



Judicialização da saúde: construindo soluções na perspectiva da promoção da saúde

Carlos Eduardo Artiaga Paula^{1*} e Cléria Maria Lôbo Bittar²

¹Universidade Federal de Viçosa, MGT-230, Km 8, 38810-000, Cx. Postal 22, Rio Paranaíba, Minas Gerais, Brasil. ²Universidade de Franca, Franca, São Paulo, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: carlosedart@gmail.com

RESUMO. A judicialização da saúde acarreta consequências indesejáveis ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, são necessárias soluções para superar ou amenizar esses efeitos. Buscou-se, nesse estudo, verificar as possíveis alternativas para lidar com esse fenômeno a partir de entrevistas abertas com operadores do direito (advogados, juízes, promotores) e gestores públicos, que se encontram envolvidos nesse fenômeno. As principais propostas consistiram em diminuir o leque de bens e serviços ofertados pelo SUS; abolir ou reduzir a intervenção judicial, realizar convênios, além de providências a serem implementadas no trâmite da ação judicial. Observou-se que quaisquer que sejam as medidas, estas devem contemplar todos os envolvidos e perpassar pela informação, diálogo e por parcerias intersetoriais que são preceitos da promoção da saúde. Logo, as ações para o enfrentamento dos desafios que envolvem a judicialização precisam estar inseridas e regulamentadas por uma política judicial de promoção da saúde, compreendida como um esforço coordenado entre a gestão pública de saúde e o Judiciário, organizando ações, a nível nacional, que estabeleçam caminhos para se aprimorar a gestão pública em saúde no sentido de diminuir ou evitar o impacto negativo das ações judiciais ao mesmo tempo em que se busca melhorar a forma como são conduzidos os processos judiciais e a administração pública.

Palavras-chave: Custos de medicamentos; indústria farmacêutica; intervenção legal.

Health's judicialization: building solutions in health promotion's perspective

ABSTRACT. Health's Judicialization causes undesirable consequences to the Brazilian Public Unified Health System and, therefore, solutions are necessary to overcome or mitigate these effects. The study sought to verify what are the possible alternatives to extirpate or soften the negative effects, based on open interviews with law operators (lawyers, judges and public prosecutors) and public managers, who are involved in this phenomenon. The main proposals consisted in reducing the range of goods and services offered by the Brazilian Public Unified Health System; abolishing judicial intervention; making agreements and implement measures during a lawsuit. It was observed that, whatever is the measure, they should contemplate all those involved and be guided by information, dialogue and intersectoral partnerships that are principles of health promotion. Therefore, the actions to face the challenges that involve the judicialization need to be inserted and regulated by a judicial health promotion policy, understood as a coordinated effort between public health administration and the Judiciary, organizing actions at the national level to establish ways to improve public health management in order to reduce or avoid the negative impact of lawsuits at the same time as it seeks to improve the way judicial processes and public administration are conducted.

Keywords: Drug costs; drug industry; legal intervention.

Received on February 25, 2019.

Accepted on May 07, 2019.

Introdução

Recorrer ao Judiciário para se buscar algum bem de saúde, como medicamentos, tratamentos médicos, cirurgia dentre outros, têm sido uma prática intensa com forte repercussão para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Machado & Dain, 2012). Esse fenômeno, denominado de judicialização da saúde, tem acarretado consequências indesejáveis à gestão pública em saúde.

Esses efeitos são expostos por Paula e Bittar (2017) que, a partir de uma revisão crítica da literatura, apontaram seis principais questões. São elas: (1) a intervenção judicial dificulta o planejamento do SUS, pois

as decisões direcionam relevante parte do orçamento para despesas não previstas, (2) o Judiciário é dotado de falhas estruturais graves, como a morosidade e a falta de apoio técnico na tomada de decisões, que lhe impede de assegurar eficazmente a saúde); (3) as decisões judiciais, indiretamente, interferem em políticas públicas, embora esta não seja a função do Judiciário e também porque os magistrados não são qualificados para tanto; (4) o entendimento jurisprudencial, que determina a responsabilidade solidária dos entes federativos para conceder um bem de saúde, desestrutura o SUS, onerando os Municípios que são, em regra, as entidades com menor capacidade financeira; (5) elites econômicas, como a farmacêutica, valem-se das deficiências da via judicial para lançar no mercado os seus produtos e, por fim, (6) a judicialização desconsidera a escassez e os limites econômicos do Estado na realização da saúde.

Por outro lado, Paula e Bittar (2017) entendem como relevante a intervenção judicial como um canal legítimo para que o usuário tenha acesso à saúde e para que possa exigir a realização de seus direitos, também conforme entendimento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2015). Nesse mesmo sentido, a Corte Máxima de Justiça do Brasil – o Supremo Tribunal Federal – tem, cada vez mais, adotado posturas interventoras e criando teses que fundamentam a sua legitimidade e necessidade em intervir no SUS (STF, 2010).

Entremeio a um intenso debate em prol ou contra a judicialização da saúde, fato é que este fenômeno é complexo não apenas por sua grave repercussão, mas também por envolver Instituições (notadamente os Poderes Executivos e Judiciário), muito diferentes em sua estrutura e finalidade. É complexo ainda por envolverem profissionais distintos, notadamente os gestores públicos, profissionais da saúde, juízes, advogados, representantes do Ministério Público e também usuários.

