



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

ANDREA MACHADO TEIXEIRA DIAS

**A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E
EFETIVAÇÃO DO DIREITO NO ESTADO DA BAHIA:
UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR**

**Salvador
2023**

ANDREA MACHADO TEIXEIRA DIAS

**A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E
EFETIVAÇÃO DO DIREITO NO ESTADO DA BAHIA:
UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR**

Tese de Doutorado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como exigência parcial para obtenção de título de Doutora em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientador: Prof. Dr. Dirley da Cunha Jr.

**Salvador
2023**

Catálogo na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica. UCSal. Biblioteca

D541 Dias, Andrea Machado Teixeira

A judicialização da política pública de saúde e efetivação do direito no Estado da Bahia: um desafio interdisciplinar / Andrea Machado Teixeira Dias. – Salvador, 2023.

116 f.

Orientador: Prof. Dr. Dirley da Cunha Júnior.

Tese (Doutorado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutora em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Judicialização da Saúde 2. Políticas de Saúde 3. Políticas Sociais
I. Cunha Júnior, Dirley – Orientador II. Universidade Católica do Salvador.
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 614.39:34(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

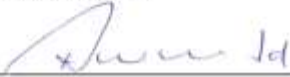
ANDREA MACHADO TEIXEIRA DIAS

“A JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E EFETIVAÇÃO DO DIREITO NO ESTADO DA BAHIA: UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR”

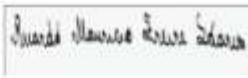
Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de doutora em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 30 de agosto de 2023.

Banca Examinadora:



Prof.(a)s. Dr.(a)s. Dirley da Cunha Júnior - UCSAL (orientador)



Prof.(a) Dr.(a) Ricardo Maurício Freire Soares - UFBA



Prof.(a) Dr.(a) Maria de Fátima Pessoa Lepikson - UCSAL



Prof.(a) Dr.(a) Fábio Periandro de Almeida Hirsch - UFBA



Prof.(a) Dr.(a) Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL

AGRADECIMENTOS

Escrever os agradecimentos ao final deste trabalho me remete à história destes últimos 4 anos, em que acontecimentos foram marcantes para a humanidade (pandemia COVID-19) e para minha vida pessoal.

Iniciei esta parte da minha trajetória acadêmica retornando a esta instituição como aluna especial, neste programa de Doutorado, inicialmente através das disciplinas ministradas pelo prof. Dr. Dirley da Cunha Jr., seguindo minha veia interdisciplinar, que desta vez, me trouxe próxima ao Direito. Este professor que tanto inspirou tornou-se meu orientador, a quem agradeço a tolerância, compreensão e liberdade de caminhar por onde a pesquisa me levava. Seu vasto conhecimento e sabedoria deram suporte a esta trajetória tão pessoalmente conturbada, por uma aluna que não conhecia bem a linguagem do Direito, e que queria muito aprender, compreender e apreender!

As queridas professoras (Ana Pitta, Maria de Fátima Lepikson, Ângela Borges, Kátia Oliver, Kátia Siqueira, Inaiá) e estimados professores (André Portella, Carlos Silva, Cláudio André) que durante este período ajudaram a encontrar as formas das peças que montariam este quebra-cabeça que, espero, tenha tomado forma e arte para poder ser visto, interpretado e aproveitado por diversos olhares no lidar com a judicialização e o sistema de Saúde.

Aos professores Fábio Periandro e Ricardo Maurício, gratidão por contribuírem com seus pareceres, seus saberes, através da banca, além das queridas Ana Pitta e Maria de Fátima Lepikson, que retornaram para esta conclusão.

Aos colegas da UCSAL com quem pude interagir, nossa mistura de saberes e simpatias, empatias, tornaram este caminhar mais rico, mais completo. Também a meus e minhas colegas de trabalho, no contexto CCS e na Saúde, por onde passei, que dividem as angústias do “por fazer” e “dever fazer” pela saúde e políticas públicas neste país. E pela Saúde, não posso deixar de fora também meus médicos, que divinamente colocados em meu caminho quando mais precisei, são pessoas incríveis que me deixam em condições de seguir jogando.

Às amigas, amigos, familiares que atravessaram comigo este período, não soltaram minha mão, mesmo que estando apenas disponíveis, nem sabem o quanto significaram para mim!

E, ao final, embora com tamanha ordem de importância, a minha amada família! Meus pais que me ensinaram por palavras e por exemplo, que estudo, conhecimento, bom caráter, enfrentamento positivo, são condições que nos guiam, suportam e impulsionam! Meu falecido marido, que já conhecia e apoiava minha sede de saber, colaborou o quanto pôde, trocamos tantas impressões e vivências, até precisar partir deste mundo. Meus amados filhos que, juntos, nos abraçamos na dor e nas alegrias para seguir tocando nossas vidas, nossos projetos, em mares turbulentos ou em terra firme, acompanharam e apoiaram como puderam esta mãe em várias versões, inclusive nas mais frágeis.

É preciso amor pra poder pulsar!

DIAS, Andrea Machado Teixeira. *A judicialização da Política Pública de Saúde e Efetivação do Direito no estado da Bahia: um desafio interdisciplinar*. Orientador: Prof. Dr. Dirley da Cunha Júnior. 116f, 2023. Tese (Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2023.

RESUMO

O estudo aqui apresentado aborda as condições de efetivação do direito à saúde diante da judicialização da política pública, no estado da Bahia, município de Salvador, através, principalmente, da crescente reivindicação por medicamentos a serem dispensados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), um dos principais volumes de casos judicializados na saúde, no Brasil e no estado da Bahia. Busca desenvolver uma análise sobre como se dá a efetivação do direito à saúde através da judicialização e interações (ou falta delas) entre sistema jurídico e política de saúde, diante da configuração constitucional brasileira. A possível efetivação do direito à saúde através da judicialização tem colaborado para controle e implementação de uma política pública de saúde? Busca-se analisar o contexto das demandas que seguem o percurso da judicialização, que pode gerar resposta individual imediata, porém sem garantia de efetivação do direito do ponto de vista de sua extensão na política pública. A ampla judicialização da saúde gera impactos econômicos para execução das políticas e aponta para necessidade de mecanismos de planejamento, controle, avaliação e execução de modo integrado para efetivação do direito. Pretende-se identificar como, e se existem, tais mecanismos e como interagem de modo interdisciplinar em função de respostas céleres e eficazes no atendimento às demandas de saúde apresentadas. Esta pesquisa traz ainda como objetivos específicos: analisar as características das demandas relacionadas à saúde que são encaminhadas à judicialização no estado da Bahia; identificar e analisar respostas de política pública às principais demandas judicializadas; identificar e analisar dados de controle e planejamento sobre a judicialização e estratégias instituídas/respostas concretizadas. Os caminhos metodológicos percorrem revisão bibliográfica sobre o tema; pesquisa documental (documentos da política de saúde, publicações jurídicas acerca de demandas de saúde pública); pesquisa de dados (dados sobre judicialização) e informações sobre Políticas de Saúde no Estado da Bahia (fontes públicas e busca junto aos entes executivos); dados da Câmara de Conciliação da Saúde (extrajudicial); dados do corpo jurídico do estado da Bahia e município de Salvador (Defensorias; Ministério Público; Tribunal de Justiça da Bahia). Os resultados obtidos, apontam a judicialização estruturando-se no sistema de saúde brasileiro, visto o fato, de demandar estruturas e profissionais exclusivamente voltados a dar tratamento a estes fluxos. Identificam-se mudanças nos processos de incorporação de medicamentos, criação de estratégias e estruturas para tratamento extrajudicial das demandas, aumento de inclusão de medicamentos nos últimos anos, apesar de não corresponder decréscimo de sua judicialização em determinados aspectos. A discussão percorre os caminhos identificados e analisa aspectos críticos para a efetivação do direito fundamental, de acordo com a configuração institucional brasileira e estruturação da política de saúde neste contexto.

Palavras-chave: judicialização da saúde; políticas de saúde; políticas sociais.

DIAS, Andrea Machado Teixeira. The Judicialization of Public Health Policy and Implementation of Rights in the State of Bahia: An Interdisciplinary Challenge. Supervisor: Prof. Dr. Dirley da Cunha Júnior. 116p, 2023. Thesis (Doctorate in Social Policies and Citizenship) – Catholic University of Salvador, Salvador, 2023.

ABSTRACT

The study presented here addresses the conditions for the realization of the right to health in the face of the judicialization of Public Policy, in the State of Bahia, Municipality of Salvador, mainly through the growing demand for medicines to be dispensed by the SUS (one of the main volumes of cases judicialized in Health, in Brazil and in the State of Bahia). It seeks to develop an analysis of how the Right to Health is implemented through Judicialization and interactions (or lack thereof) between the legal system and health policy, in view of the Brazilian constitutional configuration. Has the possible realization of the right to health through judicialization contributed to the control and implementation of the public health policy? The aim is to analyze the context of the demands that follow the path of judicialization, which can generate an immediate individual response, but without guaranteeing the effectiveness of the right from the point of view of its extension in Public Policy. The broad judicialization of Health generates economic impacts for the execution of Policies and points to the need for planning, control, evaluation and execution mechanisms in an integrated way to enforce the right. It is intended to identify how, and if they exist, such mechanisms and how they interact in an interdisciplinary way in terms of quick and effective responses in meeting the presented health demands. This research also has the following specific objectives: To analyze the characteristics of the claims related to health that are sent to court in the State of Bahia; identify and analyze Public Policy responses to the main judicial demands; identify and analyze control and planning data on judicialization and established strategies/concrete responses. The methodological paths run through a bibliographical review on the subject; documentary research (Health Policy documents, legal publications about public health demands); data research (data on judicialization) and information on Health Policies in the State of Bahia (public sources and search with executive entities); data from the Health Conciliation Chamber (extrajudicial); data from the legal body of the State of Bahia and the Municipality of Salvador (Defenders; Public Ministry; Court of Justice of Bahia). The results obtained at this time point to judicialization being structured in the Brazilian health system, given the fact that it demands structures and professionals exclusively focused on treating these flows. Changes can be identified in the processes of drug incorporation, creation of strategies and structures for extrajudicial treatment of demands, increase in the inclusion of drugs in recent years, despite the non-corresponding decrease in their judicialization in certain aspects. The discussion goes through the identified paths and analyzes critical aspects for the realization of the fundamental right, according to the Brazilian institutional configuration and structure of the Health policy in this context.

Keywords: judicialization of health; health policies; social policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCS	Câmara de Conciliação da Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DPE	Defensoria Pública do Estado
DPU	Defensoria Pública da União
MPBA	Ministério Público da Bahia
MPE	Ministério Público Estadual
MS	Ministério da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PGE	Procuradoria Geral do Estado
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SESAB	Secretaria de Saúde da Bahia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Salvador
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TJBA	Tribunal de Justiça da Bahia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Custos da judicialização para o governo federal - 2010 a 2016.....	60
Figura 2 –Principais assuntos das decisões judiciais em segunda instância	61
Figura 3 – Judicialização nos Municípios da Bahia	66
Figura 4 – Pareceres emitidos pela CCS de 2016 a 2022	70
Figura 5 – Faixa etária do solicitante CCS de 2016 a 2022	70
Figura 6 – Resultado do parecer – CCS 2016 a 2022.....	71
Figura 7 – Demandas Gerais Saúde DPE – 2020 a 2021	78
Figura 8 – Principais princípios ativos solicitados na CCS 2020-2021	85
Figura 9 – Principais princípios ativos solicitados pela DPU 2020-2021	86
Figura 10 – Principais princípios ativos judicializados Bahia.....	86

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	JUSTIFICATIVA.....	11
2	JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: IMPACTOS, DESAFIOS E PRINCÍPIOS EM DEBATE.....	19
3	SUS COMO POLÍTICA SOCIAL: POLÍTICAS PÚBLICAS E FORMAS DE CONTROLE JURISDICIONAL	28
3.1	CONTROLE JUDICIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE	38
4	POLÍTICAS SOCIAIS E INTERSETORIALIDADE – AS POLÍTICAS NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	52
5	ORÇAMENTO PÚBLICO, FINANCIAMENTO DO SUS E IMPACTOS PARA POLÍTICA DE SAÚDE.....	57
6	JUDICIALIZAÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA.....	64
6.1	CARACTERÍSTICAS DAS DEMANDAS RELACIONADAS À SAÚDE QUE SÃO ENCAMINHADAS À JUDICIALIZAÇÃO NO ESTADO DA BAHIA	69
6.2	DADOS DE CONTROLE E PLANEJAMENTO SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO E ESTRATÉGIAS INSTITUÍDAS/RESPOSTAS CONCRETIZADAS.....	79
6.3	RESPOSTAS DA POLÍTICA DE SAÚDE ÀS PRINCIPAIS DEMANDAS JUDICIALIZADAS	84
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	APÊNDICES	109
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA SECRETARIAS DE SAÚDE	109
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA DPU	110
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO MP/BA.....	111
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PGM/ PGE	112
	APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DPE.....	113
	APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO TJ	114
	ANEXOS	115
	ANEXO A – CRIAÇÃO DA CÂMARA DE CONCILIAÇÃO DA SAÚDE	115
	ANEXO B – MANUTENÇÃO DA CÂMARA DE CONCILIAÇÃO DA SAÚDE	116

1 INTRODUÇÃO

A judicialização das políticas de saúde vem sendo estudada de forma crescente nos últimos anos e traz consigo uma discussão com diversos pontos de vista, considerações intersetoriais, discussão de funções, delimitação de poderes e efetivação de direitos sociais.

A complexidade da efetivação das políticas públicas de saúde na atualidade é conduzida e segue com o crescente fenômeno da judicialização que acompanha o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), política de saúde constitucionalizada no Brasil. Tal fenômeno sinaliza um descompasso entre promessas contidas na concepção da política pública de saúde, de cunho social, no que tange seu aspecto normativo e a realidade da sua execução.

A ampla judicialização da saúde gera impactos econômicos para execução das políticas e aponta para necessidade de mecanismos de planejamento, controle, avaliação e execução destas de modo integrado para efetivação do direito à saúde.

As respostas institucionais às demandas judiciais em saúde expressam tensões entre Estado e sociedade no campo da efetivação, que perpassam questões tocantes ao financiamento, à gestão, à infraestrutura, à organização e à atenção à saúde no âmbito do SUS, além de mobilizar racionalidades distintas no processo de tomada de decisões jurídicas e político-administrativas. Entre as respostas possíveis apresentadas, a saúde do cidadão brasileiro aguarda, afastada ainda dos princípios que regem a política que a deveria proteger: universalidade, integralidade e equidade.

As necessidades de saúde das populações são crescentes, assim como os encargos dos serviços de saúde, com dificuldades dos Estados cada vez maior em apresentar respostas.

A política de saúde no Brasil foi constituída por reforma sanitária, introduzida junto a Constituição Federal de 1988, mas ainda difere da Política que se reconhece de fato implementada.

Para Barroso (2008, p. 2):

[a] judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade.

1.1 JUSTIFICATIVA

A inserção nesta temática veio a partir da vivência profissional no SUS sob as perspectivas da assistência, educação na saúde, estudo de gestão e desempenho, em maior tempo no estado da Bahia.

A experiência com a problemática que envolve a efetivação do direito à saúde, sob a perspectiva da saúde pública, da efetivação do SUS, passou a estar mais próxima das questões judiciais a partir do convite para integrar a equipe que formaria o corpo técnico de um novo projeto, promovido por convênio estabelecido entre Tribunal Regional Federal (TRF) da 1ª. Região – seção Judiciária da Bahia, Defensoria Pública da União (DPU), Governo do Estado da Bahia, Tribunal de Justiça da Bahia (TJBA), Procuradoria Geral do Estado (PGE), Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), Defensoria Pública do Estado (DPE), Procuradoria Geral do Município e Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), a Câmara de Conciliação de Saúde (CCS), inaugurada em novembro de 2016.

A CCS surgiu com o escopo de promover o atendimento de cidadãos, diretamente ou quando assistidos pelo Ministério Público Estadual (MPE), DPE ou Defensoria Pública da União (DPU), que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento cirúrgico, ou exame médico, nos limites e forma especificados nas cláusulas do convênio. Inaugurada em novembro de 2016, trabalha até o momento com as demandas por medicamentos de residentes do município de Salvador.

Considera-se no cerne dessa estratégia a garantia constitucional do direito à saúde e o fenômeno do aumento da litigiosidade na área da saúde, principalmente na oferta de medicamentos, assim como os efeitos negativos que tal situação tem causado à execução das políticas públicas de saúde, sob o ponto de vista do impacto financeiro.

No texto do convênio que institui a CCS, declara-se que uma parcela significativa das demandas ajuizadas é solucionada antes da sentença, com o fornecimento, mediante cadastro, de medicamentos incorporados aos programas públicos do SUS e a realização do exame ou procedimento cirúrgico pleiteado, e que os litígios na área de saúde requerem, na maior parte dos casos, medidas urgentes

para salvaguardar o direito do paciente e que a complexidade da estrutura do SUS e o desconhecimento dos Programas de Saúde Pública, por vezes, dificultam tal fim.

No estado da Bahia, cabe à SESAB e à SMS formular e implantar as políticas de saúde, sendo responsável pela execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como preconiza o SUS, estando profissionais vinculados à estas secretarias no corpo técnico da CCS. A função desse corpo técnico é articular tais conhecimentos em busca das soluções administrativas possíveis e mediadas, com objetivo do atendimento à necessidade apresentada antes que se estabeleça o conflito judicial. Também compõem a CCS servidores cedidos pelas Procuradorias Gerais do estado da Bahia e do Município de Salvador, das Defensorias Públicas da União e do estado da Bahia, do Ministério Público do estado da Bahia.

Nesse contexto, as demandas ilustram desencontros entre a política prevista e sua execução, assim como a carência de meios, instrumentos de diálogo e construção de decisões pactuadas e céleres entre os poderes para o alcance da demanda pleiteada de forma individual, muitas vezes repetitiva e de interesse coletivo.

As questões que envolvem as políticas de saúde e sua crescente judicialização tem exposto falhas de execução, legislativas, e relações de dependência do Poder Judiciário, conflituosas no controle social dos bens públicos, no caso o direito à saúde.

O direito fundamental, constitucional, visa garantir a proteção do indivíduo diante do Estado que não estaria cumprindo seu papel, visto pelo desempenho dos seus Poderes Legislativo e Executivo, enfrenta dificuldades em efetivar justiça numa sociedade em que há disfunções que se configuram em crescente. Surge a necessidade de afinamento de estratégias que auxiliem administrativamente a efetivação das políticas públicas, neste caso na saúde. Efetivar o SUS como meta para os Poderes Legislativo e Executivo, não como resposta à punição judicial, é um desafio que tem motivado estudos críticos – efetividade de princípios de universalidade, equidade e integralidade previstos constitucionalmente.

Na atualidade, a efetivação do direito à saúde, segundo as políticas públicas previstas constitucionalmente, enfrenta obstáculos maiores do que tem conseguido atravessar sem intervenção judicial. Tal intervenção tem permitido acesso à prestação devida aos direitos sociais, porém sobre o risco de fragilizar políticas que ainda não se encontram plenamente instituídas, visto a política de saúde, no Brasil, na problematização deste estudo. Então, como se dá a efetivação do direito à saúde

através da judicialização e interações (ou falta delas) entre sistema jurídico e política de saúde, diante da configuração constitucional brasileira?

A possível efetivação do direito à saúde através da judicialização tem colaborado para controle e implementação da política pública de saúde?

Haverá maior força normativa, maior eficácia quanto maior for a interação entre o texto constitucional, o texto das políticas públicas, e seu contexto. (HESSE, 1991) Desse modo, torna-se responsável pensar em composição de ações do judiciário, com potencialidades de instrumentos outros, extrajudiciais, para além das finais decisões judiciais. O esperado deve ser que não ocorra a decisão judicial.

O processo judicial é uma forma de tornar público um problema que vem sendo ignorado, inerte ou inviabilizado pelo sistema político. Define por quais caminhos a pretensa solução vai acontecer. Para tal prescindirá de um ordenamento eficaz, constituído de elementos da realidade e com ressonância social, para validar suas normas constituintes. (BARROSO, 2000)

A solução judicial poderá ocorrer sob ponderações, mas segundo seus códigos, sua estrutura, sua função primordial, o que, pela configuração atual brasileira, vai encontrar limites na articulação entre os poderes. Modos de controle e interação por todos os poderes podem se estabelecer de forma preventiva, sistemática, conforme devem prever suas políticas em nome da efetivação daquilo a que se propõem.

A leitura das estratégias para ampliação de diálogo e busca de soluções e/ou entendimento dos mecanismos que levam à judicialização na saúde, assim como as dificuldades em sua efetivação, podem receber contribuições, além dos estudos na área do direito e na saúde, além de alguns autores do campo da sociologia que abordam aspectos da questão social e podem ser integrados ao debate.

O fornecimento de subsídios para tomada de decisão relacionada a políticas e programas de saúde, considerando o papel das evidências científicas parece ainda insipiente, considerando o acesso transparente e sistemático às evidências e sua avaliação, como insumo do processo de formulação de políticas. A consideração das evidências pode auxiliar formadores de política a entender esses processos, ampliando diálogo com profissionais que nela se baseiam para indicar condutas terapêuticas que demandam o sistema de saúde. (OXMAN et al., 2009)

No pensamento de Jurgen Habermas (2021), o papel do agir comunicativo como preponderante no processo dialético que pode legitimar o poder administrativo através do caminho do direito, por mecanismos participativos, que busquem garantir

o sistema de direitos fundamentais assegurados pela Constituição. A ação orientada para o entendimento mútuo ganha cada vez mais independência dos contextos normativos, numa teoria explicativa da sociedade contemporânea, suas inter-relações sistêmicas e os processos de socialização.

Diante do contexto apresentado, pretende-se, compreender como tem se configurado o controle do Estado e o controle social sobre as políticas sociais, no caso, a política pública de saúde, no estado da Bahia.

O controle pode ser visto/avaliado sob enfoques prioritários emergenciais e não planejados; em decisões judiciais que reforçam o dever de cumprir previsto constitucionalmente; em estratégias fundadas em estruturas compartmentalizadas, que reforçam fragilidade dialógica do social, deste modo, com pouco exercício cidadão dos indivíduos que interagem nas forças de execução e enfrentando resistências para efetivação do direito à saúde e das políticas que o podem garantir.

Os resultados deste estudo podem fornecer subsídios para maior integração das ações dos poderes em função da efetivação/materialização do direito à saúde em vista do momento e características atuais do Estado de Direito brasileiro. Pode-se alcançar a criação de indicadores que mensurem/esclareçam/norteiem/permitam avaliação da efetivação de políticas públicas de saúde, fortalecimento das políticas sociais e incremento no desenvolvimento de cidadania.

Alguns aspectos, que vem sendo apontados em estudos e eventos da saúde pública e saúde coletiva, compõem argumentos para análise desta complexa situação:

- a) processo de institucionalização da proteção social enquanto atividade coletiva, segundo os moldes do sistema de seguridade, se expressa juridicamente nos diversos contextos sob a forma de direitos garantidores da condição ou *status* de cidadania;
- b) reorganização das relações entre o cidadão e o Estado a partir da relação de direito positivo – prestações positivas nos ordenamentos nacionais;
- c) tensão entre os sistemas político e do direito no que toca o paradoxo do controle judicial de políticas públicas e à separação de poderes – relações entre Estado e sociedade e às fronteiras da separação entre os poderes;
- d) após o movimento da Reforma Sanitária e introdução do SUS na Constituição de 1988, não se concretizou um projeto nacional que visasse a cidadania. Os mecanismos de controle sociais então insuficientes diante

- de instâncias, conselhos que são corporativos e há dificuldade em monitorar orçamentos públicos;
- e) neste quadro o SUS legal não se concretiza e a justiça é chamada vindo a ocupar a autoridade nas decisões. Embora esse poder atue em defesa da democracia, torna-se pouco democrático centrar aí as decisões das políticas sociais, visto que ali estão representantes escolhidos por indicação. Não houve escolha democrática por aqueles que representam;
 - f) precisa-se de base societária para boas decisões e integralidade, intersetorialidade para garantia de maior cidadania e representatividade no controle social previsto e pactuado (VIII..., 2020);
 - g) integralidade assume funções desde a promoção da Saúde a prevenção de agravos. Integralidade definida na Constituição Federal (CF) 1988, artigo 198 como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis do sistema;
 - h) Integralidade, na atitude profissional nos programas de assistência e nas políticas de governo, deve ser pautada na integração de serviços para além da saúde, de forma a garantir o cuidado do sujeito com ações intersetoriais que envolvam não só ações de cuidados aos usuários, mas também ações macro, como intervenções sociais, políticas e econômicas;
 - i) há ainda uma grande distância entre teoria e prática que ainda reforçam o modelo hospitalocêntrico, biologista, verticalizado e longe de rotinas que garantam a autonomia e construção de vínculos entre usuários e trabalhadores e entre diferentes setores. (SANTOS; KIND, 2020)

O estudo aqui apresentado aborda as condições de efetivação do direito à saúde diante da judicialização da política de saúde, no estado da Bahia, município de Salvador, através, principalmente, da crescente reivindicação por medicamentos a serem dispensados pelo SUS – um dos principais volumes de casos judicializados na Saúde, no Brasil e no estado da Bahia.

Busca desenvolver uma análise sobre os fatores do contexto da judicialização diante dos seus efeitos nas políticas de saúde e possibilidades de efetivação de direitos e desenvolvimento de cidadania, diante da crescente judicialização, que pode ser analisada como manifestação da questão social, interpoderes, que, sem

provocação de discussão e debate sobre o contexto das demandas, pode gerar resposta individual imediata, porém sem garantia de efetivação do direito do ponto de vista de sua extensão na política pública.

Diante do exposto, pretende-se, como objetivo geral, analisar as condições de efetivação do direito à saúde através das características das demandas apresentadas às secretarias de saúde e as respostas da política de saúde no estado da Bahia, município de Salvador, que cursam a trajetória da judicialização para obtenção da pretensão.

A ampla judicialização da Saúde gera impactos econômicos para execução das políticas e aponta para necessidade de mecanismos de planejamento, controle, avaliação e execução destas políticas de modo integrado para efetivação do direito à saúde. Pretende-se identificar como, e se existem, tais mecanismos e como interagem de modo interdisciplinar em função de respostas céleres e eficazes no atendimento as demandas de saúde apresentadas. Desse modo, esta pesquisa traz ainda como objetivos específicos:

- a) Analisar as características das demandas relacionadas à saúde que são encaminhadas à judicialização no estado da Bahia;
- b) Identificar e analisar respostas da política de saúde às principais demandas judicializadas;
- c) Identificar e analisar dados de controle e planejamento sobre a judicialização e estratégias instituídas/respostas concretizadas.

A análise deve fundamentar-se no direito à saúde como direito fundamental – dever prestacional por parte do Poder Executivo, legislado, e passível de cobrança/controle por via do Poder Judiciário; na complexidade da efetivação do direito à saúde, seu caráter transdisciplinar, para além da divisão dos poderes e da responsabilidade solidária tripartite entre os entes Federais, Estaduais e Municipais, conforme preconiza a política instituída no país.

O escopo da discussão atravessa as demandas judicializadas/problemas de saúde identificados e suas configurações complexas/interesses entrelaçados; a problemática da Saúde na contemporaneidade, seus multideterminantes; o debate ético que envolve os prescritores; o direito que deve ser garantido através da concretude das políticas: planejamento, legislação, financiamento, estrutura. Discute-se ainda os limiares e possibilidades de interação entre a ação dos três poderes e o caráter

Individual/coletivo, público/privado neste contexto e introdução de mecanismos de mediação sanitária em busca da efetivação do direito fundamental à saúde.

Os caminhos metodológicos percorrem a revisão bibliográfica sobre o tema; pesquisa documental (documentos da política de saúde, publicações jurídicas acerca de demandas de saúde pública); pesquisa de dados (dados sobre judicialização) e informações sobre Políticas de Saúde no Estado da Bahia (fontes públicas e busca junto aos entes executivos); dados da Câmara de Conciliação da Saúde (extrajudicial); dados do corpo jurídico do estado da Bahia e município de Salvador (Defensorias; Ministério Público; Tribunal de Justiça da Bahia; Procuradoria Geral).

Configura-se este trabalho como uma pesquisa qualitativa analítica, com dados que talvez possam alinhar especificidades e complexidades, em que se insere a pesquisa que tem como objeto, advindo das ciências sociais, que busca capturar acontecimentos de curta, média e longa duração, em seu contexto social e histórico. As introduções de novas tecnologias, matérias-primas, formas de organização social e de produção promovem transformações nas bases da sociedade, da economia, definem relações com Estado e a sociedade. No campo da ciência, os avanços não mais podem ser avaliados por uma disciplina científica dada, e vem se apresentando por meio de soluções de problemas complexos que atravessam disciplinas. (MINAYO, 2014)

Há um debate aqui proposto, com dados de um recorte espaço-temporal, dinâmico, complexo e interdisciplinar, que busca revelar aspectos de dada realidade de forma crítica, revelando as formas de sua interação e articulação.

[...] articulação promissora entre dialética e hermenêutica, Habermas diz que 'a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica' (Habermas, 1987, p. 20), pois há tanta intransparência na linguagem, como na vida real, na qual poder e relações de produção opõem contraditoriamente pessoas, grupos e classes. A própria linguagem é um instrumento de dominação, necessitando, por isso, ser desmistificada e tornar-se objeto de reflexão: tanto a que é comunicada pelos informantes como a que é utilizada pelos investigadores. (MINAYO, 2014, p. 162)

O primeiro capítulo, intitulado “Judicialização da Política de Saúde no Brasil: impactos, desafios e princípios em debate” reúne o contexto da judicialização da saúde no Brasil, os impactos relatados e os princípios em debate, no que tangem o direito fundamental à saúde e as políticas instituídas no Brasil e constitucionais.

