas e sem ensaios clínicos, demonstra a fragilidade jurídica e regulatória existente no Brasil. O que ocorreu é muito delicado, pois pode criar um precedente prejudicial à saúde das pessoas, permitindo que pacientes terminais façam uso de tratamento não testado e sem comprovação de eficiência. Isso pode criar uma jurisprudência a favor da liberação de medicamentos não aprovados no Brasil. Além disso, corrobora com interesse de indústrias farmacêuticas que fomenta associações de pacientes, advogados e sociedades médicas para mobilização da opinião pública (TEODORO; CAETANO, 2016).

O caso da Fosfoetanolamina sintética demonstra uma flexibilização do controle sanitário brasileiro, “sem garantia de ganhos à saúde dos indivíduos, deixando-os à mercê de riscos irreparáveis” (TEODORO; CAETANO, 2016, p.745).

A jurisprudência do STF nos casos das Suspensões de Tutela Antecipada 175, 815, 761, da Audiência Pública nº4, Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 45, entre outros julgados, demonstra a ocorrência de realização do direito à saúde pelo Poder Judiciário em decorrência de sua atuação política. Caldas e Agostinho (2017) dizem que:

O STF buscou a instalação de critérios para a judicialização em saúde, mas a boa realidade é que os magistrados não seguem os parâmetros criados para tais demandas. O Poder Judiciário vem interferindo em questões orçamentárias abertamente, deferindo pleitos que solicitam medicamentos não reconhecidos pela ANVISA e ausentes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Defere, em sede de pedidos antecipatórios, até mesmo substâncias que não têm eficácia comprovada clinicamente, como é o caso da fosfoetanolamina sintética, que sequer passou por procedimentos de teste (CALDAS; AGOSTINHO, 2017, p.203-204).

Nota-se que a judicialização da saúde tem cada vez mais ganhado proporções maiores, demandando muito do Poder Judiciário para resolução das lides em saúde. Entretanto, a judicialização não pode ser um instrumento para a “institucionalização do estado social e corporificação de direitos”. Caldas e Agostinho (2017, p.205) dizem que o fato do judiciário atuar concedendo os requerimentos sem observância à legislação infraconstitucional e constitucional descumprindo o princípio democrático, a separação dos poderes, “a legalidade e contingenciando milhões na área da saúde, não constitui meio sinérgico para a institucionalização do Estado Democrático de Direito Social, mas antes a obstaculiza”.

O lado negativo da judicialização, representado bem por esse caso paradigmático, ocorre quando o Judiciário concede às pessoas medicamentos desprovidos de segurança, evidência ou eficácia comprovada, ou concede medicamentos inadequados para o tratamento das enfermidades. Quando isso acontece, os pacientes estão passíveis a uma exposição e a correr riscos desnecessários e/ou prejudiciais à saúde (VARGAS PELÁEZ, 2016, p. 147).

Além dessas consequências, há também a possibilidade de abrir espaço para que a indústria farmacêutica aproveite as ações judiciais para tentar incorporar seus produtos no mercado, que em regra são mais caros, e conseguem alcançar os médicos através de “marketing farmacêutico” (PANDOLFO; DELDUQUE; GORETI AMARAL, 2012, p.346).

Diante disso, observa-se que os efeitos positivos da judicialização da saúde advêm quando alternativas terapêuticas benéficas são viabilizadas, e não estavam disponíveis no sistema, ou também quando os pedidos judiciais influenciam a Administração Pública a promover novos protocolos e diretrizes terapêuticas para incorporar novas tecnologias, aumentando o leque das opções terapêuticas. Entretanto, o lado negativo da judicialização ocorre no contexto do “imperativo tecnológico”, medicalização crescente e uso inadequado, interesses da indústria farmacêutica, crença nas novidades como solução e da legitimação da prescrição médica. E, quando os atores da judicialização se deparam com essas questões, eles têm atuado de forma automatizada e acrítica, promovendo o fornecimento e uso de tecnologias ineficazes e mesmo prejudiciais à saúde. Essa conjuntura é prejudicial tanto para a saúde dos indivíduos, quanto para o sistema de saúde (SILVA, 2012).

Assim, a judicialização tem interferido na estabilidade das instituições democráticas, por provocar a interferência de um poder na competência do outro, como demonstrado nesse caso (CHAVES, 2018).

Morais e Leal (2016, p.36) inferem que “uma separação de poderes estática” onde um poder sempre interfira na atuação do outro, deve ser reavaliada, para “equilibrar as relações entre estes e fazer com que as decisões possuam um maior embasamento e uma discussão que leve a maior concretização dos postulados constitucionais”. Diz também, que a problemática da constitucionalização dos direitos sociais é “uma questão de separação dos Poderes”. E o que cabe a cada um decidir é uma questão de competência (DE MORAES; LEAL, 2016).

A questão das divergências em relação à “pílula do câncer” não foi apenas sobre a permissão ou não do uso da substância sem registro. O percurso do caso entre STF, Congresso Nacional, e STF de novo “demonstra a ausência de um diálogo institucional e a falta de fundamentação entre diferentes decisões”. Dessa forma, “a abertura ao diálogo constitucional e à utilização de técnicas argumentativas são partes de um processo que busca adequar as decisões às possibilidades que o caso concreto apresenta”. A partir dessas constatações, para dar melhores soluções dos casos, surgem teorias no sentido de procurar “uma melhor compreensão de como conciliar e melhor adequar ao caso concreto a separação de Poderes, a partir da perspectiva de uma noção de “diálogo institucional” (DE MORAES;

LEAL, 2016, p.45).

Diante do exposto, conclui-se que esse caso representou a falta de diálogo institucional entre os Poderes do Estado. Mesmo diante da existência de uma lei que positiva a capacidade regulatória da ANVISA no âmbito do registro a avaliação dos medicamentos e de decisões que suspenderam liminares judiciais que concediam o “medicamento” sem registro, o Poder Legislativo votou e aprovou, e a presidente sancionou lei contrária à capacidade do Executivo e ao que entendia o judiciário no momento (DE MORAES; LEAL, 2016).

Por último, o Caso III abordou a categoria da judicialização da saúde relativa ao início das parcerias institucionais e técnicas para melhorar os efeitos negativos da judicialização da saúde. O caso representativo dessa classificação foi o NAT, que foi uma parceria pioneira no Brasil, com muitos pontos positivos na otimização da judicialização da saúde, e acabou sendo referência e influenciando outros estados e municípios a realizarem iniciativas parecidas (PEIXINHO JÚNIOR, 2018; PINHEIRO, 2016).

No entanto, apesar de ser uma iniciativa considerada de sucesso quando ponderado o antes e depois de sua atuação, o NAT é uma estratégia pós-processual, sua atuação é quando da existência de uma ação judicial, e não para evitar o surgimento de novas demandas pela solução anterior, via administrativa. Sendo importante, a partir dessa experiência, ampliar cada vez mais as parcerias, principalmente entre o executivo e judiciário para que se busquem meios preventivos para maior equilíbrio de todo o sistema (GUIMARÃES; PALHEIRO, 2015).

A partir dessa constatação:

As Secretarias de Saúde de Estado e Município do Rio de Janeiro se juntaram com a Defensoria Pública do Estado e da União, com as Procuradorias Gerais do Estado e do Município e com o Tribunal de Justiça do Estado para a criação de uma Câmara de Resolução de Litígios de Saúde, que atua antes da propositura de ações, na tentativa de resolução administrativa das demandas oriundas dos cidadãos (GUIMARÃES; PALHEIRO, 2015, p.5).

Portanto, o NAT é uma estratégia de suma importância para a judicialização da saúde, porém não é a única, sendo necessárias novas estratégias “dentro de uma mudança de mentalidade das instituições para o diálogo interinstitucional e para o debate público” (FERREIRA; COSTA, 2013, p.231).

Após estas considerações, segue o Caso IV, que retrata iniciativas ainda embrionária de diálogos institucionais, e pactuações entre os atores da judicialização da saúde para promover a desjudicialização.

5.5 CASO IV: CIRADS E SUS MEDIADO

A Judicialização da Saúde no Brasil cada vez mais crescente e desarrazoada começou a ser um problema, e para suavizar ou resolver essa questão começaram a aparecer várias alternativas e iniciativas. Concentraram-se esforços para minimizar a quantidade de demanda nos tribunais, e decisões que comprometem parte dos orçamentos e determinam até prisão de gestores (TEIXEIRA, 2011). Se nada for feito para conter a judicialização, a projeção é que ela cresça cada vez mais em todos os estados do país, o que dificulta a gestão e aumenta o trabalho do poder judiciário (ARAÚJO DINIZ, 2013).

A partir desta constatação, vários estados do país começaram a fazer convênios, comitês e parcerias entre o Poder Judiciário, Ministério Público e Poder Executivo (TEIXEIRA, 2011). O CNJ, preocupado com a realidade de judicialização da saúde criou o Fórum Nacional do Judiciário pela portaria nº 107 em abril de 2010 (ARAÚJO DINIZ, 2013). Esse Fórum tem a função de monitorar e resolver demandas de assistência à saúde, promover estudos e medidas concretas e normativas “para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos” (DOS SANTOS, 2012, p.15). O art. 3º dessa portaria prevê a instituição de comitês executivos. A partir daí, houve a criação de comitês em alguns estados para amenizar os efeitos da judicialização e tentar sanar o problema da melhor forma para as partes em litígio. Uma iniciativa pioneira foi no Rio Grande do Norte pela instituição do Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde (CIRADS) (ARAÚJO DINIZ, 2013).

