

Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário – NATJUS Goiás

REVISTA DO COMITÊ EXECUTIVO DE SAÚDE DO CNJ EM GOIÁS

Edição | n°1

Dezembro de 2020
Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

REVISTA DO

Comitê Executivo de Saúde do CNJ em Goiás

nº 1 | Dezembro de 2020

Composição

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE GOIÁS

Desembargador WALTER CARLOS LEMES

Presidente

Desembargador NICOMEDES DOMINGOS BORGES

Vice-Presidente

Desembargador KISLEU DIAS MACIEL FILHO

Corregedor-Geral da Justiça

Desembargador CARLOS ALBERTO FRANÇA

Ouvidor do Poder Judiciário

COMITÊ EXECUTIVO ESTADUAL DO FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE DO JUDICIÁRIO

Juiz de Direito EDUARDO PEREZ OLIVEIRA

Presidente e Coordenador do NATJUS Goiás

Juiz Federal WARNEY PAULO NERY ARAÚJO

Vice-Presidente do Comitê

Editorial

À cara leitora, ao caro leitor,

Esta é a primeira revista do Comitê Executivo de Saúde do CNJ em Goiás, fruto do esforço concentrado dos seus membros e do empenho incansável do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, pela gestão do respeitável Des. Walter Carlos Lemes, cuja equipe da Secretaria de Gestão Estratégica merece loas.

A partir desse marco pretendemos descortinar à Magistratura goiana, tanto estadual quanto federal, aos servidores da Justiça, aos membros do Ministério Público, da Defensoria Pública, da Advocacia Pública, da OAB e outros participantes do mundo jurídico e da saúde o cenário da judicialização a partir da visão do Núcleo de Apoio Técnico, o conhecido NATJUS, ao mesmo tempo em que apresentamos artigos que entendemos contribuirão para um melhor debate e amadurecimento do tema.

Em um período tão difícil quanto foi o ano de 2020, e estamos a falar especificamente da pandemia que ainda acomete o Brasil e o mundo, nunca foi tão importante falar em saúde pública e suplementar, em entender seus mecanismos e a importância dos seus parâmetros, refletir sobre os dilemas éticos quando a realidade se mostra mais dura do que a teoria e que, ao fim e ao cabo, embora exista uma divergência de entendimentos entre os atores, a intenção é de resguardar a dignidade humana.

Queremos agradecer a todos os que colaboraram para que essa revista se tornasse uma realidade, especialmente ao mencionado Egrégio Tribunal de Justiça de Goiás e ao Des. Walter Carlos Lemes por ter viabilizado sua concretude.

Esperamos que essa edição que nossos leitores têm “em mãos” seja bem recebida e aguardamos a participação de todos nesse que é um tema de urgente interesse público.

Índice

- 03 **Estatística do NATJUS-GO**
- 10 **Jurisprudência sobre saúde**
- 13 **Enunciados da Jornada do Direito da Saúde do CNJ**
- 16 **Artigos**
 - 17 A tutela provisória à luz dos conceitos de emergência e urgência médicas na judicialização da saúde
 - 24 Demandas judiciais: análise exploratória – somatropina
 - 33 A ausência de transparência das filas de espera do SUS e o impacto na judicialização da saúde
 - 38 O acesso ao sus e o oportunismo da judicialização
 - 44 Desenho do CEJUSC da saúde do TJGO como plataforma de tratamento adequado aos conflitos sanitários
 - 49 Demandas de saúde e jogos de interesse: como a judicialização da saúde promove relações médicas conflituosas
 - 54 Patente de invenção no setor farmacêutico e as ferramentas legais e/ou comerciais para concretizar o acesso à vacina da COVID-19 no Brasil
 - 61 NATJUS Goiás e o papel da evidência na tomada de decisão em saúde

Estatística

Apresentamos nessa primeira edição da revista do Comitê Executivo de Saúde do CNJ em Goiás os dados do trabalho do NATJUS com dois recortes: o primeiro, de sua criação até dezembro de 2020, incluindo o recesso, e, o segundo, do período de março a dezembro de 2020, referente à pandemia de COVID-19.

É possível notar como ao longo do tempo houve um aumento significativo de consultas, assim como de magistrados consulentes, indicando uma maior confiança e um reconhecimento da imprescindibilidade do serviço prestado pelo NATJUS.

Também a Justiça Federal demonstrou uma maior procura pelo NATJUS em 2020, mas o maior número de consulentes ainda é composto pela Magistratura estadual de primeiro grau.

O assunto mais buscado refere-se a medicamentos, com 55,6%, seguido por procedimentos médicos diversos, com 37,2% e depois atendimentos, com 5,9%.

ESTATÍSTICAS NATJUS GOIÁS

2012 A 2020

1. Número de consultas/ano 2012 a 2020

ANOS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS RECEBIDAS	87	34	146	284	500	930	1315	2235	2116



2. Número de pareceres/ano 2012 a 2020

ANOS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NÚMERO TOTAL DE PARECERES ELABORADOS	86	32	139	266	468	889	1226	2202	2081



3. Número de magistrados consulentes/ano 2012 a 2020

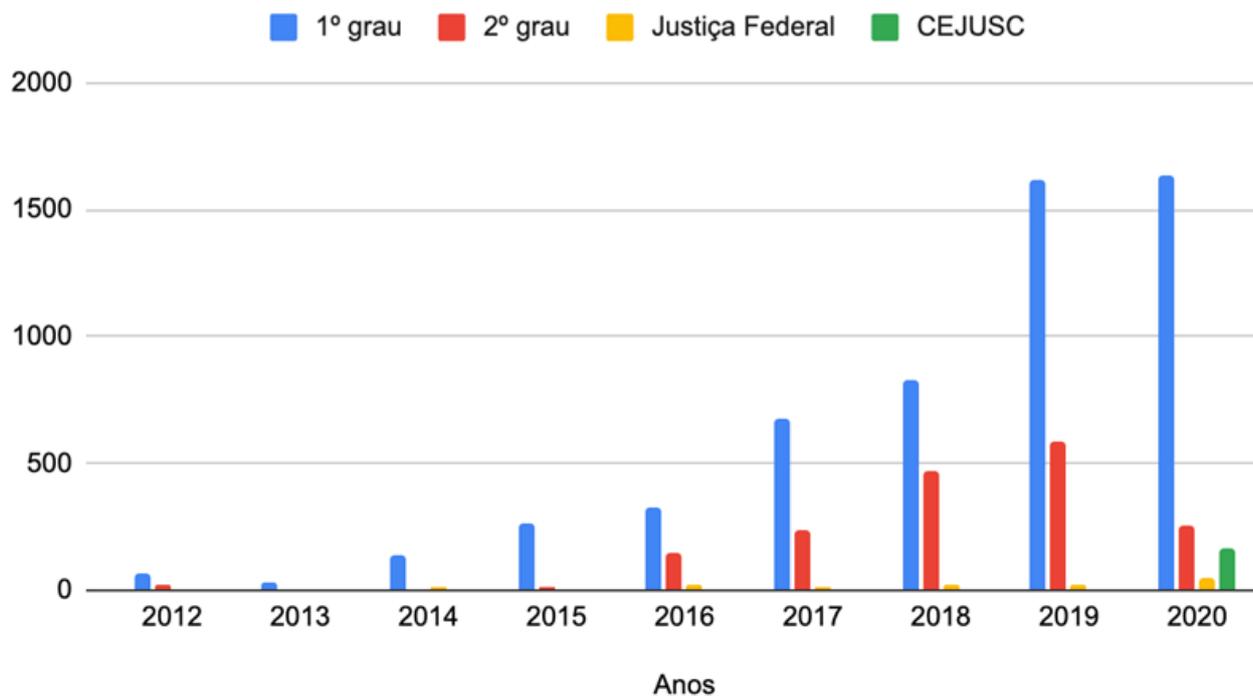
ANOS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NÚMERO DE MAGISTRADOS CONSULENTES	23	18	30	65	114	145	175	225	283



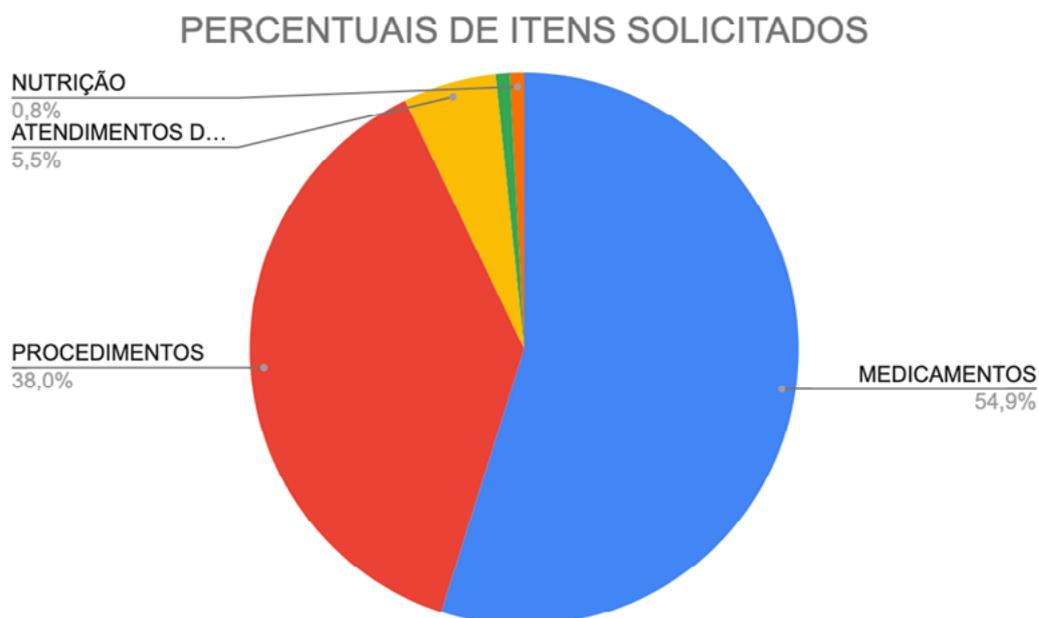
4. Número de consultas por origem 2012 a 11/2020

ANOS/ORIGEM	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1º GRAU	65	29	134	262	329	677	828	1620	1638
2º GRAU	20	3	3	17	148	239	468	586	257
JUSTIÇA FEDERAL	2	2	9	5	23	14	19	23	53
CEJUSC								2	168

PROCESSOS POR ORIGEM



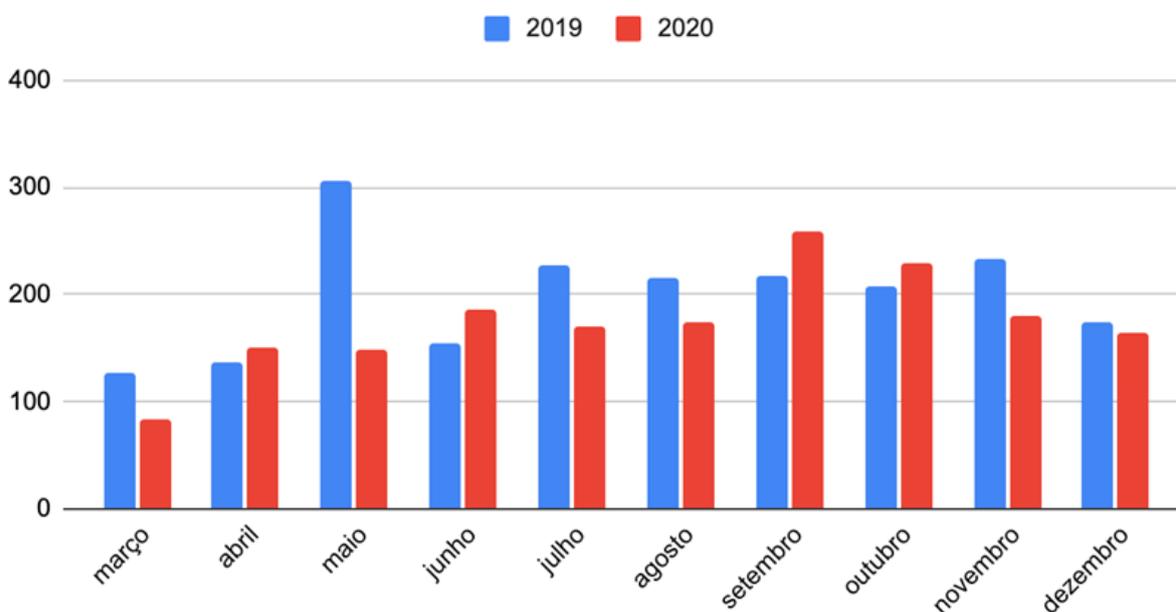
5. Percentuais de itens solicitados



6. Comparação entre o número de consultas recebidas mês a mês entre 2019 e 2020 (pandemia)

	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2019	127	136	307	154	227	215	217	207	234	174	1998
2020	83	150	148	185	171	175	259	229	181	165	1746

Comparação entre o número de consultas recebidas mês a mês entre 2019 e 2020 (pandemia)



7. Comparação entre o número de consultas recebidas mês a mês entre 2019 e 2020 (pandemia)

	DEZEMBRO	JANEIRO	TOTAL
2019	09	01	10
2020	08	00	08

Jurisprudência

Nesse espaço apresentamos julgados diversos sobre a judicialização da saúde que podem colaborar com o dia-a-dia daqueles que atuam na área, compreendendo qual vem sendo o entendimento dos tribunais a respeito.

TEMA 106 STJ

TESE FIRMADA

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

I) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;

II) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;

III) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

Tese definida no acórdão dos embargos de declaração publicado no DJe de 21/9/2018

TEMA 500 STF

TESE FIRMADA

- 1.** O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais.
- 2.** A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial.
- 3.** 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 previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (I) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (II) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (III) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.
- 4.** As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.

Enunciados da Jornada do Direito da Saúde do CNJ

Em nossas publicações apresentaremos sempre alguns enunciados selecionados da Jornada do Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça que, embora não vinculativos, servem como norte para a solução das demandas.

Lembramos que é possível encontrar a integralidade dos enunciados no site do Tribunal de Justiça de Goiás, na área reservada ao NATJUS.