Aos gestores, compete planejar e aplicar o orçamento público para realizar a saúde, adaptando-se, inclusive, às determinações judiciais. Os profissionais da saúde são os responsáveis por prestar seus serviços à população. Os advogados (daí incluem-se os defensores públicos e também os procuradores), juntamente com os juízes, representantes do Ministério Público e usuários, estão intimamente envolvidos no processo judicial a partir do qual as determinações judiciais são exaradas e encaminhadas para que os gestores e os profissionais da saúde as cumpram.

Logo, a partir da constatação de que há uma relação próxima entre os referidos profissionais envolvidos na judicialização da saúde que se visa, por intermédio dos pontos de vistas dos profissionais, verificar quais soluções são possíveis para extirpar ou suavizar os seus efeitos negativos, adotando-se, como diretriz a promoção da saúde. Esta “[...] se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida” (Buss, 2010, p. ?). O autor explica que os determinantes de saúde são a água e ar puros, ambiente saudável, alimentação adequada, situações social, econômica e cultural favoráveis, educação, dentre outros, os quais impactam tanto na qualidade de vida quanto na saúde, pois ambas encontram-se interligadas.

É justamente por lidar com os determinantes sociais que se pode afirmar que as ações de promoção enfrentam os problemas que envolvem a saúde na raiz, isto é, em suas causas mais básicas ou elementares, conforme também estabelecem Lefevre e Lefevre (2004). A promoção da saúde também possui, como característica, a sua forma de atuação que é por meio parcerias intersetoriais, empoderamento, controle democrático, dentre outros, que serão expostos adiante.

Por fim, destaca-se que a intervenção judicial relaciona-se com a promoção da saúde por gerar impactos indesejáveis à gestão pública, por ser onerosa e por dificultar o planejamento e organização da própria administração.

Metodologia

A presente pesquisa possui um caráter teórico-qualitativa que se conforma “[...] melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica de atores, de relações e para análises de discursos e documentos” (Minayo, 2006, p. 57).

Foi empregada, como técnica de coleta de informações, entrevistas abertas desenvolvidas a partir algumas questões norteadoras que permitiram maior flexibilidade para o entrevistador estabelecer um diálogo com os participantes, além de possibilitar compreender “[...] as especificidades culturais mais profundas dos grupos” (Minayo, 2006, p. 264-265), sobretudo porque o público-alvo entrevistado foi muito heterogêneo. Desta forma, o entrevistador pôde estabelecer um diálogo mais livre, inserir comentários relacionados e conduzir as perguntas, enfatizando aquilo que envolvia o objeto de estudo e minimizando o diálogo de temas não relacionados.

Em razão do emprego de entrevistas abertas, os depoimentos foram longos (aproximadamente trinta minutos). Houve depoimentos que ultrapassaram uma hora de duração. As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas. Apenas um dos entrevistados optou por desenvolver a entrevista a distância (por e-mail).

As entrevistas foram realizadas com dois juízes (J1 e J2), dois representantes do Ministério Público (MP1 e MP2), seis gestores que também são profissionais da área da saúde (G1 a G6) e dois advogados (nessa categoria inclui-se também defensores públicos e procuradores) (A1 e A2). Os participantes foram entrevistados em três cidades distintas que enfrentam o fenômeno da judicialização da saúde.

As entrevistas foram desenvolvidas a partir do seguinte questionamento: Quais caminhos, propostas ou soluções podem ser realizadas para se eliminar ou, ao menos, minimizar os efeitos da judicialização da saúde? A partir dessa questão norteadora, foi estabelecido um diálogo livre, o qual foi transcrito, analisado e seus pontos principais eram anotados na forma de perguntas para se arguir os participantes pertencentes às outras categorias profissionais.

A análise de dados ocorreu conforme o método hermenêutico-dialético, na forma preconizada por Minayo (2006). Por meio da hermenêutica, buscou-se o consenso nos depoimentos, além da contextualização do discurso mediante referências e consultas à literatura. A dialética também foi essencial para os fins desse estudo, visando-se “[...] tecer considerações a partir de falas antagônicas” (Minayo, 2006, p. 147). A literatura relativa à temática da judicialização da saúde e os princípios da promoção da saúde formam as bases de análise destes dados.

Após transcrição, houve nova leitura e análise dos dados, os quais foram organizados em três categorias. Na primeira, buscou-se propostas de soluções para enfrentamento das consequências indesejáveis advindas da judicialização da saúde, que resultou na primeira parte deste artigo.

Em uma segunda categoria, organizou-se os discursos antagônicos e os que se aproximavam, resultando na segunda parte deste trabalho. Em seguida, buscou-se relacionar os dados com os princípios da promoção da saúde, dispostos na Carta de Ottawa (1986), na Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006, 2014) e também nos autores que enfrentam essa temática (terceira parte). No último item, buscou-se, sob a óptica da promoção da saúde, elaborar uma proposta de enfrentamento dos efeitos indesejáveis, causados pela judicialização da saúde.

Ressalta-se que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Franca por meio do parecer de n.º 2.309.485, conforme determina a Resolução 466/2012.

Propostas de enfrentamento dos problemas que envolvem a judicialização da saúde

Houve um consenso entre os participantes de que a judicialização da saúde acarreta prejuízos ao SUS, embora todos (a exceção de um gestor) a compreendem como necessária diante do cenário ‘péssimo’ (A1) ou ‘da pior qualidade’ (A2) do sistema de saúde pública. Os problemas mencionados pelos participantes foram vários e muito próximos aos encontrados na literatura, conforme Paula e Bittar (2017) e também de acordo com Pepe, Figueiredo, Simas, Osório-de-Castro, e Ventura (2010).