Ainda em 2010, o CNJ proferiu uma resolução de número 125, em razão da crescente judicialização. A resolução dispõe sobre a política judiciária para tratamento apropriado dos conflitos de interesse no judiciário, orienta o judiciário a instituir uma rede integrada formada por órgãos do judiciário e entidades públicas e privadas, objetivando incentivar iniciativas de autocomposição dos litígios e “à pacificação social por meio da conciliação e da mediação”. Há também preocupação com a resolução extrajudicial dos conflitos, quando a resolução dispõe que “o Judiciário deve manter um canal de interlocução com a Ordem dos Advogados do Brasil, as Defensorias Públicas, as Procuradorias e o Ministério Público, a fim de estimular a participação de seus membros nos centros judiciários de solução preventiva de conflitos” (QUEIROZ, 2013, p.150).

A Recomendação nº 31/2010 também é importante a essa temática pois sugerem que os Tribunais de Justiça adotem medidas para subsidiar tecnicamente os operadores do direito

e magistrados, objetivando que as demandas judiciais de assistência à saúde sejam resolvidas com maior eficiência. Recomenda-se também que:

a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais (GALVÃO, 2013, p.54).

O caminho para racionalizar a judicialização da saúde no Brasil, acontece pela articulação de diversas instituições, e há amparo constitucional para essa relação complementar entre os três poderes do Estado (COSTA, 2014a).

O Rio Grande do Norte está em 16º lugar de unidade da federação mais populosa, e é a 10ª mais povoada, tem 167 municípios e a capital é Natal. E foi um dos estados pioneiros a criar instâncias mediadoras de conflito na área da saúde (RINGEISEN, 2016).

No dia 30 de março de 2010 o Comitê de Demandas da Saúde no Rio Grande do Norte foi criado, em harmonia com a recomendação 31 e resolução 107 do CNJ. Em 2014 foi firmado um Termo de Cooperação Técnica de número 08/2014 entre o Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte (TJRN), o Município de Natal, o Estado do Rio Grande do Norte e o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). Criou-se também no estado uma Câmara Técnica de consulta prévia relacionada à saúde para o Poder Judiciário, e também iniciou-se a realização de seminários e capacitações sobre direito à saúde (RINGEISEN, 2016).

Em Natal, cada instituição apresentava problemas distintos decorrentes da judicialização da saúde, algumas sofriam muitos gastos e pouca resolutividade, além dos custos processuais, que costumam ser altos (RINGEISEN, 2016).

Na Audiência Pública n. 4 de 2009 no STF o CIRADS, do Rio Grande do Norte foi citado por dois ministros como possível modelo para redução da judicialização da saúde (BUCCI, 2017).

5.5.1 CIRADS

O CIRADS do Rio Grande do Norte foi implantado por um Acordo de Cooperação Técnica, no dia 22 de julho de 2009 (RACHID, 2014), sua composição é:

A Procuradoria da União no Estado do Rio Grande do Norte (PU/RN), a Defensoria Pública da União no Estado do Rio Grande do Norte (DPU/RN), a Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Norte (PGE/RN), a Procuradoria Geral do Município do Natal (PGMN/RN), a Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP/RN) e a Secretaria Municipal de Saúde do Natal (SMS/Natal), com o apoio técnico do Ministério da Saúde. Em 26 de julho de 2010, foi assinado o Primeiro Termo Aditivo ao referido Acordo de Cooperação Técnica 1303, para

incluir a Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Norte (DPE/RN) no CIRADS (MORETTI, 2014, p.363).

O Comitê é a primeira experiência, no Rio Grande do Norte, que propõe soluções extrajudiciais para litígios relacionados à assistência à saúde (EUFRÁSIO, 2014). É um esforço da Administração Pública, de resolução alternativa de conflitos, e tem a finalidade de promover soluções estatais conjuntas para resolver os problemas do cidadão com o SUS de forma administrativa (DOS SANTOS, 2012). Visa a redução dos custos com a judicialização da saúde e resolver os conflitos, sempre respeitando as regras e políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SILVA, 2011). E procura sempre conciliar os princípios da integralidade e universalidade do SUS com a “efetivação das políticas públicas para, desta forma contribuir com o aperfeiçoamento e qualificação de serviços de saúde” (COSTA, 2014b, p.36). Além disso, é uma alternativa para desafogar o Judiciário das inúmeras demandas por assistência à saúde (SILVA, 2011).

Para celebração do acordo, devem-se considerar os seguintes fundamentos:

(i) a fundamentalidade do direito à saúde; (ii) o reconhecimento do dever, pelo Estado brasileiro, de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício; (iii) a ligação umbilical entre o direito à saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana; (iv) a necessidade de se abrirem espaços de consenso e se construírem soluções compartilhadas, inclusive pela via administrativa; (v) a necessidade de se prestigiar as políticas públicas existentes e a organização do Sistema Único de Saúde; e (vi) o interesse público primário consistente na prestação de serviços de saúde pública com qualidade e eficiência à população (MORETTI, 2014, p.366).

O Comitê é um modelo de Administração consensual na área da saúde, que utiliza de instrumentos administrativos para alcançar um consenso nos litígios de saúde envolvendo a Administração e pessoas hipossuficientes. Além disso, o CIRADS organiza eventos e debates para discutir temas relacionados à saúde, e apresenta propostas ao Executivo para o aperfeiçoamento das políticas do SUS (MORETTI, 2014).

Em regra, as demandas chegam na Defensoria Pública União (DPU) ou no Estado, instituições responsáveis por assistir às pessoas hipossuficientes, e o Comitê faz uma análise prévia dessas demandas, e elabora parecer técnico para a Procuradoria da União (TEIXEIRA, 2011). É válido ressaltar que a DPU é instituição atuante para resolver os conflitos decorrentes da judicialização da saúde, pois promove o diálogo e parcerias entre executivo e judiciário (GALVÃO, 2013).

No atendimento prévio, primeiro é analisado a existência de alguma falha na prestação do serviço público de saúde, ou se o médico prescreveu tratamento que não é ofertado pelo SUS. Se há alguma dessas possibilidades o assunto é levado ao Comitê, para deliberação em reunião, sobre a possibilidade de solução pela via administrativa. Se há falha

de serviço ou existência de uma alternativa, uma reclamação é submetida por meio eletrônico, aos membros do CIRADS. Se for constatado, a viabilidade de concretização imediata do que foi pedido, a Secretaria de Saúde já encaminha o indivíduo para o atendimento. Demais casos geralmente se resolvem nas reuniões quinzenais (SANTOS, 2013).

É importante salientar que o tramite é todo feito por meio eletrônico, o que dá mais agilidade na comunicação dos membros envolvidos. Devido a isso, em muitos casos o acordo é realizado inclusive antes das reuniões, e nelas ele é apenas formalizado (EUFRÁSIO, 2014).

Caso seja constatada a existência de tratamento disponível no SUS, a Defensoria pode enviar questionário ao médico prescritor, sobre a possibilidade e substituição por esse tratamento alternativo. Com o recebimento da resposta do médico, o CIRADS delibera sobre a possibilidade de ser atendido (MORETTI, 2014).

O parecer é apresentado em reuniões da Comissão, e a análise é realizada pela equipe técnica do CIRADS, a qual é composta por pelo menos um integrante de cada instituição parceira (QUEIROZ, 2013).

Para efetivar soluções administrativas nos conflitos em saúde, os casos de negativa de atendimento pelo SUS são analisados, para identificação de situações que podem ser resolvidas administrativamente, antes da propositura de uma ação judicial. Além disso, mesmo que uma ação judicial já exista, são estudadas situações em que há a possibilidade de conciliação nos processos (COSTA, 2014b), geralmente são casos em que há tratamento previsto pelo SUS, porém não foi prestado, ou prescrição de tratamento diferente dos que estão previstos no sistema. Dessa forma, o comitê viabiliza as soluções administrativas, através da análise de cada caso concreto (SANTANA, 2016).

O CIRADS, atua na conciliação dos interesses dos atores conflitantes, pois o Comitê toma suas decisões com base nas concessões mútuas das partes, apesar de fazer análise do mérito da petição. Tenta-se resolver as demandas através de tratamentos alternativos e adequados ao SUS (SANTANA, 2016). Os integrantes do Comitê se comprometeram a priorizar as políticas públicas já formuladas pelo SUS (MORETTI, 2014).

O Comitê Interinstitucional atua no fornecimento de medicamentos, tratamentos, insumos, materiais e serviços de saúde previstos nas listas oficiais do SUS, para as pessoas que acionam a Defensoria Pública, por não obter êxito ao tratamento de um problema de saúde (RACHID, 2017).

Está previsto no convênio firmado pelas instituições a possibilidade de dar sugestões

para as autoridades competentes de melhorias para o SUS (RACHID, 2017). As sugestões são dadas com fundamento nas experiências do ente com as questões que lhes são apresentadas (FERREIRA; COSTA, 2013). Há propostas de aprimoramento de normas técnicas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de formulação de novas políticas públicas. Um exemplo de sugestão, foi a dada pela Defensoria Pública à Secretaria Municipal de Educação, por meio do CIRADS, de realização de um projeto denominado “classe hospitalar” para a instauração de salas de aula, com professores da rede pública, em hospitais públicos ou conveniados, com especialidade no tratamento de crianças com câncer (QUEIROZ, 2013). É um projeto que associa saúde e educação e já beneficiou muitas crianças que continuaram seus tratamentos, sem deixar de estudar o ensino básico (MORETTI, 2014).

