



MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MESTRADO PROFISSIONAL EM
AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

SANDRA ZOTTI

JUDICIALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM ORTOPEDIA NO
ÂMBITO DO SUS: UM ESTUDO DE CASO DO INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

RIO DE JANEIRO

2020

SANDRA ZOTTI

JUDICIALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM ORTOPEDIA NO
ÂMBITO DO SUS: UM ESTUDO DE CASO DO INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde do Instituto Nacional de Cardiologia, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Rosângela Caetano

Co-orientadora: Msc. Kátia Marie Simões e Senna

Rio de Janeiro

2020

Z89j Zotti, Sandra.

Judicialização de procedimentos cirúrgicos em ortopedia no âmbito do sus: um estudo de caso do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia / Sandra Zotti. – Rio de Janeiro, 2020.

104 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde) Instituto Nacional de Cardiologia – INC

1. Judicialização da Saúde. 2. Demandas Judiciais. 3. Procedimento cirúrgico ortopédico. I. Título.

SANDRA ZOTTI

**JUDICIALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM ORTOPEDIA NO
ÂMBITO DO SUS: UM ESTUDO DE CASO DO INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias em Saúde, do Instituto Nacional de Cardiologia, como requisito à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Aprovada em: 18/02/2020

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Rosângela Caetano
Instituto de Medicina Social da UERJ
Orientadora

Prof. Katia Marie Simões e Senna
Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde do INC
Co-orientadora

Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Edais Pepe
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/Fiocruz

Prof. Dra. Mirian Ventura da Silva
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ

Prof. Dr^a. Marisa Silva Santos
Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde do INC

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela saúde e força para superar os obstáculos.

Ao meu marido e filho pelo amor, paciência e apoio.

Aos meus pais e familiares por todo apoio e incentivo.

As minhas queridas orientadoras Rosangela e Katia, pela paciência, apoio, disponibilidade e pela oportunidade de me apresentarem novos horizontes e luz na minha vida pessoal e profissional.

Ao INTO, pelo apoio, viabilização e disponibilização dos dados e a todos meus colegas que direta ou indiretamente contribuíram.

As amigas que ganhei durante esse trabalho, Quenia e Grasiela, por toda força e incentivo.

Aos meus professores do curso de ATS do INC por todo conhecimento transmitido.

Aos meus colegas de turma pela amizade e carinho.

Aos membros da banca examinadora por aceitar o convite e contribuir na discussão acerca do trabalho.

“Na vida ficam três coisas: a certeza de que estamos sempre começando, a certeza de que é preciso continuar e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminarmos. Devemos fazer da interrupção um caminho novo, da queda uma dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro”.

Fernando Sabino

RESUMO

Introdução: A judicialização da saúde consiste na busca do cidadão, por meio do sistema judiciário, de garantir seu direito à saúde, previsto pela Constituição Federal de 1998. Há vários estudos abordando o fenômeno da judicialização de medicamentos, mas há escassez de trabalhos científicos e acadêmicos sobre a judicialização de procedimentos clínicos e cirúrgicos, embora façam parte do rol de ações ofertadas pelo SUS. **Objetivo:** Neste estudo objetivou-se analisar as demandas judiciais para realização de procedimentos cirúrgicos ortopédicos, considerando o perfil, o resultado de cada ação judicial recebida e os efeitos da judicialização de cirurgias ortopédicas no funcionamento dos serviços do hospital, em particular no que se referem as dificuldades de acesso e ao longo tempo de espera para tratamento cirúrgico no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad, no período entre janeiro de 2014 a dezembro de 2017. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, de natureza documental, realizado por meio da técnica de análise documental dos expedientes administrativos dos processos judiciais, complementado pelo exame dos prontuários médicos e pelo Sistema de Gestão Hospitalar – MV – módulo internação, na forma de estudo de caso único, tendo como lócus o INTO. Foram avaliadas variáveis referentes à natureza do processo judicial, ao perfil dos beneficiários e as características dos procedimentos cirúrgicos solicitados judicialmente. Foi mensurado como o intervalo de tempo (em dias), o período entre a entrada da demanda no INTO e sua finalização/atendimento. Os procedimentos cirúrgicos ortopédicos foram classificados de acordo com a Tabela Unificada de Procedimentos, Órteses, Próteses, Medicamentos e Materiais Especiais do SUS. As indicações clínicas foram classificadas com base no Código de Classificação Internacional de Doenças (CID-10). **Resultados:** No período estudado, foram encontrados 1.886 processos, sendo 1.175 relacionados ao objeto saúde. Destes processos, 109 eram ações ajuizadas, predominantemente de cunho individual, solicitando exclusivamente procedimentos cirúrgicos ortopédicos. Houve deferimento em todas as demandas ajuizadas. A União foi citada como réu em 70% das demandas e o INTO foi acionado em 31,2%. Houve prevalência do sexo masculino nos beneficiários das ações (59,6%), 45% apresentavam idade acima de 60 anos, e 51,2% eram aposentados e donas de

casa. A grande maioria dos beneficiários residia no Estado do Rio, sobretudo no município do Rio de Janeiro (54,2%). Os procedimentos cirúrgicos mais requisitados foram as artroplastias de quadril e de joelho (47,7%). A grande maioria das ações ajuizadas foi atendida (86,2%). Identificou-se que 77,1% dos demandantes já possuía matrícula no INTO. Observou-se um intervalo de tempo de atendimento menor para os beneficiários que não possuíam matrícula no INTO. O estudo suporta a hipótese que a principal motivação dos cidadãos em recorrer a justiça foi o longo tempo de espera nas filas para realização de cirurgias e a dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde. Demandas Judiciais. Procedimento cirúrgico ortopédico.

ABSTRACT

Introduction: Health judicialization consists in the search by citizens, through the judiciary system, to guarantee the access to healthcare, as established in the 1988 Federal Constitution. Many studies analyse the judicialization phenomena regarding medications, but just a few scientific and academic studies focus on the judicialization asking for clinical and surgical procedures, although these are also offered by the public system. **Objective:** The goal of this study was to analyze the judicial demands for orthopedic surgical procedures, according to the profile, the outcome of each lawsuit and the impact of judicialization in the hospital's operational routine, especially regarding the difficulties of access and the waiting time for surgery in the National Institute of Traumatology and Orthopedics Jamil Haddad (INTO) in the period between January 2014 and December 2017. **Methods:** An exploratory, descriptive, retrospective study, involving documental analysis of administrative files of judicial documents, complemented by the evaluation of medical records and database information of the Hospital Administration System (MV) – Inpatient package, through single case study, located at INTO. The study analyzed the nature of the lawsuit, the profile of the beneficiary and the characteristics of the surgical procedures demanded on justice. The time lapse between entry of the demand and the realization of the surgery at INTO was measured in days. Orthopedic surgical procedures were classified according to the Unified Table of Procedures, Orthosis, Prosthesis, Medications and Special Materials of SUS. Clinical indications were classified based on the International Classification of Diseases (ICD-10). **Results:** In the period analyzed, a total of 1,886 lawsuits were found, 1,175 related to healthcare. Among those, 109 demanded surgical procedures, with the predominance of Individual lawsuits. All the demands were granted by justice. The State was the defendant in 70% of the cases and INTO in the 30% remaining. Males predominated (59.6%) among the beneficiaries, 45% were over 60 years old and 51.2% were retired and housewives. Most of them live in the state of Rio de Janeiro, mainly in the city of Rio de Janeiro (54.2%). Arthroplasties of the hip and of the knee (47.7%) were the most common surgical procedures demanded. Most of the lawsuits were fulfilled (86.2%). A lower time lapse was observed for those patients not registered at INTO. The study supports the hypothesis that the main motivation for the citizens to seek

justice was the long-time delay in the waiting list for surgery and the difficulty in obtaining access to the health system.

Key words: Health judicialization; orthopedic surgical procedure; surgical demands.

.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Participação do INTO na realização de procedimentos de alta complexidade em ortopedia, de 2014 a setembro de 2019..... 46

Gráfico 2 - Proporção de demandas judiciais relacionadas à saúde segundo objeto da ação presente nos ofícios e ano, INTO, 2014-2017 63

QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos objetos presentes nas demandas judiciais em saúde 56

FIGURAS

Figura 1 - Etapas da seleção e categorização das demandas judiciais relacionadas a procedimentos em saúde 55

LISTA DE TABELAS

TABELAS

Tabela 1 - Valores gastos pelo Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos e insumos para cumprir decisões judiciais, de 2008 a 2015	23
Tabela 2 - Valores gastos pelo Ministério da Saúde, 2012-2014, referente a depósitos em contas judiciais, pagamentos diretos a beneficiários de decisões judiciais e pagamento a entidades privadas e fundos de saúde	24
Tabela 3 - Procedimentos relacionados à saúde julgados em São Paulo, nos anos de 2014 e 2018 (até 10/05/2018)	26
Tabela 4 - Descrição dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, Brasil, conforme classificação na Tabela Unificada do SUS, 1999-2009 (N = 633).....	33
Tabela 5 - Ações Judiciais originadas na Defensoria Pública do Distrito Federal/Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde (NSDP/ NAJ) referente a novembro de 2014 a março de 2015 segundo objeto da demanda	39
Tabela 6 - Comparativo de Estrutura e Performance - INTO (dez 2011- dez 2016)	44
Tabela 7 - Quantidade, total e nos três maiores Centros de Atendimento do INTO, segundo situação dos pacientes, setembro de 2015.....	48
Tabela 8 - Quantidade, total e nos três maiores Centros de Atendimento do INTO, de pacientes aguardando por cirurgia há 5 anos ou mais, setembro de 2015	48
Tabela 9 – Demandas judiciais relacionadas especificamente com objetos relativos à saúde, INTO, 2014-2017.....	62
Tabela 10 – Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo a origem das informações, INTO, 2014 a 2017	64

Tabela 11 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo principais características processuais, INTO, 2014 a 2017.....	65
Tabela 12 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo o tipo de solicitação, presentes nos ofícios e busca ativa, INTO, 2014-2017	66
Tabela 13 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo beneficiários com matrícula no INTO, 2014-2017	66
Tabela 14 - Demandas judiciais de procedimento cirúrgico ortopédico segundo beneficiários por sexo, INTO, 2014-2017.....	67
Tabela 15 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo faixa etária (anos) dos beneficiários, INTO, 2014-2017	67
Tabela 16 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo proporção da população por ocupação, INTO, 2014-2017	68
Tabela 17 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo proporção das ações por regiões de saúde, INTO, 2014-2017.....	69
Tabela 18 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo categorização dos procedimentos cirúrgicos.....	70
Tabela 19 - Situação final (examinada em 15/08/2019) das demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico, INTO, 2014-2017.....	71
Tabela 20 - Intervalos de tempo (em dias) para pacientes que tiveram sua demanda judicial por procedimento cirúrgico ortopédico solucionada, segundo condição de matriculados previamente ou externos ao INTO, 2014-2017.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGU	-	Advocacia Geral da União
AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AR	-	Aviso de Recebimento
ATJ	-	Artroplastia Total do Joelho
ATQ	-	Artroplastia Total do Quadril
CID	-	Código Internacional de Classificação de Doenças
CNJ	-	Conselho Nacional de Justiça
CNRAC	-	Central Nacional para Referência em Alta Complexidade
CPI	-	Comissão Parlamentar de Inquérito
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
INTO	-	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
NSDP/NAJ	-	Defensoria Pública do Distrito Federal/Núcleo de Assistência Jurídica
REMATO	-	Rede Nacional de Avaliação de Implantes Ortopédicos
RENAME	-	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SESABA	-	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SES/SP	-	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SES		Secretaria Estadual de Saúde
SER	-	Sistema Estadual de Regulação
SIA/SUS	-	Sistema de informação Ambulatorial do SUS
SIH/SUS	-	Sistema de informação Hospitalar do SUS
SIGTAP	-	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese, Prótese e Medicamentos Especiais do SUS
SISREG	-	Sistema Nacional de Regulação
STF	-	Supremo Tribunal Federal
SUREG	-	Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação de Atenção à saúde
SUREGS/DIREG	-	Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação de Atenção à saúde/Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde

SUS	-	Sistema Único de Saúde
TAC	-	Termo de Ajuste de Conduta
TCU	-	Tribunal de Contas da União
TJ	-	Tribunal de Justiça
TJDFT	-	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Território
TRF	-	Tribunal Regional Federal
UCI	-	Unidades de Cuidados Intensivos
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA	20
1.1. A Judicialização da Saúde no Brasil: problema complexo e com tendência crescente .	20
1.1.1 Alguns números da judicialização em saúde no país	22
1.1.2. Judicialização em saúde no Brasil: algumas causas e consequências	26
1.2 Judicialização de Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos no SUS.....	31
1.2.1. A demanda por procedimentos clínicos e cirúrgicos no SUS e as listas de espera	35
2. INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA: LÓCUS DO ESTUDO	41
2.1. Organização e Estruturação da Lista de Espera no INTO.....	47
3. OBJETIVOS.....	52
3.1 Geral.....	52
3.2. Específicos	52
4. MÉTODO	53
4.1. Tipo de Estudo.....	53
4.2. Objeto de estudo.....	53
4.3. Período de Estudo	53
4.4. Fontes de Dados.....	53
4.5. Etapas do Estudo.....	54
4.6. Aspectos Éticos e Legais	60
5. RESULTADOS.....	62
5.1. Demandas judiciais para procedimentos cirúrgicos apostas ao INTO 2014-2017	65
5.1.1 Características das ações judiciais	65
5.1.2 Características dos beneficiários.....	66
5.1.2 Origem dos processos judiciais	68
5.1.3 Procedimentos cirúrgicos ortopédicos demandados judicialmente	69
5.1.4 Situação final da demanda judicial	70
5.5 Intervalos de Tempo.....	71
6. DISCUSSÃO.....	73
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
8. REFERÊNCIAS	89

APÊNDICE I - Instrutivo para Seleção e Extração de Dados	95
ANEXO I – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	100
ANEXO II – Formulário de Autorização para Consulta de Processos com a finalidade de Pesquisa Científica - Prontuários	103
ANEXO III – Formulário de Autorização para Consulta de Processos com a finalidade de Pesquisa Científica - Processos.....	104

APRESENTAÇÃO

O trabalho desenvolvido nesta dissertação tem, por temática de base, a judicialização em saúde no Brasil e, por foco, este fenômeno no que tange a procedimentos de natureza clínica ou cirúrgica no Sistema Único de Saúde (SUS), de abordagem ainda incipiente nos estudos relativos a essa questão.

De forma mais específica, foi analisada a judicialização de procedimentos clínicos e cirúrgicos ortopédicos em pacientes adultos acima de 18 anos, a partir de um estudo de caso referente às demandas judiciais recebidas pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), centro nacional de excelência no tratamento de doenças e traumas ortopédicos, de média e alta complexidade. E optou-se por se concentrar nas ações judiciais recebidas no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017, quando os sistemas de informação institucional criados para lidar com a judicialização na Unidade já estavam estruturados, podendo assim garantir a factibilidade e uma melhor qualidade e confiança nos dados obtidos, ao mesmo tempo em que se mantinha relativa atualidade do observado.

Demandas por procedimentos de ortopedia tem se elevado nos últimos tempos, em relação direta com as dificuldades de acesso e o aumento de tempo nas filas de espera por esses atendimentos no SUS. Como servidora do INTO, tenho vivenciado um aumento crescente de demandas judiciais direcionadas ao hospital nos últimos anos, solicitando antecipação de cirurgias e outros tipos de atendimento.

Existe uma necessidade premente de tentar melhor compreender a magnitude e as causas e consequências desse fenômeno, para ajudar o Instituto a lidar com essa problemática, que envolve gestores, médicos, pacientes e outros autores nesse processo. Um estudo sobre essa realidade institucional pode, ademais, trazer subsídios que ajudem na mensuração e no entendimento dos impactos que esse movimento produz na gestão da assistência hospitalar e contribuir para o debate sobre a intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas, especialmente nas filas de espera por cirurgia ortopédica.

Além disso, pesquisando sobre a judicialização da saúde, percebi que, em sua grande maioria, os estudos e publicações que abordam o fenômeno são relacionados quase que exclusivamente à assistência farmacêutica. Embora façam parte do rol de ações ofertadas pelo SUS, há significativa escassez de estudos

sobre judicialização de procedimentos clínicos e cirúrgicos no país, o que me motiva também a examinar e gerar conhecimento sobre a temática.

Essa dissertação encontra-se estruturada em sete capítulos. Inicialmente, é trazida uma contextualização do tema, que aborda brevemente o fenômeno da judicialização em saúde no Brasil, com maior ênfase para o universo das demandas judiciais relativas a procedimentos clínicos e cirúrgicos, foco desse trabalho. O INTO, lócus do estudo, é apresentado a seguir, com destaque para o processo de organização e estruturação das filas de espera pelos procedimentos na Instituição. Na sequência, os objetivos do trabalho e os caminhos metodológicos empreendidos são trazidos, como é usual nos trabalhos acadêmicos. Os resultados encontrados são dispostos em seções, que buscaram sumarizar as principais características dos processos judiciais e dos beneficiários, bem como dos principais procedimentos solicitados, resolução das demandas e impacto destas nos diferentes intervalos temporais envolvidos. Após a discussão dos resultados encontrados, uma conclusão sucinta traz algumas recomendações advindas do observado.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA

As considerações a seguir objetivam contextualizar brevemente o processo de judicialização à saúde no Brasil, as demandas judiciais de procedimentos clínicos e cirúrgicos ortopédicos no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, e as consequências relativas às demandas judiciais, uma vez que já existe um longo período de espera para a realização dos procedimentos cirúrgicos.

1.1. A Judicialização da Saúde no Brasil: problema complexo e com tendência crescente

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196^o, declara que a saúde é direito fundamental de todos e dever do Estado, expressando o compromisso deste em garantir a todos os cidadãos o pleno direito à saúde, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e agravos bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de cuidados de saúde (1).