No segundo capítulo, o SUS é apresentado como política social, explora-se a construção e viabilidade das políticas públicas e como o arcabouço de formas de controle Jurisdicional interage neste contexto.

Na sequência, no capítulo denominado “Políticas sociais e intersetorialidade – as políticas na política de saúde”, amplia-se a composição complexa da política de saúde em suas relações de interdependência com outras políticas, outras disciplinas, setores para sua existência e concretização, para além dos seus múltiplos determinantes.

Diante do aumento da litigiosidade, na busca de garantia constitucional do direito à saúde, principalmente nas demandas por medicamentos a serem fornecidos pelo SUS, é apresentada reflexão sobre os efeitos que esta situação tem causado à execução das políticas públicas de saúde, no que se refere, principalmente, ao impacto financeiro ao sistema (ou o inverso), no capítulo denominado “Orçamento público, financiamento do SUS e impactos para política de saúde”.

Os resultados e análise são apresentados a partir do capítulo “Judicialização e Política de Saúde no Estado da Bahia”, com dados obtidos com partícipes envolvidos na judicialização no estado da Bahia, município de Salvador, em suas diferentes dimensões de atuação tanto no Poder Judiciário, como no Executivo.

2 JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: IMPACTOS, DESAFIOS E PRINCÍPIOS EM DEBATE

O contexto da judicialização da saúde, seus efeitos nas políticas públicas de saúde e possibilidades de efetivação de direitos, vem sendo estudados em crescente, nos últimos anos, e traz consigo uma discussão com diversos pontos de vista, considerações intersetoriais, discussão de funções e delimitação de poderes, efetivação de direitos sociais, com enfoque na complexidade da efetivação das políticas públicas de saúde na atualidade e o crescente fenômeno da judicialização que acompanha o desenvolvimento do SUS.

Tal situação pode ser analisada sob múltiplos fatores, de modo multidisciplinar e interdisciplinar, e como manifestação da questão social, que, sem provocação de discussão e debate sobre o contexto das demandas, pode gerar resposta individual imediata, porém sem garantia de efetivação do direito do ponto de vista de sua extensão e execução através de política pública.

Observa-se um aumento da litigiosidade na área da saúde na busca de garantia constitucional do direito à saúde, principalmente nas demandas por medicamentos a serem fornecidos pelo SUS e críticas quanto aos efeitos negativos que esta situação tem causado à execução das políticas públicas de saúde, no que se refere, principalmente, ao impacto financeiro ao sistema.

Das medidas requeridas para salvaguardar o direito do paciente constata-se também que a complexidade da estrutura do sus e o desconhecimento dos programas de saúde pública, por vezes, dificultam tal fim. As questões que envolvem as políticas de saúde e sua crescente judicialização podem transparecer a baixa capacidade da sociedade em estabelecer mecanismos de produção e controle social dos bens públicos.

Os direitos sociais instituídos como fundamentais, requerem sua efetividade através das políticas sociais, devendo prever o debate em torno do processo de judicialização da política, da cidadania e o controle social da ação do Estado. O direito fundamental, constitucional, garantiria a proteção do indivíduo diante do Estado que não estaria cumprindo seu papel, visto pelo desempenho dos seus Poderes Legislativo e Executivo, enfrenta dificuldades em efetivar justiça numa sociedade em que há disfunções que se configuram em crescente, no qual surge a necessidade de

afinamento de estratégias que auxiliem administrativamente a efetivação das políticas públicas, neste caso na saúde.

No Brasil, o debate constitucional dos pós-Segunda Guerra Mundial trouxe foco a necessidade de proteção da pessoa humana e da dignidade. O direito à saúde contemporaneamente é identificado como direito social, que envolve prestações positivas por parte do Estado, demandando investimento de recursos e organização institucional para sua efetividade. Contempla o propósito de garantir um mínimo necessário a uma existência digna (mínimo existencial), traduzido na disponibilidade de recursos materiais indispensáveis à satisfação dos postulados da justiça social, frutos do modelo de Estado de Bem-Estar Social. (BARROSO, 2009; CUNHA JÚNIOR, 2017) Assim como o legislador democraticamente legitimado

[...] deve concretizar o conceito indeterminado do mínimo existencial, cabendo ao Poder Judiciário um papel residual e excepcional de correção mediante uma tutela de evidência (quando da manifesta e comprovada violação dos parâmetros mínimos exigidos pela dignidade humana), está muito distante de ser assimilada e manejada pelos órgãos judiciários brasileiros, com destaque para o STF. (SARLET, 2017)

Na Constituição atual brasileira o direito à saúde busca efetivar-se através das políticas de saúde vinculadas ao SUS.

Efetivar o SUS como meta para os Poderes Legislativo e Executivo, não apenas como resposta à decisão judicial, é um desafio que tem motivado estudos críticos – efetividade de princípios de universalidade, equidade e integralidade previstos constitucionalmente.

A discussão contemporânea e dinâmica na realidade de países que optam pela cobertura universal de saúde (CUS) aponta desafios e foco na diminuição da pobreza, buscando tirar do orçamento de famílias, os cuidados de saúde, principalmente cerca de 100 milhões que vivem em situação de pobreza extrema. Segundo estimativa publicada pela World Health Organization (WHO), quase 12% da população mundial gasta cerca de 10% do orçamento familiar em cuidados com saúde. Estados membros das Nações Unidas buscam objetivo de atingir a CUS até 2030, como parte dos objetivos do desenvolvimento sustentável, estabelecidos em 2015.

A CUS refere-se a serviços de saúde essenciais, de qualidade, abrangendo desde a promoção até a prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Implica da assistência básica às mais complexas. Tratam causas mais significativas à população, com qualidade suficiente para melhorar condições de saúde. O

pressuposto traz a ideia de que com boa saúde, crianças aprendem mais e melhor, adultos tenham condições de desenvolver uma vida fora da pobreza, o que enfim, contribui para o desenvolvimento econômico de um país a longo prazo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022)

O SUS criado na Constituição de 1988 é pressuposto de avanço da cidadania, de valorização e elevação das políticas sociais, neste marco, garantidas constitucionalmente. Produto maior da Reforma Sanitária brasileira, decreta a universalidade e integralidade nas políticas de saúde do país, como direito que deve ser garantido pela implementação de políticas públicas que garantam este acesso.

Art. 196. 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, 2016, p. 118-119)

[...] saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis de seu pleno exercício. (BRASIL, 1990, p. 18055)

São fatores determinantes da saúde as condições de bem-estar físico-mental e social. (BRASIL, 1990)

São estabelecidos objetivos que, para atingi-los, torna-se necessária interação de outros sistemas, interações políticas e de diferentes setores.

A partir de então são exigidas reconfigurações político-sociais e administrativas para atendimento de um novo paradigma, através de instituições historicamente arraigadas em parâmetros autoritários e unilaterais de gestão – sem perspectiva de participação social –, seletivo em direitos e organizado administrativamente de forma hierárquica e as mudanças exigidas por uma constituição que privilegia o bem-estar coletivo, social, e o desenvolvimento da cidadania.

A crescente judicialização das políticas sociais é percebida desde o início do século passado, com o advento das Constituições do México (1917) e da Alemanha (1919), na medida em que as constituições passaram a incorporar em seus textos, objetivos e diretrizes políticas, transformando em questões jurídicas as questões de política. Do mesmo modo, a Constituição brasileira de 1988. Assim, as atividades políticas do Estado, qualificadas como questões jurídicas, passam a sujeitar-se ao crivo do Poder Judiciário. (CUNHA JÚNIOR, 2016)

O contexto da judicialização no Brasil é fruto de um processo de redemocratização do país, que culminou na promulgação da Constituição de 1988, na

qual algumas questões são disciplinadas em norma constitucional, transformando-se potencialmente em pretensão judicial. (BARROSO, 2004) Há maior nível de informação e de consciência de direitos, assim como aumento da demanda por justiça na sociedade brasileira. Há expansão institucional do Ministério Público e acesso ampliando-se pelas Defensorias Públicas.

Ao mesmo tempo há dificuldades do Estado Social com as garantias sociais, constitucionais e muitas questões têm sido alçadas ao Supremo Tribunal Federal, que tem desenvolvido protagonismo nas decisões institucionais no Brasil. Diversas questões estão nas manchetes de jornais e alçadas à visibilidade pública, o que contribui para a transparência, para o controle social, e, em última análise, para a democracia.

Em suma, a judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo. Inclusive, tendo o julgamento com maior visibilidade e debate público, em alguns casos, do que o processo legislativo que resultou da elaboração da lei. (BARROSO, 2004)

O STF, aqui citado por Sarlet (2017), afirma que

[...] o reconhecimento de direitos subjetivos originários a prestações assume caráter excepcional, justificando-se apenas quando verificado risco de vida ou violação do assim chamado mínimo existencial, vedando apenas medicamentos de caráter experimental. Além disso, o STF – nos casos referidos – afasta a objeção da reserva do possível nas suas diversas manifestações, valendo-se do critério do mínimo existencial e da proibição de proteção insuficiente para efeitos da ponderação nos casos concretos.

Isso posto, algumas semelhanças a decisões pela corte na Alemanha – afirmação do caráter excepcional, risco de vida e violação do mínimo existencial –, muitas decisões no Brasil talvez não tenham reforçado efetivo e igualitário acesso ao SUS e a integralidade e universalidade da cobertura e do acesso, expandindo-se em exceções que escapam ao que já tenha sido definido pela política pública vigente, em consonância com princípios constitucionais.

A gestão neoliberal, no Estado Moderno, vivenciada também no Brasil – considerando as divergências ideológicas e de gestão pelas instâncias federativas pelo país – tem se alimentado de estratégias de ação e alianças oligárquicas, que acabam por enfraquecer os coletivos populacionais. Há fortalecimento do direito privado, de direitos individuais, objetos de regras positivadas, constitucionalizadas,

porém incentivadoras de liberdades que garantam empreendedorismo e consumo, substituindo valores políticos pelo discurso da eficácia, vinculando a Constituição à ordem econômica, enfraquecendo assim os direitos sociais, de complexo atingimento, com medidas que garantam o funcionamento das regras de mercado. (SAUVETRE et al., 2021a) Haja vista problemas enfrentados pelos entes públicos em licitações fracassadas em fornecimento de medicamentos de menor custo, em detrimento da introdução e oferta facilitada de aquisição de novas tecnologias em saúde, não necessariamente testadas e aprovadas cientificamente pelos órgãos competentes e em acordo com princípios do SUS, principalmente no que diz respeito a integralidade e equidade. Também a inclusão de serviços cada vez mais privatizados em ação na prestação pública. Os custos para essas complexas e caras tecnologias muitas vezes superam os investimentos no desenvolvimento e aprimoramento do próprio sistema, quando se incorpora ou se adquire por decisão judicial um medicamento de alto custo, com evidências duvidosas, sem promessa de cura, em detrimento de serviços multiprofissionais, básicos, complementares, por exemplo, para uma mesma patologia. E quando não há serviço de acompanhamento ou protocolo vigente, não há como mensurar o efeito dessas decisões e impactos reais na saúde do indivíduo contemplado ou do coletivo afetado.

As reformas constitucionais, a exemplo das emendas nos últimos anos no Brasil, tem disputado medidas de democratização com limites à soberania popular, subjugo às medidas administrativas, com decisões legislativas e executivas limitadas a manobras do poder político, principalmente no que diz respeito à economia, limitando a conquista efetiva dos direitos sociais. A intervenção do judiciário no campo político, no Estado de Direito, reflete dificuldades para proteger os direitos do cidadão contra os arbítrios do Estado, e, à forma da lei, qualquer que seja seu conteúdo, vestem de legalidade as decisões e fortalecem o controle judiciário sobre os outros Poderes do Estado. (SAUVETRE et al., 2021a; 2021b)

Destaca-se, aqui também, a discussão sobre o ativismo judicial. São reconhecidas as dificuldades dos cidadãos ao acesso à saúde e aos seus direitos constitucionais. Inclusive, a própria execução/ou não execução/legislação da política vulnerar direitos fundamentais. Nesse sentido é legítimo o judiciário agir, mesmo diante da divisão de poderes, ponderando com outros direitos fundamentais ou princípios constitucionais, considerando seus limites fáticos. Toma decisões diante do mínimo existencial vulnerado, em escolhas ponderadas. As posturas de juízes que

buscam ação em aproximar o texto constitucional às prestações devidas pelo Legislativo e Executivo, se aproximam do contexto da judicialização da política vivido contemporaneamente, preservando o princípio democrático.

A crescente judicialização da saúde, por acesso a leitos, procedimentos e, principalmente para aquisição de medicamentos (PINHEIRO; ASENSI, 2015; TORRES, 2013), uma vez que estabelecida a vinculação com o direito à saúde, desde a criação do SUS, na Constituição de 1988, passa por sua não concretização, sua não efetividade sendo exigida através do Poder Judiciário. E nesse caminho, também cabe trazer à pauta um sistema em construção, que enfrenta os diversos obstáculos para sua implementação. Diante de liminares judiciais concedidas para cumprimento de demandas não alcançadas pelos indivíduos, a administração dos recursos tanto administrativos, estruturais como financeiros começam a mostrar colapso, incapacidade de organização e não atendimento à garantia ao direito previsto. Assim um ciclo tem se perpetuado em curva crescente. Segundo Barroso (2009), o sistema começa a apresentar sintomas de que pode morrer da cura.

Questões críticas colocam-se entre a defesa do direito individual e a defesa do direito coletivo e fontes de financiamento do sistema. Entram na discussão as definições e atribuições dos Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), o Poder Judiciário que tem sua atuação chamada à busca da efetividade das políticas públicas (CUNHA JÚNIOR, 2016) e o posicionamento dos magistrados respondendo às demandas nas quais nem sempre podem avaliar isoladamente, sem troca de informações, contextualização e interação interdisciplinar.

Em busca das razões da judicialização, das características dos pedidos, do teor das decisões e do conteúdo processual destacam-se alguns aspectos que já vêm sendo estudados no país e estratégias sendo criadas em nome da resolutividade.

Entre as demandas judicializadas encontram-se os pedidos por medicamentos fora da lista da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), sem inclusão em critérios definidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) pelo Ministério da Saúde (MS) e sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

São características encontradas nos processos de prescrições com nome comercial do medicamento – apesar de Denominação Comum Brasileira (DCB) e Lei dos Genéricos –, relatórios com frágil argumentação da necessidade de uso do medicamento solicitado em detrimento de outro existente na RENAME para

dispensação. Justifica-se preferência médica por medicamentos atuais, pressão de laboratórios por inserção de novas drogas. (TORRES, 2013)

Em estudo realizado, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) identificou características das demandas, como o foco curativo; predominância da litigação individual; tendência de deferimento final e na antecipação de tutela – na maioria dos casos, houve deferimento do pedido de antecipação de tutela sem pedido de informações complementares.

As secretarias de saúde que executam os orçamentos, planejamento aquisição e distribuição dos medicamentos referem dificuldades para efetivação do cumprimento das demandas judiciais, pautadas também na discussão da distribuição das responsabilidades de acordo com a estrutura definida pelo SUS.

Em estudo apresentado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), em 2017, gastos da União com processos judiciais relativos à saúde em 2015 somam R\$ 1 bilhão, caracterizando um aumento de 1.300% em sete anos. O fornecimento de medicamentos corresponde a 80% das ações, destacando alguns medicamentos sem registro no SUS, nem Anvisa, e fraudes para obtenção de benefícios indevidos.

Em todos os entes selecionados, além da União, a exemplo de secretarias de saúde e órgãos do judiciário de alguns estados e municípios, o fornecimento de medicamentos é preponderante nas ações contra o poder público e pelo maior volume de gastos. Ressalta-se que as ações têm predominância como mecanismos curativos – medicamentos e tratamentos – e não preventivos. Também são disputas judiciais a atendimentos individuais. Nesse estudo/auditoria há destaque para ausência de rotinas de coleta, processamento e análise de dados para acompanhamento e dimensionamento da judicialização, inclusive para subsídio para tomada de decisão. Não foram identificados mecanismos para detecção de fraudes e de padrões e inconsistências. A auditoria identificou boa prática da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, com utilização de sistema informatizado para coleta, processamento e análise de dados relativos à judicialização naquele Estado, que foi, inclusive, recomendada ao Ministério da Saúde. Apesar da iniciativa, o relatório aponta ainda para baixo impacto na redução das ações judiciais, de modo amplo. Também se constatou ausência de procedimentos sistematizados e regulados pelo Ministério da Saúde para ressarcimento financeiro a Estados e Municípios, quando estes custeiam ações e serviços de competência federal. (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2017)

Os serviços e profissionais que solicitam medicamentos referem demora na avaliação e incorporação de novas tecnologias – medicamentos, no caso, que são de responsabilidade da CONITEC no Ministério da Saúde –, e busca-se a validade dos estudos com qualificadas evidências científicas. A administração tem dificuldades para acompanhar o ritmo de crescimento das ações judiciais e acaba por gerar um atendimento ao cidadão diverso do estabelecido pelas políticas traçadas. (ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO, 2012)

O teor das decisões defere a garantia dos direitos individuais de acesso, mas os questionamentos dos impactos no coletivo caminham em paralelo, numa equação complexa de resolução no momento sociopolítico-econômico do país. Nessa ponderação para as decisões invoca-se o direito à vida e à saúde de uns *versus* o direito à vida e à saúde de outros, sem haver solução juridicamente simples. (BARROSO, 2009)

No Brasil entra em debate o princípio de proibição do retrocesso social, como instrumento para a salvaguarda do conteúdo material dos direitos fundamentais e elemento em busca da efetividade do direito à saúde, e objeções quanto ao princípio democrático, o argumento da realidade e reserva do possível. (ALVES, 2013) Os recursos públicos seriam insuficientes para atender às necessidades sociais, impondo ao Estado sempre a tomada de decisões difíceis. Investir recursos em determinado setor implicaria deixar de investi-los em outros. Alega-se o alto custo do medicamento, a impossibilidade de privilegiar um doente em detrimento de outros, bem como a impropriedade de o Judiciário intervir na política de administração pública. Tem tornado-se recorrente a objeção de que as decisões judiciais em matéria de medicamentos provocam a desorganização da administração pública.

Algumas objeções têm sido apontadas, diante da crescente intervenção judicial em questões que impactam a vida dos brasileiros. Citam-se os riscos à legitimidade democrática das decisões, uma vez que tomadas por representantes não escolhidos de modo direto pela população, sobre decisões daqueles que exercem mandato popular, e a falta de capacidade institucional do Judiciário para decidir determinadas matérias.

Em crítica à judicialização excessiva, Barroso (2009) aponta que, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, deixa claro que a garantia do direito à saúde se dará por meio de políticas sociais e econômicas, não através de decisões judiciais. A jurisprudência brasileira sobre concessão de medicamentos tem se apoiado numa abordagem individualista dos problemas sociais, quando uma gestão eficiente dos

escassos recursos públicos deveria ser concebida como política social, orientada pela avaliação de custos e benefícios.

Há diversos entendimentos sobre critérios para concessão de medicamentos, conhecimento da sua eficácia e de qual entidade estatal deve ser responsabilizada pela entrega. Desse modo, os processos acarretam superposição de esforços e de defesas, gerando, por vezes, disfuncionalidade da prestação jurisdicional. Os excessos e inconsistências que possam ocorrer poriam em risco a continuidade das políticas públicas, a partir da conseqüente desorganização da atividade administrativa, impedindo alocação racional dos recursos públicos. Sendo assim, a pretensão de promover direitos fundamentais de uns, poderia causar grave lesão a direitos da mesma natureza de outros tantos.

Nesse contexto, o CNJ relata o desenvolvimento de estratégias para estabelecer uma política judiciária para a Saúde, como o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, comitês estaduais de saúde e recomendações para decisões diante das demandas apresentadas. Parte-se do pressuposto de que a atuação do Judiciário é crucial para o resgate efetivo da cidadania e realização do direito à saúde, mesmo diante das tensões com a administração pública que tal exercício pode resultar. Procura-se superar o modelo adversarial e estabelecer uma forma de atuação mais comprometida com o caso concreto. (PINHEIRO; ASENSI, 2015)

3 SUS COMO POLÍTICA SOCIAL: POLÍTICAS PÚBLICAS E FORMAS DE CONTROLE JURISDICIONAL

No contexto deste estudo, interessa a introdução do Sistema Único de Saúde, criado após um movimento de reforma sanitária, que se gere em responsabilidades solidárias e se funda no Social para o Social. O direito, a justiça organizam-se nos mesmos parâmetros de valorização/garantias dos direitos fundamentais e da dignidade humana na busca da efetivação das políticas públicas.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes [...]

§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata. (BRASIL, 2016, p. 13-17)

Desde então os poderes executivo e legislativo vão organizando-se neste novo modelo, não sem enfrentar muitas dificuldades. Nesse trajeto, as dificuldades de materialização das práticas previstas pelo SUS, defendidas e explicitadas em suas políticas de gestão, de financiamento, de educação na saúde, de assistência farmacêutica, de humanização e tantas outras, expõem, na prática, falhas que geram impossibilidades na assistência aos usuários de modo integral e universal, e se elevam demandas judiciais para sua reivindicação.

Na identificação das características dessa realidade entre a assistência e a judicialização decorrente da falta dela, em avaliação mais crítica, desvela-se o desconhecimento do “roteiro” do fazer no SUS, garantido constitucionalmente, pelos próprios profissionais de saúde e falta de voz, tanto dos usuários como dos trabalhadores do sistema. Por outro lado, o Poder Judiciário é chamado à efetivação dos preceitos constitucionais e defesa dos direitos humanos, em crescente controle judicial das políticas públicas. (CUNHA JÚNIOR, 2016)

O SUS se estrutura de forma tripartite, com responsabilidades partilhadas entre as esferas de governo e tem estrutura legal para garantir o direito fundamental à saúde, no conceito mais amplo de bem-estar social. Prevê a participação social no planejamento, controle e monitoramento através dos conselhos, ouvidorias e auditorias.

Lenir Santos (2013, p. 21) discorre sobre a necessidade de as ideias-força dos SUS serem objeto do agir administrativo em coautoria com Carvalho:

Alguns dos elementos constitutivos do SUS são, por si mesmos, ideias-força para o agir político e administrativo dos responsáveis pela condução do sistema e, juntamente com outras ideias-força não privativas do marco teórico do SUS, devem revestir e permanentemente orientar práticas dos atos no âmbito do sistema e na interação deste com outras instâncias governamentais e com a própria sociedade. Exemplos dessas ideias instrumentos: 1) Unicidade conceitual do sistema. 2) A relevância pública das ações e serviços de saúde 3) O imperativo da representação do setor saúde no centro das decisões políticas que o afetam 4) O papel e competência 5) A descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização das ações e serviços 6) A participação da comunidade e o controle social na gestão do SUS.

No Brasil, na atualidade tem-se vivenciado descompasso entre as promessas contidas na concepção de políticas públicas de cunho social, no que tange seu aspecto normativo e a realidade de sua execução. O agir político e administrativo apontam dificuldades em unicidade, falta de compreensão de suas complexidades e aparentes impasses federativos. Mudanças administrativas foram ocorrendo, pensamentos de especialistas não necessariamente do corpo permanente do serviço público – assim como trocas constantes de servidores –, dependência de unidades federativas em divergência à repartição de competência conferida pela Constituição, autonomias federativas, dificultam consenso. (SANTOS, 2013)

A aplicação imediata, então necessária, dos direitos fundamentais, apresenta dificuldades na prestação, dependente de uma conduta positiva por parte do Estado, que, em sua omissão ou falha, torna direito do cidadão a exigência do seu cumprimento.

O termo “políticas públicas” tem natureza social e são entendidas como programas que determinam os caminhos para que se alcance determinados objetivos, fins previstos na Constituição Federal, de forma sistemática e abrangente. (GOMES, 2015) Envolve atividades executivas, normativas, reguladoras e de fomento. Sua regulamentação acontece através da própria Constituição Federal, leis federais, estaduais e municipais, assim como por normas editadas pelo Poder Executivo – que podem necessitar de filtragem constitucional. Estão sujeitas, desse modo ao controle judicial.

Em sua concepção, as políticas públicas possuem as dimensões normativo-hipotética e a de execução. Decorrem de escolhas, eleitas de forma multifatorial – social, econômico, político, cultural – e envolvem diversos ramos do conhecimento humano. Representam atuações do Estado voltadas a desígnios relevantes para a comunidade, seja produzindo efeitos coletivos ou sobre experiências privadas.

Em sua execução estão previstas ações entre a esfera pública e a privada, como meios para atingimento de direitos no Estado de Direito brasileiro. As falhas no seu cumprimento mostram-se como defeito em uma de suas dimensões, sujeito a correções devidas (administrativamente e, principalmente judiciais).

A concreção da política pública passa pelo primeiro momento de atos viabilizadores – portarias, ordens de serviço etc. – e consequentes ações concretas. Para o alcance de seus fins, as políticas públicas preveem metas, estabelecendo para onde devem fluir as atividades do Estado e particulares, assim como os resultados que buscam ser alcançados e seus caminhos a serem trilhados. Suas metas levam tempo a serem atingidas e não devem ser circunstanciais ou episódicas, referem-se a direitos fundamentais de complexo atingimento.

Nos estágios de sua existência, a saber, a formulação, implementação e avaliação devem estar previstas nos instrumentos normativos pertinentes. A avaliação é fase relevante para a continuidade da política, implicando sua revisão e, se necessário a mudança de rumos.

O preparo mínimo, então, que seria exigido para que exista juridicamente uma política pública, segundo exposto por Gomes (2015):

- a indicação do problema/conjuntura a ser enfrentada;
- a enumeração de metas, resultados ou objetivos;
- o apontamento dos meios humanos suficientes para obter os resultados;
- a indicação dos meios materiais necessários a atingir as metas;
- o apontamento da origem dos recursos financeiros e orçamentários, bem como o montante para dar conta da finalidade;
- a existência de instrumentos de controle para aferir os resultados alcançados;
- documentos jurídicos complementares, necessários para regular a matéria, tornando-a operativa;
- a divisão dos atos ao longo do tempo – a temporalidade, ou seja, o prolongamento no tempo, que implica a realização de uma atividade e não de um simples ato.

Constituem-se empecilhos ao se constituir uma política pública quando existem dúvidas quanto aos limites de atuação dos entes responsáveis para desenvolvê-la, o que compromete a segurança jurídica e a realização dos objetivos de interesse público.

As políticas públicas têm princípios reitores e diretrizes que garantem coerência e unidade, influenciando comportamentos legislativos e administrativos e conformam a interpretação de diferentes normas componentes da política.

O ajuste entre o que é efetivamente praticado e as previsões normativas carece de avaliação permanente a despeito dos elementos que compõem a política e seu alcance a contento.

Para conhecer o alcance das normas que compõem as políticas públicas não se prescinde de pesquisa circunstanciada, ponderação dos princípios envolvidos e de argumentos que explorem os aspectos relevantes para a construção da política.

As políticas públicas, então, constituem-se formas de efetivação de direitos sociais e sua não execução ou falha, sujeitos à judicialização.

Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. (BARROSO, 2008)

O direito à saúde contemporaneamente é direito social, que exige prestações positivas por parte do Estado e demanda investimento de recursos e organização institucional para sua efetividade. Contempla o propósito de garantir um mínimo necessário a uma existência digna (mínimo existencial), traduzido na disponibilidade de recursos materiais indispensáveis à satisfação dos postulados da justiça social, frutos do modelo de Estado de Bem-Estar Social. (BARROSO, 2009; CUNHA JÚNIOR, 2017)

Na Constituição Federal de 1988 o direito à saúde busca ser garantido através da política de saúde que descreve e organiza o SUS:

Art. 196. 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, 2016, p. 118-119)

[...] Saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis de seu pleno exercício. (art. 2º. Lei 8080, de 1990). São fatores determinantes da Saúde as condições de bem-estar físico-mental e social. (BRASIL, 1990, p. 18055)

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes[...]

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. [...]

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei [...]. (BRASIL, 2016, p. 119)

A política de saúde, constituída como SUS, tem como princípios:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, 2023)

E princípios organizativos:

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser

fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. (BRASIL, 2023)

São diretrizes previstas no artigo 198, cap. II, da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2016):

- I Universalidade de acesso;
- II Integralidade de assistência;
- III Preservação de autonomia das pessoas;
- IV Igualdade de assistência;
- V Direito à informação;
- VI Divulgação de informações;
- VII Utilização da epistemologia para estabelecer prioridades;
- VIII Participação da comunidade;
- IX Descentralização político-administrativa (descentralização e regionalização);
- X Integração em nível executivo das ações;
- XI Conjugação dos recursos financeiros, tecnologias materiais e humanas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- XII Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Observa-se, desse modo, a complexidade de construção e de atos para a execução da Política de Saúde no Brasil, considerando ainda, as demais políticas que a compõe e interagem na realidade desta execução. Sejam elas as políticas de gestão, de financiamento, de educação na saúde, de assistência farmacêutica, de humanização e tantas outras.

Tais políticas e suas normativas têm sido alteradas nos anos de sua implementação, o que gera necessidade de uma agilidade no acompanhamento, na divulgação e no conhecimento por parte de todos os operadores de sua realidade e do seu monitoramento.

