



Enap

Escola Nacional de Administração Pública

Diretoria de Formação Profissional
Coordenação-Geral de Especialização

30
Enap *anos*

NÚCLEOS DE ASSESSORAMENTO TÉCNICO: ESTRATÉGIA À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE?

Brasília – DF
Junho/2016

The logo for Enap (Escola Nacional de Administração Pública) consists of the word "Enap" in white, bold, sans-serif font, set against a solid red rectangular background.

Escola Nacional de Administração Pública

Diretoria de Formação Profissional
Coordenação-Geral de Especialização

Mariana Carvalho Pinheiro

NÚCLEOS DE ASSESSORAMENTO TÉCNICO: ESTRATÉGIA À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE?

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do grau de especialista no Curso de Especialização em Gestão Pública 10ª edição.

Professor Orientador: Prof. Dra. Júlia Maurmann Ximenes

Brasília – DF
Junho/2016

SUMÁRIO

RESUMO	2
1 INTRODUÇÃO	3
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	6
3 METODOLOGIA	18
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

RESUMO

O fenômeno crescente da judicialização em saúde é causa atual de preocupação para gestores e representantes do sistema de justiça, considerando os recursos limitados do Sistema Único de Saúde. Uma das soluções para o enfrentamento dessa problemática corresponde aos Núcleos de Apoio Técnico (NAT), arranjos institucionais constituídos para subsidiar tecnicamente os magistrados na elaboração de um juízo de valor. O objetivo desse estudo de caso é descrever a organização e o funcionamento do NAT de Araguaína, Tocantins, e avaliar a validade da estratégia. Foi utilizada metodologia quanti-qualitativa, na qual foram levantados dados de produção do Núcleo em estudo, complementados com entrevistas com gestores federal, estadual e municipal de saúde, promotores de justiça, juiz de direito e coordenadores do NAT e da Ouvidoria. Concluiu-se que as características do modelo adotado, baseado no diálogo institucional e na oitiva do gestor, permitem sua reprodutibilidade para outras realidades do país, consideradas as necessárias adaptações.

Palavras-chave: judicialização da saúde, direito à saúde, arranjos institucionais.

1. INTRODUÇÃO

A expansão do poder judicial é um fenômeno que tomou conta das políticas públicas no atual contexto. Especificamente no setor saúde, o crescente número de pedidos de insumos farmacêuticos por meio de ações judiciais impeliu o Poder Judiciário à difícil função de decidir questões tão relevantes e urgentes para as quais não possuía, até então, conhecimento técnico.

Assim, o fenômeno intitulado "judicialização da saúde" tem sido causa de preocupação tanto para gestores da saúde como para magistrados, pois os recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos solicitados como resultado dessas ações podem interferir, diretamente, naqueles destinados a outras políticas públicas, provocando maior iniquidade para um campo que busca garantir o contrário.

Para especialistas em saúde pública, os recursos da saúde são limitados em relação à demanda e, por consequência, faz-se necessário fazer escolhas sobre sua utilização. Embora se reconheça que o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) possa estar aquém do necessário e que sua eficiência não seja ótima quanto à alocação de recursos, não é possível atender a todas as necessidades de saúde de uma população. As ações judiciais dessa natureza fundamentam-se no direito constitucional à saúde, universal e gratuito, que, em um contexto de recursos limitados, não é absoluto. Entretanto, para a maioria dos tribunais, o problema da escassez financeira é colocado em plano secundário.

De outro lado, importante considerar que o volume crescente de ações judiciais na saúde não necessariamente repercutiu na melhoria da qualidade das políticas públicas do setor. O atendimento ao princípio da equidade em saúde não depende somente da disponibilização universal e integrada de serviços na rede pública: programas e políticas precisam ser planejados a partir dos determinantes sociais em saúde, a fim de que possam alcançar prioritariamente as pessoas que mais precisam da ação do Estado. Com a judicialização, o Judiciário impele o atendimento ilimitado a alguns, especialmente aqueles que detêm condições de recorrer nessa esfera e, com isso, diminui-se necessariamente os serviços e ações que beneficiam a outros. Com isso, o SUS se transforma, por meio das ações judiciais, de política pública universal e igualitária em perpetuador e contribuinte do já elevado déficit de equidade em saúde do país.

Com a finalidade de auxiliar o judiciário com relação às demandas da população na área de saúde, no sentido de apoiar tecnicamente os magistrados na hora de decidirem sobre

essas ações, em algumas unidades federativas e Municípios foram criados os Núcleos de Assessoria ou de Apoio Técnico (NAT). Esses Núcleos têm como finalidade o auxílio aos magistrados no julgamento das demandas envolvendo prestações relacionadas ao direito à saúde, viabilizando a disponibilidade de um conhecimento técnico para o respaldo de uma decisão mais segura. Permitem ainda o melhor atendimento do cidadão, no sentido de agilizar a solução de seu problema, além de reduzir o número de demandas impetradas. Além de atuar como meio de solução administrativa na fase pré-processual e emitir pareceres técnicos durante a fase litigante, o NAT pode atuar como instrumento de gestão junto às Secretarias de Saúde, Estaduais e Municipais, no sentido de identificar a maior incidência das demandas para oferecer subsídio ao planejamento das ações de saúde, com o objetivo de otimizar o atendimento prestado aos usuários.

A proposta dos NAT adveio de audiência pública realizada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009. A Audiência Pública consiste em um instrumento legal colocado à disposição dos órgãos públicos para, dentro de sua área de atuação, promover um diálogo com os atores sociais, com o escopo de buscar alternativas para a solução de problemas que contenham interesse público relevante, coleta de informações ou provas sobre determinados fatos, e na qual podem ser também apresentadas propostas e críticas (César, 2011). Especificamente nessa audiência, recomendou-se aos tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores de direito, para assegurar-lhes maior eficiência na solução das demandas envolvendo o direito à saúde. A iniciativa pioneira no País e que tem servido de inspiração aos demais tribunais do país foi criada em 2009 no estado do Rio de Janeiro, em uma parceria do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ-RJ) com a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (Gomes *et al*, 2014).

Face o exposto, este trabalho tem por objetivo realizar estudo de caso sobre o funcionamento do NAT de Araguaína, município do estado do Tocantins. Pretende-se estudar a estrutura institucional e funcional do Núcleo: quem e quantos são os atores envolvidos; o histórico de constituição do Núcleo; as resistências enfrentadas desde a sua criação; estrutura funcional; a percepção de atores envolvidos com o NAT a respeito do seu funcionamento; reconhecer os arranjos institucionais formais e informais estabelecidos; levantar os resultados obtidos a partir da implementação do Núcleo; avaliar em que medida o NAT pode apoiar tecnicamente as decisões do Sistema de Justiça e, por fim, analisar a validade desse arranjo institucional como solução para o conflito existente entre os Poderes Executivo, Judiciário,

Ministério Público e Defensoria Pública para ações de saúde, sem comprometimento do princípio constitucional da igualdade.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A expansão do fenômeno da judicialização no Brasil tem sido campo de debate e de estudo nos campos das ciências humanas e das ciências sociais, pois a problemática está inserida fortemente no cotidiano, visando à realização da justiça, especialmente no que se refere à garantia dos direitos sociais. Entende-se por judicialização a crescente provocação do judiciário para que atue garantindo o cumprimento de um direito já assegurado constitucionalmente, podendo tal ação suprir uma lacuna que o Poder Legislativo ou o Poder Executivo deixou de promover ou mesmo conferir novos entendimentos jurisprudenciais, a partir de problemas identificados em casos concretos. Castro define-a sinteticamente como a busca da materialização do dever ser da norma jurídica em uma realidade (Castro, 2012).

A análise desse fenômeno comumente recorre ao emprego das terminologias “judicialização da política” e “judicialização das políticas públicas”. A judicialização das políticas públicas é espécie do gênero judicialização da política. Segundo Tate e Vallinder (1997, *apud* Medeiros, 2011) a judicialização da política compreende i) a expansão da jurisdição das cortes ou dos juízes ao âmbito dos políticos e/ou administradores, ou seja, a transferência dos direitos de tomada de decisão advindos da legislatura, dos ministérios, ou do serviço civil das cortes; ou ii) a propagação dos métodos judiciais de tomada de decisão para além da jurisdição apropriada. Assim, segundo Ximenes (s/data), o poder judiciário passou a decidir sobre temas anteriormente restritos a esferas políticas, tipicamente deliberativas, Poder Executivo e Legislativo.

Foi Werneck Vianna, em 1999, que deu um sentido recorrentemente utilizado para se referir à judicialização da política no país. Conforme menciona Castro (2012), Vianna utilizou o termo para narrar as mudanças ocorridas na consolidação dos direitos após a promulgação da Constituição de 1988 (Brasil, 1988), afirmando que: "(...) o tribunal começa a migrar, silenciosamente, de uma posição de coadjuvante na produção legislativa do poder soberano para uma de ativo guardião da Carta Constitucional e dos direitos fundamentais da pessoa humana". Corresponde, assim, ao que Ackerman (2000) e Zanetti (2013) consideram uma verdadeira relocação do sistema de freios e contrapesos, superando-se o tradicional modelo de separação dos Poderes.

Antes de aprofundar a discussão, cuida-se diferenciar o termo "judicialização das políticas públicas" com o "ativismo judicial", qual seja, a escolha de um modo proativo de interpretar a Constituição (Brandão, 2012). Conforme conceitua Lênio Streck:

"Enquanto a judicialização é um problema de (in)competência para prática de determinado ato (políticas públicas, por exemplo), o ativismo é um problema de comportamento, em que o juiz substitui os juízos políticos e morais pelos seus, a partir de sua subjetividade" (Streck, 2013).

Veloso (2011) define o ativismo judicial como a predisposição do Poder Judiciário a agir em face do distanciamento entre as políticas públicas e as necessidades sociais. O ativismo surge em função do distanciamento entre as previsões constitucionais e as políticas públicas vigentes, causando uma readequação no limite da liberdade (discricionariedade) do gestor público. Assim, o ativismo judicial decorre da própria ineficiência do Estado; decorre da própria incapacidade em realizar os fins constitucionalmente almejados. Uma vez estabelecida essa diferenciação, será aprofundada tão somente a problemática da judicialização, objeto dessa pesquisa.

Barroso (2010) atribui inúmeras causas à judicialização, dentre elas, algumas diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro. A primeira refere-se à redemocratização do país, cujo resultado foi a promulgação da atual Constituição, como a principal origem da judicialização. A Constituição Federal de 88 consolidou, na repartição dos poderes, o papel fundamental do Poder Judiciário ao resgatar as garantias da magistratura, transformando-o, de fato, em um poder político, capaz de definir situações controversas, inclusive, envolvendo os outros Poderes. Atribuiu-se, portanto, ao Poder Judiciário mecanismos de proteção aos direitos fundamentais do cidadão até mesmo contra o próprio Estado.

Ainda segundo o autor, outro importante avanço empreendido pela Constituição de 1988, ao qual se vincula o crescimento da judicialização no país, foi a diversidade de direitos sociais abrangidos pelo texto constitucional. Após a II Guerra Mundial, foram publicadas constituições de grande cunho político e repletas de direitos fundamentais positivados, que deveriam ser protegidas por cortes constitucionais (Vallinder; Tate, 1995). A constitucionalização dessas matérias significou transformar questões políticas em direito, isto é, uma vez disciplinadas como normas constitucionais podem se tornar alvo de pretensão jurídica (Barroso, 2010).