O projeto inovador de um Comitê de resolução administrativa de demandas da saúde, foi caracterizado por seu primeiro coordenador como um “ambiente democrático de diálogo” no interior do Poder Público, e que “estimulou a criação de soluções gerais para os problemas identificados no SUS local e uma cultura de conciliação administrativa em benefício dos usuários do sistema público de saúde” (SANTOS, 2013, p.386).

Há questionamentos se a conciliação entre Administração e administrado realizada pelo CIRADS é ilegal ao seguir o princípio da legalidade do Direito Administrativo, pois não há permissão legal específica para tal atividade. Porém, há trabalhos que indagam sobre a vinculação administrativa à juridicidade (SANTANA, 2016). E, mesmo que não exista a previsão expressa de conciliação administrativa, há o amparo em dois princípios constitucionais, tais quais “o princípio da celeridade (art. 5º, LXXVIII CF/88) e o princípio da eficiência (art. 37, caput, CF/88)” (RACHID, 2017).

A administração consensual possui 5 características, tais quais:

- (i) incrementa a legitimidade da ação estatal com a participação dos cidadãos no processo de tomada de decisões administrativas; (ii) flexibiliza a atuação administrativa, na medida em que os mecanismos de consenso permitem uma maior adequação à realidade concreta; (iii) garante decisões de melhor qualidade, visto que respaldadas em suporte fático mais consistente; (iv) protege o administrador, que autolimita sua discricionariedade em prol da consensualidade, eliminando ou reduzindo a possibilidade de conflito; e (v) atribui maior eficiência à atuação administrativa (MORETTI, 2014, p.369).

A experiência do Rio Grande do Norte foi positiva visto que “melhorou o atendimento à saúde e reduziu os índices de judicialização” após a realização de solução consensual dos litígios em matéria de saúde, em que participam várias instituições (RACHID, 2014, p.141). Em seu primeiro ano de atuação, o CIRADS obteve 50% de

resolução consensual nos casos que recebeu (EUFRÁSIO, 2014). Houve diminuição do número de processos judiciais requerendo assistência à saúde ao Estado, com capacidade de prestar os serviços imediatamente e não foram prestados (SANTOS, 2013).

Um ponto negativo apontado por alguns autores na atividade do Comitê, é o fato de não haver participação do assistido (paciente, requerente), o que pode atrasar a resolução mais rápida do problema pois, em muitos casos é preciso entrar em contato com a pessoa para que ela solicite laudos e documentos que atestem ser viável ou não a substituição de algum medicamentos e/ou tratamento (EUFRÁSIO, 2014).

Na conjuntura de uma cultura de litígio, crise do sistema judiciário e urgência do direito à saúde, essa parceria firmada pelo Comitê Interinstitucional de Resolução Administrativa de Demandas da Saúde no Rio Grande do Norte teve como finalidade estabelecer um canal de discussões na temática da saúde pública com participação de diversas instituições atuantes na judicialização da saúde. Com objetivo maior de promover soluções administrativas consensuais e extrajudiciais como alternativa à proposição de ações judiciais requerendo tratamentos médicos e medicamentos (RACHID, 2017).

Em razão da importância do trabalho prestado, o CIRADS recebeu em 2010 na sede do STF, uma menção honrosa na VII Edição do Prêmio Innovare, um evento que reconhece as melhores práticas jurídicas do País (EUFRÁSIO, 2014). Ademais, o Ex-Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, apontou o Comitê do Rio Grande do Norte como um “modelo a ser seguido”. Destarte, criou-se um grupo de trabalho composto pela “Defensoria Pública da União e da Procuradoria Geral da União para a implantação do CIRADS em todos os Estados da Federação” (MORETTI, 2014, p.366).

Dessa maneira, o Comitê organizou uma dinâmica que promoveu avanço significativo na assistência à saúde em relação à concessão de tratamentos médicos e medicamentos, visto que sua dinâmica proporciona muitas vezes soluções mais práticas e céleres do que entrar na justiça. E a análise é feita minuciosamente caso a caso (RACHID, 2014).

5.5.2 SUS MEDIADO

Além do CIRADS, o Rio Grande do Norte instituiu um programa, que também visa soluções extrajudiciais em matéria de saúde, que foi denominado SUS MEDIADO. Foi criado em 14 de fevereiro de 2012, através do termo de cooperação técnica 001, pela Defensoria Pública do Estado do RN. Seus integrantes são a Defensoria Pública da União e

do Estado, as Procuradorias Geral do Estado e Município e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (EUFRÁSIO, 2014).

O termo de cooperação técnica 001/2012, prevê que o programa deve ser desenvolvido em:

1) atendimento do cidadão pela equipe multidisciplinar - assistente social e psicólogo - da Defensoria Pública do Estado para seleção do tipo de medicamento ou procedimento médico necessário, bem como para análise e complementação da documentação apresentada pelo paciente e, ainda, para averiguação do perfil sócio econômico do assistido; 2) agendamento da reunião de mediação: as reuniões são realizadas todas as quartas-feiras na sede da Defensoria Potiguar, com a presença do cidadão, do Defensor Público, do técnico da Secretária de Saúde do Estado e/ou Município e dos Procuradores Estaduais e Municipais; 3) análise pelos técnicos (farmacêuticos e médicos do setor de regulação) das Secretarias de Saúde acerca da disponibilidade do medicamento no estoque da unidade central de distribuição ou da possibilidade de substituição do medicamento por outro disponível; 4) no caso de indicação de medicamento para substituição, é entregue ao cidadão um ofício, subscrito pelo Defensor Público e pelo técnico da área de saúde, para consulta ao médico que acompanha o tratamento do paciente. Em não sendo possível a substituição, o médico deverá indicar as razões em laudo circunstanciado, com resposta aos quesitos elaborados pelo Defensor Público; 5) em sendo positiva a mediação, é firmado um termo de acordo, estabelecendo-se o prazo máximo para entrega da medicação, evitando-se, assim, a judicialização; 6) nas hipóteses de procedimento cirúrgico, os técnicos da Secretaria de Saúde, na sede da própria Defensoria, realizam os agendamentos das consultas e exames prévios, bem como se manifestam sobre a disponibilidade ou não dos materiais indicados pelo médico do paciente; 7) nos casos de medicamentos de valor superior a 60 (sessenta) salários mínimos, que não estejam elencados nas portarias do Ministério da Saúde, o cidadão é encaminhado à Defensoria Pública da União para propositura da ação judicial em desfavor dos três entes públicos - União, Estados e Municípios (QUEIROZ, 2013, p.157).

Várias questões motivaram a elaboração do programa, dentre elas estavam os problemas enfrentados pelas procuradorias, tais quais: pouco tempo para cumprir as decisões judiciais; condenações corriqueiras ao erário; dificuldade de diálogo interinstitucional entre procuradores e o setor de saúde, condenações pessoais de gestores, sequestro e bloqueios à conta do estado. O cenário era de um ambiente administrativo e judicial despreparado para os conflitos diários em saúde, gerando desgastes físico e emocional aos envolvidos na lide, com pouco conhecimento das questões sanitária e jurídica, e muitos gastos pela administração pública sendo que a resolutividade era pouca (RINGEISEN, 2016).

Dessa forma o programa nasceu para ser uma possibilidade de solucionar melhor essas questões constatadas sem precisar acionar o judiciário. Ele reúne todas as partes interessadas, gestores de saúde e advogados públicos para que atuem juntos em uma tentativa de reduzir a quantidade de ações judiciais em saúde, e custos para a administração pública (RINGEISEN, 2016).

Foi um programa inovador, que inclusive surgiu antes da legalização pela Lei

13.140/15 da mediação e autocomposição como instrumentos de resolução de conflitos na esfera da administração pública. Mesmo antes dessa lei, tais iniciativas encontram amparo nos artigos 6º e 196 a 200 da CF/88, Lei 8.080/90 (Lei orgânica da saúde), o termo de cooperação técnica, Lei 13.140/15 e enunciados 7, 8 e 12 da I Jornada em Direito à saúde do Congresso Nacional de Justiça (RINGEISEN, 2016).

O SUS MEDIADO tem os objetivos de: desburocratizar os procedimentos para obtenção de medicamentos exames e cirurgias; racionalizar a distribuição de medicamentos do setor público; aproximar os usuários do SUS com a administração pública e facilitar sua comunicação; evitar ajuizamento de ações judiciais de prestação de saúde; diminuir o tempo dos processos e trâmites burocráticos; diminuir os custos financeiros decorrentes da judicialização da saúde; evitar que o poder judiciário interfira na execução do orçamento e políticas públicas; deter o domínio da indústria farmacêutica; e também colaborar para a formulação de políticas públicas. É uma iniciativa que visa encontrar soluções alternativas para os hipossuficientes, porém sempre respeitando o direito fundamental à saúde previsto na CF/88 (QUEIROZ, 2013).

Isto posto, o SUS MEDIADO propõe cooperação entre as partes presentes em um litígio de saúde, para que antes de litigarem, que prevaleça o diálogo e a troca de informações para que os usuários tenham suas necessidades de saúde alcançadas e que as políticas públicas de saúde tenham efetividade, independentes de ações judiciais (SANTANA, 2016).