A exemplo, na política de saúde, é crescente a judicialização das demandas pela aquisição de medicamentos pelo SUS, sendo estas entregues direito à saúde, constituído pela CF de 1988, estabelecido por política pública, porém por caminhos determinados por diversas leis, portarias e decretos, em forte dependência do setor econômico, das competências profissionais multidisciplinares e relações políticas.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Tal decreto estabelece que o acesso universal e igualitário aos medicamentos dar-se-á de modo vinculado à RENAME, de acordo com os PCDT. Essa relação compreende a seleção e padronização dos medicamentos indicados para doenças e agravos no âmbito do SUS, sendo que somente o Ministério da Saúde pode estabelecer regras diferenciadas para o acesso a medicamentos do componente especializado (chamados de “alto custo”). No decreto também se estabelece que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe que o usuário seja assistido por ações e serviços do SUS, que o medicamento seja prescrito por profissional de saúde no exercício regular de suas funções no SUS, e que a prescrição esteja, então, em conformidade com a RENAME e os PCDT ou, ainda possível, com relações complementares de medicamentos estabelecidas pelas gestões estadual, distrital ou municipal. (BRASIL, 2011a)

A Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004, pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, traz ainda:

XII – estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde incluindo os medicamentos

XIII- promoção do uso racional de medicamentos por intermédio de ações que disciplinem a prescrição a Dispensação e o consumo. (BRASIL, 2004, p. 53)

O exame das regras estruturadas da política permite verificar se dela decorrem direitos ou se a conduta do ente público está constitucionalmente adequada como ponto de partida para sua construção (ente legislador ou administrador) e a verificação de sua higidez normativa ou concreta, através das regras que a compõem (pelo operador jurídico), podem minimizar conflitos à posteriori do andamento na realidade social onde a política se propõe a organizar e efetivar. (GOMES, 2015)

Mesmo força normativa dos princípios depende, em grande parte, das regras que funcionam como fatores decisivos para a concretização de preceitos mais gerais [...] assim, os mandamentos menos genéricos, formados a partir do debate parlamentar nas casas legislativas, possuem importante função de estabelecer, com maior precisão e taxatividade, as normas fundamentais do sistema, tornando-as mais efetivas. (GOMES, 2015, p. 105)

Na perspectiva de avaliação de políticas e programas de saúde, tratada por Ligia Maria Vieira da Silva (2014, p. 16), considerada como:

[...] um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço, valor da referida intervenção ou do seu produto, para seu aperfeiçoamento ou modificação,

Os objetivos dependem de quem formula a pergunta. Sendo assim, são esperados objetivos apoiados em um planejamento racional, o que pode não ser o caso das políticas de saúde, visto que possuem outros determinantes que não apenas a razão, como necessidades de legitimação pautadas por gestores para tomadas de decisões tanto para aumentar o controle sobre determinada intervenção, como para satisfazer exigências de organismos financiadores – que abre-se na atualidade às múltiplas participações privadas na saúde pública, iniciativas e benefícios de laboratórios etc.

Outro aspecto quanto à abordagem na avaliação em saúde são as diferentes posições ocupadas pelos agentes, que influem nas formas de interpretar e operacionalizar os objetivos estabelecidos e o contexto das decisões a serem tomadas. As práticas sociais também exercem fortes influências nestes aspectos.

Assim, a constituição jurídica e a realidade político-social necessitam de adaptação, de ajuste entre a realidade despida de elementos de normatividade e a normatividade esvaziada de elementos da realidade. A norma constitucional não tem existência autônoma em face da realidade, mesmo porque só se concretiza quando

aplicada à realidade. Deste modo, a pretensão de eficácia não pode ser separada das condições históricas de sua realização. (HESSE, 1991)

Algumas das críticas, aos efeitos da judicialização da política de saúde, recaem sobre a demora na avaliação e incorporação de novas tecnologias – medicamentos, no caso, que são de responsabilidade da CONITEC no Ministério da Saúde –, referida por profissionais e serviços que solicitam medicamentos, e busca-se a validade dos estudos com qualificadas evidências científicas. Por outro lado, a administração tem dificuldades para acompanhar o ritmo de crescimento das ações judiciais e acaba por gerar um atendimento ao cidadão diverso do estabelecido pelas políticas traçadas, a partir do desarranjo orçamentário no cumprimento destas demandas. (ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO, 2014)

Diante desses conflitos, da busca pelos parâmetros normativos e sua relação contextual, até mesmo para melhor entendimento, se o descumprimento administrativo gerou o desarranjo orçamentário ou o contrário.

A política, que pretende se realizar na pretensão de eficácia de normativa constitucional, não se separa das condições históricas da sua realização. A Constituição impõe tarefas que só se realizam se houver vontade de concretizar tal ordem.

A política de saúde surge de um desenho de arranjo institucional, sempre em construção, singular e nacional. Um pacto, busca de unidade na diversidade, com possibilidades de colaboração, de negociação em conflitos, via estrutura federativa. No caso brasileiro, um federalismo simétrico, onde as unidades federativas são consideradas iguais em capacidades, os recursos estão sob as mesmas regras. Na prática, diferenças regionais, político-socioeconômicas, num país com as dimensões do Brasil, torna este fluxo bastante complexo.

O conceito é ligado à democracia, e depende de não apenas um arranjo entre entes federativos, mas entre Estado e Sociedade, a ser pactuado, de acordo com a Constituição de 1988. (VIII..., 2020)

Do previsto na Constituição à atualidade, observam-se avanços na ordem social, na construção de proteção social, porém sem respectivo avanço na área tributária. Há um estrangulamento entre o avanço na socialização e uma estrutura tributária regressiva, que não tributa para pagar os direitos previstos, não havendo assim, pactos, mas canalização de interesses.

Após o momento de pandemia (2019/2020/2021), atravessado pelo país e pelo mundo, a tensão é crescente na questão federativa. Há negação de recursos,

estabelecida dualidade entre saúde e economia, protagonismo de governadores, serviços civis tomados por militares, descaracterização de capacidades técnicas, a atenção hospitalocêntrica mantida e reforçada, em conseqüente incapacidade para atender igualmente e afastamento dos pactos, que supunham-se desenvolver. Deste modo há um direito que não se realiza, tomando política de Governo o lugar de política de Estado. (VIII..., 2020)

No contexto brasileiro, pelas políticas públicas, entendidas como fenômenos sociais complexos, dependem de diversos fatores e momento histórico e, coesão social para acontecerem de fato. Mas o SUS, na atual crise do federalismo, sobrevive pelos movimentos sociais, pelos trabalhadores da saúde. Há fragmentação e frustração na criação e funcionamento em rede e na regionalização, além do subfinanciamento. O desenvolvimento baseado em políticas públicas, carece de uma política unificada, um projeto contra desigualdades, em defesa do público (VIII..., 2020) Dando continuidade a essa reflexão, é possível dizer que a contrarreforma tensionada pelo neoliberalismo, tem ameaçado a democracia, marcando uma atual falta de “prescritores de Políticas Públicas”. (VIII..., 2020)

A pandemia num primeiro momento colocou em evidência a alta complexidade, necessidade de leitos para tratamentos complexos e longos, minimizando a atenção básica e ignorando a necessidade de acompanhamento das pessoas que se curaram. Depois as discussões voltaram-se para os mecanismos de prevenção, à medida que surgiram, estando ainda em pauta o fortalecimento das estratégias para vacinação e prevenção/modos de enfrentar possíveis novas pandemias.

Há dificuldade em monitorar orçamentos públicos, desmonte do SUS, desvalorização do público e incremento das privatizações, inclusive apontando as mudanças nos modos de contratação de pessoal para trabalho na saúde, fora dos moldes previstos de concurso público.

O conhecimento das realidades setoriais, concretas, e não apenas o projeto de uma situação ideal, é um aspecto essencial para compreender como as políticas de saúde interagem com a realidade, que efeitos causam e como essas realidades afetam a elaboração da prática.

Apenas definir objetivos não é suficiente para construir políticas efetivas, é necessário também compreender os problemas setoriais e desenvolver ferramentas concretas de ação. Políticas podem afetar e ser afetadas por outras áreas e por outras relações econômicas, políticas ou culturais. (FLEURY; OUVÉRY, 2012)

3.1 CONTROLE JUDICIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE

A política de saúde, como política pública, objeto de demandas populares e caminhos para o atingir direitos sociais e fundamentais, constituem-se em normas jurídicas, além do planejamento e execução, previstas constitucionalmente. É política juridicizada, e, portanto, judicializada quando sua prestação é insuficiente para a eficácia dos direitos.

Nesse contexto o sistema jurídico é cognitivamente aberto às questões políticas e tem sido criticado pela insuficiência de meios, ou de atividade em descompasso pelo excesso de formalismo, vem passando por mudanças. (CAMPILONGO, 2011)

É esperado que o Estado seja capaz de garantir coesão e controle sociais, mas no modelo social, objetivos valorativos devem ser perseguidos também pela coletividade.

Ao sistema jurídico, cabe a tarefa de garantir e manter as expectativas quanto aos interesses tutelados pelo direito e oferecer respostas claras e justificadas nos casos de conflito, tendo referência normativa. Já o sistema político opera com informações e instrumentos mais numerosos e adequados, com mais profundidade para iniciar, ajustar ou interromper seus programas de governo, tratando de decisões mais globais, em contraponto ao sistema jurídico que trata de decisões mais isoladas, do ponto de vista do chamamento ao controle da legalidade constitucional do ato em questão. (CAMPILONGO, 2011)

A ação do judiciário dar-se-á no Poder Executivo na formação, controle e implementação das políticas públicas e no Poder Legislativo, sobre o controle da constitucionalidade das leis.

A politização da magistratura tem se traduzido em maior independência e criatividade do juiz. Porém, isto não significa juiz parcial, apartado da lei e substituto da política.

O juiz-político continua imparcial e não cede às pressões de grupos e partidos; continua limitado e vinculado à Constituição, de modo que sua politização é tão-somente expressão, numa sociedade complexa, de um aumento das possibilidades de escolha e decisão, e não de um processo de negação ou recusa da legalidade constitucional; continua, enfim, a cumprir a sua precisa função constitucional. (CUNHA JÚNIOR, 2016, p. 156-157)

A judicialização, nesse sentido, pode contribuir para o alargamento das ações e serviços disponibilizados pelo Estado e para a própria revisão da política que vem se desenvolvendo (KRELL, 2002), se tal leitura puder ser alcançada pelos demais poderes e não se perpetue em adversariedades.

Ora, se a eficácia dos direitos está também atrelada à prestação dos serviços, é preciso, no Estado Moderno, de um sistema de freios e contrapesos para tal alcance. Neste sentido, é necessária uma leitura crítica de como a realidade social se comporta por trás dos conflitos de interesses que devem ser dirimidos, e clareza se o questionado é conteúdo material de normas legais ou atos administrativos.

Há questões que se colocam nas demandas da política entre a omissão e a tomada de medidas insuficientes por parte do legislador e/ou do . Desse modo, pode tornar-se mais clara a trajetória na efetivação do direito à saúde, caminhando da punição para a responsabilização para tal efetivação.

Não sendo possível demonstrar objetivamente uma falha na política pública que demonstre o extrapolar de limites aceitáveis de atendimento aos interesses coletivos e individuais, estar-se-ia adentrando ao núcleo essencial da atividade dos demais poderes.

Sob a ótica de alguns, a separação dos poderes acabou por servir, noutras épocas, ao fortalecimento da Administração Pública, mero pretexto para torná-la imune ao controle judicial [...]. A ideia em si não está superada, mas apenas precisa ser vista sob uma nova perspectiva [...] o foco da atuação judicial desloca-se, pois, da separação pura e simples dos Poderes para a necessidade de proteger e concretizar os direitos fundamentais, por isso sistema adotado no Brasil não seria o da 'Separação de Poderes', mas sim do 'balanceamento dos Poderes'. (GOMES, 2015, p. 67)

No sentido de o Judiciário não substituir o legislador em suas escolhas em que tem primazia, mas exigir que os demais poderes funcionem e atendam aos direitos fundamentais, que conformam as políticas públicas, há que se permitir e ampliar o diálogo institucional, levando em conta as implicações dos julgados sobre o funcionamento das demais esferas do Estado e os seus fundamentos.

Os itens, componentes de uma política, podem funcionar como parâmetros de controle, contextualizando, assim, as demandas coletivas dentro do universo de causas.

Algumas orientações têm aproximado o contexto aos parâmetros de julgamento, a citar, referentes à política de saúde, como a Recomendação nº 31/2010 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ):

[Ementa:] Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. [...]

I. Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais 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;

b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:

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 insumos 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 laboratórios, 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 [...]. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010, p. 4-5)

Segue a Decisão do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), em 2018:

A primeira Seção do STJ, em 25.4, concluiu o julgamento de recurso repetitivo, estabelecendo requisitos (critérios) para que o Poder Judiciário determine o fornecimento de remédios fora da lista do Sistema Único de Saúde (SUS).

Importa anotar, todavia, que os critérios fixados, em virtude da modulação dos seus efeitos, só serão exigidos nos processos judiciais distribuídos a partir dessa decisão.

Em síntese, restou decidido que o Poder Judiciário poderá determinar ao poder público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que presentes, cumulativamente, os seguintes requisitos:

1 – Seja comprovado pela parte autora, mediante laudo médico fundamentado e devidamente circunstanciado (da lavra de médico que assiste o paciente), de que o medicamento pleiteado lhe seja imprescindível, necessário também demonstrar a ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o efeito do tratamento pretendido;

2 – A demonstração da incapacidade financeira do demandante (paciente) de arcar com o custo do medicamento prescrito; e

3 - Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (SCARLET, 2018)

Lenir Santos, em publicação datada em 2021, faz uma sistematização e análise das teses firmadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF), deste modo ampliando compreensão do pensamento jurídico da Corte Superior sobre o direito à saúde em possíveis entendimentos da integralidade prevista para a atenção à saúde, que ainda possui conceito jurídico impreciso e necessita de balizas para sua contenção. Há responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Decisão na Suspensão de Tutela Antecipada (STA) nº 175, de 2009, reiterada no julgamento do RE 85.5178 – destaca observância ao Decreto nº 7.508, de 2011 (SANTOS, 2021) pactuações oriundas das comissões intergestores de âmbito nacional, estadual e regional pelo contrato organizativo de ação pública da saúde. Tais acordos proveriam maior segurança jurídica às decisões consensuais pactuadas: “[...] É vedado tratamento diferenciado a título de acomodação hospitalar ou escolha de médico no SUS. RE nº 58.1488. [...] O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. RE 657718”. (SANTOS, 2021, p. 810-811) – o que contraria normas específicas que estabelecem circulação de medicamentos registrados no órgão competente, com eficácia e segurança comprovadas e registro na ANVISA, nos termos da Lei nº 6.360, 1976 e da Lei nº 9.782, de 1999.

[...] A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. RE657718.

[...] É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao na Lei n. 13411/2016), quando preenchidos os requisitos da existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras; da existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e da inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

[...] O Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo pleiteados judicialmente quando não constarem das relações oficiais de medicamentos do SUS, RE 566471. (SANTOS, 2021, p. 811-813)

Tais recomendações e estabelecimentos de critérios começam a ampliar o contexto de entendimento para o atendimento às demandas que, de fato, se necessitam corrigir para garantia do direito e sobrevivência do sistema. Todavia são critérios que partem de entendimento de reparação da política pública de saúde, ainda curativa. As demandas ainda se apresentam com características de pedidos de medicamentos sem registro na Anvisa para comercialização no Brasil, aponta-se pouca busca de informação de evidência científica segura, validada no país, no caso, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), ou

ainda validada pelos órgãos competentes em outros países, sob o risco da falta de garantias do uso para a segurança de saúde do solicitante.

O acesso diante a incapacidade financeira busca por equidade, visto que dados de parte das demandas foram oriundas de serviços privados e pacientes que possuem planos privados, que acessam uma complexidade mais elevada na saúde, custosa para todos, e o elevado custo de certos medicamentos, muitas vezes desproporcional a maior parte da renda possível aos brasileiros. Tais custos e estratégias de comércio no âmbito dos insumos da saúde, é outro aspecto que necessita ser avaliado com cautela. Porém, priorizar acesso aos que não têm renda pode buscar equidade, porém divergir do princípio da universalidade (para todos).

No caso da saúde ainda, a prestação material não se limita a equipamentos físicos para sua efetividade, como hospitais, aparelhos, tecnologias, mas também fluidez nos processos que permitem o acesso e a ação, como disponibilidade e organização de pessoal para tal, organização de fluxos, possibilidades de comunicação para o *timing* adequado desta prestação, que, tardia, perde seu efeito. Tais medidas dependem de gestão de orçamento, mas também de organização administrativa.

A política de saúde, assim como as demais políticas sociais, está sujeita à múltiplos determinantes, às vezes contraditórios, e assume a saúde como um direito inerente à condição de cidadania. A cidadania vista como a dimensão pública dos indivíduos, que se pressupõe integrados e cooperativos na comunidade política, enquanto autônomos, isolados e competitivos na dimensão privada. (FLEURY, OVERNEY, 2012)

O arcabouço constitucional aproxima a cidadania da igualdade, redução de dominação e privilégios. Essa igualdade expressa-se na estrutura básica do direito moderno, em contraponto à existência das desigualdades que permeiam relações de classe, raça, gênero, étnica, e outras formas de estratificação de coletivos. O conceito de cidadania, então, vem sendo reconstruído, como categoria central da modernidade, ainda que em parte institucional e em parte abstrata (DOMINGUES, 2002), vinculado à liberdade, ao exercício de direitos individuais e coletivos.

O Estado moderno, constituído assentado no discurso dos direitos, configuração dos direitos civis, em sua “evolução” histórica aos direitos políticos/sociais, desenvolve uma cidadania política enfrentando problemas.

Bobbio (1997 apud DOMINGUES, 2002, p. 101) levanta a situação que seria confusa, dos direitos sociais, referindo-se aos direitos fundamentais ao trabalho, à educação e à saúde, enquanto não seria claro sobre o que se legisla na medida em que as diferenças entre as pessoas precisariam ser levadas em conta para que estes sejam implementados.

Os direitos sociais demandam intervenção ativa do Estado na vida social. Implicando a cidadania em igualdade social, a diferença de classes no capitalismo assentando-se em desigualdades, estabelece-se então tensão crescente entre estes dois princípios de organização da vida social.

Marshall, tecendo a considerada teoria clássica da cidadania, colocando em linha evolutiva os direitos civis, políticos e sociais, considera a fluidez do conceito dos direitos sociais, que mobiliza elementos cuja articulação não se mostra clara de imediato. O caráter universal atribuído aos direitos sociais, aos indivíduos e aos coletivos, permite que o Estado some renda nominal ou garanta um certo número de bens e serviços básicos. Há então fatores que podem definir em que medida a igualdade se efetivará através destas provisões: o benefício será oferecido a todos ou somente a um grupo específico; se adquire forma de pagamento em espécie (auxílios, bolsas) ou de serviços (acesso gratuito) e, como serão levantados os recursos para proporcionar tais benefícios.

Sendo os direitos sociais universais, permitem benefícios aos que estão em determinado limiar de baixa ou nenhuma renda, mas também aos que a tem elevada. A questão centra-se na igualdade de *status*. Os direitos individuais estão mais subordinados a um planejamento geral, ao considerarmos as políticas públicas que definem os rumos do financiamento e planejamento da oferta dos serviços e/ou benefícios, embora sem capacidade de satisfazer inteiramente as diversas demandas.

Aqui, ao considerarmos a continentalidade de países, como o Brasil, suas desigualdades e histórico de regimes de governo, mais complexa se torna a efetividade dos direitos que visam garantir as consideradas condições de cidadania. Nesse sentido, como equalizar de modo justo o indivíduo e o coletivo, traduzido nas políticas sociais?

Nesse ponto, caminha o objeto deste estudo, no contexto brasileiro, com uma política de saúde como política social, com princípios fundantes de equidade e universalidade, em dificuldade de implementação e execução, sendo levada à crescente judicialização.

Desenvolver análises e buscar compreensão dos fatores do em torno da judicialização diante dos seus efeitos nas políticas de saúde, o seu inverso (no que a execução das políticas de saúde demanda judicialização) e possibilidades de efetivação de direitos diante da configuração constitucional brasileira e a Política de Saúde vigente e das interações entre os sistemas, e graus de participação da sociedade civil e da sociedade política.

Considerando o fenômeno da judicialização da saúde um sintoma da questão social, manifestação da não-efetivação de direitos constitucionais, agente de busca de efetivação das políticas públicas no país, ao mesmo tempo promotora de garantias, mas em risco potencial de esgarçamento de capacidades ainda não firmadas na Democracia brasileira: capacidade dialógica entre poderes, capacidade executiva interdisciplinar, posicionamento cidadão de valorização do público, dos direitos e deveres tanto individuais como coletivos, capacidades de planejamento e responsabilidades orçamentários partilhados entre entes federativos, entre público e privado, num sistema capitalista. Analisar as condições de efetivação de direitos passa por uma leitura interdisciplinar da questão social, do paradigma constitucional em consolidação, que também passa por leitura sociológica da relação da coesão social e a lógica econômica nacional e globalizada.

Retomando a cidadania estabelecida na relação entre Estado e cidadão, no tocante a direitos e obrigações, teorias da sociedade civil apontam que instituições mediadoras entre cidadão e Estado adicionam compreensão desta relação uma gama variada de possibilidades.

A noção de sociedade civil na leitura de Habermas (1995 apud VIEIRA, 2001), trata do espaço público, interação de quatro esferas da sociedade: privada, de mercado, pública e estatal, permitiram a conexão entre os conceitos de sociedade civil e cidadania. O papel do agir comunicativo como preponderante no processo dialético que pode legitimar o poder administrativo através do caminho do direito por mecanismos participativos que busquem garantir o sistema de direitos fundamentais assegurados pela Constituição. A ação orientada para o entendimento mútuo ganha cada vez mais independência dos contextos normativos. Habermas desenvolve uma teoria explicativa da sociedade contemporânea, sua inter-relações sistêmicas e os processos de socialização.

Num sistema de proteção social, que se constitui histórico e dinâmico, há que ocorrer interação com transformações sociais, econômicas, políticas, culturais, dentre

outras, através de processos de mobilização e reestruturação para que desempenhe seu papel na garantia do bem-estar das populações. Nesse sentido, o diálogo interinstitucional, entre poderes e com a sociedade, precisa manter-se vivo e atuante através de mecanismos que lhes dê legitimidade.

A solução judicial poderá ocorrer sob ponderações, mas segundo seus códigos, sua estrutura, sua função primordial, o que, pela configuração atual brasileira, vai encontrar limites na articulação entre os poderes. Encontrará limites em sociedade liberal que preza o individualismo e cega aos limites ou caminhos do capital nos arranjos institucionais, no sistema de regras vigentes, suas influências, arranjos institucionais que definem as tomadas de decisões políticas, que definem financiamentos, destinação de recursos. Apresenta-nos uma democracia de fato pouco participativa ou deliberativa.

A ideia da justiça social prescinde de direitos civis, direitos políticos e direitos sociais. Talvez de novas classes de direitos rumo à redução de desigualdades produzidos pelo capitalismo, à abrangência de heterogeneidades. Direitos sociais podem garantir participação na riqueza coletiva, mas dependente de uma máquina administrativa eficiente pelo Poder Executivo. (CARVALHO, 2004)

Considerando a diversidade inerente às sociedades democráticas contemporânea, o indivíduo portador de direitos inalienáveis tem direitos de liberdade e igualdade em um contexto de suposta cooperação social. Há que se considerar, porém, que nem todos têm mesma ideia de bem. Desse modo, é relevante o esforço em conceber um modelo de sociedade bem ordenada onde se possa assegurar a cooperação na diversidade e, partindo-se desta premissa, uma concepção única de justiça evidencia-se inviável.

Uma teoria democrática expansiva reivindica aumento da participação coletiva nas decisões e uma maior interação entre cidadãos e instituições. Reivindicam equilíbrio entre direitos individuais, direitos do grupo e obrigações. (LAVALLE, 2003) Tal proposta perpassa a concepção do SUS, porém para tal, uma gama de considerações se faz necessárias, tais como, ajustes nos modos de trabalho e remuneração, caracterização de demandas, regionalização das práticas, participação social. Essa concretização encontra certo apoio legislativo, mas fragiliza-se nas políticas que vão interagir para estas efetivações – como financiamento, contratações de pessoal, por exemplo).

A cidadania não pode mais ser vista como um conjunto de direitos formais, mas como um modo de incorporação de indivíduos e grupos ao contexto social, com oportunidade de se analisar os sistemas econômicos e políticos de diversos países (numa perspectiva comparativa), visando auxiliar o desenvolvimento dos direitos, sobretudo os direitos de participação. A previsão de conflitos ideológicos precisa constar nesta “receita” de cidadania, que presume a existência de uma sociedade civil inserida em redes e conexões entre pessoas e grupos, e ainda normas e valores que exerçam papel significativo na vida social. E neste “alinhamento” institucional e social, encontra-se hoje diante de uma encruzilhada de caminhos incertos buscando meios para reconstrução para se adequar às exigências dos novos tempos.

Há mais de uma década vêm se avultando indícios do descompasso entre a concepção tradicional da cidadania e a capacidade do Estado para promover a equidade e para garantir a universalidade de direitos já cristalizados, ou, para dizê-lo em termos mais drásticos, velhos consensos sobre o valor da (des)igualdade esvaíram-se e a própria definição da ideia de cidadania tornou-se, pela primeira vez, objeto de disputa normativa no campo do debate acadêmico.

Talvez uma questão relevante para a qual caberia atentar é o fato de a entronização da cidadania como categoria nevrálgica do debate político e teórico nos últimos anos responder tanto à presença de forças desestabilizadoras da concepção tradicional quanto a uma disputa ainda incerta pela redefinição de seus contornos e novos conteúdos substantivos; disputa, aliás, protagonizada por atores políticos, estatais e sociais com orientações ideológicas diferentes. (LAVALLE, 2003, p. 91-92)

Uma combinação complexa de fatores impacta a capacidade do Estado para institucionalizar volumes conflitantes de interesses populares e para impor decisões vinculantes. Há um acirramento da desigualdade social (ex.: o alastramento do desemprego estrutural), uma redefinição do papel do Estado e conseqüente retração no plano da intervenção social com crescentes limitações fiscais da ação pública. Mostra-se um panorama com restrições para ampliação da cidadania e para preservação da sua substância já cristalizada em direitos.

A ressignificação da cidadania exprime de forma emblemática os desafios do presente: de um lado, seu alargamento conceitual aponta para a necessidade de redefinir os termos da convivência nas sociedades democráticas; do outro, sua “inflação normativa” evidencia a ausência de respostas e de alternativas de encaminhamento material. Esse quadro assemelha-se ao que ocorre com volumosa judicialização da saúde na atualidade.

Para além das acomodações práticas possibilitadas pela surpreendente flexibilidade da cidadania, o desafio enorme reside em encontrar novos modelos que possibilitem não apenas preservar defensivamente a equidade, mas ampliá-la com efetividade universal sem abrir mão da diferença. (LAVALLE, 2003, p. 92)

Nesse contexto, evidencia-se a exigência de cidadania não apenas do usuário que procura um serviço pontual, um direito seu, mas também de profissionais, gestores, legisladores, magistrados, no conhecimento de seus direitos e deveres no Estado democrático de direito.

O funcionamento do SUS prescinde democracia e cidadania, funcionamento em rede, integralidade, comunicação entre entes, controle social, gestão tripartite, responsabilidades partilhadas. A falha nas políticas públicas – lugar do SUS como política pública – aponta para uma falha na capacidade dialógica, de negociação, de verificação e busca de soluções das necessidades da população em seus diversos níveis.

O SUS como política pública que prevê controle social, não tem alcançado este diálogo em todas as suas pontas. Na sua materialização, o Poder Judiciário, através do papel das Defensorias Públicas e do Ministério Público, tem sido as portas para este acesso. Alguns estudos apontam para entes envolvidos na prestação e na judicialização dos serviços em saúde caminhando para uma linha de atuação comum, viável ao SUS, que conjugue os interesses individuais com a percepção coletiva do mesmo direito. (ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO, 2012)

O CNJ recomenda aos Tribunais “[...] a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010, p. 4)

I. Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais 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;
- b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:
 - 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 insumos 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 laboratórios, 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 [...]. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010, p. 5, grifo nosso)

Nessa organização com atribuições definidas, a judicialização da saúde poderia não ser a solução ideal para a efetivação do direito à saúde. Outras estratégias que poderiam ser definidas com a presença do Judiciário, mas sem necessariamente judicializar as demandas. A valorização do diálogo institucional aparece em alguns textos e o surgimento de soluções administrativas através de estruturas como as câmaras técnicas, intersetoriais, como no estado da Bahia, a Câmara de Conciliação da Saúde.

O crescimento de conflitos jurídicos-sanitários na busca por efetividade do direito fundamental tem ensejado judicialização processual. Os problemas surgidos pelo paradigma adversarial representado pela prestação judicial no campo da saúde pública tem apontado importância da existência de instrumentos/ modos de gestão de conflitos, como a mediação sanitária. A resposta judicial a certos conflitos sanitários precisa ser analisada quanto sua celeridade e eficiência, ao alcance das dimensões do sensível direito à vida. A mediação tem se apresentado como caminho entre a cultura do litígio e a cultura do diálogo e do consenso, objetivando tratamento democrático, participativo e responsável. (LIMA; AGUIAR, 2022) Há uso preferencial pela expressão “tratamento” ao invés de “solução/resolução” de conflitos, em função da Resolução nº 125 do CNJ que adotou o termo nas disposições da “Política Judiciária Nacional de Tratamento dos Conflitos de Interesse” para se referir à mediação e à conciliação, entendidas como ato de tratar, lidar, administrar e discutir o conflito em prol de respostas satisfatórias. (MORAIS; SPLENGER, 2019 apud LIMA; AGUIAR, 2022) Busca-se transformar os antagonismos em pontos de convergência. Nesse sentido podem ser resolvidos em âmbito administrativo, atendimento mais aproximado à necessidade apresentada. Precisa aí serem facilitados o acesso às estratégias e ao diálogo e a disposição para solução pelas partes.