A terceira causa do fenômeno da judicialização no Brasil identificada por Barroso pode ser atribuída ao sistema de controle de constitucionalidade brasileiro, cuja organização se revela híbrida ao abarcar dois modelos tradicionais de controle: o controle incidental e difuso (inspirado na fórmula norte americana) e o controle abstrato de constitucionalidade (de origem europeia). No controle incidental e difuso, o órgão do judiciário pode deixar de aplicar uma lei

em um caso concreto que esteja sob seu julgamento, desde que a considere inconstitucional. Já no controle abstrato, algumas matérias podem ser levadas diretamente ao Supremo Tribunal Federal, por iniciativa de inúmeros órgãos, bem como por entidades públicas e privadas, conforme dispõe o Art. 103 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Outros atores associam diferentes causas à expansão do poder judicial. Carvalho (2004) menciona o uso dos tribunais pelos grupos de interesse e pela oposição, a inefetividade das instituições majoritárias e um nível aceitável de obediência à lei por parte da alta hierarquia governamental, de forma que o comportamento jurisprudencial dos tribunais justifica-se especialmente na atuação nos vazios institucionais deixados pelos poderes representativos. Teixeira (2012) destaca a relevante alteração da visão dos magistrados sobre seu papel na sociedade e pelo novo dilema do Poder Judiciário diante da constitucionalização dos direitos sociais, superando o modelo positivista de mera subsunção de regras de aplicação inarredável para incorporar aspectos de uma cidadania ampliada. Ran Hirschl atribui a judicialização à proliferação de agências reguladoras; ao aumento da complexidade e contingência das sociedades modernas; à proliferação de tribunais supranacionais; à delegação de poderes do Legislativo para o Judiciário; à expectativa quanto ao tempo de permanência no poder e a uma maior atividade estatal (Hirschl, 2008).

Ferreira (2016) ainda defende que não foram somente as estruturas institucionais que contribuíram sobremaneira para tal fenômeno. Questões do sistema político brasileiro e do federalismo são, segundo a autora, pontos importantes a serem discutidos. No campo político, pode-se citar como fatores que intensificaram a judicialização o descrédito dos Poderes Executivo e Legislativo, com sua crise de representatividade; a lentidão do Poder Legislativo na produção da legislação esperada pela sociedade em face dos eventos sociais; as práticas de corrupção e improbidade administrativa; a delegação consciente por parte do sistema político-partidário de questões valorativas delicadas ao Poder Judiciário, para que esse faça as escolhas sem que as repercussões negativas daí decorrentes recaiam sobre aqueles e as nuances do presidencialismo de coalizão. Todos eles incutem na mentalidade dos cidadãos o reconhecimento de que há falhas de representatividade eleitoral, não sendo essa capaz de atender aos seus anseios na efetivação de direitos, o que fortalece a tese de que a legitimidade democrática pode derivar não só do sistema eleitoral, mas também do comprometimento dos magistrados com a concretização dos seus direitos fundamentais, protegendo-os, no seu papel "contramajoritário", dos arbítrios dos Poderes legitimamente eleitos.

Sob o enfoque do presidencialismo brasileiro, a autora recorda a redução da capacidade de estruturar as coalizões, o alto grau de heterogeneidade ideológica e o fracionamento político-partidário decorrentes da proliferação de partidos, a alta propensão de conflitos de interesse em razão das clivagens sociais, a tradição presidencialista e proporcional e o insuficiente quadro institucional para resolução de conflitos somado à inexistência de mecanismos institucionais de destituição de governos ilegítimos como fatores do atual sistema político-partidário que se conjugam para desencadear a atual crise (Victor, 2015, *apud* Ferreira, 2016).

Assim, é o desenho institucional brasileiro e o sistema político-partidário que fez e faz o Judiciário acabar tendo a última palavra em muitos casos referentes a direitos fundamentais e a políticas públicas (Medeiros, 2011). A sociedade passa a ver o Judiciário como uma arena política vantajosa na disputa de interesses que muitas vezes não tinham espaço no Parlamento. O Judiciário passa a ser percebido como o salvaguarda confiável das expectativas por igualdade e a se comportar como substitutivo do Estado, dos partidos, das associações, da família e da religião. Há, então, enfraquecimento da cidadania ativa, com preferência do pleito judicial à mobilização popular e, da mesma forma, o sistema político vigente se utiliza do Poder Judiciário para a realização de sua agenda política (Ferreira, 2016).

Nesse contexto, surgem as teorias do diálogo institucional, nas quais a revisão judicial não significa a última palavra sobre a Constituição, mas apenas parte de uma sequência legislativa, podendo o Poder Legislativo responder, em maior ou menor amplitude e espaço de tempo, a essa intervenção judicial. A ideia é permitir que um Poder fiscalize permanentemente se o outro vem exercendo adequadamente sua função típica, evitando que sejam eternizadas decisões judiciais com efeitos práticos ruins e forjando consensos institucionais que aumentam a legitimidade do sistema (Ferreira, 2016).

Considerando a prática dos diálogos institucionais, as decisões tomadas em qualquer um dos Poderes passam a ter um caráter parcialmente definitivo, pois podem ser contestadas em outras instâncias públicas. Além disso, cada espaço de poder possui características que o potencializam ou o inibem para a realização de tomada de decisões. Com isso, a busca por soluções de casos complexos os quais demandam respostas constitucionais elaboradas precisam ser estabelecidas de modo dialógico, como uma conversa contínua entre as partes envolvidas na sua confecção e na sua fiscalização posterior, a partir do uso de dispositivos democráticos que permitam enriquecer os conteúdos produzidos nesses diálogos (Clève; Lorenzetto, 2015).

Na proposta dos diálogos, não se espera que se alcance necessariamente um consenso. Pretende-se que os diálogos ocupem um espaço de uma meta a ser buscada para o aprimoramento de arranjos institucionais, com envolvimento de atores políticos e jurídicos cuja interação está baseada no equilíbrio e na associação. A intensa participação de diferentes atores políticos, jurídicos e sociais proporciona melhores decisões justamente pela soma das capacidades institucionais e pela convergência de saberes e práticas (Clève; Lorenzetto, 2015; Ferreira, 2016).

Diante disso, os diálogos institucionais impõem limites aos excessos do Poder Judiciário, além de conferir maior cognição à causa diante da maior participação das partes na instrução. No campo da administração pública, os diálogos são necessários para uma resposta (parcialmente) estabilizadora dos problemas que lhe são apresentados. Dessa forma, o Judiciário pode aperfeiçoar políticas públicas e chamar atenção para falhas não percebidas anteriormente, por meio de um maior diálogo entre instâncias judiciais e as instituições produtoras e gestoras das políticas públicas, pelo estímulo à participação popular na produção da política pública - inclusive pelas outras instituições jurídicas -, dando maior força às mobilizações em torno dos processos orçamentários democráticos (orçamento participativo, conselhos comunitários, etc.) ao invés de decidir unilateralmente quanto ao destino de uma política pública, além de responsabilizar atores que estejam se desviando das normas legais (Clève; Lorenzetto, 2015; Ferreira, 2016).

O modelo adversarial não tem sido considerado o mais adequado para a resolução das problemáticas envolvendo as políticas públicas, sem que se implicasse uma intervenção efetiva do Poder Judiciário, refletida pelo aumento puro e simples do número de processos. A judicialização das políticas públicas requer que operadores da lei prefiram participar da *policy-making* a deixá-la a critérios de políticos e administradores e, em sua dinâmica, ela própria implicaria papel político mais positivo da decisão judicial do que aquele envolvido em uma não decisão (Carvalho, 2004).

Dentre as políticas públicas, a saúde corresponde ao campo com maior volume de processos decorrentes da judicialização. Considerado direito de competência comum, a Constituição autoriza, mas não obriga a sua implementação por todos os entes federados. Essa indefinição de como deve ocorrer a cooperação entre os entes gera tanto a superposição de ações como a inexistência de atuação em algumas áreas.

Sob outra vertente, é imperioso considerar que a saúde possui determinantes múltiplos e complexos que requerem a formulação e a implementação de políticas públicas abrangentes

pelo Estado que vão além da garantia de acesso a serviços e produtos médicos. A Carta Magna reconhece, em linha com o pensamento mais atual, que a oferta de serviços e produtos médicos por si só não bastam para proteger a saúde da população. No Artigo 196 da Carta Constitucional, está expressamente previsto que a garantia do correspondente direito à saúde se dá "mediante políticas sociais e econômicas (...) e ao acesso universal igualitário às ações e serviços" para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988). O conceito assumido de saúde é, assim, muito mais amplo, tanto na Constituição como na Lei nº 8.080/1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e para a organização e o funcionamento dos serviços (Brasil, 1990). Não determinou a Constituição, como lembra Castro (2012), que a saúde fosse concedida mediante intervenção do Poder Judiciário.

A universalidade, um dos princípios do SUS, trouxe a noção de cidadania como elemento norteador da política de saúde. Quebrou-se a lógica do seguro-saúde existente até então, em que o direito ao acesso a serviços de saúde estava vinculado à contribuição previdenciária dos indivíduos, passando-se para a lógica de seguridade social. A cidadania passou a ser requisito exclusivo para o acesso e, assim, todos os cidadãos que estavam à margem do sistema de saúde passaram a fazer jus ao mesmo, o que faz do SUS uma das maiores políticas de inclusão social do país (Ferraz e Vieira, s/ data).

Segundo esses autores, a ideia de universalidade só faz sentido, porém, à luz do princípio da igualdade, outro princípio basilar do Sistema. Baseando-se nesse princípio, o que justifica a inclusão de todos, sem qualquer distinção, nas políticas de saúde do Estado é o reconhecimento de que todos são iguais no sentido de merecerem igualdade de respeito e consideração do Estado quando este elabora e implementa as políticas de saúde (Dworkin, 2000). Não haveria sentido falar-se em universalidade (acesso para todos) sem o reconhecimento de que todos são iguais (Ferraz e Vieira, s/ data).

Outro princípio do SUS invocado quando se trata da judicialização da saúde diz respeito à integralidade. O princípio da integralidade, definido na Lei nº 8.080/90, orienta as práticas de saúde no sentido de oferecer todo o tipo de assistência que o usuário necessitar, incluindo ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde (Brasil, 1990). Como vimos, a concepção de saúde adotada no âmbito do SUS é ampliada e extrapola a mera ausência de doenças, de forma que o Sistema deve estar apto a oferecer uma assistência integrada em todos os níveis de complexidade.

Na busca incessante dos indivíduos em garantir os seus direitos, inclusive a saúde, o Judiciário está sendo provocado a interferir em outros caminhos, antes distantes da sua atuação. A interferência se dá no momento em que o gasto com a saúde excede ao gasto planejado (Castro, 2012). Há uma posição bastante disseminada no meio jurídico brasileiro, porém, que enxerga o direito à saúde como um direito de atendimento à saúde, terapêutico e farmacêutico ilimitado. Enquanto as necessidades de saúde são praticamente infinitas, os recursos para atendê-las não o são, e a saúde, apesar de um bem fundamental e de especial importância, não é o único bem que uma sociedade tem interesse em usufruir (Newdick, 2005, *apud* Ferraz e Vieira, s/ data).

Quando se focaliza o gasto em saúde como percentual do PIB e o gasto em saúde *per capita*, nota-se que Brasil gasta mais em saúde que outros países vizinhos com níveis superiores de renda que o nosso. Entretanto, quando se verificam os indicadores de saúde da população brasileira em relação a esses mesmos países, constata-se que o Brasil, apesar de aparentemente gastar muito *per capita* e como percentual do PIB, possui os piores indicadores, e por longa margem. Em relação aos demais países da América Latina, os dados sugerem que o Brasil pode estar aplicando seus recursos com menos eficiência (Ferraz e Vieira, s/ data).

