



Construindo um observatório nacional da judicialização da política pública de saúde a partir dos municípios brasileiros: desenho de estudo

Developing a national observatory on the judicialization of public health policy in Brazilian municipalities: study design

Desarrollando un observatorio nacional de la judicialización de la política pública de salud de los municipios brasileños: diseño de estudio

Pedro Paulo Chrispim¹
Mayla Youko Kato¹
Nicolí Prado Bugoni¹
Gizelda Monteiro da Silva¹
Rosangela Bagues Pittioni¹
Bernardete Weber¹

RESUMO. Objetivo: O artigo descreve o percurso metodológico utilizado na construção de um levantamento de dados como pesquisa exploratória com amostragem sistemática para se conhecer a natureza das ações judiciais (contra) em que figuram como réu, os governos municipais que demandam produtos e serviços para a Saúde. **Metodologia:** O projeto foi planejado para ser desenvolvido no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde como parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz de Brasília, o Ministério da Saúde e o Hospital do Coração em São Paulo e cobrir todo o território brasileiro como um esforço para dimensionar um quadro nacional da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde nos municípios e subsidiar a formação de um Observatório Nacional da Judicialização da Saúde. **Resultados:** Os resultados devem contribuir para um melhor controle das demandas judiciais tanto por parte do Ministério da Saúde como por parte dos Tribunais de Justiça por meio do conhecimento das demandas em si e dos caminhos percorridos pelos autores das ações para a formação dos processos. **Conclusão:** O projeto cobre uma lacuna de conhecimento importante sobre a natureza das demandas judiciais e políticas públicas de saúde e propõe o exercício da continuidade do monitoramento das demandas judiciais, que crescem dia após dia e se especializam em diversos aspectos.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde. Métodos. Saúde Pública.

ABSTRACT. Objective: This article describes the methodological course used in the construction of a data survey as exploratory research with systematic sampling to know the nature of the lawsuits against municipal governments that demand products and services for Health. **Methodology:** The project was planned to be developed in the scope of the Program of Support for the Institutional Development of the Unified Health System as a partnership between the Oswaldo Cruz Foundation of Brasília, the Ministry of Health and the Heart Hospital in São Paulo and cover the entire Brazilian territory as an effort to dimension a national framework of Judicialization of the Public Health Policies in the municipalities and to subsidize the formation of a National Observatory of the Judicialization of Health. **Results:** Its results should contribute to a better control of the judicial demands both by the Ministry of

¹ Hospital do Coração. E-mail: pedropaulo.chrispim@gmail.com



Health and by the Courts of Justice through the knowledge of the demands in itself and of the paths taken by the authors of the actions for the formation of the processes. **Conclusion:** The project covers a gap of important knowledge about the nature of the lawsuits and public health policies, and proposes the exercise of continuity of monitoring of lawsuits, which grow day after day, and specialize in several aspects.

Keywords: Judicialization of Health. Methodology. Public Health.

RESUMEN. Objetivo: El artículo describe el recorrido metodológico utilizado en la construcción de una recopilación de datos como investigación exploratoria con muestreo sistemático para conocer la naturaleza de las acciones judiciales contra gobiernos municipales que demandan productos y servicios para la Salud. **Metodología:** El proyecto fue planeado para ser desarrollado en el ámbito del Programa de Apoyo al Desarrollo Institucional del Sistema Único de Salud como una colaboración entre la Fundación Oswaldo Cruz de Brasília, el Ministerio de Salud y el Hospital del Corazón en Sao Paulo, y para cubrir todo el territorio brasileño como un esfuerzo para dimensionar un marco nacional de la Judicialización de las Políticas Públicas de Salud en los municipios y subsidiar el desarrollo de un Observatorio Nacional de la Judicialización de la Salud. **Resultados:** Los resultados deben contribuir a un mejor control de las demandas judiciales tanto por parte del Ministerio de Salud como de los Tribunales de Justicia a través del conocimiento de las demandas y de los caminos recorridos por los demandantes para la apertura de los procesos. **Conclusión:** El proyecto cubre un vacío importante de conocimiento sobre la naturaleza de las acciones judiciales y las políticas de salud pública, y propone el ejercicio de la continuidad de la vigilancia de las demandas judiciales, que crece día tras día, y se especializan en diversos aspectos.

Palabras-clave: Judicialización de la Salud. Metodología. Salud pública.

Introdução

Os procedimentos judiciais envolvendo interesses individuais e coletivos vinculados ao Direito à Saúde têm tido seu número ampliado significativamente no judiciário brasileiro, ocupando crescente participação no comprometimento financeiro e orçamentário nas diversas instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Este cenário tem suscitado a necessidade de maior atenção por parte dos gestores do SUS, melhor entendimento de como este fenômeno tem ocorrido, diversas motivações dos elementos vinculados ao processo, para com isso, ampliar a capacidade de resposta do SUS e da Justiça a essa dinâmica.

Se a judicialização das Políticas Públicas de Saúde no Brasil não é exatamente um mistério, tampouco se pode dizer que a conhecemos profundamente. Existem, certamente, muitos estudos sobre o tema que contribuem para conhecermos como se dá a judicialização e quais ações judiciais que demandam importante resultado orçamentário e colocam em questão o equilíbrio entre o direito individual e o coletivo (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9).



Outra característica importante nos estudos sobre judicialização das Políticas Públicas de Saúde no país é a metodologia que as define. Parecem, via de regra, contingenciadas pela dinâmica atual do financiamento e prestação de contas das pesquisas financiadas com recursos públicos em duas diversas modalidades; seja pelo próprio tempo do pesquisador responsável ou seus agentes de campo, que se encontram em uma instituição pública, seja pelo financiamento direto das agências de fomento. Em sua maior parte, é na coleta de dados que se verifica o que pode ser a principal consequência desse contingenciamento: o maior volume de produção de pesquisas utiliza a facilidade oferecida pelos tribunais informatizados ou se restringe a um recorte específico que delimita a quantidade de dados a serem coletados. O foco principal dessas pesquisas têm sido as demandas judiciais por medicamentos (9) (10) (11) (12) (13) (14). Isso é justo e legítimo, uma vez que são as demandas que resultam em maior contingenciamento orçamentário e estão no centro da discussão entre os limites do direito individual e do coletivo (15).