ENUNCIADO Nº 03

Nas ações envolvendo pretensões concessivas de serviços assistenciais de saúde, o interesse de agir somente se qualifica mediante comprovação da prévia negativa ou indisponibilidade da prestação no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e na Saúde Suplementar.

(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

ENUNCIADO Nº 12

A inefetividade do tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, no caso concreto, deve ser demonstrada por relatório médico que a indique e descreva as normas éticas, sanitárias, farmacológicas (princípio ativo segundo a Denominação Comum Brasileira) e que estabeleça o diagnóstico da doença (Classificação Internacional de Doenças), indicando o tratamento eficaz, periodicidade, medicamentos, doses e fazendo referência ainda sobre a situação do registro ou uso autorizado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, fundamentando a necessidade do tratamento com base em medicina de evidências (STJ – Recurso Especial Resp. nº 1.657.156, Relatoria do Ministro Benedito Gonçalves - 1ª Seção Cível - julgamento repetitivo dia 25.04.2018 - Tema 106).

(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

ENUNCIADO Nº 13

Nas ações de saúde que pleiteiam o fornecimento de medicamentos, produtos ou tratamentos, recomenda-se, sempre que possível, a prévia oitiva do gestor do Sistema Único de Saúde – SUS, com vistas a, inclusive, identificar solicitação prévia do requerente, alternativas terapêuticas e competência do ente federado, quando aplicável (Saúde Pública e Suplementar).

(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

ENUNCIADO Nº 14

Não comprovada a ineficácia, inefetividade ou insegurança para o paciente dos medicamentos ou tratamentos fornecidos pela rede de saúde pública ou rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, deve ser indeferido o pedido (STJ – Recurso Especial Resp. nº 1.657.156, Relatoria do Ministro Benedito Gonçalves - 1ª Seção Cível - julgamento repetitivo dia 25.04.2018 - Tema 106).

(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

ENUNCIADO Nº 15

As prescrições médicas devem consignar o tratamento necessário ou o medicamento indicado, contendo a sua Denominação Comum Brasileira – DCB ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional – DCI, o seu princípio ativo, seguido, quando pertinente, do nome de referência da substância, posologia, modo de administração e período de tempo do tratamento e, em caso de prescrição diversa daquela expressamente informada por seu fabricante a justificativa técnica.

ENUNCIADO Nº 18

Sempre que possível, as decisões liminares sobre saúde devem ser precedidas de notas de evidência científica emitidas por Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário - NatJus e/ou consulta do banco de dados pertinente.

(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

ENUNCIADO Nº 19

As iniciais das demandas de acesso à saúde devem ser instruídas com relatório médico circunstanciado para subsidiar uma análise técnica nas decisões judiciais.

(Redação dada pela III Jornada de Direito da Saúde – 18.03.2019)

Artigos

A TUTELA PROVISÓRIA À LUZ DOS CONCEITOS DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA MÉDICAS NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Eduardo Perez de Oliveira¹

O presente artigo se propõe a apresentar, de forma sumariada, o conceito de urgência e emergência médicas e sua influência nas demandas de saúde, bem como a relevância do contraditório e do apoio técnico adequado ao magistrado para a decisão dos pedidos de tutela provisória de urgência nessas lides.

Como é de conhecimento, a tutela provisória no Código de Processo Civil, que pode ser de urgência (cautelar e antecipada) ou de evidência, é proferida mediante cognição sumária, logo, não exauriente, com base em juízo de probabilidade (NEVES, p 483)

A tutela provisória constitui uma exceção à regra do pronunciamento judicial meritório exauriente, que se dá em sede de sentença em primeiro grau, além de, se concedida sem a oitiva da parte contrária, também excepcionar a regra do contraditório prevista no Código de Processo Civil².

No caso da judicialização da saúde, são raras, se as há, as demandas que não possuem o pedido de tutela provisória de urgência, fundando-se na necessidade premente do bem da vida.

Os fundamentos são diversos, o mais das vezes genéricos, e podem ser sintetizados na alegação de essencialidade daquilo que é pleiteado sem o que ocorrerá a morte da parte demandante, ainda que não haja conexão fática direta entre a pretensão e o risco de vida.

¹ Juiz de Direito. Coordenador do Comitê Executivo de Saúde do CNJ e do NATJUS em Goiás. Pós Graduado em Processo Constitucional e em Filosofia. Mestrando em Filosofia pela Universidade Federal de Goiás.

² Art. 10. O juiz não pode decidir, em grau algum de jurisdição, com base em fundamento a respeito do qual não se tenha dado às partes oportunidade de se manifestar, ainda que se trate de matéria sobre a qual deva decidir de ofício.

O pleito, ainda, é deduzido de forma a que a concessão prescindida da oitiva da parte contrária, excepcionando o aludido contraditório, que receberá de plano a citação e a intimação para cumprimento da tutela de urgência em um único ato.

Convém lançar sobre o tema uma luz para diferenciar o que seria a urgência processual na tutela de urgência e o que seria, efetivamente, urgência e emergência médicas.

O conceito legal é que urgente será toda situação na qual, evidenciada a probabilidade do direito, haja perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo, podendo ser concedida liminarmente ou após justificação prévia, não se admitindo a concessão em caso de risco de irreversibilidade dos efeitos da decisão (art. 300, §§ 2º e 3º CPC).

Trata-se de uma situação casuística, ou seja, compete ao magistrado analisar caso a caso, com a observação de que há entendimento doutrinário de que não há uma discricionariedade, pois:

“(...) o juiz não pode simplesmente escolher entre conceder ou não a tutela provisória imaginando que ambas as soluções serão consoantes com o direito. Estando preenchidos no caso concreto os requisitos legais, o juiz é obrigado a conceder a tutela provisória, também sendo obrigado a indeferi-la se acreditar que os requisitos não estão preenchidos”. (NEVES, p. 494)

Em que pese esse posicionamento, diante da miríade de possibilidades que podem convergir para uma urgência, é adequado que a lei confira ao magistrado esse espaço interpretativo para saber se há ou não perigo de dano ou ao resultado útil do processo, sendo impossível imprimir nisso maior objetividade.

Como é usual, aquele que demanda o faz na intenção de que o seu desejo convirja para o direito posto, coincidindo, portanto, desejo e direito. Nesse afã é natural que tudo lhe pareça urgente, da cobrança do cheque ao despejo do imóvel de que é proprietário.

Soma-se a isso a sociedade imediatista que quer tudo instantaneamente resolvido e se tem o cenário posto de desconsideração

do contraditório e da ampla defesa por aquele que ajuíza a demanda, competindo ao magistrado ser o guardião também desses direitos fundamentais e não permitir que a ansiedade do autor de ver seu desejo satisfeito, que pode ou não ser direito, viole o devido processo legal.

A situação é diferente quando se trata de saúde, porque nesse caso existem critérios mais objetivos sobre o que se configuraria urgência, não se admitindo que qualquer pretensão possa sê-lo sob o coringa tão usado da dignidade humana.

É oportuno citar a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n. 1.451, de 1995, que reza em seu art. 1º:

*Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde **com ou sem risco potencial de vida**, cujo portador necessita de assistência médica imediata.*

*Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde **que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso**, exigindo portanto, tratamento médico imediato.*

Outro marco é a Lei n. 9.656/1998, a lei dos planos de saúde, que estatui em seu art. 35-C emergência como os casos “que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente”, e urgência “os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional”.

O Brasil adota também o Protocolo de Manchester³, que de 5 níveis diferentes prevê o atendimento imediato dos níveis 1 e 2, emergência, e atendimento rápido de pacientes urgentes menos graves, urgência.

Exemplos de emergência são corte profundo, picada de animal peçonhento, hemorragia forte, dificuldade respiratória e grave reação alérgica. Já exemplos de urgência são fraturas, transtornos psiquiátricos e luxações.

³ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-01.pdf>

Pode-se sintetizar da seguinte forma:

Emergência é tudo aquilo que coloca em risco iminente a vida do paciente e precise de atendimento imediato.

Urgência é o que não representa risco imediato de vida, mas deve ser resolvido rapidamente, demandando atendimento em curto prazo.

Dito, resta questionar se as demandas de saúde que aportam ao Judiciário contendo pedido de tutela de urgência sem a oitiva da parte contrária merecem a procedência imediata sem a possibilidade de um contraditório, ainda que resumido.

Dentro do assunto, o Superior Tribunal de Justiça assentou em seu Tema 106:



“A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos:

*I) Comprovação, **por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado** expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, **assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;***

II) Incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito;

*III) **Existência de registro do medicamento na Anvisa,** observados os usos autorizados pela agência.” (gn)*



Há a exigência em tais demandas de laudo médico fundado em medicina baseada em evidências; demonstração de ausência de substituto terapêutico pelo SUS ou de similar disponibilizado; registro na ANVISA e outros itens, informações complexas que o magistrado não possui de antemão e raramente acompanham a inicial.

Previsão similar encontra-se no Enunciado 51 da Jornada de Direito da Saúde:

Nos processos judiciais, a caracterização da urgência/emergência requer relatório médico circunstanciado, com expressa menção do quadro clínico de risco imediato.

Considerando a plêiade de elementos necessários, mais o tempo de procurar o advogado, o promotor ou o defensor, redigir a inicial, coligir as provas, distribuir o processo obter a decisão e fazê-la cumprir, parece evidente a toda prova que situações reais de urgência ou emergência médica raramente aportariam ao Judiciário, já que demandam ou atendimento imediato ou brevíssimo.

Nesse sentido já se manifestou Clênio Schulze:

“Assim, é ilusório imaginar que o Judiciário trata de casos de urgência e emergência em Saúde. Em regra, os processos judiciais envolvem tratamentos que não se encaixam nos aludidos conceitos, permitindo-se apenas a análise de casos clínicos que não exigem intervenção imediata” (SCHULZE, 2018).

Diante de tal cenário, são dois os problemas que tocam ao magistrado quando da análise do pedido de tutela de urgência liminar constante da inicial: (i) se há probabilidade do que se alega à luz da legislação e da jurisprudência, notadamente o Tema 106 do STJ, e (ii) se há justificativa para a concessão do pleiteado sem a oitiva da parte contrária, considerando a inoccorrência de emergência ou urgência médica.

A resposta mais eficaz seria habitualmente a de uma aproximação conservadora, ou seja, uma análise que reconhecesse que a tutela provisória é uma exceção ao contraditório e é preciso que haja fundada justificativa para aplicá-la.

Como visto, a emergência e a urgência médicas em raras hipóteses, para não dizer nunca, permitiriam tempo suficiente para a propositura da ação. De fato, não existe urgência real, e não fabricada⁴, a justificar a concessão de medicamento oncológico ou de uma prótese, por exemplo.

Desse modo, soa adequado que na análise do pedido se permita um contraditório ainda que sumariado, concedendo um lapso de tempo para que a outra parte possa se manifestar e eventualmente até apresentar soluções viáveis, ou mesmo apontar a ausência de pedido administrativo ou de inserção no sistema da parte autora⁵.

Afigura-se também essencial a oitiva do NATJUS, consoante Enunciados 18 e 83 da Jornada da Saúde, seja para a concessão liminar, seja no lapso concedido para o contraditório sumariado, uma vez que fornecerá ao magistrado informações técnicas fundamentais para o deslinde da demanda e para a observância do Tema 106 do STJ.

Em conclusão, o presente texto se propôs a, em breves linhas, apresentar a relevância de conectar a urgência processual aos conceitos de urgência e emergência médica, realçando a relevância do amparo técnico e do contraditório em tais demandas, não só em obediência aos comandos constitucional e legal, mas como tutela do próprio direito à saúde, pois nem sempre aquilo que se pede é o que se precisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHAGAS, Flávia de Azevedo Faria Rezende. A judicialização da saúde e as tutelas de urgência: uma visão do plantão do Poder Judiciário. 2019. Disponível em: https://www.arca.focruz.br/bitstream/icict/39671/2/ve_Flavia_de_Azevedo_ENSP_2019

CNJ. CNJ Serviço: qual é a diferença entre urgência e emergência médicas? Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-servico-qual-e-a-diferenca-entre-urgencia-e-emergencia-medicas/>

MARQUES, ALINE et al. Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. Estud. av., São

⁴ Como na hipótese do autor aguardar a proximidade, ou o próprio dia, de sua cirurgia eletiva para pleitear uma cobertura adicional afirmando que será prejudicado caso não deferida. Seria uma situação de emergência criada, mutatis mutandis o que ocorre na seara administrativa quando se trata de licitação.

⁵ ENUNCIADO Nº 13 da Jornada da Saúde – Nas ações de saúde que pleiteiam o fornecimento de medicamentos, produtos ou tratamentos, recomenda-se, sempre que possível, a prévia oitiva do gestor do Sistema Único de Saúde – SUS, com vistas a, inclusive, identificar solicitação prévia do requerente, alternativas terapêuticas e competência do ente federado, quando aplicável (Saúde Pública e Suplementar).

Paulo, v. 33, n. 95, p. 217-234, Jan. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142019000100217&lng=en&nrm=iso.

MENA, Humberto et al. Urgência e Emergência: os conceitos frente às normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica. Saúde, Ética & Justiça. 2017;22(2). p. 81/94

NEVES, Daniel Amorim Assumpção. Manual de Direito Processual Civil. 9a ed. Juspodivm. 2017.

SCHULZE, Clênio Jair. Urgência Processual e Urgência na Saúde. 25 de junho de 2018. Empório do Direito. Disponível em: <https://emporiododireito.com.br/leitura/urgencia-processual-e-urgencia-na-saude>.

DEMANDAS JUDICIAS

Análise Exploratória – SOMATROPINA

Pérciles Lopes Dourado¹, Alessandra Rodrigues de Almeida Lima², Hugo Santiago Francisco da Silva³, Pedro Manuel Rodrigues Lima de Moura⁴, Luciana Vieira⁵.

1. INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde em ascensão pode culminar privilegiando o direito individual à custa do direito da coletividade usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o conflito dessas ações não está entre o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado, mas sim entre o direito à saúde de um paciente contra o direito à saúde dos outros. As discussões acerca do direito à saúde e as limitações do erário, são de difícil solução e requerem mais estudos. Uma das consequências ao se atender ordens judiciais que se contrapõem às políticas de saúde já estabelecidas, é a de que estas deixam de contar com recursos que, ao invés de atenderem a coletividade dos usuários do SUS, são direcionados para interesses individuais, afetando o serviço público de saúde prestado à população (PAIXÃO, 2019).