Para esses autores, o Judiciário parte da premissa de que a saúde (e a própria vida) foram erigidos ao status de direitos fundamentais pela Constituição de 1988. Diante da irrefutável importância desses valores e da força normativa que a Constituição os empresta, o problema da escassez de recursos é colocado em plano secundário. Trata-se, na visão da maioria dos tribunais, de interesse financeiro do Estado menor, que não pode se sobrepor aos bens maiores da saúde e da vida.

Além disso, na maioria das ações sobre saúde que chegam ao Judiciário, o que se pleiteiam são intervenções médicas pontuais e específicas, como a realização de determinada operação ou o fornecimento de certo medicamento. A saúde é necessariamente isolada, assim, de seu contexto sócio-econômico-ambiental mais amplo, e vista pelo prisma estreito dos cuidados médicos. Logo, para os tribunais, a integralidade da saúde está mais associada à noção de consumo, haja vista o deferimento de demandas sem ressalvas sobre a existência de política pública para tratar as doenças (Vieira e Zucchi, 2007).

Cabe ao Poder Executivo a definição da prioridade do gasto, observadas a limitação da escassez de recursos financeiros, a capacidade financeira do Estado e as necessidades de saúde da população. Assim, conforme lembram Vieira e Zucchi (2007), os critérios técnicos precisam ser observados para garantir maior efetividade à política de saúde e maior eficiência

do gasto. É necessário, por consequência lógica, fazer escolhas sobre a utilização desses recursos. O direito à saúde, nesse contexto, passa a ser necessariamente limitado, e não absoluto, como afirmam Ferraz e Vieira (s/ data).

É importante considerar que, quando um medicamento é incorporado ao SUS, ocorre a massificação de seu uso, com amplificação da responsabilidade do Poder Público. Além disso, o custo de sua incorporação deve ser suportado pela sociedade, frente à necessidade de atender ao conjunto de doenças que acometem a população brasileira como um todo. Nesse aspecto, o direito à assistência farmacêutica foi previsto na Política Nacional de Medicamentos (PNM), a qual tem como propósitos a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional, e o acesso da população àqueles considerados essenciais (Brasil, 1998). Ainda, o Ministério da Saúde publica periodicamente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que norteia a oferta de medicamentos para o tratamento dos principais problemas de saúde da população, sendo facultado aos demais entes publicação de listas próprias. Os medicamentos para tratamento das doenças mais raras constam na relação do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (Vieira e Zucchi, 2007).

Além da publicação da lista de medicamentos incorporados ao SUS, periodicamente o Ministério da Saúde revisa os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Os PCDTs têm o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de doenças, o algoritmo de tratamento com os medicamentos e as doses adequadas, os mecanismos para o monitoramento clínico quanto à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos, além de criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz. Além de nortear uma assistência médica e farmacêutica efetiva e de qualidade, os PCDTs auxiliam os gestores de saúde nas três esferas de governo, como instrumento de apoio na disponibilização de procedimentos e na tomada de decisão quanto à aquisição e dispensação de medicamentos tanto no âmbito da atenção primária como no da atenção especializada, cumprindo um papel fundamental nos processos de gerenciamento dos programas de assistência farmacêutica, na educação em saúde, para profissionais e pacientes e, ainda, nos aspectos legais envolvidos no acesso a medicamentos e na assistência como um todo (Brasil, 2010).

O atendimento às demandas judiciais implica outra questão para além da compreensão equivocada acerca do princípio da integralidade. A grande quantidade de ações causa transtornos para as finanças públicas porque o Estado acaba sendo ineficiente, perdendo seu poder de compra. O fornecimento de medicamentos de forma indiscriminada, na maioria das

vezes, acaba também por privilegiar segmentos de usuários que têm mais recursos financeiros para o custeio de advogados, ou mais acesso à informação, em detrimento daqueles que deles têm mais necessidade (Vieira e Zucchi, 2007). Logo, a realocação judicial dos recursos da saúde não é totalmente aleatória, mas obedece muitas vezes, ainda que não deliberadamente, a uma lógica perversa de transferência de recursos dos mais necessitados aos mais privilegiados na sociedade, conforme defendem Ferraz e Vieira (s/ data).

Outro problema inerente à tomada de decisão judicial na área da saúde diz respeito ao *trade off* que se trata de uma situação de conflito de escolhas. Para Castro (2012), diversas questões podem ser levantadas a partir do fenômeno da judicialização da saúde, tais como: Só tem direito a saúde os que recorrem ao Judiciário? E os que não tiveram esse recurso (o de levar seu problema à justiça)? Cabe aos magistrados determinarem quem tem direito a saúde, quem pode ou não viver? E como farão essa seleção? Essa busca pelo direito individual está afetando o direito coletivo?

Dessa forma, as consequências da interpretação judicial dominante do direito à saúde não se limitam à distorção marginal de um sistema que, em teoria, é essencialmente justo. O que ocorre, para Ferraz e Vieira (s/ data), é a sobreposição de duas iniquidades: num sistema já iníquo em virtude de desigualdades socioeconômicas pronunciadas, adiciona-se novo fator de iniquidade. Os que já possuem condições de saúde comparativamente melhores em virtude de suas condições socioeconômicas avantajadas são beneficiados ainda mais por conta de seu acesso mais fácil ao Judiciário. De política pública universal e igualitária tendente a minimizar as desigualdades de saúde decorrentes das desigualdades sociais o SUS se transforma, por meio das ações judiciais, em perpetuador e contribuinte do já elevado déficit de equidade em saúde do país. Comprometem-se, assim, os princípios basilares do SUS.

Diante da complexidade desse contexto, diferentes tentativas têm sido feitas no sentido de estabelecer uma nova ideia de racionalidade jurídica no campo da judicialização das demandas em saúde, especialmente no que se refere à falta de preparo técnico dos juízes para lidar com demandas em saúde que envolvem o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças. Ferreira e Costa (2013) recordam os movimentos empreendidos pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) frente a essa preocupação. Em 2010, o CNJ expediu a Resolução nº 31/ 2010, a qual teve como fundamento as constatações da Audiência Pública nº 4 realizada pelo Supremo Tribunal Federal em abril de 2009, ocasião em que foram ouvidos 50 especialistas na matéria e foi instituído um grupo de trabalho para realizar estudos e propor medidas que visem a aperfeiçoar a prestação

jurisdicional em matéria de assistência à saúde. Nessa audiência, recomendou-se aos tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores de direito para assegurar maior eficiência na solução das demandas envolvendo o direito à saúde (CNJ, 2010a).

Desse modo, o CNJ estimulou que os tribunais, entre outras medidas, celebrassem convênios a fim de disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliá-los na apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, observadas as peculiaridades regionais. Além disso, estabeleceu que os magistrados ouvissem, quando possível, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; procurassem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos; evitassem autorizar o fornecimento de medicamentos não registrados pela ANVISA ou em fase experimental; incluíssem a legislação relativa ao direito sanitário como matéria no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira, cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados e promovessem visitas aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS (CNJ, 2010a).

Após o advento dessa recomendação, o CNJ expediu a Resolução nº 107/ 2010, na qual, considerando o elevado número e a ampla diversidade dos litígios referentes ao direito à saúde, bem como o forte impacto dessas questões sobre o orçamento público, foi instituído o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde (CNJ, 2010b). Entre suas atribuições, o FNJ deve elaborar estudos e propor medidas concretas para o aperfeiçoamento, reforço e efetividade dos processos judiciais, além de refletir sobre a prevenção de novos conflitos em matéria de saúde. A Resolução ainda prevê a possibilidade de os tribunais realizarem termos de cooperação técnica com órgãos ou entidades públicas ou privadas para o cumprimento de suas atribuições (CNJ, 2015).

Ainda nesse mesmo ano, foi elaborada Declaração oriunda do I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, que parte do pressuposto de que a atuação do Judiciário é crucial para o resgate efetivo da cidadania e realização do direito à saúde, mesmo sob o argumento de que do seu exercício advêm tensões com a administração pública (CNJ, 2015).

Demonstrando ainda o constante estado de preocupação da Justiça com a necessidade de elaboração de meios capazes de atenuar o inchaço do Judiciário e o tempo de resposta ao cidadão, o CNJ, em 12 de julho de 2011, expediu a Recomendação nº 36, na qual abordou a questão dos planos de saúde, mas ratificou a urgente criação de meios para auxílio na formação de um juízo de valor e também na elaboração de outros caminhos para resolução

desses conflitos, sugerindo a mediação com possível busca de solução amigável (CNJ, 2011). Além disso, a Recomendação trouxe regramentos específicos para o julgamento de demandas envolvendo a saúde suplementar, considerou a importância de se oficializar a ANVISA e a necessidade de se incluir representantes das operadoras de planos de saúde nos Comitês Estaduais de Saúde (CNJ, 2015).

A partir daí, teve início, no país, a constituição de Núcleos de Assessoria (ou de Apoio) Técnica (NAT), estaduais e municipais, cuja proposta inicial consistia em dar suporte técnico aos juízes na hora de decidirem sobre ações com pedidos de medicamentos e tratamentos médicos não oferecidos pelo SUS (Castro, 2012). Para Veloso (2011), a qualificação dos juízes e dos operadores do direito se faz necessária para permitir a compreensão dos fenômenos econômicos, políticos, financeiros e sociais sob a ótica jurídica, demandando dos magistrados um grau maior de responsabilidade na fundamentação e argumentação de suas decisões. O autor esclarece ainda, citando Abramovich e Pautassi (2009), que, embora a estratégia não elimine as margens consideráveis de discricionariedade e valoração dos juízes, ao menos submete a interpretação constitucional a certas regras de interpretação.

Antecipando-se às resoluções e às recomendações do CNJ, o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro implantou, em fevereiro de 2009, em caráter experimental nas 9ª e 10ª Varas de Fazenda Pública, o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações da Saúde (NAT). Em outubro do mesmo ano, o TJ-RJ assinou convênio com a Secretaria Estadual de Saúde e a Defesa Civil, estendendo os serviços do Núcleo para todas as varas de fazenda pública da capital e para as 20 câmaras cíveis do tribunal, mantendo o propósito inicial de sua criação (Ferreira e Costa, 2013).

Com a experiência do Rio de Janeiro, proliferaram-se experiências estaduais e municipais no País. Em estudo multicêntrico desenvolvido no ano de 2013, com abrangência nacional, que buscou analisar o cenário da judicialização da saúde e a política judiciária de saúde, o CNJ, descreveu a experiência dos NATs de Araguaína, Lages e Brasília e, a partir delas, foi possível identificar outras funções associadas aos Núcleos (CNJ, 2015).

Em Araguaína, estado do Tocantins, as funções do NAT foram além do aspecto consultivo, englobando também aspectos de prevenção e de gestão. O caráter consultivo diz respeito à função de ferramenta de apoio ao Judiciário antes de emitir decisões, no sentido de proferir pareceres técnicos quanto ao direito sanitário e políticas públicas de saúde. O caráter de prevenção diz respeito a sua atuação como meio de solução administrativa de conflitos, estimulando a interlocução entre as instituições jurídicas e políticas e prevenindo a

judicialização das demandas. O caráter de gestão diz respeito à identificação da maior incidência das demandas para ações e estratégias de planejamento em saúde, com o objetivo de otimizar o atendimento prestado aos usuários, além de também acompanhar o cumprimento das ações judiciais e a pertinência de utilização de medicamentos e insumos de trato sucessivo (CNJ, 2015; Prefeitura Municipal de Araguaína, 2015).