Com a finalidade de regulamentar o artigo 196^o da Carta Magna, foi criada, em 1990, a Lei nº 8.080 — Lei Orgânica da Saúde, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispôs acerca de suas características e custeio. No seu artigo 2^o e § 1^o, a referida Lei reitera o dever do Estado em promover a assistência devida à saúde:

Art. 2^o. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1^o. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde prestados pelo Estado, seja por meio da administração direta como pela administração indireta (2).

A mesma Lei nº. 8080, em seu Art. 4^o, afirma que o SUS é constituído pelo “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público” (2). Esse Sistema se organiza em torno de um

conjunto de princípios, que inclui:

- a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- a integralidade de assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Apesar de previsto na Carta Magna e na legislação infraconstitucional, este direito nem sempre é efetivado na prática. Porque a saúde é um direito social fundamental, se torna passível de ser tutelado via poder judiciário, caso o Estado não promova as condições necessárias à sua completa realização. Essa possibilidade de demanda está prevista no artigo 5º da Carta Magna, que dispõe que a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário, lesão ou ameaça ao direito (1). Nesse caso, a concepção subjacente a ideia de direito é a assistência terapêutica individual, e os medicamentos produtos e serviços de saúde, internações e cirurgias a faceta em que esse direito à assistência terapêutica individual se consubstancia e pode ser exigido do poder público (ou de entidades privadas, no caso da saúde suplementar).

Como resultado do disposto legalmente, nas últimas décadas, no Brasil, o Poder Judiciário cada vez mais tem assumido o papel de protagonista em questões que envolvem a efetivação de direitos consagrados na Constituição, principalmente o direito à saúde. É nesse contexto que a judicialização da saúde revela as reivindicações legítimas dos cidadãos, garantindo e promovendo os direitos da sociedade, amplamente amparados em leis nacionais e internacionais (3).

Os litígios relacionados à saúde no Brasil iniciaram na década de 1990, com reivindicações de fornecimento de medicamentos para tratamento de HIV/AIDS, cuja política específica já existia desde 1985. A demanda judicial por antirretrovirais contribuiu para que esses medicamentos fossem incorporados ao SUS (4).

O sucesso e a incorporação dos antirretrovirais abriu o caminho para que outros tipos de medicamentos, serviços, próteses, órteses, procedimentos, vagas em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entre outros, fossem pleiteadas junto

ao Poder Judiciário. Mesmo com a ampliação do escopo dos objetos da demanda ao longo do tempo, medicamentos persistem sendo o principal item de saúde demandado judicialmente (4).

Desde então, o panorama relativo à judicialização no país tem apresentado um crescimento exponencial das demandas judiciais, ainda que seu dimensionamento completo seja ainda objeto de bastante incerteza, como se verá na seção 1.1.1, mais adiante. Antes disso, porém, vale discutir brevemente algumas causas e consequências desse fenômeno.

1.1.1 Alguns números da judicialização em saúde no país

Embora exista já grande número de estudos empíricos relacionados à judicialização em saúde no país (Vieira e Zucchi, 2007; Ferraz, 2009; Pepe, 2010; Asensi e Pinheiro, 2016; Dias e Silva Jr, 2016; Ramalho, 2016; Wang, 2015), estes trabalhos não possuem representatividade nacional e são, muitas vezes, focados apenas nas demandas judiciais de medicamentos.

Relatório de 2019 da Advocacia Geral da União (AGU) afirmava que inexistem levantamentos precisos, de âmbito nacional, da dimensão do fenômeno da judicialização da saúde e de seus impactos para o SUS e seus usuários. De acordo com o relatório, a partir de dados levantados pela CDJU/DGLIS/DLOG/SE/MS, os gastos globais do Ministério da Saúde, nos últimos 10 anos, com decisões judiciais referente a demanda de saúde, saltou de 70.000.000,00 em 2008, para 1.316.474.877,63 no ano 2018 (5).

De acordo com auditoria operacional do Tribunal de Contas da União – TCU (TC009. 253/32015-7) foram também obtidos dados do Poder Executivo relativos a 2010-2014. Segundo o mesmo relatório do TCU, a participação da União como réu na judicialização da saúde tem se intensificado, observando-se o seguinte perfil: número de ações judiciais federais crescentes; proporção de processo por habitantes maior em estados das regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste; gastos federais crescentes e concentrados, no mesmo período, em três medicamentos¹ que não faziam parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

¹ Elaprase®, Naglazyme®, Soliris®.

Essa tendência de aumento no número de ações judiciais, de mais de 250% no período de 2010 a 2014.

O aumento das ações judiciais tem determinado que a despesa do Ministério da Saúde com a judicialização cresça em ritmo cada vez maior, como mostrado na tabela 1. Os valores gastos pela União para cumprir as ordens judiciais aumentaram mais de 1.300% entre 2008 e 2015, passando de 70 milhões para mais de um bilhão em 2015.

Tabela 1 - Valores gastos pelo Ministério da Saúde com a aquisição de medicamentos e insumos para cumprir decisões judiciais, de 2008 a 2015

Ano	Gastos (em R\$)
2008	70.154.252,00
2009	105.243.741,91
2010	107.083.794,03
2011	208.415.179,50
2012	324.452.876,65
2013	435.097.508,26
2014	698.831.712,49
2015	1.013.331.821,30

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do TCU (6, p. 18), com dados originais obtidos do DLOG/MS

Ressalta-se que esses valores certamente estão subestimados, pois se referem apenas ao cumprimento de decisões judiciais onde foi necessária a aquisição de medicamentos e insumos, mas há outros tipos de gastos não computados tais como depósitos em contas judiciais, pagamento direto a beneficiários e pagamentos a entidades privadas e fundos de saúde. Além disso, os valores não computam casos onde o medicamento não foi adquirido, e sim feita sua retirada por um programa de assistência farmacêutica já existente. A Tabela 2 permite verificar, os gastos mencionados acima. (6).

Tabela 2 - Valores gastos pelo Ministério da Saúde, 2012-2014, referente a depósitos em contas judiciais, pagamentos diretos a beneficiários de decisões judiciais e pagamento a entidades privadas e fundos de saúde

Ano	2012	2013	2014
Depósitos em contas judiciais	43.442.024,22	114.054.087,10	140.928.311,45
Pagamentos diretos a beneficiários de decisões judiciais	31.317.051,93	88.343.852,93	99.300.726,50
Pagamentos a entidades privadas e fundos de saúde	12.124.972,29	25.710.234,17	41.627.584,95
Total	86.884.048,44	228.108.174,20	281.856.622,90

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do TCU (6), com dados originais obtidos do Fundo Nacional de Saúde, peça 99

O relatório de auditoria realizada pelo TCU (TC009. 253/32015-7) de 2017 também sinaliza dúvidas sobre a real dimensão da judicialização da saúde, visto que o perfil, o volume e o impacto da mesma podem ser observados a partir de diversos critérios, que variam de acordo com a fonte de dados (6).

Essa incerteza sobre o dimensionamento do problema ainda persiste. Mais recentemente, pesquisa do Conselho Nacional de Justiça, publicada em 2019 e utilizando metodologia quali-quantitativa, também insiste sobre essa imprecisão (7). O estudo utilizou-se de múltiplas abordagens: (i) informações constantes da numeração padronizada pelo CNJ dos processos indexados como demandas de saúde, obtidas nos tribunais por meio da Lei de Acesso à Informação (Lei n. 12.527/2011); (ii) informações obtidas por meio de busca computadorizada nos sites dos tribunais, seja nos repositórios de jurisprudência, seja por meio de publicação nos Diários Oficiais da Justiça; e (iii) pesquisa qualitativa, fundada em entrevistas semiestruturadas e análise documental. A LAI permitiu a identificação de 498.715 processos de primeira instância, distribuídos entre 17 justiças estaduais², e 277.411 processos de segunda instância, distribuídos entre 15 tribunais estaduais³, no período entre 2008 e 2017. O relatório em questão menciona, contudo, que esses números totais são inferiores aos identificados por Lima Jr. e Schulze em 2018 (8), com dados do CNJ, possivelmente porque não foi possível compilar as informações para a totalidade de tribunais brasileiros.

² A pesquisa obteve dados em formato passível de análise dos seguintes tribunais de primeira instância: TJRJ, TJMG, TJPI, TJAL, TJPE, TJSP, TJMA, TJMS, TJES, TJAC, TJCE, TJRO, TJRN, TJDF, TJMT, TJSC, TJTO

³ Em segunda instância, os tribunais para os quais foram obtidos dados em formato passível de análise foram: TJCE, TJMA, TJRJ, TJPE, TJES, TJSC, TJAL, TJPI, TJMT, TJMS, TJMG, TJAC, TJRO, TJRN, TJTO.

Segundo seu relatório do CNJ de 2019 (7), o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%.

Não só a União é passível de processos judiciais; a judicialização da saúde está presente também nos estados e municípios. Embora a organização do Sistema Único de Saúde se dê mediante uma divisão administrativa regionalizada e hierarquizada com base no critério da complexidade das ações e serviços (2), o Poder Judiciário considera que a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde é solidária entre as três esferas de poder, independentemente das atribuições/divisões administrativas ditadas pela legislação infraconstitucional. Como resultado, não apenas a União é considerada ré, mas a gestão estadual e municipal muitas vezes é arrolada nas demandas. De acordo com dados levantados pelo TCU o impacto da judicialização pode ser ainda mais intenso na esfera estadual do que no federal, em relação ao número de processos judiciais e ao gasto total com itens judicializados.

Balanço do Conselho Nacional de Justiça mostrou que tramitavam na Justiça brasileira, em 2011, cerca de 240.980 processos relacionados a demandas da saúde. A maioria destes processos era de pacientes que buscavam, por meio do Poder Judiciário, o acesso a medicamentos e procedimentos médicos de média e alta complexidade, assim como vagas para internações em hospitais públicos (9).

Só em São Paulo, segundo relatório publicado em 2018 no Anuário da Justiça de São Paulo, o Tribunal de Justiça do Estado (TJ/SP) julgou em um ano mais de 40 mil ações tendo como objeto a saúde, e destes, 14 mil se referiam a processos judiciais da área de saúde pública (10).

Os procedimentos mais solicitados e julgados pelo TJ/SP referentes ao ano de 2014 e aos primeiros cinco meses de 2018 foram contabilizados. Nesse intervalo de tempo, observou-se aumento em todos os tipos de procedimentos, em torno de 40%, com destaque para cirurgia (37,9%) e internação hospitalar (38,5%). Verificou-se, ainda, o surgimento de outras demandas judiciais listadas apenas no ano de 2018, como a consulta com especialista e a cirurgia ortopédica (Tabela 3).

Tabela 3 - Procedimentos relacionados à saúde julgados em São Paulo, nos anos de 2014 e 2018 (até 10/05/2018)

Procedimentos	Ano	2014	2018
		N	N
Tratamento em câmara hiperbárica		1.279	1.992
Consulta médica com especialista		0	1.201
Consulta médica		592	0
Cirurgia		761	1.201
Cirurgia ortopédica		0	1.011
Internação hospitalar		729	1.010
Internação em UTI		0	692
Transferência de hospital		145	670
Internação psiquiátrica compulsória por uso de drogas		209	482
Ressonância		0	340
Fisioterapia		0	338

Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário da Justiça de São Paulo (10), p.39

1.1.2. Judicialização em saúde no Brasil: algumas causas e consequências

O fenômeno da judicialização em nosso país é complexo e tem múltiplas causas e, também, inúmeros efeitos e consequências. Entre as causas listam-se, por exemplo, o crescente envelhecimento populacional, que concorre para o aumento de um conjunto de doenças como câncer, hipertensão, diabetes e neurológicos, que requerem tratamentos complexos e/ou contínuos, o que eleva as despesas com saúde e obriga aos usuários recorrer à Justiça, quando não tem acesso às terapias necessárias. Além disso, as dificuldades financeiras com o crescimento do desemprego e a queda na renda das famílias, decorrentes da crise econômica que o País enfrenta, têm contribuído para aumentar as barreiras de acesso (11).

Por outro lado, o relatório do TCU já citado anteriormente, alerta que “novas tecnologias farmacêuticas e novos tratamentos médicos têm surgido no mercado em uma velocidade maior do que o sistema público de saúde pode acompanhar”. A difusão dessas novas tecnologias tendo sido intensificada e vem utilizando formas contemporâneas de propagação da informação, contribuindo para o aumento de ações judiciais relacionadas à incorporação de medicamentos ou até a realização de tratamentos no exterior, sem que, em muitas situações, sejam acompanhadas de

estudos que estabelecem a eficácia desses recursos terapêuticos, analisem a presença de alternativas disponíveis no SUS ou considerem protocolos e diretrizes que validem o que poderia ser utilizado na prática clínica em nosso País (6).

Além desses fatores já listados, Felipe Machado⁴ agrega quatro elementos principais, relacionados sobretudo à judicialização de medicamentos, mas que em alguns casos se aplicam a outras tecnologias: (i) insuficiência do sistema, correspondendo a casos em que os serviços de saúde não fornecem medicamentos (ou procedimentos) presentes nas listas oficiais do SUS, devido a dificuldades de gestão, problemas de logística, falta de recursos ou burocracia; (ii) vazios assistenciais, referentes, por exemplo, a casos de doenças que não têm protocolos clínicos elaborados pelo SUS; (iii) conflitos entre a evidência científica e opinião médica, relacionados a casos de prescrição de medicamentos *off label*⁵ ou discordantes dos protocolos do SUS; e (iv) mercantilização da saúde, relacionados a situações de indução de incorporação tecnológica ao SUS estimulados por grupos empresariais, em particular da indústria farmacêutica e de setores interessados na incorporação de novas tecnologias ainda não aprovadas para pagamento no SUS e, muitas vezes, nem mesmo registradas no país (12).

Outros autores apontam para a solicitação judicial de medicamentos padronizados em listas governamentais, cujo acesso estaria garantido, o que pode ser explicado pelo desconhecimento das formas de acesso e, também, pela indisponibilidade do produto, pela diferença de forma farmacêutica e apresentação, e, ainda, pela preferência e definição de marca comercial do produto que deve ser fornecido (13, 14,). Essa última situação muitas vezes retarda o tratamento dos pacientes, onera desnecessariamente o SUS e fere o princípio da livre concorrência que orienta as licitações públicas (15)

Em relação a outros produtos para a saúde, a judicialização para obtenção de marcas específicas também se verifica. Relatório do Ministério da Saúde de 2015 refere que a judicialização de acesso a dispositivos médicos no SUS muitas vezes se referem a demandas judiciais para obtenção de modelos ou marcas específicas

⁴ Discussão apresentada pelo autor, intitulada “Rusgas: diálogos sobre judicialização da saúde”, publicada no Blog Saúde com Dilma, disponível em: <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/05/02/rusgas-dialogos-sobre-judicializacao-da-saude/>. Acesso em: 07 jul 2017.

⁵ Uso *off label* corresponde à utilização de um medicamento fora das indicações para as quais ele foi registrado na autoridade sanitária local, no caso, a ANVISA.

de órteses e próteses, com preços supervalorados, a despeito das tabelas de pagamento do sistema público não especificarem modelos ou marcas e conterem valores fixos para cada item tabelado. Esse documento menciona que consulta a 11 secretarias estaduais de saúde e 240 secretarias municipais das 5 regiões brasileiras identificou três aspectos comuns: (i) a judicialização predominante de órteses e próteses ortopédicas em todas as respostas fornecidas; (ii) concentração das ações em próteses ortopédicas, cardíacas, auriculares e de uso no sistema nervoso; e, (iii) a demanda por material já analisado, inclusive pela respectiva sociedade de especialistas, e excluído da tabela do SUS, fazendo supor a presença de relação entre fabricantes e profissionais de saúde que originou um conjunto de investigações policiais (16).

Além disso, é importante também reconhecer que, nos últimos anos, tem se presenciado uma verdadeira “indústria de liminares”⁶, com proliferação de escritórios especializados que passaram a produzir ações em série, induzindo pacientes a litigar contra os planos de saúde e o Governo, tanto no que se refere a medicamentos como a outras tecnologias.

A partir de estudo descritivo baseado nos expedientes administrativos dos processos judiciais com demandas por medicamentos contra o Estado de Minas Gerais, movidos entre outubro/1999 e outubro/2009, Campos Neto sugere possíveis associações entre certos médicos e escritórios de advocacia nas solicitações de alguns medicamentos (18). Carvalho também sinaliza para o campo jurídico este como um dos novos caminhos descoberto pelas indústrias para que médicos atuem em seu favor, com argumento de defesa do direito universal à saúde e dos novos medicamentos e procedimentos médicos (19). O relatório do TCU, já citado em outras partes desse trabalho também faz menção explícita a essas redes de relacionamento entre indústria, sobretudo farmacêutica, associações de pacientes, advogados e médicos, fortalecendo o fenômeno de judicialização da saúde (6).

Essas redes de relacionamento espúrio também estão presentes em relação a outras tecnologias em saúde. Em janeiro de 2015, notícia veiculada pela Rede Globo denunciou a existência de uma “máfia das próteses e órteses” no fenômeno da judicialização pública e privada, relatando que médicos chegam a ganhar cerca

⁶ Segundo Silva e Pimenta (17), “indústria das liminares” é o termo dado ao movimento pelo qual o judiciário é utilizado por empresas privadas como meio para melhor vender seus produtos, e que usualmente opera por meio da parceria entre médicos, clínicas, hospitais e fornecedores.

de R\$ 100.000,00 por mês em esquemas que desviam dinheiro do SUS e encarecem planos de saúde (20). O relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Câmara dos Deputados que investigou o caso da Máfia das Órteses e Próteses propôs a tramitação de um conjunto de quatro projetos de lei para coibir as fraudes no mercado de implantes médicos, relacionados a medidas para modernizar a regulamentação do setor de implantes, barrar práticas comerciais abusivas, tipificar o crime de corrupção privada e dar transparência à relação entre médicos e empresários (21).