No Estado de Goiás, a judicialização de saúde absorveu mais de 100 milhões de reais (R\$ 101.649.810,23) em 2019, um cenário de crescimento exponencial das demandas judiciais que exige reflexão e diálogo entre os atores envolvidos. O que só será possível a partir de informações detalhadas e análises dos processos judiciais de saúde, com o objetivo de se observar a padronização dos mesmos, a instrução processual com informações mínimas e relevantes ao caso.

Considerando que os medicamento são a maior demanda em tais ações e dentre os processos judiciais que envolvem medicamentos já

¹ Biomédico, Mestre em Biologia Celular e Molecular pela UFG, servidor público efetivo da Secretaria de Estado de Saúde – GO

² Cirurgiã-Dentista, Mestre pela UnB e Doutora em Ciências da Saúde pela UFG, Auditora de Sistemas de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde – GO

³ Graduando em Farmácia – UFG. Estagiário na Secretaria de Estado de Saúde – GO

⁴ Graduando em Engenharia Física – UFG. Estagiário na Secretaria de Estado de Saúde – GO 5Fisioterapeuta, Mestre e Doutora em Ciências Médicas pela UnB, Subsecretária de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde – GO

disponibilizados pelo SUS, a Somatropina representou, em 2019, 32,7% (141 processos) do todo (430 processos), foi realizado um levantamento amostral das demandas judiciais envolvendo o fornecimento deste medicamento pela SES-GO para crianças e adolescentes, a fim de realizar uma análise exploratória frente aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT). Os PCDTs são resultado de consenso técnico-científico, formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação e são a base para assegurar a equidade, integralidade e universalidade, princípios do SUS; o trâmite de autos fora do que é preconizado nos PCDTs vai de encontro às normas em vigor e ao interesse da coletividade.

O hormônio do crescimento humano (gGH) é secretado principalmente pelo lobo anterior da glândula hipófise e possui papel importante no crescimento e metabolismo celular por todo o corpo (SILVA, et al. 2019). Estimula a taxa de crescimento ósseo e dos músculos esqueléticos durante a infância e adolescência. De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, independentemente da idade, qualquer pessoa pode ser tratada com a reposição de GH caso apresente deficiência da produção deste hormônio (SBEM, 2020). A reposição pode ser feita com a utilização da Somatropina que é uma formulação biosintética, produzida por tecnologia de DNA recombinante, idêntico ao GH produzido naturalmente pelo corpo. Agências reguladoras na Europa e América do Norte têm autorizado a sua utilização para deficiência do hormônio do crescimento (DGH) com base em dados científicos que indicam a segurança e eficácia (HARDIN, 2008).

No Brasil, a Somatropina encontra-se inserida no PCDT para o tratamento da DGH Hipopituitarismo, com o objetivo de promover aumento de: velocidade de crescimento, previsão de estatura em crianças, densidade mineral óssea, dislipidemia em adultos e qualidade de vida. O protocolo estabelece critérios de diagnóstico, inclusão e exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação para dispensação da Somatropina no âmbito do SUS (Quadro 1). Os pacientes incluídos devem ter acompanhamento terapêutico com endocrinologistas ou pediatras, a avaliação periódica deve ser condição para a continuidade da dispensação do medicamento. (BRASIL, 2018).

1. Idade, peso e altura atuais.
2. Peso e comprimento ao nascer, idade gestacional
3. Velocidade de crescimento no último ano ou curva de crescimento (preferencialmente) em crianças maiores de 2 anos
4. Estadiamento puberal; Altura medida dos pais biológicos
5. Radiografia de mãos e punhos, para determinação da idade óssea
6. IGF-1, glicemia, hormônio estimulante da tireoide (TSH) e tiroxina (T4) total ou livre e as reposições hormonais realizadas
7. Testes para GH com datas e estímulos diferentes com valores de pico de GH < 5 ng/mL
8. Em lactentes com sinais e sintomas clássicos de DGH/hipopituitarismo (hipoglicemia, icterícia prolongada, micropênis e defeitos de linha média) pode-se confirmar o diagnóstico apenas com uma dosagem de GH e cortisol na vigência de hipoglicemia
9. No caso de múltiplas deficiências hormonais no lactente e alteração na RNM com IGF-1 abaixo do limite inferior da normalidade, pode-se prescindir do teste de estímulo
Na impossibilidade de fornecer tais dados, como em casos de crianças adotivas, justificar a não inclusão dos mesmos. A RNM não é um exame indispensável, mas pode ser considerada como critério de investigação adicional.

QUADRO 1. Informações necessárias para confirmação do diagnóstico de DGH (BRASIL, 2018)

2. METODOLOGIA

A partir de lista de processos que tratam de solicitações judiciais de dispensação de Somatropina, disponibilizada pelo Centro de Apoio a Gerência da Área da Saúde (GAS), foram extraídos dados relacionados aos pacientes.

Sexo
Idade
Registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do prescritor
Tratamento prescrito
CID-10

Alturas da mãe, pai e do(a) paciente em centímetros

Peso do(a) paciente em quilogramas

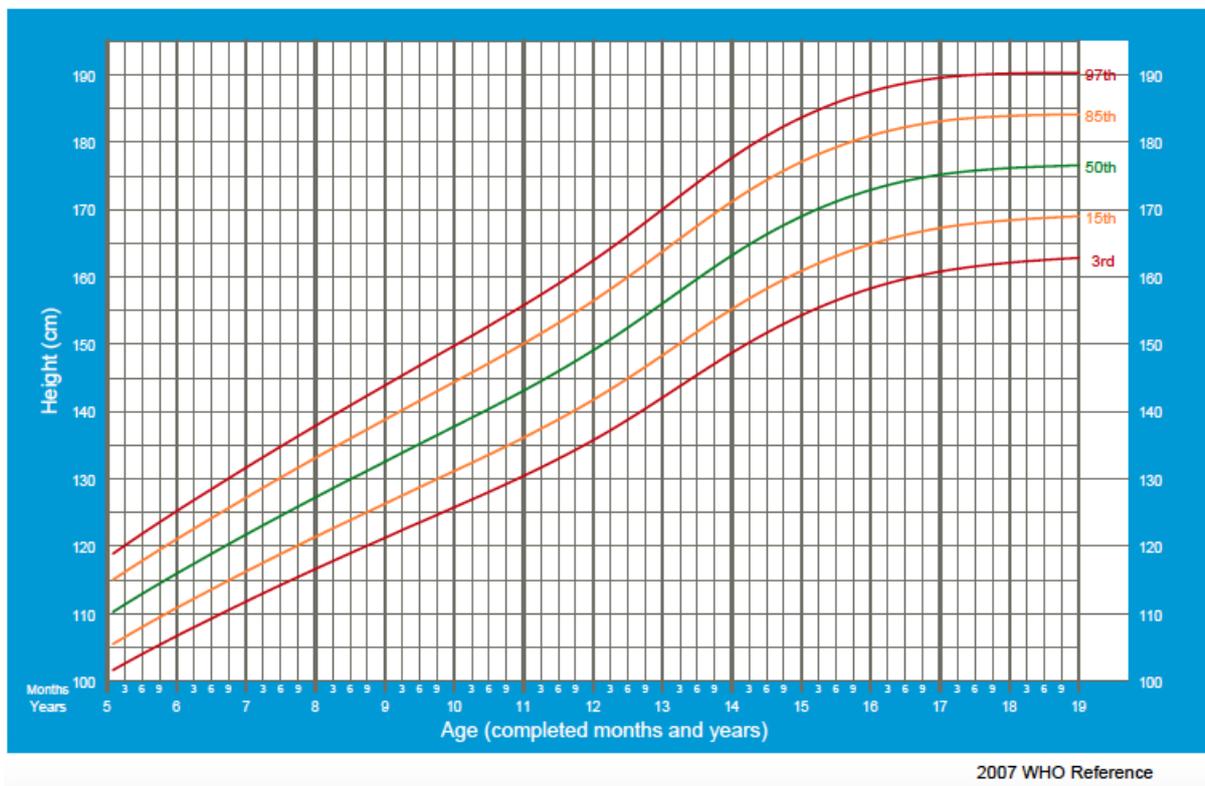
Percentis de peso e altura

QUADRO 2. Dados extraídos dos processos

Considerando os dados coletados, os processos foram classificados em: “abaixo do mínimo”, “entre o mínimo e a média” e “acima da média”; de acordo com o que é preconizado pela OMS em 2007 (figura 1) (SBEM, 2020). Os processos foram então agrupados, em números absolutos, por prescritor e por Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Os resultados foram apresentados de forma descritiva.

Height-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



Height-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)

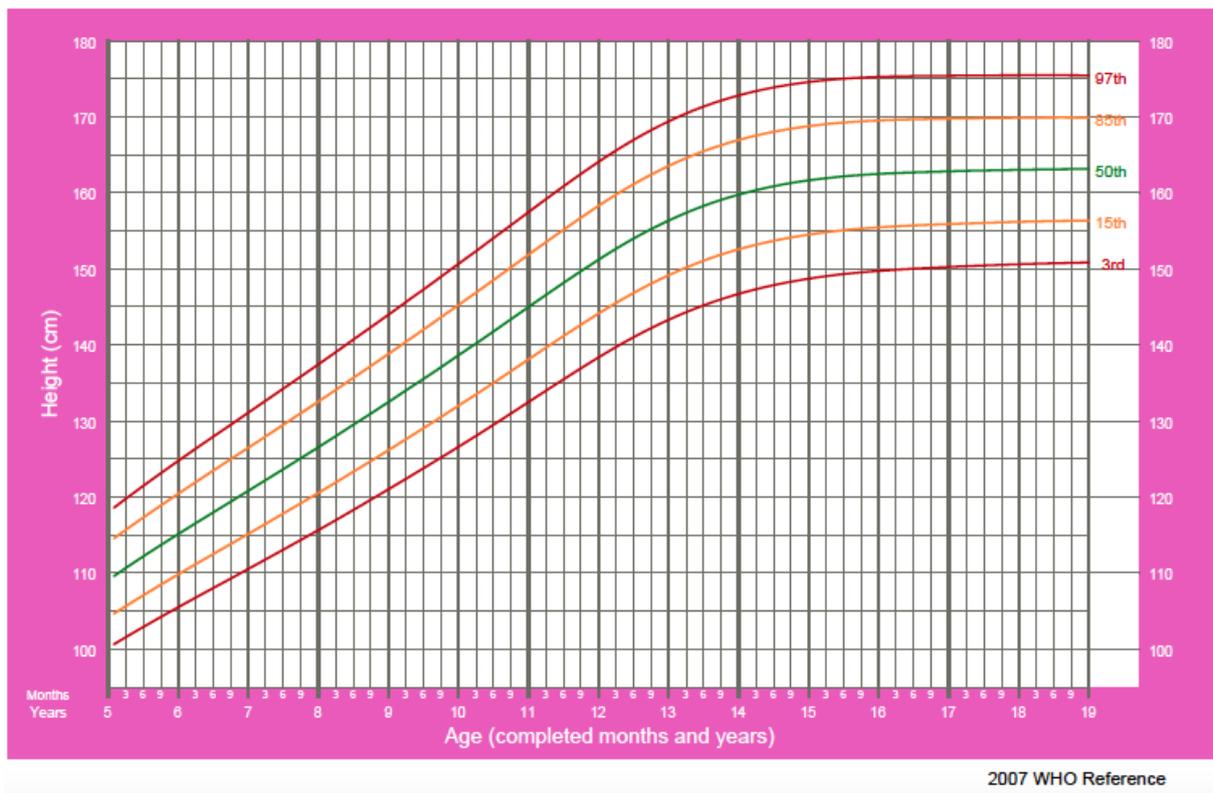


FIGURA 1. Curva de crescimento para meninos e meninas (OMS, 2007)

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento incluiu 41 processos, recebidos pela SES-GO no período de abril de 2019 até janeiro de 2020. Considerando ter acesso restrito ao SEI, um processo foi excluído. Dos demais autos foram coletados os dados constantes do quadro 2. Mesmo que as demandas judiciais estejam fora dos critérios estabelecidos no PCDT, faz-se necessário a presença das informações preconizadas neste. Pois a ausência delas prejudica a análise técnica, a apresentação da defesa e, principalmente, o acompanhamento do paciente.

Do total de autos analisados (40) as seguintes informações estavam ausentes: estatura dos pais biológicos (07/17,5%); estatura do pai (01/2,5%); percentis de altura e peso do paciente (03/7,5%). De acordo com o PCDT, essas informações são necessárias para a confirmação diagnóstica de DGH, logo não deveriam estar ausentes nos autos. Outras informações relevantes ausentes nos autos: idade gestacional, peso e comprimento ao nascer dos pacientes.