Em Lages, Santa Catarina, o Núcleo de Conciliação de Medicamentos foi criado a partir de Consórcio Intermunicipal tendo como propósitos: (i) realizar pesquisa técnica acerca dos medicamentos prescritos e elaborar um parecer técnico; (ii) contatar o usuário com a finalidade de informar e orientar sobre as políticas públicas para fornecimento de medicamentos; (iii) prestar informações acerca da padronização dos medicamentos nas três esferas de governo à população; (iv) atuar em atividades de informação e capacitação com os gestores de saúde do Consórcio; (v) prestar informações aos pacientes; (vi) estabelecer contato com os profissionais que atuam na dispensação de medicamentos nas farmácias básicas dos municípios e nos setores responsáveis pelos encaminhamentos de componentes excepcionais; e (vii) estabelecer contato com as assessorias jurídicas das regionais de saúde, das prefeituras e/ou das secretarias municipais de Saúde. Finalmente, em Brasília, o Núcleo de Judicialização tem como atribuição fortalecer os mecanismos extrajudiciais de efetivação do direito à saúde e mediar diversos conflitos (CNJ, 2015).

Assim, a partir da experiência piloto no Rio de Janeiro, estados e municípios instituíram modelos diferenciados de NAT cujos elementos, concepções, estratégias e arranjos institucionais permitiram que se desenvolvessem nas diversas localidades a seu modo. O estudo dessas experiências permite a reflexão da evolução e da adaptação dessas estratégias voltadas à efetivação do direito à saúde no País, considerando a problemática da intensificação do fenômeno da judicialização nesse campo.

3. METODOLOGIA

A presente investigação inscreve-se na linha de pesquisa de caráter qualitativo e de natureza exploratória, com utilização de uma estratégia metodológica que triangulou técnicas quantitativas e qualitativas de produção, coleta e análise de dados.

A pesquisa se delimitará ao estudo de um NAT específico, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, Município pertencente ao estado do Tocantins.

Reconhecer a finalidade, os fundamentos jurídicos e a funcionalidade desse Núcleo corresponde ao objeto da presente pesquisa. Assim, dada a natureza do objeto, optou-se por desenvolver um estudo de caso descritivo, a fim de buscar uma descrição o mais completa possível acerca da estrutura institucional e funcional do NAT de Araguaína, instituído formalmente pela Portaria nº 66/ 2011, posteriormente revogada pela Portaria nº 52, de 23 de junho de 2013 (Prefeitura Municipal de Araguaína, 2013). Para tanto, os procedimentos metodológicos adotados incluíram, inicialmente, extensa revisão de literatura científica acerca da judicialização da saúde no Brasil e temas correlacionados ao objeto de pesquisa, visando à compreensão aprofundada do fenômeno que se desejava investigar. Além disso, foi realizada pesquisa documental de legislações, portarias e demais normativos afetos à questão.

As informações quantitativas consistiram em busca de dados relacionados a demandas judiciais de medicamentos impetradas tanto no nível federal e estadual, como naquelas nas quais houve atuação do NAT em estudo.

Os dados quantitativos foram complementados com a realização de entrevistas semi-estruturadas com gestores de saúde e magistrados que atuam nas três instâncias do SUS (federal, estadual e municipal). Foram entrevistados um secretário do Ministério da Saúde, um gestor estadual de saúde, dois Promotores de Justiça do Ministério Público do Estado do Tocantins, um gestor municipal de saúde, o coordenador do NAT, o coordenador da Ouvidoria e um juiz de direito estadual, totalizando oito entrevistados no período de 19 de abril a 30 de maio de 2016. Procedeu-se à análise de conteúdos, concepções e sentidos atribuídos pelos atores políticos e jurídicos entrevistados no que concerne ao direito à saúde e às estratégias de efetivação da experiência do NAT.

Para as entrevistas, elaboraram-se roteiros semi-estruturados. Para Minayo, Assis e Souza (2006), esse tipo de roteiro deve servir como orientação e guia para o andamento da interlocução, devendo ser construído com uma lógica de encadeamento de perguntas e de forma que permita flexibilidade nas conversas e a absorção de novos temas e questões trazidas

pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância. Durante as entrevistas, utilizou-se gravação magnética para posterior transcrição das respostas. A análise qualitativa foi feita após transcrição dos depoimentos, partindo-se dos discursos para análise de seu conteúdo de forma sistematizada e seleção das figuras metodológicas (ideias centrais) para definição das categorias temáticas, conforme o considerado por Minayo (2006) e Bardin (2009). A análise de núcleos de sentido (ANS) tem por finalidade agrupar o conteúdo latente e manifesto do texto, com base em temas constitutivos de um núcleo de sentido, em definições que deem mais suporte às interpretações. Os temas, categorizados por critérios de semelhança, definem um *status* de núcleo de sentido que, ao serem recorrentes, dão consistência ao núcleo (Mendes, 2007). A partir da análise categorial de conteúdo, foram definidas três categorias temáticas: organização, comprometimento e validade do arranjo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

a. Organização

Na categoria “organização”, foram abordados o histórico do Núcleo, objetivos, sua composição, as resistências iniciais quando da sua implementação, parcerias estabelecidas, a atuação processual do Núcleo, a repartição de competências entre os entes federativo e a relação entre o NAT estadual e o NAT municipal e sua autonomia. Contudo, cabe apresentar brevemente a estrutura de saúde do município.

O município de Araguaína está localizado na região norte do Estado do Tocantins, na Mesorregião Ocidental, e possui a segunda maior população do Estado, com 164.093 habitantes, de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). Compõe a regional de saúde denominada Médio Norte Araguaia e sua posição geográfica estratégica permite que o município assuma uma função de prestador de serviço, com uma complexa rede de assistência pública à saúde que é referência para vários municípios circunvizinhos, inclusive para usuários oriundos de outros estados, como o Pará, Maranhão, Mato Grosso e Piauí (Morais, 2014).

Segundo Morais (2014), dentre as cidades localizadas no interior do estado do Tocantins, Araguaína se apresenta como a cidade que possui o maior número de estabelecimentos relacionados ao atendimento à saúde, possuindo um total de 189, configurando-se, dessa forma, como um importante centro de referência regional em ofertas de serviços ligados ao atendimento médico-hospitalar. No elenco de serviços de assistência à saúde pública, o Município conta com unidades básicas de saúde, Ambulatório Municipal de Especialidades Médicas, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), Unidade de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192), Hospital Municipal, Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária Municipal, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), além dos serviços prestados sob gestão estadual, como o Hospital Regional Público de Araguaína e o Ambulatório de Especialidades Estadual, dentre outros, características essas que, associadas ao fácil acesso ao Poder Judiciário local, favorecem a crescente judicialização (Henrique, Brito e Mel, 2013).

Em 2009 foi constituída a CAT, Comissão de Apoio Técnico, estrutura embrionária que originou posteriormente o Núcleo, conforme relatado pelo coordenador do NAT. Até esse ano, o município havia registrado apenas três decisões judiciais no campo da saúde e, a partir daí, “essa coisa foi crescendo, crescendo, e autorizando sem muitos critérios.” Com isso, o

surgimento formal do Núcleo ocorreu em 2011, a partir de um projeto cujo diagnóstico situacional confirmou a crescente judicialização em saúde nos dois anos anteriores, e a grande recorrência de ações que tinham como requerido o Município de Araguaína e o Estado do Tocantins (Henrique Brito e Mel, 2013; CNJ, 2015). Nesse contexto, foi firmado Termo de Cooperação Técnica entre o Tribunal de Justiça do Tocantins (TJTO) e a Prefeitura Municipal para definição das obrigações dos signatários no que se referente à atuação do NAT (Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins, 2013).

O pressuposto no qual se organiza o NAT de Araguaína corresponde à oitiva dos gestores de saúde pelo sistema de justiça. A oitiva encontra fundamento na teoria dos diálogos institucionais, mantidas a independência e a harmonia entre os Poderes da União, nos termos preconizados pelo Artigo 2º da Constituição, e sem excluir o princípio da supremacia judicial, conforme lembra Schulze (2015), juiz federal em Santa Catarina e ex-auxiliar do CNJ.

O autor destaca as várias vantagens da teoria dos diálogos constitucionais: i) o fortalecimento das instituições; ii) o comprometimento dos atores, mediante realização de rodadas procedimentais; iii) a decisão debatida dialogicamente tem efeitos de longo prazo; iv) a ampliação do número de pessoas beneficiadas pela decisão, prestigiando a maioria e v) o diálogo evita imposição unilateral (autoritarismo judicial). Com isso, o Judiciário assume o papel de “cartógrafo”, mapeando as alternativas constitucionais disponíveis, sem criar políticas públicas de saúde ao proferir decisões judiciais de concessão de medicamentos e tratamentos não previstos no SUS (Schulze, 2015).

A concessão de novos medicamentos e a disponibilidade de tratamentos não incluídos no SUS remete à discussão da incorporação de novas tecnologias nesse setor. A Lei nº 12.401/2011 alterou a Lei nº 8.080/1990, estabelecendo, no sistema jurídico pátrio, regras sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS (Brasil, 1990; Brasil 2011a). Segundo o Artigo 19-Q da nova legislação, “A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).”

A Conitec corresponde ao órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, que, além de assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, é responsável ainda pela constituição ou alteração de PCDTs, cuja importância já foi

apresentada. Tem como diretrizes: i) a universalidade e a integralidade das ações de saúde no âmbito do SUS com base no melhor conhecimento técnico-científico disponível; ii) a proteção do cidadão nas ações de assistência, prevenção e promoção à saúde por meio de processo seguro de incorporação de tecnologias pelo SUS; iii) a incorporação de tecnologias por critérios racionais e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade adequados às necessidades de saúde; e iv) a incorporação de tecnologias que sejam relevantes para o cidadão e para o sistema de saúde, baseadas na relação custo-efetividade (Brasil, 2011b).

A decisão pela incorporação ou não da nova tecnologia é proferida de forma democrática, tendo em vista que a Conitec é entidade plural, com composição de representações do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, além de representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e representante especialista na área indicado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (Brasil, 2011b). Para Schulze (2015), a decisão da Comissão não pode ser contrariada pelo magistrado, exceto com comprovação científica distinta, contemporânea ou superveniente. A Conitec também é responsável pela atualização da Rename, que tem sido atualizada periodicamente conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde (Pepe *et al*, 2010).

Com isso, Schulze (2015) conclui que cabe ao sistema de justiça, na realização de suas funções, a percepção da complexidade que permeia os outros sistemas e, nesse sentido, a oitiva prévia auxilia o magistrado na prolatação da decisão mais adequada.

Fundamentado no pressuposto da oitiva, o Núcleo de Apoio Técnico (NAT) de Araguaína foi instituído formalmente pela Portaria nº 66, de 1º de junho de 2011, revogada posteriormente pela Portaria nº 52, de 23 de junho de 2013 (Prefeitura Municipal de Araguaína, 2013). É constituído por servidores da Secretaria Municipal de Saúde (coordenadora, farmacêutico, enfermeiro, assistente social e assistente técnico administrativo) e atua em parceria direta com a Ouvidoria Municipal, também criada em maio de 2011, sendo esta um instrumento de controle social que tem como função principal controlar o funcionamento da administração pública, denunciando eventuais falhas e difundindo os princípios de justiça entre os cidadãos (Spinetti, 2007).

Quanto à sua composição, a ausência de médico dedicado exclusivamente à equipe foi apontada como um desafio tanto para a gestão estadual de saúde como pelo juiz estadual, especialmente considerando-se que o parecer desse profissional tem mais relevância para o magistrado do que aquele formulado por outros da equipe. Para solução dessa questão, o NAT

do Rio de Janeiro instituiu o funcionamento de conselho consultivo de forma permanente e ininterrupta, modelo proposto por Paulo César Salomão, desembargador do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, conforme descrevem Gandini, Barione e Souza (2008).