Medida de combate ao conflito de interesses envolvendo os profissionais de saúde e as indústrias produtoras de insumos que merece ser mencionada refere-se à Lei nº. 22.440, de 21/12/2016, promulgada pelo estado de Minas Gerais, que instituiu “a obrigatoriedade de as indústrias de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos e implantes declararem as relações com profissionais de saúde, de qualquer natureza, que configurem potenciais conflitos de interesses” (artigo 1º) Segundo este instrumento legal, a indústria deverá publicar anualmente “até o último dia útil do mês de janeiro, o nome do profissional, seu número de inscrição no conselho de classe, o objeto da doação ou benefício e o valor desse objeto ou benefício, por meio de arquivo eletrônico referente a dados do ano-base anterior” (artigo 2º), o que poderia melhorar o controle e transparência na atuação dos médicos. Não foi possível saber, contudo, se isso vem sendo efetivado em Minas Gerais (22)

Os argumentos em defesa e contra a judicialização da saúde tem gerado muitas teses que apontam aspectos positivos e negativos a esse fenômeno. A judicialização pode ser um meio de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, assim como sinaliza para necessidades de melhoria das políticas públicas para a incorporação tecnológica, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública. Entretanto, alguns autores, por mais que defendam a atuação judicial, enfatizam a necessidade de limitações a essa intervenção, porque

Escassas doutrinas jurídicas e sanitárias, excesso de ações judiciais com liminares, sequestro de dinheiro de fundo da saúde, multas pessoais para os secretários da saúde, serviços públicos de saúde insuficientes, subfinanciamento, lobbies corporativos e empresariais, organização administrativo-sanitária deficiente e desencontro de realidades [...] têm gerado insegurança jurídica, temor aos gestores públicos e desorganização sanitária (23, p. 127).

Sobre as consequências negativas da judicialização, tem ocorrido discussões sobre o impacto que a intervenção do Poder Judiciário provoca no orçamento, na gestão pública, na sociedade e na efetivação do direito à saúde. A atuação judicial interfere na alocação de recursos e nas políticas públicas, por vezes com a imposição para as autoridades de saúde acatarem decisões sem conhecimento técnico ou evidências científicas por parte dos juízes e sem a correta avaliação se a unidade de saúde dispõe das condições materiais e de profissionais habilitados a execução do procedimento em questão (24).

Nesse contexto, destaca-se a limitação orçamentária, que implica em transferir valores de programas já aprovados no ano anterior para atender a demandas que beneficiam indivíduos e não a coletividade, sendo algumas dessas ações por medicamentos e procedimentos ainda não regulados ou de eficácia não comprovada. Como os recursos disponíveis são limitados,

A utilização das escassas verbas existentes no atendimento de pedidos especiais coloca em risco a saúde de toda comunidade, resultando em dano ao programa global de assistência do Sistema, podendo gerar resultados catastróficos à população carente, porquanto esta também tem necessidade de medicamentos e assistência em geral, que serão diminuídos com a destinação de recursos a situações particularizadas (25, p. 75).

Sendo assim, o favorecimento a indivíduos ou grupos pode prejudicar o planejamento de políticas de longo prazo, que buscam o benefício de número maior de pessoas, e não garante o acesso à saúde, prejudicando os menos favorecidos, que na maioria das vezes não possuem meios e informações para recorrer à justiça. No caso dos procedimentos cirúrgicos, objeto dessa dissertação, os cidadãos que acessam o sistema de saúde público pela via administrativa acabam sendo prejudicados e muitas vezes perdem o lugar na lista de espera para uma ação judicial, podendo incorrer até mesmo em agravamento do seu quadro clínico, tornando sua assistência mais complexa (26).

1.2 Judicialização de Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos no SUS

Os estudos que tratam da judicialização, tanto do ponto de vista jurídico quanto da gestão do sistema de saúde, tratam com prioridade os medicamentos, apesar de também existir demanda por procedimentos clínicos e cirúrgicos (26, 27).

Um exemplo dessa demanda, que por vezes é significativa, está citada no relatório do TCU de 2017 sobre judicialização da saúde, onde é mencionado que 32% dos processos de primeira instância autuados em 2013 e 2014 no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) diziam respeito a demanda por internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (6).

Pouco é conhecido sobre a judicialização de procedimentos clínicos e cirúrgicos. Após busca em bancos de dados científicos ou especializados da área jurídica, verificou-se uma escassez de estudos que tratam de forma específica da judicialização de procedimentos clínicos e cirúrgicos no SUS, embora façam parte da lista de demandas judiciais. Em sua maioria, são citados como um dos focos das demandas, geralmente em proporção bastante inferior a assistência farmacêutica e não estudados de forma detalhada.

Os estudos de Gomes (26, 27) e Carneiro (28) foram uns dos poucos encontrados que analisaram as demandas judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, razão pela qual são destacados na sequência.

Os trabalhos de Gomes tiveram como *lócus* o estado de Minas Gerais e objetivou investigar as ações judiciais para acesso a procedimentos ambulatoriais e hospitalares no período de 1999 a 2009. A autora identificou, dentre os 6.112 processos judiciais registrados contra o Estado, 783 (12,8%) que se referiam a demandas de 1.002 procedimentos, para atender a 908 usuários. Houve concentração importante (80,8%) da demanda no triênio de 2007-2009. A maioria das demandas teve como autor o próprio beneficiário (61,5%), seguido do Ministério Público Estadual (30,8%), com advogados privados (49,1%) e Defensoria Pública (33,1%) compreendendo os principais tipos de representante judicial. Embora o estado de Minas Gerais fosse réu em 100% dos casos, município (63,1%) e União (22,9%) também figuraram como réus em 793 processos; hospitais foram elencados

réus em 3,8% desses processos. A demanda foi atendida em 78,8% das ações, com indeferimento da demanda estando presente apenas em 13,9% dos pedidos.

Os procedimentos cirúrgicos (37,2%) e com finalidade diagnóstica (26,6%) predominaram dentre as demandas, como pode ser visto na tabela 4 abaixo, retirada do original. Apenas 684 (68,2%) procedimentos continham diagnósticos classificados pela CID-10, verificando-se que as doenças mais frequentemente presentes nas ações se referiam ao aparelho circulatório (26,5%); sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (15%); endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,9%); olhos e anexos (7,4%); e neoplasias (7,2%). Demandas por cirurgias relacionadas ao sistema osteomuscular somaram apenas 6,3% do total de ações. Dentre os subgrupos, destacou-se o de ações relacionadas ao atendimento (14,2%), especificamente relacionado à demanda por internação em UTI.

Um aspecto importante a ser destacado da pesquisa de Gomes (26, 27) foi o alto percentual de cobertura do SUS aos procedimentos clínicos e cirúrgicos solicitados judicialmente, que somados atingiam a 93,6%, ainda que existissem casos não cobertos pelo SUS, como demandas por oxigenoterapia hiperbárica e realização de exames de tomografia de emissão de pósitrons (PET scan). Assim, o fator motivador da judicialização seria a garantia de acesso ao atendimento, obstaculizado pela ausência de vagas, tamanho das listas de espera e demora no atendimento, e outros fatores administrativos.

Tabela 4 - Descrição dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos processos judiciais ajuizados contra o Estado de Minas Gerais, Brasil, conforme classificação na Tabela Unificada do SUS, 1999-2009 (N = 633)

Grupo/Subgrupo	Nº	%
Ações de promoção e prevenção à saúde	1	0,2
Ações coletivas/individuais em saúde	1	0,2
Procedimentos com finalidade diagnóstica	168	26,6
Ultrassonografia, endoscopia, radiologia intervencional	39	6,2
Diagnósticos em especialidades	39	6,2
Ressonância magnética	35	5,5
Coleta de material, laboratorial, clínico, anatomia patológica, teste rápido	33	5,2
Medicina nuclear em vivo, tomografia	22	3,5
Procedimentos clínicos	107	16,8
Consultas/Atendimentos	59	9,3
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	34	5,4
Tratamento em oncologia	4	0,6
Terapias especializadas e fisioterapia	10	1,6
Procedimentos cirúrgicos	235	37,2
Aparelho circulatório	71	11,2
Aparelho de visão	44	7
Sistema osteomuscular	40	6,3
Aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	36	5,7
Outras	44	7
Transplante de órgãos, tecidos e células	2	0,3
Transplantes de órgãos, tecidos e células	2	0,3
Ações complementares da atenção à saúde	120	19
Ações relacionadas ao atendimento ¹	90	13,2
Autorização/Regulação	30	4,7
Total	633	100

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados obtidos do original (26, 27)

Nota: ¹ - Todos os procedimentos classificados nesse grupo referem-se a internações em CTI.

A pesquisa de Carneiro (28) teve como objeto as demandas judiciais individuais de assistência à saúde apresentadas contra a Secretaria de Saúde Pública do Pará (SESPA), no período de 2011-2013. Em um total de 827 ações relativas ao período, foi estudada uma amostra de 257 processos. Destes, 50,1% eram referentes a solicitações de insumos para à saúde, 30,7% à solicitação de medicamentos e demandas por órteses, próteses e materiais especiais correspondiam a 4,6%. Os 129 processos analisados que pleiteavam insumos para a saúde correspondiam a 31 insumos diversos com 276 pedidos; 78 (28,2%) eram

referentes a procedimentos cirúrgicos; 93 demandavam internação — 37 solicitando internação em hospital especializado, 23 (8,3%) internação em UTI e 33 (11,9%) internação sem outras especificações) e 29 (10,5%) relacionavam-se a pedidos de realização de exames, dentre outros. Dentre as demandas por cirurgia, foram solicitados cerca de 50 procedimentos cirúrgicos diversos, com as solicitações de maior representatividade correspondendo a neurocirurgia (11,7%) e cirurgias ortopédicas (9,4%), destacando-se que seis mencionavam apenas procedimento cirúrgico sem qualquer outra especificação. A maioria das demandas judiciais teve como representante judicial o Ministério Público Estadual (44,7%), seguido da Defensoria Pública (40%) e advogados privados (7,7%). Em sua maioria, procediam de comarcas do interior do Estado, sugerindo dificuldades dos municípios menores em ofertarem esses procedimentos, vários dos quais altamente especializados e de elevada complexidade. O prazo de cumprimento da demanda foi especificado pelos juízos em 92,9% ações (239), das quais 123 (51,5%) se referiam a cumprimento imediato.

Outro trabalho relevante de ser mencionado, porque foca exclusivamente em procedimentos, é um estudo interno da Secretaria de Saúde da Bahia (SESA-BA) dos processos jurídicos encaminhados à Superintendência da Regulação (SUREG), durante 2009. No ano em questão, foram encaminhados 110 processos para a SUREGS/Assessoria e 726 processos para a SUREGS/DIREG. Solicitações da Procuradoria Geral do Estado e do Ministério Público predominavam em ambos. Os objetos de solicitação correspondiam a pedidos de internação hospitalar, sobretudo de internação ou transferência para UTI, a pedidos de cirurgias e de exames de alta complexidade (29).

Em estudo realizado por Psanquevisch e Moreira buscando consolidar dados sobre a judicialização da saúde no município de São Paulo entre janeiro de 2017 e setembro de 2018 e os principais resultados obtidos pelas ações governamentais adotadas, foram identificadas 4.190 demandas judiciais em curso, equivalente a 1 processo para cada 3125 habitantes. Destas, 3.955 (94,4%) referiam-se à requisição de medicamento e/ou tratamento e 235 (5,6%) eram relativas à indenização por danos morais e materiais por suposto erro médico. Das demandas judiciais tipificadas como requisição de medicamentos e /ou tratamento, 61% se referiam a medicamentos, materiais médico-hospitalares ou insumos e 39% referiam-se a cirurgias, consultas, tratamentos, internações, transferências para outras unidades

de maior complexidade e/ou UTI (30). Não há menção sobre as especialidades referentes às internações, transferências ou cirurgias.

Apesar da lacuna de informações relatada, é razoável supor que a judicialização de procedimentos clínicos e cirúrgicos se caracteriza por um perfil diferenciado da judicialização de medicamentos. De acordo com vários estudos, há uma estreita vinculação entre escritórios de advocacia e profissionais médicos nas ações relacionadas a medicamentos, mais difíceis de estabelecer em relação a procedimentos

Um aspecto comum aos estudos mencionados é a frequência de demandas por internação, principalmente relacionadas à terapia intensiva, e de procedimentos cirúrgicos, sinalizando para estrangulamentos importantes nas linhas de cuidado de média e alta complexidade e alto custo, que dificultam a integralidade da atenção no SUS. Segundo Bliacherine e colaboradores, o SUS não tem capacidade para atender toda a população, o sistema carece de infraestrutura de qualidade e o financiamento é insuficiente. Esse quadro sinaliza que a judicialização da saúde se estenderá, também, para outros tratamentos, como os procedimentos considerados eletivos (31).

1.2.1. A demanda por procedimentos clínicos e cirúrgicos no SUS e as listas de espera

A distribuição dos recursos pelo SUS segue sendo um dos grandes desafios dos gestores públicos para enfrentar a questão do acesso aos serviços de saúde. No caso de cirurgias eletivas, cujo procedimento pode ser aguardado por um certo período de tempo, é usual a estruturação das chamadas 'filas de espera', que se caracterizam como listas de espera para agendamento de procedimentos, em acordo com a necessidade e requisição do profissional assistente para cada paciente, classificadas por algum critério ou protocolo assistencial.

Segundo Sarmiento Jr,

[...] a fila de espera é uma lista de pacientes que necessitam de um mesmo tratamento ou serviço médico, cuja demanda é maior que a oferta. Metaforicamente, os pacientes na fila habitam uma sala de espera virtual, aguardando um mesmo procedimento, sendo chamados um por vez, de acordo com a ordem da fila. A fila de espera para cirurgias eletivas é uma realidade em muitos hospitais gerais do país, com nuances regionais quanto

aos procedimentos com fila maior ou menor, seja medida em número de pacientes ou em tempo de espera(32, p. 256).

Vários autores consideram que as filas de espera podem ser consideradas como:

[...] a maneira mais eficaz e democrática de organizar uma demanda — desde que siga um ordenamento, obedeça a critérios e, no caso da saúde, leve em conta a situação de risco dos usuários. Do contrário, o fim da fila pode ser apenas o começo do problema (33, p. 112).

Filas de espera para exames e procedimentos não são uma exclusividade brasileira, estando presentes em diversos países (34). Infelizmente, no país, convivem e são agravadas por dois problemas importantes. O primeiro se refere ao tempo que os usuários esperam para obter atendimento, seja para consultas, exames ou procedimentos de média ou alta complexidade ambulatorial ou hospitalar.

O tempo de espera é um indicador de qualidade dos serviços, relacionado a responsividade do sistema de saúde às necessidades de cuidado da população (34). Além disso, o tempo nas filas tem potencial de interferência no processo de cura, tratamento e reabilitação, com consequentes prejuízos à qualidade de vida dos mesmos, além de trazer impactos na vida trabalhista e escolar e na produtividade dos indivíduos. No caso de procedimentos ortopédicos, alguns trabalhos apontam que longos tempos de espera estão associados à piora da dor, da funcionalidade e da qualidade de vida (35, 36, 37). Por fim, longas esperas, que podem se estender a anos, acabam por gerar uma grande demanda reprimida, que favorece a judicialização (35).

O outro problema reside na pouca transparência das listas de espera para consultas, procedimentos e exames no SUS. Não é rotina da gestão a divulgação à população de informações acerca do acesso aos serviços de saúde, ainda que existam exceções em algumas localidades, como é o caso dos estados de Santa Catarina e Goiás e dos municípios de Cascavel/PR, Itajaí/SC e Arujá/SP, onde existem leis que obrigam a publicação, na internet ou no *site* das SES e SMS, das listas de espera dos pacientes que aguardam exames e intervenções cirúrgicas eletivas na rede de saúde, com a possibilidade dos usuários consultarem sua

posição e previsão de atendimento nas listas de espera (33).

A demanda por cirurgias eletivas no SUS, conforme publicado no Portal Brasil pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR), é elevada em todo o Brasil. Segundo esta fonte, em abril de 2017 existiam aproximadamente 800 mil pacientes aguardando a realização de cirurgia, mas esse número é subestimado porque se refere a dados obtidos junto ao Sistema Nacional de Regulação (SISREG)⁷ que à época era alimentado, para cirurgias eletivas, por apenas 2.548 prefeituras e 14 gestões estaduais. A maior demanda dos casos registrados no SISREG era na especialidade de traumatologia e ortopedia (182.003), com significativa expressão também para as cirurgias gerais (161.219) (38).

Pesquisa similar foi realizada pelo Conselho Federal de Medicina em 2017, utilizando-se da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) e baseando-se na solicitação a todas as Secretarias Estaduais de Saúde e também das Capitais brasileiras, da lista atualizada dos pacientes à espera de cirurgia eletiva nos seguintes tipos de procedimentos cirúrgicos: cirurgias cardíacas, ortopédicas, pediátricas, vasculares, do aparelho digestivo, oftalmológicas, oncológicas, neurológicas, plásticas, ginecológicas e urológicas. Foram solicitadas informações sobre o tipo de procedimento, data de entrada na lista, situação do pedido e município de residência. Catorze SES atenderam plenamente o pedido⁸ e duas atenderam parcialmente⁹, com quatro estados informando não dispor de informações (ES, AM, DF e MG). O resultado sinalizava para mais de 801 mil pessoas já com diagnóstico e indicação aguardando na fila do SUS, com cirurgias de catarata (101.469), vesícula (85.874) e varizes (77.374) entre os procedimentos em espera mais comuns. Além disso, existiam pelo menos 750 solicitações de cirurgias eletivas em fila de espera pendentes há mais de 10 anos. Cabe ser mencionado que nem o Estado nem a município do RJ enviaram resposta e seus números, portanto,

⁷ O SISREG é um elemento constituinte central da Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008 e que está organizada em três dimensões integradas entre si: regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência. O SISREG é um sistema criado para o gerenciamento de todo complexo regulador, por meio de módulos que permitem a regulação do acesso de consultas, exames, procedimentos de média e alta complexidade, bem como a regulação das internações de urgência e cirurgias eletivas. Sua utilização, contudo, não tem caráter compulsório.