O programa inicialmente teve sua atuação na capital, Natal, mas foi expandido para as cidades de Caicó e Mossoró, com a presença das respectivas secretarias municipais de saúde (EUFRÁSIO, 2014).

O indivíduo que se depara com uma prestação de saúde não atendida e que aciona a Defensoria Pública, é direcionado a uma equipe multidisciplinar, formada por assistentes sociais e psicólogos, que fazem triagem da documentação apresentada, e tipo de medicamento ou procedimento solicitado. Se a pessoa se enquadra às exigências, a reunião de mediação é agendada (EUFRÁSIO, 2014).

As sessões de mediação são feitas semanalmente às quartas-feiras, por uma Câmara de Conciliação, e conta com a participação de técnicos da saúde do setor de exames e cirurgias, e da assistência farmacêutica, representantes da DPE, Procuradoria Geral do Estado (PGE) e Procuradoria Geral do Município (PGM) e do representante e/ou usuário que necessita de algum procedimento ou medicamento no SUS, na tentativa de resolverem o problema extrajudicialmente. Assim, após uma análise socioeconômica e da prescrição médica, a Secretaria de Saúde tenta solucionar o pedido com o que tem disponível

(COTRIM, 2017).

Faz-se a análise socioeconômica do indivíduo solicitante, visto que a Defensoria Pública atende por lei apenas às pessoas hipossuficientes, e como a parceria é com a Defensoria, somente essas pessoas são atendidas. Isso é questionado como uma limitação do programa, pois atende apenas uma parcela específica da população (RINGEISEN, 2016).

Na sessão de mediação, há análise das indicações do médico pelos servidores técnicos das secretarias de saúde, e eles verificam se o medicamento está disponível. Em caso positivo o acordo é firmado, e a data máxima para a entrega é estabelecida. Em caso negativo, e se houver indicação de medicamento substituto nas listas oficiais do SUS, o usuário recebe um ofício da Defensoria e deverá retornar como ele ao médico prescritor questionando a possibilidade de substituição. Caso o médico não concorde ele aponta e fundamenta as razões da impossibilidade (EUFRÁSIO, 2014).

Nestas sessões procura-se atender o pedido do usuário associando suas expectativas às restrições existentes, e é assinado um instrumento denominado de Termo de Mediação (COTRIM, 2017). Esse acordo firmado e assinado por representante da Defensoria Pública, tem força de título executivo extrajudicial. Isso quer dizer que, caso haja um descumprimento desse acordo pelo ente público, o indivíduo pode propor uma ação executiva, a qual é mais célere, e sem a necessidade de discutir o mérito e produzir provas (QUEIROZ, 2013).

Se o medicamento está disponível no SUS, o usuário é encaminhado à Unidade Central de Agentes Terapêuticos (UNICAT). Se indisponível, é encaminhado à DPE, e se ausente no SUS, encaminha-se à DPU (RINGEISEN, 2016).

Quando o pedido abrange procedimentos cirúrgicos, consultas e exames, eles são agendados e é informada a disponibilidade dos insumos para realização da cirurgia. Se o pedido for de medicamento com valor superior a sessenta salários mínimos “o caso é encaminhado ao DPU/RN para ajuizamentos de ação contra todos os entes federados” (EUFRÁSIO, 2014, p.51). A DPU é responsável pelos pedidos de medicamentos ou procedimentos que não têm registro na ANVISA, sem repasse pela União ou de uso *off label* (COTRIM, 2017).

Mesmo o programa tendo o objetivo de resolver os litígios extrajudicialmente, caso o usuário não tenha seu problema solucionado pela mediação, os procedimentos extrajudiciais são substituídos pelos judiciais (SILVA; SCHULMAN, 2017). A Defensoria, como membro do programa, deve tentar evitar a judicialização, porém, caso não dê certo, ela deve fazer a defesa em juízo (COTRIM, 2017).

Esse projeto de mediação além de ter aproximado o cidadão das políticas públicas de saúde do Poder Público, racionaliza o fornecimento de medicamentos, insumos e tratamentos pelo SUS “funcionando como um ‘filtro’ das demandas judiciais” (RINGEISEN, 2016, p.106). Além disso, o programa, ao identificar falhas em demandas destinadas à população, pode indicar/recomendar políticas públicas e a Defensoria, especificamente, entrar com ações coletivas a partir dessa constatação. Ou seja, através de cada demanda recebida, os gestores da saúde conseguem identificar as falhas nas prestações dos serviços, e tomarem medidas que alcancem a coletividade, e não só quem fez o requerimento (COTRIM, 2017).

A análise da adequação dos procedimentos e medicamentos feita na mediação tem “coibido a prescrição indiscriminada de medicamentos e a indicação de internações ou de realização de procedimentos cirúrgicos com preterição da ordem estabelecida na rede pública de saúde” (QUEIROZ, 2013 p.160).

Assim, não são todos os casos que vão para a mediação, há casos que nitidamente não se resolverão com a mediação, como medicamentos sem registro na ANVISA, procedimentos urgentes e que comprometem a saúde da pessoa. Nesses casos, são realizados os procedimentos-padrão de acesso ao judiciário (COTRIM, 2017).

Os resultados do SUS MEDIADO em Natal em regra são positivos, de acordo com estudos publicados e pessoas que atuam no programa. A mediação tem sido vista como uma ferramenta apropriada para enfrentar a judicialização da saúde. Esse instrumento de resolução de conflitos promove a redução da quantidade de ações judiciais, auxilia no trabalho dos entes federados nas suas competências, ao mesmo tempo que busca a solução administrativa das demandas. Além disso, é um instrumento de constante busca e respeito aos instrumentos democráticos, que visa resgatar a credibilidade do cidadão ao SUS, e também a consciência da importância das soluções extrajudiciais, para celeridade e desburocratização (COTRIM, 2017).

Por ser uma experiência exitosa, tem servido de exemplo a outros estados da federação. Alguns estados realizaram visitas e enviaram pedidos de informações com a finalidade de entender e conhecer a experiência de Natal, e adapta-la às suas necessidades. Ringeisen (2016) utiliza o conceito de “*Catching up social*” para explicar sobre essas trocas de experiências e o status de modelo para outras localidades, isso significa um aprendizado com os casos bem-sucedidos “de forma criativa e não mecânica, beneficiando-se dessa tecnologia social, sem ter que necessariamente percorrer toda a trajetória até chegar a ela, adaptando a sua realidade local” (RINGEISEN, 2016, p.25).

Na pesquisa de Ringeisen (2016) ao entrevistar pessoas atuantes no programa, tanto

os da área da saúde quando do direito disseram coisas positivas sobre o SUS MEDIADO, responderam que o programa auxiliou a empoderá-los e aproximá-los, além disso as respostas foram que ele:

(...)ajudou a solucionar de forma mais completa as necessidades de saúde do cidadão; ajudou a sensibilizar o judiciário a atuar mais amplamente, integrando e qualificando a demanda; promoveu uma melhor compreensão do SUS, acolhendo o usuário e direcionando-o para onde realmente existiam as respostas; capacitou os atores na teoria e prática do SUS, e diminuiu os transtornos com o poder judiciário. Conclui-se, portanto, que houve uma unanimidade nas respostas positivas, no que concerne à contribuição do programa para a concretização do direito à saúde (RINGEISEN, 2016, p.152).

Os resultados do programa foram positivos e demonstram a redução do número de processos em cerca de 10% em comparação ao ano anterior. Em 2012, em seu primeiro ano de atuação, foram realizados 823 atendimentos, e dentre eles em 40% dos casos houve resolução extrajudicial, 20% foram encaminhados para a DPU, e os apenas nos outros 40% dos casos houve judicialização (EUFRÁSIO, 2014).

A parceria entre as instituições nesse programa de mediação extrajudicial, tem o ponto positivo em relação aos gastos com pessoal, visto que as pessoas designadas para esse trabalho já fazem parte dos quadros dos órgãos públicos, e também com espaço físico, já que funciona na sede da Defensoria. Além disso, auxilia no planejamento da assistência farmacêutica, pois permite o estabelecimento prévio de quais fármacos devem ser disponíveis, assim os gestores podem programar a aquisição de medicamentos, evitando dispensas de licitações decorrentes de ordens judiciais (QUEIROZ, 2013).

Ringelsen (2016, p.105) diz que o SUS MEDIADO visa garantir “não só a concretização do direito fundamental à saúde, como também atua na “redução de danos” da judicialização, na integração dos entes federativos e na qualificação da demanda”. Além disso, é muito importante o aspecto educativo dessa iniciativa, em que o diálogo acerca das questões sanitárias educa e reconcilia os usuários com o SUS. Isso ajuda a fortalecer a cidadania e o direito à saúde (RINGEISEN, 2016).

Portanto, o programa de mediação de Natal vem para demonstrar que a concretização do direito à saúde não é possível apenas via judicial, ele traz uma outra opção virtuosa de solução de conflitos, que pode ser melhor que a judicialização (QUEIROZ, 2013).

5.5.3 Diferença entre o CIRADS e SUS MEDIADO

Tanto o CIRADS quanto o SUS MEDIADO são iniciativas que tem por objetivo maior a resolução administrativa de divergências entre o usuário e o SUS, porém eles apresentam algumas diferenças.