“O NAT municipal tem médico de sobreaviso. No norte, é impossível ter médico assim. Os médicos não querem ir para o Tocantins a não ser ganhando muito dinheiro. Como é na atenção básica, não usa tanto o médico, porque os casos mais complicados são na (atenção) especializada.” (juiz estadual)

No que se refere à sua missão institucional, o NAT se destina a atuar sob as seguintes diretrizes:

i. Resolução administrativa dos conflitos – atuação na fase pré-processual (“desjudicialização”)

Por meio da Ouvidoria municipal, o NAT estimula o diálogo entre o Ministério Público, Defensoria Pública e a Secretaria Municipal de Saúde antes de ajuizar a ação, resultando na resolução administrativa do litígio e evitando, por conseguinte, a judicialização (Prefeitura Municipal de Araguaína, 2015). A atuação na fase pré-processual foi reconhecida por todos os entrevistados e, em especial, por um dos promotores de justiça do estado, quando afirma ser a “busca da eficiência da atuação do NAT”.

“O Sistema de Justiça percebe o NAT como parte integrante de uma Instância Administrativa de Solução dos Conflitos, que atua antes mesmo da parte interessada buscar o Ministério Público ou a Defensoria Pública para formalizar reclamações.” (promotor de justiça)

A criação de “câmara de pré-conciliação” para a busca de soluções administrativas foi assim denominada pelo gestor federal do SUS. Esse ponto também foi destaque na Audiência do STF em 2009 (Gomes *et al*, 2014) e retoma à necessidade de maior aproximação entre os Poderes para o maior equilíbrio do sistema. A apreciação administrativa possibilita uma melhor análise da solicitação, permite a remessa de informações complementares, inclusive em alguns casos, a avaliação presencial do paciente por um profissional do SUS, que conhece o sistema e especialmente os PCDTs e listas de medicamentos, com vista à sua inserção no SUS, para o tratamento integral e universal (Siqueira, 2015).

Esse modelo de resolução dos litígios em saúde na esfera administrativa, de modo a evitar o ajuizamento de ações, tornando o acesso mais célere e resolutivo, foi adotado pelo estado do Rio de Janeiro em 2012. Em análise conduzida por Guimarães e Palheiro (2015) para um ano de funcionamento da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) desse estado, observou-se a baixa resolutividade administrativa (26,31%), não alcançada devido ao

fato de que cerca de 60% das solicitações são de medicamentos não padronizados. Conforme veremos adiante, os resultados do NAT de Araguaína são mais promissores nesse recorte.

ii. Caráter consultivo

Tradicionalmente, os NATs foram implementados nos diversos tribunais do país com um propósito consultivo, ou seja, para auxiliar o juiz na formação de sua convicção nos litígios em saúde. Com essa atribuição, cabe à equipe do NAT emitir pareceres técnicos sobre prescrição de medicamentos, exames, consultas, procedimentos, cirurgias, alimentos nutricionais e insumos, acompanhados de informação sobre a organização do SUS, ou seja, atua como ferramenta de apoio, informação e orientação para os juízes, promotores e defensores públicos quando não há resolutividade administrativa. Em casos excepcionais, outros profissionais de saúde da Rede SUS Municipal poderão ser convidados a contribuir com a elaboração de parecer técnico especializado nas referidas áreas, respeitados os prazos estabelecidos (Prefeitura Municipal de Araguaína, 2015).

O fornecimento de assessoria técnica ao judiciário para resolução da judicialização em saúde foi um dos principais pontos levantados pelos participantes da Audiência do STF em 2009 (Gomes *et al*, 2014). Em 2010, o Conselho Nacional de Justiça, por meio da Recomendação nº 31, recomendou o apoio técnico aos magistrados e demais operadores do direito na formação de um juízo de valor quanto a demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (CNJ, 2010a). O caráter consultivo, portanto, refere-se à disponibilidade de subsídios técnicos quanto ao mérito das demandas judiciais de tutela individual, para um juízo de valor mais completo, a magistrados, membros do Ministério Público, Defensores Públicos e Promotores de Justiça. Essa foi a diretiva do NAT mais fortemente presente nas falas de todos os entrevistados.

Ressalta-se, todavia, que o parecer do NAT é eminentemente técnico, não opinativo e imparcial acerca da disponibilidade ou não do bem requerido, elucidando tão somente ao representante do sistema de justiça a política pública de saúde existente. A explicação da existência de políticas públicas relacionadas à demanda judicial, segundo o juiz de direito, seria um diferencial do Núcleo em análise, condição essa também enfatizada por Gomes *et al* (2014).

iii. Caráter pedagógico

Nessa acepção, o NAT assume a função de educar e conscientizar o cidadão, agregando efeitos pedagógicos para que o usuário acesse diretamente o sistema de saúde

gerido pelo Poder Executivo local, no sentido de enfrentar a problemática de que o acesso só é possível via judicial.

O aumento de consultas à Ouvidoria no período de 2011 a 2015 evidencia o êxito do caráter pedagógico do Núcleo: apenas em 2015, foram recebidas 1.548 demandas espontâneas pela Ouvidoria do total de 4.723 recebidas no período, indicando que o usuário passou a procurar mais diretamente o poder público (Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde) para a resolução administrativa, sem a interferência de outros órgãos. A influência da Ouvidoria do SUS no processo de reduzir a judicialização foi o resultado imediato mais destacado pelo juiz estadual quanto à implementação do NAT.

Tabela 1: Fontes de requerimentos solicitados nos anos de 2011 e 2015.

Requerimentos administrativos	2011		2015		Variação percentual
	N	%	N	%	
Defensoria Pública	82	43	256	13	+212%
Ministério Público	167	19	230	11	+38%
Consultas à Ouvidoria	189	38	1.548	76	+719%
Total	438	100	2.034	100	-

Fontes: Henrique, Brito e Mel, 2013; Prefeitura Municipal de Araguaína, 2016.

Como apresentado na tabela 1, todas as demandas são iniciadas no NAT e na Ouvidoria, mesmo aquelas propostas pelo Ministério Público ou pela Defensoria Pública. Nesse formato, a Ouvidoria, acionada pelo NAT, pode atuar como instrumento de gestão junto à secretaria municipal de saúde, ao identificar a maior incidência das demandas e oferecer suporte para agilizar processos e recursos no atendimento à demanda, inclusive com participação na elaboração de fluxos assistenciais em conjunto com os profissionais de rede de saúde. Apoiar o papel gestor da Ouvidoria pode ser considerado mais um propósito do NAT.

“Antes que se gere mais demanda sobre aquele caso, a Ouvidoria automaticamente dispara o sistema, comunica a farmácia, a assistência farmacêutica, a assistência farmacêutica vai ver qual é o problema, se é de logística, se não é, corrige o problema, ou tenta corrigir o problema, e solucionar aquele que já tem.” (gestor municipal de saúde)

A organização e o desempenho da gestão no que se refere à inserção do usuário no fluxo do SUS, aquisição e dispensação de itens, controles de estoques, contratação e pagamento a fornecedores, regulação de acesso aos serviços especializados têm forte impacto na judicialização e, por isso, devem ser foco de atenção dos gestores de saúde. Essas premissas foram consideradas em série temática produzida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2015; Guimarães e Palheiro, 2015) e em estudo de Machado

et al (2011) sobre os processos de medicamentos pleiteados em ações judiciais no estado de Minas Gerais.

As resistências dos diferentes atores sociais marcaram a implementação do Núcleo em estudo. A maior resistência advém do sistema de justiça, em especial os magistrados, citada pela quase totalidade dos entrevistados (exceto pelo gestor estadual, que considera o Ministério Público e a Defensoria as mais impactantes), no que se refere à credibilidade e à imparcialidade das informações contidas nos pareceres exarados pelo Núcleo. A imparcialidade também é um dos pilares do NAT do estado do Rio de Janeiro (Guimarães e Palheiro, 2015).

“O NAT no começo teve muita resistência por parte dos juízes, quando se começou a ver que tinha imparcialidade, que todas as respostas estavam baseadas em evidências científicas e que não tinha direcionamento para proteger a secretaria. (...) Há necessidade de conscientização dos magistrados de usar o NAT, de que eles tenham o NAT com as atribuições, de que eles são imparciais dentro do processo, então há uma certa resistência de alguns pra fazer essa consulta.” (gestor estadual de saúde)

No caso específico de Araguaína, o contexto de desconfiança quanto à imparcialidade dos posicionamentos do NAT foi, ao longo dos anos, minimizado por meio da realização de reuniões com os atores do sistema de justiça, estabelecimento de fluxos, apresentação de soluções aos problemas e às dificuldades identificados pelo coletivo, disponibilização das normativas que regulamentam o sistema de saúde e melhoria da qualidade técnica e atualização constante dos pareceres. Diante disso, resta claro, a partir dos diferentes relatos, que a credibilidade do Núcleo foi construída.

Outra resistência indicada pelos entrevistados corresponde à da gestão, decorrente essencialmente do fato de que a gestão necessita arcar o ônus da implementação do Núcleo quanto à estrutura física e disponibilidade de recursos humanos, ainda que reconheça sua vantajosidade, conforme relata o promotor do estado.

O convencimento da relevância e da necessidade de manutenção do arranjo ao gestor municipal foi necessário inclusive pelo gestor de saúde, no momento da troca de gestores em 2013. Em Lages, Santa Catarina, a alternância de poder foi apontada como o maior desafio para a continuidade do diálogo institucional (CNJ, 2015).

“Aí, fomos lá, explicamos, todo um trabalho de convencimento do prefeito, porque é ele quem manda na secretaria, não tem jeito. (...) Então, tem que haver também um convencimento do gestor do município, apresentar os números, os gastos, do impacto que existe hoje, que existia, o que diminuiu, então todo trabalho tem que ser apresentado para que se tenha um convencimento do prefeito.” (gestor municipal de saúde)

A resistência dos pares também foi discutida pelo gestor municipal de saúde, coordenador do NAT e pelo juiz de direito. Os profissionais de saúde que atuam nos serviços, diretamente na assistência, além dos profissionais que atuam nas superintendências, à frente da gestão de saúde do Município, também apresentaram e apresentam resistências, avaliada pelo coordenador do NAT como resultante do desconhecimento do papel do Núcleo.

Com isso, são ofertados treinamentos não apenas para apresentar a organização e o funcionamento do Núcleo aos profissionais como também a Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (Remume), lista norteadora das prescrições de medicamentos em todas as unidades de saúde pública municipal, definida e atualizada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (Prefeitura Municipal de Araguaína, 2014).

Por último, remetendo às diretrizes do NAT, o gestor municipal de saúde citou a resistência da sociedade como a de maior relevância: “Porque não se procura as vias adequadas de resolução dos problemas, a sociedade vai direto no judiciário.”

O enfrentamento da resistência do sistema de justiça pode ser feito com formação profissional no campo do Direito Sanitário, considerando a complexidade das questões que permeiam o debate do direito à saúde e que, portanto, exigem do operador do direito e demais profissionais envolvidos com o tema formação especializada. Conforme lembra o CONASS, é preciso uma prática conjunta para o melhor entendimento dos magistrados sobre o SUS e os seus critérios de escolhas para a assistência à saúde, assim como de legislação sanitária para os profissionais de saúde, a fim de alcançar patamares mais elevados de segurança, qualidade e efetividade (CONASS, 2015).

Diante das resistências apresentadas, observa-se que gradativamente foi desenvolvido novo formato de compartilhamento e interlocução dessas instituições jurídicas e políticas para equalizar os problemas locais, cuja consequência foi a potencialização das atividades de ambos os segmentos, mas preservando-se a independência das instituições envolvidas, conforme relatado por Henrique, Brito e Mel (2013) e pelo CNJ (2015).