⁸ Alagoas, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Pernambuco, São Paulo e Tocantins.

⁹ Bahia (apenas ano de 2017) e Rio Grande do Norte (apenas ortopedia)

não estão incluídos nos levantamentos apresentados.(39)

Dada a cobertura incompleta e a existência de múltiplas filas de espera (do estado, das SMS e até dos próprios hospitais), o Ministério da Saúde propôs a criação de fila única para cirurgias eletivas em todas as unidades da federação, com prazos para os gestores estaduais integrarem suas informações aos dos municípios e enviar à pasta a quantidade de pacientes que aguardam pela realização dos procedimentos eletivos. Em maio de 2017, o Ministério da Saúde anunciou a criação da Fila Única de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do SUS, através da Portaria MS nº 1.294, de 25 de maio de 2017 (40), inclusive com incentivo financeiro para estados e municípios que aderissem a esta estratégia nacional. Foi estabelecido prazo para que Estados e Municípios informassem a quantidade de pessoas na fila, havendo promessa de incentivo proporcional à população para realização de mutirões de cirurgias. No início de 2018, nova portaria (Portaria MS nº 163, de 19 de janeiro de 2018) (41), prorrogou o prazo para a execução da estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do SUS, até a competência de julho de 2018. É de valor mencionar que, na lista constante do anexo I que acompanha a Portaria nº 1.294, existem mais de 120 procedimentos cirúrgicos ortopédicos ou ligados ao aparelho músculo esquelético.

Até o presente, contudo, essa fila única não parece ter se efetivado completamente. E o acesso ao conhecimento pelo usuário da 'fila' de pacientes aguardando o procedimento, que seria o elemento fundamental para garantir transparência, também ainda não se encontra completamente estabelecida.

De acordo com matéria publicada por Ângela Pinho, no Jornal Folha de São Paulo, em outubro de 2016, enquanto o Supremo Tribunal Federal (STF) analisa se o SUS deve fornecer determinados tipos de medicamentos, aumentam também o número de pessoas que recorrem à Justiça demandando cirurgias, internações, tratamentos e até consultas. Segundo esta matéria, o número de condenações referentes a demandas por procedimentos apenas no Estado de São Paulo, mais que dobrou no intervalo de cinco anos: de 825, em 2011, para 2.264 em 2016 (até setembro). Nesse período, o procedimento que liderava as demandas judiciais foi a terapia em câmara hiperbárica (1.570), utilizada para melhorar a cicatrização de feridas como as causadas por diabetes, seguida por cirurgias (920) e internações hospitalares clínicas (875) (42).

Em trabalho realizado no Distrito Federal, onde as demandas judiciais por cirurgias são elevadas, Lopes (43) analisou que essas demandas tinham como principal argumento a utilização da Lei Distrital nº 5.419, de 24 de novembro de 2014, que “dispõe sobre a obrigatoriedade do agendamento de cirurgias eletivas dentro do prazo de vencimento dos exames pré-operatórios no âmbito da rede pública de saúde”. Mesmo considerando um curto período de apenas cinco meses de análise, a proporção de demandas por procedimentos cirúrgicos foi significativa (Tabela 5).

Tabela 5 - Ações Judiciais originadas na Defensoria Pública do Distrito Federal/Núcleo de Assistência Jurídica de Mediação e Saúde (NSDP/ NAJ) referente a novembro de 2014 a março de 2015 segundo objeto da demanda

Objeto	Nº de ações	%
UTI	337	40,6
Medicamentos	249	30,0
Cirurgias	204	24,5
Consultas	41	4,9
Total	831	100

Fonte: Elaboração própria a partir de Lopes (43), p. 49

As ações analisadas mostraram um tempo de espera¹⁰, contabilizado entre a solicitação da cirurgia e o ajuizamento da ação junto ao Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, de sete meses a um ano e cinco meses, que pode se traduzir em impacto sobre a saúde do paciente e seu prognóstico, bem como interfere o planejamento da vida do paciente e de seus familiares. Além disso, agrega dificuldades também para o sistema, porque “não há como um gestor público gerir um sistema de saúde que tem duas portas: a das liminares judiciais e a do cidadão que peleja na fila para ter sua demanda de saúde atendida”.

Os dois fatores já citados acima —longo tempo de espera nas filas e baixa transparência — acabam por favorecer ainda mais a busca por uma solução via judicial. E essa procura e seu solucionamento via Poder Judiciário geram um outro problema, haja vista que um atendimento priorizado via judicialização representa o detrimento de outro, já que o número de leitos não aumenta com as decisões

¹⁰ A definição de tempo de espera para este estudo considerou o intervalo entre a inserção do paciente na fila de espera, pelo cirurgião ortopedista, até a realização do procedimento cirúrgico ortopédico.

judiciais. Assim, ao garantir o direito à saúde de um, o Judiciário acaba retardando o atendimento do direito à saúde de outro.

2. INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA: LÓCUS DO ESTUDO

Nesse processo de judicialização da saúde, a ortopedia é uma das áreas críticas, em função da demanda e do longo tempo de espera para realização de cirurgia ortopédica.

O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO), instituição federal localizada no município do Rio de Janeiro, é um lócus frequente dessas ações judiciais, dado o seu papel de unidade de referência nacional e a sua representatividade no percentual dos atendimentos da especialidade realizados em nosso País, principalmente de alta complexidade.

O INTO foi criado em 1994 pela Portaria GM/MS n.º 1.820, de 31/10/1994 (44), com a finalidade de assessorar o Ministério da Saúde na formulação da política nacional de promoção da saúde, tratamento e reabilitação das doenças do sistema músculo esquelético, além de prestar assistência e desenvolver pesquisas na área.

Entretanto, sua história pode ser retroagida a década de 60, quando foi criado como Hospital Central de Acidentados. Em 1973, passou a fazer parte do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), recebendo a denominação de Hospital de Traumatologia e Ortopedia (HTO). Em 1994, o Ministério da Saúde transformou o hospital em órgão normatizador de procedimentos de ortopedia no país, passando a se chamar Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Em 2011, o nome do ex-ministro da saúde Jamil Haddad foi acrescentado ao INTO.

Trata-se de instituição especializada no atendimento cirúrgico de alta e média complexidade nas especialidades de traumatologia e ortopedia e na reabilitação de patologias musculoesqueléticas, que presta atendimento exclusivo a pacientes do SUS.

Sua missão é descrita, no Plano Diretor para o período 2019-2022, como:

Promover ações como instituto de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção e na formulação de políticas públicas em traumatologia, ortopedia e reabilitação (INTO, 2019) (45).

O Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013 (46), que especifica as competências dos órgãos do Ministério da Saúde, refere que ao INTO compete:

- I. Participar da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias ortopédicas e traumatológicas;
- II. Planejar, coordenar e orientar planos, projetos e programas em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das patologias ortopédicas e traumatológicas e sua reabilitação;
- III. Desenvolver e orientar a execução das atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis, nas áreas de ortopedia, traumatologia e reabilitação;
- IV. Coordenar programas e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em ortopedia e traumatologia;
- V. Estabelecer normas, padrões e técnicas de avaliação de serviços e resultados; e,
- VI. Coordenar e orientar a prestação de serviços médicos-assistenciais aos portadores de patologias traumatológicas e ortopédicas.

Além de desenvolver ações de cooperação técnica junto às secretarias de saúde, universidades, e entidades afins; o INTO também presta assessoria técnica à Central Nacional de Regulação em Alta Complexidade (CNRAC) e assessoria técnica na revisão/atualização da tabela de procedimentos dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), além de coordenar a Rede Nacional de Avaliação de Implantes Ortopédicos (REMATO), parceria do Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia. Além disso, é certificado como hospital de ensino, oferecendo programas de residência médica em ortopedia e traumatologia, enfermagem e farmácia (46).

Cabe destacar que, o INTO obteve quatro certificações internacionais nos anos de 2006, 2009, 2012 e 2016, conferida pela *Joint Commission International* (JCI) por meio de serviços prestados pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA), estando no momento em processo de renovação. No final do ano de 2019, o INTO obteve duas novas certificações, a saber: NBR ISO 9001:2015 (Norma Técnica da ABNT) – Sistema de Gestão da Qualidade, auditado pela COPPE/UFRJ (Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia), recebendo a outorga de TROFÉU OURO e o

Selo de Certificação de Qualidade do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), atestando sua excelência na prestação de serviços e na assistência ao paciente ortopédico.

Além disso, o Hospital possui um conjunto de dispositivos gerenciais coletivos que objetivam desenvolver uma responsabilização dos profissionais e da instituição na assistência prestada e melhorar a qualidade do atendimento, como comissões assistenciais de Infecção Hospitalar; Suspensão de Cirurgias; Humanização; Controle e Revisão de Prontuário e de Revisão de Óbito, dentre outras (47).

Desde 2005, existe o Projeto Suporte, criado pela Portaria GM nº 401, de 16/03/2005) (48), que inclui o trabalho de médicos do INTO fora de sua sede, levando atendimento a regiões onde os tratamentos ortopédicos são deficitários ou inexistentes¹¹. O Projeto promove a capacitação e reciclagem em traumatologia e ortopedia de especialistas nessas regiões, através das jornadas científicas, tendo sido firmados convênios pelo Instituto com todos os estados brasileiros.

A Unidade é essencialmente cirúrgica e não possui atendimento de emergência, mas conta com um centro de trauma referenciado, que recebe pacientes oriundos de outras unidades públicas de saúde (49).

Para atender a grande demanda de pacientes que buscam atendimento ortopédico, em 2011 houve a mudança para uma nova sede, cinco vezes maior e com capacidade operacional três vezes superior à da antiga, o que proporcionou ampliação na estrutura física e possibilitou o aumento da produção institucional, com redução nas filas de espera, como apresentado na tabela 6.

¹¹ Ver informações em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-07-09/instituto-nacional-de-traumatologia-e-ortopedia-jamil-haddad-faz-cirurgias-na-regiao-norte>

Tabela 6 - Comparativo de Estrutura e Performance - INTO (dez 2011- dez 2016)

Estrutura	2011	2016
Área	14.000m ²	69.250m ²
Leitos (Enfermaria)	129	255
Leitos - UTI	15	16
Leitos – Unidade semi-intensiva	0	7
Leitos – UTI pediátrico	0	4
Leitos – Unidade pós-operatório	0	21
Leitos Hospital Dia	0	18
Salas cirúrgicas	8	21
Consultórios	15	40
Cirurgia/ano realizadas	5.662	9.156
Fila de espera (nº pacientes)	21.248	15.441

Fonte: Elaboração própria partir de consulta ao DATASUS em 10/06/2017.

O INTO é organizado por Centros de Atenção Especializada (CAE), baseados em linha de cuidado, e que se diferenciam pelo conjunto de saberes e recursos tecnológicos empregados nos procedimentos. Ao todo, são 13 CAE, formados por equipe multidisciplinar composta por ortopedistas especializados nos diferentes segmentos do sistema musculoesquelético, patologia óssea ou procedimento e demais profissionais da área de saúde, incluindo médicos de outras especialidades, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, farmacêutico e nutricionista:

- Coluna
- Ombro e Cotovelo
- Quadril
- Joelho
- Pé e Tornozelo
- Mão
- Tumor
- Infantil
- Trauma do Adulto e do Idoso
- Crânio-Maxilo-Facial
- Microcirurgia Reparadora
- Dismetria (fixador externo)
- Trauma do Esporte

A Unidade é responsável por atender pacientes oriundos de várias cidades e estados do Brasil. Os pacientes residentes na cidade do Rio de Janeiro e em outros municípios do Estado são encaminhados ao INTO via Sistema de Regulação (SER), para tratamento cirúrgico de doenças e traumas ortopédicos de média e alta complexidade em um dos seus 13 CAE. Pacientes residentes fora do estado do Rio de Janeiro, são encaminhados por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade do Ministério da Saúde (CNRAC). Outra forma de acesso do paciente ao INTO é via projeto do Trauma Referenciado, já mencionado acima, por meio do qual o Instituto atende a demanda de pacientes que sofreram trauma ortopédico agudo e encontram-se à espera de cirurgias complexas em hospitais de emergência estaduais e municipais, encaminhados por uma central de regulação.

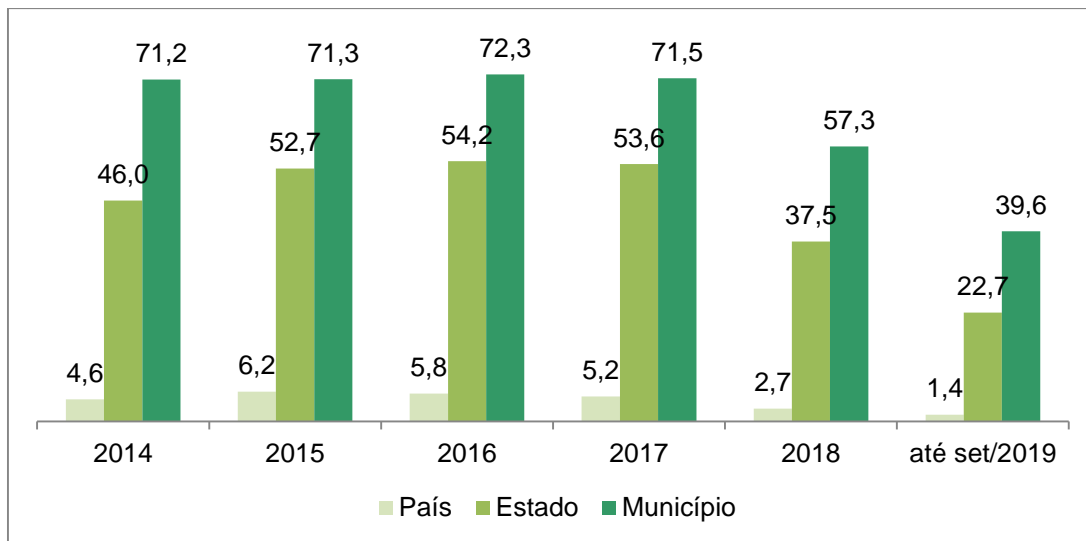
A demanda por procedimentos ortopédicos complexos é cada vez maior, dentro e fora da Instituição, devido a fatores como:

- o envelhecimento da população, que traz uma mudança de perfil epidemiológico, como as doenças osteodegenerativas que geram necessidades de tratamento e cuidados ortopédicos;
- aumento da demanda por procedimentos cirúrgicos ortopédicos de alta complexidade no país;
- a ocorrência cada vez maior dos acidentes de trânsito, destacando nesse cenário os de motocicletas;
- a crise econômica nacional e estadual, que impacta no orçamento e no desabastecimento dos hospitais e que produz uma lentificação do atendimento nas filas para procedimentos cirúrgicos;
- o INTO ser um dos poucos locais capazes de realizar muitos destes procedimentos;
- a ineficiência da rede de Ortopedia e Traumatologia, dificultando o encaminhamento de casos menos complexos para outras unidades hospitalares; e
- aumento da demanda de pacientes provenientes de outros estados da federação através do programa Central Nacional para Referência em Alta Complexidade, do Ministério da Saúde (CNRAC).

Nesse contexto de grande demanda por procedimentos clínicos e cirúrgicos de alta e média complexidade, a participação do Instituto tem sido de suma

importância para o atendimento de pacientes oriundos de todo o país. De acordo com os dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e atualizados trimestralmente, a contribuição da unidade hospitalar do INTO na realização de procedimentos de alta complexidade no ano de 2017 foi de 71,5% no município de Rio de Janeiro, 53,6% no estado do Rio de Janeiro e 5,2% no país. Desde 2018, o Hospital vem sofrendo com baixa de estoques de diversos insumos hospitalares ortopédicos (OPME), a partir da deflagração da operação da Polícia federal denominada Fratura Exposta e troca constante de Diretores, que na atualidade encontra-se em via de normalização. Ainda assim, de 2018 a setembro de 2019 (3º trimestre), o INTO foi responsável por 39,6 % das cirurgias ortopédicas de alta complexidade no Município do Rio de Janeiro e por 22,7% das cirurgias realizadas no Estado do Rio de Janeiro. (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Participação do INTO na realização de procedimentos de alta complexidade em ortopedia, de 2014 a setembro de 2019



Fonte: Elaboração própria baseada em dados obtidos do Datasus, em 24/01/2020.

Nesse cenário de grande demanda por procedimentos clínicos e cirúrgicos de alta e média complexidade, percebe-se que a lista de espera tende a crescer cada vez mais, agravando o descompasso entre a oferta e a demanda do sistema de saúde, o que gera longo tempo para o atendimento. Diante desta situação, parte da população decide procurar os meios legais, com o objetivo de antecipar o prazo de espera por meio de ações judiciais.

Essa procura de atendimento via justiça se faz presente no cotidiano do

hospital, existindo entre os gestores e profissionais uma percepção de que tem aumentado ao longo do tempo e que isso vem gerando impactos na assistência e no atendimento da Instituição, sendo este um dos fatores que motivou o presente estudo.

Diante do aumento das demandas por procedimentos ortopédicos complexos, a Direção da Unidade em 2014 procurou uma aproximação com o Judiciário, com o objetivo de esclarecer acerca da gestão da lista de espera, disposta com mais detalhe na próxima seção. Após esse primeiro contato, algumas ordens judiciais têm sido revertidas com argumentação técnica.

2.1. Organização e Estruturação da Lista de Espera no INTO

A partir de 2003, o INTO, preocupado com o aumento da lista de espera, elaborou um plano de trabalho para identificar os pacientes de acordo com as suas doenças e tratamento indicado, o que permitiu a criação das subfilas específicas. Em 2004, foi criada a Assessoria de Fila (ASFIL), responsável pelo gerenciamento da lista de espera, cadastrando e organizando de forma transparente, acessível a todos os interessados por meio da internet, que permitiu acompanhar o seu andamento.