Discutir sobre a efetivação do direito social à saúde, envolve múltiplos fatores. Do ponto de vista material, necessita da existência de unidades públicas de saúde, do seu funcionamento adequado com disponibilidade de vagas e leitos, do fornecimento de medicamentos e de profissionais suficientes, capacitados ao desenvolvimento e manutenção das prestações dos serviços públicos de saúde. Na ausência ou insuficiência dessas prestações materiais, convoca-se a efetivação judicial desse direito. Para além da relação direta com a prestação material imediata, há aspectos relacionados à gestão do trabalho, à educação permanente, aos processos de comunicação, ao financiamento do SUS, que, conforme sua configuração, gera impactos nas possibilidades das efetivações esperadas. Desse modo, a judicialização direta, sem provocação de discussão e debate sobre contexto das demandas, pode gerar resposta individual imediata, porém não há garantia de efetivação do direito do ponto de vista de sua extensão na política pública, o que pode, mais tarde, comprometer a própria prestação individual já concedida.

Cabe o questionamento: existem mecanismos ativos de controle e acompanhamento das demandas pós-judicialização?

De acordo com argumento de Castel (2000 apud RIBEIRO, 2010, p. 23) “[...] as políticas sociais têm finalidades preventivas e não somente reparadoras, e tem por objetivo sobretudo os fatores de dissociação social, isto é, a gestão dos riscos de dissociação social”. O não cumprimento, não efetivação dos direitos sociais apontaria para um risco importante de dissociação social e como destaca Rosanvallon (1998 apud RIBEIRO, 2010, p. 24), a nova questão social poderia ser pensada a partir de dois problemas principais que seriam desagregação dos princípios de organização da solidariedade e o fracasso da concepção tradicional dos direitos sociais.

Na atualidade, é necessário desenvolver estudos críticos que avaliem, nas decisões judiciais e nas estratégias adotadas pelos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, as possibilidades de soluções integradas, sistêmicas e interdisciplinares que possibilitem a efetivação do direito à saúde, a equidade, o acesso, o atendimento à situação concreta de demanda por saúde; as possibilidades de comunicação entre os campos e fortalecimento da interação em vista da configuração constitucional brasileira, partindo-se do pressuposto de falha na capacidade dialógica, de não criação das condições para efetivação do direito, de falha executiva e legislativa na concretização das políticas. Aqui, efetivar o direito à saúde implica em acessar aquilo

constitucionalmente garantido e suas possibilidades de concretização, entre agentes em divergentes perspectivas nos três poderes da União.

Urge o desenvolvimento de estratégias que apontem para o fortalecimento das políticas sociais e incremento no desenvolvimento de cidadania. Nesse debate vale identificar colisão de valores ou de interesses que contrapõe, de um lado o direito à vida e à saúde e, de outro, a separação dos poderes, os princípios orçamentários e a reserva do possível, as forças comerciais dos insumos. Mas o que se depara é uma realidade que se mostra dramática na qual o que se põe em jogo em complexas ponderações é o direito à vida e à saúde de uns *versus* o direito à vida e à saúde de outros, não havendo solução jurídica moralmente simples, como comenta Barroso (2009a).

Necessário avaliar o fortalecimento das políticas sociais e incremento no desenvolvimento de cidadania; das possibilidades de soluções integradas, sistêmicas e interdisciplinares que possibilitem a efetivação do direito à saúde, o acesso, o atendimento à situação concreta de demanda por saúde, assim como compreender como tem se configurado o controle do Estado e o controle social sobre as políticas sociais. O controle pode ser visto/avaliado sob enfoques prioritários emergenciais e não planejados; estratégias fundadas em mecanismos de reprodução, que se reforçam na fragilidade dialógica do social, deste modo, com pouco exercício cidadão dos indivíduos que interagem nas forças de execução e resistências para efetivação do direito à saúde e das políticas que o podem garantir. A dinâmica da judicialização tem apresentado algumas características:

- Mínimo existencial delimitado a medicamentos, leitos hospitalares, equipamentos médico-hospitalares, tratamento terapêutico e saneamento básico;
- Ações de assistência e recuperação – baixo elo comunicativo com conceito ampliado de saúde;
- Natureza individual das demandas;
- Informações pouco detalhadas por parte de prescritores;
- Desconsideração do aparato normativo infraconstitucional;
- Inobservância do caráter sistêmico dos mecanismos jurídicos de proteção em rede do direito; e
- Responsabilidade solidária dos entes federativos.

Necessita-se, então, ampliar compreensão da função que a política assume em cada sociedade – nos campos econômicos e políticos. Na atualidade, políticas sociais têm sido vistas como gasto e não produção – vêm sendo cada vez mais determinadas pelos interesses gerados pelos setores empresariais, com predomínio do capital financeiro. Necessário entender como as decisões são tomadas no interior dos sistemas de saúde, ou seja, como as relações de poder se estruturam na política de saúde. (FLEURY; OUVÉNEY, 2012)

4 POLÍTICAS SOCIAIS E INTERSETORIALIDADE – AS POLÍTICAS NA POLÍTICA DE SAÚDE

Como já citado por Gomes (2015), o termo “políticas públicas” tem natureza social e são entendidas como programas que determinam os caminhos para que se alcance determinados objetivos, fins previstos na Constituição Federal. Envolvendo atividades executivas, normativas, reguladoras e de fomento, têm sua regulamentação através da própria Constituição Federal, leis federais, estaduais e municipais, assim como por normas editadas pelo Poder Executivo, ficando assim sujeitas ao controle judicial.

Em contexto brasileiro, as políticas sociais precisam ser concretizadas para a finalidade de proteção social, que, ao menos teoricamente, alude às necessidades de determinada população, entendidas como necessidades humanas, tornadas dos direitos sociais num modelo de Estado Social, tendo o Estado a protagonismo na garantia destes direitos.

Em sua concepção, as políticas públicas possuem as dimensões normativo-hipotética e a de execução. Decorrem de escolhas, eleitas de forma multifatorial (social, econômico, político, cultural) e envolvem diversos ramos do conhecimento humano.

Considerando esses aspectos, na criação de uma política pública, torna-se central a compreensão por determinada definição de necessidades, tendo clara a definição de sua natureza; público-alvo; modalidade da ação; do investimento; critérios de oferta e a distribuição dos bens e serviços e papel e capacidade do estado na tentativa de satisfazê-las. (PEREIRA, C., 2016)

Tais características levam a necessidade de uma revisão crítica da conceituação das necessidades, que decorrem também de decisões políticas, e podem padecer de imprecisão conceitual e conseqüente aplicação prática insuficiente ou equivocada. Sua prestação vincula-se às noções de direito na constituição cidadã brasileira, com caráter público e concepções administrativas e legislativas que permitirão sua execução. Desse ponto, o baixo envolvimento na compreensão de tais necessidades sociais traz polêmicas realidades na execução de algumas políticas sociais, cujos papéis de obrigação no seu cumprimento transitam sem clareza entre o Estado e o mercado (relações de consumo e relações lucrativas), numa sociedade capitalista, dividida em classes, com desigualdades marcantes.

Quais necessidades então poderão ser atendidas pelas políticas públicas?

Nessa discussão, Camila Pereira (2016), citando Doyal e Gough (1991), assevera que devem prevalecer as concepções que não reduzem as necessidades humanas básicas a desejos e preferências individuais, que se tornam subjetivas, relativas e podem ser reguladas pelo mercado. Tais necessidades têm caráter histórico, objetivo e universal. São necessidades como pré-condições universais que, sendo atendidas, possibilitam a participação social no sentido democrático, condição cidadã. Saúde e autonomia são entendidas como necessidades básicas por estes autores – Doyal e Gough –, um conceito historicamente aberto e em contínuo movimento. Desse modo, os direitos sociais, referenciados em valores e princípios inerentes à proteção social, visando equidade e justiça social, clamam a participação do Estado como proteção pública contra inseguranças sociais. Não deve tornar-se mero sistema de compensação de falhas do mercado ou de ações governamentais.

Considerando então o caráter histórico e universal das pretensões das políticas sociais, na atualidade, em vivência de supremacia neoliberal, há percepção de desmonte dos direitos sociais, carecendo de avaliação que atenda aos interesses de uma maioria.

A falta de clareza quanto aos limites de atuação dos entes responsáveis para desenvolvê-la, podem comprometer a segurança jurídica e a realização dos objetivos de interesse público.

O ajuste entre o que é efetivamente praticado e as previsões normativas carece de avaliação permanente a despeito dos elementos que compõem a política e seu alcance a contento. Sendo, então, a avaliação um aspecto relevante para efetividade de políticas públicas e consequente efetividade de direitos sociais, seu descumprimento ou inexistência alçados à judicialização, há que se refletir sobre a intersetorialidade que permeia este complexo sistema. Para a consecução das ações públicas, há que se reconhecer a intersetorialidade, vista como implicação dos diversos setores. Deve haver a manutenção das especificidades de cada área, mas além de cada setor há superação de práticas fragmentadas e busca de maior eficiência para atingir objetivos e resultados. (BELLINI et al., 2013) Intersectorialidade em políticas públicas significa maior articulação entre diversos saberes para alcançar um objetivo mais amplo.

Estudar as políticas públicas, como realização concreta de decisões, permite compreender a relação entre sociedade civil e Estado, ações/decisões governamentais para orientar o comportamento de atores individuais e coletivos para modificar uma situação percebida como insatisfatória ou problemática. (DUEBEL,

2003 apud BELLINI et al., 2013) Tais políticas vão se conformando de acordo também com conflitos e arranjos políticos diferentes e necessitam estratégias e dispositivos de controle participação social que a justifiquem. Têm caráter dinâmico e temporal, e trazem a intersectorialidade ao debate sobre gestão e execução.

O SUS se estrutura de forma tripartite, com responsabilidades partilhadas entre as esferas de governo e tem estrutura legal para garantir o direito fundamental à saúde, no conceito mais amplo de bem-estar social. Prevê a participação social no planejamento, controle e monitoramento através dos conselhos, ouvidorias e auditorias.

Um aspecto essencial para compreender como as políticas interagem com a sociedade, como afetam a prática, é o conhecimento das realidades setoriais, concretas, para além do projeto ideal. (FLEURY; OUVENEY, 2012)

Na realidade brasileira, há expansão dos modelos de gestão empresariais e globalizados em funcionamento setorial e terceirizado. O funcionamento em redes intersectoriais deve visar maior articulação de saberes em esforços sinérgicos rumo aos complexos objetivos.

As políticas afetam e são afetadas por outras áreas, pelas relações econômicas, culturais e políticas. A integralidade é definida na CF de 1988, artigo 198, como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis do sistema. Integralidade realiza-se na atitude profissional nos programas de assistência e nas políticas de governo, deve ser pautada na integração de serviços para além da saúde, de forma a garantir o cuidado do sujeito com ações intersectoriais que envolvam não só ações de cuidados aos usuários, mas também ações macro, como intervenções sociais, políticas e econômicas. (BRASIL, 2016)

Teoria e prática guardam ainda grande distância, com práticas e estruturas/fluxos que reforçam o modelo hospitalocêntrico, biologicista, verticalizado e longe de rotinas que garantam a autonomia e construção de vínculos entre usuários e trabalhadores e entre diferentes setores. (SANTOS; KIND, 2020)

A exemplo, na política de saúde, é crescente a judicialização das demandas pela aquisição de medicamentos pelo SUS, sendo estas entregas direito à saúde, constituído pela CF de 1988, estabelecido por política pública, porém por caminhos determinados por diversas leis, portarias e decretos, em forte dependência do setor econômico, das competências profissionais multidisciplinares e relações políticas.

Conforme exposto anteriormente, reforçando a questão, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para

dispor sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à Saúde e a articulação interfederativa. Tal decreto estabelece que o acesso universal e igualitário aos medicamentos dar-se-á de modo vinculado à RENAME, de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas PCDT. Essa relação compreende a seleção e padronização dos medicamentos indicados para doenças e agravos no âmbito do SUS, sendo que somente o Ministério da Saúde pode estabelecer regras diferenciadas para o acesso a medicamentos do Componente Especializado (chamados de “alto custo”). No decreto também se estabelece que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe que o usuário seja assistido por ações e serviços do SUS, que o medicamento seja prescrito por profissional de Saúde no exercício regular de suas funções no SUS, e que a prescrição esteja, então, em conformidade com a RENAME e os PCDT ou, ainda possível, com relações complementares de medicamentos estabelecidas pelas gestões estadual, distrital ou municipal. (BRASIL, 2011a)

A Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004, pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, traz ainda:

XII – estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos

XIII- promoção do uso racional de medicamentos por intermédio de ações que disciplinem a prescrição a Dispensação e o consumo. (BRASIL, 2004, p. 53)

A título de exemplo, algumas das críticas aos efeitos da judicialização da Política de Saúde, recaem sobre a “demora” na avaliação e incorporação de novas tecnologias – medicamentos, no caso, que são de responsabilidade da CONITEC no Ministério da Saúde –, referida por profissionais e serviços que solicitam medicamentos, e busca-se a validade dos estudos com qualificadas evidências científicas. Por outro lado, a administração tem dificuldades para acompanhar o ritmo de crescimento das ações judiciais e acaba por gerar um atendimento ao cidadão diverso do estabelecido pelas políticas traçadas, a partir do desarranjo orçamentário no cumprimento destas demandas. (ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO, 2012)

Toma-se como exemplo, o atual contexto durante a pandemia covid-19, no qual os caminhos, para garantias efetivas de práticas nas possíveis soluções diante da crise, mostraram-se fragmentadas, discordantes e conflituosas entre os diversos atores e setores, sem atingir a integração necessária com vistas a um objetivo que

deveria ser comum. Estratégias realizadas divergiram quanto a conceitos e pressupostos que deveriam ser comuns aos setores que deveriam agir em coerência: quarentena, barreiras sanitárias, isolamento/distanciamento social somaram-se a questões de pobreza, saneamento, desigualdades sociais, e conflitos políticos e distorções de comunicação, conduziram a desfechos de grande risco e maus resultados para grande parte da população brasileira.

Diante desses conflitos, da busca pelos parâmetros normativos e sua relação contextual, o exame das regras estruturadas da política permite verificar se dela decorrem direitos ou se a conduta do ente público está constitucionalmente adequada como ponto de partida para sua construção – ente legislador ou administrador – e a verificação de sua higidez normativa ou concreta, através das regras que a compõem (pelo operador jurídico), podem minimizar conflitos à posteriori do andamento na realidade social onde a política se propõe a organizar e efetivar. (GOMES, 2015)

A Constituição jurídica e a realidade político-social necessitam de adaptação, e a norma constitucional não tem existência autônoma em face da realidade, mesmo porque só se concretiza quando aplicada à realidade. Desse modo, a pretensão de eficácia não pode ser separada das condições históricas de sua realização. (HESSE, 1991) A Constituição impõe tarefas que só se realizam se houver vontade de concretizar tal ordem. E, a se considerar, os diferentes interesses e olhares na interpretação e modos de execução de tal ordem, vinculados ao modo de reprodução social de determinada realidade.

Observa-se, assim, que há necessidade de articulação de gestão e entre os poderes, pela desfragmentação dos modelos vigentes. Articular saberes e práticas com vistas a objetivos em situações complexas deve ser um movimento além de decisão política, precisa ser discutida nas organizações, nos campos de conhecimento científico, alcançando a formação de profissionais.

As políticas sujeitas às restrições orçamentarias sem avaliação de seus possíveis impactos, prevista em cumprimentos mínimos, mesmo em execução e planejamento intersetorial, também necessita considerar as relações de trabalho estabelecidas, contexto histórico, concepções e práticas profissionais em que medida podem promover coesão social nas relações no modo de reprodução capitalista, em um sistema de luta de classes e desigualdades sociais profundas.

5 ORÇAMENTO PÚBLICO, FINANCIAMENTO DO SUS E IMPACTOS PARA POLÍTICA DE SAÚDE

Dentre os aspectos da Política de Saúde estabelecida no Brasil a partir da Constituição de 1988, a crescente judicialização que acompanha sua implementação, nos últimos anos, e os desafios que se apresentam no retrato atual, destacam-se o distanciamento dos princípios estabelecidos, do cumprimento de normas e da efetividade do direito à saúde e a influência das conduções do orçamento público na atualidade neste contexto.

O orçamento público em constante debate e mudanças em emendas constitucionais e promessas de reforma tributária, essência nas políticas públicas no país, torna-se fio condutor de decisões e ações que deveriam ser fundamentadas, planejadas em diversos e integrados aspectos em nome da garantia dos direitos previstos na Constituição de 1988, vigente no país, e da garantia de condições dignas de cidadania à população brasileira.

Observando-se o aumento da litigiosidade na busca de garantia constitucional do direito à saúde, principalmente nas demandas por medicamentos e leitos a serem fornecidos pelo SUS, relevante refletir sobre os efeitos que esta situação tem causado à execução das políticas públicas de saúde, no que se refere, principalmente, ao impacto financeiro ao sistema (ou o inverso) e as medidas requeridas para salvaguardar o direito do paciente.

A proteção ao indivíduo, o direito fundamental, constitucional, garantido, tem sido desafio constante diante de um Estado que enfrenta dificuldades em efetivar justiça numa sociedade em que há disfunções que se configuram em crescente, onde surge a necessidade de afinamento de estratégias que auxiliem administrativamente a efetivação das políticas públicas, neste caso na saúde (efetividade de princípios de universalidade, equidade e integralidade previstos constitucionalmente).

A crescente judicialização remete ao aumento de acesso e procura dos cidadãos por direitos estabelecidos, e à constatação de falhas no cumprimento de pressupostos constitucionais por parte do Executivo e do Legislativo, visto que devem corresponder à prestação concreta do previsto nas políticas instituídas.

Tal situação impõe revisão de atos, omissões, interações e atualizações em campos diversos e complexos, em muitos casos com uma urgência que, no caso da Saúde, não permite o lento deslocamento das instituições públicas ao seu conteúdo.

Diante da necessidade de prestação material para o alcance de direitos fundamentais, as decisões tomadas quanto ao financiamento das políticas públicas assumem forte impacto nesta (des)organização, apesar de a vinculação à existência de orçamento não ser resposta única, apesar de prevalente, diante da complexa rede e ações envolvidas. Avaliada, porém, sob olhar crítico de diferenciação entre a existência de recurso e seu efetivo uso; a aplicação, destinação destes recursos ao atendimento do previsto nas políticas instituídas e necessidades apresentadas; os modelos de regras para gastos vigentes no país.

O subfinanciamento tem sido destacado por diversos grupos atuantes na construção do SUS e apontado como impeditivo do cumprimento de preceitos constitucionais de acesso universal e integralidade no atendimento. Os gastos realizados pela administração pública para financiar as políticas sociais e outras despesas governamentais são provenientes de impostos, contribuições e taxas cobradas pelo Estado sobre a produção, consumo, renda e patrimônio.

No contexto brasileiro há vigência de regime fiscal, instituído pela Emenda Constitucional no. 95, de 2016, que impõe rigidez à política fiscal, que se mostra incapaz de ajustar-se às necessidades do ciclo econômico, tampouco financiar serviços públicos essenciais, à medida que reduz despesas em determinadas áreas (saúde e educação entre elas) independente da arrecadação. (MORETTI, 2020) Vislumbra-se assim efeito de crise a estender-se e aumento de desigualdades visto à baixa assistência dos programas sociais.

A somar-se a este contexto, em 2020, enfrenta-se uma pandemia (covid-19), que acirra queda de arrecadação, com forte abalo econômico ao país e necessidade aumentada e emergencial de investimento no Sistema de Saúde, que já vinha apresentando sinais de subfinanciamento, num modelo regressivo de financiamento.

Porém constata-se que diante do quadro pandêmico os recursos para gastos sociais mostraram-se existentes, evidenciando que regras de gasto têm colocado limites na ação do Estado, diante das demandas da população e materializando nas práticas institucionais a redução estrutural dos serviços públicos. (MORETTI, 2020)

Da EC 95 (Câmara dos Deputados), PEC 110 (Senado) e PL 3887/2020 do Governo Federal, leem-se propostas baseadas na tributação sobre o consumo, ideia de simplificação do sistema fiscal, reduzindo carga tributária com vistas ao estímulo da economia, porém na contramão das tendências mundiais, não garantindo objetivos, desconsiderando as transformações e crises na economia (nacional e

global). Tais emendas e propostas são debatidas no Seminário on-line “Reforma Tributária e Financiamento da Saúde”, promovido pela FIOCRUZ, no contexto das discussões de estratégias para Agenda 2030, por Sulamis Dain e Eduardo Fagnani, reforçando que tais propostas de reforma demonstram impotência do Estado brasileiro em fazer uma reforma estrutural, num cenário de crise política e econômica. O impacto na realidade de cada projeto no financiamento e execução da Política de Saúde a partir de austeridade fiscal e tributação de consumo em cenário de crise, abre possibilidades para cenário de possíveis injustiças e descumprimentos de planejamentos previstos, diante de reduções orçamentárias importantes.

As partilhas no pacto federativo não estando suficientemente claras, em uma realidade na qual há crescente judicialização no descumprimento e indefinição de responsabilidades federativas no cenário da Saúde, reformas que reduzam financiamento para determinadas áreas tendem a acrescer a falta de prestação pelo Estado em seus diversos níveis e pouca efetividade dos direitos sociais, no caso o direito à saúde.

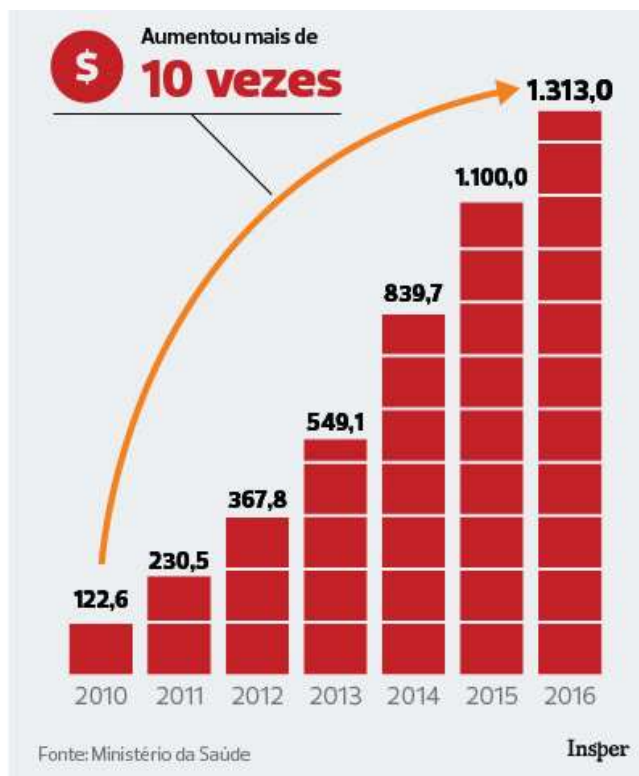
Relevante pensar em que medida a exigência de uma organização administrativa e ajustes nos arranjos orçamentários podem ser corrigidos pelos tribunais, visto que a alocação das verbas públicas afeta direitos individuais e coletivos.

“A distribuição de riquezas em uma sociedade é produto de sua ordem jurídica”, como adverte Ronald Dworkin (2005 apud RIBEIRO, 2015, p. 7), também em relação às normas fiscais. A tributação deve ser capaz de promover a redistribuição de riquezas, através de prestação positiva. Tal tributação pode ser mais justa diante da progressividade, que, se incidindo sobre consumo penaliza quem tem baixa renda, do mesmo modo que sobre a renda, se em alíquotas com mesmo peso.

Enfim, o debate sobre o cumprimento de políticas sociais se aquece, ainda na constatação do seu colapso, na busca dos pactos sociais, dos pactos entre Estado e Sociedade necessários e desencontrados na contemporaneidade.

Em dados de 2020, a Judicialização custou 1,3 bi à União (INSPER, 2020), envolve demandas legítimas de direitos e aponta para a disputa de alocação de recursos na sociedade, posto que a União deslocaria recursos de outros programas para pagar a conta da judicialização.

Figura 1 – Custos da judicialização para o governo federal - 2010 a 2016



Fonte: Insper (2020).

Em 2016, o gasto com demandas judiciais na saúde consumiu R\$ 1,3 bilhões. A lista com os dez medicamentos mais caros é responsável por 90% desse valor.

O dinheiro está saindo de outros programas da saúde e de outros segmentos do orçamento federal, embora haja pouca clareza e avaliação sobre os impactos mais gerais desse fenômeno. (INSPER, 2020)

De 2009 a 2017 o número anual de processos relativos à saúde no Brasil praticamente triplicou, em comparação com demais demandas judiciais, que declinaram. (INSPER, 2020)

No caso da saúde privada, o recurso às cortes também pode ser uma via para que os contratos entre operadoras e seus clientes sejam cumpridos e respeitem as regras específicas. Tais demandas, à primeira vista, buscam medidas para que o sistema funcione de modo previsto e garanta o direito. Alguns estudos mostram parte dos processos referem-se a procedimentos e medicamentos não previstos pela política pública e não previstos nos contratos das operadoras de saúde. Daí a gerar alto custo para o erário, não previsto, planejado, e sob risco da falta de eficácia comprovada. Nas decisões, prevalecem demandas por medicamentos e produtos.

Figura 2 –Principais assuntos das decisões judiciais em segunda instância



Fonte: Insper (2020).

Diante da PEC 95, congelando valores mínimos de aplicação no SUS de forma obrigatória, Moretti, Funcia e Ocké-Reis (2020 apud MORETTI, 2020, p. 35) estimam que houve perda de 22,5 bilhões entre 2018 e 2020, os valores aplicados em saúde caíram na proporção da Receita Corrente Líquida, ficando abaixo de 15% desta. Considerando o cálculo de valores em reposição a partir de 2017 (antes do congelamento do piso) e crescimento previsto da população (0,8%) ao ano, haveria exigência de uma dotação de 66 bilhões de reais, quase 15 bilhões a mais do que o proposto pelo Executivo. Tais valores poderiam financiar serviços estaduais e municipais em funcionamento e não habilitados até o momento pelo Ministério da Saúde. Sem o cofinanciamento deste, no caso, o volume das demandas judicializadas na área, e apontadas necessidades de acordo com as políticas de saúde em seus princípios de regionalização, equidade e universalização.

O orçamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica em 2021, previsto em R\$ 6,98 bilhões, maior em comparação a 2020 e menor que em 2018 (R\$ 7,2 bilhões), e sem ampliação do Programa Farmácia Popular (gratuidade de medicamentos elencados nos programas), mantido em R\$ 2,04 bilhões (MORETTI,

2020), tende a chocar com os gastos da judicialização em crescente, visto que as principais demandas se referem a medicamentos não disponibilizados pelo SUS.

A parcela de gasto com outros medicamentos, que não especializados, caiu 54 pontos percentuais, passando de 84,86% para 30,55%, já em 2011. Isto significa aumento nas solicitações de medicamentos de mais alto custo, apontando para média e alta complexidade. Tal política na área da assistência farmacêutica foi uma das que mais sofreu alterações nos últimos 11 anos. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011)

O número de processos em primeira instância relacionados à saúde aumentou aceleradamente de 2009 a 2017. No período, a quantidade de casos cresceu 198%, enquanto o total de processos entrando na Justiça nacional diminuiu 6%. Em 2017, 95,7 mil demandas acerca de saúde começaram a tramitar no Judiciário brasileiro. (INSPER, 2020)

No estudo “Gastos com a Judicialização de Medicamentos: uma revisão Integrativa”, Braga, Oliveira e Ferreira (2021) destacam a judicialização de medicamentos e seu caráter multifacetado e complexo, que demanda diversas implicações para a saúde pública. Do ponto de vista da busca pelos princípios da integralidade e equidade, as intercorrências tanto administrativas como judiciais podem desequilibrar fluxos e dificultar o acesso até a medicamentos disponíveis no SUS. Casos, por exemplo de falta de acesso a determinados exames para protocolos de medicamentos ou condições de armazenamento e transporte dos mesmos. Há implicação de gastos em cadeia, inclusive nas consequências da falta de prestações ou prestações fora de planejamento e em condições de acompanhamento. Nesse mesmo estudo aponta-se a falta de padronização das fontes de dados sobre gastos com aquisição de medicamentos via demandas judiciais, dificultando fazer correlações entre estudos em panorama nacional.

A organização orçamentária do sistema de Saúde é afetada pela solidariedade entre os entes. A Política de Assistência Farmacêutica prevê a responsabilidade de cada ente público na aquisição de medicamentos (atenção básica, medicamentos especializados, estratégicos, oncológicos), mas judicializados, muitas vezes há entendimentos diversos nesta previsão de solidariedade e nas condições de ressarcimento, o que poderia desequilibrar planejamento de saúde e contas públicas.

O fato de grande parte dos recursos serem transferidos da União para programas e projetos reforça dependência deste financiamento e afasta de um

planejamento fundamentado em necessidades da população, baseado em planejamento federativo integrado. (SANTOS, 2013) O poder de decisão aos financiamentos no SUS favorece poder político federal e o sistema acaba por descentralizar-se apenas administrativamente.

Enfim, o desafio de integrar satisfatoriamente políticas sociais e política econômica ainda não é solucionado no Brasil, sendo a reforma tributária um instrumento que pode ser pilar em estratégias para desenvolvimento econômico, promover políticas e práticas que articulem ações, desde programas estruturantes ao desenvolvimento regional. (AFONSO; JUNQUEIRA apud FLEURY; LOBATO, 2010)

6 JUDICIALIZAÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

Neste capítulo apresentam-se os dados obtidos com partícipes envolvidos na judicialização no estado da Bahia, município de Salvador, em suas diferentes dimensões de atuação tanto no poder Judiciário, como no Executivo.