A fim de se superar esses inconvenientes, advindos da judicialização da saúde, foi possível observar quatro propostas principais, quais sejam: ‘reduzir’ o SUS, abolir a intervenção judicial, realizar acordos e convênios, além de medidas a serem implementadas durante a tramitação da ação judicial.

A primeira solução foi a de reduzir o leque de produtos e serviços ofertados pelo SUS de modo a torná-lo menos oneroso e também para que seja o mais próximo possível do que o Estado pode, de fato, fornecer. J2 consignou a impossibilidade em se conferir saúde de forma integral e universal a todos confira-se:

Em nosso Poder Constituinte, será que foi pensado que tudo o que foi colocado em um papel, o Estado (em sentido amplo) possuiria condições de garantir? Ou tudo foi feito embasado em um sentimento pós-ditadura, sem ser pensado nas consequências de todos os direitos e garantias fundamentais, notadamente em relação ao direito à saúde de forma integral? Há um projeto de lei que tramita nas casas legislativas que busca limitar o princípio da integralidade estabelecido na Lei 8.080/90 há dez anos. Torço muito para ser aprovado, uma vez que é utópico achar que um país com mais de 180 milhões de habitantes, seu governo terá condições de garantir saúde integral a todos. E essa visão tem que ser disseminada, tem que ser compreendida pelos usuários, em nome de um bem maior, qual seja: a coletividade (J2).

Essa posição, ao ser apresentada a alguns gestores, foi fortemente refutada. Estes, embora reconhecessem a existência dos problemas que assolam a saúde pública e também a dificuldade em se assegurar esse direito de forma universal e integral, manifestaram acreditar no SUS, principalmente em

razão dos sucessos já alcançados. Afirmaram ser esse Sistema um avanço em não desamparar os mais pobres e socialmente excluídos no que tange ao acesso à saúde, sobretudo em um país marcado por forte desigualdade social, como o Brasil.

No entendimento desse estudo, a proposta de ‘reduzir’ o SUS necessita ser superada, pois centrar nos problemas que o envolvem parece esquecer a construção histórica que levou à sua criação. Romero (2006) consignou que, no período anterior à Constituição Federal de 1988 (CF/88), a saúde não consistia em um direito, mas era apenas um serviço prestado ao Estado. Era, portanto, insuficiente em atender aos anseios da sociedade e também destinada a alguns poucos, deixando um enorme número de excluídos.

Focar nos problemas do SUS também parece esquecer os seus consideráveis avanços, tais como: a redução expressiva na mortalidade infantil; o desenvolvimento da atenção básica e de alta complexidade; programas de sucesso, como o de aids, vacinação, tabagismo, banco de leite humano, transplantes e câncer (Centro Cultural do Ministério da Saúde [CCMS], 2016). Também nesse sentido, a quinta edição do Fórum Saúde do Brasil comemorou os trinta anos de SUS, reconhecido como o maior sistema gratuito e universal do mundo, que aumentou de forma inexpressiva o acesso à saúde dos brasileiros (Collucci, 2018).

Também foi suscitado, durante as entrevistas, na possibilidade de se abolir a intervenção judicial. Tal hipótese, contudo, parece não ser possível no atual sistema jurídico, já que o acesso à justiça e a tripartição dos poderes são cláusulas pétreas, cujo conteúdo não pode ser suprimido (Constituição, 1988, art. 60, § 4º, inc. III).

Outra proposta, reiteradamente observada, foram os acordos cooperativos ou convênios entre o Executivo e o(s) órgão(ões) envolvidos na tutela judicial (como o Ministério Público, Defensoria Pública, Ordem dos Advogados do Brasil e o próprio Judiciário). Esses acordos consistem em procedimentos administrativos preliminares à ação judicial que visam analisar a demanda. Se devida, ela é atendida, concedendo-se o benefício ao usuário antes que haja o ingresso na via judicial. Consistem, portanto, em uma forma de interação e cooperação entre diferentes entidades.

Um dos participantes citou o seguinte exemplo do modo de se operacionalizar esses convênios mediante um acordo entre a Defensoria Pública e o Município (por meio da Secretaria de Saúde):

O município fornece semanalmente um médico, um enfermeiro, um assistente social e um farmacêutico. A pessoa - usuária do SUS - realiza o seu pedido e o fundamenta com base nos relatórios médicos que justificam a sua demanda. Essa equipe vai analisar se a pessoa de fato precisa dessa medicação ou dessa cirurgia. Se essa junta médica entende que o medicamento solicitado é indevido e que há outro, no SUS, mais adequado ou com a mesma eficácia, a Defensoria Pública não propõe a ação judicial. Daí, a pessoa ou recebe a medicação do SUS ou, se insistir em buscar a via Judiciária, procura um advogado particular. Se essa junta médica entende que existe uma dúvida quanto à eficácia do medicamento indicado pelo médico, a Defensoria propõe a ação judicial, pois a dúvida precisa beneficiar o usuário. Se, por fim, a junta médica entende que aquele medicamento, ainda que não esteja na listagem básica do SUS, é de uma eficácia comprovada, o Município fornece a medicação sem necessitar da ação judicial (A1).

No exemplo citado acima, retira-se o poder de decisão do Judiciário e o transfere para uma comissão com capacidade técnica para tanto. Semelhantes abordagens já existem no sistema jurídico brasileiro, conforme descrito pelo CNJ (2015), Araújo (2014), bem como Silva e Schulman (2017).