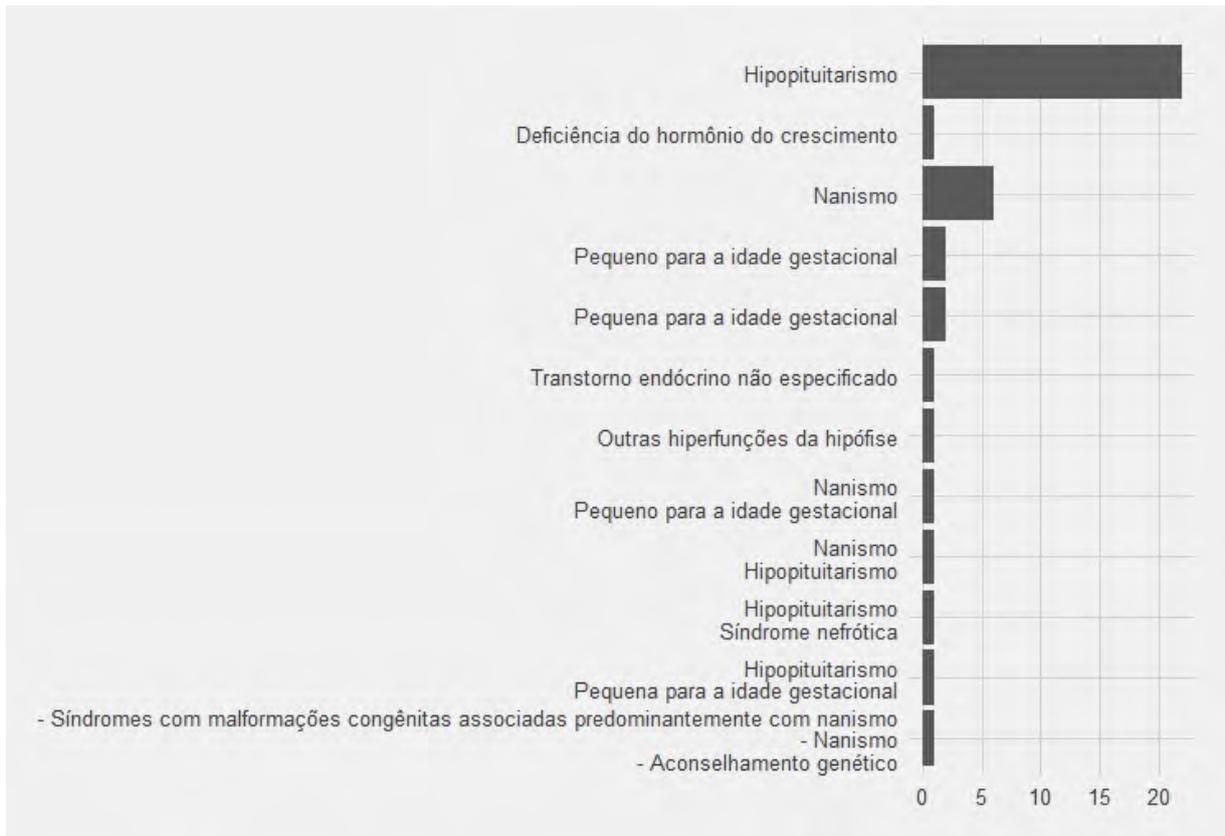


GRÁFICO 1. CID-10 dos processos analisados

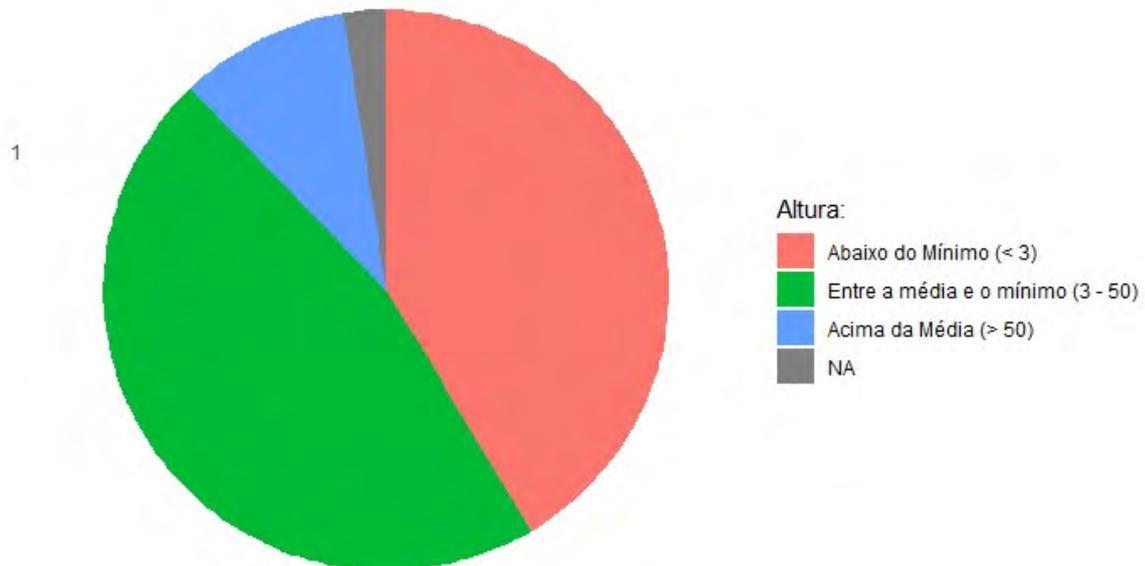


GRÁFICO 2. Distribuição dos pacientes segundo altura/idade

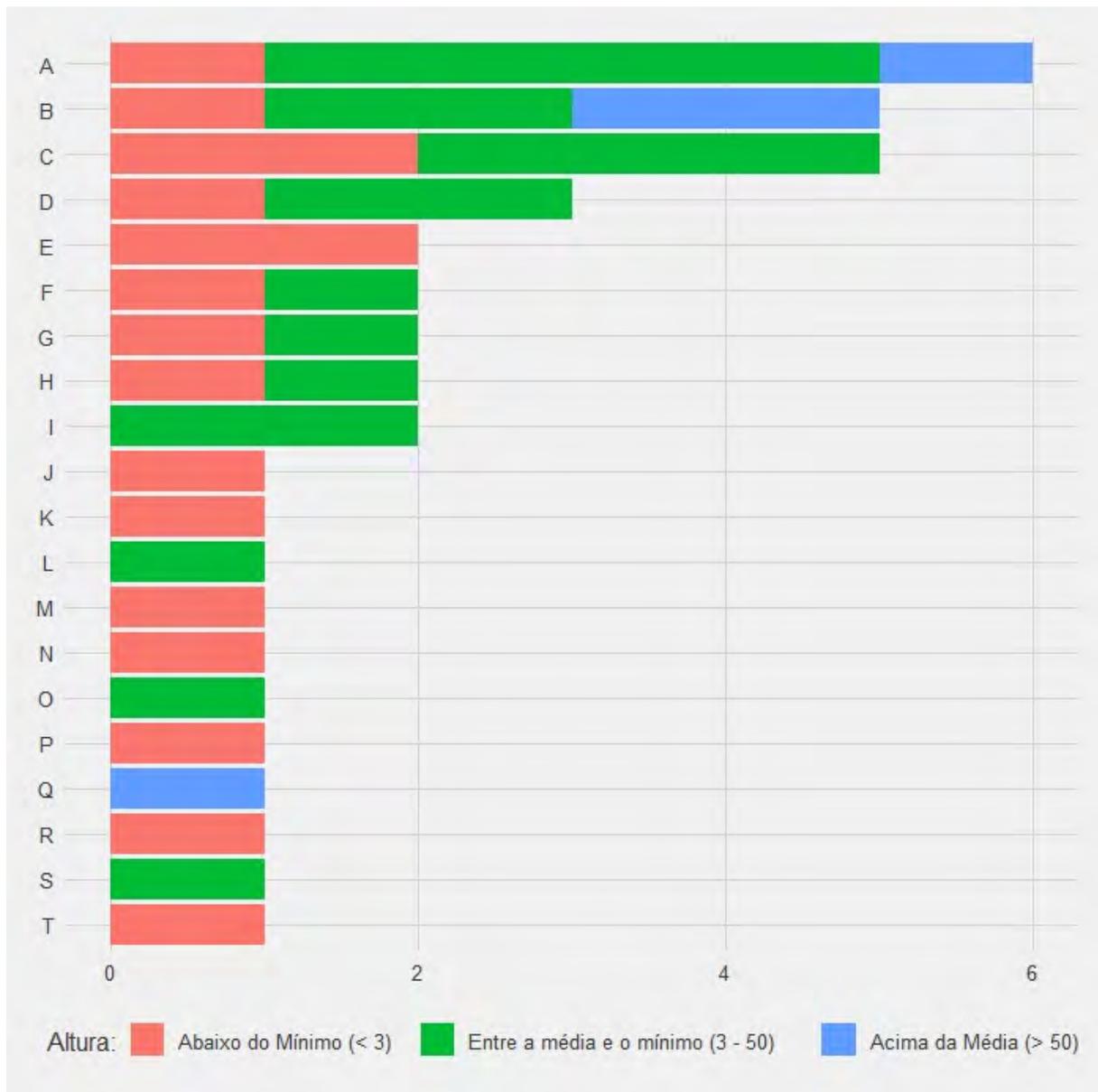


GRÁFICO 3. Classificação dos pacientes segundo altura/idade e prescritor

Verificou-se que 26 pacientes (65%) foram classificados como portadores da CID-10 E23.0 hipopituitarismo, isolado ou associado a outras patologias (gráfico 1). Quanto aos percentis de altura dos pacientes (gráfico 2) os mais frequentes foram o percentil 5 (07/17,5%) e percentil 10 (06/15%). No entanto, quatro pacientes (10%) apresentavam percentil maior ou igual a 50. A respeito do peso, os mais frequentes foram percentis 5 (08/20%) e percentil 75 (08/20%).

No que se refere aos prescritores, houve predominância de três profissionais que sozinhos representaram 40% da amostra analisada: A (15%), B (12,5%) e C (12,5%). No gráfico 3 constata-se que dois destes profissionais também estão dentre os três prescritores em processos de pacientes com altura acima da média.

4. CONCLUSÃO

Verificou-se lacunas importantes na instrução dos processos, uma vez que faltam dados necessários para a confirmação diagnóstica, segundo a orientação do PCDT. Dentre os pacientes atendidos com a dispensação da Somatropina existem pacientes com altura igual e até superior à média, conforme parâmetros da OMS. Existe predominância de prescritores, principalmente se analisado pacientes que apresentam percentil maior ou igual a 50.

Frente a análise exploratória da Somatropina, observa-se a ausência de padrão na apresentação de informações clínicas relevantes nos processos de judicialização em saúde, mesmo informações mínimas orientadas pelo PCDT do medicamento em questão. Tais informações seriam de extrema relevância, não só para subsidiar a defesa do polo passivo, com base em questões e critérios técnicos, mas também no sentido de direcionamento de recursos de saúde. E ainda, no sentido de acompanhar os resultados da terapêutica prescrita.

A definição e padronização de informações e documentações mínimas para instrução dos autos; sendo que, para medicamentos já padronizados pelo SUS, tal padronização poderia pautar-se nos PCDTs já estabelecidos. E apresentação de laudo fornecido pelo prescritor, justificando a necessidade do medicamento, apesar de não se enquadrar no PCDT.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Conjunta nº 28, de 30 de novembro de 2018. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Deficiência de Hormônio do Crescimento-Hipopituitarismo. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_DeficienciadoHormoniodeCrescimento_2018.pdf. Acesso em: 6 nov. 2020.

HARDIN D. S. Treatment of short stature and growth hormone deficiency in children with somatotropin (rDNA origin). *Biologics*. 2008.

PAIXÃO A. L. S. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 24, n.6, 2019.

SILVA, J. A. C.; GIACOMIN, M.; WARMELING, M.; PAGNONCELLI, R. M. Uso do hormônio do crescimento associado à fibrina rica em plaquetas e leucócitos injetável (I-PRF). *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, v. 24, n. 2, p. 309-315, 19 dez. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA-SBEM. Tirando Dúvidas sobre Uso de GH. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/tirando-duvidas-sobre-uso-de-gh/>. Acesso em: 6 nov. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA-SBP. Gráficos de Crescimento. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/endocrinologia/graficos-de-crescimento/>. Acesso em: 6 nov. 2020.

A AUSÊNCIA DE TRANSPARÊNCIA DAS FILAS DE ESPERA DO SUS E O IMPACTO NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Michelle Bitta Alencar de Sousa¹

A Constituição Federal estabelece o acesso à informação dentre os direitos fundamentais no inciso XXXIII do artigo 5º e dirige à Administração Pública enquanto dever no inciso II do § 3º do artigo 37. Os artigos da Constituição são regulamentados pela Lei 12.527/2011 que estabelece como diretrizes a publicidade como preceito geral e o sigilo como exceção, o fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública e o desenvolvimento do controle social da administração pública, dentre outras.

O Sistema Único de Saúde, no entanto, ainda tem muito o que avançar quando o assunto é transparência. A realidade de muitos Estados e Municípios aponta pela ausência de transparência das filas de espera de procedimentos eletivos o que impacta diretamente na vida de diversos brasileiros que dependem dos serviços públicos de saúde, possibilitando fraudes e a pessoalização que comprometem a democracia.

O acesso à informação não é um favor. A transparência das listas de espera do SUS evita o clientelismo, a pessoalização e funciona como estratégia com potencial para promover maior equidade no acesso aos serviços de saúde (AGUIAR; LIRA, 2018). Ainda, a transparência das filas tem um impacto positivo nos que esperam, pois assim conseguem acompanhar os critérios utilizados para a disponibilização do serviço (SARMENTO; TOMITA; KOS, 2017).

As filas de espera participam da institucionalização de um espaço público igualitário e democrático. A fila é a “prova” da igualdade como um valor, pois todos que estão em igual condição aguardam chegar a sua vez. Ocorre que para ser um instrumento legitimador da igualdade é necessário

¹ Mestre em Direito Constitucional (IDP), Pós-graduada em Direito Tributário e Financeiro (UFF), Pós-graduada em Processo Civil (UCP), Bacharel em Direito e Ciências Sociais (UFRJ), Defensora Pública no Estado de Goiás.

conhecer o seu lugar na fila, do contrário a fila apenas reforçará valores hierárquicos da lógica aristocrática e enaltecerá as mazelas da desigualdade (DAMATTA; JUNQUEIRA, 2017) contribuindo para assimetria de informações que impedem o exercício do controle social.

A experiência nacional aponta que a maior transparência tem impacto direto nas filas de espera, com redução do tempo, ou seja, a transparência contribui para eficiência temporal no atendimento (TRF2, 2020). Ainda em uma visão comparada a transparência das filas de espera foi uma das ferramenta escolhida por países como Espanha e Inglaterra para redução do tempo de espera de pacientes que aguardavam por procedimentos eletivos, com resultados positivos alcançados (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

Há de se frisar que o cidadão que aguarda na fila de espera por procedimentos eletivos, por longos períodos que por vezes chegam a ser anos, nem sempre não detém informação sobre o prazo de atendimento ou sobre os critérios utilizados para a organização da fila, também não encontra canais de comunicação ou mecanismos de revisão de seu quadro de saúde, o que acarreta a inflação da procura pelos atendimentos de urgência.