Sendo a judicialização de medicamentos, de acordo com dados nacionais, tema proeminente e de relevância e impacto nas políticas de saúde, fluxos do Poder Judiciário, e destaque em aspectos financeiros para o país, esta pesquisa captou dados e buscou análise a partir o caminho extrajudicial ao pós-judicializado, dentro das possibilidades e limitações neste contexto.

Considera-se aqui possíveis faltas de dados e respostas, como dados e respostas que caracterizam essas dinâmicas, justamente em suas dificuldades e complexidades.

O desenvolvimento do presente estudo buscou analisar as condições de efetivação do direito à saúde através das características das demandas apresentadas às secretarias de saúde e as respostas da política de saúde no estado da Bahia, município de Salvador, que cursam a trajetória da judicialização para obtenção da pretensão.

Buscou-se identificar possibilidades de soluções integradas, sistêmicas e interdisciplinares que possibilitem efetivação do direito à saúde, o acesso, o atendimento à situação concreta de demanda por saúde através dos fluxos instituídos e de judicialização destas demandas.

Pretendeu-se identificar como, e se existem, tais mecanismos e como interagem de modo interdisciplinar em função de respostas céleres e eficazes no atendimento às demandas de saúde apresentadas.

A análise fundamenta-se no direito à saúde como direito fundamental – dever prestacional por parte do Poder Executivo, Legislativo, e passível de cobrança/controlado por via do Poder Judiciário; na complexidade da efetivação do direito à Saúde, seu caráter transdisciplinar, para além da divisão dos poderes e da responsabilidade solidária tripartite entre os entes Federais, Estaduais e Municipais, conforme preconiza a política instituída no país.

O escopo da discussão atravessa as demandas judicializadas/problemas de saúde identificados e suas configurações complexas, interesses entrelaçados; a

problemática da saúde na contemporaneidade, multideterminantes; debate ético que envolve os prescritores; o direito que deve ser garantido através da concretude das políticas – planejamento, legislação, financiamento, estrutura – limiares (interação) de ação dos três poderes; Individual/ coletivo – privado/público.

A ampla judicialização da saúde gera impactos econômicos para execução das políticas e aponta para necessidade de mecanismos de planejamento, controle, avaliação e execução das políticas de modo integrado para efetivação do direito à saúde.

Desse modo, buscou-se relacionar os dados prévios à judicialização, tratados na CCS, referentes às demandas de medicamentos e fórmulas e suplementos alimentares, a municípios de Salvador, correlacionados aos dados possíveis apresentados pelos entes que tratam o percurso da judicialização até sua efetivação através de liminar para prestação pretendida.

Diante da diversidade e extensão de características das demandas relacionadas à saúde, foram priorizadas as demandas por medicamento, que, de acordo com bibliografia pesquisada, e dados do estado da Bahia, têm grande prevalência no impacto total da judicialização da saúde e ilustram a busca pelo acesso e efetivação ao direito à saúde preconizado na Constituição de 1988, vigente no país, através da Política de Saúde, expressa através do SUS no Brasil.

As políticas que envolvem medicamentos no SUS possuem protocolos, listas e diretrizes definidas e publicadas e órgãos de planejamento e controle, como apresentado nos capítulos anteriores neste estudo. Essas demandas ilustram também os multideterminantes da Saúde no país e no Estado aqui priorizado.

Os dados aqui relacionados foram obtidos através de fornecimento de relatórios das entidades envolvidas e questionários que foram respondidos durante o tempo e prazos da conclusão desta pesquisa. Serão relacionados com os dados bibliográficos também obtidos neste escopo.

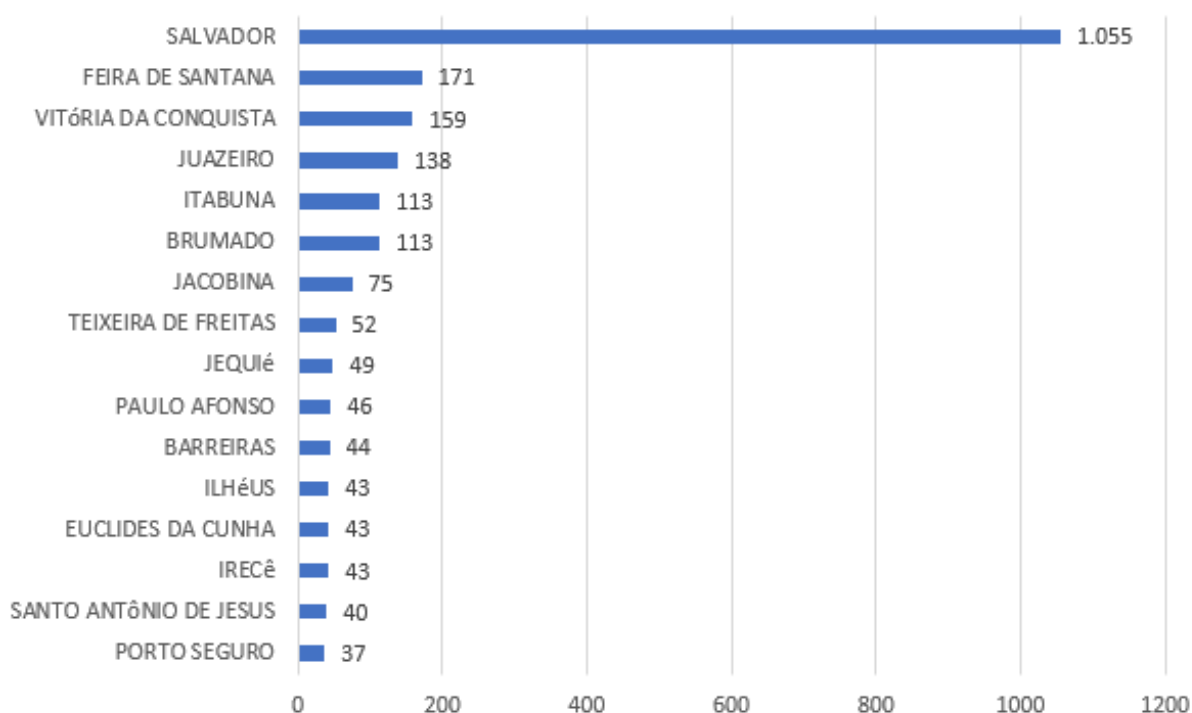
Importante ressaltar que não foi possível um recorte de tempo para os dados de forma uniforme a todos os entes, devido ao acesso, tempo de resposta e suas próprias metodologias de registro, que, por si, também são objeto deste estudo, à maneira que se demonstram ou não, e apontam impacto nas políticas e judicialização da saúde. Buscou-se o período de nov2016-nov2022, mapeando dados que poderiam ser colocados em análise com dados obtidos na CCS, desde sua criação. Dessa forma seriam mapeados numa linha histórica que permitisse acompanhar dados pré-judiciais e seus paralelos, ou não, ao apresentado pelos demais dados na pesquisa. Há que

se considerar a característica dinâmica desses dados, visto que as demandas e suas respostas fluem (ou não) conforme momento sociopolítico econômico do país e do estado e município em questão.

O município de Salvador tem a maior demanda neste estado, até de acordo com volume populacional correspondente, sendo capital estadual.

Segundo dados em relatório NAJS/SESAB (2021):

Figura 3 – Judicialização nos Municípios da Bahia



Fonte: dados fornecidos pelo NAJS.

De acordo com os objetivos estabelecidos neste estudo, os resultados são apresentados, inicialmente, pelas seguintes categorias de análise:

- 1) Características das demandas relacionadas à saúde que são encaminhadas à judicialização no estado da Bahia;
- 2) Dados de controle e planejamento sobre a judicialização e estratégias instituídas/respostas concretizadas;
- 3) Respostas da política de saúde às principais demandas judicializadas;

Como instituição partícipe desta pesquisa, em atuação extrajudicial, a CCS, foi instituída pelo Convênio de Cooperação nº 01/2015, de 29 de setembro de 2015, surgiu como desdobramento dos estudos de um Grupo de Trabalho, criado por meio

da Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009 do CNJ, aprovados pela Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010 e a Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010, diante do grande número da propositura de ações judiciais, visando à satisfação e salvaguarda de direitos inerentes ao SUS e, conseqüentemente, incremento das despesas públicas.

A diversidade e complexidade técnica aliadas ao elevado número dos litígios de saúde e seus respectivos impactos nos orçamentos públicos constituíram eixos motivadores e norteadores do Fórum Nacional que estabeleceu a criação de comitês locais para tratar das questões referentes ao direito à saúde.

Desse modo, desde então, observa-se surgir no país iniciativas de criação de núcleos de apoio, câmaras técnicas, especialização de varas de saúde pública, estratégias de conciliação. Tais iniciativas reforçam, à medida que se desenvolvem, a necessidade de ampliação de conhecimentos interdisciplinares, expansão e qualificação de diálogos e transcendem a atuação dos Poderes Legislativo e Executivo. (SCHULZE, 2015)

O Comitê local da Bahia tem como entes integrantes o Tribunal Regional Federal (TRF-1ª Região), o Tribunal de Justiça da Bahia (TJ-BA), o Ministério Público Estadual (MPE), a Defensoria Pública da União (DPU), a Defensoria Pública do Estado (DPE), a Secretaria de Saúde do Município de Salvador (SMS-SSA), a Procuradoria Geral do Município de Salvador (PGM-SSA), a Procuradoria Geral do Estado da Bahia (PGE) e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Desde 2010, vêm se reunindo sistematicamente para tratar das demandas de assistência à saúde na Bahia, de modo que a concepção, o desenvolvimento do projeto e o processo de implantação da Câmara foram conduzidos em conformidade com as decisões deste colegiado multigovernamental. Estes foram, então os convidados a participar desta pesquisa, apesar de não obtenção de respostas em prazo hábil de alguns componentes, tampouco negativa expressa de participação.

A CCS constitui um projeto estratégico do Governo por buscar atender, simultaneamente, aos interesses da população e às soluções administrativas que possam gerar impacto, à medida que promove articulações inter e intrassetoriais e redução do custo com a judicialização. Ademais, funciona também como um catalisador de informações e indicadores sobre as demandas relativas à assistência à saúde, permitindo ainda que sejam adotadas medidas de controle, monitoramento e outras providências mais adequadas para assegurar os direitos da população.

O objetivo precípua da câmara é prestar a informação da forma mais adequada ao cidadão que busca o SUS, de maneira que ele possa ter assistida a sua demanda de saúde, sem a necessidade de ajuizar ações – com maior brevidade, facilidade e menor custo para os cofres públicos. Deste modo, fomenta-se a composição administrativa entre os entes.

Por outro lado, na impossibilidade de atendimento administrativo e a eventual propositura de ação judicial, os elementos colhidos na câmara fornecem subsídios técnicos aos magistrados para uma tomada de decisões mais assertiva para a efetiva garantia do direito à saúde dos cidadãos brasileiros.

A CCS dispõe de um corpo técnico interdisciplinar em permanente diálogo com unidades e órgãos prestadores de serviços de saúde e, paralelamente, com os operadores do Direito das esferas municipal, estadual e federal

A câmara inaugurou como um projeto-piloto, restringindo seu objeto de trabalho aos atendimentos dos munícipes de Salvador e ao fornecimento de medicamentos. Sua expansão depende, fundamentalmente, tanto em termos de objeto, quanto em termos de abrangência, do resultado inicial na solução das demandas de saúde por meio de medidas administrativas para oferta de medicamentos ou insumos terapêuticos, para posteriores demandas de consultas, de procedimentos cirúrgicos e não-cirúrgicos eletivos e de exames médicos. Para tanto, faz-se necessário o fortalecimento das parcerias entre todas as instituições envolvidas no processo de atendimento à população, viabilizando assim a ampliação da participação de outros entes, especialmente de outros municípios e da própria União.

O atendimento é realizado ao cidadão que apresenta a solicitação médica para medicamento ou fórmulas e suplementos alimentares, diante da dificuldade de acesso percebida. Na Câmara é realizada a análise dos documentos e viabilidade da dispensação pelo SUS de forma administrativa. Em caso positivo, são realizadas orientações de fluxos e documentos necessários. Caso não possa ser atendido o pleito em fluxos identificados e disponíveis, a análise segue para outros entes parceiros em verificação da viabilidade da dispensação. As respostas ocorrem, no geral, no mesmo dia, exceto nos casos de envio para outros setores, o que pode levar até 15 dias, pelo pactuado por estes serviços. Nos casos de negativas de solução administrativa, o cidadão pode acessar, caso deseje, o fluxo das Defensorias, até chegar ao pedido judicial, quando for o caso.

Desse modo, as demandas que passam pela CCS, referentes aos munícipes de Salvador (ou aos que acessam através destes cadastros) tem volume considerável ao que chega ou não às ações judiciais neste município e no estado da Bahia.

Esses dados têm potencial esclarecedor, tanto ao Poder Judiciário quanto aos gestores das políticas de saúde, do modo que se apresentam, os caminhos que cursam, as necessidades que demonstram neste percurso de acesso ao direito à saúde, neste caso, acesso a medicamentos e fórmulas e suplementos alimentares.

6.1 CARACTERÍSTICAS DAS DEMANDAS RELACIONADAS À SAÚDE QUE SÃO ENCAMINHADAS À JUDICIALIZAÇÃO NO ESTADO DA BAHIA

As demandas de judicialização na Bahia percorrem itinerários diversos da sua identificação ao acesso à informação, condutas e encaminhamentos.

No Estado, as demandas chegam por vias das Defensorias e do Ministério Público, e, a partir daí, seguem os caminhos destes órgãos e setores, de acordo com seus fluxos.

No município de Salvador, principal demandante identificado no estado da Bahia, há acordo de procura pela CCS, para tratamento administrativo das demandas relacionadas à medicamentos, antes de serem encaminhadas para análise e judicialização de fato pelos órgãos do poder judiciário.

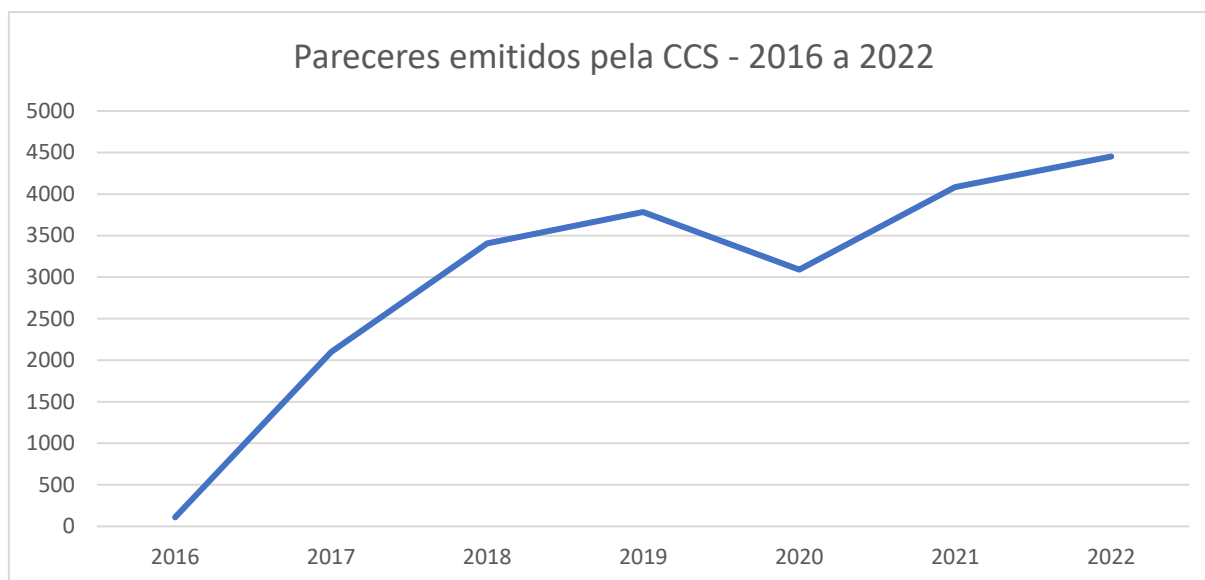
Desse modo, aponta-se aqui o trajeto das demandas que buscam tratamento inicial, extrajudicial até o que se identifica de fato judicializado, envolvendo impacto nas políticas de saúde, seja financeiro ou nos fluxos de prestação dos serviços, que determinam o acesso ao direito à saúde, segundo definido pela Constituição de 1988.

Os dados obtidos pelo sistema da CCS, desde sua fundação em 2016 a novembro de 2022, através do qual tratam-se demandas extrajudiciais mostram inicialmente a maioria de solicitações por medicamentos fora da RENAME, origem de prescrições dos serviços públicos de saúde; demandas de responsabilidade da União, conforme pactuação federativa; aumento significativo de solicitações por fórmulas e suplementos alimentares; apontam também para incremento na complexidade e custos dos medicamentos solicitados, divergentes dos disponibilizados pelos programas nacionais e regionalizados.

No período de novembro de 2016 até novembro de 2022, conforme dados da CCS, foram realizados atendimentos a 8.465 cidadãos cadastrados, que geraram

21.450 pareceres emitidos sobre os medicamentos/fórmulas e suplementos alimentares solicitados.

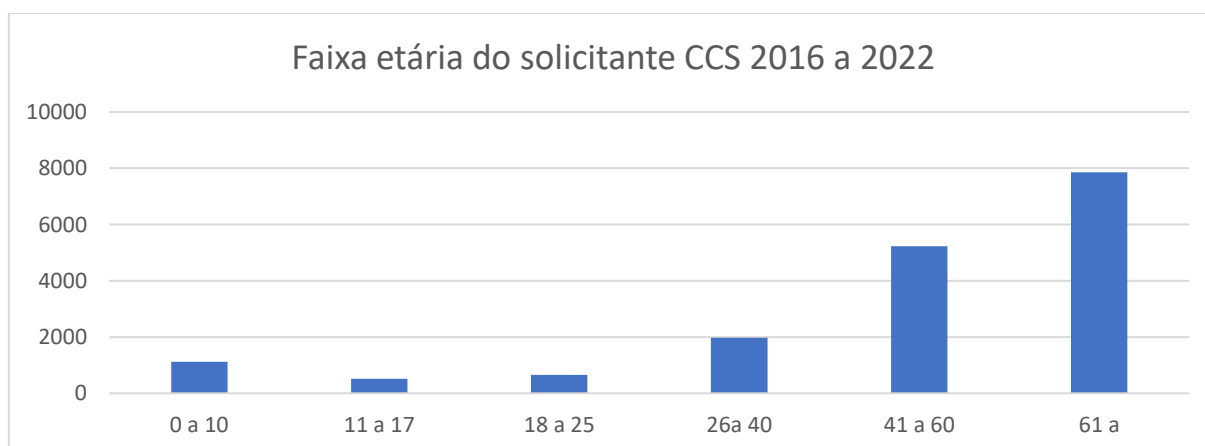
Figura 4 – Pareceres emitidos pela CCS de 2016 a 2022



Fonte: elaborada pela autora.

O perfil identificado neste contexto corresponde a 43,6% a pacientes com idade maior ou igual a 61 anos, seguido de 30,9% pela faixa de 41 a 60 anos.

Figura 5 – Faixa etária do solicitante CCS de 2016 a 2022



Fonte: elaborada pela autora.

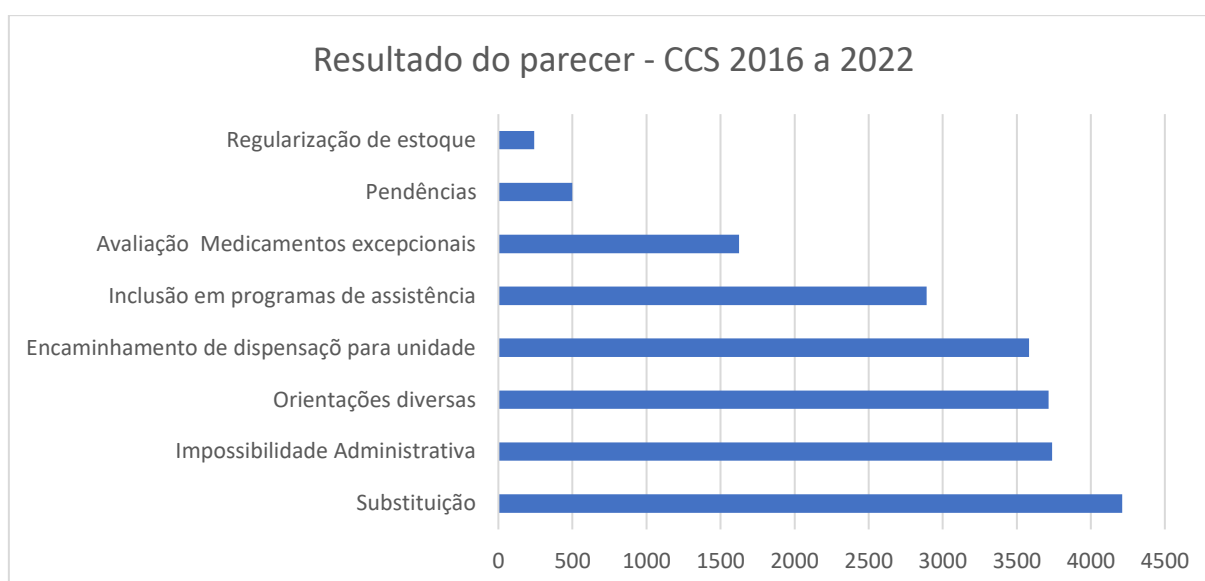
Quanto aos medicamentos solicitados, em sua quase totalidade estavam fora da RENAME e de protocolos e listas municipais e estaduais, os pareceres emitidos totalizaram em 20% orientação de existência da possibilidade de substituição de

produto solicitado por produto existente e disponível no SUS, 17% foram orientados para dispensação nas unidades correspondentes e 14% para inclusão em programas de assistência terapêutica que avaliam e dispensam os medicamentos solicitados. Orientações diversas sobre os medicamentos, fluxos de dispensação, documentos necessários etc., formaram o montante de 18% das demandas.

Houve impossibilidade de adequar e viabilizar a dispensação por via administrativa, em cerca de 18% das demandas.

Ocorreram também pendências a serem solicitadas aos médicos prescritores, havendo quantidade significativa de solicitações não acompanhadas por relatório médico, sem Classificação Internacional de Doenças (CID), com dados incompletos, conforme necessário para solicitação aos entes públicos, principalmente a medicamentos especializados (alto custo).

Figura 6 – Resultado do parecer – CCS 2016 a 2022



Fonte: elaborada pela autora.

Destaca-se, no decorrer dos anos citados, o aumento e predominância sobre as solicitações de medicamentos, das fórmulas e suplementos alimentares, que não possuem fluxo estabelecido pelo Ministério da Saúde para sua dispensação. Estado e município estabelecem critérios e fluxos com recursos próprios, para buscar atender estas demandas, quando se referem ao tratamento de patologias. São muitas as solicitações vinculadas ao tratamento oncológico, em casos de desnutrição grave,

para tratamento de patologias neurológicas, como epilepsia (dieta cetogênica) e doenças metabólicas.

Outro dado de relevância refere-se às instituições demandantes, que são majoritariamente públicas, vinculadas a rede SUS de nível federal, vínculo universitário e/ou filantrópicas.

As três demandas principais apresentadas a CCS mantêm-se em certa constância ao longo dos anos do funcionamento desta – fórmulas alimentares, terapia antiangiogênica e Anticoagulantes (Rivaroxabana, principalmente, seguida de Enoxaparina Sódica).

Quanto à **terapia antiangiogênica**, trata-se de procedimento com aplicação de medicamento, que está em parte sendo inserido em protocolos do MS, houve ampliação de prestadores por parte do Município, mas mantêm-se ainda fila para inserção dos pacientes ao fluxo municipal, sendo estes advindos, muitas vezes de outros serviços, já avaliados previamente. Em que pese a necessidade de reavaliação quando da entrada de novo serviço, este fluxo implica em “resserviço” ao sistema e ao usuário, além da janela temporal até que consiga acesso ao tratamento de fato. Há elevada judicialização, sendo que casos judicializados têm sido atendidos pelo Estado. Não há informação de acompanhamento após a intervenção judicial a esta prestação, quanto à continuidade e acompanhamento do tratamento. Também não se tem dimensão do atendimento da necessidade de tempo para acesso dos solicitantes, de acordo com a prioridade dos casos.

A oferta de vagas e espera atualizada ao tempo da coleta destes dados (dezembro de 2022): Instituição A 131 atendimentos/117 em fila; Instituição B 120 atendimentos/199 em fila; Instituição C 70 atendimentos/28 em fila; ressalta-se que as três unidades de saúde neste caso, são filantrópicas e de atendimento privado e SUS. Houve, no decorrer do ano de 2022, contratualização de novos prestadores para ampliação de atendimento a essas demandas. Esse impacto só poderá ser avaliado no decorrer deste ano (2023).

Os medicamentos relacionados a Terapia Antiangiogênica não estavam em protocolos do SUS pelo Ministério da Saúde até o ano de 2021, quando começaram a ser publicadas consultas públicas relacionadas e incorporação com construção de PCDT no SUS. Até então havia prestação de serviço pelo município de Salvador, através das unidades citadas, pelo SUS.

Há crescente número de solicitações dos medicamentos derivados de **Canabidiol**, que têm sido regularizados pela Anvisa para comércio no Brasil, porém não incorporados ainda ao SUS. Há crescente judicialização também desta substância. As demandas referem principalmente tratamentos de crianças (autismo, epilepsia) e manejo da dor. São recepcionados relatórios médicos pela CCS contendo justificativas, falha terapêutica de outros tratamentos convencionais e disponíveis, assim como, pedidos sem relatório consubstanciado. Necessário destacar que fórmulas comercializadas de derivados de Canabidiol não são regulamentadas como medicamentos até o momento, sendo classificadas como “substância”.

Há volume relevante de demandas por medicamentos e fórmulas/suplementos para tratamento **Oncológico**, que, em função da Política Nacional de Oncologia e as formas de financiamento e prestação estarem entre instituição credenciada (UNACON e CACON) e a União. Os prescritores realizam os pedidos e definem os tratamentos, não sendo claras as vias para tratamento desses fluxos, que geram judicialização e retardo ao atendimento a estes pleitos.

Conforme a Política de Oncologia do MS, os procedimentos quimioterápicos são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Ou seja, os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento (“Ministério da Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde MS”). Assim, um hospital habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, tem a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos (“Ministério da Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde MS”). Desse modo, para acesso a terapêutica estabelecida em protocolos, o paciente em tratamento oncológico em Salvador necessita estar cadastrado para tratamento em unidades credenciadas pelo SUS para tal.

Desse modo, os pedidos por medicamentos/tratamentos não padronizados pelos protocolos das unidades credenciadas carecem ainda de via tratamento administrativo local, visto abordagem estabelecida e informada pela unidade credenciada e o Ministério da Saúde.

como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. [...]

O financiamento de medicamentos oncológicos não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica. Essa modalidade de financiamento – com foco no paciente e não no medicamento – tem uma lógica diferente dos demais tratamentos oferecidos pelo SUS [...]. O Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde não disponibilizam diretamente medicamentos contra o câncer. O fornecimento destes medicamentos ocorre por meio da sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial (Apac-SIA) do SUS, devendo ser oferecidos pelos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, sendo ressarcidos pelo Ministério da Saúde conforme o código do procedimento registrado na Apac. A respectiva Secretaria de Saúde gestora é quem repassa o recurso recebido do Ministério da Saúde para o hospital, conforme o código do procedimento informado [...]. (PONTAROLLI; MORETONI; ROSSIGNOLI, 2015, p. 10-11)

Os assistidos, que buscam medicamentos especializados sob responsabilidade da assistência farmacêutica, têm diversas dificuldades de atualização e trâmite dos documentos, o que leva a uma espera maior pelo medicamento nos casos em que tal cadastro se renova pela inserção no MS (programação trimestral), através de cadastro prévio em unidade estadual, sediada no município de Salvador (CIMEB). A realização de determinados exames, relatórios médicos atualizados, prescrições de acordo com RDC, preenchimento adequado de formulários pelos prescritores, são alguns dos critérios para solicitar medicamentos especializados. A atualização semestral dos documentos médicos também o são. A partir da inserção dos documentos solicitados, são avaliados localmente de acordo com critérios dos PCDTs publicados e vigentes, tendo sua solicitação deferida ou não.

Para análise da documentação apresentada pelo solicitante, a CCS emite pareceres informando providências e/ou respostas dos entes locais mediante a possibilidade de atendimento administrativo ou não, da solicitação em questão no momento.

Quantos ao teor dos ofícios emitidos nos pareceres da CCS, podemos observar que, **encaminhamento para dispensação em unidade, inclusão em programas de assistência**, podem ser considerados resultados diretamente positivos em encaminhamento definido pela CCS, visto que orienta a possível resolutividade da situação apresentada.

Ofícios de fórmulas alimentares também representam quantitativo relevante sendo atendido em resposta aos ofícios de solicitação emitidos – respostas a

tabuladas por meio de busca indireta no sistema.

Ofícios de substituição de produtos ocorrem após a análise de medicamentos solicitados fora da RENAME e que identificamos CID e relatório médico que possibilitasse tal sugestão a ser avaliada pelo médico assistente. Há retornos positivos, mas os envios para análise excepcional têm gerado impossibilidade de dispensação administrativa, com respostas em teor divergente da escolha médica e de acordo com os protocolos instituídos no SUS.

Os **ofícios de orientações diversas** são frequentes, visto que as demandas chegam, a princípio, sem relatório médico, sem CID, em situação de solicitação fora dos protocolos, necessitando ajustes na informação constante na documentação enviada. Desse modo, muitas vezes enquadra a solicitação para seu direcionamento e possível atendimento.

As demandas trocadas com Defensorias pela CCS:

DPE

134 demandas em 2022;

118 terapia antiangiogênica (Lucentis ou Eylia) - 88%;

109 já ajuizadas - 84%; e

3 relatadas em cumprimento (na ocasião).