O CIRADS abrange tanto as questões que ainda não foram judicializadas, como as que já foram. Entretanto o Comitê não discute algumas questões como casos fora das políticas públicas do SUS, tecnologias ainda não incorporadas, questão de competência interfederativa. Nas reuniões não há a presença dos atores do processo. A análise prévia do caso é feita pela DPU com reuniões mensais, e são os defensores públicos que realizam os procedimentos. E a estratégia de resolução extrajudicial adotada é a Conciliação (RINGEISEN, 2016).

Já o SUS MEDIADO não trabalha com questões já judicializadas. Abrange todas as questões envolvendo saúde, mesmo as que não estão previstas nas políticas do SUS. As reuniões têm a presença dos atores do processo, e são reuniões semanais. A análise do caso, em regra, é feita pela DPE e são os técnicos das secretarias de saúde que realizam o procedimento. E a estratégia de resolução extrajudicial adotada é a Mediação (RINGEISEN, 2016).

A principal diferença entre essas duas iniciativas é o tipo de estratégia adotada, o CIRADS utiliza da Conciliação e o SUS MEDIADO utiliza a Mediação para resolução extrajudicial das demandas.

A conciliação tem por objetivo a realização de acordos para resolver em definitivo os conflitos, mas as partes não são obrigadas a entrar em um acordo. A autocomposição é assistida por um terceiro, e a solução compreende a conjugação de interesses das partes. Rachid (2017) diz que na conciliação a decisão “além de mais robusta e aplicável- em virtude das negociações-, expressará o consentimento entre o Estado e o cidadão sem que precisem litigar” (RACHID, 2017, p.357).

A mediação tem a essência parecida com a conciliação visto que as partes litigantes são intermediadas por uma terceira pessoa, para pacificar a divergência. Porém, a conciliação objetiva o acordo entre os demandantes, já a mediação visa trabalhar o conflito, e o acordo é uma consequência. A diferença está na metodologia (RACHID,2017).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do Rio Grande do Norte exposta nesse caso, é representativa da tendência das pactuações institucionais para suavizar a judicialização da saúde. O CIRADS, em seu trabalho de conciliação, envolveu várias esferas de poder para o seu funcionamento e cumprimento dos objetivos de sua instalação, o que contribuiu para o diálogo entre os atores envolvidos na judicialização da saúde (RACHID, 2014) com objetivo de viabilizar

soluções administrativas às ações judiciais em potencial, como também conciliar ações judiciais já existentes (SILVA, 2011).

O Comitê, adveio de uma união de iniciativas para resolução de conflitos relacionados à saúde, antes de acionar o Judiciário, que em “muitas razões, acaba deferindo tantos pedidos quantos lhe sejam apresentados, sem qualificar sua escala” (RACHID,2017).

A partir das experiências do Rio Grande do Norte, com o CIRADS e o SUS MEDIADO, pode-se considerar que os recursos extrajudiciais também são legítimos para resolver as lides da saúde. Isso pode impulsionar a incorporação de novas técnicas ao Poder Judiciário e parcerias com outras instituições cabendo observar que o momento é favorável, visto que o novo Código de Processo Civil (CPC) facilita a ocorrência de acordos. Ele prevê a audiência de conciliação como primeiro ato, depois de receber a petição inicial (EUFRÁSIO, 2014).

Os que defendem as formas alternativas de resolução de conflitos, dizem que além das soluções serem mais céleres, e mais baratas, elas satisfazem mais os interesses das partes, visto que foram elas mesmas que construíram a decisão, e não um terceiro. E também alegam, que por isso a chance de serem cumpridas é maior (ARAÚJO DINIZ, 2013).

Esse movimento prega que a sociedade tem que inverter os valores de quantos processos foram ganhos, para quantos conflitos deixaram de existir. Romper com a ideia de que para haver um vencedor, obrigatoriamente deve existir um perdedor. E superar a noção de que os direitos só se concretizam por meio do acesso ao judiciário (QUEIROZ, 2013). A “cultura da sentença” deve mudar para a “cultura da pacificação” (ARAÚJO DINIZ, 2013).

Um fato a se considerar também, é a celeridade das decisões que os meios alternativos tentam proporcionar o que é importantíssimo para a área da saúde, que lida com o risco de vida das pessoas (ARAÚJO DINIZ, 2013).

Esses instrumentos, possibilitam a comunicação dos usuários do SUS, com os gestores da saúde e atores do direito sanitário. Esse diálogo tem o condão de trazer questões de políticas públicas de saúde, e quando inexistentes as políticas para o caso viabiliza que o “representante da gestão possa transacionar com o usuário de saúde para chegar a um acordo que, comparado com uma decisão judicial, minimize o impacto sobre os recursos públicos” (ARAÚJO DINIZ, 2013 p.481).

Araújo Diniz (2013) diz que os meios alternativos de solução de disputas:

(...)promovem a troca de informações entre os participantes, o que contribuiria, ao menos no caso concreto, para a diminuição da assimetria de informação que tende à concentração de poder nas mãos das classes mais privilegiadas. O diálogo entre os participantes, incrementado pelo fato de que o acordo depende da participação e aquiescência de todos os envolvidos, tenderia, ao longo dos procedimentos, a

reduzir a desigualdade de informações entre os participantes (ARAÚJO DINIZ, 2013, p.481).

Sobre a mediação sanitária, representada pelo SUS MEDIADO, uma característica importante, é o fato de que na ausência de acordo, as provas e documentos produzidos podem ser incorporadas a uma ação judicial (SILVA; SCHULMAN, 2017). Ou seja, o direito de acessar a via judicial não é suprimido, esse instituto apenas tenta resolver as demandas de forma extrajudicial primeiro.

Assim, o diálogo entre as instituições pode ser um caminho com possibilidades concretas de melhora na situação da proteção do direito à saúde no Brasil. Há, teorias de que a aproximação entre judiciário e executivo é uma alternativa viável para suavizar as consequências da judicialização da saúde, e evitá-la (CHAVES, 2018).

O CNJ realizou um estudo denominado “mundo extrajudicial”, que expôs que a mútua colaboração, e a mudança do modelo polarizado do processo judicial amparam as novas formas de resolver os conflitos. De sorte que, os procedimentos extrajudiciais quebram o paradigma binário de certo ou errado, sim ou não, nas decisões em saúde. Que passam a admitir outras formas, e respostas na efetivação do direito (CHAVES, 2018).

Deve se considerar também, que o excesso de judicialização é prejudicial também para o judiciário, que se vê afogado de demandas. Em razão disso, o Poder Judiciário também tem interesse e estimula as formas autocompositivas de resolução de conflitos (RINGEISEN, 2016).

Esse novo comportamento de envolvimento de todas as instituições para o debate em saúde, ainda é novo e vai se aperfeiçoando, para a formulação de alternativas para uma judicialização mais racional, integrada às políticas públicas de saúde (MACEDO, 2016a).

Todo esse debate, e as propostas recentes de melhorar o impacto da judicialização pode ser representado por um termo: “Diálogo institucional” ou “interinstitucional”. Macedo (2016a, p.18) diz que “os diálogos institucionais se apresentam como um caminho para mitigar o número de processos de demandas em saúde, buscando a racionalização da judicialização da saúde através da diminuição de processos”. Fernandes (2011, p.94) afirma que “o que se quer obter é a construção de instrumentos capazes de ampliar o diálogo institucional entre os três poderes” e sobre o âmbito orçamentário completa ser necessário “um diálogo institucional mais amplo, para que todos os entes envolvidos nas políticas públicas possam conhecer os reais limites do Erário e as prioridades na gestão desses recursos escassos”. No mesmo contexto da saúde, De Castro (2016, p.37) infere que o instituto dos “diálogos institucionais que viabiliza a interação entre os entes envolvidos na

problemática de uma política pública submetida ao Estado-Juiz, legitimando, assim, uma atuação equilibrada deste no fenômeno da judicialização da política”. Também De Moraes e Leal (2016, p.47) falam que “é imprescindível que haja uma abertura à superação de decisões emanadas pelo Poder Judiciário, existindo um "diálogo institucional" onde restem claros os motivos pelos quais uma nova interpretação seria mais correta àquele caso”. Silva e Schulman (2017, p.295) pleiteiam que “com base na premissa de que a judicialização não nasce nem termina no judiciário, devem ser fomentados e colocados em prática o que se pode denominar "diálogos interinstitucionais". Por fim, Miram Ventura da Silva (2012, p.10) aponta ser necessário o "aprofundamento do diálogo interinstitucional", e de que os diversos elementos que envolvem a assistência terapêutica e a garantia deste direito (com ênfase nos elementos médico-sanitários) sejam sopesados, no processo decisório”.

Isso leva a perceber a importância das instituições para a judicialização. São as atitudes e as formas como as instituições se organizam que fazem a judicialização ter efeitos, “positivos” e “negativos”. Fernando Aith exalta o papel das novas institucionalidades, que são formadas pelas instituições relevantes à judicialização, para a solução dos conflitos em saúde (AITH, 2017a).

Com o olhar voltado para as instituições, o institucionalismo sociológico as considera “ferramentas reguladoras e normativas das ações humanas”, que estabelecem os procedimentos e as regras aceitas na sociedade. Ele também postula que as instituições apresentam relações interdependentes, pois não agem de forma isolada. Além disso, é o poder normativo das instituições que fundamenta o funcionamento da democracia e da sociedade (COTRIM, 2017).