A ausência de informações não é um panorama dirigido apenas ao cidadão, mas também aos órgãos de controle. Não é incomum que o Judiciário, o Ministério Público e o Tribunal de Contas não tenham acesso aos dados. Ademais, instituições que atuam diretamente no atendimento jurídico do cidadão, como a Defensoria Pública, também não possuem acesso aos dados. Ainda a disponibilização de informação exclusivamente ao paciente sobre sua posição, mesmo sendo um avanço em relação às práticas existentes, não permite o controle público sobre o andamento da fila e os critérios utilizados.

Nesse diapasão, “há filas que asseguram, outras que limitam o acesso. E a falta de acesso é uma situação desesperadora para as pessoas, porque interfere em seu cotidiano e pode levar ao agravamento de enfermidades e risco de morte” (ROCHA, 2015, p. 3). Assim, não é a fila em si ou seu o tamanho o problema, mas a falta de acesso oportuno (CONILL, GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011). A fila torna-se problema quando em vez de regular o acesso priva o cidadão do serviço mantendo exclusivamente nas mãos do gestor o poder do conhecimento, afinal, a área de saúde é campo aberto a disputa de poder (SOUZA et. al, 2009).

Diante desse cenário, o cidadão muitas vezes se vale de um instrumento republicano e democrático para a garantia do tratamento, o acesso à justiça. O aumento da judicialização da saúde, em especial das políticas públicas implementadas não prestadas ou prestadas de forma inoportuna, que se evidencia nas filas de espera, teve o condão de jogar luzes em um problema que antes era exclusivo das camadas populares, colocando na agenda dos Poderes a necessidade de melhorias sistêmicas (XIMENES, 2016), dentre elas a transparência das filas.

Nesse cenário, iniciativas legislativas e judiciais começaram a despontar pelo país ainda que de forma pontual e carente de uma norma nacional regularizadora. São exemplos na seara legislativa a Lei Estadual nº 17.066 2017 do Estado de Santa Catarina, a Lei Estadual nº 19.799/ 2017 do Estado de Goiás e a recém publicada Lei 8.782/2020 do Estado do Rio de Janeiro. No âmbito Judicial há tanto exemplos oriundos de termos de ajustamento de conduta como no caso de Itajaí-SC como de ações civis públicas como no caso do Paraná.

Ao contrário do Estado de Santa Catarina em que as litas são acessíveis pela internet a todos, o que possibilita maior fiscalização, em Goiás, em que pese a previsão legal, as listas ainda não são disponibilizadas de forma que por vezes o cidadão sequer sabe se está na fila, outras não tem informação sobre o prazo estimado para realização do tratamento, o que contribui para a busca pelo sistema de justiça (AGUIAR; LIRA, 2018).

Diante dessa situação, está em curso no Congresso Nacional a discussão ao substituto ao projeto de Lei nº 10.106 de 2008 que prevê a alteração da Lei 8080/90 para que esta passe a dispor, caso aprovado o PL, sobre a obrigatoriedade de publicação na internet de informações aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. Ainda a utilização política para favorecimento pessoal e as fraudes nas filas são objeto de projeto de lei (PSL 140/2017) que visa tornar improbidade administrativa os atos de privar o usuário do serviço do acesso a documentos e informações; deixar de elaborar, atualizar e publicar semanalmente a lista ou a ordem dos pacientes à espera de atendimento e adulterar ou fraudar a lista de pacientes que aguardam a realização de procedimentos (SENADO FEDERAL, 2018).

A obscuridade das listas de espera caminha de mãos dadas com a injustiça, impacta na percepção do cidadão sobre a garantia de direitos

e reforça um sistema assimétrico de poder, oponível por vezes ao Judiciário, e faz da fila que deveria ser um instrumento legítimo de acesso um depósito de pessoas.

Conclui-se que a transparência das listas de procedimentos eletivos é uma ferramenta democrática, que promove equidade no acesso aos serviços de saúde e maior controle social, evita fraudes, clientelismo político e contribui para a redução do prazo de espera, o que impacta na judicialização da saúde, razão pela qual deve ser agenda não apenas do Legislativo, mas de todo o sistema de justiça.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Letícia de Oliveira Fraga de; LIRA, Antônio Carlos Onofre. Transparência no Sistema Único de Saúde - iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2018 abr./jun, 7(2):128-141.

BRASIL, SENADO FEDERAL. Projeto pode evitar fura fila de espera no sus. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/10/05/projeto-pode-evitar-fura-filas-de-exames-no-sus> Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL, TRF2, Transparência na fila do SUS contribui para desafogar o Poder Judiciário – CNJ – 05/02/2020. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/transparencia-na-fila-do-sus-contribui-para-desafogar-o-poder-judiciario-cnj-05022020/> Acessado em 15.11.2020.

CONILL, Eleonor Minho; GIOVANELLA, Lúgia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 06, p. 2783-2794, jun., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600017&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 12 mar. 2019.

DAMATTA, Roberto. JUNQUEIRA, Alberto. Fila e Democracia. Rio de Janeiro: Rocco, 2017.

KREINDLER SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *Br Med Bull*, v. 95, p. 07-32, 2010.

ROCHA, Lannes Rogério. *Revista RADIS: A medida da fila*. 2015. Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

SARMENTO JUNIOR, Krishnamurti Matos de Araujo; TOMITA, Shiro; KOS, Arthur Octavio de Avila. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*, São Paulo, v. 71, n. 03, p. 256-262, jun., 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n3/a01v71n3.pdf> . Acesso em: 07 jun. 2020.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. et al O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 911-918, Jun ho 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300027&lng=en&nrm=iso . Acesso 30 Jun 2020.

VIANNA, Luiz Werneck. et. al. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan: 1999.

XIMENES, Júlia Maurmann. Judicialização do benefício de prestação continuada e efeitos simbólicos na cidadania. *Pensar - Revista de Ciências Jurídicas*, v. 21, p. 600-625, 2016.

O ACESSO AO SUS E O OPORTUNISMO DA JUDICIALIZAÇÃO

Marília Cláudia Carvalhais Teixeira¹

A judicialização na saúde pública é tema de crescente relevância e preocupação aos atores envolvidos na demanda judicial, em especial, aos gestores públicos. De um lado, o planejamento financeiro, orçamentário e a programação de ações e serviços públicos em saúde, e de outro, o comprometimento prático dos instrumentos de gestão e conflito teórico dos princípios (doutrinários e organizativos) e diretrizes estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para melhor compreender o fenômeno da judicialização e os seus impactos, convém avaliar (o desequilíbrio) na ponderação entre o direito fundamental à saúde e os princípios que dão sustentabilidade ao sistema de saúde brasileiro.

É cediço que o direito à saúde assegura a todos o acesso universal, gratuito e igualitário às ações e serviços públicos em saúde voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde (Art. 196, CRFB/88) e é operacionalizado a partir da compreensão e implementação de um plexo de normas que regem o SUS.

Pois bem, não nos apeguemos apenas ao Art. 196 do texto constitucional, para além deste dispositivo importa também a leitura do Art. 198 que dispõe que as ações e serviços públicos em saúde (ASPS) integram uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo organizada de acordo com suas diretrizes.

Destaco para discussão neste artigo: a descentralização com direção única em cada esfera de governo e o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das ações e serviços assistenciais de saúde.

¹ Advogada e Assessora Jurídica do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Goiás. Especialista em Saúde Pública. Membro do Grupo Técnico de Direito Sanitário do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e do Comitê Executivo Estadual do Fórum de Saúde do Judiciário.

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:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Nesse pensar, a Lei n.º 8.080/90 que regulamenta o SUS traz no capítulo de princípios e diretrizes, que as ações e serviços públicos em saúde deverão ser desenvolvidos de acordo com os princípios do SUS e as diretrizes constitucionais (Art. 198 supradescrito). Abaixo o Art. 7º da referida Lei Federal:

*Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), **são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: (grifo nosso)***

*I - **universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;***

*II - **integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;***

(...)

*IX - **descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:***

*a) **ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;***

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Neste ponto, quanto à organização do SUS, a referida lei orgânica do SUS reitera o comando constitucional para dizer que as ações e serviços públicos em saúde se darão de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (níveis de atenção), a saber, níveis primário, secundário e terciário. Vejamos o Art. 8º da Lei n.º 8.080/90:

*Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão **organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.***

Para complementar a visão sistemática da nossa ordem jurídica sanitária, impera destacar o Decreto Federal n.º 7.508/11 que regulamenta a Lei n.º 8.080/90, e ao tratar da organização do SUS, disciplina a hierarquização e a regulação do SUS estabelecendo que **o acesso ordenado ao sistema público de saúde se iniciará pelas portas de entrada do SUS e se completará nas redes de atenção à saúde.** Em destaque os Art. 8º e seguintes do Decreto:

*Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde **se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. (Grifo nosso).***

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, SERÃO referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º. (Grifo nosso)

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Percebe-se então para o acesso a assistência à saúde do usuário ao sistema público de saúde haverá, necessariamente, o seu ingresso será pelas portas de entrada do SUS.

Pelo exposto, percebe-se que a judicialização oportuniza também o aprimoramento, das demandas judiciais na saúde com a adequada ponderação de princípios, e aplicação coerente das regras, o que evita, por conseguinte, a concessão judicial ao cidadão de acesso às ações e serviços da política de assistência à saúde, ao arrepio, das padronizações (relações de medicamentos), de protocolos e diretrizes terapêuticas do SUS, ou ainda, observado o regramento previsto no Decreto n.º 7.508/11, evita-se também a concessão de um medicamento que não tenha sido prescrito por profissionais de saúde e vinculado a uma unidade de saúde (própria ou complementar ao SUS) e em exercício regular de suas funções no sistema de saúde.²

² SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Trechos dos votos do Min. Edson Fachin e Min. Luís Roberto Barroso no julgamento do RE 566471/2020.

Verifica-se, então, que é crucial ao direito à saúde na sistemática proposta pelo constituinte brasileiro a atenção aos princípios, diretrizes e critérios próprios do SUS para preservar a organização sistêmica de ações e serviços públicos em saúde com a integração de serviços de entes federativos em todos os níveis de complexidade, bem como, a gestão interfederativa e acessível para 212 milhões de pessoas em 5.570 municípios brasileiros, dispersos num território de 8,5 milhões de quilômetros quadrados.³

O que implica dizer que a leitura isolada da norma constitucional pode culminar numa interpretação e aplicação do direito de forma equivocada de que o SUS deve, a qualquer custo, tempo, prover ao cidadão prestações isoladas e desconexas ao arcabouço do direito sanitário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Título VIII, Seção II Da Saúde. Brasília - DF, Senado Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso: 19 de novembro de 2020.

BRASIL, Lei Federal n.º8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso: 19 de novembro de 2020.

BRASIL, Decreto Federal n.º7.508, 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso: 19 de novembro de 2020.

³ SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. O SUS NÃO ESTÁ A VENDA. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Domingueira da saúde. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-45-novembro-2020#a1>

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. O SUS NÃO ESTÁ A VENDA. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Domingueira da saúde. Disponível em: <<http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-45-novembro-2020#a1>>.

Acesso: 12 de novembro de 2020.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Trechos dos votos do Min. Edson Fachin e Min. Luís Roberto Barroso no julgamento do RE 566471/2020. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>>.

Acesso: 12 de novembro de 2020.

DESENHO DO CEJUSC DA SAÚDE DO TJGO COMO PLATAFORMA DE TRATAMENTO ADEQUADO AOS CONFLITOS SANITÁRIOS

Raquel Magalhães Antonini¹

Litígios de saúde devem ser diferenciados não só da tutela processual destinada aos conflitos privados comuns, mas, inclusive, da tutela coletiva genérica, pois a complexa relação que se estabelece no processo ganha dimensão institucional e a solução que se busca alcançar deve ser estrutural. Outrossim, a plataforma eficaz para seu tratamento reclama a construção de um arranjo procedimental específico que contemple o princípio da adequação, não apenas na decisão heterocompositiva da justiça estatal (de cariz impositivo), mas também na justiça conciliativa, que traz, em seu bojo, a natureza dialogal de que necessita o conflito estratégico e seu adequado tratamento.

O processo de solução de litígios estratégicos, como os de saúde, acaba ficando refém da instrumentalidade metodológica para sua efetiva resolutividade, partindo não do processo para o conflito, mas ao contrário, percorrendo do conflito para as possibilidades de customização de procedimentos e estruturas, com aspectos interinstitucional e interdisciplinar de atuação planejada e harmônica.

Sabe-se que a saúde, como um direito de envergadura social, reclama, para a sua efetivação, dispêndios de recursos e programas de ação pelo Poder Público (NUNES; SCAFF, 2011, p. 82). Nesse particular, o choque de interesses que pode haver entre o cidadão e o Estado, quanto ao exercício e gozo do direito, reveste-se, na lição da processualista Grinover (2018, p. 48), de caráter estratégico e de interesse público, por envolver natureza prestacional. Demandas de saúde, por sua vez, ultrapassam os pressupostos normativos do conflito.

¹ LL.M. (Master of Laws) em Direito Empresarial (Ciências Sociais, Negócios e Direito) (FGV/RIO); especialista em Docência do Ensino Superior (FATAP), graduada em Direito (UNIVERSO); formada em Design Thinking (FGV/BSB), Mediadora Judicial (CNJ-TJ/GO), Designer de Sistemas de Resolução Conflitos (NUPEMEC/TJGO), Chefe e projetista do Centro Judiciário de Soluções de Conflito e Cidadania da Saúde do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás – CEJUSC DA SAÚDE/TJGO.

Importa contextualizar que a nova ordem constitucional, sob a base histórico- institucional do Estado Democrático e Social de Direito, fortaleceu algumas instituições (tais como o Poder Judiciário, Ministério Público) e engendrou outras (Defensoria Pública), com o objetivo de albergar um sistema de controle e jurídico do Estado, para promoção dos dispositivos constitucionais. Com o robustecimento de legitimação, a sociedade, que antes buscava meios políticos para pressionar o Estado a reconhecer e garantir seu direito à saúde, passou a vislumbrar, na seara judicial, uma possibilidade de efetivá-los ante a omissão, deficiências e insuficiências governamentais.