O critério de chamada dos pacientes é a ordem cronológica de inserção na lista de espera do INTO. Atualmente, a lista de espera por cirurgia é subdividida pelos CAE, tendo cada um as suas subfilas¹², de acordo com o procedimento a que o usuário será submetido. Procedimentos diferentes têm diferentes tempos de espera, principalmente devido a maior complexidade e a maior demanda para algumas das cirurgias. As subfilas permitem identificar o número de pacientes e sua indicação cirúrgica e, dessa forma, permite prever os insumos necessários a realização de determinado procedimento cirúrgico, tempo de utilização da sala cirúrgica e de acordo com a complexidade, definir a expertise necessária por parte da equipe cirúrgica. Além disso, os pacientes são classificados em vários status dentro do fluxograma de preparação para a cirurgia. A inclusão nas subfilas ocorre após a confirmação da necessidade de tratamento cirúrgico, identificada pelo profissional ortopedista após a consulta realizada em um dos CAE.

¹² Segundo informação colhida do Comitê de Gerenciamento da Lista de Espera existe atualmente 213 subfilas no INTO.

Até dezembro de 2012, as consultas de primeira vez eram agendadas no próprio Instituto, e a triagem realizada por médico ortopedista que tinha como objetivo verificar quais pacientes apresentavam características que justificassem sua avaliação por um dos CAE de especialidades. A partir daí, ocorreu uma intervenção na marcação de consultas de primeiro atendimento no INTO, que passou a ser efetuada exclusivamente pelo Sistema Estadual de Regulação (SER). Vale ressaltar que, conforme descrito no Relatório institucional de Gestão de 2016, 42,8% do total das vagas disponibilizadas foram efetivamente utilizadas (47).

Relatório de auditoria e avaliação dos resultados de gestão do INTO, realizada em 2016 pela Controladoria Regional da União no estado do Rio de Janeiro, examinou a situação da lista de espera para os três maiores Centros de Atendimento — Quadril, Joelho e Coluna, que resultaram nos números mostrados abaixo nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7 - Quantidade, total e nos três maiores Centros de Atendimento do INTO, segundo situação dos pacientes, setembro de 2015

Centro de Atendimento	Ativos	Inativos	Não localizados	Total	%
Coluna	3.208	1	1.231	4.440	18,91
Joelho	4.268	3	479	4.750	25,15
Quadril	2.659	16	671	3.346	15,67
Demais Centros	3.929	82	420	4.431	23,16
Total	14.064	102	2.801	16.967	82,89

Fonte: Adaptado de (50, p. 3), gerada a partir de dados do SGWEB – lista de espera em 28/09/2015.

Tabela 8 - Quantidade, total e nos três maiores Centros de Atendimento do INTO, de pacientes aguardando por cirurgia há 5 anos ou mais, setembro de 2015

Centro de atendimento	Quantidade de pacientes na fila entre 5 e 10 anos	%	Quantidade de pacientes na fila há mais de 10 anos	%
Coluna	1.170	6,9	10	26,58
Joelho	138	7,7	6	3,03
Quadril	347	19,4	47	11,78
Demais Centros	131	7,3	20	3,41
Total	1.786	100	83	44,79

Fonte: Adaptado de(50, p. 3), gerada a partir de dados do SGWEB – lista de espera em 28/09/2015.

Como pode ser visto nas tabelas acima, 82,9% dos pacientes encontravam-se em situação ativa, ou seja, aguardando na lista de espera, e mais de 10% do total de

pacientes estavam esperando pelo procedimento cirúrgico há cinco anos ou mais, sendo esse percentual ainda mais elevado nos CAE de Coluna (26,6%) e Quadril (11,8%), que usualmente necessitam de longos períodos de internação.

Cabe ressaltar que, em resposta a demanda crescente e o longo tempo de espera para realização de cirurgias ortopédicas, foram realizadas diversas ações no INTO nos últimos anos, várias das quais antes mesmo da auditoria acima supracitadas.

As primeiras foram empreendidas ainda em 2013 e consistiram na realização de mutirões de atendimento ambulatorial para revisão das filas de espera, além de mutirões cirúrgicos.

Em nova iniciativa para reduzir o tempo de espera nas filas, foi criado, em maio de 2014, o Comitê de Monitoramento da Lista de Espera, que avaliou a situação dos pacientes cadastrados nas filas, identificando os que ainda desejavam operar, os que não tinham mais indicação cirúrgica, os que teriam adquirido doenças sistêmicas que contraindicavam a realização da cirurgia e os que já tinham recebido tratamento em outras unidades de saúde. Do total de 8.280 pacientes avaliados, 57% não foram localizados, principalmente devido a mudanças de domicílio e/ou trocas de contato telefônico. Após a tentativa de contato telefônico em três ocasiões diferentes, foram enviadas cartas com aviso de recebimento aos 4.756 pacientes não localizados por contato telefônico. Foi solicitado a estes pacientes que realizassem o recadastramento no instituto dentro de um prazo de 40 dias através de comparecimento na Ouvidoria ou por e-mail. Nos casos que não ocorreram resposta, foi criado um novo status na lista de espera, chamado de “Não localizados”. Do total de cartas enviadas, 2.245 com aviso de recebimento (AR) foram confirmados e resultaram em recadastramento imediato, enquanto 2.511 pacientes foram colocados na categoria de “não localizados”.

Também foi criada a categoria de “Inativos”, para os pacientes que já haviam falecido, foram operados em outras unidades, não tinham mais indicação cirúrgica ou que não desejavam mais se operar.

Esta revisão efetuada pelo Comitê de Monitoramento das Filas de Espera com a criação das duas novas categorias na fila (a de “Inativos” e a de “Não Localizados”) permitiu estabelecer um cenário mais realista da fila, possibilitando a identificação do número real de pacientes aguardando por cirurgias.

Cabe esclarecer que as duas categorias mencionadas anteriormente

permitem aos pacientes retornarem a fila na posição onde se encontravam anteriormente sempre que se recadastrarem. Após a revisão e a reestruturação da lista de espera, o Comitê passou a disponibilizar mensalmente indicadores estratégicos de acompanhamento das entradas e saídas de pacientes nas filas para todas as chefias e enfermeiras responsáveis pelos Centros, administração da unidade hospitalar o que tornou a gestão mais participativa e integrada.

Vale ressaltar que foi elaborado, em março de 2015, um Plano de Ação a ser cumprido pelo INTO. Este plano estabeleceu, de acordo com demanda da 3ª Vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, após a pactuação de um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) com a participação da Defensoria Pública, nos termos do Acordo Judicial celebrado em 19/11/2014. Neste plano, foram definidas as seguintes diretrizes:

- Estabelecimento de metas cirúrgicas para os ortopedistas baseadas no número de cirurgias realizadas por sala, multiplicado pelo número de salas ofertadas a cada Centro e número de meses de trabalho;
- Estabelecimento da meta de 100 cirurgias por ano para os profissionais anestesistas, baseada em valores históricos e na produção média de cirurgias;
- Disponibilização de maior número de salas aos Centros que detém as maiores filas (Coluna, Joelho e Quadril);
- Priorização para a realização de cirurgias de escoliose (deformidade da coluna vertebral) em crianças e adolescentes e para cirurgias de artroplastias primárias de Quadril e Joelho;
- Operação diária de 18 salas no quarto andar, (sendo cinco utilizadas como apoio) e três salas no Hospital – Dia;
- Incremento da produtividade do Centro de Cirurgia da Mão como forma de aumentar o número total de cirurgias realizadas e, dessa forma, melhorar a utilização da estrutura do Hospital-Dia;
- Revisão dos protocolos de artroplastia primária de quadril e de joelho e alocação de leitos específicos para estas cirurgias;
- Reserva de leitos para os demais CAE, sendo cada chefia responsável pela gestão de seus leitos de forma eficiente;
- Sistematização das consultas de pré-internação em todos os Centros,

como forma de melhorar o fluxo e diminuir as suspensões de cirurgias;

- Disponibilização de indicadores mensais aos Chefes dos Centros e enfermeiras para que, sempre que necessário, providências sejam tomadas para identificar retenções e otimizar a gestão;
- Utilização de indicadores de gerenciamento da lista de espera (entradas e saídas de pacientes na fila);
- Apresentação de relatórios mensais com análise dos indicadores estratégicos para a execução do Plano de Ação na Sessão Clínica, Comitê de Risco Estratégico e Colegiado Diretor;
- Apresentação de relatórios trimestrais de acompanhamento do plano a 3ª Vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, nos termos do acordo celebrado em 19/11/2014.

Na atualidade época da elaboração dessa dissertação, os usuários podiam consultar pela internet (no sítio eletrônico <https://www.into.saude.gov.br/lista-de-espera-para-cirurgia>) sua posição na lista de espera por cirurgia, separadamente por CAE e por procedimento, a partir do número do prontuário.

No final do ano de 2016, o INTO passou a distribuir uma cartilha de orientações sobre a lista de espera e o processo de preparação para cirurgias, com a finalidade de esclarecer as dúvidas mais frequentes relacionadas ao período que antecede a cirurgia¹³.

É razoável esperar que este conjunto de medidas possa ter, também, repercutido na demanda judicial de procedimentos, seja em termos do volume, seja do perfil de procedimentos demandados, visto que parte das demandas judiciais que chegam ao INTO originam-se de pacientes já participantes das filas de espera (47).

¹³ A cartilha para os usuários está disponível no endereço <https://www.into.saude.gov.br/folhetos-e-cartilhas-para-o-paciente/cartilhas/351-processo-de-preparacao-para-cirurgia>.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar a judicialização de procedimentos cirúrgicos ortopédicos no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017.

3.2. Específicos

- Caracterizar as demandas judiciais de procedimentos cirúrgicos ortopédicos apresentadas ao INTO;
- Descrever o resultado das demandas judiciais dos procedimentos solicitados ao INTO segundo seu atendimento pela instituição;
- Avaliar os efeitos da judicialização de cirurgias ortopédicas no funcionamento dos serviços do hospital, em particular em relação às filas de espera.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, de natureza documental, na forma de estudo de caso único, tendo como lócus o INTO.

4.2. Objeto de estudo

A 'população de estudo' correspondeu às demandas judiciais para realização de procedimentos ortopédicos cirúrgicos em pacientes adultos acima de 18 anos no INTO.

4.3. Período de Estudo

O estudo compreendeu o período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017.

Embora as demandas judiciais apostas ao INTO tenham se iniciado bem antes dessa data, janeiro de 2014 corresponde à data de criação de um banco de dados do Instituto sobre essas ações, que viabilizou a coleta mais precisa das informações. Anterior a essa data, não existia um registro organizado em formato digital das demandas. Estas estão armazenadas apenas em papel, nem sempre disponíveis em um único local da Instituição, dificultando sua consulta e sem que se pudesse ser garantido um mínimo de completude dos quantitativos das ações recebidas.

Além disso, no período escolhido para estudo, diversas modificações foram introduzidas na Instituição com a finalidade de reorganizar a lista de espera e otimizar os tempos para a realização dos procedimentos cirúrgicos ortopédicos, permitindo avaliar os efeitos das demandas judiciais assistenciais do INTO.

4.4. Fontes de Dados

O estudo se utilizou basicamente de três fontes de dados, a saber, ofícios de resposta registrados no banco de dados digital, cópias dos processos judiciais e

prontuários.

Todas as demandas judiciais que chegam ao hospital geram um ofício de resposta e ficam arquivadas em meio digital no Serviço Jurídico do INTO (SERJU). Essas demandas incluem, mas não se restringem, a aquelas relacionadas a procedimentos em saúde. O conjunto de demandas que chega inclui ações de conteúdo trabalhista, bloqueios de créditos por empresas prestadoras de serviços, processos administrativos de servidor, duplo vínculo de servidor, reversão de aposentadorias, e pedidos oriundos de órgãos de segurança pública, como, por exemplo, Secretaria de Estado de Administração Penitenciária.

Os processos judiciais referentes aos ofícios de resposta com objeto saúde encontravam-se arquivados em meio papel e foram inicialmente digitalizados de forma a facilitar a coleta de dados.

Adicionalmente, foram consultados os registros nos prontuários médicos e Sistema de Gestão Hospitalar – MV – módulo internação, para complementar informações referentes aos casos identificados nos diversos cadastros do INTO.

Ao longo da execução do trabalho e por considerar o número de demandas encontradas aquém do esperado, foi iniciada uma busca ativa junto à área de internação, com o intuito de obter informações que pudessem garantir que todas as demandas que chegaram ao instituto após o horário administrativo, feriados e final semana, haviam sido encaminhadas à Direção para conhecimento do SERJU.

Durante essa busca, foi identificado, por meio do Sistema de Gestão Hospitalar MV - módulo internação, que existiam ações judiciais recebidas diretamente pela área de internação, apresentadas por um oficial de justiça ou até mesmo pelo próprio familiar do paciente e que tiveram seu cumprimento imediato pelo médico que se encontrava no plantão, sem registro no SERJU. Esse fato obrigou a pesquisadora a uma consulta ao referido Sistema de Gestão, de modo a complementar as informações, possibilitando maior fidedignidade do número de demandas judiciais recebidas no período estudado.

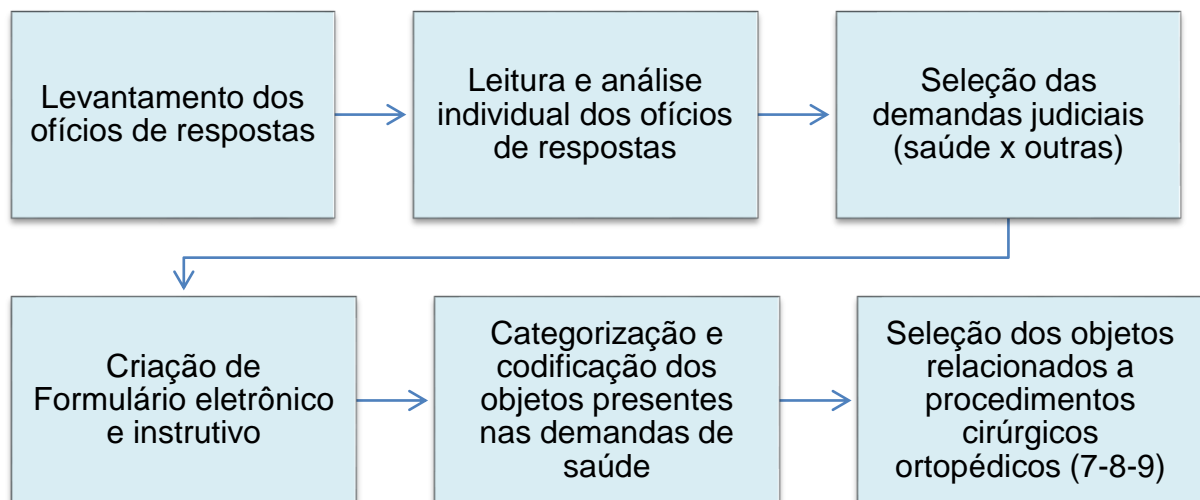
4.5. Etapas do Estudo

O estudo compreendeu quatro etapas, descritas a seguir:

ETAPA 1 – Seleção e categorização das demandas judiciais relacionadas a procedimentos em saúde

Essa etapa consistiu no levantamento de todas as demandas judiciais submetidas ao INTO e categorização das que se referiam ao objeto saúde, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Etapas da seleção e categorização das demandas judiciais relacionadas a procedimentos em saúde



Fonte: Elaboração própria

As informações levantadas foram classificadas pelo objeto disposto nos ofícios. Para tal, os ofícios de respostas foram lidos e analisados um a um por esta pesquisadora, com a finalidade de selecionar inicialmente somente as demandas relacionadas à saúde, independente do motivo/objeto requerido.

Foram considerados, como critérios de exclusão, os processos que tinham demandas com informação sobre estado clínico do paciente, marcação de consulta, posição na fila de consulta, marcação de cirurgia, posição na fila de cirurgia, pedido de antecipação de consulta e marcação de consulta e outros.

Após essas exclusões, que permitiram a seleção das demandas judiciais relacionadas à saúde, procedeu-se a categorização dos diferentes objetos subjacentes ao pleito judicial, utilizando-se a classificação disposta no quadro 1 disposto mais adiante.

Para essa tarefa, optou-se pela utilização do software EPIDATA® para o

registro das informações e consolidação dos dados. Essa análise e categorização foi realizada por duas pesquisadoras de forma independente (SZ e NA), uma das quais essa mestrandas.

Com vistas a minimizar erros de coleta foi desenvolvido um formulário eletrônico de coleta de dados e um instrutivo de orientação para seu preenchimento. O objetivo deste instrutivo foi orientar e padronizar a etapa de extração de dados, auxiliando no preenchimento correto do formulário de acordo com variáveis pré-definidas.

Além disso, com o intuito de alcançar consistência na extração, foi inicialmente realizado um teste piloto, com quinze ofícios de resposta, onde cada pesquisador inseriu os dados, posteriormente exportados para uma planilha de Excel[®]. Os casos de classificação divergentes foram analisados e resolvidos em discussão com um terceiro profissional, no caso uma das orientadoras da dissertação em questão. As dúvidas foram discutidas e o formulário e instrutivo do EPIDATA[®] após serem reestruturados foram submetidos a um segundo piloto.

Após teste com o segundo piloto verificou-se a melhora da concordância, e esses passaram a ser preenchidos de maneira individual pelas duas pesquisadoras envolvidas (Apêndice I). Todas as demandas judiciais em saúde extraídas dos ofícios de resposta foram categorizadas e codificadas no EPIDATA[®] de acordo com o objeto da ação, conforme descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Classificação dos objetos presentes nas demandas judiciais em saúde

Código	Categorias
1	informação sobre estado clínico do paciente
2	informação sobre marcação de consulta
3	informação sobre posição fila de consulta
4	informação sobre marcação de cirurgia
5	informação sobre posição na fila de cirurgia
6	pedido de antecipação de consulta/pedido de marcação de consulta
7	pedido de internação para cirurgia/pedido de transferência via regulação
8	pedido de antecipação de cirurgia
9	ordem judicial de cirurgia
88	Outros
99	sem informação/não fica claro

Fonte: Elaboração própria a partir do arquivo de dados da Direção do INTO.