As instituições também têm influência sobre a conduta da política, e aborda desde questões de estado a do dia a dia do governo. Inclusive, as instituições informais também devem ser consideradas, principalmente nesse debate, visto que elas podem ser “tão poderosas” quanto as formais (LOWNDES; ROBERTS, 2013).

Insta observar que as instituições frequentemente são restauradas, e restabelecidas, se adaptando às demandas do momento. O que demonstra que as instituições também têm suas vulnerabilidades. E assim, a estabilidade das instituições tem como condicionante a constante presença de formas particulares de apoio, o que as torna “relativamente estáveis” (LOWNDES; ROBERTS, 2013).

É importante deixar claro que essas quatro classificações não são temporais, não são fases, em que uma ocorre em seguida da outra. São representações de momentos da judicialização. Prova disso é o fato do exemplo selecionado para demonstrar o Caso II,

“pílula do câncer”, ser um dos fatos mais recentes dentre os apresentados como experiências da judicialização.

Pode ser que em determinado estado brasileiro o estágio da judicialização se identifique mais com o momento da classificação Dois, e ao mesmo tempo um estado diferente demonstrar experiências que se identificam com a classificação Quatro. Ou seja, as características dessas classificações podem ser contemporâneas.

O caso da AIDS retrata bem a face virtuosa da judicialização, que ajuda a fazer valer o direito à saúde das pessoas. E retrata que quando as instituições que participam e que tem potencial para influenciar na saúde atuam em harmonia, todos saem ganhando. Sobre esse caso é importante ressaltar que expor a experiência exitosa dos programas de HIV/AIDS não significa que não exista mais judicialização de medicamentos e tratamentos para AIDS, visto que as tecnologias estão em constante evolução.

Já sobre o caso da Fosfoetanolamina sintética, nota-se que as instituições caminharam em sentido completamente oposto ao que ocorreu no caso bem-sucedido da AIDS. O que ocorreu foi uma total desarmonia institucional, em que um ente usurpou a competência do outro, sem diálogo, e os principais afetados foram a população, que ficou exposta a uma substância sem comprovação de eficácia. Além disso, os efeitos desse caso podem ser piores, se ele funcionar de incentivo e abrir portas para novos casos semelhantes.

Sobre o caso do NAT/RJ, que representa as parcerias técnicas entre judiciário, executivo e técnicos da saúde observa-se que tais parcerias tem o potencial de promover o julgamento das demandas de forma mais racional e coerente. Sobre o ponto de vista das instituições, percebe-se que foi um passo importante para a aproximação entre os atores. Porém, tal representação categórica demonstra iniciativas que ocorrem desde que exista uma ação judicial, elas não atuam na prevenção dos conflitos, apenas na racionalização.

Por último, ao analisar as experiências de diálogos institucionais e pactuações no estado do Rio Grande do Norte, com o CIRADS e o SUS MEDIADO constata-se que essa categoria, denominada de desjudicialização, tem grande potencial para ser o caminho do equilíbrio das inúmeras questões da judicialização da saúde. Visto que ela atua na prevenção de demandas, resolvendo o que for possível de forma extrajudicial. Tem também, a característica da celeridade, que é um ponto positivo para o usuário, para o executivo e para o judiciário. E mesmo que não ocorra o acordo, esse preceito não retira o direito do cidadão de promover uma ação judicial. Pelo contrário, esse instrumento pode até ajudar, com ações melhores instruídas e assessoradas.

Esse trabalho preza pela ampliação do diálogo institucional, também para que as

instituições envolvidas nas políticas públicas tenham o conhecimento sobre a limitação do orçamento público, e as prioridades na gestão dos recursos escassos. Entretanto, está ciente de que as soluções institucionais encontram limites, em razão da quantidade de atores envolvidos e da consolidada cultura de litígio no país.

Essa pesquisa encontra limitação no fato de os dados que foram utilizados não abrangerem documentação, entrevistas, informações disponíveis pela literatura cinzenta, entre outras fontes de dados que ficaram de fora, ao optar pelo engessamento da coleta de dados, restrita ao protocolo de estudo elaborado.

Ante o exposto, nota-se que ocorreu ao longo dos anos uma evolução institucional para melhor lidar com os problemas que envolvem os efeitos da judicialização da saúde no Brasil. A classificação proposta por este trabalho visou expor as faces da judicialização. E demonstrou que há possibilidade de pactuação entre os atores para desjudicializar as lides em saúde. Existem muitos instrumentos para isso, porém as iniciativas para desjudicialização da saúde ainda são embrionárias, com potencial para evoluírem e produzir uma cultura de pactuação institucional.

Conclui-se que, por mais que se consiga reduzir a judicialização, ela nunca será zerada. Sempre que alguém se sentir insatisfeito com uma solução administrativa do seu caso, a pessoa vai poder acessar o Poder Judiciário para questioná-lo. E é bom que seja assim, pois a saúde é um direito e a judicialização é um instrumento democrático. Porém deve ser visto como última opção.

REFERÊNCIAS

- AITH, F. M. A. Direito à Saúde e Democracia Sanitária. São Paulo: Quarties Latin, p.72-156, 2017a.
- AITH, F. M. A. Efetivação do Direito à Saúde em seus múltiplos caminhos. Novas institucionalidades para a solução de conflitos em saúde. Apud BUCCI, M. P. D. e DUARTE, C. S. Judicialização da saúde: a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017b.
- ALENCAR, T. O. S. A Reforma Sanitária Brasileira e a questão medicamentos/assistência farmacêutica. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Tese (Doutorado), 442f. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- ALVES, F. R. S.; DE MORAES, M. V. As decisões judiciais polêmicas envolvendo a prestação de medicamentos e tratamentos médicos sob a ótica da suspensão de tutela antecipada 175/CE. p. 1-18, 2016. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/15798/3697> Acesso em: 15 mar. 2018.
- ANIBAL, T. A. P.; SILVA, J. B. Fosfoetanolamina sintética: análise de um caso controverso de judicialização do fornecimento de medicamento sem comprovação científica. **Revista de Processo, Jurisdição e Efetividade da Justiça**, p. 21, 2016.
- ARAÚJO DINIZ, M. G. Direito Social em favor dos pobres: perspectivas da adoção de meios alternativos de solução de controvérsias nos conflitos de direito à saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário** (Impr.), v. 2, n. 2, p. 472, 20 dez. 2013.
- BARBOSA, E. M. Right to try? Fosfoetanolamina, di Bella e Stamina: Uma análise ítalo-Brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 2, p. 66-92, jul./out. 2016.
- BEM, I. P. de. Judicialização da Saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 4, n. 3, p. 151–153, jul./set. 2015.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 173–192, 2016.
- BITTENCOURT, G. B. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário** (Impr.), v. 5, n. 1, p. 102–121, jan./mar. 2016.
- BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 13–38, jul. 2009.
- BRASIL, Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm Acesso em: 17 ago.

2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Decreto no 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 30 nov. 2018.

BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990a. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em 30 nov. 2018

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 30 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 136p. Série Legislação n.º 3, 2005.

BRITO, P. R. Judicialização da saúde e desarticulação governamental: uma análise a partir da audiência pública da saúde. Apud BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. Judicialização da saúde: a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

BUCCI, M. P. D. Contribuição para a redução da Judicialização da Saúde. Uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. Apud BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. Judicialização da saúde: a visão do poder executivo. Ed. Saraiva, São Paulo, 2017.

CALDAS, A. M.; AGOSTINHO, L. L. F. (in) Legitimidade do ativismo Judicial em prol da pílula do câncer. **Revista Acadêmica Faculdade de Direito do Recife**, v. 89, n. 2, p. 10, 2017.

CALMON, 2008 apud KLUNK,2012, p. 77

CALMON, Petrônio. Fundamentos da mediação e da conciliação. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

CASTRO, K. R. T. R. Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde. Dissertação

(Mestrado Profissional em Poder Judiciário), 88f. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2012.

CASTRO, R.; ALMEIDA, R. A. Testemunho, evidência e risco: reflexões sobre o caso da fosfoetanolamina sintética. *Anuário Antropológico*, v. 42, n. 1, p. 37-60, jul. 2017.

CHAVES, B. L. T. I. Desjudicialização da saúde a partir de diretrizes para os administradores públicos considerando o enunciado n. 03 de I Jornada de Direito da Saúde. Dissertação (Mestrado em Administração Pública), 85f. Instituto Brasiliense de Direito Público, Brasília, 2018.

COSTA, J. L. O impacto das decisões judiciais aditivas em demandas individuais com fulcro no direito à saúde sobre o SUS: estudo do caso do município de Novo Hamburgo/RS. Monografia (Pós-Graduação Latu Senso), 51f. Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, São Paulo, 2014a.

COSTA, I. C. Judicialização da saúde e a câmara técnica de saúde no Tribunal de Justiça da Paraíba. Guarabira: Universidade Estadual da Paraíba. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito), 21f. Universidade Estadual da Paraíba, Guarabira, 2014b.

COSTA, L. D.; ALVES, S. M. C. Lei da fosfoetanolamina sintética no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 7, n. 1, p. 215-228, abr. 2018.

COSTA, N. R. Costa. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1065-1074, abr. 2017.

COSTA, N. R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1453-1462, 2008.