Objetivando dar efetividade aos direitos sociais inscritos na Constituição, o Poder Judiciário tem sido instado a se manifestar diuturnamente. No entanto, pesquisas voltadas ao diagnóstico do processo de judicialização da saúde no Brasil apontam que a atuação do Judiciário produz efeitos irracionais nas políticas e orçamentos públicos. Além disso, elas revelam que a individualização das demandas termina por favorecer aqueles com fácil acesso ao Judiciário, e, portanto, não conduz a uma efetiva transformação social (CNJ, 2019).

Em outra ponta, o alargamento na interpretação do princípio constitucional de acesso à justiça (art. 5º inc. XXXV), que, hoje, alcança a justiça arbitral e a conciliativa, consideradas como espécies de exercício jurisdicional e como integrantes do conceito de jurisdição (GRINOVER, 2018, p. 57), corrobora que a problemática complexa da saúde não pode ser estudada nos acanhados limites do acesso aos órgãos judiciais já existentes (WATANABE, 1988, p.128).

Nesse toar, além de apontarem os nódulos de exaurimento do sistema jurisdicional brasileiro pós-Constituição de 1988, marco a partir do qual se estabeleceu como princípio o acesso à justiça, Oliveira e Spengler (2013), na obra *O Fórum Múltiplas Portas*, analisaram o surgimento da legitimidade das plataformas emergentes, bem como apresentaram os movimentos de reformas que tinham como objetivo o tratamento do conflito e a condução do paradigma da litigiosidade para o da consensualidade.

Nessa transição, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), ao instituir a Política Judiciária de Tratamento Adequado dos Conflitos de Interesse (um dos três regramentos que formam o minissistema da justiça conciliativa,

combinada à Lei de Mediação e ao Novo Código de Processo Civil), criou os Núcleos Permanentes de Métodos Consensuais (NUPEMECs). Os Núcleos foram munidos de considerável autonomia para planejar, implementar e aperfeiçoar ações voltadas ao cumprimento dos objetivos da Política Nacional prevista na Resolução 125/2010, tais como a criação de Centros Judiciários.

Os Centros Judiciários de Soluções de Conflitos e Cidadania, tradicionalmente conhecidos como CEJUSC, plataformas oriundas da Resolução 125/2010, foram consolidadas na estrutura do Poder Judiciário como atividade-fim. Hoje, são unidades judiciárias (Resolução Nº 282 de 29/03/2019 do CNJ), potencializadoras da missão institucional do Judiciário, da pacificação social, que é resultado tanto de uma decisão dada pelo magistrado na sentença, quanto da construção de consenso entre as partes, sem hierarquia entre os caminhos para a solução dos conflitos. Ambas são eficientes, se adequadamente aplicadas (BANDEIRA, 2019).

Faz-se mister ressaltar que, na área da judicialização da saúde, a aplicação efetiva de uma política pública, especialmente a judiciária de tratamento de conflitos, revelou ser imprescindível a consideração das peculiaridades das características pública e estratégica do conflito de saúde e que não as considerar torna improvável que demandas dessa envergadura sejam adequadamente tratadas e solucionadas pelo Judiciário, através de mecanismos genéricos e tradicionais, mesmo que autocompositivos, que vem sendo utilizados de forma isolada ou não escalonada e que não se amoldam às diversas modalidades de choques de interesses e nem à multipolaridade de atores envolvidos.

Nesse contexto, o NUMEPEC goiano criou o CEJUSC da Saúde, formatado como unidade judiciária, dotado de um sistema desenhado por meio da metodologia do *Dispute System Design* (DSD) (OSTIA, 2014, p. 92). Trata-se de uma abordagem que incrementou as chances de adequação da resposta processual ao contexto, através das etapas de concepção, construção e implementação desse novo arranjo procedimental, sob a perspectiva sistêmica (FALECK, 2018, p. 17).

Customizado para abordar de forma adequada, os conflitos que envolvem a judicialização da saúde no Estado de Goiás, em toda sua complexidade, constitui premissa fundamental do CEJUSC da Saúde

observar o cidadão no centro, bem como envolver órgãos governamentais e não governamentais nesse processo de redimensionamento e inovação (GREGÓRIO, 2019, p. 48), assim, o litígio nele tratado assume uma característica de maturidade, alcançada por informação e diálogo aliados à evidência científica, oportunizada pelos pareceres do Núcleo de Apoio Técnico em Saúde (NATJUS) do TJGO, facilitando tanto a resolutividade nos processos já ajuizados quanto a mudança quase que cultural na postura dos atores envolvidos.

À guisa de desfecho, é possível concluir que, com a iniciativa aqui descrita, o Poder Judiciário Goiano aprimorou a qualidade e a eficiência da intervenção judicial em conflitos de saúde, trazendo uma nova aplicação do processo autocompositivo, legitimado pela sua constituição enquanto arranjo de procedimentos e mecanismos processuais com ênfase na adequação, e, pela utilidade medida em função dos benefícios percebidos pelos titulares do direito fundamental à saúde. O projeto encontra-se em fase de programa piloto, pois a definição das necessidades, no que tange ao tratamento adequado de disputas de saúde, é complexa e somente se alcança com um minudente (re)enquadramento do real problema, para posterior modulação e expansão.

Muito embora o protagonismo do judiciário, nos conflitos de saúde, tenha reverberado na própria prestação, com destaque para a imposição de soluções como opção primordial pelo jurisdicional, surgem novas possibilidades e mecanismos dotados de maior plasticidade para se amoldar aos interesses e situações despontadas pela complexidade da vida social e de seus conflitos. Enquanto estrutura organizacional estratégica, o CEJUSC DA SAÚDE – TJGO, órgão judiciário projetado como plataforma estruturada num espaço dialógico interdisciplinar, de envergadura conciliativa, é resultado imediato da Política Judiciária Nacional de Tratamento Adequado de Conflitos e tem aptidão para, em convergência com as diretrizes da governança colaborativa e, ainda, com os modernos institutos do Tribunal Multiportas e do Sistema de *Design* de Disputas, exsurgir como um novo horizonte na prática judiciária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDEIRA, R. Centros de solução de conflitos são considerados atividade fim do Judiciário. CNJ, 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/centros-solucao-de-conflitos-sao-considerados-atividade-fim-do-judiciario/>>. Acesso em: 26 Out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Relatório analítico propositivo, justiça pesquisa, judicialização da saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Departamento de Pesquisas Judiciárias do Conselho Nacional de Justiça – DPJ/CNJ, Instituto de ensino pesquisa – INSPER – 2019.

FALECK, D. Manual de Design de Sistemas de Disputas – Criação de Estratégias e Processos Eficazes para Tratar Conflitos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

GREGÓRIO, A.; et al. Inovação no judiciário: conceito, criação e práticas do primeiro laboratório de inovação do poder judiciário. São Paulo: Blucher, 2019.

GRINOVER, A.P. Ensaio sobre a processualidade: fundamentos para uma nova teoria geral do processo. Brasília: Gazeta Jurídica, 2018.

NUNES, A.J.A.; SCAFF, F.F. Os tribunais e o direito à saúde. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011, (série Estado e Constituição; 12).

OLIVEIRA, L.D.; SPENGLER, F.M. O Fórum Múltiplas Portas como política pública de acesso à justiça e à pacificação social. Curitiba: Multideia, 2013.

OSTIA, P.H.R. Desenho de sistema de solução de conflito: sistemas indenizatórios em interesses individuais homogêneos. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito Processual) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

WATANABE, K. Acesso a justiça e sociedade moderna. In: GRINOVER, A.P.; DINAMARCO, C.R.; WATANABE, K. Participação e processo. São Paulo: RT, 1988

DEMANDAS DE SAÚDE E JOGOS DE INTERESSE: COMO A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PROMOVE RELAÇÕES MÉDICAS CONFLITUOSAS

Natália Furtado Maia¹ e Géssica Cruvinel Pereira²

Ao julgar o Recurso Especial n. 1.657.156, sob o rito dos julgamentos repetitivos, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) fixou a tese de que a concessão de medicamentos não incorporados em atos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS) depende da comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido pelo médico que assiste o paciente, tanto da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, quanto da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS.

A partir da linha de raciocínio então formulada, em 2019, o Conselho Nacional de Justiça conferiu nova redação ao enunciado n. 14 da Jornada do Direito da Saúde, estendendo as exigências também à saúde suplementar. Com isso, ficou estabelecido que, sem comprovação da ineficácia, inefetividade ou insegurança para o paciente dos medicamentos ou tratamentos fornecidos pela rede de saúde pública ou rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, deve ser indeferido o pedido.

Trata-se de importante contribuição no sentido de restituir o protagonismo da formulação e implementação da política pública ao próprio Administrador, através da deferência judicial, ou, nas palavras de Vanice Regina Lírio do Valle (2017), de resgatar a política pública como fio condutor da ação pública.

Apesar disso, a prática judicial vem mostrando que, nas demandas envolvendo a prestação de serviços de saúde, a concessão da liminar é

¹ Procuradora do Estado e advogada. Graduada em Direito pela Universidade Federal do Ceará. Chefe da Procuradoria Setorial do IPASGO desde 2019.

² Procuradora do Estado e advogada. Graduada em Direito pelo Centro Universitário de Goiás - Uni-Goiás. Pós-graduada em Processo Civil pela Universidade Cândido de Moraes. Pós-graduanda em Direito Médico e Sanitário pelo Instituto Renato Saraiva. Supervisora do Setor de Processos Contenciosos do IPASGO desde 2019.

a regra, embora as ações judiciais estejam embasadas em nada mais do que prescrições médicas (CATHANEIDE; LISBOA; SOUZA, 2016).

No atual cenário, as decisões nas demandas de saúde parecem se desprender da Política Nacional de Medicamentos (PNM), dos Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas (PCDT), da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e mesmo da averiguação da existência de alternativa terapêutica existente no SUS para a moléstia a ser tratada. Conforme pesquisa realizada pelo Insper para o CNJ em 2019, a conduta padrão dos magistrados, mesmo após a implementação dos núcleos técnicos (NAT), ainda é a de condenar a Administração a dispensar medicamentos exatamente como prescrito pelo médico assistente.

Embora, no mais das vezes, consistam em relatórios simplórios, desacompanhados de exames, laudos e afins, as prescrições médicas têm sido reputadas suficientes, pelos julgadores, para justificar a alternativa terapêutica adotada pelo médico. O que se percebe é a atribuição de uma quase sacralidade aos receituários, que os tornaria indiscutíveis e impassíveis de produção de prova em contrário.

A prática da vinculação dos juízes estritamente ao indicado pelo médico prescritor, associada à ausência de utilização adequada das ferramentas que lhes são postas à disposição (a exemplo dos NAT) acabam por favorecer relações inapropriadas e possivelmente conflituosas, deixando de lado a busca pela restauração e promoção da saúde e qualidade de vida como fator preponderante na judicialização da saúde.

No que se refere aos planos de saúde, em um estudo conduzido pela Funenseg/IESS (2017), concluiu-se que 18% (dezoito por cento) dos gastos totais das contas hospitalares são fraudes e 40% (quarenta por cento) dos pedidos de exames laboratoriais são desnecessários. Considerando os gastos assistenciais das operadoras de Plano de Saúde divulgados pela ANS para o ano de 2017, quinze bilhões de reais foram despendidos com fraudes em contas hospitalares, e doze bilhões de reais foram gastos com exames desnecessários (LARA, 2017).

Gøtzsche (2016, p. 146) define o conflito de interesses como o conjunto de condições *“em que o julgamento profissional a respeito de um interesse primário (como o bem-estar de um paciente ou a validade*

de pesquisa) tende a ser influenciado de forma indevida por um interesse secundário (como um ganho financeiro)“.

De acordo com o enunciado 80 da Jornada de Direito da Saúde do CNJ, caracteriza conflito de interesse a situação em que o médico pertencente ao quadro de servidores públicos atende paciente pelo SUS e prescreve tratamento realizado exclusivamente pelo prescritor ou sócio na rede particular de saúde, não observando os protocolos e as listas do SUS.

A previsão é condizente com o código de ética médica, aprovado pela Resolução CFM N. 2.217/2018, que aduz ser vedado ao médico agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde (art. 64).

O mesmo raciocínio parece ser aplicável no sentido de impedir que médicos atuantes nos planos de saúde direcionem seus pacientes a clínicas ou instituições fora da rede credenciada.

Esses dados ressaem no cotidiano das operadoras de plano de saúde, já que tem sido cada vez mais comum a prática de determinados profissionais médicos, cujos nomes se repetem, em encaminhar todas as crianças usuárias do IPASGO-Saúde com cardiopatia congênita ao Hospital da Beneficência Portuguesa (HBP), sempre aos cuidados de determinado profissional médico que, por residir no exterior, sequer realiza a cirurgia, mas a delega à sua equipe.

Atualmente, têm-se notícia doze ações judiciais movidas em face do IPASGO objetivando a realização de cirurgia para correção de cardiopatia congênita no HBP aos cuidados de médico específico, não credenciado ao Instituto. Destas, 50% são patrocinadas por um mesmo advogado e 30% foram instruídas com relatórios lavrados por médicos da equipe do referido profissional³.

A rede de interesses e a supervalorização da prescrição médica são a realidade nessas demandas, sendo que uma das ações foi instruída

³ Vide processos nº 5411924-78.2020.8.09.0049, 5332336.39.2020.8.09.0011, 5146504.07.2020. 8.09.005, 5654016.18.2019.8.09.0051, 5461216.60.2019.8.09.0051, 5180693.50.2016.8.09.0051, 5169180.17.2018.8.09.0051, 185650.82.2016.8.09.0051, 5612962.09.2018.8.09.0051, 5255407.73.2019.8.09.0051, 5412240.25.2019.8.09.0071, todos de Goiás.

com relatórios lavrados por médicos titulares do HBP de São Paulo, sustentando ser esse Nosocômio o único com experiência e sucesso nesse tipo de cirurgia, além de assegurar, sem dados concretos, que no local de residência do paciente não há serviço de referência para realizar o procedimento.