Nota: No objeto "outros", estão agrupadas as demandas que tinham como solicitação pedidos de medicamento, órtese, exames de ressonância magnética, laudo médico, cópia de prontuário e fornecimento de enxerto biológico, entre outros.

Desses diversos objetos, considerou-se que as ações relacionadas especificamente a demandas por procedimento cirúrgico ortopédico correspondiam a pedidos de internação para cirurgia (diretamente ou mediada por pedido de transferência via regulação), pedido de antecipação de cirurgia e ordem judicial de cirurgia, destacados no quadro acima com negrito.

Todos os números de processos referentes a essas três categorias de demandas, bem como aqueles cuja informação não se encontrava presente ou não estava descrita de forma suficientemente clara (de modo a permitir definir se guardavam relação ou não com pedidos judiciais de cirurgias ortopédicas), constituíram o ponto de partida para um exame mais completo, utilizando o processo judicial arquivado no INTO.

Demandas não identificadas no banco digital de ofícios de resposta do Serviço Jurídico do INTO (SERJU), mas recuperadas via Sistema de Gestão Hospitalar MV - módulo internação, tiveram também o processo judicial arquivado no INTO recuperado e examinado.

Esse exame e a coleta de dados que permite a categorização das demandas está detalhada na etapa 2, na sequência.

ETAPA 2 – Caracterização das demandas de procedimentos cirúrgicos ortopédicos

Esta fase compreendeu a caracterização das demandas judiciais segundo o perfil dos demandantes, dos procedimentos cirúrgicos solicitados e aspectos da natureza dos processos judiciais.

Teve como fonte principal de informação, a cópia digitalizada dos processos judiciais arquivados no INTO¹⁴, com exame dos prontuários e do Sistema de Gestão Hospitalar MV- módulo ambulatorio/internação com vistas à obtenção de dados complementares que, porventura, não estivessem presentes nas peças jurídicas.

Foram incluídas no estudo apenas as demandas judiciais que efetivamente requeriam procedimentos cirúrgicos (solicitação de cirurgia ou antecipação de cirurgia), independente de terem sido atendidas ou não pelo INTO no período estudado.

¹⁴ Todos os processos judiciais utilizados nesse estudo encontram-se digitalizados no arquivo de dados da Direção do INTO.

Para registro dos dados coletados e posterior análise estatística, foi construído um banco de dados no *software* Microsoft Excel[®], que contemplou as variáveis a seguir:

1. características sociodemográficas do demandante (sexo, idade, ocupação, escolaridade);
2. município e estado de residência do paciente;
3. procedimento cirúrgico solicitado, classificado de acordo com (i) o código relativo ao procedimento presente na tabela de procedimentos do SUS, que lista todos os procedimentos cobertos e financiados pelo SUS) (ii) tipo de procedimento,¹⁵ e nível de complexidade¹⁶;
4. condição de base presente na demanda judicial, classificada pela Código Internacional de Classificação de Doenças versão 10 (CID-10)
5. centro de atenção especializado (CAE) do INTO envolvido no atendimento da demanda;
6. condutor da ação (Defensoria, Ministério Público, Escritório particular de advocacia, outros);
7. responsável pela decisão (Juiz Estadual, Juiz Federal, Desembargador);
8. tipo de ação (individual ou coletiva);
9. presença de matrícula/acompanhamento no INTO, no momento do recebimento da ação judicial (identificação do paciente próprio x externo);
10. inscrição presente na lista de espera do INTO (e posição na fila naquele momento, se disponível);

¹⁵ Entende-se por procedimentos o detalhamento do método, da intervenção ou do atendimento no ambiente, bem como o controle ou acompanhamento das ações complementares ou administrativas. Disponível em: <https://wiki.saude.gov.br/sigtap/index.php/Procedimento>, acesso em 02/11/2018.

¹⁶ A atenção à saúde em nosso país segue uma organização descentralizada, que estabelece níveis diferentes de atendimento à população. Os serviços são estruturados de acordo com a complexidade das ações necessárias para promover, restaurar ou manter a saúde ao usuário. São agrupadas em: (i) nível primário, que corresponde ao primeiro nível da atenção à saúde no SUS e ao contato preferencial dos usuários, concentrando as ações relacionadas a promoção e prevenção de doenças e o diagnóstico, tratamento e reabilitação, empregando tecnologia de baixa densidade ainda que nem por isso menos complexa; (ii) nível secundário, focado na estruturação dos serviços hospitalares de urgência e emergência e na média complexidade, composta por ações e serviços que visam atender aos problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento; e (iii) o nível terciário que reúne os serviços de alta complexidade, o qual envolve profissionais altamente capacitados, alta tecnologia e elevado custo Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>, acesso em 24/01/2019

11. datas de entrada no INTO e de resolução da demanda judicial;
12. situação da demanda judicial.

Para classificação dos procedimentos cirúrgicos ortopédicos judicializados em média ou alta complexidade, foi utilizado o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP)¹⁷, disponível na página eletrônica <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

A classificação das indicações clínicas dos procedimentos foi elaborada com base no código de Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹⁸, obtida a partir do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português, disponível em <http://www.cid10.com.br>.

ETAPA 3 – Análise da Resolução da Demanda Judicial

Esta fase compreendeu a análise dos processos judiciais com objetivo de conhecer o resultado final e o tempo para resolução da ação judicial, mensurado como o intervalo em dias entre a entrada da demanda no INTO e sua finalização/atendimento.

A situação da demanda judicial foi categorizada de acordo com:

- (a) ATENDIDA, quando o paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico necessário ao seu tratamento e pleiteado na ação judicial, estando ou não na lista de espera de cirurgia do INTO;
- (b) REVERTIDA (não atendida), correspondente àquelas em que a ordem judicial não foi acatada em função de questões clínicas, onde o especialista não recomendou o tratamento solicitado; e,
- (c) NÃO SOLUCIONADA, quando as demandas ainda não tinham seu resultado final à época da coleta de dados nas fontes de dados utilizadas.

O último momento de coleta de dados correspondeu a 15 de agosto de 2019.

¹⁷ O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) é um instrumento de gestão que permite o acompanhamento sistemático com série histórica das modificações realizadas a cada competência mensal detalhando os atributos de cada procedimentos, compatibilidades e relacionamentos. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/419800/capacitacao.pdf/ace8d7d3-5e45-45a7-b172-42d2c98a0373>, acessado em 02/11/2018

¹⁸ Embora já tenha sido lançada uma nova versão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 11), será utilizada 10ª versão anterior CID-10), que era a que vigia no período sob estudo.

ETAPA 4 – Avaliação dos efeitos da judicialização

Esta etapa buscou identificar alguns impactos que a judicialização produziu na gestão da assistência hospitalar e na lista de espera, analisando os possíveis prejuízos causados a outros pacientes que aguardavam por cirurgia, segundo a ordem cronológica da fila, devido ao protelamento decorrente das tutelas judiciais.

Cada ação recebida gerou uma mobilização das equipes multiprofissionais para o atendimento imediato da demanda. Sendo assim, inicialmente pretendeu-se verificar os desdobramentos na gestão de compras (por exemplo, de órteses, próteses ou materiais especiais demandados aos atendimentos dos casos judiciais), alterações trazidas ao planejamento do mapa cirúrgico e distribuição de salas, consumo de hemoderivados e insumos em geral. Entretanto, a ausência de um registro regular dessas informações ou a impossibilidade de correlacioná-las diretamente ao atendimento das demandas judiciais, levou a seu abandono durante a execução do estudo.

Tentou-se inicialmente levantar o tempo médio de espera na fila de cirurgia no momento do atendimento da demanda judicial, a partir de consulta ao Comitê de Gerenciamento e Monitoramento da Lista de Espera. Entretanto, isso não se revelou factível porque a consulta ao sistema informa sobre o momento presente e não sobre a situação existente quando cada demanda específica identificada ocorreu. Ademais, os dados de tempo médio correspondentes a cada subfila ou CAE não foram encontrados regularmente registrados, existindo tão somente algumas menções dos tempos de alguns centros nos relatórios de gestão do INTO.

4.6. Aspectos Éticos e Legais

O estudo proposto seguiu as orientações da Resolução CNS 510/2016 (BRASIL, 2016) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desse modo, o estudo foi submetido à Comissão Científica e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad, e aprovado sob o número 85848718.1.0000.5273 (Anexo I).

Após estas aprovações, foi obtida a anuência da Direção e do Comitê de Ética em Pesquisa para consulta aos prontuários e processos (Anexo II e Anexo III, respectivamente).

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica disposta em computador de uso pessoal, sem conexão com banco de dados nem espaços públicos de armazenamento, garantindo o sigilo das informações.

Os resultados do estudo são trazidos exclusivamente de forma agregada, sem menção ao nome do paciente ou qualquer outro elemento que prejudique seu anonimato.

5. RESULTADOS

O presente estudo identificou, em um primeiro levantamento, 1.889 ações judiciais de diversas origens que foram apostas ao INTO no período de quatro anos.

As informações coletadas nos registros de ofícios com base no exame individual de cada ofício mostraram que, destas, 1.175 (61,8%) dos objetos das ações ajuizadas se referiam especificamente à área da saúde, com a distribuição anual disposta na tabela 9 abaixo.

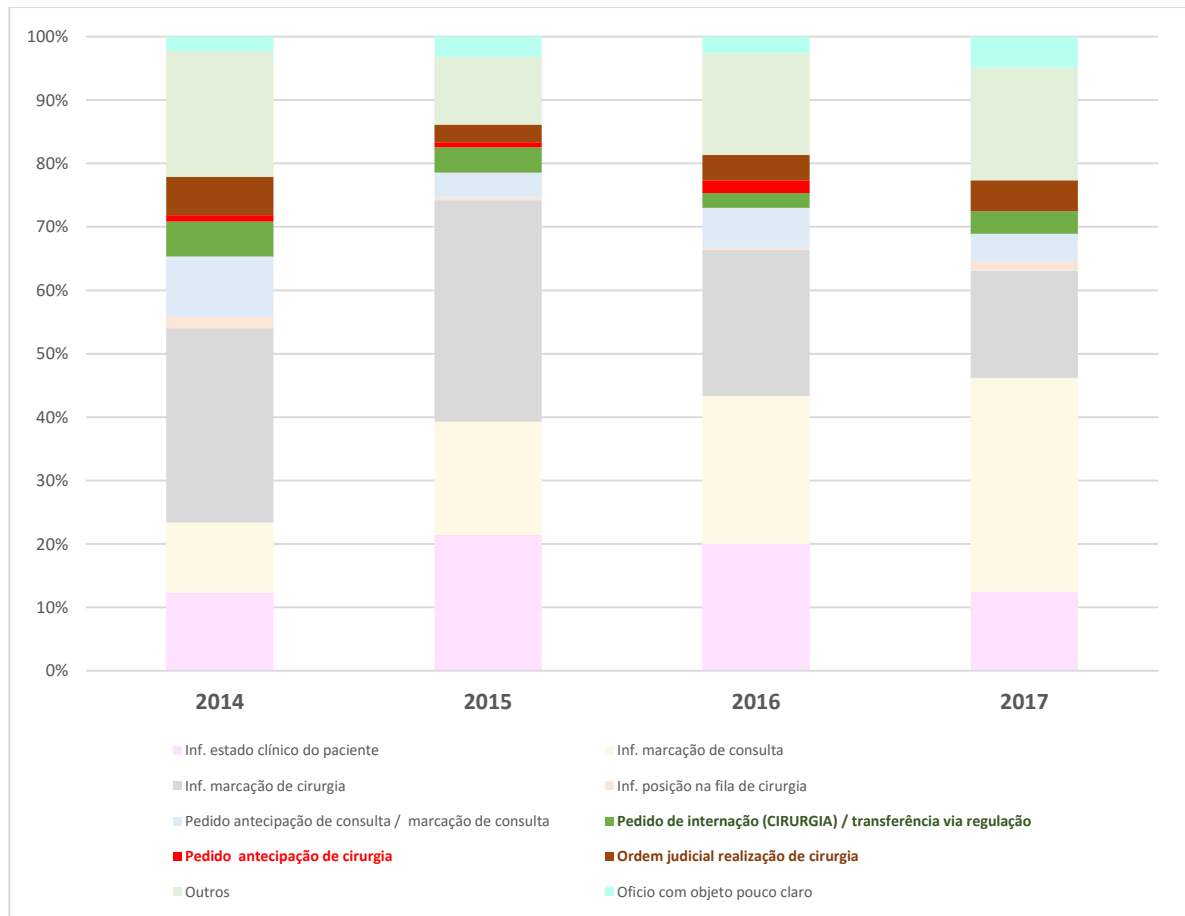
Tabela 9 – Demandas judiciais relacionadas especificamente com objetos relativos à saúde, INTO, 2014-2017

Ano	Nº de Demandas	%
2014	398	33,9
2015	252	21,4
2016	300	25,5
2017	225	19,1
Total	1.175	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir do arquivo dos ofícios de resposta do INTO

No gráfico 2, estão apresentadas todas as demandas judiciais do campo da saúde identificadas neste levantamento e distribuídas por ano e objeto da ação descrito nos ofícios de resposta analisados. As demandas judiciais relacionadas a procedimentos cirúrgicos ortopédicos, foco deste estudo realizado, estavam associadas àquelas que tinham, por objeto, pedido de internação/transferência hospitalar para realização de cirurgia, pedido de antecipação de cirurgia (em paciente na lista de espera) ou ordem judicial para a realização da cirurgia. Elas são em pequeno número e, no período de 2014 a 2017, somaram apenas 113 ofícios (9,6% do total de demandas e 6,0% das demandas relativas à saúde).

Gráfico 2 - Proporção de demandas judiciais relacionadas à saúde segundo objeto da ação presente nos ofícios e ano, INTO, 2014-2017



Nota: No objeto “outros”, foram agrupadas as demandas que tinham como solicitação pedido de medicamento, órtese, exame de ressonância magnética e RX laudo médico, cópia de prontuário. e fornecimento de enxerto biológico, entre outros.

Fonte: Elaboração própria a partir do arquivo de dados da Direção do INTO

Dois principais objetos de demanda judicial presentes no banco de ofícios de resposta foram pedidos de informações sobre marcação de consulta e marcação de cirurgia, que juntas somaram entre 41,7% (2014) e 52,8% (2015) de todas as ações que chegaram à Instituição no período. Demandas por informação sobre o estado clínico de pacientes também têm destaque, correspondendo em 2015 e 2016 a pelo menos 20% do total das ações interpostas ao INTO. Merece menção ainda que a solicitação judicial de informação sobre a posição na fila de consulta que não foi objeto de qualquer demanda no período, desde dezembro de 2012, a realização de consultas de primeira vez, isto é, a entrada de novos pacientes no INTO, ocorreria por meio da central de regulação estadual/municipal (SER), sem que haja porta aberta alternativa.

Demandas judiciais classificadas como “sem informação” ou com “objeto pouco claro” (n= 36) nos ofícios de respostas tiveram os processos examinados, com vistas a reduzir demandas judiciais cirúrgicas classificadas indevidamente devido à escassez ou erro do texto dos ofícios.

Além disso, porque identificou-se que existiam pacientes internados cujo ofício de resposta em alguns casos não se encontrava devidamente arquivado, foi também realizada busca ativa minuciosa no Sistema de Gestão Hospitalar MV - módulo internação, com vistas a complementar essa informação e garantir maior completude do estudo. Todos os casos assim identificados também tiveram o processo judicial e o prontuário recuperados e examinados.

O exame realizado nos processos e prontuários identificou que cinco demandas eram referentes a pacientes menores de 18 anos, fora da população de estudo estabelecida para esse trabalho, que foram retirados da análise.

Após exame dos processos e prontuários, verificou-se que, no período determinado entre janeiro de 2014 e dezembro de 2017, o INTO recebeu 109 demandas judiciais com objetos de ação que foram categorizados como relacionados aos procedimentos cirúrgicos ortopédicos (Tabela 10). Apesar do curto intervalo temporal, de apenas quatro anos, foi possível identificar uma redução importante no número de demandas ao longo desse tempo, com dados de 2017 correspondendo a 52% dos casos notificados em 2014.

A busca ativa por demandas judiciais possibilitou resgatar aproximadamente 28% dos casos que não foram adequadamente registrados, melhorando a completude das demandas. Observa-se, ainda, que houve redução progressiva na proporção de demandas judiciais identificadas por essa estratégia.

Tabela 10 – Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo a origem das informações, INTO, 2014 a 2017

Ano	2014		2015		2016		2017		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ofício de resposta	27	69,2	20	71,4	16	72,7	16	80,0	79	72,5
Busca ativa	12	30,8	8	28,6	6	27,3	4	20,0	30	27,5
Total	39	100	28	100	22	100	20	100	109	100,0

Fonte: Elaboração própria

5.1. Demandas judiciais para procedimentos cirúrgicos apostas ao INTO 2014-2017

5.1.1 Características das ações judiciais

As demandas judiciais direcionadas ao INTO solicitando procedimentos cirúrgicos ortopédicos eram de cunho individual, em sua totalidade e, independente do condutor da ação, foi obtida a gratuidade da justiça.

As características processuais das demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico no período encontram-se sumarizadas na Tabela 11.