Também foi possível observar a existência de inúmeras medidas a serem implementadas pelo Judiciário para se amenizar os impactos negativos advindos com os processos judiciais. Observou-se na possibilidade em se adotar meios consensuais de solução de conflitos, tais como a mediação e conciliação, conforme asseverado por J1. Na hora de proferir a decisão, o Magistrado deve dialogar com as outras categorias, envolvidas nas questões de judicialização da saúde e conhecer melhor a realidade social na qual a decisão se insere, conforme depoimento de A2, o que é possível a partir de seminários e encontros envolvendo a judicialização da saúde (J2). A necessidade de um adequado suporte técnico para que o magistrado profira a decisão também foi reiteradamente mencionada por G2, G3 e G4.

Além de medidas a serem adotadas pelo Juiz, J2 destacou importância da atuação do Ministério Público, que poderia ser mais presente na propositura de ações coletivas com o objetivo de enfrentar os problemas de saúde pública não de forma molecularizada, mas ampla.

Conscientização e responsabilização entre os profissionais envolvidos na judicialização da saúde

Além das medidas já mencionadas, que visam amenizar os prejuízos da judicialização da saúde, observou-se, ao se confrontar a proposta de solução de um participante com a de outro, a tendência em uma categoria impor exclusivamente à outra a necessidade de mudanças. A totalidade das propostas realizadas pelos gestores foram de modificações a serem feitas pelos operadores do direito. Estes, por sua vez, em regra, propuseram mudanças na gestão em saúde ou em outros profissionais da área jurídica. Houve, portanto, uma dificuldade dos participantes em reconhecer que a forma de atuação de sua categoria está inadequada e são necessárias mudanças para minimizar os efeitos prejudiciais da judicialização da saúde.

Os gestores afirmaram que o grande desafio no que tange à judicialização da saúde é a falta de recursos financeiros diante das promessas estabelecidas em lei. Contudo, ao serem questionados se há planejamentos voltados para lidar com a judicialização da saúde, afirmaram contraditoriamente que não (G1), pois as soluções são tomadas caso a caso, conforme depoimento de G6: “Não é aleatório mesmo. A gente espera chegar. Não tem um plano de prevenção não. É de contenção mesmo, aconteceu o problema a gente corre atrás, mas para evitar não”. Logo, há, também, problemas na gestão pública em saúde.

Os profissionais do direito, por sua vez, ao serem questionados se a decisão judicial poderia não apenas assegurar o direito à saúde do requerente, mas se haveria algum meio dela auxiliar o gestor a efetivá-la, foram unânimes em afirmar a sua incapacidade em lidar com as questões administrativas, as quais não conhecem e também não lhes compete.

Os magistrados afirmaram que não lhes incumbe propor soluções para a saúde, já que esta não é a sua função. Se assim agissem, poderiam perder a imparcialidade, haveria a interferência indevida em outros poderes e em assuntos para os quais não estão qualificados, além de ser uma violação de suas prerrogativas legais.

Junto às dificuldades dos participantes em reconhecer as possibilidades de adequações para a própria categoria, observou-se uma série de recursos extremados, evidenciando uma forte resistência a mudanças, a reconhecer outras visões sobre o mesmo problema ou imputar exclusivamente a outra categoria as questões que envolvem a judicialização da saúde, conforme as seguintes percepções dos representantes do Ministério Público:

O Judiciário não tem que colaborar nesse sentido [contribuir para a gestão pública]. Eles [gestores] é que têm que se ajustarem à ordem legal. A ordem legal determina que o Judiciário pode fazer esses comandos e eles precisam ser receptivos. Não são. Por isso, é que ficam vendo essa dificuldade onde não existe (MP1).

Quando ele [Juiz] defere um pedido liminar de entrega de um medicamento, de um internamento de um paciente, de um medicamento que precisa vir com uma certa urgência, o Poder Público tem que cumprir. Não se discute. Não me interessa se não tem leito, se não tem medicamento. Ele tem que correr atrás [...] Decisão judicial não se discute, cumpra-se. [...] O Poder Judiciário está preocupado com sua decisão. Ele não tem que preocupar: será que a prefeitura vai ter condição? [...]. Não, ele não tem que preocupar. Ele não é gestor público. (MP2).

A mesma postura observada acima foi encontrada nos seguintes depoimentos de gestores: “Não confio na resolução de problemas pelo Judiciário, muito pelo contrário, só atrapalha” (G1).

Agora, quem vai arcar com isso [custos que envolvem o acesso à saúde]? Se vai ser o Estado, se vão ser os planos de saúde ou se vai ser o paciente, aí são regras que envolvem o Executivo e o Legislativo, que não cabem à nós [médicos]. Eu acho que nós [médicos] somos técnicos, nós não somos salvadores da pátria do Estado, nós somos salvadores da pátria do paciente (G6).

Os trechos acima evidenciam o discurso do ‘não me cabe’ e ‘não possuo qualificação’, reiteradamente observado em relação à atuação e ao papel exercido por diferentes categorias profissionais e setores da administração pública. Entretanto destaca-se que todas estas categorias possuem relação e participação com os efeitos prejudiciais advindos da judicialização da saúde. Por uma questão lógica, se todos possuem sua parcela de responsabilidade quanto ao problema, precisam contribuir e participar quanto aos projetos e propostas de mudanças necessárias para amenizar os efeitos nefastos do referido fenômeno, buscando modificações, sobretudo dentro da sua própria esfera de atuação.