As ações foram direcionadas pelos assistidos para DPE em função de percepção de espera em fila para inserção em serviço no SUS, por prestadores do município de Salvador. Apesar do tratamento desses fluxos realizados no comitê deliberativo da CCS, não houve participação ativa de defensores da DPE nas pactuações e não há registro de busca de solução extrajudicial para os casos judicializados.

Os medicamentos que têm alta prevalência de solicitações via CCS são atualmente:

1. Fórmulas e suplementos alimentares:

Têm como CID identificados as principais solicitações, em ordem quantitativa: neoplasias (Oncologia), quadros de desnutrição e patologias neurológicas

2. Ranibizumabe – terapia antiangiogênica (incorporado no último ano);

3. Rivaroxabana (anticoagulante, não incorporado);
4. Atorvastatina Cálcica (dispensada pelo componente especializado da Assistência Farmacêutica – busca por informação de fluxo para dispensação)
5. Derivados de Canabidiol (não incorporado, autismo infantil, epilepsia e tratamento da dor);
6. Pregabalina (tratamento da dor, não incorporado);
7. Hemifumarato de Quetiapina (incorporada, componente especializado, CID não contemplado e informações de acesso);
8. Enoxaparina Sódica (CIDs não contemplados e incorporada para gestantes, informações de fluxo para acesso); e
9. Succinato de Metoprolol (incorporado, consta na RENAME, atenção básica não dispensa, dispensa Tartarato de Metoprolol).

O **NAJS** órgão da SESAB, emitiu relatório de Processos Judiciais de 2022, utilizando como fontes principais o Sistema de Gestão de Processos (SGP) da própria secretaria e o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF).

Considerando o segundo semestre de 2020 até janeiro de 2023, as Comarcas com maior quantidade de processos são: Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Brumado e Juazeiro.

Esse relatório apresenta o total de 3.753 processos em 2021, e 5.673 em 2022. Desses, a tramitação ocorreu em 87% dos casos em nível estadual e 13% em nível federal. Os patronos das ações foram a DPE (51%), advogado particular (31%), MPE (12%) e DPU (6%). Em polo passivo esteve o Estado, em 59% das ações; Estado e Município 28%;

Estado e União 8%; Estado/União/Município 5%.

Os objetos das ações foram os medicamentos 38%; regulação 31%; procedimento/insumos 25%; fórmulas alimentares especiais 2% e ações indenizatórias 4%.

Os gastos com ação judicial para assistência farmacêutica apresentados foram o seguinte conforme Tabela 1:

Tabela 1 – Gastos com ação judicial para assistência farmacêutica

Ano	Custo
2018	R\$ 60.078.161,25
2019	R\$ 95.205.430,10
2020	R\$ 133.727.471,00
2021	R\$ 181.589.354,70
2022	R\$ 254.925.201,73

Fonte: elaborada pela autora.

A despesa da assistência farmacêutica do estado da Bahia, segundo esse relatório, compreendeu em 2021, 69% do orçamento da assistência farmacêutica destinado para cumprimento de determinação judicial, atenção básica 8%, componente especializado 14% e ação judicial 78%.

Conforme dados enviados pela **DPE**, de acordo com o obtido pelo controle de demandas judicializadas, compreendido entre 2020 e 2022, na comarca de Salvador - BA, as demandas mais requisitadas pelos(as) assistidos(as), através do SUS) foram:

Ano de 2020: (observa-se que neste período o atendimento na Defensoria Pública ficou restrito somente as demandas de URGÊNCIA devido à PANDEMIA):

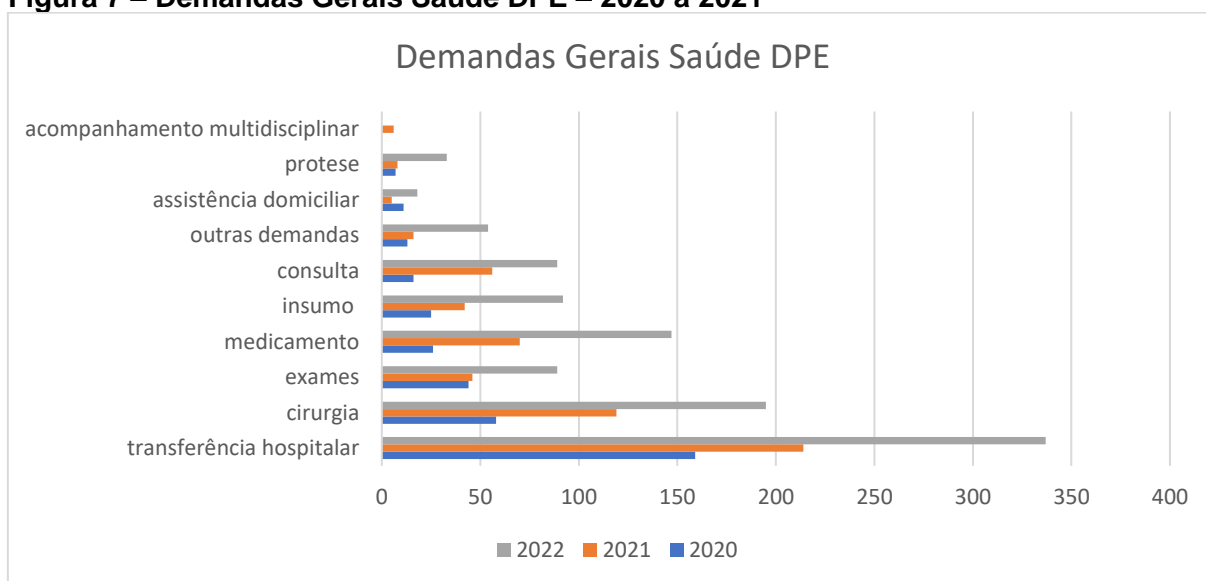
- transferência hospitalar: 159; cirurgia: 58; exame: 44; medicamento: 26; insumo: 25; consulta: 16; outras demandas: 13; assistência domiciliar/*home care*: 11 e prótese: 07.

Ano de 2021:

- transferência hospitalar: 214; cirurgia: 119; medicamento: 70; consulta: 56; exame: 46; insumos: 42; outras demandas: 16; prótese: 8; acompanhamento multidisciplinar: 6 e assistência domiciliar/*home care*: 5.

Ano de 2022:

- transferência hospitalar: 337; cirurgia: 195; medicamento: 147; insumos: 92; exame: 89; consulta: 89; outras demandas: 54; prótese: 33 e assistência domiciliar/*home care*: 18;

Figura 7 – Demandas Gerais Saúde DPE – 2020 a 2021

Fonte: elaborada pela autora.

A **DPU** informa a prevalência quantitativa de medicamentos solicitados: 1. Terapia Antiangiogênica: Lucentis (ranibizumabe) / Eylia (aflibercepte) / Ozurdex (dexametasona). 2. Micofenolato: Sódio e Mofetila. 3. Anticoagulante Xarelto (rivaroxabana). 4. Canabidiol (importado e nacional).

Essas demandas advindas prioritariamente de Salvador, são seguidas pelos municípios de Lauro de Freitas, Camaçari e Santo Antônio de Jesus.

Quanto aos custos envolvidos, a respondente informa não ter acesso, mas acredita que a Justiça Federal identifique os custos judiciais envolvidos.

Dados encaminhados pelo **MP/BA**, pelo Centro de Apoio Operacional de Defesa da Saúde (CESAU), após pesquisa de procedimentos nas tabelas de controle das Promotorias de Justiça de Saúde, foram relacionados cerca de 5.750 procedimentos extrajudiciais autuados no recorte temporal do ano de 2016 a 2022, sendo os objetos divididos, dentre outros, em número aproximado da seguinte forma:

- Medicamentos: 123 registros (demandas sobre medicamentos são atendidas na Câmara Técnica de Conciliação da Saúde, não sendo registradas na Promotoria da Saúde);
- Regulação de leitos: 1.212 registros (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia)
- Regulação de exames: 378 registros (Secretaria de Saúde do Município de Salvador);

- Regulação de consultas: 335 registros (Secretaria de Saúde do Município de Salvador);
- Insumos: 39 registros (Secretaria de Saúde do Município de Salvador); e
- Vacinas: 359 registros (Secretaria de Saúde do Município de Salvador).

As portas de entrada do Ministério Público para as demandas são diversas, e incluem o canal 127, Portal de Atendimento ao Cidadão, *e-mail* dos Centros de Apoio, Ouvidoria, Corregedoria, e até mesmo os *e-mails* das Promotorias de Justiça, fato que inviabiliza o dimensionamento das demandas relacionadas à saúde pública que aportam no Ministério Público diariamente.

O **TJ/BA**, informou que o comitê não dispõe desses dados diretamente. Recomendando demandar de setor específico a extração, no banco de dados dos sistemas processuais, o que não foi possível acessar até o momento desta conclusão. Informa ainda que há possibilidade de os dados estarem subestimados diante da falha de preenchimento dos dados cadastrais pelos sujeitos processuais que propõem a ação.

6.2 DADOS DE CONTROLE E PLANEJAMENTO SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO E ESTRATÉGIAS INSTITUÍDAS/RESPOSTAS CONCRETIZADAS

Procurou-se identificar como os entes envolvidos na judicialização da Saúde no estado da Bahia, município de Salvador, estariam exercendo controle e planejamento diante das demandas por eles identificadas e relatadas. Que tipo de estratégias vem sendo utilizadas nesse contexto.

Quanto a esses aspectos, buscou-se identificar também a formação de equipes no atendimento a tais demandas, sua formação, vinculação, compreendendo-se como estrutura e tecnologia leve ao permitir vazão às demandas não solucionadas de imediato na estrutura local de saúde. A seguir, apresentaremos os dados obtidos.

A CCS tem composição de 1 Coordenação – vínculo estatutária + cargo SESAB; 7 Técnicos: 1 médica (SESAB e SMS); 2 enfermeiras (1 SESAB e SMS/ 1 SESAB); 2 farmacêuticos (SMS); 2 assistentes sociais (SESAB); 1 nutricionista (SMS) por fim, 4 profissionais no atendimento: 1 DPE; 2 MP, 1 SESAB (terceirizada).

A equipe do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde, na Secretaria Estadual, é composta atualmente por 18 pessoas: 3 farmacêuticas, 1 médica, 1

fisioterapeuta, 12 bacharéis em direito, 1 técnico de nível médio. Quanto aos vínculos: 2 efetivas, 2 cedidas, 7 cargos comissionados, 6 REDAS e 1 contratação terceirizada.

Segundo a DPE, em Salvador, possui o Núcleo de Tutela à Saúde que atua em favor do assistido desde o atendimento inicial até o cumprimento da decisão liminar (se for o caso). O Núcleo de Tutela à Saúde é composto por dois defensores públicos, analistas técnicos com formação em direito, técnicos administrativos e estagiários de nível superior e nível médio.

A DPU conta com uma média de 30 pessoas que atuam em diversos setores com a judicialização de demandas de saúde. Há funcionários terceirizados de nível superior em direito (4) e administração (1); funcionários terceirizados nível médio (4); servidores nível superior em direito (11), administração (1) e serviço social (1) além de estagiários de direito e de pós-graduação em direito (mais de 12).

No MP/BA não há divisão de atribuições que se pautem pela distinção entre a atuação judicial ou extrajudicial. Desse modo, e ainda considerando que diversas demandas encontram resolução pela via extrajudicial, não há como realizar a identificação questionada.

O TJ/BA não considerou a pergunta clara se referiria aos atores processuais, exclusivamente, não enviando, assim, esta informação.

As estratégias criadas e/ou implantadas por essas instituições estruturam os caminhos percorridos pelas demandas apresentadas até sua possível solução, seja extrajudicial ou através ação judicial e liminar concedida ou não.

A CCS realiza reuniões com Comitê Deliberativo, composto por representantes dos entes definidos no convênio que a instituiu. Nessas ocasiões, apresentam-se os dados do determinado período e discutem-se vias de deliberação de possíveis pactos e ações por parte do responsável (ou responsáveis, em ação conjunta). Quando necessário há convocação de atores dos serviços e setores das secretarias para ampliação de entendimentos e/ou busca conjunta de soluções aos problemas identificados.

É realizada atualização constante de pesquisa sobre as regulamentações relativas aos medicamentos diante dos órgãos públicos e sua trajetória no SUS, assim como comunicação intraequipe dos procedimentos e incentivo à formação, atualização dos trabalhadores.

Diante desses dos pontos discutidos, ao longo dos anos de funcionamento, tem ressaltado a importância da ampliação de diálogo com classe prescritora, assim como

maior articulação entre assistência farmacêutica e rede, quanto ao entendimento dos fluxos e necessidade dentro das situações críticas que se apresentam. Foram partícipes de reuniões coordenadores de serviços e setores e realizados compromissos de colaboração como em melhoria/adequação de fluxo para acesso à terapia antiangiogênica no Município, que tem demanda crescente e inserida em Protocolos do MS efetivamente apenas no último ano.

Discutidos com superintendência e diretoria, coordenações da assistência farmacêutica a situação de altas demandas de medicamentos da classe de anticoagulantes, tratamento para dor e outros fora da RENAME, em busca de ampliação de informação, comunicação aos envolvidos e critérios para avaliações de pedidos fora dos padrões. Também discutidos e fomentados fluxos junto as coordenações estadual e municipal a respeito das demandas por fórmulas e suplementos alimentares, que são acompanhados também pelo Ministério Público.

Reforço constante junto aos dispensadores e setores de secretarias (assistência farmacêutica) quanto a importância do tratamento das informações aos solicitantes. Chegam à CCS muitas situações de falta de informação, informações equivocadas, direcionamento equivocado, falta de documentos, que desgastam o paciente em busca da solução para sua demanda.

Há escassez de pontos divulgados de acesso das secretarias para informações aos usuários, o que tem deslocado grande volume de informação institucional à CCS. Há emissão de relatórios gerais e sob demandas específicas confeccionados pela CCS, encaminhados a todos os representantes do convênio e/ou ao solicitante em questão.

O NAJS/SESAB relata que a depender da demanda, realizam reuniões com a área técnica responsável pelo cumprimento, para alinhar se existe possibilidade de atendimento administrativo da demanda, se o objeto judicializado é um problema de má prestação de determinado serviço ou há algum ajuste para melhor atender à ordem judicial.

Além disso, há sinalização à PGE da necessidade de despachar com o juiz para explicar a estrutura de divisão de competência do SUS e alguns temas são levados para discussão nos comitês de saúde.

A Defensoria Pública do Estado relata busca de diálogo com as secretarias de saúde, através de ofícios e/ou reuniões na tentativa de resolver de forma extrajudicial a demanda apresentada pelos(as) assistidos(as) antes da judicialização.

A DPU antes de ocorrer a judicialização, relata a instrução do cadastro com todas as informações pessoais, dados do grupo familiar, renda, locais onde está sendo acompanhado, solicitação de exames e relatórios minuciosos, se há registro na Anvisa, cotações dos medicamentos solicitados, se houve pedido administrativo às secretarias de saúde. Acompanha fluxos da CONITEC/Anvisa/MINISTÉRIO DA SAÚDE, e monitora o cumprimento das ações a partir de sistema interno próprio da unidade.

Alguns medicamentos já foram incorporados pelo MS, a exemplo da terapia antiangiogênica, mas não há fluxo definido para realização do tratamento pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Somente a Secretaria de Saúde de Salvador organizou o fluxo para atendimento e dispensação. Pacientes de outros municípios recorrem a judicialização. A SESAB manifestou notícia de diálogos para contratualização da prestação em demais municípios.

Desse modo, mantem-se a judicialização para pacientes que não são domiciliados em Salvador e para pacientes que em que a patologia não se enquadra no PCDT do MS.

A mensuração e acompanhamento das características das demandas acontece de forma irregular.

A atuação do Ministério Público, segundo seu relato,

“se dá nos limites das atribuições que lhe são conferidas pela Constituição Federal, de tutela dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Deste modo, ao receber demandas em saúde, podem ser adotadas medidas extrajudiciais ou judiciais pelos órgãos de execução, como a instauração de procedimentos visando a investigação dos fatos relatados, realização de diligências investigativas, a exemplo de expedição de ofícios e requisições aos entes públicos, emissão de recomendação, celebração de Termo de Ajustamento de Conduta ou ajuizamento de Ação Civil Pública.

As providências a serem adotadas dependem do contexto do caso concreto, e são tomadas de acordo com a independência funcional garantida aos membros do Ministério Público.

Há questões, no entanto, que podem ser destacadas como exemplo de atuação do Centro de Apoio Operacional de Defesa de Saúde, no exercício de suas funções e em apoio às iniciativas dos Promotores de Justiça.

Quanto às demandas de medicamentos, cita-se a expedição de notas técnicas e orientações técnicas que visam subsidiar a atuação dos órgãos ministeriais em relação aos fármacos, a exemplo do status de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), se são incorporados ao rol do Sistema Único de Saúde, e o tratamento jurídico dado pela legislação e jurisprudência em cada hipótese; e a

Coletânea de Temas – Assistência Farmacêutica, que consolida orientações jurídicas sobre diversas matérias relacionadas a essa temática.

A partir das informações remetidas pelo Centro sobre o caso concreto apresentado, os órgãos de execução decidem as medidas que devem ser adotadas.

No que diz respeito à Regulação do Acesso à Assistência, a atuação do Ministério Público se concentra em larga escala no acompanhamento da fila da Regulação, e na certificação, mediante contato com os órgãos responsáveis, de que os direitos dos pacientes estão sendo devidamente atendidos, por vezes com a busca de leitos disponíveis nas unidades.

O CESAU também apoia a Promotoria de Justiça de Saúde de Salvador na realização do Fórum Estadual de Regulação, instância de diálogo em que participam membros e servidores do Ministério Público, representantes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), de Secretarias Municipais de Saúde de diversos municípios baianos, de unidades de saúde localizadas no estado, médicos reguladores e eis interessados na temática, tendo por objetivo a construção de soluções consensuadas sobre os principais entraves ao funcionamento do Sistema de Regulação no Estado.

Já sobre a vacinação, o CESAU também vem apoiando a atuação dos órgãos ministeriais com a expedição de notas técnicas orientativas, especialmente diante do registro de baixos índices vacinais nos municípios baianos, nos últimos anos. Também foi expedida a Coletânea Material de Apoio – Vacinação contra a COVID-19, que consolida o material disponível sobre o assunto.

Além das demandas citadas acima, o CESAU apoia as Promotorias de Justiça de Saúde de Salvador e as Promotorias de Justiça de Saúde do Interior em Inspeções a Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Maternidades, Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) a partir do registro do cidadão através de uma notícia de fato, e o Ministério Público atua objetivando verificar a estrutura e funcionamento das referidas unidades, assistência prestada, equipamentos adequados, insuficiência de recursos humanos, dentre outros.

Também são desenvolvidos o Projeto Cegonha: Efetivando a Dignidade, com foco na assistência à saúde materno-infantil; o Projeto Saúde Mental: Integração e Dignidade, que se debruça sobre a saúde mental; e o Projeto Milênio: Saúde + Educação, que fomenta a fiscalização de unidades de saúde e de educação em todo o Estado”. (sic)

O TJ/BA informa a estruturação, qualificação e fomento do NatJus, consoante art. 2º, II, da Resolução CNJ n. 388/2021; estruturação, qualificação e fomento do Grupo de Trabalho de apoio ao NatJus, consoante Decreto Judiciário nº 128/2020 (e alterações posteriores); suporte ao Comitê Estadual de Saúde, consoante art. 1º da Resolução CNJ n.388/2021; Instalação e suporte aos Comitês Regionais de Saúde, consoante art. 2º, IV, “g”,2, da Resolução CNJ n. 388/2021; Realização/participação de

eventos científicos e de outras ações de qualificação; Criação de fórum permanente de judicialização da saúde, pela Universidade Corporativa do TJBA. Inclui-se aqui, para vias de informação, no Comitê Estadual de Saúde a criação da CCS.

6.3 RESPOSTAS DA POLÍTICA DE SAÚDE ÀS PRINCIPAIS DEMANDAS JUDICIALIZADAS

Este estudo buscou relacionar as estratégias relatadas pelos envolvidos com fluxos de judicialização dos medicamentos no estado da Bahia, município de Salvador, e as mudanças, incrementos, problemas enfrentados, enfim respostas que se apresentaram neste período quanto às principais demandas aqui identificadas.

Quanto aos pedidos de **anticoagulantes** não referenciados na RENAME e pela CONITEC, há volume de solicitações por Rivaroxabana, com difícil substituição por Varfarina justificada pelos prescritores, assim como há também judicialização para sua aquisição.

Há, no período destacado (2016-2022) volume predominante dessas solicitações na CCS, considerando medicamentos a serem dispensados ao paciente. A maior parte das solicitações provém de instituições prestadoras do SUS (demanda hospitalar pós-alta).

As Secretarias do Estado e do Município de Salvador (Assistências Farmacêuticas) debatem sobre custo elevado desse medicamento *versus* a eficácia que é comprovada do medicamento fornecido pelo SUS. Porém, há hospitais da rede própria e pública e fazendo uso da substância não inserida na RENAME. A SMS desenvolveu programa de favorecimento para realização de RNI (exame para monitoramento da anticoagulação) o que facilitaria o uso da Varfarina. Há estudo realizado pelo NAJS que pondera tais custos e aponta possíveis benefícios nesta avaliação. O uso de tais medicamentos teriam talvez um impacto no tempo de hospitalização de pacientes. Mas não há estudos ou protocolos que possam sustentar decisões neste sentido.

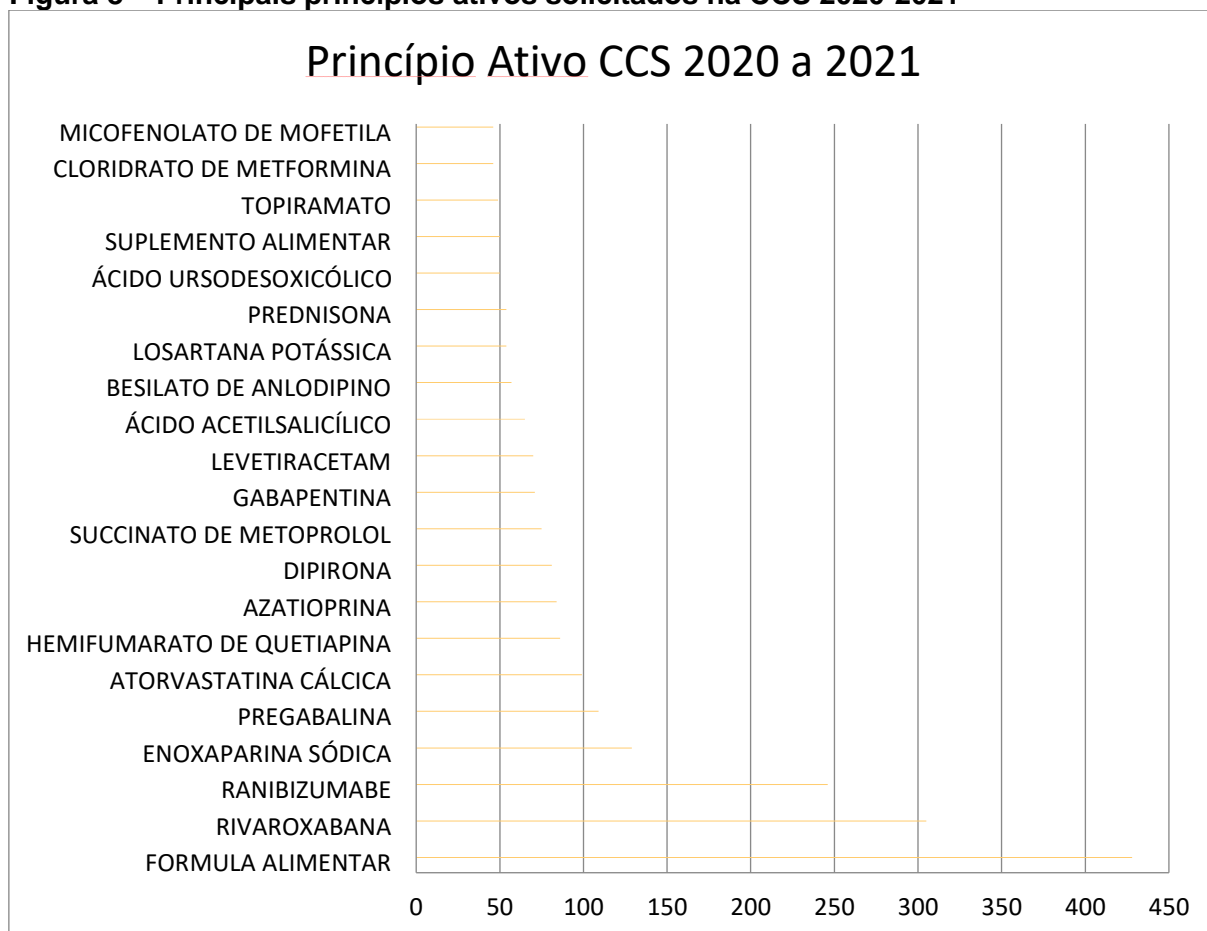
Discutiu-se, que novas avaliações precisam ser realizadas junto aos demandantes, também para ver se há possibilidade de criação de protocolo com critérios bem definidos para sua dispensação em casos excepcionais. No entanto, AF da SMS relatou a CCS que avaliaria essa situação junto à SMS e solicitou colaboração dos técnicos farmacêuticos da CCS (disponibilizados pelo Município) para reuniões.

A dispensação do anticoagulante disponível pelo SUS dá-se no nível básico, sendo então fornecido pela SMS. Esse tema pode ter repercutido em ações nas Secretarias de Saúde, pois há decréscimo dessas solicitações no último ano. Porém não há informação consolidada que tenha sido compartilhada.

Os casos de terapia antiangiogênica e oncologia são volume expressivo das solicitações que chegam à CCS, mas dependem de resposta absoluta e resolutiva de setores externos após sua avaliação e/ou inserção em serviços. Não há mecanismo de registro da efetividade da prestação nesses casos. Pode-se buscar relacionar pela identificação do usuário a correlação em dados de judicialização para tal retorno.

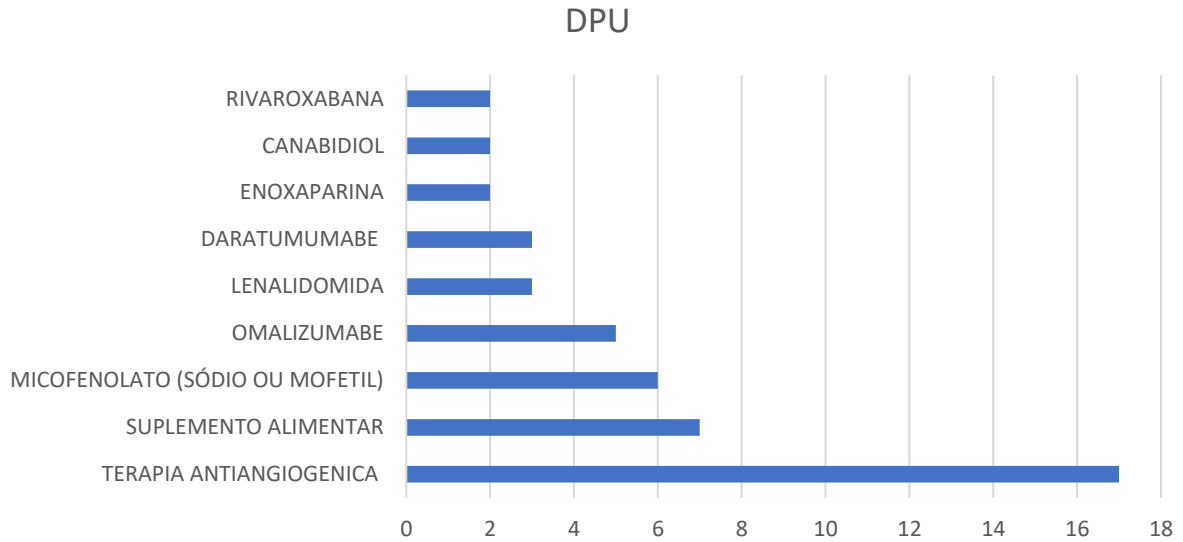
Um quadro comparativo (Figuras 4, 5 e 6) foi apresentado em relatório da CCS em 2021 com a seguinte configuração:

Figura 8 – Principais princípios ativos solicitados na CCS 2020-2021



Fonte: Bahia (2021).