Tabela 11 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo principais características processuais, INTO, 2014 a 2017

Características processuais	Ano		2014		2015		2016		2017		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Condutor da Ação												
Defensoria Pública da União	35	89,7	24	85,7	18	81,8	16	80,0	93	85,3		
Advogado Particular	4	10,3	4	14,3	4	18,2	3	15,0	15	13,8		
Ministério Público Federal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	0,9		
Réu da ação												
UNIÃO	14	35,9	11	39,3	9	40,9	7	35,0	41	37,6		
UNIÃO/OUTROS	14	35,9	11	39,3	1	4,5	8	40,0	34	31,2		
INTO	11	28,2	5	17,9	3	13,6	5	25,0	24	22		
INTO/OUTROS	0	0,0	1	3,6	9	40,9	0	0,0	10	9,2		
Responsável pela decisão judicial												
Juiz Federal	37	94,9	23	82,1	20	90,9	18	90,0	98	89,9		
Juiz de Direito	2	5,1	4	14,3	2	9,1	1	5,0	9	8,3		
Desembargador Federal	0	0,0	1	3,6	0	0,0	0	0,0	2	1,8		
Total	39	100	28	100	22	100	20	100	109	100		

Fonte: Elaboração própria

Como pode ser visto na Tabela 11, a Defensoria Pública esteve presente, como o principal representante judicial, em mais da metade das ações, enquanto advogados particulares foram responsáveis por 13,8% do total das representações. A União foi acionada em quase 70% das demandas judiciais para a efetivação de procedimentos cirúrgicos ortopédicos, seja de forma isolada ou em associação com

outros entes (estado ou município), enquanto o INTO foi citado como réu em 31,2%. Juízes federais foram o principal responsável pelas decisões.

O principal tipo de solicitação presente nas demandas foi por internação para realização de cirurgia via sistema de regulação, com pequena variação ao longo do período. Destaca-se, também, que em pouco mais de um terço dos casos, o responsável pela decisão determinou internação imediata para realização de cirurgia do paciente na Unidade (Tabela 12).

Tabela 12 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo o tipo de solicitação, presentes nos ofícios e busca ativa, INTO, 2014-2017

Tipo de solicitação	Ano		2014		2015		2016		2017		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pedido de internação/regulação	24	61,5	17	60,7	10	45,5	11	55,0	62	56,9		
Pedido de antecipação de cirurgia	2	5,1	3	10,7	4	18,2	0	0,0	9	8,3		
Ordem de internação imediata	13	33,3	8	28,6	8	36,4	9	45,0	38	34,9		
Total	39	100,0	28	100,0	22	100,0	20	100,0	109	100,0		

Fonte: Elaboração própria

5.1.2 Características dos beneficiários

Ao caracterizar os beneficiários das 109 demandas que recorreram à justiça pleiteando a realização de procedimentos cirúrgicos ortopédicos observou-se predominância de ações procedentes de pacientes previamente matriculados no INTO (Tabela 13).

Tabela 13 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo beneficiários com matrícula no INTO, 2014-2017

Paciente já matriculado no INTO	Ano		2014		2015		2016		2017		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	31	79,5	20	71,4	18	81,8	15	75,0	84	77,1		
Não	8	20,5	8	28,6	4	18,2	5	25,0	25	22,9		
Total	39	100,0	28	100,0	22	100,0	20	100,0	109	100		

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao perfil demográfico desses beneficiários, verifica-se predomínio de ações demandadas por indivíduos do sexo masculino (59,6%), com exceção do ano

de 2014, em que a proporção de ações conduzidas por mulheres superou a dos homens (Tabela 14). Praticamente a metade das ações foram demandadas por pacientes idosos, com idade superior a 60 anos, sendo 24,8% com idade entre 71 a 80 anos (Tabela 15).

Tabela 14 - Demandas judiciais de procedimento cirúrgico ortopédico segundo beneficiários por sexo, INTO, 2014-2017

Sexo	2014	2015	2016	2017	Total	%
Masculino	19	18	16	12	64	59,6
Feminino	20	10	6	8	45	40,4
Total	39	28	22	20	109	100,0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 15 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo faixa etária (anos) dos beneficiários, INTO, 2014-2017

Faixa Etária	2014	2015	2016	2017	Total	%
18-30 anos	4	4	5	2	15	13,8
31-50 anos	11	7	6	5	29	26,6
51-60 anos	5	6	1	4	16	14,7
>61 anos	19	11	10	9	49	45,0
Total	39	28	22	20	109	100,0

Fonte: Elaboração própria

Não foi possível obter informação sobre o nível de escolaridade de 42 beneficiários das ações (38,5%), devido à ausência de registro nas diferentes fontes de dados consultadas (ação judicial, prontuário, cadastro do ambulatório e internação). Nos restantes, houve predomínio de pacientes com ensino fundamental incompleto (58,2%).

A ocupação dos beneficiários só estava registrada em aproximadamente 80% das ações (n=87). Dentre estes, 40% eram aposentados, por idade ou doença, e 11,5% do lar. Destaca-se ainda percentual não muito elevado, mas importante (4,6%), de apenados (Tabela 16). Não foi possível analisar o perfil de renda dos autores das ações, devido à ausência de registro na grande maioria dos casos, mesmo tendo se buscado a informação no prontuário médico e na cópia do processo judicial.

Tabela 16 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo proporção da população por ocupação, INTO, 2014-2017

Ocupação do beneficiário das ações	Nº	%
Trabalhadores de serviços administrativos	1	1,1
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	23	26,4
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	9	10,3
Apenado	4	4,6
Aposentado	34	39,1
Estudante	2	2,3
Dona de casa	10	11,5
Servidor público	1	1,1
Desempregado	3	3,4
Total	87	100,0

Fonte: Elaboração própria

5.1.2 Origem dos processos judiciais

Ao caracterizar as ações judiciais recebidas no INTO por origem geográfica, foi possível identificar que 107 delas eram oriundas do estado do Rio de Janeiro, com importante representatividade dos municípios que compõem a região metropolitana I¹⁹, com apenas duas demandas de outros estados (Ceará e São Paulo). O Município do Rio de Janeiro respondeu sozinho por mais da metade das demandas (Tabela 17).

¹⁹ A Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que concentra a maior parte da população, capacidade instalada e acesso, é subdividida em duas, I e II, com o desenho das regiões para a área da saúde aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite, em 18 de outubro de 2001, e pelo Conselho Estadual de Saúde, em 07 de dezembro de 2001. Disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>, acessado em 04/08/2019.

Tabela 17 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo proporção das ações por regiões de saúde, INTO, 2014-2017

Regiões de Saúde	2014	2015	2016	2017	Total	%
Região Metropolitana I	29	22	14	17	82	76,6
Rio de Janeiro	21	18	9	10	58	54,2
Duque de Caxias	2	1	2	4	9	8,4
Nova Iguaçu	2	1	0	1	4	3,7
São João de Meriti	3	1	0	0	4	3,7
Nilópolis	1	0	1	1	3	2,8
Itaguaí	0	1	1	1	3	2,8
Belford Roxo	0	0	1	0	1	0,9
Região Metropolitana II	6	5	3	2	16	15,0
São Gonçalo	5	3	3	2	13	12,1
Maricá	1	1	0	0	2	1,9
Itaboraí	0	1	0	0	1	0,9
Médio Paraíba	0	0	0	1	1	0,9
Volta Redonda	0	0	0	1	1	0,9
Região Serrana	1	0	0	0	1	0,9
Petrópolis	1	0	0	0	1	0,9
Região Baixada Litorânea	2	0	5	0	7	6,5
Armação de Búzios	1	0	1	0	2	1,9
São Pedro da Aldeia	0	0	3	0	3	2,8
Araruama	1	0	0	0	1	0,9
Angra dos Reis	0	0	1	0	1	0,9
Total	38	27	22	20	107	100,0

Fonte: Elaboração própria

5.1.3 Procedimentos cirúrgicos ortopédicos demandados judicialmente

O procedimento cirúrgico mais requerido nas ações judiciais no período foi a artroplastia²⁰ (primária ou revisão), em especial a de quadril (36,7%), seguida por tratamentos cirúrgicos de trauma e coluna vertebral. (Tabela 18).

²⁰ Artroplastia corresponde a um procedimento cirúrgico para substituir, remodelar ou realinhar uma articulação, podendo ser total ou parcial. Na primeira, ocorre a remoção de toda a cabeça e de parte do colo do fêmur e a remodelagem do acetábulo. Na parcial, apenas uma das superfícies articulares (femural ou a acetabular) é substituída.

Tabela 18 - Demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico segundo categorização dos procedimentos cirúrgicos

Categoria de procedimentos cirúrgicos	2014	2015	2016	2017	Total	%
Artroplastias	19	13	10	10	52	47,7
Artroplastia de revisão ou reconstrução do quadril	6	7	4	4	21	19,3
Artroplastia total primária do quadril	8	4	3	4	19	17,4
Artroplastia total primária do joelho	5	2	3	2	12	11,0
Tratamento cirúrgico do trauma ortopédico	9	4	7	5	25	22,9
Tratamento cirúrgico de fratura	5	1	2	2	10	9,2
Retirada de fixador externo	1	0	2	0	3	2,8
Alongamento e ou transporte ósseo -	1	1	0	0	2	1,8
Diafisectomia de ossos longos	0	0	2	0	2	1,8
Retirada de fixador externo	1	1	0	0	2	1,8
Retirada de placa e ou parafuso	1	0	0	1	2	1,8
Tratamento cirúrgico de pseudotrose	0	1	1	0	2	1,8
Osteossíntese do acetábulo - alta	0	0	0	1	1	0,9
Tratamento cirúrgico de hálux	0	0	0	1	1	0,9
Tratamento cirúrgico da coluna vertebral	7	7	4	1	19	17,4
Artrodese cervical	3	2	1	0	6	5,5
Artrodese Intersomática	2	1	2	0	5	4,6
Descompressão e artrodese	1	1	0	0	2	1,8
Artrodese toraco-lombo-sacra	0	0	1	0	1	0,9
Descompressão medular	0	1	0	0	1	0,9
Excisão e sutura de lesão na pele	1	0	0	0	1	0,9
Ressecção de elemento vertebral	0	1	0	0	1	0,9
Revisão de artrodese	0	1	0	0	1	0,9
Trauma raquimedular cervical	0	0	0	1	1	0,9
Tratamento cirúrgico das afecções dos membros	4	4	1	3	12	11,0
Biopsia de lesão óssea	2	1	0	1	4	3,7
Reconstrução ligamentar intra-articular do joelho	1	1	0	0	2	1,8
Amputação e desarticulação de membro	0	1	0	0	1	0,9
Exploração articular com ou sem sinovectomia	0	1	0	0	1	0,9
Excisão parcial de lábio com enxerto	1	0	0	0	1	0,9
Lesão axonal do plexo braquial	0	0	1	0	1	0,9
Osteotomia da pelve	0	0	0	1	1	0,9
Reparo de rotura do manguito rotador	0	0	0	1	1	0,9
Outros	0	0	0	1	1	0,9
Colocação de prótese customizada de crânio	0	0	0	1	1	0,9
Total	39	28	22	20	109	100

Fonte: Elaboração própria

5.1.4 Situação final da demanda judicial

A maioria das demandas judiciais apostas ao INTO no período de estudo foram atendidas, isto é, o paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico necessário ao seu tratamento pleiteado na ação judicial, estando ou não na lista de espera de cirurgia do INTO. Destaca-se que 90% das demandas que deram entrada

no INTO em 2017 foram atendidas. O baixo percentual (6,4%) de casos não solucionados e que não tinham seu resultado final à época da coleta de dados decorreu, sobretudo, do não comparecimento do paciente à chamada feita pela instituição ou da confirmação de seu óbito (Tabela 19).

Tabela 19 - Situação final (examinada em 15/08/2019) das demandas judiciais por procedimento cirúrgico ortopédico, INTO, 2014-2017

Situação da demanda	Ano		2014		2015		2016		2017		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendida	33	84,6	25	89,3	18	81,8	18	90,0	94	86,2		
Revertida	2	5,1	2	7,1	3	13,6	1	5,0	8	7,3		
Não solucionada	4	10,3	1	3,6	1	4,5	1	5,0	7	6,4		
Total	39	100,0	28	100,0	22	100,0	20	100,0	109	100,0		

Fonte: Elaboração própria

5.5 Intervalos de Tempo

O intervalo de tempo entre a entrada da ação no sistema judiciário e sua recepção no INTO espelha o funcionamento da justiça, mas de modo geral tendeu a ser menor nos pacientes externos à clientela matriculada na Unidade.

Para todos os intervalos que dependem da estrutura do INTO, os diferenciais de tempo foram significativamente menores para os pacientes que não eram usuários cadastrados no hospital.

As medianas de tempo entre a entrada da ação no hospital e a resolução definitiva do caso variou entre 8 e 30 dias (média de 21, 8 dias) para pacientes já matriculados, em comparação a 8 a 23 dias (média de 13,5 dias) nos externos à instituição, ainda que ambos tivesse o atendimento de seu pleito decorrente da ação judicial.

Os intervalos de tempo entre a entrada nas listas de espera e a internação do paciente e a realização do procedimento cirúrgico demandado deixam bastante claro como o recurso ao judiciário impacta no atendimento do pleito e como os longos tempos de espera nas listas podem estar conduzindo um quantitativo expressivo de usuários a buscar a Justiça, com medianas de tempo que chegaram a praticamente 1.000 dias em 2015.

Verificou-se ainda uma grande variabilidade nos intervalos de tempos entre a inserção na fila de espera do hospital e a entrada da ação na justiça, com medianas que variaram de 220 dias em 2014 a 999 dias no ano seguinte.

Uma vez ocorrida a internação do paciente por decisão judicial, as diferenças de intervalos de tempo até a realização da cirurgia entre usuários já cadastrados e pacientes externos tornam-se pouco significativas (Tabela 20).

Tabela 20 – Medianas de tempo (em dias) para pacientes que tiveram sua demanda judicial por procedimento cirúrgico ortopédico solucionada, segundo condição de matriculados previamente ou externos ao INTO, 2014-2017

Ano	2014		2015		2016		2017	
	Pac. INTO	Pac. Ext.	Pac. INTO	Pac. Ext.	Pac. INTO	Pac. Ext.	Pac. INTO	Pac. Ext.
Intervalos de tempo								
Entrada da ação na justiça — entrada da ação no INTO	10	6	13	3	13	3	15	16
Inserção na lista de espera — entrada da ação na justiça	220	12	999	5	524	6	506	31
Inserção na lista de espera — internação	398	0	1059	0	686	0	653	2
Inserção na lista de espera — cirurgia	457	5	10	9	687	9	656	6
Internação — cirurgia	4	3	8	7	8	9	4	2
Entrada da ação no INTO — resolução da demanda judicial	8	8	21	11	30	12	28	23

Fonte: Elaboração própria

Legenda: Pac. INTO – 84; Pac. EXT. - 25

6. DISCUSSÃO

Esse trabalho foi motivado pela necessidade de estudar e conhecer o montante e tratamento das demandas judiciais apostas ao INTO, dado o seu potencial de impacto em um centro de referência nacional que se caracteriza pelo seu perfil altamente especializado e pela rotina de longas filas de espera.

As ações implementadas no INTO a partir de 2013, como revisão sistemática das listas de espera, mutirões e o Plano de Ação Pactuado com o Ministério Público Federal, com o objetivo de diminuir o tempo de espera para cirurgias ortopédicas, possibilitou algum grau de redução do tamanho da lista de espera. Em 2015, contabiliza-se 13.968 pacientes ativos na lista de espera, número que em 2016 caiu para 12.001 e, em 2017, atingiu 11.220. Ressalta-se que a situação voltou a apresentar piora a partir de 2018. A baixa de estoque de órteses, próteses e insumos especiais, que impactou principalmente os CAE do Quadril e Joelho, bem como a troca constante da alta gestão hospitalar, entre outros, foram alguns dos fatores que influenciaram o aumento da lista de espera de pacientes ativos. Como consequência, os pacientes em fila de espera totalizaram 11.482 em 2018 e 11.523 em 2019. Apesar das ações implementadas para reduzir o tempo de espera, há um descompasso entre as entradas e saída dos pacientes na lista de espera. No ano de 2019, foram operados 7.705 pacientes e ingressaram na fila 8.170.

O estudo realizado identificou, nos quatro anos estudados, apenas 109 demandas judiciais relativas a solicitação de procedimentos cirúrgicos ortopédicos no INTO, mesmo com a utilização de tentativas complementares de busca de informação para além apenas do exame do banco de ofício de respostas ao Judiciário estruturado na Instituição para lidar com o problema, como já mencionado nos capítulos de metodologia e resultados.

Este quantitativo revelou-se em si como uma surpresa e o primeiro resultado relevante dessa pesquisa, pois a percepção de quem vive diariamente a realidade do INTO sugeria um problema de magnitude muito maior. Ainda que muitas demandas cheguem ao Hospital continuamente, a maioria se refere a solicitação de informações judiciais sobre marcação de consulta e marcação de cirurgia, informação sobre o estado clínico de pacientes na fila de espera, e a pedidos de marcação ou antecipação de consulta nos diversos CAE. Em que pese todas serem

relevantes, seus impactos para a organização cirúrgica do Hospital são diversos daqueles produzida especificamente pelas demandas de caráter mais cirúrgico, que interferem diretamente nos mapas operatórios e nas listas de espera por esses procedimentos.

Observou-se, ainda, redução no quantitativo dessas demandas ao longo do período estudado, com redução em 2017 a praticamente metade do presente em 2014.

Em que pese a realização pelo INTO de alguns mutirões de cirurgias de vários tipos²¹, um fator relevante para essa queda foi a tentativa de aproximação e discussão com os órgãos judiciais. A partir de 2014 e em resposta ao aumento de demandas que chegava ao hospital, a gestão do INTO adotou um conjunto de medidas de aproximação com o Poder Judiciário e a Defensoria Pública, com a finalidade de explicar o papel desse hospital de referência no cenário da saúde pública em ortopedia. Nesse mesmo período, foram feitos esforços de melhoria da organização interna e estruturação de um serviço, o SERJU, para gerenciar e controlar as demandas judiciais recebidas.

Em 2016, com o agravamento da crise econômica, financeira e política no Estado do Rio de Janeiro, houve uma reorientação da demanda, sendo acrescentados aos pacientes de alta complexidade, um direcionamento da demanda de pacientes de baixa e média complexidade para o INTO, cujo atendimento era antes realizado pelos municípios, sobretudo o do Rio de Janeiro, e pelo estado. Para lidar com esse aumento, o Hospital passou realizar revisões administrativas sistemáticas para identificar os pacientes que já realizaram cirurgia em outras unidades, os pacientes sem indicação clínica e que faleceram, o que repercutiu na redução da fila de espera de diversos centros.