Revivendo o autoritarismo médico, há tempos abandonado pela Bioética, o Poder Judiciário, com fundamento em relatório antiético, do ponto de vista do CFM, vem obrigando o Plano de Saúde a realizar a cirurgia no HBP, com prestadores não credenciados e fora da área de abrangência contratada. A indicação do mesmo médico em específico e do mesmo hospital tem se repetido em ações judiciais em todo o Brasil⁴.

Na outra ponta, as Operadoras de Plano de Saúde, amparadas pela Lei dos Planos de Saúde, normas da ANS e a jurisprudência do STJ, tentam, sem sucesso, realizar a correção da cardiopatia congênita na rede credenciada ou conveniada. Apesar de não existirem estudos comparativos reconhecidos na sociedade científica indicando o insucesso ou ineficiência das cirurgias realizadas em outras Unidades de Alta Complexidade Nacionais, as decisões judiciais têm conferido *status* de *ultima ratio* às prescrições e relatórios médicos, determinando a cobertura do procedimento no referido hospital, com a equipe do mesmo médico.

Em que pese a complexidade ínsita ao procedimento cirúrgico, o tratamento é oferecido pelo SUS através do Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita e realizado em Hospitais habilitados na cirurgia cardiovascular pediátrica. Até 2017, existiam 69 unidades hospitalares habilitadas no País, dentre elas o HBP, mas não somente ele.

No que se refere ao Estado de Goiás, encontra-se habilitado para a realização da cirurgia o Hospital da Criança. Na região, ainda é possível realizar o tratamento no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal e no Hospital de Base do Distrito Federal, ambos a menos de 250 quilômetros de Goiânia (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Apesar da cobertura, as decisões tem priorizado a observância do relatório, sem enfrentar as alternativas possíveis.

³ Vide processos nº 2191269-02.2020.8.26.0000 e no 2234858-78.2019.8.26.0000, ambos de São Paulo; nº 70080403116 2019, do Rio Grande do Sul e 70072384605, de Santa Catarina; 10000190364182001, de Minas Gerais e 00149836120128190007, do Rio de Janeiro.

Em decisão recente, a Ministra do Supremo Tribunal Federal (STF), Carmen Lúcia, ao decidir a Cautelar na ADPF n. 532, pontuou que a “saúde não é mercadoria. Vida não é negócio. Dignidade não é lucro”. Argumento esse posteriormente utilizado para justificar a ampliação da cobertura contratual pelas Operadoras de Plano de Saúde através de decisões judiciais.

Contudo, a saúde, apesar de não ser mercadoria, tem um custo e deve obedecer às leis do mercado. O resultado da crescente Judicialização da Saúde já tem implicações nos cotidianos dos brasileiros. É preciso vigiar para impedir que a supervalorização das declarações médicas nos processos judiciais torne a saúde pública refém das fidelizações perpetuadas na área médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.727, de 11 de julho de 2017. Aprova o Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita. Diário Oficial da União, Brasília, DF, DOU. n. 132, 12 de jul. 2017.

CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luís Eugenio Portela Fernandes de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. Physis, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000401335&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 26 Jun. 2020.

GØTZCHE, Peter. Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016. Tradução Anayr Porto Farjado.

VALLE, Vanice Regina Lírio do. Administração e políticas públicas: deferência como efeito jurídico da ação pública planejada. In: LEITE, George Salomão, STRECK, Lênio; NERY JR., Nelson (Coords.). Crise dos Poderes da República: Judiciário, Legislativo e Executivo, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017.

PATENTE DE INVENÇÃO NO SETOR FARMACÊUTICO E AS FERRAMENTAS LEGAIS E/OU COMERCIAIS PARA CONCRETIZAR O ACESSO À VACINA DA COVID-19 NO BRASIL

Caroline Regina Santos¹, Andréia Alcântara Barbosa², Roney Pereira Pinto³

A proteção à propriedade intelectual tornou-se matéria cada vez mais relevante no cenário doméstico e internacional. Com o desenvolvimento da pesquisa e tecnologia, o direito de patentear tornou-se motivação de estudos em diversas áreas do conhecimento, quais sejam: a jurídica, política, econômica e social, principalmente, no que tange ao acesso à vacina de Covid-19. A proteção jurídica da propriedade intelectual apresenta benefícios importantes, tanto nesta esfera como na econômica, resguardando os interesses legítimos dos titulares destes direitos.

O fenômeno da globalização estreitou as relações comerciais entre os países. O consumo desenfreado estimulado pelo regime capitalista tornou-se o grande propulsor das empresas a buscarem, a cada instante, o lucro. Mas, para alcançá-lo, em meio a tanta concorrência, foi preciso utilizar os instrumentos capazes de proteção à invenção, através da patente.

Patente é o instrumento jurídico capaz de assegurar ao inventor o direito de exclusividade, por tempo determinado, no sentido de incentivá-lo financeiramente e, até, intelectualmente, sobre a descoberta e a contribuição dada à sociedade para o uso do produto. Diante destes conceitos acima elencados, percebe-se que o detentor da patente tem assegurado pelo Estado o direito de exclusividade do uso, gozo, fruição e domínio por prazo devidamente estabelecido em lei.

¹ Advogada. Doutora em Biotecnologia e Biodiversidade – Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO

² Advogada. Mestre em Direito da Saúde: dimensões individuais e coletivas - Universidade Santa Cecília - Santos/SP.

³ Farmacêutico e Bioquímico. Mestre em Ciências da Saúde - Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO.

No Brasil, adota-se o sistema de exame, através do Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI), que, após, detalhada análise em relação ao pedido de patente, é que elaborará um parecer técnico e decisivo em relação à procedência ou improcedência da concessão da mesma.

Assim sendo, o Estado deverá criar órgãos, instituições, secretarias, ministérios e medidas legais punitivas para qualquer tipo de desvio, principalmente, econômico e social que envolve o acesso a produtos patenteáveis, mais precisamente quanto ao acesso da vacina de COVID-19.

A inovação decorre do interesse da sociedade para provocar mudanças no setor produtivo, econômico e social, pois, os países que incentivam a inovação através da pesquisa têm grandes condições de estarem à frente desta guerra comercial, principalmente, diante do caos mundial instalado devido à pandemia causada pelo vírus conhecido como COVID-19.

O estímulo ao investimento, segundo ponto imprescindível para que as empresas invistam seus rendimentos de grande monta para a tentativa de descoberta de processos ou procedimentos de produção em massa de medicamentos. Ou seja, sem a proteção patentária este investimento seria quase inexistente.

Desta forma, as indústrias farmacêuticas preferem investir tempo e dinheiro em projetos de grande lucratividade, por isso, alguns autores, cito, Denis Barbosa, Newton Silveira, especializados no ramo de Patentes, aduzem que há desinteresse da comunidade empresária farmacêutica para descobrir a cura da doença de chagas, malária, ou seja, doenças que a medicina já poderia ter sanado ou controlado de forma assustadora.

O monopólio que a patente protege como legal ou social diminui a incidência do abuso de poder econômico do detentor da patente. O que seria vantajoso é que o consumidor teria acesso ao uso de produtos tecnologicamente mais desenvolvidos.

A difusão e transferência de tecnologia só se tornaria eficaz se tivesse um sistema de patentes, ou seja, regras de segurança para a sua propagação. Desta forma, empresas, indústria farmacêutica não divulgariam seus procedimentos técnicos específicos para o órgão

público (Instituto Nacional de Propriedade Intelectual) se não houvesse a segurança e garantia da concessão da patente.

Segundo Taylor (2012, p. 232), o argumento favorável é de que “o sistema de patentes serve para disseminar informação tecnológica, e isso aceleraria o crescimento da produtividade numa economia, mas esta opinião não é dominante.”

O direito de propriedade intelectual, depende da intervenção do Estado, ou seja, mesmo com a mínima intervenção do Estado na economia, este ente deverá se auto-organizar, criando leis e ordenamentos para regular o tema.

A criação de regras, embora, mínimas, de comportamento da esfera privada frente à patente de invenção, conforme o estudo em tela, demonstra estritamente necessário, no intuito de diminuir a incidência da pirataria e da cópia.

Em relação à propriedade industrial, a Constituição Brasileira de 1988 apregoa o seguinte:

Art. 5º (...)

*XXIX - a lei assegurará aos autores de **inventos industriais privilégio temporário** para sua utilização, bem como proteção às criações industriais, à propriedade das marcas, aos nomes de empresas e a outros signos distintivos, **tendo em vista** o interesse social e o desenvolvimento tecnológico e econômico do País; (grifo nosso).*

Percebe-se que a atual Carta Constitucional, prevê sanar uma falha de mercado, ou seja, abre uma exceção de monopólio temporário para conceder patente a quem realmente inventou. O legislador constituinte originário traçou restrições para a concessão da patente, no sentido de que o produto inventado deve ter utilização industrial, ou seja, ter aplicabilidade em qualquer indústria independentemente se é grande ou pequena. Desta forma, seja qual for à vacina produzida contra a Covid-19, deverá atender os fins: social, tecnológico e econômico.

Partindo da análise da Constituição Federal do Brasil de 1988 e da lei de Propriedade Industrial (Lei nº. 9.279/96), percebe-se que a primeira traça apenas diretrizes de condição e finalidades do sistema de direitos da propriedade intelectual.

Enquanto que a legislação infra-constitucional determina os assuntos mais específicos, tais como: o que pode ser patenteável, o que é invento e etc., mas não pode contrariar a pirâmide da supremacia constitucional.

Ou seja, nenhuma regra da Lei nº. 9.279/96 poderá inserir como objeto de patente, no caso em tela, se não fomentar o desenvolvimento social, econômico e tecnológico.

Diante desta repercussão e crescimento econômico na indústria farmacêutica o incentivo à atividade de pesquisa e desenvolvimento (P&D), são componentes essenciais do estudo sobre patentes de produtos farmacêuticos, porque seus custos têm aumentado de forma expressiva, influenciando diretamente o preço final da vacina em comento.

Como as indústrias farmacêuticas visam lucratividade, atualmente, a especialização por prioridades das doenças cuja, descobertas vai dar maior retorno financeiro é muito maior e eficaz, por exemplo: a corrida insana para descoberta eficaz da vacina contra a COVID-19.

O Brasil dispõe de ferramentas legais e de ordem comercial para garantir o acesso a medicamentos no Brasil, tais como: quebra de patentes em caso do abuso do poder econômico – licença compulsória ou o próprio vencimento das patentes e a estimulação da produção de medicamentos similares (Lei 13.235/15) ou genéricos (Lei 9787/99).

A medicação de alto custo atinge todos os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Esse é um indicativo de que não poderá sustentar por muito mais tempo a crescente demanda de sentenças que vem lhe sendo impostas. A constante busca do Judiciário faz com que a Administração Pública sofra com os gastos provenientes de tais processos, necessitando por muitas vezes desviar verbas de outras áreas, ou de determinados fins, para cobrir os rombos deixados com

o custeio de eventuais medicamentos. Diante disso este trabalho vem questionar se a obtenção de tratamentos de saúde através de decisões judiciais será benéfica à sociedade como um todo.

A judicialização da saúde busca resolver por meio da provocação de uma das partes a concretização ao acesso a medicação garantido na Constituição Federal de 1988, referente ao art. 196.

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, 1988)

O alto custo das medicações protegidas pela pesquisa e desenvolvimento por meio da patente concedida pelo Instituto Nacional de Propriedade Intelectual tem deixado literalmente falido os entes da federação que não conseguem suportar a alta demanda e a concessão desses medicamentos.

A vacina, contra a Covid-19, é a nova corrida entre as principais indústrias farmacêuticas do mundo após a instalação da pandemia iniciada na China. Seja de onde vier a vacina, o Brasil, possui soberania para verificar a sua eficácia na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Esta autarquia federal anunciou que irá diminuir a burocracia para o estudo da eficácia e/ou autorização das vacinas que foram depositadas para averiguação de autorização.

O desafio eminente para o acesso a vacinação da população, será a logística. Considerando a especificidade de cada produção pelas várias multinacionais, garantir a qualidade e a eficácia do imunobiológico em toda cadeia até a inoculação exigirá um planejamento adequado tecnicamente elaborado.

O que precisa, ficar claro é, que todo brasileiro terá o direito da vacina e o Brasil, por intermédio do Ministério da Saúde, deverá promover políticas públicas para que o acesso seja universal e igualitário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFONSO, P. Cuba gana millones por venta de fármacos a Venezuela y Brasil. Martí Noticias. Miami, jun.2013. Disponível em: <<http://www.martinoticias.com/content/cuba-gana-millones-por-venta-de-farmacos-a-venezuela-y-brasil/29245.html>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

AMARAL, G. Direitos, escassez & escolha : em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

ANGELL, M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record; 2007.

BARBOSA, DENIS. Uma introdução à Propriedade Intelectual. 2ª. Ed. Lumen Juris, 2003, p. 67. apud Aracama Zoraquin, Abusos de los Derechos del Patentado in Revista Mexicana de Propiedade Industrial, Edición Especial, 1974, p. 33 e ss

BULFONE, L., HARRIS, A., JACKSON, T., 2004, "Implementing evidence based cost effectiveness in health: targeting utilisation and limiting use". In: Australian Health Economics Society Conference, Melbourne. Disponível em: 03.04.19.

CARAPINHA, J. L., 2008, "Setting the Stage for Risk-Sharing Agreements: International Experiences and Outcomes-based Reimbursement", South African Family Practice, v. 50, n. 4 (jun.), pp. 62-65. ISSN: 2078- 6204. Disponível em: .

FROTA, Maria Stela Pompeu Brasil. apud SHERWOOD, Robert M., Intellectual Property and Economic Development. 1992/01. p.11-12.

FROTA, Maria Stela Pompeu Brasil. Proteção de Patentes de produtos farmacêuticos: o caso brasileiro. Brasília: FUNAG/IPRI, 1993, p.55 apud Cf. Machlup, Fritz "Na Economic Review of the Patent System". In Study of the Subcommittee on Patentes, Trademarks, and Copyrigts, p. 10.

GEREZ, José Carlos Campana e PEDROSA, Dulcídio Elias O. Produção de Fármacos, Questão de Sobrevivência, 2000. p. 14-15.