Funcionalmente, o NAT de Araguaína encontra-se instalado fisicamente em espaço físico designado pela Secretaria Municipal; no entanto, sua fiscalização e gestão são feitas de forma conjunta pela Prefeitura Municipal e pelo Tribunal de Justiça do estado do Tocantins (Prefeitura Municipal de Araguaína, 2015). A vinculação funcional e física do Núcleo é questionada pelo gestor estadual de saúde e pelo promotor, mas vista como independente da

secretaria municipal de saúde pelos coordenadores do NAT e da Ouvidoria e pelo juiz de direito.

“O NAT estadual de saúde está na estrutura administrativa do Tribunal de Justiça, o NAT municipal tem sede própria, mas ao lado da secretaria municipal de saúde, uma estrutura que ainda enfrenta muito essa ligação com a secretaria municipal de saúde.” (promotor de justiça)

Em relação ao seu funcionamento, os entrevistados foram questionados acerca da informalidade dos processos na atuação processual do NAT, condição presente na realidade de outros Núcleos do país (CNJ, 2015). Foi unânime a opinião de que a informalidade, exemplificada pelo envio de correspondências eletrônicas, contato pessoal e ligações telefônicas, não afetava a credibilidade do Núcleo e justifica-se na necessidade de dar maior celeridade à resposta. Para também contribuir com essa celeridade, a coleta, o processamento e a tramitação dos processos judiciais no estado e no município são feitos de forma eletrônica em sistema do Tribunal especialmente desenvolvido para esse fim.

“(…) na verdade, a gente sempre foi muito bem respaldado por documento (...). É claro que a gente não se prende a isso. A depender da urgência, há o contato telefônico ou usa os dois, telefone e depois oficializa. (...) A gente tem também um aspecto de imparcialidade, apesar de toda essa interlocução, então por isso torna-se importante para a gente ter um subsídio material do executivo ou do usuário.” (coordenador da Ouvidoria)

O processo de informatização dos tribunais permite a publicidade de suas decisões, viabilizando o conhecimento por parte dos cidadãos, o monitoramento dos atos judiciais como um mecanismo de controle social, e também a realização de estudos (Pepe *et al*, 2010). Organizar sistema tripartite de informação sobre as demandas judiciais em saúde, com dados da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios é uma das propostas da Resolução nº 1/ 2013 da Comissão Intergestores Tripartite, instância deliberativa composta por representantes federais, estaduais e municipais do SUS (CIT, 2013). Além do estado do Tocantins, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná também dispõem de sistemas informatizados próprios (Guimarães e Palheiro, 2015; Siqueira, 2015).

O NAT de Araguaína inova ainda em suas atribuições ao realizar o monitoramento pontual do cumprimento de decisões judiciais já proferidas, a exemplo dos processos judiciais que envolvem a dispensação de medicamentos, drogadição, tratamentos fora do domicílio (TFD) e atendimentos de urgência ou emergência. Segundo a coordenadora do Núcleo, uma das metas para 2016 é "fazer visita de todas as demandas que estão cumpridas parcialmente para a gente fazer uma avaliação melhor”.

O estado de São Paulo apresentou, no ano de 2013, uma economia de aproximadamente 2,5 milhões de reais ao instituir rotina de monitoramento continuado das demandas, cancelamento das compras e disponibilização do estoque, com a devida comunicação no processo judicial. Isso porque o produto judicializado, adquirido e disponibilizado para atendimento das determinações judiciais, muitas vezes era perdido em razão da não retirada pelo autor. A economicidade decorrente do acompanhamento dos pacientes beneficiados pela judicialização não foi calculada pela gestão municipal de Araguaína, mas é, também, ponto de destaque da Audiência nº 4/ 2009 do STF (Gomes *et al*, 2014).

Ainda no âmbito da operacionalização do Núcleo, os entrevistados foram arguidos acerca da relação entre o NAT municipal e o NAT estadual. Concluiu-se pela dificuldade de compreensão desse questionamento: alguns entrevistados negaram a existência da articulação, ao passo que a maioria afirmou a existência dessa interlocução.

“A relação é institucional. (...) há uma ligação de querer funcionar o sistema. Nenhuma ligação outra que não seja essa. Não temos vínculo nenhum. O NAT estadual funciona com o olhar do estado, o NAT municipal com o olhar dentro do município. Agora, há sempre uma comunicação entre os NATs porque às vezes acontece da demanda ser compartilhada. Então, quando há demanda compartilhada, há que se ter uma linha de comunicação entre os NATs. Aqui, a gente dava o medicamento e o estado dava o mesmo medicamento. Recebia dos dois, então como ele sabia que o estado dava e o município dava, ele pegava tanto no estado como no município. Então, tem que haver uma comunicação quando a demanda é compartilhada.” (gestor municipal de saúde)

A articulação entre as esferas estadual e municipal para o compartilhamento das demandas judiciais remonta à repartição de competências entre os entes federativos do SUS na temática da judicialização da saúde. Em 2015, consideradas as demandas por medicamentos, procedimentos e serviços, o estado do Tocantins foi réu em 511 ações judiciais, de um total de 1.361 demandas recebidas. Araguaína, por sua vez, recebeu 486 consultas administrativas e, dessas, 64 processos foram judicializados. Em 22 ações ajuizadas no nível estadual havia gestão compartilhada com o município (Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, 2016; Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, 2016).

Nesse campo, importa destacar a existência de correntes de pensamentos distintas: a que entende pela responsabilidade solidária entre os entes e a que entende pelo respeito às competências definidas em legislação infraconstitucional e explicitadas em normativa infralegal. Silva (2015) debate a importância de se estudar o federalismo de cooperação na área de saúde. Segundo a autora, a soma de todos os esforços, por parte dos níveis de governo,

é que pode garantir a saúde para os brasileiros. Todavia, pondera que para esse modelo de federalismo funcionar é fundamental que as atribuições de cada ente seja bem definida, de modo não haver vazios assistenciais e nem sobreposição de tarefas. Dresch (2015) indica também que as resoluções e as portarias editadas pelo SUS devem ser observadas inclusive na proposição de demandas judiciais pelo direito à saúde.

A tese da solidariedade dos entes federativos no cumprimento das prestações de saúde é um tipo de interpretação legal que decorre das competências e atribuições comuns dos entes federativos relativas ao cuidado da saúde estabelecidas constitucionalmente (Art. 23 da Constituição Federal) e na Lei Federal nº. 8.080/ 1990 (Art. 15 e 16) (Brasil, 1988; Brasil, 1990). De acordo com Pepe *et al* (2010), a figura jurídica da responsabilidade solidária representa um instrumento que visa ampliar a garantia do credor de uma prestação em relação àqueles que são co-obrigados a prestá-la. A repercussão prática, no âmbito das ações judiciais em saúde, é que esta tese favorece o acesso mais rápido e efetivo ao bem pleiteado, sem impedir que o ente federativo condenado realize a cobrança das prestações pagas ao ente responsável, conforme pactuações firmadas entre eles, por via judicial ou administrativa.

Entretanto, predomina o entendimento atual, na maioria dos julgados, sobre a obrigatoriedade de o gestor público fornecer todo e qualquer tipo de insumo e serviço de saúde, de forma extraordinária e desregrada ao SUS. Desconsideram-se as políticas públicas de saúde e as alternativas terapêuticas ofertadas pelo SUS, escolhidas por critérios técnicos do melhor conhecimento científico disponível, segurança terapêutica, eficácia, eficiência, efetividade e custo-eficiência na avaliação das demandas judiciais em saúde (Siqueira, 2015). Além disso, partindo da literalidade da norma, o entendimento corrente dos Tribunais Superiores é o de que qualquer prestação de saúde pode ser exigida de qualquer dos entes isoladamente. Isso gera graves distorções, e termina por inviabilizar o correto funcionamento do sistema, em prejuízo do próprio cidadão (Silva, 2015).

A esta discussão são acrescidas questões paralelas, mas não menos importantes para o debate, como a cláusula da reserva do possível, e do mínimo existencial, construções doutrinárias do direito alemão que contemplam a questão material (e financeira) do Estado à realização de direitos fundamentais sociais, debatida como fator limitante na escusa dos entes estatais para a não efetivação dos direitos sociais fundamentais (reserva do possível), em garantia do mínimo existencial, que diferente do mínimo vital, também é expressão de direito fundamental afeto às questões da dignidade humana e sua conseqüente exigibilidade. O mínimo existencial corresponde às condições elementares de educação, saúde e renda que

permitam, em uma determinada sociedade, o acesso aos valores civilizatórios e a participação esclarecida no processo político e no debate público, cabendo ao Estado a prestação jusfundamental (Barroso, 2009). A reserva do possível traduz a ideia de que os direitos sociais a prestações materiais dependem da real disponibilidade de recursos financeiros por parte do Estado, disponibilidade localizada no campo discricionário das decisões governamentais e parlamentares, sintetizadas no orçamento público (Sarlet e Figueiredo, 2008). Tanto o mínimo existencial como a reserva do possível orbitam no princípio da razoabilidade, o que é razoável exigir do Estado, e o que é razoável o Estado realizar (Siqueira, 2015).

Com isso, resta claro que, apesar de essencial à efetiva fruição de direitos, a concretização do direito à saúde por meio do Judiciário, com a distribuição de “recursos naturalmente escassos” em escolhas alocativas, deve sempre ter em conta o Sistema em que tal direito se encontra, sob pena de se mostrar contraproducente.

A responsabilidade solidária dos entes no cumprimento das demandas judiciais de medicamentos também remete à regionalização em saúde. A regionalização do SUS constitui estratégia prioritária do Ministério da Saúde para garantir o direito à saúde, reduzir as desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos e otimizar os recursos, e potencializar o processo de descentralização (Cruz *et al*, 2006). O Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde do Tocantins, adotado em 2006, tem como principal objetivo a consolidação de um sistema de atenção à saúde funcional, resolutivo em todos os níveis, que assegure o fortalecimento do SUS no estado e, ainda, promova a articulação e pactuação entre os três níveis de governo e a implementação dos processos de gestão intergovernamental (Morais, 2014).

Para Araguaína, a questão torna-se ainda mais delicada considerando-se que o Município é uma das macrorregiões de saúde do estado (Macrorregião Norte), composta por 55 municípios. Com isso, a população de abrangência total da macrorregião de saúde pode alcançar quase 2 milhões de habitantes, sendo cerca de 600 mil de abrangência estadual e 1,4 milhão, interestadual (Morais, 2014). Diante dessa problemática, a judicialização de medicamentos e serviços por usuários não munícipes é acompanhada pelo NAT e pela Ouvidoria:

“O NAT deveria acolher as demandas relativas aos pacientes de Araguaína. Algumas vezes a gente recebe algum requerimento de um usuário que vem de outro município, quando a gente fica atenta para responder. Não deixamos de responder a demanda, a prestar a informação técnica, mas informando que o paciente é de outro domicílio, caso seja necessária a judicialização, que seja responsabilizado o ente responsável por esse munícipe.” (Ouvidoria)

A preocupação da abrangência da regional de saúde revela-se também no relato do gestor municipal de saúde:

“A gente não teria custo para tudo e é por isso que vai ter falhas, a conta não vai fechar. A gente tem estimativa de medicamento para a população de Araguaína e a gente não atende só a população de Araguaína. Então, a conta nunca fecha, então a gente vai ter falhas nisso”. (gestor municipal de saúde)

A questão da judicialização da saúde remete fortemente ao financiamento do SUS, entendendo que os recursos à saúde concorrem com os de outras políticas públicas e, mesmo no setor saúde, há prioridades que precisam ser eleitas. Quanto mais insumos e mais tecnologias incorporam-se ao sistema, maior a necessidade de financiamento deste, tendo em vista que os novos medicamentos e serviços dificilmente substituirão os anteriores. Assim, os recursos necessários ao financiamento da saúde, considerando todos os princípios organizacionais do SUS, são crescentes mas limitados, o que coloca em xeque o crescente número de ações judiciais impetradas nos últimos tempos.