O conflito de ideias, o debate e a falta de consenso observada a partir da contraposição da percepção dos diferentes profissionais não é incomum para a área jurídica. Contudo, quando se

depara com questões atinentes à saúde, que é um direito intimamente ligado à vida, urge uma postura conciliatória que nada mais é do que ‘abrir mão’ de um pouco dos posicionamentos pessoais e do ‘ego’ (A1) de cada autoridade para criar um sistema que efetivamente funcione, isto é, que assegure a saúde aos usuários.

A ideia de se buscar unir distintos profissionais para enfrentar as questões atinentes à saúde não é inovadora. Campos (2007) apontou que, para a efetiva consolidação do SUS, é necessário priorizar uma rede de cooperação e corresponsabilização dos envolvidos. Na óptica de Costa e Vieira (2013), a melhoria dos serviços de saúde somente ocorrerá mediante cooperação entre a sociedade e o Estado. No âmbito do direito, a cooperação é um princípio cada vez mais recorrente, conforme o depoimento de J1:

Hoje a cooperação é um princípio que norteia todo o ramo do direito, a intermediação, a conciliação, a cooperação, o contraditório substancial, a aproximação das partes [...]. Então, nós temos que trazer isso para saúde. Agora, ver se vai resolver o problema da saúde nas decisões na caneta, sem conhecer, sem diálogo, sem cooperação, não acredito que sem isso aí, nós vamos conseguir resolver.

Cooperar implica em buscar superar a rígida divisão de atribuições, evidenciada no modelo burocrático descrito por Weber (1978). Este sistema, que ainda se encontra arraigado na Administração Pública e no Judiciário conforme Secchi (2009) e também consoante foi observado a partir das falas acima mencionadas (‘isso não me compete’ ou ‘não me importa’), traz severos inconvenientes. Estes, por sua vez, são descritos por Chiavenato (2003) que os resumem em: forte adesão às regras; formalismo excessivo; comunicação predominante por meios escritos; dificuldade em adaptar-se a mudanças; relacionamentos sociais despersonalizados; forte apego a rotinas e procedimentos; autoritarismo e dificuldades ao lidar e atender o público.

Urge, portanto, a fim de se enfrentar questões sociais complexas, como a judicialização da saúde, a adoção de novos modelos de gestão pública, como a governança pública, que foca mais nos resultados do que no controle do processo, visando a cooperação e a coordenação entre profissionais distintos (Secchi, 2009). Este modelo visa, ainda, coordenar de forma horizontal atores públicos e privados, ‘organizações públicas, organizações do terceiro setor, usuários, redes de políticas públicas e organizações privadas na busca de soluções para problemas coletivos’ (Secchi, 2009, p. 364). Implica, em outras palavras, em buscar parcerias entre setores distintos na sociedade para enfrentar os problemas que assolam a gestão pública.

Relação entre a judicialização e a promoção da saúde

Essa busca de união entre distintas instituições para enfrentamento de um problema é denominada de parcerias intersetoriais, conforme Secchi (2009) e também por Bittar et al. (2016). Esta preocupação é ínsita à promoção da saúde, conforme estabelece a própria Política Nacional de Promoção da Saúde:

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (Brasil, 2010, p. 12).

Essa estratégia estabelece a necessidade de intervenções que visam atingir os problemas que envolvem a saúde pública na raiz, isto é, em suas causas mais primitivas, tendo como horizonte ou meta ideal a eliminação permanente do problema (Lefevre & Lefevre, 2004).

Para alcançar esse desiderato, Rivera e Artmann (2009) estabelecem que, na promoção da saúde, por vezes, são necessárias medidas de caráter mais ‘macro’. Citam como exemplo o alcoolismo que influencia não apenas na qualidade de vida, mas gera muitos outros problemas, como os acidentes de trânsito. Logo, “[...] uma política reguladora do consumo de álcool pode operar de uma maneira conjugada com uma política de segurança no trânsito” (Rivera & Artmann, 2009, p. 186).

Por isso, um fator que envolve a saúde pode estar interligado a vários outros, formando uma grande rede. Por consequência, agir no âmbito da promoção da saúde implica, muitas vezes, em buscar “[...] outros atores e não diretamente o setor de saúde, sugerindo a necessidade de uma atuação intersetorial” (Rivera & Artmann, 2009, p. 186-187). Logo:

[...] a interdependência da problemática e da atuação no campo da promoção exige um tipo de planejamento de ação apoiada em uma visão totalizante e sistemática, que dê conta dos vários determinantes ou das várias dimensões de causas da problemática complexa envolvida e das propostas de ação necessariamente intersetoriais e interdisciplinares (Rivera & Artmann, 2009, p. 187).

Conforme asseverado, na introdução deste texto, a judicialização da saúde acarreta diversas consequências indesejáveis à gestão pública que precisam ser superadas. Não se pode, contudo, excluir a apreciação judicial nem se almeja diminuir os bens e serviços ofertados pelo SUS. Logo, as soluções precisam ser tomadas mediante a união de esforços entre o Executivo e o Judiciário em um autêntico esforço intersetorial.

Deve-se, ainda, buscar a interação de distintos profissionais e também dos usuários, com visões e formações distintas, o que somente aprimora a capacidade de enfrentar os problemas que advêm da judicialização da saúde (Raynaut & Zanoni, 2011).