Algumas iniciativas têm buscado ampliar o conhecimento sobre o universo de ações e isso tem se dado principalmente como resultado das iniciativas do CNJ (Conselho Nacional de Justiça) que tem publicado resoluções específicas para lidar com o aumento das ações sobre a Saúde. A criação do Fórum Nacional da Saúde é, provavelmente, a iniciativa mais representativa e que determinou a instrução processual e apontou caminhos para que os juízes tivessem maior apoio às suas decisões, principalmente no que tange à elevada tecnicidade e especificidade do tema (16). Houve um crescimento das ações com demandas em Saúde e o crescimento de núcleos de apoio técnico aos juízes e às decisões em saúde, corporificados nos Núcleos de Apoio Técnico à justiça ou, como comumente chamados NAT-jus (17) além de crescerem, os trabalhos entre tribunais e secretarias de saúde também aumentam em número e representatividade, núcleos são criados a fim de darem suporte às decisões judiciais e a formação de acordos antes de as ações se tornarem litigiosas (18) (19).

Todas essas iniciativas, porém, nos fornecem uma visão fragmentada do universo de ações na justiça e frequentemente focadas onde há facilidade de acesso aos dados, o que, no momento atual, resulta em dados das Regiões Sul e Sudeste do Brasil, onde há maior cobertura de sistemas informatizados para o trâmite processual. Consequentemente, os responsáveis por consolidar as informações atuam centralmente, coletando dados via internet em seus locais de residência profissional, sem necessidade de deslocamento para



o tribunal em que os processos fisicamente estão (20). Se por um lado, isso auxilia no conhecimento desses processos, de outro, fragmenta o conhecimento do estágio atual do conjunto de ações movidas na justiça contra as Políticas Públicas de Saúde em todo o Brasil.

Outra lacuna de informação a ser preenchida está no fato de que mesmo as pesquisas mais abrangentes realizadas até hoje foram justamente fruto das iniciativas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o que fornece respostas às questões sobre acesso e direito à Saúde, mas não necessária e sistematicamente às questões de Saúde, em si (20).

Nessa lacuna de informação encontrou-se justificativa para a idealização e execução de um projeto que almejasse desenhar a coleta de dados em todo o território nacional, para conhecer as motivações e demandas em Saúde no Brasil, de forma representativa de modo a tornar habitual essa coleta de informações que tem o objetivo de subsidiar tanto o Ministério da Saúde em seu planejamento preventivo (e corretivo) em Saúde quanto o Ministério da Justiça sobre as instruções processuais e ambos, para informá-los sobre como se distribuem, no país, as ações judiciais que representam as dificuldade de acesso à Saúde da população brasileira.

Metodologia

Tratou-se de um estudo exploratório de amostragem sistemática cujo principal objetivo foi conhecer a distribuição de ações judiciais contra as Políticas Públicas de Saúde sentenciadas (julgadas) em primeira instância em todo o território nacional. Sua origem residiu no trabalho que o Programa de Direito Sanitário (Prodisa) da Fiocruz Brasília realizou na coleta de dados de ações judiciais contra os estados entre os anos de 2012 e 2013. Nesse trabalho, procurou-se conhecer a natureza das ações existentes no país por meio dessas ações que existiam nos Tribunais das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal. A expansão natural dessa pesquisa inicial seria a coleta de dados sobre as ações judiciais contra os governos municipais em todo o território nacional e com isso ter-se um quadro mais abrangente das demandas judicializadas.

O delineamento do estudo foi decidido em comitê composto pela Fiocruz Brasília, HCor e Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que decidiram conjuntamente sobre o formulário de coleta de dados, e a amostragem das comarcas a serem visitadas.

A execução do projeto foi coordenada centralmente pelo HCor, responsável pela execução financeira e coordenação de pesquisadores. A coleta de dados foi coordenada de



forma descentralizada e multicêntrica com equipes de coleta de dados nas cinco regiões brasileiras.

A produção dos relatórios de pesquisa foi de responsabilidade do HCor e publicações científicas provenientes das análises de dados serão de responsabilidade compartilhada entre os três integrantes institucionais do comitê que delineou o estudo, sendo possível a iniciativa individual ou compartilhada das instituições para propor análises dos dados e suas respectivas publicações.

A simples expansão do projeto inicial, entretanto, não contemplaria questões que vêm ganhando importância para os gestores do Ministério da Saúde. Questões como o crescente desequilíbrio entre o direito particular e o direito social ou sobre os papéis que desempenham os poderes Executivo e o Judiciário (6), constantemente sobrepostos no caso de algumas ações cujo resultado financeiro sobrecarregam o Ministério da Saúde e têm o potencial de comprometer os Programas Assistenciais existentes.

Fora definido, portanto, este projeto como uma forma de amostragem sistemática que pudesse captar dados de interesse mais amplo em todas as comarcas que viessem a ser visitadas. Os critérios para a seleção dos processos capturados e a rotina de trabalho também foram definidos.