COTRIM, T. P. Mediação como instrumento de ação pública: estudo de caso sobre a CAMEDIS (DF) e o SUS MEDIADO (Natal/RN). **Democracia e Direitos: Dimensões das políticas públicas e sociais**, p. 1455-1467, Brasília/DF, 04 a 08 de dezembro de 2017.

CRUZ, M. F. R. O dever do Estado na efetivação do direito à saúde: os papéis dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Dissertação de Mestrado, 267f. Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2014.

DAMASCENA, R. S. Judicialização do acesso a medicamentos no município de Vitória da Conquista/BA: análise dos itinerários dos usuários. Dissertação de Mestrado (Profissional em Direito e Saúde), 88f. Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista/BA, 2016.

DE BARROS, S. G. A política nacional de luta contra a AIDS e o espaço AIDS no Brasil, Tese (Doutorado) 256f. Universidade Federal da Bahia, Salvador 2013.

DE MORAES, M. V.; LEAL, M. C. H. O princípio da separação de poderes e a ponderação de competências: uma análise crítica a partir da decisão sobre a fosfoetanolamina. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 50, p. 34-52, set./dez. 2016.

DE SOUZA, S. C.; BUSSINGUER, E. C. A. O dever dos tribunais de dizer “não” e o caso da liberação da fosfoetanolamina. **Anais III Semana Científica Direito da Universidade Federal do Espírito Santo**, v.3, n. 3, p.1-4, 2015.

DELDUQUE, M. C.; DA SILVA, A. B. O direito fundamental à alimentação nos tribunais: uma análise. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 393-408, jul. 2014.

DIAS, E. R.; MOTA, B. R. P. Justiça restaurativa e saúde privada: uma alternativa à judicialização? Acesso à justiça I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UnB/UCB/IDP/UDF; Tema: DIREITO E DESIGUALDADES: Diagnósticos e Perspectivas para um Brasil Justo. Ed. Torres, Florianópolis: CONPEDI, p. 2-22, 2016.

DOS SANTOS, C. W. B. Influência do Comitê Executivo de Saúde do Distrito Federal na garantia do direito à saúde: Estudo dos seus primeiros 16 meses de funcionamento em relação ao serviço de internações em leitos UTI. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva), 50f. Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

EUFRÁSIO, P. V. D. R. O princípio da eficiência nas prestações jurisdicionais sobre direito à saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito), 97f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

FALEIROS, A. C. P. Os estudos de caso dos inibidores de apetite e da fosfoetanolamina sintética: a fragilização do papel da ANVISA. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 1, p. 140-170, mar/jun. 2017.

FELIPPE, L. N. A judicialização da política nacional de medicamentos: análise do medicamento fosfoetanolamina sintética à luz do direito à saúde e dos julgados do STF, TJSC e TRF da Quarta Região. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito), 95f. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2016.

FERNANDES, E. B. D. Estado social de direito no Brasil: o desafio de equacionar democracia e judicialização das políticas públicas. *Revista de Direito Público*, parte geral – Doutrina, n. 42, nov/dez, 2011.

FERREIRA, S. L.; COSTA, A. M. DA. Núcleos de assessoria técnica e judicialização da saúde: constitucionais ou inconstitucionais? **Revista SJRJ**, v. 20, n. 36, p. 219-240, 2013

FERREIRA, T. B. O Princípio da solidariedade e a mediação comunitária como efetivadores da garantia fundamental do acesso à justiça. in *Mediação enquanto política pública [recurso eletrônico]: o conflito, a crise da jurisdição e as práticas mediativas* /organizadores: Fabiana Marion Splenger, Theobaldo Spengler Neto - 1.ed. - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2012.

FIRMINO, G. S. DOCUMENTÁRIO – “(Des) Caminhos para o câncer: o caso fosfoetanolamina sintética”. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Jornalismo II do curso de Comunicação Social), 76f. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

FLEURY, S. A Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012

GALVÃO, J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. **The Lancet**, v. 360, n. 9348, p. 1862–1865, dez. 2002.

GALVÃO, M. F. S. M.A intervenção do poder Judiciário no acesso a medicamentos no Rio Grande do Norte: uma análise sob a ótica das Políticas Nacionais de Medicamento e de

Assistência Farmacêutica. Dissertação (Mestrado em Política e Gestão Pública), 117 f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

GARCIA, L. P.; OCKÉ-REIS, C. O.; MAGALHÃES, L. C. G. et. al. Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1425-1434, 2015.

GODÓI, I. P.; NASCIMENTO, R. C. R. M.; LEMOS, L. L. P., et. al. Phosphoethanolamine in cancer treatment - Fosfoetanolamina no tratamento de câncer, Nota Técnica, NT 06/2015 2015. Disponível em: <<http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.1.2845.1287>> Acesso em: 28 nov. 2018

GOTTI, A. Judicialização do Direito à saúde e insuficiência dos mecanismos tradicionais de resolução de conflitos. Apud BUCCI, M. P. D. e DUARTE, C. S. Judicialização da saúde: a visão do poder executivo. Ed. Saraiva, São Paulo, 2017.

GOUVÊA, M. M. O direito ao fornecimento estatal de medicamentos. **Revista forense: doutrina, legislação e jurisprudência**, v. 99, n. 370, p. 103–134, nov./dez., 2003.

GUIMARÃES, R. C. M.; PALHEIRO, P. H. D. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na secretaria de saúde do estado do Rio de Janeiro e a experiência da câmara de resolução de litígios de saúde. Direito à Saúde, da coleção Para Entender a Gestão do SUS – 2015, Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_33.pdf> Acesso em: 28 nov. 2018

GUIOTTI, L. D. Atendimento em Saúde: Um Estudo Exploratório em Unidades Hospitalares Públicas e Privadas de Goiânia. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), 131f. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.

JORGE, I. R. Novas formas de enfrentamento da Judicialização da Saúde: A audiência pública n.4 e as medidas adotadas nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. Apud BUCCI, M. P. D. e DUARTE, C. S. Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo. Ed. Saraiva, São Paulo, 2017.

JUCOVSKY, V. L. R. S. Judicialização do direito à saúde e interpretação dos tribunais. **Diálogos entre juízes/organização** de Maria Edelvacy Marinho, Solange Teles da Silva, Liziane Paixão Silva Oliveira, p. 113–134, 2014.

KLUNK, Luzia. O conflito e os meios de solução: reflexões sobre. Mediação e conciliação. In Mediação enquanto política pública [recurso eletrônico]: o conflito, a crise da jurisdição e as práticas mediativas /organizadores: Fabiana Marion Splenger, Theobaldo Spengler Neto - 1.ed. - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, p.63-79, 2012.

LAMARÃO NETO, H.; BRITO FILHO, J. C. M. Os comitês estaduais de saúde e o enfrentamento do fenômeno da judicialização da saúde. **Revista de Teorias da Justiça, da Decisão e da Argumentação Jurídica**, v. 2, n. 2, p. 82, dez. 2016.

LEITE, S. N.; SAMPAIO, A. L. G.; SILVA, A. K. B.; et. al. Ações Tentativas de Mídia na Controvérsia da Pílula do Câncer. XVIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste, 2016.

- LIMA, G. M. You can't always get what you want: repensando a judicialização da saúde com base no fornecimento de medicamentos. **Revista de Informação Legislativa: RIL**, v. 54, n. 216, p. 105-130, out./dez. 2017. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/54/216/ril_v54_n216_p105> Acesso em: 28 nov. 2018.
- LOWNDES, V.; BOBERTS, M. Why Institutions Matter: the New Institutionalism in Political Science. Palgrave Macmillan. 248f. 2013.
- LOYOLA, M. A. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl, p. 763-778, abr. 2008.
- MACEDO, M. B. A judicialização da saúde pública e o diálogo institucional como garantia de equidade social. **Revista Cidadania e Acesso à Justiça**, v. 2, n. 1, p. 20, 2016a.
- MACEDO, M. B. A judicialização da saúde pública e o diálogo institucional: os espaços interinstitucionais como garantia fundamental de acesso à saúde. Dissertação (Mestrado em Direito), 180f. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016b.
- MACHADO, F. R. S. A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias. Tese (Doutorado), 187f. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2010.
- MACHADO, F. R. S. Contribuições ao Debate da Judicialização da Saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. 73-91, São Paulo, 2008.
- MACHADO, T. R. C. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. **Revista Bioética**, vol.22, n. 3, p. 561-568, 2014.
- MAGALHÃES, A. S. F. Atuação do Poder Judiciário do Distrito Federal no fornecimento de medicamentos não padronizados no SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 4, n. 3, p. 3-24, jul./set. 2015.
- MARÇAL, K. K. S. A judicialização da assistência farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 e 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública), 132f. Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.
- MARTIN, Scott. As câmaras setoriais e o Meso-Corporativismo. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 37, p. 139-170, 1996 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n37/a08n37.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2018.
- MENDES, J. G.; SANTOS, A. O. Análise dos acórdãos proferidos pelo TJDF sobre medicamentos. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 5, n. 1, p. 8-25, dez. 2016.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8º Ed. São Paulo: Hucitec., 2004
- MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. (Série Manuais Acadêmicos) Petrópolis RJ: Vozes, 2016.

MORAIS, M.V.; LEAL, M. C. H. O princípio da separação de poderes e a ponderação de competências: uma análise crítica a partir da decisão sobre a fosfoetanolamina. **Revista do Direito**. v. 3, n. 50, p. 34-52, set./dez. 2016.