Em São Paulo, no ano de 2013, os custos com judicialização corresponderam a 40% do gasto total com assistência farmacêutica, ao custo anual de mais de R\$ 10 mil por paciente (Siqueira, 2015). Levantamento da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul indicou que o custo anual por paciente cadastrado no órgão de distribuição de medicamentos do Componente Especializado foi de R\$ 774,00, enquanto para os pacientes atendidos por decisão judicial, o valor alcançou cerca de R\$ 7.000,00/paciente/ano. Naquele estado, o impacto financeiro da judicialização foi de forma tão intensa que os investimentos passaram a ser cortados e, depois, o próprio custeio das ações de assistência à saúde, até que se implementasse o Núcleo da Procuradoria Geral do Estado e a Coordenadoria de Ação Judicial (Nantes e Dobashi, 2015).

Assim, em matéria de responsabilização tripartite na gestão do SUS, há forte preocupação com a judicialização, especialmente ao se considerar o crescente volume de recursos destinados ao cumprimento das demandas judiciais por todos os entes federados em 2015. Apenas no ano de 2015 o Ministério da Saúde computou 4.252 pedidos de atendimento a demandas judiciais de medicamentos, perfazendo o total de mais de um bilhão de reais naquele ano.

b. Comprometimento

A segunda categoria temática definida a partir da análise dos discursos corresponde à vontade política, na qual se considera o comprometimento dos diferentes atores sociais no

cumprimento de seu papel para a solução das demandas judiciais em saúde. O comprometimento do sistema de justiça, da gestão municipal, do NAT e da Ouvidoria foram destacados, em maior ou menor grau, por todos os entrevistados.

“(...) eu acho que dá um diferencial é esse comprometimento, a começar pelo próprio judiciário. O [*nome do juiz de direito*] deu esse diferencial por conta do empenho pessoal dele. (...) Então, se todo mundo tiver essa consciência, que você não fique só no seu papel, só naquela coisa burocrática ali, mas que você vá além, eu acho que as coisas destravam e andam mais.” (coordenador do NAT)

“Só a resposta, nós nos contentaríamos com o parecer técnico só, dizer qual era a política pública e pronto. Mas não, nós não vamos nos contentar com a resposta, nós vamos procurar dar uma solução, e cada caso é uma situação diferente, uma atitude diferente, uma intervenção diferente, porque cada um é um.” (coordenador do NAT)

Palavras como “boa vontade”, “comprometimento” e “colaboração” foram comuns nos relatos de todos os entrevistados. Elas frequentemente vieram acompanhadas de uma reflexão sobre compromisso social e sobre o diálogo entre os atores políticos. Assim, no caso específico de Araguaína, a vontade política e o diálogo institucional potencializaram a organização de fluxos de atendimento aos usuários, a disseminação de informações sobre o direito à saúde e sobre o funcionamento dos programas de saúde locais e a própria efetivação do direito à saúde judicial e extrajudicialmente, de modo semelhante ao identificado em publicação do CNJ (2015).

No contexto da teoria dos diálogos institucionais exposta, os agentes políticos precisam exercer suas funções, sempre que possível, mantendo diálogos, o que exige uma nova postura dos integrantes dos Poderes do Estado (Schulze, 2015). Essas posturas ficaram evidentes nos relatos apresentados. A conformação de um conjunto de atores sociais com compromisso e boa vontade política é um dos fatores a que o CNJ atribui o sucesso da experiência de Araguaína, condição essa que o Conselho define como fundamental para a replicação da experiência em outra localidade (CNJ, 2015).

c. Validade do arranjo

A última categoria temática remete à discussão da validade do NAT como arranjo para solução dos conflitos existentes entre os Poderes Executivo e Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública. Nessa categoria, foram explorados os resultados decorrentes da implementação do Núcleo, discutiu-se o que funciona e o que não funciona no arranjo, os

desafios a serem superados e a validade do modelo, em especial quanto à sua contribuição para efetivar políticas públicas como a de saúde.

Tabela 2: Resolutividade das demandas administrativas ao NAT nos anos de 2011, 2014 e 2015.

Demandas ao NAT	2011	2014	2015
Consultas administrativas	249	367	486
Processos judicializados	40	62	64
- Liminares deferidas	40	45	38
- Liminares indeferidas		17	26
Resolutividade administrativa	209	305	422

Fontes: Henrique, Brito e Mel, 2013; Prefeitura Municipal de Araguaína, 2016.

Na tabela 2, foram comparados os resultados do NAT desde a sua implementação, em 2011, com o período 2014-15, com o propósito de avaliar o aumento do número de consultas administrativas no período de um ano. Houve aumento de 95% do total de consultas administrativas no período de 2011 a 2015, redução de 3% da judicialização entre 2014-2015 e decréscimo de 13% de indeferimentos nesse mesmo intervalo. Os dados se coadunam com as falas dos entrevistados, que mencionaram o aumento do número de demandas administrativas no período, a crescente redução da judicialização da saúde no município, com aumento da solução administrativa, e a consequente economicidade de recursos.

Quase 90% das consultas ao NAT foram resolvidas na esfera administrativa no ano de 2015, com aumento desse percentual desde a criação do Núcleo em 2011. Resultados positivos da atuação do NAT quanto à redução da judicialização em saúde foram verificados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná e Lajes/ Santa Catarina, indicando que o arranjo é passível de implementação nas diferentes instâncias de gestão do SUS (CNJ, 2015; CONASS, 2015).

A gestão estadual de saúde destaca ainda a celeridade das respostas do NAT como um dos resultados positivos de sua implementação. Um dos promotores de justiça do estado aprofunda os êxitos logrados e menciona também a melhoria das relações institucionais entre Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e advogados; a maior disseminação do conhecimento sanitário na área jurídica; a ampliação do contato com a população para melhor esclarecer a demanda reclamada, bem como prestar orientação acerca do acesso e do fluxo na rede de atenção à saúde. Para esse promotor, a padronização dos NATs com relação à composição e ao funcionamento; a divulgação permanente da experiência dos NATs para os magistrados e o fomento à utilização do NAT como ferramenta indispensável na qualificação das decisões judiciais, com incentivo funcional dos magistrados que proferirem decisões com

base nos pareceres do NAT, são desafios que se colocam para avançar na obtenção de resultados promissores.

Os pontos negativos foram avaliados sob uma multiplicidade de olhares. Para um dos promotores de justiça e para a gestão estadual de saúde, o maior desafio atual está na integração de um profissional médico à equipe do NAT, enquanto o juiz defende a integração de profissional com conhecimento sobre as leis orçamentárias. Para o outro promotor, o maior problema está na necessidade de aprimoramento dos pareceres no quesito científico, o que aumentaria a credibilidade já existente, resultando numa maior utilização do NAT pelo sistema de justiça. A gestão estadual da saúde corrobora essa defesa. Um promotor de justiça citou a necessidade de divulgação e de convencimento da Defensoria Pública, especialmente na propositura de ações individuais; o outro mencionou a importância de uma articulação junto às Corregedorias do Ministério Público, da Defensoria Pública e do próprio Tribunal de Justiça na consulta administrativa ao NAT.

O gestor municipal aponta que sua principal dificuldade é intrasetorial: a comunicação com as superintendências. Os processos de trabalho e fluxos de serviços próprios são, segundo o gestor, os maiores empecilhos para a concretização de uma gestão de saúde que atue de forma sincronizada e colaborativa.

“(…) é a sensibilização de cada estrutura da secretaria para que as pessoas surpreendam o judiciário e não sejam surpreendidos como muitas vezes acontece, para que o usuário seja realmente beneficiado com a nossa intermediação.” (coordenador da Ouvidoria)

Como se vê, a evolução do trabalho do NAT gera necessidades diferenciadas por parte dos atores políticos que orbitam em torno dele. As demandas atuais tendem a ser substituídas por novos desafios, na medida em que a complexidade dos problemas em saúde avança, requerendo a proposição de soluções inovadoras, criativas e dialógicas para o efetivo enfrentamento. Posto isso, retoma-se a tese defendida por Guimarães e Palheiro (2015) de que não existe uma receita única e inafastável das medidas adequadas para enfrentar o problema da judicialização da saúde, mas o reconhecimento de experiências exitosas de outros entes federativos revela-se extremamente relevante para que cada gestor encontre o modelo ideal para lidar com essa questão que afeta todos estados e municípios. Essa tese é idêntica à defendida pelo gestor municipal de saúde:

“Então, cada um tem que analisar a sua realidade, o processo de Araguaína não é igual o processo de Palmas, o processo de São Paulo, nem do Rio de Janeiro, nem do Rio Grande do Sul, existem vários processos diferentes. O que se pode fazer é pegar uma ideia de um processo que estamos construindo aqui ainda, que já existe, que tem solução, pra ver a adaptação e colher a

melhor forma de se utilizar em outro local. Às vezes, copiar a ideia nem sempre traz o melhor resultado esperado.” (gestor municipal de saúde)

Nessa categoria temática ainda foram discutidos a validade do arranjo como solução para o conflito entre a gestão do executivo e o sistema de justiça, além de uma avaliação sobre como o modelo poderia contribuir para efetivar a política de saúde. Os oito entrevistados confirmaram a validade do arranjo para o propósito a que se destina:

“É por meio dele que a Instância Administrativa de Solução de Conflitos em Saúde Pública pode ser criada e fortalecida, resultando na possibilidade de se resolver as demandas na esfera administrativa e contribuir para a desjudicialização da Saúde, como também orientar o usuário a acessar o Sistema, compreender o fluxo e submeter-se às normas protocolares, sobretudo, no campo assistencial.” (promotora de justiça)

De outro lado, o gestor federal considera que, apesar de o arranjo ser considerado legítimo, torna-se fundamental refletir sobre as causas que levam à judicialização no nível local, a fim de que essa possa servir como indicativos ao aperfeiçoamento da gestão. A atual judicialização em saúde pode provocar a produção de respostas pelos agentes públicos do setor saúde, no intuito de suprir eventuais falhas e disfunções da regulação do sistema de saúde e evitar novas demandas judiciais (Siqueira, 2015). Para Sarlet e Capellari, a atuação do poder judiciário, na análise dos pleitos de ações e serviços de saúde, pode ser positiva ao conferir efetividade ao que já existe e não é cumprido (*apud* CONASS, 2015).

“Eu acho que ele é um arranjo válido, mas continuo a dizer que a gente não pode cuidar de aperfeiçoar a judicialização, nós temos que cuidar de atacar as causas da judicialização. Aperfeiçoar a judicialização nos deixa extremamente distantes das causas. O NAT muitas vezes até abandona a causa, fica tão voltado para essa atividade de informar na judicialização que o gestor descuida. (...) Não basta ir lá e ver os dados e isso só servir para pesquisa, tem que servir para mudar a vida do gestor.” (gestor federal)

Em relação ao papel contributivo do NAT na efetivação da política pública de saúde, também se verificou unanimidade acerca desse posicionamento.