Amostragem

A fim de servir de parâmetro para o cálculo amostral do quantitativo de processos que deveriam ser coletados, os trabalhos mais abrangentes encontrados foram fruto de uma pesquisa conjunta entre o CNJ e o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS/UERJ) e o monitoramento das ações em Saúde, resultado da Resolução nº 07/2009 do CNJ (17) (21). Ambas as pesquisas não forneceram dados o suficiente, apenas os totais de processos por Tribunal Regional Federal ou dos tribunais de Justiça das capitais, não discriminando comarcas, nem o total de ações por instância, nem deixando clara a metodologia para o cálculo dos totais por estado (17). O foco do trabalho de Asensi e Pinheiro (21), por sua vez, é a resolução processual da demanda jurídica cujo volume crescente desde o início da década de 2010 vinha desequilibrando a rotina de trabalho de juízes do país inteiro (21). Os dados sobre a assistência pública e a Saúde Suplementar foram publicados em anexos posteriores, no ano seguinte (20) (21) (22). Segundo o relatório de Asensi e Pinheiro (21), focado no trabalho dos tribunais de São Paulo, Paraná, Rio



Grande do Norte, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Acre, durante os anos de 2011 e 2012, a amostra foi escolhida por conveniência para se adequar à disponibilidade de recursos para realizar a pesquisa. Dados prévios, sobre o estado geral do estoque de processos, informam que nos anos de 2011 e 2012 havia pouco mais de duas dezenas de milhões de processos judiciais em tramitação no país, (21), porém apenas alguns poucos milhares referentes ao Sistema de Saúde (20) (22). O monitoramento da Resolução 07/2009 apontou mais de 330 mil ações no conjunto dos tribunais estaduais (17).

Queria-se, entretanto, uma amostragem direta das ações julgadas em primeira instância nas comarcas, que são a unidade geomorfofuncional da organização do sistema de justiça brasileiro e para isso, não foram encontrados dados adequados. Partindo dessa incerteza sobre o quantitativo dos processos judiciais no país e quase absoluta obscuridão sobre a distribuição das demandas nas comarcas, optou-se por estimar o tamanho da amostra em duas etapas. Inicialmente, pelo número total de processos a serem capturados no campo no período disponível, que fora calculado a partir da capacidade média de coleta de dados estimada com dados da pesquisa anterior efetuada pela equipe do Prodisa.

Em seguida, foi distribuído esse total de processos a ser capturado de forma proporcional pelas comarcas existentes de maior representatividade populacional que fossem sorteadas, por agrupamento populacional, equilibrando o número total de comarcas a serem visitadas pela capacidade de visitá-las, de fato. Por "capacidade de visitar a comarca" deve ser entendido tanto o deslocamento geográfico para as visitas que fossem fisicamente necessárias, quanto a eventual substituição das comarcas para as quais o acesso aos dados das ações fosse negado. Ao fim dessa seleção, foram coletados dados de 3.679 processos em comarcas cujos municípios tinham mais de 500mil habitantes, 3.251 processos em comarcas cujos municípios-sede tinham entre 100mil e 500mil habitantes e, finalmente, 1.462 processos em comarcas cujos município-sede tinham entre 50mil e 100mil habitantes.

Existem cerca de 600 comarcas no país e há uma grande diversidade de rotinas de trabalho e formas de registro de dados, havendo tramitações completamente informatizadas e muitas outras comarcas que ainda operam sem nenhum sistema de informação para suporte aos atores do Sistema Judiciário. Tem-se, por fim, a amostra estimada em número de processos a serem capturados em cada comarca onde a coleta de dados deve ocorrer. Nota-se que para esse cálculo há o pressuposto que a distribuição das demandas é



proporcionalmente homogênea entre as comarcas e correlacionado com sua população residente. É razoável supor que haja falhas nessa suposição, o que não temos como verificar de forma precisa sem uma pesquisa censitária. Por esse motivo optou-se por uma amostragem sistemática. A lista das comarcas a serem visitadas se encontra nas tabelas de 1 a 5.

Tabela 1. Comarcas a serem visitadas na Região Sul, os municípios cobertos pelas comarcas e a população residente em cada município.

COMARCA	MUNICÍPIO	Nº HABITANTES
01)Porto Alegre/RS	1)Sede	1.481.019
	2)Alvorada	207.392
	3)Cachoeirinha	126.666
	4)Eldorado do Sul	38.199
	5)Triunfo	28.084
	6)Viamão	252.872
	7)Campo Bom	64.553
	8)Estância Velha	46.877
	9)Esteio	84.114
	10)Gravataí	273.742
	11)Guaíba	99.186
	12)Novo Hamburgo	249.113
	13)São Leopoldo	229.678
	14)São Sebastião do Caí	24.825
	15)Sapiranga	79.946
	16)Sapucaia do Sul	138.933
	17)Viamão	252.872
	18)Dois Irmãos	30.437
	19)Glorinha	7.588
	20)Ivoti	22.270
	21)Nova Hartz	20.225
	22)Parobé	55.893
	23)Portão	34.353
	24)Triunfo	28.084
	25)Charqueadas	38.599
	26)Araricá	5.349



	27) Nova Santa Rita	26.086
	28) Montenegro	63.551
	29) Taquara	57.396
	30) São Jerônimo	23.649
	31) Arroio dos Ratos	20.162
	32) Santo Antônio da Patrulha	42.160
	33) Capela de Santana	11.375
	34) Rolante	20.819
	35) Igrejinha	34.630
02) Canoas/RS	36) Sede	342.634
	37) Nova Santa Rita	26.086
	38) Esteio	84.114
03) São José/SC	39) Sede	228.561
	40) São Pedro de Alcântara	5.139
	41) Antonio Carlos	7.906
	42) Biguaçu	63.440
	43) Palhoça	137.334
	44) Santo Amaro da Imperatriz	21.910
04) Balneário Camboriú/SC	45) Sede	124.557
	46) Camboriú	62.289
	47) Itajaí	208.958
	48) Itapema	45.814
05) Colombo/PR	49) Sede	215.242
	50) Rio Branco do Sul	30.662
	51) Bocaiuva do Sul	11.005
	52) Pinhais	128.256
	53) Quatro Barras	19.786
	54) Campina Grande do Sul	38.756
	55) Almirante Tamandaré	112.870
06) São José dos Pinhais/PR	56) Sede	292.934
	57) Tijucas do Sul	14.526
	58) Fazenda Rio Grande	81.675
	59) Guaratuba	34.920
	60) Mandirituba	22.235



	61)Morretes	15.718
	62)Piraquara	102.798

Tabela 2. Comarcas a serem visitadas na Região Sudeste, os municípios cobertos pelas comarcas e a população residente em cada município.