Congregar distintos pontos de vista de autoridades com atribuições e formações diferentes, que é um eixo da promoção da saúde, somente é possível por intermédio da informação e do diálogo. Essas ações encontram-se inseridas no conceito de empoderamento (ou *empowerment*) que é tão caro para a promoção da saúde. Segundo Lefevre e Lefevre (2004, p. 60) “[...] implica em municiar as populações de informações significativas para elas e que possam ser vistas, sentidas e utilizadas como insumos para a tomada autônoma de decisões”.

No que tange à judicialização da saúde, os profissionais envolvidos, em regra, não possuem o conhecimento de toda a questão que envolve esse fenômeno. Os gestores, por exemplo, não possuem o conhecimento jurídico dos operadores do direito e vice-versa. Logo, urge que um agente municie o outro de informações para que ambos, em conjunto, tomem decisões que envolvam a judicialização e a saúde pública, sem que haja a exclusão de um ou de outro. O empoderamento traz consigo a necessidade de uma postura ativa de todos os envolvidos.

Requerer a participação, que é uma estratégia própria da promoção da saúde passa, invariavelmente, por um processo informativo. É a partir da informação que se faz conhecer “[...] dos problemas de saúde do país, viabilizando a participação ativa dos usuários do serviço nos problemas locais de saúde” (Lefevre & Lefevre, 2004, p. 53). A promoção de saúde envolve, portanto, informar a pessoa de forma clara e transparente sobre todo o problema, utilizando-se para tanto de uma linguagem adequada ao usuário. Deve-se partir da realidade do sujeito a quem se transmite a informação e considerar as suas opiniões, adotando-se uma postura dialógica para que ele interaja com o problema, tornando-se, assim, um agente corresponsável e autônomo.

Cumprir destacar que, para que haja um diálogo democrático, é necessário que todos os envolvidos se encontrem, no discurso, posicionados de forma horizontalizada, o que pareceu não ser uma tarefa fácil, já que a judicialização da saúde envolve profissionais com elevado ‘ego’, conforme fala de A1:

A atuação atomizada não é interessante, a atuação de ‘cada um no seu quadrado’, não é o ideal, porque cada um age da maneira que acha correto. [...] Unimos, cedemos, cada um tem sua parcela de poder a ser cedido, uma parcela de vaidade a ser cedida, porque a gente vive num meio extremamente vaidoso, e, conseqüentemente, unir esforços em prol da população. Ou, senão, vai continuar da forma que está, ou melhora, ou vai continuar cada vez pior.

Outra condição necessária para o diálogo é que os envolvidos estejam dispostos a tanto, ou seja, que os canais de comunicação estejam abertos, o que também não é simples, conforme preconizado por G1: “Os profissionais do direito envolvidos na judicialização da saúde] geralmente são muito fechados. Eles não escutam, principalmente o Juiz que está hoje. Temos bastante dificuldade.”

Não se pode negar a grande relevância de informar e dialogar. Conforme já mencionado, observou-se, a partir dos depoimentos, discursos extremos segundo os quais os participantes culpavam exclusivamente a outra categoria pelos problemas advindos da judicialização da saúde, sem, por vezes, conhecer ou reconhecer o seu próprio envolvimento com a questão. Logo, a relação interdisciplinar torna-se, mais uma vez, necessária. G2, G3 e G4, por exemplo, reconheceram que todos os envolvidos na judicialização são corresponsáveis e possuem parcela de culpa nos problemas advindos desse fenômeno possivelmente por estarem inseridos em equipe multiprofissional. A relevância da informação e formação como estratégias de promoção da saúde também é reconhecida por Lopes e

Tocantins (2012).

Contudo, também é necessário ter-se uma percepção crítica sobre a informação como proposta de solução, pois nem sempre o simples fato do profissional possuir o conhecimento implicará em uma mudança de conduta. J1 reconheceu a existência de interesses econômicos que souberam lucrar com os efeitos prejudiciais da judicialização da saúde. Tais grupos, diante de sua capacidade econômica e também técnica, posto cerceados de equipe de advogados e médicos, por certo, conhecem os efeitos prejudiciais de tal fenômeno, mas, ainda assim, desejam mantê-lo.

Todavia, apesar das críticas que se faz quanto à conscientização e informação, parece ser esse o único caminho para enfrentar os problemas advindos da judicialização da saúde. Isto porque é extremamente difícil impor ou determinar condutas a autoridades, como os magistrados e gestores públicos, que, no exercício de suas funções, possuem uma relevante margem de discricionariedade. O administrador possui a prerrogativa de destinar as verbas públicas. Já o Juiz possui a prerrogativa do livre convencimento motivado para tomar as suas decisões (Brasil, 2015). Propostas de solução sobre a judicialização da saúde, portanto, não fogem do caminho da informação, conscientização e do diálogo entre estas e outras pessoas envolvidas em tal fenômeno.

Política judiciária de promoção da saúde

A partir do depoimento dos participantes, foi possível chegar à conclusão de que não há soluções únicas. Existe, na verdade, propostas mais ou menos adequadas a uma determinada realidade social, considerando, sobretudo, as fortes diferenças locais e regionais existentes no Brasil e a intensidade e repercussão das ações de judicialização da saúde.

Ademais, nem sempre estabelecer procedimentos administrativos muito técnicos ou burocráticos é o caminho mais adequado. Às vezes, soluções simples, mas inovadoras, que privilegiam a oralidade, a simplicidade e a concentração de atos, pode atender melhor os interesses do usuário do SUS, considerando, sobretudo, que, às vezes, há a necessidade de rapidez no atendimento.