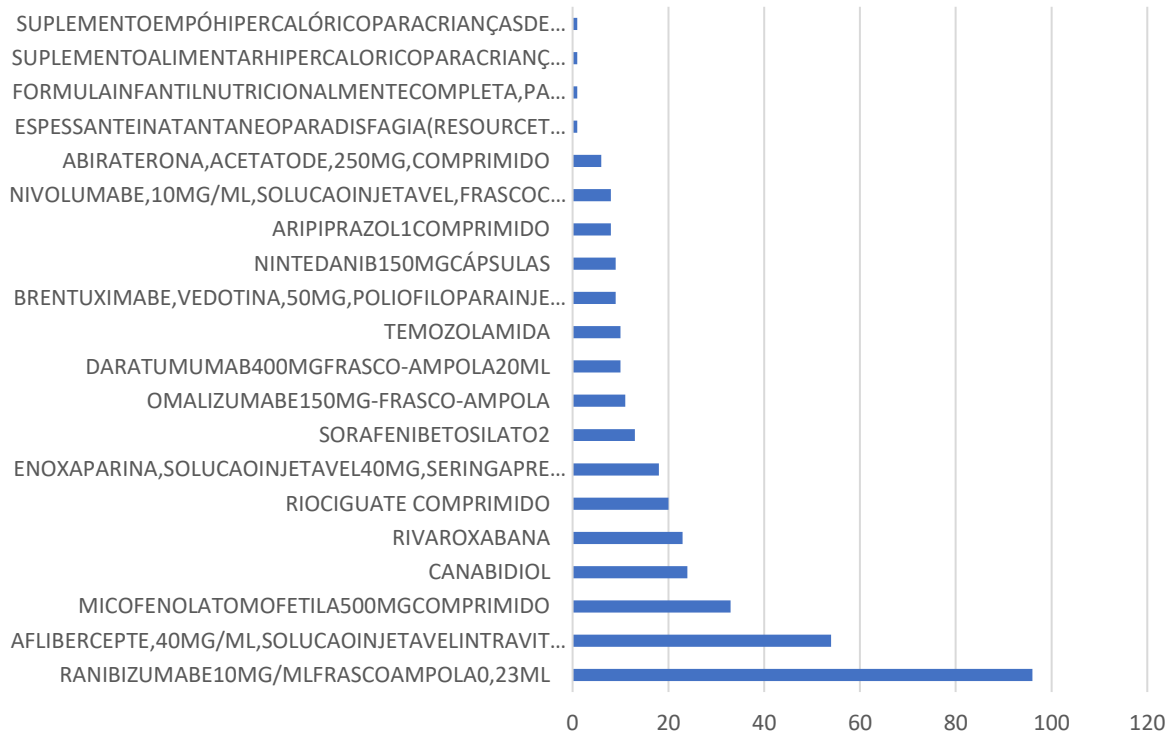
Figura 9 – Principais princípios ativos solicitados pela DPU 2020-2021



Fonte: dados fornecidos pela DPU.

Figura 10 – Principais princípios ativos judicializados Bahia

NAJS 2020 a 2021



Fonte: dados fornecidos pelo NAJS.

Esses dados ilustram caminho de certas demandas do tratamento extrajudicial ao judicializado em cumprimento pelo estado da Bahia. Nota-se o fluxo maior de judicialização, o acesso ao procedimento de terapia antiangiogênica, visto que não é um medicamento entregue ao paciente pela assistência farmacêutica, mas depende da inclusão em serviço e critérios para sua aplicação, por serviço especializado, disponibilizado na Rede SUS por prestadores contratados pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, até então não incorporados pelo MS, sem publicação de protocolos. Os casos judicializados são encaminhados pelas liminares ao cumprimento pela instância estadual, e confluem pacientes do interior do Estado que não encontram prestação local e os munícipes de Salvador que enfrentavam espera sem previsão de atendimento.

No caso da terapia antiangiogênica, há acompanhamento e troca constante com os setores para monitorização das filas e novos/alterações/ajustes de fluxos por parte da CCS. Houve interlocução entre as secretarias para verificação de duplicidade de solicitações de pacientes que poderiam estar judicializados, em fila de espera e até mesmo com tratamento já iniciado.

Há decréscimo nas filas sendo informado no ano de 2023, devido a ampliação das vagas ofertadas após inclusão em protocolo. Porém, não há informação sobre avaliação de risco ou outra estratégia integrada a estes atendimentos, que tenha sido desenvolvida pelas secretarias de saúde.

O tratamento das demandas de medicamentos excepcionais fora dos protocolos e listas do MS para o SUS, tem sido abordado pela SESAB de acordo com a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º, que institui como atuação do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica; a política nacional de medicamentos através da publicação da Portaria GM/MS nº 3.916 de 30 de outubro de 1998, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde, em suas diretrizes: adoção de relação de medicamentos essenciais - RENAME; regulamentação sanitária de medicamentos (ANVISA); reorientação da assistência farmacêutica. A adoção do entendimento através de saúde baseada em evidências científicas e uso racional de medicamentos também pautam os pareceres desta secretaria.

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do

Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. (BRASIL, 2011b)

Quanto à novos tratamentos, produtos, verifica-se o crescimento de demandas por produtos derivados de canabidiol, assim como elevando-se a sua judicialização para obtenção. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem publicado autorização para novos produtos à base de Cannabis. O regulamento prevê que o comércio desses produtos será feito exclusivamente mediante receita médica de controle especial.

As regras variam de acordo com a concentração de tetra-hidrocanabinol (THC). Nas formulações com concentração de THC de até 0,2%, o produto deverá ser prescrito por meio de receituário tipo B, com numeração fornecida pela Vigilância Sanitária local e renovação de receita em até 60 dias.

Há produtos importados que dependem de cadastro médico junto ao MS e autorizações, para importação, fabricados nos Estados Unidos, para serem comercializados no Brasil.

Com as concessões das autorizações, as empresas podem importar os produtos já prontos para uso e comercializar no país. “Conforme disposto em norma, o canabidiol poderá ser prescrito quando estiverem esgotadas outras opções terapêuticas disponíveis no mercado brasileiro”. (ANVISA..., 2021) Destaca-se as condutas adotadas e permissões pela Anvisa. Não há até o momento, incorporação ou dispensação pelo SUS, definida pelo MS. Não foram recomendados e/ou autorizados pela CONITEC, responsável pelos processos de dispensação pelo SUS.

A indicação e a forma de uso dos produtos à base de Cannabis são de responsabilidade do médico assistente, sendo que os pacientes devem ser informados sobre o uso dos produtos em questão.

Em 22 de abril de 2022 foi aprovado o primeiro produto de Cannabis pela Anvisa, esta agência já aprovou 23 produtos de Cannabis com base na RDC nº 327/2019, sendo nove à base de extratos de Cannabis sativa e 14 de canabidiol.

Já os produtos com concentrações de THC superiores a 0,2% só poderão ser prescritos a pacientes terminais ou que tenham esgotado as alternativas terapêuticas de tratamento. Nesse caso, o receituário para prescrição será do tipo A, com validade de 30 dias, fornecido pela Vigilância Sanitária local.

A Anvisa (2021) argumenta porque o produto não é medicamento:

A regra para o registro de medicamentos novos ou inovadores prevê a realização de pesquisas clínicas que sejam capazes de comprovar a eficácia desses produtos, além de outros requisitos para o seu enquadramento como medicamentos. (apud AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2022, p. 2)

O atual estágio técnico-científico em que se encontram os produtos à base de Cannabis no mundo não é suficiente para a sua aprovação como medicamentos.

No estado da Bahia, o município de Salvador, publicou em *Diário Oficial do Município*, em 7 de março de 2023, a Lei nº 9.663/2023:

Dispõe sobre a Política Municipal de uso da cannabis para fins medicinais e distribuição gratuita de medicamentos prescritos à base da planta, que contenham em sua fórmula as substâncias Canabidiol (CBD) e/ou Tetrahydrocannabinol (THC), nas unidades de saúde pública municipal e privada, ou conveniada ao Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito do município de Salvador, e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DO SALVADOR, CAPITAL DO ESTADO DA BAHIA, faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º É direito do paciente receber gratuitamente do Poder Público medicamentos nacionais e/ou importados à base de cannabis medicinal que contenham em sua fórmula a substância Canabidiol (CBD) e/ou Tetrahydrocannabinol (THC), desde que devidamente autorizados por ordem judicial e/ou prescritos por profissional médico acompanhado do devido laudo das razões da prescrição, nas unidades de saúde pública municipal em funcionamento no município de Salvador, atendido os pressupostos do art. 196 da Constituição Federal de 1988.

§1º O paciente receberá os medicamentos de que trata o caput deste artigo durante o período prescrito pelo médico, independente de idade ou gênero.

Art. 2º É obrigatório para o recebimento dos medicamentos a que se refere o art. 1º: I – prescrição feita por profissional médico legalmente habilitado, a qual deve conter obrigatoriamente o nome do paciente e do medicamento, a posologia, o quantitativo necessário, a duração do tratamento, data, assinatura e número do registro profissional no Conselho Regional de Medicina; II – laudo médico contendo a descrição do caso, CID da doença, justificativa para a utilização do medicamento indicado e a viabilidade em detrimento às alternativas terapêuticas já disponibilizadas, no âmbito do SUS, e aos tratamentos anteriores.

Art. 3º Para o cumprimento desta Lei é lícito ao Poder Público: I – celebrar convênios com as organizações sem fins lucrativos representativas dos pacientes a fim de promover, em conjunto, campanhas, fóruns, seminários, simpósios, congressos para conhecimento da população em geral e de profissionais de saúde acerca da terapêutica canábica;

Art. 4º O programa ora instituído ficará sob o comando e a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde que definirá as competências em cada nível de atuação. Parágrafo único. A Secretaria Municipal de Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da publicação desta Lei, criará comissão de trabalho para implantar o programa no município de Salvador, com participação de técnicos e representantes de associações sem fins lucrativos de apoio e pesquisa à cannabis e de associações de pacientes com Epilepsia, Transtorno do Espectro Autista, Esclerose, Alzheimer e Fibromialgia, ou qualquer patologia em que os tratamentos convencionais não sejam eficazes.

Art. 5º O objetivo geral do programa é proporcionar o acesso gratuito a produtos de Cannabis para fins medicinais, nacionais ou importados, à população do município de Salvador - BA, como terapia alternativa ao tratamento de patologias nas quais as terapias convencionais disponibilizadas pelo SUS não forem eficazes.

§1º São objetivos específicos deste programa:

V - acolher, diagnosticar e tratar pacientes cujo tratamento com a cannabis medicinal possua eficácia e/ou produção científica que enseje o tratamento;
VI - promover políticas públicas para propagar a disseminação de informação a respeito da terapêutica canábica através de palestras, fóruns, simpósios, cursos de capacitação de gestores e demais atos necessários para o conhecimento geral da população acerca da cannabis medicinal, realizando parcerias público-privadas com entidades, de preferência sem fins lucrativos, em atenção ao art. 199, §1º, da Constituição Federal de 1988;

Art. 13. As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta de dotação orçamentária própria, suplementadas se necessário.

Art. 14. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no que couber. (SALVADOR, 2023, p. 3-4)

Até o momento da conclusão desta pesquisa, ainda não foram publicados protocolos pela SMS que viabilizem a avaliação e dispensação desses produtos.

Os dados que obtivemos juntos aos entes partícipes do Convênio CCS, permitem verificar que, dentro do escopo atual da CCS (medicamentos, fórmulas e suplementos, munícipes de Salvador), houve diminuição no fluxo geral recebido para judicialização junto às Defensorias Estadual e da União, também junto ao NAJS (núcleo da SESAB).

Uma vez que muitos desses fluxos referem-se à ausência de porta de entrada no sistema de saúde ou falta de informações, atualmente há grande fluxo destinado à CCS com este intuito.

Em dados correlacionados com NAJS/SESAB, pôde-se identificar:

6017 atendimentos CCS (2020 a 2021)

X

499 pacientes CCS relacionados a ações judiciais NAJS

Desse modo, as intervenções em informação, direcionamentos, tratamento documental, articulações intersetoriais, puderam alterar o curso da judicialização de muitas solicitações.

Torna-se evidente a importância de divulgação e organização de fluxos dos serviços das secretarias de saúde, visto que, na falta de entendimento dos prescritores e dos usuários, estes tendem a procurar meios judiciais de buscar “seus direitos”.

Segundo a DPU, na percepção de seu fluxo, alguns medicamentos já foram incorporados pelo MS, a exemplo da terapia antiangiogênica, mas não há fluxo definido para realização do tratamento pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Somente a Secretaria de Saúde de Salvador organizou o fluxo para atendimento e dispensação. Pacientes de outros municípios seguem recorrendo à judicialização.

Destacam-se também medicamentos que já foram incorporados por portarias do MS que, apesar do prazo estipulado de 180 dias, não possuem ainda fluxo estabelecido de financiamento, nem PCDT publicados, o que leva a um aumento de solicitações, mas sem correspondência da dispensação local, visto a falta de definição de financiamentos e ressarcimentos. Encaminham-se, em geral, à judicialização.

As fórmulas e suplementos alimentares, que não possuem fluxo estabelecido pelo Ministério da Saúde para sua dispensação, estado e município estabelecem critérios e fluxos com recursos próprios para buscar atender estas demandas, quando se referem ao tratamento de patologias. São muito solicitados no tratamento oncológico, em casos de desnutrição grave, para tratamento de patologias neurológicas, como epilepsia (dieta cetogênica) e doenças metabólicas.

Nota-se que após pandemia, o acréscimo de solicitações por suplementos e fórmulas como alimento para pessoas em situações de vulnerabilidade social, que não conseguem ser atendidas por esses fluxos, retornam à busca de programas sociais que possam atender demandas de forma mais ampla, o que nem sempre encontra acesso e atendimento.

Para além das políticas de saúde, tem sido tematizado pelas secretarias de saúde e pelos atores do direito, os direcionamentos para responsabilização nas causas judicializadas. Diversos cursos e eventos vêm capacitando os profissionais do direito para lidar com as questões da saúde, vide o surgimento e destaque nesta área do Direito Sanitário.

As secretarias de saúde, a exemplo da SESAB, conforme disposto nos dados apresentados, tem inserido diversos profissionais desta área em suas equipes de trabalho.

A relação com responsabilidades da partilha federativa que envolve custos/ressarcimentos no SUS (União, Estado e Município) têm sido pautadas. Segundo NAJS/SESAB, o Estado não tem recebido ressarcimento de demandas judiciais que o Estado cumpre e que seriam de responsabilidade da União e dos Municípios.

Para a DPE, as medidas adotadas no intuito da resolução extrajudicial são direcionadas à secretaria de saúde responsável sobre aquela necessidade apresentada. A solução judicial, segundo mostram os dados, tem sido direcionada ao Estado para cumprimento.

A orientação do CESAU (MP/BA) aos órgãos de execução que atuam na defesa do direito à saúde é a de que sigam os paradigmas legislativos e jurisprudenciais que regem o tema.

Como informado, a definição dos entes que devem integrar o polo passivo de demandas judiciais ocorre caso a caso, de acordo com o desenho organizacional do SUS, as responsabilidades legalmente definidas e administrativamente pactuadas. Eventuais ressarcimentos devidos entre os entes públicos são determinados pelo órgão julgador, de acordo com o preconizado na tese firmada pelo Tema 793 do Supremo Tribunal Federal:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. (BRASIL, 2014)

O TJ/BA respondeu que seria inviável a demanda da análise qualitativa dos processos e das decisões judiciais, neste momento, pelo Comitê.

Pelos dados apresentados, as ações iniciadas citam majoritariamente, neste Estado, a competência estadual para seu cumprimento. Sendo essa uma das questões bastante discutidas no meio, quanto às responsabilidades solidárias nas ações.

Segundo entendimento do STF, há responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde.

No RE de 2019, ficou assentado também que compete à autoridade judicial, em razão da diretriz da descentralização e hierarquização, direcionar o cumprimento em conformidade com regras de competência e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. Isso traz grande complexidade para a autoridade judicial e dependerá muito da defesa feita pelo ente público no tocante à demonstração das responsabilidades do demandado, mesmo sem a celebração do contrato de ação pública, com o chamamento à lide em litisconsórcio.

A questão do ressarcimento também é um problema porque pressupõe que alguém arcou com a responsabilidade e depois terá que obter o seu ressarcimento do outro ente jurídico. As consequências são complexas para a autoridade judicial e também para a autoridade demandada e precisará ser

muito bem argumentada e demonstrada pela defesa. [...] Isso sem falar que, quando a União é envolvida, prevalece o foro federal, que não há em todas as comarcas, diga-se, trazendo dificuldades para o cidadão quando vê descumprido o dever estatal de prover a sua saúde. (SANTOS, 2021, p. 810)

Os temas têm sido pautados pelo STF, que também decidiu:

A primeira Seção do STJ, em 25.4, concluiu o julgamento de recurso repetitivo, estabelecendo requisitos (critérios) para que o Poder Judiciário determine o fornecimento de remédios fora da lista do Sistema Único de Saúde (SUS).

Importa anotar, todavia, que os critérios fixados, em virtude da modulação dos seus efeitos, só serão exigidos nos processos judiciais distribuídos a partir dessa decisão.

Em síntese, restou decidido que o Poder Judiciário poderá determinar ao poder público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que presentes, cumulativamente, os seguintes requisitos:

1 – Seja comprovado pela parte autora, mediante laudo médico fundamentado e devidamente circunstanciado (da lavra de médico que assiste o paciente), de que o medicamento pleiteado lhe seja imprescindível, necessário também demonstrar a ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o efeito do tratamento pretendido;

2 – A demonstração da incapacidade financeira do demandante (paciente) de arcar com o custo do medicamento prescrito; e

3 - Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (SARLET, 2018)

O julgamento ocorrido em 11 de março de 2020, RE 5.664.716 decidiu que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, quando não estiverem previstos na relação do SUS do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional.

Situações excepcionais ainda serão definidas na formulação da tese de repercussão geral. Desse modo, percebe-se esses casos em difícil solução administrativa, frente a argumentos dos custos para fornecimento, com dificuldades para ressarcimento.

Foram colocadas como dificuldades nos enfrentamentos das questões em torno da judicialização da Saúde, pelo NAJS, o cumprimento de decisões com objetos que, pela organização do SUS, seriam de competência de outro ente estatal ou que não estão reconhecidos no Sistema Único. Buscam para levar mais informação ao judiciário para tentar reduzir essas demandas.

Segundo MP/BA as demandas encaminhadas pela população ao Ministério Público refletem diretamente os principais entraves enfrentados para a efetivação do direito à saúde.

Temas como a Regulação do Acesso à Assistência, fornecimento de medicamentos, saúde mental e desassistência em hospitais e unidades de saúde são diuturnamente levados à apreciação dos órgãos de execução, e representam as maiores dificuldades enfrentadas para o acesso às ações e serviços que devem ser disponibilizados pelo SUS.

A resposta da DPU reflete que o sistema, como um todo, não parece predisposto a alterar o percurso da judicialização na saúde. Há percepção de que os entes federativos: União, estado e municípios, assim como o próprio Poder Judiciário alimentam a judicialização e sua morosidade. Cita exemplo da terapia antiangiogênica: medicamentos como Lucentis e Eylia que já foram incorporados para as patologias mais acometidas pela população idosa e diabética ainda não possuem fluxo de atendimento definidos. A Justiça, mesmo tendo conhecimento que os referidos medicamentos foram incluídos no SUS, não exige que o estado da Bahia crie um fluxo de atendimento e o obrigue a dispensação dos fármacos fomentando que a judicialização persista.

Muita dificuldade em realizar um contato/comunicação fluida com a secretaria, havendo e-mails sem respostas, ofícios que não são respondidos, contatos telefônicos repassados por inúmeros setores etc. Reforçamos a questão com a seguinte mensagem:

“Não há boas perspectivas para redução da judicialização quando a própria justiça não tem interesse em cobrar efetivo atendimento por parte das secretarias de saúde e Ministério da Saúde”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese intitulou-se “A judicialização da Política Pública de Saúde e Efetivação do Direito no estado da Bahia: um desafio interdisciplinar”, partindo de título original “Possibilidades de efetivação do direito a saúde através da judicialização da política no estado da Bahia”, tendo como objeto de estudo a efetivação do direito à saúde buscado através da judicialização um contexto de interação interdisciplinar, através da qual demandas de saúde da população têm sido debatidas e definidas em âmbitos do direito, da saúde e seus setores, sob impacto de aspectos econômicos, políticos e sociais. O objetivo geral e os objetivos específicos estabelecidos para esta pesquisa foram expostos e pôde-se responder a questão de pesquisa, qual seja: como se dá a efetivação do direito à saúde através da judicialização e interações (ou falta delas) entre sistema jurídico e política de saúde, diante da configuração constitucional brasileira? A possível efetivação do direito à saúde através da judicialização tem colaborado para controle e implementação da política pública de saúde? Certamente ainda existem questões não preenchidas satisfatoriamente e novas questões a se abordar, diante de tema é complexo que requer continuidade e pode abrir caminho para outros pesquisadores.

Uma temática nacional que despertou as questões: quais as possibilidades de (ou como tem ocorrido) a efetivação do direito à saúde diante da configuração constitucional brasileira e da política de Saúde vigente? A efetivação do direito à saúde através da judicialização tem colaborado para controle e implementação da política pública de saúde? Sob a hipótese de que a efetivação do direito à saúde, ocorrido através da judicialização, atende à demanda concreta individual, pontual, mas ainda carece de meios para fortalecimento da Política Pública de Saúde no atendimento à pretensão universal a que se destina.

Os dados obtidos (e não obtidos) neste momento, apontam a judicialização da saúde já se estruturando no sistema de saúde brasileiro, visto o fato de demandar estruturas e profissionais exclusivamente voltados a dar tratamento a estes fluxos. Há um número significativo de profissionais operadores do direito nas secretarias de saúde. A “efetividade” é discutida no escopo de cumprimento das ações, das responsabilidades financeiras junto às questões apresentadas.

Há arcabouço nas políticas de saúde que buscam estabelecer tais responsabilidades. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi estabelecida por portaria GM/MS nº 3.916/1998, buscou garantir acesso universal a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade ao menor custo. Foi ratificada como política pública de saúde pela Resolução nº 338 de 2004, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). (OLIVEIRA et al., 2020) A RENAME iniciou como lista baseada no conceito de essencialidade em edições de 1998 a 2010, e foi incluindo medicamentos que se regulamentavam mais próximos ao conceito de integralidade no SUS, com a publicação da Lei nº 12.401/2011 e do Decreto nº 7.508/2011, trazendo mudanças para o processo de incorporação de medicamentos. Ainda assim, há aumento de inclusão de medicamentos nos últimos anos, apesar de não correspondente decréscimo de sua judicialização.

Há que se considerar diferenças regionais nas estruturas de Saúde e do Judiciário, mas sem perder de vista as pressões por incorporação de novos medicamentos, novas tecnologias por parte dos laboratórios e profissionais prescritores. Nos relatórios médicos no contexto estudado há escassas justificativas pelas escolhas, poucos dados robustos para auxiliar quem pode decidir em caso de litígio ou mesmo necessidade. Há referências a protocolos internacionais, de especialidades médicas, mas poucas aos PCDT do SUS.

Discutindo-se assim, como a judicialização tem influenciado, ou não, a execução das políticas e como as políticas podem levar à judicialização, através de buscar identificar e analisar aspectos nesses fluxos, dados de controle e planejamento sobre a judicialização e estratégias instituídas, respostas concretizadas, características das demandas que cursam o fluxo da judicialização no estado da Bahia tem-se elevadas demandas por solicitação a medicamentos, em sua maioria fora da RENAME ou critérios de inclusão nos protocolos da política. Mas, em parte dos casos, ajustes como informações de acesso a serviços, protocolos instituídos no SUS apresentando possibilidades de substituição por medicamentos disponíveis pareceram viáveis em estratégia extrajudicial, diminuindo casos que chegam a decisões judiciais.

No entanto, demandas que se mantêm repetitivas no intervalo de tempo pesquisado mostram que as respostas da política de saúde às principais demandas judicializadas refletem certa acomodação nestes processos.

Haja vista que há atrasos nas incorporações, de fato, referendadas pela CONITEC. São realizadas consultas públicas periódicas em busca de ampliação de evidências para tomada de decisão, porém dada decisão pela sua incorporação, há, de modo regimental até 180 dias para se disponibilizar a tecnologia à população. Isso ocorre após assembleias CIT e CIB, que devem definir os fluxos de protocolo e financiamentos. Há medicamentos, no Brasil, que levam mais de um ano após decisões para estarem disponíveis de fato e, algumas vezes, retornam à consulta pública.

Os controles da política em vista dos impactos da judicialização são ainda incipientes, demonstrando serem chamados à avaliação quando sob enfoques prioritários emergenciais e não planejados, previsto, preventivo ou de acompanhamento de dados que poderiam ser produzidos e sistematizados.

As liminares, que recaem sob responsabilidade estatal, reforçam o dever de cumprir previsto constitucionalmente, embora apontadas pelo Executivo diferindo das responsabilidades pactuadas na política de saúde quanto à solidariedade ou escopo federal instituído.

As estratégias são fundadas em estruturas compartimentalizadas, com interações focais ou temáticas, e prevalência de decisões dos entes executivos enquanto manutenção do fazer, ou de sua falta, e decisões que pedem o cumprimento, que não são relatadas apontar à realidade fática, que reforçam fragilidade dialógica, pouco exercício do trato extrajudicial de fato (apesar de referido), e havendo meio criado para tal neste contexto pesquisado.

Os indivíduos que interagem nas forças de execução enfrentam dificuldades para efetivação do direito à saúde e das políticas que o podem garantir, visto os atores do judiciário notarem certas demandas repetitivas e crescentes, assim como os atores do executivo, que se organizam para lidar com cumprimento de ordens judiciais. São apresentadas justificativas focadas na divisão normativa de responsabilidades descritas no escopo do SUS. Focadas, inclusive, no objeto da demanda (a exemplo dos medicamentos), sem a perspectiva integral do atendimento no SUS, que pode demandar cumprimentos em outras pontas, como atendimento ambulatorial de acompanhamento a certas patologias; assistência multidisciplinar, etc.

Esta análise, parte de pressupostos do direito à saúde como direito fundamental – dever prestacional por parte do Poder Executivo, Legislativo, e passível de cobrança/controle por via do Poder Judiciário; em princípios pautados na dignidade da pessoa humana, garantias do mínimo existencial; mas também na complexidade

da efetivação do direito à saúde, seu caráter transdisciplinar, para além da divisão dos poderes e da responsabilidade solidária tripartite entre os entes Federais, Estaduais e Municipais, conforme preconiza a política instituída no país. “Dever do Estado, direito de todos”, aponta fluxos obstruídos, não construídos, não cumpridos. Realidade que depende de atos legisladores claros e estabelecidos, que podem figurar de modo infraconstitucional e complementar. Ainda que a ação crescente e ativista judicial busque a dignidade humana na efetivação deste direito, deve ser buscada por todos os poderes, de forma pactuada e alinhada com a realidade.

A discussão atravessa as demandas judicializadas/problemas de saúde identificados e suas configurações complexas, interesses entrelaçados que enfraquecem valores democráticos quando prevalecem escolhas políticas esvaziadas de sociedade, de cidadãos.

A problemática da saúde na contemporaneidade aponta multideterminantes, apesar dos aspectos de financiamento serem discutidos prioritariamente, ainda que não exclusivamente. Há peso e realidade quanto às restrições orçamentárias impostas por legislação, apesar de gestão de recursos também ocuparem pauta relevante quanto às escolhas de aplicação e direcionamento feitas por gestores.

O debate ético que envolve os prescritores, o quanto estão inseridos e cientes do sistema do qual participam, da realidade vivida pelos seus pacientes, as opções disponíveis a eles e as condições em que podem contribuir para este fomento, assim como conflitos de interesse precisam ser abertamente discutidos e inseridos em debates. Envolve a atualização das discussões sobre a formação da força de trabalho no SUS e seus modos de contratação e vinculação.

O direito que deve ser garantido através da concretude das políticas: planejamento, legislação, financiamento, estrutura – limiaries (interação) de ação dos três poderes; individual/coletivo – privado/público, verifica atendimentos individuais às demandas, gerando, inclusive, filas a seu atendimento (visto situação com Terapia Antiangiogênica) e prejuízo à saúde de usuários do sistema. Há que se observar, por exemplo, a necessidade de atuação junto à linha de cuidado característica da nossa população, que eleva incidência das patologias que vem a necessitar deste tratamento (diabetes, no caso e tratamento à saúde do idoso). Há relato de espera no serviço para cumprimento de ações judiciais para terapia antiangiogênica.

Atualmente, há espera de cumprimento judicial maior que a do atendimento administrativo. Deste modo, ocorre busca de convergência com defensorias no

tratamento e acompanhamento destas demandas, visto que mesmo judicializadas, não atendem a necessidade pontual, de modo eficaz, do assistido. Busca-se aprimorar com a secretaria responsável a celeridade nos atendimentos, através dos trâmites com prestadores. Assim como se pode buscar a colaboração de Ministério Público quanto às ações que podem dirigir-se às questões coletivas, estruturantes, que talvez tomem amplitude maior em questões locais para movimentação e ajustes de políticas, que podem ser também alçadas ao nível federal, quando for o caso.

Demandas que sinalizam seu crescer na atualidade podem ser analisadas em seu contexto e aparato existente na rede SUS para seu atendimento e suporte. Medicamentos amplamente solicitados para determinadas patologias podem sinalizar falta de acesso à rede de atenção em serviços outros; insuficiência ou ausências em linhas de cuidado; sobrecarga laboral nos serviços existentes; etc., para além de escolhas terapêuticas fora dos protocolos SUS e/ou inserção de novos medicamentos no mercado.

A ampla judicialização da saúde gera impactos econômicos para execução das políticas e aponta para necessidade de mecanismos de planejamento, controle, avaliação e execução das políticas de modo integrado para efetivação do direito à saúde. Foram identificados neste estudo mecanismos intrassetores, condutas individualizadas de defensores, e com pretensa interação de modo interdisciplinar em função de respostas que apontam a instrução disponível para atendimento, apontamento de responsabilidades estaduais, municipais e, principalmente federais.

Após encaminhamento judicial, não há registro de acompanhamentos ou inserção de fato nos programas do SUS. Há atendimento pontual da demanda judicializada. Desse modo, há grande possibilidade de retorno desses mesmos solicitantes para novos encaminhamentos, uma vez que não são de fato inseridos em fluxos e protocolos que possam atendê-los ou avaliá-los. Não se sabe da eficácia do tratamento definido judicialmente por pedido fora do sistema, que declara não ter como oferecer o serviço nestas condições.

Como visto, o termo “políticas públicas” tem natureza social e estas são entendidas como programas que determinam os caminhos para que se alcance determinados objetivos, fins previstos na Constituição Federal, de forma sistemática e abrangente, como já citado. Envolvem atividades executivas, normativas, reguladoras e de fomento. Sua regulamentação acontece através da própria Constituição Federal, leis federais, estaduais e municipais, assim como por normas

editadas pelo Poder Executivo (que podem necessitar de filtragem constitucional). Estão sujeitas, deste modo ao controle judicial.