COMARCA	MUNICIPIO	Nº HABITANTES
07)Grande São Paulo I/SP	63)Mauá	457.696
	64)Diadema	406.418
	65)Ribeirão Pires	113.068
	66)Rio Grande da Serra	48.302
	67)Santo André	712.749
08)Grande São Paulo II/SP	68)São Bernardo do Campo	822.242
	69)São Caetano do Sul	158.825
	70)Mogi das Cruzes	429.321
	71)Biritiba-Mirim	31.158
	72)Mairiporã	93.981
	73)Arujá	83.939
	74)Barueri	264.935
	75)Pirapora de Bom Jesus	17.646
09) Santana de Parnaíba/SP	76)Santana de Parnaíba	129.261
	77)Brás Cubas	100.000
	78)Caieiras	95.780
	79)Cajamar	71.805
	80)Campo Limpo Paulista	81.693
	81)Carapicuíba	394.465
	82)Cotia	229.548
	83)Embu das Artes	264.448
	84)Embu Guaçu	67.296
	85)Ferraz de Vasconcelos	186.808
	86)Francisco Morato	169.942



10) Franco da Rocha/SP	87)Franco da Rocha	147.650
	88)Guararema	28.344
	89)Guarulhos	1.337.087
11) Itapeçerica da Serra/SP	90)Sede	152.380
	91)Juquitiba	30.642
	92)São Lourenço da Serra	15.323
	93)Itapevi	226.488
	94)Itaquaquecetuba	356.774
	95)Jandira	120.177
	96)Osasco	696.382
	97)Poá	112.917
	98)Salesópolis	16.688
	99)Santa Isabel	54.926
	100)Suzano	282.441
	101)Taboão da Serra	275.948
	102)Vargem Grande Paulista	48.720
12)Santos/SP	103)Sede	434.359
	104)Bertioga	56.555
	105)Cubatão	126.105
	106)Guarujá	311.230
	107)Itanhaém	97.439
	108)Mongaguá	52.492
	109)Peruíbe	63.815
	110)Praia Grande	304.705
	111)São Vicente	357.989
13)Taubaté/SP	112)Sede	305.174
	113)Monteiro Lobato	4.467
	114)Tremembé	44.912
	115)Pindamonhangaba	162.327
	116)Roseira	10.344
	117)Caçapava	91.162
	118)Redenção da Serra	3.879



	119)Lagoinha	4.954
	120)São Luís do Paraitinga	10.404
14)Jacareí/SP	121)Sede	226.539
	122)Jambeiro	6.092
	123)Santa Branca	13.770
	124)Guararema	28.344
	125)Santa Isabel	54.926
	126)Igaratá	9.349
15)Campinas/SP	127)Sede	1.173.370
	128)Americana	231.621
	129)Artur Nogueira	51.126
	130)Cosmópolis	67.960
	131)Engenheiro Coelho	19.059
	132)Holambra	13.698
	133)Hortolândia	219.039
	134)Indaiatuba	235.367
	135)Itatiba	114.912
	136)Jaguariúna	53.069
	137)Monte Mor	56.335
	138)Morungaba	13.085
	139)Nova Odessa	57.504
	140)Paulínia	100.128
	141)Pedreira	46.094
	142)Santa Barbara d'Oeste	191.024
	143)Santo Antonio de Posse	22.597
	144)Sumaré	269.522
	145)Valinhos	122.163
	146)Vinhedo	73.855
16) Piracicaba/SP	147)Sede	391.449
	148)Águas de São Pedro	2.707
	149)Capivari	53.152
	150)Charqueada	15.085



	151)Elias Fausto	17.241
	152)Mombuca	3.456
	153)Rafard	9.030
	154)Rio das Pedras	33.464
	155)Saltinho	7.919
	156)Santa Maria da Serra	5.962
	157)São Pedro	3.205
17)Jundiaí/SP	158)Sede	401.896
	159)Cambreuva	46.528
	160)Campo Limpo Paulista	80.847
	161)Itupeva	54.128
	162)Jarinu	27.473
	163)Louveira	43.862
	164)Várzea Paulista	116.601
18)Ribeirão Preto/SP	165)Sede	674.405
	166)Altinópolis	16.199
	167)Barrinha	31.579
	168)Batatais	64.040
	169)Brodowski	23.780
	170)Cajuru	25.455
	171)Cassia dos Coqueiros	2.607
	172)Cravinhos	34.384
	173)Dumont	9.325
	174)Guariba	38.861
	175)Guataporá	7.496
	176)Jaboticabal	76.196
	177)Jardinópolis	42.358
	178)Luiz Antônio	13.703
	179)Mococa	68.897
	180)Monte Alto	49.721
	181)Morro Agudo	31.923
	182)Nuporanga	7.299



	183)Orlândia	42.996
	184)Pitangueiras	38.554
	185)Pontal	46.818
	186)Pradópolis	20.169
	187)Sales Oliveira	11.541
	188)Santa Cruz da Esperança	2.097
	189)Santa Rita do Passa Quatro	27.546
	190)Santa Rosa de Viterbo	25.869
	191)Santo Antônio da Alegria	6.785
	192)São Simão	15.165
	193)Serra Azul	13.516
	194)Serrana	43.293
	195)Sertãozinho	121.412
	196)Taiuva	5.604
	197)Tambaú	23.241
	198)Taquaral	2.821
19)Vitória/ES	199)Sede	359.555
	200)Vila Velha	479.664
	201)Cariacica	384.621
	202)Viana	75.652
	203)Serra	494.109
	204)Fundão	20.376
	205)Guarapari	121.506
20)Barbacena/MG	206)Sede	135.829
	207)Alfredo Vasconcelos	6.709
	208)Antônio Carlos	11.112
	209)Bia Fortes	3.648
	210)Desterro do Melo	30.026
	211)Ibertioga	51.053
	212)Piedade do Rio Grande	4.703
	213)Ressaquinha	4.848
	214)Santa Barbara do Tugúrio	8.852