“Mas o que se percebe é que o NAT tem freado muito a judicialização desestruturante individual, tem freado muito esse ativismo judicial, e à medida que ele freia esse ativismo judicial, ele está contribuindo com a política pública da saúde *latu sensu*.” (promotor de justiça)

Uma das formas de superação do ativismo judicial nesse campo é a criação de fóruns permanentes de diálogo entre a gestão de saúde e o sistema de justiça. Além do compartilhamento de experiências, informações e ideias sobre a atuação dos advogados públicos do SUS, o fórum pode enriquecer o debate sobre a judicialização da saúde, de modo

a dar novos rumos ao seu atual panorama (Costa, 2015). Esse é um dos objetivos do Comitê Estadual de Monitoramento de Ações em Saúde – CEMAS/TJTO, que tem se destacado com ações inovadoras no campo da prevenção da judicialização e redução dos litígios referentes ao direito à saúde, trabalhando de forma pró-ativa, apoiado pelo TJTO juntamente com a Escola dos Magistrados do Tocantins-ESMAT, com a promoção de Fóruns Estaduais do Judiciário para a Saúde (Prefeitura Municipal de Saúde, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A judicialização em saúde é assunto candente na comunidade jurídica, na comunidade médico-farmacêutica, na Administração e na imprensa. Teve início nos idos dos anos 1990, com pedidos de medicamentos para tratamento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e segue nos dias de hoje especialmente com foco em medicamentos.

O sistema de justiça é o guardião dos direitos sociais, inclusive do acesso à saúde de forma universal, integral, resolutiva, humanizada e equânime, assegurado pela Constituição e em normativos infraconstitucionais. Entretanto, no encontro entre o sistema sanitário e o sistema de justiça, prevalece a decisão judicial. A partir disso, a população tem se valido do sistema de justiça para executar essa prestação, ou seja, o Judiciário tem sido provocado a coagir a gestão do SUS, em todos os níveis de gestão, a cumprir o dever que a Constituição lhe impõe, garantindo, assim, o exercício do direito à saúde.

Do outro lado do atendimento célere a demandas individuais, a crescente judicialização compromete a previsibilidade de recursos destinados a políticas públicas, o que pode ocasionar escassez de recursos para custear as ações e serviços de saúde já pactuados entre as esferas de governo e a sociedade. Resta, portanto, ao SUS as escolhas alocativas – para as quais deve primar cada vez mais pela eficiência, em fazer melhor com menos recursos, na tentativa de preservar os princípios sob os quais se sustenta.

O exemplo de Araguaína ilustra o percurso histórico de um arranjo que tem sido construído e modelado ao longo dos últimos 5 anos pelos atores políticos que convivem nesse contexto. Resolutividade, caráter consultivo e pedagógico, celeridade, comprometimento, imparcialidade, organização, sustentabilidade e inovação são características que marcam o Núcleo em estudo. O modelo, passível de ser replicado para outros municípios do país, consideradas as devidas adaptações, estrutura-se a partir da oitiva do gestor pelo sistema de justiça e evidencia que a superação dos desafios cotidianos só é possível quando há o espaço institucional para o diálogo e há vontade política de todos os envolvidos.

O SUS representa a mais importante instituição jurídica do Direito Sanitário brasileiro, integrando e organizando todas as outras que fazem parte do universo sanitário no país. É um sistema complexo, descentralizado, compartilhado, regionalizado e, para conseguir lidar com tantas complexidades, os tribunais precisam de meios de encadear e equilibrar sua atuação de forma a ser mais condizente com as políticas estabelecidas. Assim, qualquer imposição de política pública em matéria de saúde por agentes externos ao sistema, desconsiderando as

vocações de cada ente e mesmo a distribuição orçamentária calcada no plano previamente traçado por lei, pode representar serio obstáculo à consecução dos seus objetivos, comprometendo, por fim, a saúde dos usuários a quem cabia proteger.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, B. The storrs lectures: discovering the constitution. Yale Law Journal, v. 93, 1984.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 5. ed. Lisboa (PT): Edições 70, 2009.

BARROSO, LR. Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo. Revista Jurídica da Presidência 2010: 12 (96).

BRANDÃO, R. Supremacia judicial versus diálogos constitucionais: a quem cabe a última palavra sobre o sentido da Constituição? Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

BRASIL. Constituição Federal da República Federativa do Brasil. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.916, de 30 de Outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. v. I. 2ª Ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Lei nº 12.240, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. 2011b.

CARVALHO, ER. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. *Rev. Sociol. Polít.* 2004; 23: 115-126.

CASTRO, KRTB. Os juízes diante da judicialização da saúde: o NAT como instrumento de aperfeiçoamento das decisões judiciais na área da saúde. Dissertação. Mestrado - Fundação Getúlio Vargas Direito Rio. Rio de Janeiro, 2012. 85 f.

CÉSAR, JBM. A audiência pública como instrumento de efetivação dos direitos sociais. *RVMD*, 2011; 5 (2): 356-84.

CLÈVE, CM; LORENZETTO, BM. Diálogos institucionais: estrutura e legitimidade. *Revista de Investigações Constitucionais* 2015; 2 (3): 183-206.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução CIT nº 01/2013. Brasília, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação nº 31, de 31 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução de demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Brasília, 2010a.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Brasília, 2010b.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação nº 36, de 12 de julho de 2011. Recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar mais eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar. Brasília, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Direito à Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

COSTA, IS. Estão os representantes judiciais da Fazenda Pública preparados para enfrentar a judicialização da saúde? Da necessidade de especialização da Advocacia Pública nas demandas em saúde. Brasília: CONASS, 2015.

CRUZ, R *et al.* Marco teórico para a reflexão sobre as desigualdades regionais: uma breve revisão de literatura. Revista de desenvolvimento econômico (RDE) 2006; 3: 54-66.

DRESCH, RL. O acesso à Saúde Pública e a eficácia das normas de regulação do SUS. Brasília: CONASS, 2015.

FERRAZ, OLM; VIEIRA, FS. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. s/ data.

FERREIRA, DC. Judicialização das políticas públicas, a crise fiscal do Estado e a teoria dos custos dos direitos. Monografia. Curso de pós-graduação de Direito Constitucional da Escola de Direito de Brasília - EDB/IDP. Brasília, 2016.

FERREIRA, SL; COSTA, AM. Núcleos de Assessoria Técnica e Judicialização da Saúde: constitucionais ou inconstitucionais? Rev. SJRJ 2013; 20 (36): 219-240.

GANDINI, JAD; BARIONE, SF; SOUZA, AEA. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. *In: Âmbito Jurídico* 2008: XI, n. 49. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=4182&n_link=revista_artigos_litura. Acesso em 02 de junho de 2016.

GOMES, DF *et al.* Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? Saúde Debate 2014; 38 (100): 139-56.

GUIMARÃES, RCM; PALHEIRO, PHM. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

HENRIQUE, MC; BRITO, JOB; MEL, MDSM. Eficiência na solução das demandas de judicialização da saúde na Comarca de Araguaína-TO. Cad. IberAmer. Direito. Sanit., 2013; 2 (2): 320-38.

HIRSCHL, R. The Judicialization of Mega-Politics and the Rise of Political Courts Annu. Rev. Polit. Sci. 2008. 11: 93-118.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico de 1960, 1970, 1980, 1991, 2000, 2010, 2013. Dados gerais. Disponível em: <http://www.ibge.br/censo/>. Acessado em: 10.04.2016.

MACHADO, MAA *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. Rev Saúde Pública 2011;45(3):590-8.

MEDEIROS, BA. Ativismo, delegação ou estratégia? A relação interpoderes e a judicialização no Brasil. In: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Gestão pública e desenvolvimento. Orgs: José Celso Cardoso Jr; Roberto Rocha C. Pires. Brasília: IPEA, 2011. p. 232-42.

MENDES, AM. Pesquisa em Psicodinâmica: a clínica no trabalho. In: MENDES, Ana Magnólia (Org). Psicodinâmica do Trabalho: Teoria, Método e Pesquisa. São Paulo (BR): Casa do Psicólogo, 2007. p. 65-87.

MINAYO, MCS; ASSIS, SG; SOUZA, ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo (BR): Hucitec, 2006.

MORAIS, IA. Araguaína (TO): enquanto cidade média no contexto regional. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2014. Brasília, 2014. 130f.

NANTES, LFL; DOBASHI, BF. A experiência da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul no enfrentamento das ações judiciais em saúde. Brasília: CONASS, 2015.

PEPE, VLE. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2010; 26 (3): 461-71.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUAÍNA. Portaria nº 52, de 23 de julho de 2013 - Regulamenta o funcionamento do Núcleo de Apoio Técnico – NAT na Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína-TO e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Araguaína, Estado do Tocantins. Ano II, Ed. nº 398, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUAÍNA. Portaria nº 9, de 25 de março de 2014 - Dispõe sobre a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Diário Oficial do Município de Araguaína, Estado do Tocantins. Ano III, Ed. nº 563, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUAÍNA. Núcleo de Apoio Técnico – NAT. [cartilha]. Araguaína/TO, maio de 2015 (no prelo).

SARLET, IW; FIGUEIREDO, MF. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível. Porto Alegre: Livraria do Advogado 2; 2008: 11-53.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO/ OUVIDORIA DO SUS MUNICIPAL. Relatório anual referente ao período de janeiro a dezembro de 2014 e 2015. Araguaína/ TO: 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO. Relatório anual - 2015. Palmas/ TO: 2016.

SCHULZE, CJ. Judicialização da saúde: importância do conjunto probatório e da oitiva do gestor. Brasília: CONASS, 2015.

SILVA, MFCF. A importância de delimitação de atribuições a fim de garantir maior efetividade na prestação de serviços definidos como de competência comum. Brasília: CONASS, 2015.

SIQUEIRA, PSF. Judicialização em Saúde no estado de São Paulo. Brasília: CONASS, 2015.

SPINETTI, SR. A ouvidoria nos três níveis de gestão da saúde [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

STRECK, LL. O que é isto, o ativismo judicial, em números? In: *Conjur*. Disponível em: http://www.conjur.com.br/2013-out-26/observatorio-constitucional-isto-ativismo-judicial-numeros#_ftn1_7788. Acesso em 25 de março de 2016.

TEIXEIRA, AV. Ativismo judicial: nos limites entre racionalidade jurídica e decisão política. *Revista Direito GV* 2012; 8(1): 37-58.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. Termo de Cooperação Técnica nº 01/ 2013. Termo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins e a Prefeitura Municipal de Araguaína – Secretaria Municipal de Saúde, com o intuito de fornecer subsídios técnicos aos magistrados nas ações que tenham por objeto compelir o município de Araguaína ao fornecimento de medicamentos, insumos para saúde, exames, diagnósticos, tratamentos médicos e insumos nutricionais. Palmas/ TO, 21 de maio de 2013.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS. Termo de Cooperação Técnica nº 04/ 2013. Termo de Cooperação Técnica que entre si celebram o Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins e o Governo do Estado do Tocantins, por meio da Secretaria da Saúde. Palmas/ TO, 10 de junho de 2013.

VALLINDER, T; TATE, CN. The Global Expansion of Judicial Power: The Judicialization of Politics. New York: New York University, 1995.

VELOSO, JRS, BA. Uma proposta de harmonização dos conflitos entre os Poderes por meio da compreensão do Instituto Jurídico do Planejamento, do Ativismo Judicial, do Ato e Processo Administrativo. In: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Gestão pública e desenvolvimento. Orgs: José Celso Cardoso Jr; Roberto Rocha C. Pires. Brasília: Ipea, 2011. p. 105-26.

VIEIRA, FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. Rev Saúde Pública 2008: 1-5.

VIEIRA, FS; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev Saúde Pública 2007; 41(2): 214-22.

XIMENES, J. A judicialização da política como problemática de pesquisa. IDP, s/ data (no prelo).

ZANETTI JR, H. A teoria da separação de poderes e o Estado democrático constitucional. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (ed). O controle jurisdicional de políticas públicas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2013. p. 33-72.