Contudo, é desejável que existam diretrizes e orientações gerais para que cada ente da federação organize as suas próprias ações voltadas para a judicialização da saúde. Urge, portanto, na criação de uma política judiciária para a saúde que já foi mencionada pelo relatório do CNJ (2015), cujo objetivo era sistematizar a atuação do Judiciário ao se lidar com as ações envolvendo o acesso a bens e serviços de saúde.

Na perspectiva desse estudo, estabelecer uma política voltada apenas para o Judiciário é insuficiente para lidar com as questões envolvendo a judicialização da saúde. Observou-se que a gestão pública também possui uma relevante parcela de responsabilidade nos problemas advindos desse fenômeno, notadamente com a falta de planejamento. Logo, é necessário que a política de enfrentamento para a questão envolva o Executivo e o Judiciário em uma parceria intersetorial, a qual, por sua vez, está umbilicalmente vinculada à promoção da saúde. Está-se, portanto, a se defender a criação de uma política judiciária de promoção da saúde.

Esta medida implica em um esforço coordenado entre a gestão pública de saúde e o Judiciário, organizando ações, a nível nacional, que estabeleçam caminhos para se aprimorar a gestão pública em saúde no sentido de diminuir ou evitar o impacto negativo das ações judiciais ao mesmo tempo em que se busca melhorar a forma como são conduzidos os processos judiciais e a administração pública. Tanto um quanto outro caminho possuem um objetivo em comum que é efetivar o direito à saúde.

Essa medida, que também poderia ser disposto mediante lei, ofereceria as bases a partir das quais cada ente da federação adotaria sua própria política ou conjunto de ações no afã de enfrentar o problema.

Vale destacar que, por estar inserida no âmbito da promoção da saúde, essa política deve perpassar pelo diálogo, interação interdisciplinar, controle democrático, informações e empoderamento, que são conceitos caros à promoção. Logo, ao invés de excluir a apreciação judicial, buscar-se-á integrá-la às ações de judicialização da saúde, respeitando-se, por óbvio, as idiossincrasias próprias deste Poder.

Isto porque, apesar da intervenção judicial acarretar inconvenientes com a administração pública, trata-se de um caminho institucional extremamente relevante para a consagração dos direitos fundamentais. Nesse sentido, o CNJ (2015, p. 12) reconheceu que a atuação judicial é imprescindível “[...] para o resgate efetivo da cidadania e realização do direito à saúde, mesmo sob o argumento de que do seu exercício advêm tensões com a administração pública”. G5 complementa afirmando que, caso a intervenção judicial seja

usada para consagrar o direito à saúde, ela deve ser mantida até como forma de humanização do atendimento:

Apregoa-se muito a política da humanização. E, para mim, humanização, é acolhimento, respeito pela vida, proteção à saúde e até o cuidado que o paciente receberá que não abrange apenas o médico-hospitalar. Por conta dessa humanização, que se apregoa a todo momento, nós, como trabalhadores do SUS, não podemos ficar sentados numa cadeira, temos de ir muito além. E se o paciente precisa, temos de ir atrás, fazer contatos, inseri-lo em agendas de cirurgia. Enfim, empregar todos os esforços no sentido de preservar a saúde e a vida dele (G5).

O caminho proposto é, portanto, o da conciliação. Contudo, observou-se que o Judiciário e o Executivo possuem visões distintas no que tange ao acesso à saúde. Enquanto os gestores possuem uma visão ampla e pragmática do acesso à saúde, pois visam administrar os recursos, que são limitados, para atender o máximo de pessoas possível, os juízes observam a saúde sob um viés individual e moral, buscando-se a justiça daquele específico caso concreto.

Apesar dessas perspectivas serem, em um primeiro momento, conflitantes, ambas são, todavia, extremamente importantes para a saúde pública. Ao mesmo tempo em que é necessária uma adequada gestão dos recursos voltados para toda a população, não se pode esquecer de atender casos individuais, cujo tratamento possui um alto custo e que não esteja previsto nas listas oficiais do SUS. Isso porque negar tratamento a estas pessoas implicaria em lhes assinar uma “[...] sentença de morte” (A1) e também porque há um atraso, às vezes muito longo, entre a criação da tecnologia e a sua incorporação pelo SUS (consoante G6). Até os pacientes terminais precisam ser tratados para lhe proporcionar a qualidade de vida e amenizar a dor. Por isso que essas visões de justiça precisam coexistir harmonicamente. Na óptica de Pepe et al. (2010, p. 2405):

A efetivação do direito à saúde só se realizará se no momento da tomada de decisão forem adotadas medidas, tanto por parte da gestão da assistência farmacêutica como do Poder Judiciário, que certifiquem a segurança e a proteção dos usuários.

Os caminhos possíveis para a conciliação são diversos, como o diálogo, a participação democrática, as propostas de soluções mencionados no item primeiro e também a criação de uma política judiciária de promoção da saúde. Urge, portanto, que haja um forte interesse e vontade dos envolvidos, pois, somente assim, as ações em prol da saúde serão finalmente efetivadas no meio social.

Considerações finais

O presente estudo buscou apresentar possíveis caminhos para superar ou enfrentar os graves problemas advindos da judicialização da saúde. Os depoimentos demonstraram pontos de vista muito distintos em relação à judicialização da saúde, sendo que as possíveis formas para solucionar esta questão variaram muito em função dos diferentes saberes e formas de atuação profissional. Em outras palavras, as soluções apresentadas para dirimir esta problemática parecem ter relação direta com o tipo de trabalho e a formação profissional dos participantes.