	215) Santa Rita do Ibitipoca	3.580
	216) Santana de Garambeu	2.235
	217) Senhora dos Remédios	10.604
21) Betim/MG	218) Sede	412.003
	219) Contagem	648.766
	220) Ibirité	171.932
	221) Juatuba	25.490
	222) Mario Campos	14.811
	223) Sarzedo	30.478
	224) Igarapé	34.851
	225) São Joaquim de Bicas	25.537
22) Conselheiro Lafaiete/MG	226) Sede	126.420
	227) Casa Grande	2.309
	228) Catas Altas da Noruega	3.652
	229) Cristiano Ottoni	5.215
	230) Itaverava	5.723
	231) Lamim	3.504
	232) Queluzito	1.953
	233) Rio Espera	5.876
	234) Santana dos Montes	3.892
23) Ipatinga/MG	235) Sede	259.324
	236) Santana do Paraíso	32.232
	237) Itabira	118.481
	238) Timóteo	88.255
	239) Coronel Fabriciano	109.857
24) Ribeirão das Neves/MG	240) Sede	325.846
	241) Esmeraldas	68.133
	242) Pedro Leopoldo	63.406
	243) Vespasiano	120.510
	244) São José da Lapa	22.592
25) Sete Lagoas/MG	245) Sede	234.231



	246)Baldim	7.913
	247)Cachoeira da Prata	3.716
	248)Fortuna de Minas	2.913
	249)Funilândia	4.237
	250)Inhaúma	6.200
	251)Jequitibá	5.153
	252)Santana de Pirapama	7.997
26)Rio de Janeiro/RJ	253)Sede	6.498.837
	254)São Gonçalo	1.044.058
	255)Duque de Caxias	886.917
	256)Nova Iguaçu	797.435
	257)Niterói	497.883
	258)Belford Roxo	494.141
	259)São João de Meriti	460.541
	260)Magé	236.319
	261)Itaboraí	230.786
	262)Mesquita	171.020
	263)Nilópolis	158.319
	264)Maricá	149.876
	265)Queimados	144.525
	266)Itaguaí	120.855
	267)Japeri	100.562
	268)Seropédica	83.667
	269)Rio Bonito	57.963
	270)Guapimirim	57.105
	271)Cachoeiras de Macacu	56.603
	272)Paracambi	50.071
	273)Tanguá	32.703
27)Volta Redonda/RJ	274)Sede	263.659
	275)Barra do Pirai	94.778
	276)Barra Mansa	180.126
	277)Pinheiral	24.076



	278)Piraí	26.314
	279)Rio Claro	17.425

Tabela 3. Comarcas a serem visitadas na Região Centro-Oeste, os municípios cobertos pelas comarcas e a população residente em cada município.

COMARCA	MUNICÍPIO	Nº HABITANTES
28)Dourados/MS	280)Sede	215.486
	281)Itahum	2.500
	282)Panambi	41.473
	283)Inocência	7.687
	284)Diadópolis	12.712
	285)Laguna Carapã	7.097
29)Várzea Grande/MT	286)Sede	271.339
	287)Nossa Sra. Do Livramento	12.518
	288)Cristo Rei	29.502
30) Anapolis/GO	289)Sede	370.875
	290)Anicuns	32.614
	291)Ceres	20.924
	292)Pires do Rio	54.512
	293)Rio Vermelho	88.389
31)Goiânia/GO	294)Sede	1.448.639
	295)Abadia de Goiás	8.053
	296)Aparecida de Goiânia	532.135
	297)Aragoiania	9.607
	298)Bela Vista de Goiás	28.077
	299)Bom Finopolis	8.836
	300)Brasabrantés	3.565
	301)Caldazinha	3.664
	302)Caturai	5.010
	303)Goianópolis	11.460
	304)Goianira	40.338
	305)Guapó	14.462
	306)Hidrolândia	20.121
307)Inhumas	51.932	
308)Nerópolis	27.816	



	309)Nova Veneza	9.249
	310)Santo Antônio de Goiás	5.659
	311)Senador Canedo	102.947
	312)Teresópolis de Goiás	7.513
	313)Trindade	119.385

Tabela 4. Comarcas a serem visitadas na Região Norte, os municípios cobertos pelas comarcas e a população residente em cada município.

COMARCA	MUNICÍPIO	Nº HABITANTES
32)Belem/PA	314)Sede	1.446.042
	315)Ananindeua	510.834
	316)Benevides	59.836
	317)Marituba	125.435
	318)Santa Barbara do Pará	17.141
	319)Santa Isabel do Pará	67.686
	320)Castanhal	192.571

Tabela 5. Comarcas a serem visitadas na Região Nordeste, os municípios cobertos pelas comarcas e a população residente em cada município.

COMARCA	MUNICIPIO	Nº HABITANTES
33)Feira de Santana/BA	321)Sede	1.362.880
	322)Conceição do Jacuípe	115.680
	323)São Gonçalo dos Campos	293.989
	324)Amélia Rodrigues	124.075
	325)Conceição da Feira	159.776
	326)Tanquinho	209.026
34)Vitória da Conquista/BA	327)Sede	350.284
	328)Iguá	27.787
	329)José Gonçalves	11.015
	330)Inhobim	330
	331)Anagé	20.096
	332)Barra do Choça	34.788
	333)Candido Sales	27.918
	334)Itambé	23.106
	335)Encruzilhada	23.786



	336)Ribeirão do Largo	8.713
	337)Planalto	26.225
	338)Belo Campo	16.026
35)Fortaleza/CE	339)Sede	2.609.716
	340)Maranguape	123.570
	341)Pacatuba	72.299
	342)Aquiraz	77.717
	343)Caucaia	325.441
	344)Maracanaú	209.057
	345)Eusébio	51.913
	346)Itatinga	38.933
	347)Guaiuba	26.091
	348)Pacajus	61.846
	349)Horizonte	55.187
	350)São Gonçalo do Amarante	47.791
	351)Pindoretama	20.430
	352)Cascavel	70.574
	353)Paracuru	33.665
	354)Paraipaba	32.256
	355)Trairi	54.820
	356)São Luís do Curu	12.805
36)Juazeiro do Norte/CE	357)Sede	268.248
	358)Abaiara	11.483
	359)Araripe	21.345
	360)Antonina do Norte	7.253
	361)Assaré	23.191
	362)Aurora	24.548
	363)Barbalha	59.343
	364)Brejo Santo	48.451
	365)Barro	22.361
	366)Campos Sales	27.167
	367)Caririaçu	26.876
	368)Crato	129.662
	369)Farias Brito	18.789
	370)Granjeiro	4.459