Para o alcance de seus fins, as políticas públicas precisam prever metas, estabelecendo em que direção devem fluir as atividades do Estado e particulares, assim como os resultados que buscam ser alcançados e seus caminhos a serem trilhados. Tais metas levam tempo a serem atingidas e não devem ser circunstanciais ou episódicas, referem-se a direitos fundamentais de complexo atingimento.

Ora, percebem-se dificuldades estruturais de cumprimento, de entrega positiva de certos serviços/produtos pelo SUS, mesmo com inclusão de prestadores privados em parcerias e modelos quem vem sendo criados nos últimos anos.

Há *modus operandi* diferentes em um mesmo Estado, Município e até instituição, que dirá sobre os profissionais. O que leva a avaliação dos trabalhadores do sistema e modos de trabalho, que também têm se afastado do modelo legislado de concurso público, avaliações de desempenho etc.

Configuram-se, então, empecilhos ao se constituir uma política pública quando existem dúvidas quanto aos limites de atuação dos entes responsáveis para desenvolvê-la, o que compromete a segurança jurídica e a realização dos objetivos de interesse público.

Como dito anteriormente, que as políticas públicas têm princípios reitores e diretrizes que garantem coerência e unidade, influenciando comportamentos legislativos e administrativos e conformam a interpretação de diferentes normas componentes da política. O ajuste entre o que é efetivamente praticado e as previsões normativas carece de avaliação permanente a despeito dos elementos que compõem a política e seu alcance a contento.

Nesse contexto a judicialização excessiva, como fluxo para alcance de medicamentos não estudados, não avaliados, não incorporados ao sistema, viola as regras do sistema, sem necessariamente garantir saúde, acompanhamento, adequação à real necessidade do paciente, nem ao sistema.

Para conhecer o alcance das normas que compõem as políticas públicas é necessária pesquisa circunstanciada, ponderação dos princípios envolvidos e de argumentos que explorem os aspectos relevantes para a construção da política. Isso não pode se dar em unilateralidade, sem intersetorialidade, sem interdisciplinaridade e sem atender os princípios organizativos do sistema, que envolvem integralidade, universalidade e equidade.

Fornecimento de medicamentos não se traduz necessariamente em saúde, em tratamento integral. Haja vista PCDT do Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), ou da dor crônica, que envolvem atendimentos multidisciplinares, que, não encontrados na rede, podem desencadear mais pedidos de medicamentos para seu tratamento.

Relevante pensar em que medida a exigência de uma organização administrativa pode ser corrigida pelos tribunais. As respostas individuais às demandas enfrentam até dificuldades em seu cumprimento, visto que em alguns casos de dificuldades de aquisição pelos mecanismos de licitação, ressarcimento de recursos também são enfrentados pelo poder executivo. Os caminhos da intersetorialidade apontam-se necessários para o cumprimento da efetiva política de saúde. Carecem ainda de apoio e avanço na legislação, de retomada de força normativa da Constituição, mostram-se em rascunho em iniciativas pelo país e neste Estado para poder garantir o “direito à saúde”, em sua integralidade, universalidade e equidade. Talvez o dever do Estado precise tornar-se dever de todos para que possamos nos aproximar do direito de todos.

REFERÊNCIAS

ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO (Brasil). *Intervenção judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais*. [Brasília, DF: AGU, 2012].

AFONSO, J. R. R.; JUNQUEIRA, G. G. Reflexões a respeito da interface entre seguridade social e fiscalidade no Brasil. In: LOBATO, L. de V. C.; FLEURY, S. (org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 116-142.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). *Parecer técnico nº 40/GCITS/GGRAS/DIPRO/2022*. [Trata da cobertura de planos de saúde para medicamentos à base de *Cannabis sativa* e canabidiol]. [Brasília, DF], 27 maio 2022.

ALVES, C. L. *Direito à saúde: efetividade e proibição do retrocesso social*. Belo Horizonte: D'Plácido, 2013.

ANVISA aprova dois novos produtos à base de Cannabis. *Anvisa*, Brasília, DF, 4 nov. 2021.

ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (coord.). *Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

BAHIA. Câmara de Conciliação da Saúde. *Relatório da CCS*. [Bahia, 2021].

BARROSO, L. R. Ano do STF: judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *Revista Consultor Jurídico*, São Paulo, 22 dez. 2008.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jurisprudência Mineira*, Belo Horizonte, ano 60, n. 188, p. 29-60, jan./mar. 2009a.

BARROSO, L. R. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. *Suffragium: revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará*, Fortaleza, v. 5, n. 8, p. 11-22, jan./dez. 2009b.

BARROSO, L. R. *O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição brasileira*. 4. ed. amp. atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

BELLINI, M. I. B. *et al.* Políticas públicas e intersectorialidade em debate. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLITICAS PUBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMILIA, 2013, Porto Alegre. *Anais [...]*. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2013.

BOBBIO, N. *A era dos Direitos*. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOBBIO, N. *Liberalismo e democracia*. Tradução: Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Brasiliense, 2006.

BRAGA, B. S. F.; OLIVEIRA, Y. M. C.; FERREIRA, M. A. F. Gastos com a Judicialização de medicamentos: uma revisão integrativa. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 21, e-0003, 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988 [...]. Brasília, DF: Senado Federal, 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.508, 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*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 126, p. 1-3, 29 jun. 2011a.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 29 abr. 2011b.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 25694-25695, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. [Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Conselho Nacional de Saúde)]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 96, p. 52-53, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona. *Gov.br*, Brasília, DF, Assuntos – Saúde de A a Z, 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde*. Recurso extraordinário em que se discute, à luz dos arts. 2º e 198 da Constituição Federal, a existência, ou não, de responsabilidade solidária [...]. Relator: Min. Luiz Fux, 26 de novembro de 2014.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Acordão 1787/2017*. Relatório Sistêmico de Fiscalização da Função Saúde (FiscSaúde) referente ao biênio 2017-2018. Relator: Min. Bruno Dantas, 16 de agosto de 2017.

CAMPILONGO, C. F. *Política, sistema jurídico e decisão judicial*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

CAPPELLETTI, M. *Juízes legisladores?* Tradução: Carlos Alberto Álvaro de Oliveira. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1993.

CARVALHO, J. M. de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). Recomendação Nº 31 de 30/03/2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. *Diário de Justiça Eletrônico [do] Conselho Nacional de Justiça*: Brasília, DF, n. 61/2010, p. 4-6, 7 abr. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Legislação do SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Legislação estruturante*. Brasília, DF: CONASS, 2015a. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *O financiamento da saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 2).

CUNHA JÚNIOR, D. da. A judicialização da política, a politização da justiça e o papel do juiz no estado constitucional social e democrático de direito. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFBA*, Salvador, v. 26, n. 28, p. 149-169, 2016.

CUNHA JÚNIOR, D. da. Ativismo Judicial e concretização dos Direitos Fundamentais. *Revista Baiana de Direito*, Salvador, v. 5, p. 23-38, jan./jun. 2011.

CUNHA JÚNIOR, D. da. *Controle judicial das omissões do poder público: em busca de uma dogmática constitucional transformadora à luz do direito fundamental à efetivação da Constituição*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

CUNHA JÚNIOR, D. da. Dos direitos sociais. *In: CUNHA JÚNIOR, D. da. Curso de Direito Constitucional*. 11. ed. Salvador: Juspodivm, 2017. p. 671-702.

CUNHA JÚNIOR, D. da. Neoconstitucionalismo e o novo paradigma do Estado Constitucional de Direito: um suporte axiológico para a efetividade dos Direitos Fundamentais Sociais. *In: CUNHA JÚNIOR, D. da; PAMPLONA FILHO, R. (org.). Temas de Teoria da Constituição e Direitos Fundamentais*. Salvador: Juspodivm, 2007. p. 71-112.

DAGNINO, E.; OLVERA RIVERA, A.; PANFICHI, A. (org.). *A disputa pela construção democrática na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

DOMINGUES, J. M. *Interpretando a modernidade: imaginário e instituições*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2002.

DRESH, R. L. O acesso à saúde pública e a eficácia das normas de regulação do SUS. *In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Direito à Saúde*. [Brasília, DF]: CONASS, 2015. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2015).

FARIA, J. E. As transformações do judiciário em face de suas responsabilidades sociais. *In: FARIA, J. E. (org.). Direitos humanos, direitos sociais e justiça*. São Paulo: Malheiros, 2002. p. 52-67.

FARIA, J. E. O judiciário e os direitos humanos e sociais: notas para uma avaliação da justiça brasileira. *In: FARIA, J. E. (org.). Direitos humanos, direitos sociais e justiça*. São Paulo: Malheiros, 2002. p. 94-112.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. *In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 25-57.

GOMES, G. de M. *Políticas públicas no estado contemporâneo e controle jurisdicional: base legal e elementos formadores*. Curitiba: Juruá, 2015.

GUTIERREZ, G. L.; ALMEIDA, M. A. B. de. Teoria da Ação Comunicativa (Habermas). *Veritas*, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 151-173, jan./abr. 2013.

HABERMAS, J. *Teoria do agir comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social*. Tradução: Paulo Astor Soethe. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. v. 1.

HESSE, K. *A força normativa da constituição*. Tradução: Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1991.

INSPER. Judicialização da saúde dispara e já custa R\$ 1,3 bi à União. *Inspere Conhecimento*, São Paulo, 24 maio 2019. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/conhecimento/direito/judicializacao-da-saude-dispara-e-ja-custa-r-13-bi-a-uniao/>. Acesso em: 15 out. 2020.

KRELL, A. J. *Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um Direito Constitucional “comparado”*. Porto Alegre: S. A. Fabris, 2002.

LAVALLE, A. G. Cidadania, Igualdade e Diferença. *Lua Nova*, São Paulo, n. 59, p. 75-93, 2003.

LIMA, L. B. P. dos S.; AGUIAR, M. P. A. Mediação sanitária como instrumento de efetivação do direito fundamental à saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 22, n. 2, e0015, 2022.

LOBATO, L. de V. C. *Políticas sociais e de saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

MEIRELES, A. C. C. *A eficácia dos direitos sociais*. Salvador: Juspodivm, 2008.

MIGUEL, L. F. A democracia domesticada: bases antidemocráticas do pensamento democrático contemporâneo. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 483-511, 2002.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORETTI, B. Os impactos da Emenda Constitucional 95 sobre o SUS em 2021. *Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento*, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 27-40, 2020.

OLIVEIRA, Y. M. C. *et al.* Judicialização de medicamentos: efetivação de direitos ou ruptura das políticas públicas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, p.130, 2020.

OXMAN, A. D. *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking. What is evidence-informed policymaking? *Health Research Policy and System*, v. 7, suppl. 1, 2009.

PEREIRA, C. P. Necessidades e preferências. In: PEREIRA, C. P. *Proteção social no capitalismo: críticas a teorias e ideologias conflitantes*. São Paulo: Cortez, 2016. p. 57-63.

PEREIRA, K. Y. de L.; TEIXEIRA, S. M. Redes e intersetorialidade na política de assistência social. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114-127, jan./jun. 2013.

PEREIRA, P. A. Proteção social contemporânea: cui prodest? *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013.

PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Apresentação: desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-17, 2010.

PONTAROLLI, D. R. S.; MORETONI, C. B.; ROSSIGNOLI, P. A organização da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Direito à Saúde*. [Brasília, DF]: CONASS, 2015. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2015).

RIBEIRO, P. T. A questão social na história recente: implicações para a política de saúde no Brasil. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-31, 2010.

RIBEIRO, R. L. Piketty e a reforma tributária igualitária. *Revista de Finanças Públicas, Tributação e Desenvolvimento*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2015.

SALVADOR. Lei nº 9.663 de 06/03/2023. Dispõe sobre a Política Municipal de uso da cannabis para fins medicinais e distribuição gratuita de medicamentos prescritos à base da planta, que contenham em sua fórmula as substâncias Canabidiol (CBD) e/ou Tetrahydrocannabinol (THC) [...]. *Diário Oficial do Município [de] Salvador*. Salvador, ano 36, n. 8.488, p. 3-4, 7 mar. 2023.

SANTOS, L. A.; KIND, L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado com saúde: caminhos para enfrentar o suicídio. *Interface: comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v. 24, e190116, 2020.

SANTOS, L. Judicialização da saúde: as teses do STF. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 807-818, jul./set. 2021.

SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa*. Campinas: Saberes, 2013.

SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 2. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SARLET, I. W. Direitos sociais como direitos subjetivos: a nova decisão da corte alemã. *Revista Consultor Jurídico*, São Paulo, 2 jun. 2017.

SARLET, I. W. Os direitos sociais como direitos fundamentais: contributo para um balanço aos vinte anos da Constituição Federal de 1988. *Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica*, Belo Horizonte, ano 1, n. 6, p. 163-206, 2008.

SARLET, I. W. Proibição de retrocesso, dignidade da pessoa humana e direitos sociais: manifestação de um constitucionalismo dirigente possível. *Boletim da*

Faculdade de Direito [da] Universidade de Coimbra, Coimbra, v. 82, p. 239-289, 2006.

SARLET, I. W. STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos (parte1). *Revista Consultor Jurídico*, São Paulo, 27 abr. 2018.

SAUVETRE, P. *et al.* Constituição política e constitucionalismo de mercado. *In: SAUVETRE, P. et al. A escolha da guerra civil: uma outra história do neoliberalismo.* São Paulo: Elefante, 2021a. p.

SAUVETRE, P. *et al.* O direito como máquina de guerra neoliberal. *In: SAUVETRE, P. et al. A escolha da guerra civil: uma outra história do neoliberalismo.* São Paulo: Elefante, 2021b. p.

SCHULZE, C. J. O papel do Conselho Nacional de Justiça na judicialização da saúde. *In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Direito à Saúde.* [Brasília, DF]: CONASS, 2015. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2015).

TEIXEIRA, E. C. *O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade.* Bahia: AATR, 2002.

TORRES, I. D. C. *Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática.* 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Aumentam os gastos públicos com judicialização da saúde. *Portal TCU*, [Brasília, DF], 23 ago. 2017.

VIEIRA, L. Notas sobre o conceito de cidadania. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 51, p. 35-47, 1. sem. 2001.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas em saúde.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

VIII Atelier UFPI ALASS: Trabalho e formação da e na política de saúde: produção de conhecimento, atenção hospitalar e intersetorialidade no SUS. [S. l.]: UFPI, 23 jun. 2020. 1 vídeo (7h 11min 19s). [Live]. Disponível em: <https://www.alass.org/pt/video-de-viii-atelier-ufpi-alass-em-casa/>. Acesso em: 10 jun.2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cobertura Universal de Saúde (CUS).* [S. l.]: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage>. Acesso em: 12 dez. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA SECRETARIAS DE SAÚDE



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA (PPGPSC)

O presente questionário pode ser respondido e encaminhado ao *e-mail* dea.machado2@gmail.com, em forma escrita ou gravada em áudio, se assim preferir. Em caso de quaisquer dúvidas poderá realizar contato com a pesquisadora pelo número (71) 99161-0511.

- 1) Quais as principais demandas de saúde identificadas que retornam para cumprimento judicial nesta Secretaria? – período 2016 a 2022 (especificidades em leitos, medicamentos, procedimentos etc.),
- 2) Há prevalência de municípios? Quais?
- 3) Que medidas relacionadas a tais demandas vêm sendo implantadas até então?
- 4) Quais efeitos destas medidas? Há mensuração e acompanhamento?
- 5) As medidas envolvem setores/órgãos de outros poderes? Quais?
- 6) Há identificação de custos judiciais envolvidos? Descrição anual, se possível
- 7) Existem estratégias (*softwares*, equipe ou outras) para monitorar o cumprimento das ações deferidas? Se sim, quais são.
- 8) Há como identificar a quantidade de pessoal envolvida diretamente nos fluxos da judicialização da Saúde? (ou equipe da qual/pela qual responde),
- 9) Qual composição (quantitativo e formação) deste contingente?
- 10) Quais vínculos empregatícios dos componentes da(s) equipe(s)?
- 11) Há integração entre dados de demandas judicializadas ao planejamento/orçamento regular nesta Secretaria? Setor específico? De que modo ocorre?
- 12) Como se dá relação com responsabilidades da partilha federativa que envolve custos/ressarcimentos no SUS? (União, Estado e Município),
- 13) Há interação externa ao setor prévia à judicialização? (obtenção de informações técnicas, dados dos assistidos, ou outros),
- 14) Dificuldades/ Perspectivas (livre discurso),
- 15) Informações outras que julgue pertinente,

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA DPU

O presente questionário pode ser respondido e encaminhado ao *e-mail* dea.machado2@gmail.com, em forma escrita ou gravada em áudio, se assim preferir. Em caso de quaisquer dúvidas poderá realizar contato com a pesquisadora pelo número (71) 99161-0511.

- 1) Quais as principais demandas de saúde identificadas que se apresentam a esse órgão, no estado da Bahia – período 2016 a 2022 (especificidades em leitos, medicamentos, procedimentos etc.).
- 2) Há prevalência de municípios? Quais?
- 3) Que medidas relacionadas a estas demandas vêm sendo implantadas até então?
- 4) Quais efeitos destas medidas?
- 5) Há mensuração e acompanhamento?
- 6) As medidas envolvem setores/órgãos de outros poderes? Quais?
- 7) Há identificação de custos judiciais envolvidos? Descrição anual, se possível
- 8) Existem estratégias (*softwares*, equipe ou outras) para monitorar o cumprimento das ações deferidas? Se sim, quais são.
- 9) As ações iniciadas citam à prestação qual ente (União, Estado ou Município)? Ou a mais de um deles? (inserir caso haja tabela ou similar que quantifique e/ou qualifique estas ações).
- 10) Como se dá relação com responsabilidades da partilha federativa que envolve custos/ressarcimentos no SUS? (União, Estado e Município).
- 11) Há como identificar a quantidade de pessoal envolvida diretamente nos fluxos da judicialização da Saúde? (ou equipe da qual/pela qual responde)
- 12) Qual composição (quantitativo e formação) deste contingente?
- 13) Quais vínculos empregatícios dos componentes da(s) equipe(s)?
- 14) Há interação externa ao setor prévia à judicialização? (obtenção de informações técnicas, dados dos assistidos, situação/posição do Executivo, ou outras).
- 15) Dificuldades/ Perspectivas (livre discurso).
- 16) Informações outras que julgue pertinente.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO MP/BA

O presente questionário pode ser respondido e encaminhado ao e-mail dea.machado2@gmail.com, em forma escrita ou gravada em áudio, se assim preferir. Em caso de quaisquer dúvidas poderá realizar contato com a pesquisadora pelo número (71) 99161-0511.

- 1) Quais as principais demandas de saúde identificadas que se apresentam a esse órgão, no estado da Bahia – período 2016 a 2022 (especificidades em leitos, medicamentos, procedimentos etc.)
- 2) Há prevalência de municípios? Quais?
- 3) Que medidas relacionadas a estas demandas vêm sendo implantadas até então?
- 4) Quais efeitos destas medidas?
- 5) Há mensuração e acompanhamento?
- 6) As medidas envolvem setores/órgãos de outros poderes? Quais?
- 7) Há identificação de custos judiciais envolvidos? Descrição anual, se possível
- 8) Existem estratégias (*softwares*, equipe ou outras) para monitorar o cumprimento das ações deferidas? Se sim, quais são.
- 9) As ações iniciadas citam à prestação qual ente (União, Estado ou Município)? Ou a mais de um deles? (inserir caso haja tabela ou similar que quantifique e/ou qualifique estas ações).
- 10) Como se dá relação com responsabilidades da partilha federativa que envolve custos/ressarcimentos no SUS? (União, Estado e Município).
- 11) Há como identificar a quantidade de pessoal envolvida diretamente nos fluxos da judicialização da Saúde? (ou equipe da qual/pela qual responde)
- 12) Qual composição (quantitativo e formação) deste contingente?
- 13) Quais vínculos empregatícios dos componentes da(s) equipe(s)?
- 14) Há interação externa ao setor prévia à judicialização? (obtenção de informações técnicas, dados dos assistidos, situação/posição do Executivo, ou outras).
- 15) Dificuldades/ Perspectivas (livre discurso).
- 16) Informações outras que julgue pertinente.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PGM/ PGE

O presente questionário pode ser respondido e encaminhado ao e-mail dea.machado2@gmail.com em forma escrita ou gravada em áudio, se assim preferir. Em caso de quaisquer dúvidas poderá realizar contato com a pesquisadora pelo número (71) 99161-0511.

- 1) Quais as principais demandas de saúde identificadas que se apresentam a esse órgão, no estado da Bahia – período 2016 a 2022 (especificidades em leitos, medicamentos, procedimentos etc.)
- 2) Há prevalência de municípios? Quais?
- 3) Que medidas relacionadas a estas demandas vêm sendo implantadas até então?
- 4) Quais efeitos destas medidas?
- 5) Há mensuração e acompanhamento?
- 6) As medidas envolvem setores/órgãos de outros poderes? Quais?
- 7) Há identificação de custos judiciais envolvidos? Descrição anual, se possível
- 8) Existem estratégias (*softwares*, equipe ou outras) para monitorar o cumprimento das ações deferidas? Se sim, quais são.
- 9) As ações iniciadas citam à prestação qual ente (União, Estado ou Município)? Ou a mais de um deles? (inserir caso haja tabela ou similar que quantifique e/ou qualifique estas ações)
- 10) Como se dá relação com responsabilidades da partilha federativa que envolve custos/ressarcimentos no SUS? (União, Estado e Município).
- 11) Há como identificar a quantidade de pessoal envolvida diretamente nos fluxos da judicialização da Saúde? (ou equipe da qual/pela qual responde).
- 12) Qual composição (quantitativo e formação) deste contingente?
- 13) Quais vínculos empregatícios dos componentes da(s) equipe(s)?
- 14) Há interação externa ao setor prévia à judicialização? (obtenção de informações técnicas, dados dos assistidos, situação/posição do Executivo, ou outras).
- 15) Dificuldades/ Perspectivas (livre discurso).
- 16) Informações outras que julgue pertinente.

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DPE

O presente questionário pode ser respondido e encaminhado ao *e-mail* dea.machado2@gmail.com, em forma escrita ou gravada em áudio, se assim preferir. Em caso de quaisquer dúvidas poderá realizar contato com a pesquisadora pelo número (71) 99161-0511.

- 1) Quais as principais demandas de saúde identificadas que se apresentam a esse órgão, no estado da Bahia – período 2016 a 2022 (especificidades em leitos, medicamentos, procedimentos etc.)
- 2) Há prevalência de municípios? Quais?
- 3) Que medidas relacionadas a estas demandas vêm sendo implantadas até então?
- 4) Quais efeitos destas medidas?
- 5) Há mensuração e acompanhamento?
- 6) As medidas envolvem setores/órgãos de outros poderes? Quais?
- 7) Há identificação de custos judiciais envolvidos? Descrição anual, se possível
- 8) Existem estratégias (*softwares*, equipe ou outras) para monitorar o cumprimento das ações deferidas? Se sim, quais são?
- 9) As ações iniciadas citam à prestação qual ente (União, Estado ou Município)? Ou a mais de um deles? (inserir caso haja tabela ou similar que quantifique e/ou qualifique estas ações).
- 10) Como se dá relação com responsabilidades da partilha federativa que envolve custos/ressarcimentos no SUS? (União, Estado e Município).
- 11) Há como identificar a quantidade de pessoal envolvida diretamente nos fluxos da judicialização da saúde? (ou equipe da qual/pela qual responde).
- 12) Qual composição (quantitativo e formação) deste contingente?
- 13) Quais vínculos empregatícios dos componentes da(s) equipe(s)?
- 14) Há interação externa ao setor prévia à judicialização? (obtenção de informações técnicas, dados dos assistidos, situação/posição do executivo, ou outras).
- 15) Dificuldades/ Perspectivas (livre discurso).
- 16) Informações outras que julgue pertinente.

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO TJ

O presente questionário pode ser respondido e encaminhado ao *e-mail* dea.machado2@gmail.com, em forma escrita ou gravada em áudio, se assim preferir. Em caso de quaisquer dúvidas poderá realizar contato com a pesquisadora pelo número (71) 99161-0511.

- 1) Quais as principais demandas de saúde identificadas que se apresentam a esse órgão, no estado da Bahia – período 2016 a 2022 (especificidades em leitos, medicamentos, procedimentos etc.).
- 2) Há prevalência de Municípios? Quais?
- 3) Que medidas relacionadas a estas demandas vêm sendo implantadas até então?
- 4) Quais efeitos destas medidas?
- 5) Há mensuração e acompanhamento?
- 6) As medidas envolvem setores/órgãos de outros poderes? Quais?
- 7) Há identificação de custos judiciais envolvidos? Descrição anual, se possível
- 8) Existem estratégias (*softwares*, equipe ou outras) para monitorar o cumprimento das ações deferidas? Se sim, quais são?
- 9) As ações iniciadas citam à prestação qual ente (União, Estado ou Município)? Ou a mais de um deles? (inserir caso haja tabela ou similar que quantifique e/ou qualifique estas ações).
- 10) Como se dá relação com responsabilidades da partilha federativa que envolve custos/ressarcimentos no SUS? (União, Estado e Município).
- 11) Há como identificar a quantidade de pessoal envolvida diretamente nos fluxos da judicialização da Saúde? (ou equipe da qual/pela qual responde).
- 12) Qual composição (quantitativo e formação) deste contingente?
- 13) Quais vínculos empregatícios dos componentes da(s) equipe(s)?
- 14) Há interação externa ao setor prévia à judicialização? (obtenção de informações técnicas, dados dos assistidos, situação/posição do Executivo, ou outras).
- 15) Dificuldades/ Perspectivas (livre discurso).
- 16) Informações outras que julgue pertinente

ANEXOS

ANEXO A – CRIAÇÃO DA CÂMARA DE CONCILIAÇÃO DA SAÚDE



DIÁRIO OFICIAL

República Federativa do Brasil - Estado da Bahia

SALVADOR, SÁBADO, 17 DE OUTUBRO DE 2015 - ANO C - Nº 21799

EXTRATO DE CONVENIO DE COOPERAÇÃO Nº 01/2015

Participes: A União Federal, pelo Tribunal Regional Federal da 1ª Região - Seção Judiciária da Bahia e Defensoria Pública da União; O Estado da Bahia, através do Governo do Estado, Tribunal de Justiça do Estado, Ministério Público do Estado, Procuradoria Geral do Estado, Secretaria de Saúde, Defensoria Pública do Estado; O Município de Salvador, pela Procuradoria Geral do Município e Secretaria Municipal de Saúde.

Objeto: instituição de uma Câmara de Conciliação de Saúde - CCS, com o escopo de promover o atendimento de cidadãos, diretamente ou quando assistidos pelo MPE, DPE ou DPU, que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento cirúrgico, ou exame médico, nos limites e forma especificados nas Cláusulas que compõem o sobre dito Instrumento.

Vigência: 60 (sessenta) meses, a contar da data de sua publicação, admitindo-se a sua prorrogação, mediante a celebração de termo aditivo, para assegurar o integral cumprimento do objeto.

Assinado: Em 29 de setembro de 2015.

Assinam: **RUI COSTA**
Governador do Estado da Bahia

**ANTONIO CARLOS PEIXOTO DE
MAGALHÃES NETO**
Prefeito Municipal de Salvador
IRAN ESMERALDO LEITE

Diretor do Foro da Seção Judiciária da Bahia

ESERVAL ROCHA
*Presidente do Tribunal de Justiça do
Estado da Bahia*

PAULO MORENO CARVALHO
Procurador Geral do Estado
FÁBIO VILAS-BOAS PINTO
Secretário da Saúde do Estado da Bahia

ÁTILA RIBEIRO DIAS
*Defensor Público-Chefe da Defensoria
Pública da União no Estado da Bahia*

MÁRCIO JOSÉ CORDEIRO FAIAEL
Procurador-Geral de Justiça do Estado da Bahia
JOSÉ ANTONIO RODRIGUES ALVES
Secretário da Saúde do Município de Salvador
CLÉRISTON CAVALCANTE DE MACÊDO
Defensor Público Geral do Estado da Bahia

LUCLANA RODRIGUES VETRA LOPES
Procuradora-Geral do Município de Salvador

ANEXO B – MANUTENÇÃO DA CÂMARA DE CONCILIAÇÃO DA SAÚDE

TJBA – DIÁRIO DA JUSTIÇA ELETRÔNICO – Nº 2.734 - Disponibilização: segunda-feira, 9 de novembro de 2020 Cad. 1 /
Página 32

ASSESSORIA ESPECIAL DA PRESIDÊNCIA II

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA N. 65/2020-C. Partes: A União Federal, por intermédio Tribunal Regional Federal da

1ª Região - Seção Judiciária da Bahia e Defensoria Pública da União; O Estado da Bahia, através do Governo do Estado, Tribunal de Justiça do Estado, Ministério Público do Estado, Procuradoria Geral do Estado, Secretaria de Saúde, Defensoria Pública do Estado; O Município de Salvador, pela Procuradoria Geral do Município e Secretaria Municipal de Saúde. Objeto:

manutenção da Câmara de Conciliação de Saúde — CCS, instituída pelo Convênio de Cooperação nº 01/2015, com o escopo de promover o atendimento dos cidadãos, diretamente ou quando assistidos pelo MPE/BA, DPE/BA ou DPU/BA, que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento cirúrgico, ou exame médico, nos limites e forma especificados nas cláusulas que compõem o sobredito Instrumento Vigência: 60 (sessenta) meses, a contar da data de sua assinatura, conforme PA. N.º TJ-ADM 2020/29800. Data: 03/11/2020.