Por isso que reunir esses profissionais a fim de se buscar um meio termo é imprescindível. E isto somente é possível mediante a atuação conjunta e a cooperação no sentido de consagrar o direito à saúde, que está intimamente ligada a vida e é tão cara à dignidade humana. Este objetivo, malgrado possa ser bem aceito no âmbito teórico, padece de fortes empecilhos práticos, diante da dificuldade de superar o rígido modelo burocrático de divisão de tarefas. Urge, também, que cada autoridade renuncie a uma parcela de sua vaidade e que haja o respeito em relação à perspectiva do próximo, visando enfrentar os problemas em suas origens mais primitivas.

O diálogo, a interação interdisciplinar, o controle democrático e a transparência são os caminhos desejáveis para a superação dos problemas advindos da judicialização da saúde. Desta forma, devem estar inseridas e organizadas no âmbito de uma política judiciária de promoção da saúde.

Referências

Araújo, A. F. d. S. (2014). Judicialização da saúde em Minas Gerais: novas estratégias de enfrentamento: a criação do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde. *Cadernos Íbero-Americanos de Direito Sanitário*, 3(2), 73-79. Doi: 10.17566/ciads.v3i2.15.

- Bittar, C. M. L., Lima, V. L. G. P., Rocha, D. G., Campo, N. Z., Arruda, J. M., & Barroso, M. A. B. (2016). Panorama da Promoção da Saúde no Brasil: avanços, desafios e limites. In C.H.G. Martins & G.L.A. Figueiredo (Orgs.), *Políticas, tecnologias e práticas em Promoção da Saúde* (p. 40-60). São Paulo: Hucitec.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República.
- Brasil. (2006). *Portaria n.º 687*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). *Lei n.º 13.105 - Código de Processo Civil*. Brasília, DF: Presidência da República.
- Buss, P. M. (2010). *O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais*. Fiocruz. Recuperado em 13 fevereiro, 2019, de <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais>
- Campos, G. W. d. S. (2007). Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 301-306. Doi: 10.1590/S1413-81232007000200002.
- Centro Cultural do Ministério da Saúde [CCMS]. (2016). *SUS: a saúde do Brasil*. Brasília, DF: MS. Recuperado em 10 maio, 2018, de <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/conquistas.php#>.
- Chiavenato, I. (2003). *Introdução à teoria geral da administração*. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.
- Collucci, C. (2018, 10 de maio). Subfinanciamento limita expansão do SUS, maior sistema público de saúde do mundo. *Folha de São Paulo*. Recuperado em <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/04/subfinanciamento-limita-expansao-do-sus-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo.shtml>
- Conselho Nacional de Justiça [CNJ]. (2015). *Justiça pesquisa: judicialização da saúde no Brasil. Dados e experiências*. Brasília, DF: UERJ
- Costa, A. M., & Vieira, N. A. (2013). Participação e controle social. In J. C. d. Noronha & T. R. Pereira (Orgs.), *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* (p. 237-271). Rio de Janeiro: Fiocruz/Fundação Oswaldo Cruz.
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2004). *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro, RJ: Vieira & Lent.
- Lopes, R., & Tocantins, F. R. (2012). Promoção da saúde e a educação crítica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 235-248. Doi: 10.1590/S1414-32832012005000009.
- Machado, F. R. d. S., & Dain, S. (2012). A audiência pública da saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 46(4), 1017-1036. Doi: 10.1590/S0034-76122012000400006.
- Minayo, M. C. d. S. (2006). O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, SP: Hucitec.
- Paula, C. E. A., & Bittar, C. M. L. (2017). Judicialização da saúde e seus reflexos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*, 3(1), 19-41. Doi: 10.26668/IndexLawJournals/2526-0022/2017.v3i1.1866.
- Pepe, V. L. E., Figueiredo, T. d. A., Simas, L., Osorio-de-Castro, C. G. S., & Ventura, M. (2010). A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2405-2414. Doi: 10.1590/S1413-81232010000500015.
- Carta de Ottawa. (1986). Recuperado em 6 setembro, 2019 de http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Raynaut, C., & Zanoni, M. (2011). Reflexões sobre princípios de uma prática interdisciplinar na pesquisa e no ensino superior. In A. Philippi Junior & A. J. Silva Neto (Eds.), *Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação* (p. 143-208). Barueri, SP: Manole.
- Rivera, F. J. U., & Artmann, E. (2009). Promoção da saúde e planejamento estratégico situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. In D. Czeresnia & C. M. d. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (p. 183-206). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Romero, L. C. (2006). *O Sistema Único de Saúde - um capítulo à parte*. Recuperado em 22 maio, 2018 de <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>.
- Secchi, L. (2009). Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, 43(2), 347-369. Doi: 10.1590/S0034-76122009000200004

- Silva, A. B. d., & Schulman, G. (2017). (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Revista Bioética*, 25(2), 290-300. Doi: 10.1590/1983-80422017252189.
- Supremo Tribunal Federal [STF] . (2010). *Poder Público deve custear medicamentos e tratamentos de alto custo a portadores de doenças graves, decide o Plenário do STF*. Recuperado em 7 maio, 2017 de <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=122125>.
- Weber, M. (1978). Os fundamentos da organização burocrática: uma construção do tipo ideal. In E. Campos (Org.), *Sociologia da burocracia* (p. 15-28). Rio de Janeiro: Zahar Editores.