	371)Jardim	27.074
	372)Jati	7.827
	373)Lavras da Mangabeira	31.359
	374)Mauriti	46.335
	375)Milagres	28.292
	376)Missão Velha	35.326
	377)Nova Olinda	15.310
	378)Penaforte	8.888
	379)Porteiras	14.965
	380)Potengi	10.856
	381)Salitre	16.248
	382)Santana do Cariri	17.479
	383)Tarrafas	8.875
	384)Várzea Alegre	40.255
37)Imperatriz/MA	385)Sede	253.873
	386)Davinópolis	12.579
	387)Gov. Edison Lobão	18.042
	388)Vila Nova dos Martírios	13.730
	389)Açailândia	110.543
	390)Cidelândia	13.593
	391)São Francisco do Brejão	11.863
	392)Alto Parnaíba	10.765
	393)Amarante do Maranhão	40.756
	394)Arame	31.702
	395)Balsas	93.511
	396)Nova Colinas	33.535
	397)Fortaleza dos Nogueiras	12.257
	398)Buriticupu	71.227
	399)Bom Jesus da Silva	33.615
	400)Carolina	23.979
	401)Estreito	41.392
	402)São Pedro dos Crentes	4.425
	403)Grajaú	60.093
	404)Formosa da Serra	17.757
	405)Itaipava do Grajaú	14.297
	406)Itinga do Maranhão	25.357



	407)João Lisboa	20.381
	408)Montes Altos	9.413
	409)Ribamar Fiquene	7.563
	410)Sitio Novo	15.871
	411)Porto Franco	21.530
	412)Campestre do Maranhão	13.369
	413)Lajeado Novo	6.923
	414)São João do Paraíso	11.388
	415)Riachão	20.209
	416)Feira Nova do Maranhão	8.126
	417)São Domingos do Maranhão	33.607
	418)Gov. Luiz Rocha	7.337
	419)Fortuna	15.098
	420)São Pedro da Agua Branca	12.028
	421)Senador La Roque	17.998
	422)Buritirana	14.784
	423)Tasso Fragoso	7.796
38)São Luís/MA	424)Sede	1.082.935
	425)Alcântara	21.851
	426)Anajatuba	25.291
	427)Barreirinhas	61.621
	428)Catanhede	20.448
	429)Pirapemas	17.381
	430)Matões do Norte	16.552
	431)Humberto de Campos	23.189
	432)Primeira Cruz	13.954
	433)Santo Amaro do Maranhão	13.820
	434)Icatu	25.145
	435)Axixa	11.407
	436)Itapecuru-Mirim	62.110
	437)Miranda do Norte	24.427
	438)Morros	19.116
	439)Cachoeira Grande	8.446
	440)Paço do Lumiar	119.915



	441)Raposa	26.327
	442)Rosário	42.016
	443)Bacabeira	14.925
	444)Santa Rita	36.556
	445)São Jose do Ribamar	176.008
	446)Vargem Grande	55.710
	447)Nina Rodrigues	13.746
	448)Presidente Vargas	10.717
39)Caxias/MA	449)Sede	161.926
	450)São João do Sóter	18.225
	451)Aldeias Altas	23.952
	452)Codó	120.548
	453)Coelho Neto	46.750
	454)Afonso Cunha	5.905
	455)Duque Bacelar	10.649
	456)Coroatá	61.725
	457)Peritoró	21.201
	458)Igarapé Grande	11.041
	459)Bernardo do Mearim	5.996
	460)Poção de Pedras	19.708
	461)São Mateus do Maranhão	39.093
	462)Alto Alegre do Maranhão	26.619
	463)Timbiras	28.575
	464)Timon	166.295
40)Olinda/PE	465)Sede	389.494
41)Petrolina/PE	466)Sede	326.017
	467)Curral Queimado	20.715
	468)Rajada	9.833
	469)Cristália	2.522
	470)Nova Descoberta	34.676
	471)Tapera	30.088
	472)Izacolândia	2.607
	473)Pedrinhas	8.833
	474)Uruas	2.803
	475)Lagoa dos Carneiros	615



	476)Caatinginha	235
	477)Caititu	696
	478)Cruz de Salinas	397
	479)Pau Ferro	72
	480)Atalho	630
	481)Caiçara	580
	482)Barreiro	40.720
	483)Capim	700
	484)Lagoa dos Cavalos	481
	485)Varginha	21.955
	486)Lagoa da Pedra	6.989
	487)Lajedo	36.628
	488)Jatobá	14.464
	489)Amargosa	8.852
	490)Aranzel	782
	491)Angico Alto (Sítio dos Moreira)	635
42)Cabo de Santo Agostinho/PE	492)Sede	202.636
	493)Santo Agostinho	1.387
	494)Juçaral	5.784
	495)Ponte dos Carvalhos	5.688
43)Parnaíba/PI	496)Sede	178.897
	497)Luís Correia	28.406
	498)Bom Princípio do Piauí	5.304
	499)Buriti dos Lopes	19.441
	500)Ilha Grande	8.734
44)Santa Rita/PB	501)Sede	135.915
	502)Capim	5.601
	503)Rio Tinto	23.431
	504)Lucena	11.730
	505)Pedras de Fogo	27.032
	506)Alhandra	18.007
	507)Conde	21.400
	508)Bayeux	96.583
	509)Cabedelo	57.944



	510) Sapé	52.463
	511) Cruz do Espírito Santo	17.389
45) Mossoró/RN	512) Sede	259.815
	513) Tibau	3.687
	514) Grossos	9.393
	515) Areia Branca	25.315
	516) Serra do Mel	10.287
	517) Assu	57.743
	518) Upanema	14.448
	519) Gov. Dix-Sept Rosado	12.992
	520) Baraúna	26.799

Fonte: Elaboração dos autores.