SHERWOOD, Robert M UNIDO, The Growth of the Pharmaceutical Industry in Developing Countries: Problems and Prospects, documento Unido, 1992. p. 4-27.

SHOLZE, Simone H. C. Propriedade Intelectual e transferência de tecnologia. Brasília: SEBRAE, 1996. Apud in CHAVANNE, ALBERT e BURST, JEAN JACQUES. Droit de La propriété Instrustrielle, Précis-Dalloz, Paris, 1993. p. 16.

SILVA, Francisco Viegas Neves da Silva. Patentes farmacêuticas e Direitos Humanos: pela flexibilização do acordo TRIPS em face da saúde pública. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007. p. 74

SILVEIRA, Newton. Propriedade intelectual: propriedade industrial, direito do autor, software, cultivares. 3ª Ed. Ver. E ampl. São Paulo, 2008. p. 22, 80.

SOARES, Mário Lúcio Quintão. Teoria do Estado: novos paradigmas em face da globalização. 3. Ed. São Paulo: Atlas. 2008. p. 113.

NATJUS GOIÁS E O PAPEL DA EVIDÊNCIA NA TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE

Daniel Teles Zatta, MSc Ciências da Saúde, Farm.¹; Janaína Bacellar Acioli Lins, MSc Medicina Tropical, Farm.¹; Letícia Leão Tuma, Méd. Endocrinologista¹.

A saúde, como dimensão da vida do indivíduo ou coletividade, interrelacionada com os outros setores (político-econômico) da vida em sociedade e indissociável da ideia de qualidade, teve, nas últimas décadas, conceitos e demandas significativamente ampliados, com reflexos nos cenários decisório, regulatório e científico. Dentre os fatores motivadores dessa expansão, destacam-se as demandas sociais das populações (aumento da expectativa de vida e envelhecimento, aumento da carga de doenças, particularidades do estilo de vida moderno, etc) e a abundante oferta de novas tecnologias em saúde. Estas têm exigido, cada vez mais, recursos, comprometendo (ainda mais) a sustentabilidade do orçamento da saúde. Com o aumento da necessidade de recursos, e diante da inegável limitação destes, torna-se inevitável fazer escolhas sobre a sua utilização.²

No Brasil, a judicialização da assistência à saúde é um tema de relevância crescente. Geralmente ela decorre de lacunas nas políticas públicas de saúde ou de falhas em sua execução, embora indissociável da pressão das novas tecnologias sobre os principais atores envolvidos, pacientes, prescritores e gestores em saúde. Se, por um lado possa ser considerada uma via de reivindicação social, referente ao direito de acesso aos cuidados em saúde, por outro pode aprofundar as desigualdades no acesso aos cuidados em saúde.³ A judicialização, principalmente quando os fatores de instigação são evitáveis, têm

¹ Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO, NATJUS GOIÁS.

² MARIANO, CM; ALBUQUERQUE, FB; FURTADO, ET; PEREIRA, FHL. Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NATJUS. Revista de Investigações Constitucionais, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 169-188, 1 jan. 2018. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v5i1.56027>.

³ CHIEFFI, AL, & BARATA, RB. (2009). "Judicialization" of public health policy for distribution of medicines" [Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade, in Portuguese]. Cadernos Saúde Pública 25, 1839–1849. doi: 10.1590/S0102-311X2009000800020.

impactos funcional e financeiro negativos em ambos, saúde pública e instituições jurídicas.⁴

Artigo científico recentemente publicado aponta que a adoção de estratégias de evitação ou minimização da judicialização da saúde, num sistema articulado entre a saúde pública e o próprio judiciário, pode fortalecer a saúde e reduzir as iniquidades do sistema. Desta feita, a articulação de estratégias nativas do sistema de saúde (organização da atenção à saúde em redes assistenciais, uso massivo de sistemas informatizados de coleta e análise de informações e implementação dos Comitês de Farmácia e Terapêutica em todos os níveis da atenção à saúde) com soluções modernas e adaptativas do sistema judiciário, com a implantação dos comitês de saúde, a criação dos núcleos de apoio técnico-científico do judiciário (NATJUS) e o fortalecimento das instâncias de resolução consensual das demandas em saúde - podem contribuir de maneira efetiva para a melhoria desse cenário, possibilitando uma maior racionalização do processo (Yamauti et al. 2020).

Estudiosos da área do direito em saúde têm buscado caminhos na intenção de alcançar um meio-termo entre a legitimação do direito e a limitação dos recursos, concedendo o devido peso às reivindicações.^{5 6} Neste sentido, a limitação de direitos parece ser uma via controversa e buscar meios de racionalizá-los pode ser o melhor caminho. Nesta seara, destaca-se o papel dos estudos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e das instituições de ATS.

De acordo com Syrett, 2018, a evolução gradual das instituições de ATS em toda a América Latina pode, no devido tempo, resultar em uma reconfiguração do ambiente sócio-político em que são tomadas as decisões sobre a alocação dos escassos recursos dos sistemas de saúde, bem como dos critérios que as sustentam. Ainda assim, a constitucionalização dos direitos à saúde em toda a região, associada à importância singular de

⁴ YAMAUTI, SM; BARRETO, JOM; BARBERATO-FILHO, S; LOPES, LC. Strategies Implemented by Public Institutions to Approach the Judicialization of Health Care in Brazil: a systematic scoping review. *Frontiers In Pharmacology*, [S.L.], v. 11, p. 1-18, 30 jul. 2020. *Frontiers Media SA*. <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2020.01128>.

⁵ SYTRETT K. Evolving the Right to Health: Rethinking the Normative Response to Problems of Judicialization. *Health and Human Rights Journal*. June 2018. v. 20, n. 1, p. 121 - 132.

⁶ YAMIN, A. "Power, suffering and courts: Reflections on promoting health rights through judicialization," in A. Yamin and S. Gloppen (eds.), *Litigating health rights: Can courts bring more justice to health?* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2011), pp. 333-372.

tais escolhas para indivíduos e suas famílias, tornam inevitável um papel continuado para os Tribunais de Justiça. Portanto, é importante manter uma atitude reflexiva em relação à adjudicação de direitos em saúde, como uma atividade de significado político, social e econômico. Este autor propôs uma discussão sobre alguns mecanismos com os quais o direito à saúde poderá se conciliar e, talvez até mesmo, facilitar os tipos de escolhas bem informadas e bem pensadas, alcançando um equilíbrio entre os valores sociais, cada vez mais imperativo, dados os problemas significativos e crescentes de sustentabilidade dos sistemas de saúde, que prevalecem não só na América Latina, mas em todo o mundo.

ATS, Avaliação de Tecnologias em Saúde (do inglês "HTA" - *Health Technology Assessment*) é definida por seu objetivo: fornecer informações para a tomada de decisão em saúde, na prática e na política. Sua intenção é facilitar a utilização do conhecimento científico por aqueles envolvidos na tomada de decisão em saúde. Metaforicamente, ATS é uma síntese sistemática do conhecimento que preenche a lacuna entre o conhecimento científico e a tomada de decisão; portanto ATS é uma ferramenta para gestão do conhecimento.⁷

ATS, como campo de conhecimento, desenvolveu-se significativamente e, provavelmente, alcançou seu maior impacto nas decisões relacionadas à disponibilização e reembolso de produtos e serviços de saúde. Porém, uma vez que o sistema de atenção à saúde abrange muito mais do que cuidados médicos, sendo estes parte de um campo muito mais amplo, demandas por uma expansão do escopo de atuação e de novas metodologias em ATS estão sendo cobradas, e assumidas por agências de ATS, principalmente em países desenvolvidos. Uma vez que os sistemas de saúde, cada vez mais, exigem decisões de saúde baseadas em evidências, as políticas relacionadas com a organização e a prestação dos serviços de saúde também devem ser informadas com a maior qualidade da evidência possível (Velasco et al. 2010).

A forma rigorosa e transparente de sintetizar as evidências de pesquisas científicas na ATS deve ser claramente seguida ao se abordarem questões do sistema de saúde. Porém, ATS não precisa se limitar a sintetizar

⁷ VELASCO GARRIDO, M; GERHARDUS, A; RØTTINGEN, JÁ; BUSSE, R. Developing Health Technology Assessment to address health care system needs. *Health Policy*. 2010 Mar;94(3):196-202. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.10.002. Epub 2009 Nov 3. PMID: 19889471.

as pesquisas disponíveis. Sua abordagem metodológica também pode incluir a coleta e análise de dados primários (derivados de pesquisas originais), orientados para questões de pesquisas relevantes para políticas públicas. Como uma parte da ATS, a pesquisa primária permite o preenchimento de lacunas do conhecimento e pode ser especialmente relevante para a avaliação de questões contextuais. Alguns programas de ATS já investem consideravelmente no financiamento de pesquisas primárias relevantes para as políticas públicas.

A expansão do escopo das tecnologias avaliadas é outra questão na agenda de desenvolvimento da ATS. Os estudos de ATS devem identificar claramente os aspectos sócio-políticos em suas análises, independentemente de se a pesquisa é voltada ou não para questões contextuais. Algumas agências de ATS já empregam pesquisadores com experiência em ética, em um esforço para alcançar uma análise ética sólida em suas avaliações. A ATS precisará continuar se desenvolvendo para fornecer avaliações robustas de questões dependentes do contexto, a fim de transferir o conhecimento da pesquisa para o processo de tomada de decisão, por exemplo, nas preferências do paciente e do provedor, desafios éticos e questões sociopolíticas. Se a ATS não melhorar sua capacidade de resposta a questões contextuais, a evidência coloquial continuará a ser a principal fonte de informação para os tomadores de decisão, e ATS não conseguirá estabelecer uma ponte sólida sobre esta lacuna particular, conhecimento – ação.

Os desenvolvimentos recentes das instituições europeias de ATS refletem as considerações acima: o Centro de Conhecimento Norueguês para os Serviços de Saúde (NOKC), criado em 2004, conecta os ideais da prática baseada em evidências com desfechos e qualidade e, mais recentemente, com segurança do paciente; na Bélgica, o *Federal Health Care Knowledge Centre* (KCE), foi criado em 2002; na Irlanda, o *Health Information and Quality Authority* (HIQA), criado em 2007; na Escócia, o *NHS Quality Improvement Scotland*, foi formado no início dos anos 2000; e, finalmente, o inglês NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), criado em 2005, expoente da ATS no mundo, foi recentemente solicitado a identificar indicadores de desempenho e definir padrões de qualidade em saúde no seu país, expandindo, assim, ainda mais seu papel. Essas instituições ilustram uma tendência de convergência na produção de relatórios de avaliação de tecnologias em saúde, pesquisas em serviços de saúde, e atividades relacionadas

à avaliação da qualidade sob o mesmo teto institucional (Velasco G, et al. 2010).

Nesse sentido, considerando o crescimento da importância do uso da evidência científica na tomada de decisão em saúde pública, e suas potenciais vantagens, reforça-se a relevância de estratégias desta natureza no cenário da judicialização em saúde. Os Núcleos de Assessoramento ou Apoio Técnico ao Judiciário, NATJUS, possuem função precípua de auxiliar tecnicamente os magistrados no julgamento de demandas envolvendo prestações relacionadas ao direito à saúde, viabilizando o conhecimento técnico-científico (evidência) para o respaldo de uma decisão mais segura e mais efetiva, no sentido da saúde pública. Por outro lado, indiretamente, os NATJUS, via Comitês Executivos, podem colaborar com as Secretarias de Saúde, no sentido de identificar a maior incidência das demandas em saúde da população, oferecendo subsídios para o planejamento das ações de saúde.⁸

O Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário em Goiás (NATJUS Goiás), órgão do Comitê Executivo Estadual que a ele se subordina, iniciou suas atividades em janeiro de 2012. Atendendo às consultas de 1º e 2º grau, da justiça federal e dos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC), já elaborou mais de 7.100 pareceres. A equipe técnica é composta de médicos e farmacêuticos, que trabalhando conjuntamente conseguem atender às consultas em um intervalo médio de tempo de três dias, com exceção para as situações classificadas como urgência ou emergência; nestes casos, o intervalo médio de tempo entre o recebimento da consulta e a elaboração do parecer é de 24-48 horas.

O NATJUS Goiás avalia demandas que se relacionam com a saúde pública e suplementar. Em ambas as situações, para a elaboração dos pareceres, são consideradas as evidências científicas mais recentes e relevantes, além do regramento específico de cada segmento. Neste sentido, além de pesquisas à literatura técnica especializada, também são avaliadas as incorporações dos procedimentos/medicamentos em cada segmento de assistência à saúde, bem como a existência de protocolos

⁸ PINHEIRO, MC. Núcleos de Assessoramento Técnico: uma estratégia à judicialização da saúde? 2016. 46 p. Monografia (apresentada como parte dos requisitos para obtenção do grau de especialista no Curso de Especialização em Gestão Pública 10ª edição). ENAP, Escola Nacional de Administração Pública, Brasília - DF, junho/2016.

clínicos e diretrizes terapêuticas no âmbito do SUS e diretrizes de utilização estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Embora ainda em construção, o papel da aplicação da evidência científica, tanto no dia-a-dia da prática clínica quanto na organização e implementação de políticas públicas de saúde e, ainda, na judicialização da saúde, é crescentemente importante e pode contribuir para a consolidação de uma saúde pública mais eficaz e equitativa.

Expediente

Realização

Conselho Nacional de Justiça

Tribunal Regional Federal

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Administração

Desembargador Walter Carlos Lemes

Presidente do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Comitê NATJUS GO

Juiz Eduardo Perez de Oliveira

Presidente do Comitê e Coordenador do NATJUS

Juiz Warney Paulo Nery Araújo

Vice-Presidente do Comitê

Coordenação Geral

Juiz Eduardo Perez de Oliveira

Presidente do Comitê e Coordenador do NATJUS

Coordenação Executiva

Mislene Medrado de Oliveira Borges

Diretora de Planejamento Estratégico do TJGO

Diego Cesar Santos

Coordenador da Diretoria de Planejamento Estratégico do TJGO

Projeto Gráfico e Diagramação

Hariel Carneiro Zoccoli

Apoio

Presidência do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Corregedoria-Geral da Justiça do Estado de Goiás



PODER JUDICIÁRIO
Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário – NATJUS Goiás