MORETTI, N. P. Solução consensual de conflitos sanitários na esfera administrativa. Dissertação (Mestrado em Direito), 473f. Universidade de São Paulo, São Paulo 2014.

NASCIMENTO, V. S. Análise econômica de preços de compra declarados por instituições públicas de saúde para medicamentos: paga-se mais por compras pela via judicial? Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva), 45f. Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

OLIVEIRA, C. M. As comissões de conciliação prévia e o princípio da inafastabilidade do acesso ao poder judiciário. Disponível em: < <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.42532&seo=1> > Acesso em: 30 nov. 2018.

OLIVEIRA, M. R. M.; DELDUQUE, M. C.; SOUZA, M. F. et. al. Mediação: um meio de desjudicializar a saúde. **Revista Eletrônica Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p. 169-177, mar, 2016.

OLIVEIRA-CRUZ, V.; KOWALSKI, J.; MCPAKE, B. Viewpoint: The Brazilian HIV/AIDS 'success story' - can others do it? *Tropical Medicine & International Health*, v. 9, n. 2, p. 292–297, fev. 2004.

OTERO, C. S.; MASSARUTTI, E. A. S. Em Conformidade com o Direito Fundamental à Saúde Previsto na Constituição Brasileira de 1988, É Possível Exigir do Estado a Prestação de Fosfoetanolamina Sintética para Pessoas com Câncer? **Revista Jurídica Cesumar** - v. 16, n. 3, p. 847-876, dez. 2016.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M.C.; AMARAL, R. G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Revista de Salud Pública, Bogotá**, v. 14, n. 2, p. 340-349. abr. 2012

PARKER, R. G. Civil Society, Political Mobilization, and the Impact of HIV Scale-Up on Health Systems in Brazil. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 52, n.1, p. S49–S51, nov. 2009.

PAUMGARTTEN, F. J. R. Phosphoethanolamine: anticancer pill bandwagon effect. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 10, 20 out. 2016.

PEIXINHO JÚNIOR, R. G. A falta de critérios em decisões judiciais sobre medicamentos e suas consequências na eficácia do direito fundamental à saúde. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Direito), 67f. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. A.; SIMAS, L.; et. al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405–2414, ago. 2010.

PINHEIRO, M. C. Núcleos de Assessoramento Técnico: estratégia à judicialização da saúde? Momografia (Especialização em Gestão Pública), 48f. Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2016.

QUEIROZ, C. C. A mediação como instrumento concretizador do direito fundamental à saúde: uma alternativa à judicialização de conflitos. Dissertação (Mestrado em Direito), 202f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

RACHID, R. R. Viabilidade da solução administrativa à judicialização da saúde. In: Anais do III Congresso Nacional da FEPODI, p. 139-145, São Paulo, 2014.

RACHID, R. R. Alternativa à judicialização do direito à saúde: a experiência do comitê interinstitucional de Resolução administrativa de demandas da Saúde (CIRADS) no Rio Grande do Norte. Apud BUCCI, M. P. D. e DUARTE, C. S. Judicialização da saúde: a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

RÊGO, J. F. M.; LOPES, G.; RIECHELMANN, R.P. et al. A “miracle” cancer drug in the era of social media: A survey of Brazilian oncologists’ opinions and experience with phosphoethanolamine. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 1, p. 70–77, jan. 2017.

RIBEIRO, C. R. A Responsabilidade dos Entes Públicos no Fornecimento de Medicamentos e o Princípio da Reserva do Possível. Monografia (Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*) 28f. Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

RINGEISEN, A. T. D. S. Mediação de conflitos no Sistema Único de Saúde: visões e práticas de uma experiência no município de NATAL/RN. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) 165f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, NATAL, 2016.

RIOS, R. R. Respostas jurídicas frente à epidemia de HIV/AIDS. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, n. 1, p. 12, jun. 2004.

RIOS, R. R. Direito à saúde, universalidade, integralidade e políticas públicas: princípios e requisitos em demandas judiciais por medicamentos disponíveis. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, n. 31, ago. 2009.

SANTANA, B. F. M. Judicialização da saúde e a necessidade de cooperação técnica entre os órgãos administrativos do estado. **Iuris in mente: Revista de Direito Fundamentais e Políticas Públicas**, v. 1, Itumbiara, jul./dez. 2016.

SANTOS, L.; MONTI, J. F. C. É preciso desjudicializar a saúde como uma das medidas de salvação do SUS. II Jornada de Direito da Saúde, São Paulo, mai. 2015. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/JUDICIALIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20SA%C3%9ADE.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2017

SANTOS, M. F. O dever da administração pública de promover a justiça: eficiência, moralidade e juridicidade na solução dos conflitos. **Revista da AGU**, n. 38, p. 32, 2013.

SANTOS, M. W. B.; SANTOS, A. V.; LIMA, C. M. M. A.; et al. O caso da Fosfoetanolamina sintética. Judicialização com risco à Saúde. Apud BUCCI, M. P. D. e DUARTE, C. S. Judicialização da saúde: a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017

SCHULER, B.; MATOS, S. R. L. Pedagogia da inclusão e a justiça restaurativa: escapes com Kafka. **Educação e Realidade**, v. 39, p. 1229-1248, 2014. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/edreal/v39n4/15.pdf> > Acesso em: 21 ago. 2018.

SCHULZE, C. J. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, n. 58, p. 12, fev. 2014. Disponível em:

<http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio_Schulze.html> Acesso em: 27 jan. 2019.

SEGATTO, C. M. D. S. A judicialização da saúde na percepção dos magistrados: o entendimento dos juízes de primeira instância que mais determinaram o cumprimento de demandas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo entre 2005 e 2017. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade), 68f. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2018.

SILVA, A. B. DA; SCHULMAN, G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 290-300, ago. 2017.

SILVA, J. M. P. Q. E. Conciliação no direito público brasileiro: a experiência do CIRADS no Rio Grande do Norte. **Revista Direito e Liberdade**, v. 12, n. 1, 2011.

SILVA, M. A. S. As políticas públicas de saúde: da politização à judicialização. **Captura crítica: direito, política, atualidade**. v. 6, n.1, 2017.

SILVA, M. V. “O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde”. Tese (Doutorado), 186f. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SOARES, J. C. R. S.; DEPRÁ, A. S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 311-329, 2012.

SOBRINHO, S. O.; ARAÚJO FILHO, C. F. A crise do Estado e a desjudicialização: entre o imobilismo e a busca por uma ordem jurídica justa. Acesso à justiça I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UnB/UCB/IDP/UDF; Tema: DIREITO E DESIGUALDADES: Diagnósticos e Perspectivas para um Brasil Justo. Ed Torres, Florianópolis: CONPEDI, p. 9-29, 2016.

SOUZA, A. M. A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestre em Administração Pública), 90f. Fundação Getúlio Vargas, Rio do Janeiro, 2016.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

STF. Notícias. Pedido de vista adia julgamento sobre acesso a medicamentos de alto custo por via judicial. Set. 2016. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=326275>> Acesso em: 03 nov. 2018.

STF. Audiência Pública N. 4. Abr, 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sra._Maria_Hele_na_Barros_de_Oliveira_Representante_da_Fundacao_Oswaldo_Cruz_FIOCRUZ_.pdf>

Acesso em 03 mar. 2018.

TEIXEIRA, M. F. “Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro”.: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 75f. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

TEIXEIRA, T. C. N.; DUTRA, L. M. C. Breves considerações jurídicas sobre a polêmica envolvendo a fosfoetanolamina sintética, a “pílula do câncer”. **Unisanta - Law And Social Science**. v. 7, n. 1, p. 39-59, 2018.

TEODORO, C. R. S.; CAETANO, R. O caso da fosfoetanolamina sintética e a preocupante flexibilização das normas sanitárias no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 741–746, set. 2016.

VARGAS PELÁEZ, C. M. Judicialization of access to medicines and pharmaceutical policies in latin american countries. Tese (Doutorado), 235f. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V. L. E. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 77–100, fev. 2010.

VIAL, S. R. M.; WÜNSCH, M. S. Direito, saúde e o pressuposto da fraternidade na sociedade contemporânea. **RIDB**, v. 2, n. 5. p. 4517-4560, 2013.

WANG, D. W. L. Poder Judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde. Dissertação (Mestrado em Direito), 104f. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

WERNECK, M. H. A. A fosfoetanolamina e o direito à saúde. Percurso - Anais do VII Congresso Brasileiro de Direito Empresarial e Cidadania (CONBRADEC) v. 1, n. 20, p. 192-198, Curitiba, 2017.

WERNER, P. U. P. Políticas públicas e o direito fundamental à saúde: a experiência das jornadas de direito da saúde do Conselho Nacional de Justiça. Apud BUCCI, M. P. D. e DUARTE, C. S. Judicialização da saúde: a visão do poder executivo. São Paulo: Saraiva, 2017

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos/ Robert K. Yin; trad. Cristhian Matheus Herrera – 5 ed.- Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZANFERDINI, F. A. M. Desjudicializar conflitos: uma necessária releitura do acesso à justiça. **Revista NEJ - Eletrônica**, Vol. 17, n. 2, p. 237-253 / mai./ago. 2012

ZEBULUM, J. C. O julgamento do caso da fosfoetanolamina e a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 3, p. 212-223, fev. 2017.