Crítérios de inclusão

Os processos foram coletados cronologicamente do mais recente para o mais antigo. Os processos iniciados entre os anos de 2012 e 2017 deveriam ter decisão proferida por juiz de primeira instância. Por uma opção metodológica, a data da decisão e não a data da publicação foi considerada.

Não foram coletados dados referentes a processos em segunda instância ou fora do período temporal previsto (2012-2017).

Dados de interesse

Foram coletados dois conjuntos de dados de cada processo. Um conjunto que permitiam a localização e validação dos dados e um segundo conjunto de dados relativo às demandas em saúde e suas respectivas motivações e fundamentações.

Dados sobre a instrução processual foram necessários para ajudar a compreender a formação do processo e a trajetória do demandante até o momento da decisão do juiz de primeira instância. São dados que contribuem para responder sobre o cumprimento da Resolução nº 07/2009 do CNJ e sobre o tipo de representação jurídica utilizada pelo demandante. Foi possível depreender desse conjunto de dados que o demandante utiliza de representação legal de fora de seu estado de residência e/ou do local da comarca onde deu entrada na ação judicial.

Os dados referentes às demandas em saúde ajudam a compreender o tipo de solicitação que é feita, suas motivações e justificativas e, conseqüentemente, contribui para



potencialmente conhecer possíveis falhas de acesso aos produtos e serviços de saúde ofertados na rede pública.

O formulário utilizado na coleta dos dados divide as variáveis em 5 grupos, o que permitem a rastreabilidade do processo. Assim, todos os dados são rastreáveis e, em última necessidade, ser recapturados para validação e conferência.

Primeiro: a natureza do processo caracterizou o processo como individual ou coletivo e identificou o réu, institucionalmente (se Secretaria Municipal de Saúde ou outros órgãos em litisconsórcio).

Segundo: autoria do processo contém dados sobre a localização municipal da residência/domicílio do autor, sua representação legal e gênero. Não foram coletadas informações de caráter pessoal que identificasse o autor da ação, seu representante legal, profissionais de saúde que o assistiram e forneceram documentos, nem quaisquer outros atores processuais.

Terceiro: representação legal devem ser informados, os dados referentes à região do representante legal e a caracterização deste representante.

Quarto: solicitações foram coletados dados que descrevem cada solicitação, de acordo com sua categoria (medicamentos, internação, cirurgias, consultas, exames complementares, entre outros) e as condições de saúde (CID) que justificam as solicitações, as provas (laudo médico, exames ou outros documentos), e o embasamento legal do pedido (incluindo legislação específica em que o pedido esteja fundamentado).

Quinto: decisão “proferida pelo juiz” foram coletados dados sobre o seu deferimento/indeferimento, embasamento legal para a decisão, existência de penalidade ou bloqueio de verba para obrigar o cumprimento da decisão e comprovação da efetivação da demanda judicial.

A Construção do Formulário

O formulário utilizado na pesquisa sobre demandas judiciais junto aos Tribunais estaduais serviu de base para a criação de uma versão atualizada. A nova versão acrescentou questões que incluem variáveis de interesse não previstas anteriormente, como o deslocamento do demandante para obtenção de comprovação médica ou representação legal.



As perguntas fechadas admitiam uma lista de respostas categóricas possíveis. Isso teve o objetivo de facilitar o controle de qualidade dos dados no preenchimento do formulário e o cadastro em si dos processos que, conseqüentemente, facilitou a disponibilização de um painel com a simulação do acompanhamento em tempo real das demandas em saúde no sistema judiciário.

Campos descritivos (com texto livre) foram acrescentados para descrições de detalhes e para expandir a categoria "outros" quando a lista fornecida para o item não contivesse a resposta adequada. Também há campo descritivo para doença do demandante e para melhor descrever as demandas da ação judicial.

Coleta de dados

Foram criadas equipes para cobrir todas as regiões do país. As equipes foram sediadas na capital de um estado de cada região. Em todas as regiões, há tribunais informatizados, o que facilitou a coleta dos dados em primeira instância.

Houve dois sistemas para a digitalização dos processos e informatização dos trâmites nos tribunais, o Sistema e-SAJ (Sistema Eletrônico de Automação da Justiça) que permite acesso aos processos de forma mais simples, exigindo do pesquisador inscrição da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil) e comprovação de atividade profissional. O sistema PROJUDI (Processo Eletrônico do Judiciário) exige o certificado eletrônico gerado pela OAB e advogado cadastrado e em atividade profissional.

Ambos os sistemas permitiram a classificação das ações judiciais contidas nos processos e sua associação com palavras-chave: SUS, medicamento, tratamento, Secretaria de Saúde, Secretário de Saúde, Município, Secretaria Municipal de Saúde.

Controle e supervisão na coleta dos dados

As respostas fechadas diminuíram a possibilidade de divergência na digitação dos dados e das respostas às questões formuladas. Um manual de preenchimento do formulário e um treinamento para as equipes de campo foram fornecidos, garantindo o correto preenchimento do formulário.

As variáveis que possuíam hierarquia de informação foram apresentadas em questões que aparecem durante o preenchimento do formulário, de forma hierarquizada, diminuindo a probabilidade de erro de preenchimento.



Os questionários preenchidos foram verificados para consistência e identificação de possíveis equívocos com a possibilidade de correção.

Gestão dos dados

Foi criada uma plataforma lógica e acessível via internet com acesso controlado por senha para a inserção dos dados de campo.

Cada registro acrescentado era automaticamente contabilizado no conjunto de gráficos de monitoramento cuja função foi fornecer aos coordenadores do projeto a visualização e o monitoramento da atualização do banco.

Análise dos dados

A análise dos dados foi feita com o auxílio de programas com pacotes estatísticos como o R e o Excel. As análises preliminares foram essencialmente descritivas sobre o conjunto primário de dados coletados e armazenados em banco.

Limitações e transposição das limitações

Entre as limitações do projeto, destacaram-se as que foram identificadas durante as fases de desenho, preparação e contato inicial com as comarcas.

Inerente ao processo de coleta de dados, o deslocamento geográfico foi de tal monta para uma captura censitária que a execução do projeto dentro da janela temporal e dos recursos financeiros disponíveis elevaria proibitivamente os riscos de não se completar a coleta de dados. Somado ao deslocamento, contatos prévios identificaram que haveria dificuldades em obter acesso aos processos em todas as comarcas.

Outra dificuldade encontrada foi o cálculo amostral. Uma amostra estatisticamente representativa exigiria a informação prévia da distribuição de frequências das variáveis de interesse, o que não foi encontrado até o momento da execução do projeto.

A opção metodológica adotada foi determinar um número de processos a serem coletados e distribuir essa coleta por uma amostra limitada de comarcas que possibilitasse substituição de comarcas quando o acesso a elas fosse negado. Segundo o levantamento feito pelo Fórum Nacional da Saúde (FNS), os tribunais estaduais e os regionais federais somaram, no ano de 2014, 392.921 processos com demandas por saúde (17). O trabalho de Asensi e Pinheiro (21) fez um levantamento mais restrito, em apenas 6 estados e



encontrou um total significativamente inferior aos dados correspondentes levantados pelo FNS.

Tomando, portanto, os dados do FNS por referência e considerando a capacidade de coleta de dados estimada, chegou-se a um total de 8.400 processos cujos dados deveriam ser coletados para uma aproximação do conjunto de processos existentes no país.

Distribuindo-se os processos de forma proporcional em relação à população coberta para cada comarca sorteada, chegou-se ao número final de processos coletados, por comarca amostrada.

Considerações Finais

Além de seu potencial de cobrir uma lacuna de conhecimento importante sobre a natureza das demandas judiciais e políticas públicas de saúde, o projeto propôs o exercício da continuidade do monitoramento das demandas judiciais, que crescem dia após dia e se especializam em diversos aspectos.

Esse monitoramento contínuo de novas demandas judiciais será a base de um Observatório Nacional da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde cujos relatórios periódicos possam subsidiar o Poder Público para intervir na dinâmica das ações judiciais. Espera-se que essa colaboração forneça dados para o Ministério da Saúde a fim de que possa melhorar o provisionamento de produtos e serviços e que os juízes tenham caminhos sistemáticos de suporte às suas decisões.

Referências

1. Fernandes AJN. Judicialização da saúde. Caderno Mídia Saúde Pública: comunicação em saúde pela paz. Belo Horizonte. 2007; 2(1):49-52.
2. Asensi FD. Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.
3. Machado FRS. A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação do Centro Biomédico, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
4. Medici AC. Judicialização, integridade e financiamento da saúde. Revista Diagnóstico e tratamento. 2010;15(2):81-87.



5. Delduque MC, Marques SB. A Judicialização da política de assistência farmacêutica no Distrito Federal: diálogos entre a política e o direito. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2011; 5(4):97-106.
6. Delduque MC, Marques SB, Ciarlini A. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil. *Direito Sanitário em Perspectiva*. Escola Superior do Ministério Público da União. 2003; 1(2):181-217.
7. Ramos RS, Gomes AMT. A judicialização da saúde pública no Brasil: um estudo de representações sociais. *Revista Cuidarte*. 2014; 5(2):827-836.
8. Bittencourt GB. O "Estado da Arte" da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2016; 5(1):102-121.
9. Damascena RS. Judicialização do acesso a medicamentos no município de Vitória da Conquista - BA: análise dos itinerários dos usuários. Vitória da Conquista: Programa de Pós-Graduação em Direito e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.
10. Oliveira MRM, Delduque MC, Sousa MF, Mendonça AVM. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? *Revista Saúde Debate*. 2015; 39(105):525-535.
11. Costa LA. A Importância da criação de protocolos clínicos e a incorporação de novas tecnologias na redução da Judicialização. In: V Congresso de Farmácia Hospitalar em Oncologia do INCA. Rio de Janeiro, 2016.
12. D'Espíndula TCAS. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. *Revista bioética*. 2013; 21(3):438-447.
13. Figueiredo TA. Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro: A aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2010.
14. Honorato S. Judicialização da Política de Assistência Farmacêutica: Discussão sobre as Causas de Pedir no Distrito Federal. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2015; 4(3):116-127.
15. Asensi F, Pinheiro R. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de lages (SC). *Revista Direito sanitário*. 2016; 17(2):48-65.
16. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 107 de 06 de abril de 2010. Supremo Tribunal Federal. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Disponível em: http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/resolucao/resolucao_107_06042010_11102012191858.pdf [Acesso em 8.fev.2018].



17. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Anual CNJ 2014. Brasília, 2014. Disponível em:
<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/04/59741adbf4e2cc6285766da4a3f074.pdf> [Acesso em 8.fev.2018].
18. Arruda SC. Análise sobre a judicialização da saúde no Estado de Mato Grosso no período de 2011-2012. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017; 6(1):86-111.
19. Delduque MC, Castro EV. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. *Revista Saúde Debate*. 2015; 39(105):506-513.
20. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados quantitativos sobre saúde pública. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Cepesc, 2016.
21. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça. Rio de Janeiro, 2015.
22. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados quantitativos sobre saúde suplementar. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Cepesc, 2016.

Recebido em: 20.2.2018
Aprovado em: 18.3.2018

Como citar este artigo:

Chripim PP, Kato MY, Bugoni NP, Silva GM, Pittioni RB, Weber B. Construindo um observatório nacional da judicialização da política pública de saúde a partir dos municípios brasileiros: desenho de estudo. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2018 jan./mar, 7(1):281-309.