No ano de 2017, o escândalo da “Operação Fratura Exposta”²² e a troca

²¹ “Mutirão de cirurgias da mão na sede do INTO”, disponível em <https://www.into.saude.gov.br/area-de-imprensa/noticias/257-mutirao-de-cirurgias-da-mao-na-sede-do-into>; “INTO faz mutirão de cirurgias da coluna para diminuir espera de pacientes”, disponível em: <https://agencia-brasil.jusbrasil.com.br/noticias/134137645/into-faz-mutirao-de-cirurgias-da-coluna-para-diminuir-espera-de-pacientes>; e INTO realiza mutirão de cirurgias de joelho, disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/35264-into-realiza-mutirao-de-cirurgias-de-joelho> (todos acessados em 08.01.2020).

²² Operação Fratura Exposta” foi o nome dado pela Polícia Federal a uma investigação deflagrada a partir de 11 de abril de 2017, tendo por foco um esquema de fraudes na compra de próteses para o INTO e SERS-RJ. Essa operação foi um desdobramento das Operações Calicute e Eficiência, que acabaram conduzindo a prisão o empresário Gustavo Estellita e o ex-secretário de Saúde do RJ, Sergio Cortes. Mais recentemente, já em 2018, houve outra operação policial envolvendo o INTO,

constante de diretores no Instituto resultou na baixa de estoque de implantes e insumos e, como consequência, na impossibilidade de atender a todas as demandas judiciais recebidas. Mais adiante, foram longos meses sem diretor nomeado, a prisão dos indicados em desdobramentos da Operação Lava Jato, fato que persistiu até 12/06/2019. Notícias publicadas na mídia em março e abril de 2019 referiam mais de 12.500 pacientes em fila de espera no INTO, devido sobretudo a redução e suspensão de cirurgias decorrente do desabastecimento de órteses, prótese e materiais especiais na unidade de saúde, causado segundo informava a Instituição nas matérias jornalísticas “pela falta de interessados nos editais de compra, pelos processos de investigação de fornecedores nacionais e pelas dificuldades na execução de processos de licitação”²³. Assim, é bastante possível que o observado no curto período estudado não mais esteja ocorrendo e que a judicialização em busca da realização/antecipação dos procedimentos cirúrgicos tenha voltado a subir.

Outro aspecto relevante identificado neste estudo refere-se ao fato de que cerca de um quarto do total de demandas judiciais solicitando a realização de cirurgias ortopédicas terem sido identificadas via busca ativa, mas com tendência declinante ao longo do período estudado, ainda que este tenha sido curto. Se, por um lado, isso aponta o acerto do esforço de se examinar minuciosamente o módulo internação do Sistema de Gestão Hospitalar MV, por outro sinaliza para falhas ainda existentes nos sistemas de registro e gestão das ações judiciais no INTO. A principal justificativa elencada para o não registro no sistema baseado em ofícios é a chegada da demanda judicial em fins de semana, feriados ou, após finalização do expediente administrativo, muitas vezes com ordem do Judiciário para internação imediata. Felizmente, parece ter havido alguma melhoria ao longo do tempo, com a proporção das demandas originadas de busca ativa caindo ao longo do tempo. Fatores que podem ter contribuído para tal são melhorias no sistema de registro do INTO e da divulgação do fluxo de gerenciamento aos setores de ambulatório, internação e trauma referenciado. O evidenciado neste estudo pode ademais ser mais um incentivo para que a Instituição fortaleça e promova novos aprimoramentos nesses

denominada “Ressonância, que ainda está investigando irregularidades na compra de equipamentos e insumos hospitalares no Rio de Janeiro. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Opera%C3%A7%C3%A3o_Fatura_Exposta, acesso em 30/10/2018.

²³ Publicado em “No Rio, INTO tem fila de espera de 12,5 mil pacientes para cirurgia”. Agência Brasil, em 25.03.2019. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-03/tem-fila-de-espera-de-125-mil-pacientes-para-fila-de-cirurgia>, acessado em 08.01.2020.

processos.

Em relação ao perfil das demandas, observou-se que todos os ofícios investigados se referiam a ações individuais, como era esperado em demandas que envolvam o objeto aqui pretendido, qual seja a realização de um procedimento de natureza específica em um dado paciente.

Destaca-se as representações públicas ou gratuitas, com importante atuação da Defensoria Pública, presente em mais da metade das ações. Essa predominância na assistência jurídica pode refletir a dificuldade financeira dos autores para custear seus tratamentos bem como pagar por auxílio jurídico, o que é reforçado pelo perfil etário avançado dos pacientes e pelo fato da maioria daqueles com ocupação descrita serem aposentados ou donas de casa. Além disso, sinaliza que as ações judiciais pleiteando procedimentos cirúrgicos ortopédicos, nessa situação específica, não se configuram como de interesse para a advocacia particular, quando comparada com a judicialização de medicamentos (MESSEDER et al., 2005) (51). Em pesquisa realizada por Pepe e colaboradores (2010a), no Estado do Rio de Janeiro, constatou-se que mais de 80% dos processos judiciais com objeto saúde ajuizados no ano de 2006 foram assistidos pela Defensoria Pública, destacando importante papel desse órgão no Estado (3).

No presente trabalho, não foi observada nenhuma relação entre pacientes, associações de pacientes, advogados e indústria nas ações judiciais, podendo sugerir que este tipo de judicialização beneficia, exclusivamente, os pacientes portadores de doenças musculoesqueléticas. Entretanto, cabe ser mencionado que o exame realizado a partir dos processos e prontuários não favorece a essa verificação.

Quanto a responsabilidade pelas decisões judiciais, observou-se que a maioria esteve a cargo de juízes federais. A esse respeito vale lembrar o fato do banco de dados analisado no presente estudo pertencer a um instituto federal, que identificou quase 70% das ações ajuizadas contra a União (sozinha ou em conjunto) e em torno de 30% contra o INTO (sozinho ou em conjunto a outros réus), e a competência para julgamento das ações propostas em face da União é de juízes federais (BRASIL, 1988).

O perfil dos beneficiários se caracteriza pelo predomínio de pacientes do sexo masculino (58,7% no total), com exceção apenas do ano de 2014. Para tal, contribuem o quantitativo de pacientes homens nas demandas por artroplastia (26

em 52) e, também o elevado número daquelas relacionadas a tratamento cirúrgico do trauma ortopédico (17 em 25).

No presente estudo, a proporção de idosos (idade maior que 60 anos) foi acima de 42,4% em todos os anos, respondendo por mais de um quarto das ações como um todo. Desse total, 54,0% dos pacientes são dos Centros do Quadril e Joelho, e estão inseridos nas subfilas de artroplastia (primária e revisão).

Trazendo à luz o perfil demográfico dos 11.523 pacientes (dados de 31/12/2019) que se encontram atualmente na fila de espera aguardando a realização de procedimento cirúrgico, observa-se 56,4% possui idade superior a 50 anos. Na lista para cirurgias do quadril, observa-se que 72% dos pacientes tem idade superior a 50 anos, e predomínio do sexo masculino. Quanto aos pacientes na lista de espera para cirurgia de joelho, observou-se mudança do perfil relativo ao sexo, com predomínio de 83,1% de pacientes do sexo feminino, contrastando com o período analisado onde a prevalência dos atendidos por demanda judicial nesse centro foi de homens.

A natureza dos procedimentos cirúrgicos solicitados judicialmente, foi constituída em quase metade dos casos por artroplastias de quadril ou joelho, e certamente guarda relação com esse perfil etário, já que as degenerações que terminam por produzir essas indicações de cirurgia para reconstrução da articulação comprometida guardam relação estreita com a idade (Felson et al, 2000) (52).

Destaca-se ainda, entre os dados sociodemográficos dos beneficiários, a prevalência de nível de instrução baixa (ensino fundamental incompleto) e predomínio de aposentados e donas de casa. Outro tipo de demandante que chamou atenção na distribuição por ocupação, é o apenado, indivíduo que cumpre pena em cárcere privado, não regulado pelo sistema de regulação e que entra diretamente por determinação judicial, seja para consulta ou para realização de cirurgia.

Os trabalhos de judicialização da saúde em sua maioria não retratam de forma regular dados de nível educacional e ocupação de forma estratificada, mesmo naqueles com foco na judicialização de medicamentos. Os resultados encontrados são semelhantes ao estudo de Gomes (26, 27), que identificou baixa escolaridade entre os demandantes de ações por procedimentos no estado de MG, e de Carneiro (28), no qual a escolaridade não foi mencionada, mas quando cruzados as

informações com a ocupação, identificou baixa escolaridade e nenhum nível superior.

Da totalidade das demandas judiciais apostas contra o INTO, somente duas não eram oriundas do estado do Rio de Janeiro, apesar do INTO ser referência nacional em tratamento musculoesquelético de média e alta complexidade. A distribuição de redes com atendimentos dos procedimentos solicitados em outras regiões do país, sobretudo no Sudeste e Sul, e as dificuldades e acesso aos doentes de outras regiões mais distantes podem responder por esse perfil geográfico.

No caso do estado, foram encontradas ações de autores domiciliados em apenas 16 dos 92 municípios do Rio de Janeiro. No entanto, isto não significa, necessariamente, que os municípios que não geraram nenhuma ação judicial possuem oferta de serviços que atenda toda a demanda por procedimento de cirurgia ortopédica. A falta de demandas judiciais também pode indicar a dificuldade de acesso ao auxílio jurídico nos municípios.

Observou-se o predomínio de pacientes residentes na região metropolitana I. Das ações judiciais oriundas do Rio de Janeiro, a maioria eram residentes do próprio município do Rio de Janeiro.

Não foi encontrado na literatura sobre judicialização de procedimentos ambulatoriais clínicos e cirúrgicos, informações que correlacionem população e quantidade de demandas judiciais. Todavia, neste trabalho observou-se que os municípios com maior número de população estão inseridos dentro das Regiões Metropolitana I e II.

Esses dados coincidem com os achados de Borges & Ugá (24) e Bellato e colaboradores (53), que também constataram uma maior concentração de processos nas capitais e em grandes municípios, bem como de maneira semelhante aos resultados encontrados por Marques & Dallari (2007) (54) e por Ventura et al. (2010) (3), que também identificaram predomínio de pedidos de processos judiciais nos municípios com maior contingente populacional. Cabe, contudo, destacar que todos esses trabalhos mencionados tem por foco a judicialização de medicamentos, dificultando afirmar por similaridades, ainda que se possa supor que nas localidades maiores seja um pouco mais fácil o acesso aos equipamentos jurídicos, ainda mais que a maioria das ações identificadas na presente pesquisa foi conduzida via Defensoria Pública.

Os procedimentos cirúrgicos ortopédicos solicitados, foco deste estudo, foram agrupados e categorizados de acordo com os diferentes tipos de especialidades, possibilitando assim, uma visão mais clara do tipo de procedimento cirúrgico ortopédico requerido. A maior parte das demandas judiciais solicitavam cirurgia de quadril, joelho, trauma e coluna. Os centros de quadril e joelho se destacaram pela maior concentração (56%) das demandas judiciais.

Observou-se que as artroplastias primárias ou de revisão/reconstrução foram os procedimentos mais solicitados, sobretudo pelos autores com mais de 60 anos. Estes são procedimentos cirúrgicos de alta complexidade e que requerem a utilização de próteses e enxertia óssea, demandando materiais específicos e um tempo maior de internação (55, 56).

Dentre as artroplastias, as totais de quadril (ATQ) foram as mais solicitadas, seguidos das artroplastias totais de joelho (ATJ). Segundo a literatura, a indicação mais frequente de ATQ e ATJ é a osteoartrose, embora também possam resultar de artrite reumatoide, fraturas e necrose avascular. Dados de pacientes brasileiros submetidos a ATQ ou ATJ mostram que osteoartrose foi a principal indicação para ambos procedimentos (56, 57, 58).

A maioria dos pacientes que demandaram judicialmente artroplastia de quadril tinham como diagnóstico de internação a complicação mecânica da prótese articular interna, coxo-artrose, infecção ou reação inflamatória devida à prótese, que produz como sintomas dor e limitações. Sabe-se que é comum, na faixa etária acima de 60 anos, a ocorrência de doenças degenerativas articulares, em virtude do aumento da expectativa de vida, mas que nem sempre está associada a uma qualidade de vida adequada.

Outro centro de especialidade que se destacou foi o trauma cirúrgico, que atende usualmente pacientes mais jovens, geralmente do sexo masculino e vítimas de acidente automobilístico, atropelamento e queda. Estes casos, em sua maioria, estavam internados em outras unidades de saúde pública. Para a transferência de leito a leito são respeitados os protocolos clínicos de acordo com a gravidade da lesão, a técnica indicada, material e equipe, e comumente ocorre em um tempo curto de espera.

Cabe referir que o INTO participa do projeto Consolidação do Projeto do Trauma Referenciado, em parceria com a Secretaria de Estado do Rio de Janeiro, disponibilizando profissionais para que o INTO possa atender emergências

referenciadas de hospitais estaduais municipais e estaduais, reguladas através de uma Central.

Os pacientes referenciados são recebidos para admissão no Trauma Referenciado, após o contato prévio da Central de Regulação Estadual ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) do INTO.

O Trauma Referenciado realiza o atendimento aos usuários em situação de urgência e/emergência, providenciando quando necessário à admissão hospitalar.

O processo de admissão dos pacientes referenciados envolve a conferência da documentação do paciente e a abertura de prontuário, caso o mesmo não possua matrícula na instituição.

Nesse aspecto, nem todos os pacientes transferidos leito a leito possuíam matrícula no INTO. Não faziam parte, portanto, das listas de espera. Não se discute aqui a necessidade de tratamento e, sim, a desorganização provocada na assistência em decorrência da motivação judicial, prejudicando outros pacientes que aguardam por tratamento semelhante a mais tempo na fila de espera, em sua maioria medidos em anos.

Nesse estudo, constatou-se que a grande maioria das demandas judiciais foi atendida (86,2%), e seu não atendimento esteve justificado pelo não comparecimento dos pacientes para internação após múltiplos contatos feitos pela Instituição e da ocorrência de dois óbitos. Um desses óbitos ocorreu com paciente adulto, que tinha relato de queda de caminhão, com fratura cervical e que, durante a avaliação ortopédica, apresentou quadro de parada cardiorrespiratória. No segundo caso, era um paciente idoso com fratura do fêmur, diabético e hipertenso. Os dois pacientes foram transferidos de outras unidades de saúde onde se encontravam previamente internados antes de ir para o INTO por ordem judicial. No caso dos que não compareceram a Unidade, não foi possível saber se tal se deveu a perda do contato registrado (por mudança de endereço, por exemplo), por atendimento em outra Unidade assistencial ou piora clínica e eventual óbito.

Importante ressaltar que dentre as demandas judiciais revertidas, ou seja, aquelas que após avaliação do especialista ortopédico foram consideradas como tratamento conservador/não cirúrgico, 57,1% era de demandantes sem matrícula no INTO, o que pode significar problemas na avaliação realizada em outras unidades assistenciais.

Ao analisar a realização de procedimento cirúrgico ortopédico, objeto do processo judicial nesse estudo, observou-se que as razões que levaram os demandantes a reivindicarem seu direito na justiça provavelmente esteve relacionada ao longo tempo de espera nas filas, principalmente ao identificar que 77,1% dos demandantes já possuíam matrícula no Instituto. Apesar de todas as medidas e ações implementadas desde 2013 para reduzir o tamanho da fila e o tempo de espera para a realização de cirurgias, o tempo médio de espera na fila de cirurgia foi extremamente longo para pacientes com matrícula na Instituição, desde a inserção do paciente na lista de espera até a realização do procedimento cirúrgico ortopédico. A mediana em dias para pacientes com matrícula no INTO foi de 557 e para demandantes sem vínculo com a Instituição foi de 8 dias.

Para cirurgias de alta complexidade como as artroplastias (primária e revisão/reconstrução), o tempo de espera nos casos estudados foi em mediana de 2,2 anos (813 dias), enquanto o tempo de espera para outros tipos de procedimentos cirúrgicos ortopédicos correspondeu a mediana de (232 dias), evidenciando importante diferença entre os demandantes e outros grupos.

Os pacientes possuem tempo de espera diferentes, dependendo da subfila do procedimento que necessitam fazer. As filas de artroplastias primárias (de joelho e quadril) normalmente andam mais rápido, apesar de conterem número maior de pacientes. As subfilas de revisão de artroplastia, ou seja, a correção de cirurgias mal sucedidas (geralmente realizadas em outras unidades de saúde) são as que tem maior tempo em espera, porque são cirurgias mais complexas, que poucos cirurgiões realizam, muitas vezes em pacientes infectados, demandando frequentemente tempo maior de internação, exigência de material específico e customizado e, muitas vezes, enxertos de tecidos musculoesqueléticos.

Mesmo depois do início do processo judicial, as diferenças persistem desfavoráveis para os pacientes já em acompanhamento no INTO. O tempo de espera encontrado entre a entrada da demanda judicial no INTO e seu atendimento, ou seja, realização de cirurgia ortopédica, foi em mediana de (25 dias) para demandantes que possuíam matrícula no INTO e de (12 dias) para os demandantes sem matrícula no INTO. Cabe destacar que os usuários sem matrícula no INTO foram atendidos em um espaço de tempo duas vezes menor que os pacientes com matrícula no Instituto. Esse tipo de demanda não possibilita que a Instituição realize uma análise mais detalhada dos casos, por não existirem informações clínicas dos

pacientes, que justificassem ou solicitassem um tempo para avaliar a demanda judicial de acordo com os protocolos de internação. A falta dessas informações pode, assim, terminar por beneficiar esses pacientes com tempo menor para resolução da demanda.

Outro fato que corrobora o entendimento nesse sentido seria que geralmente essas demandas eram oriundas de Plantão Judicial. A justiça usualmente concede maiores intervalos de tempo para a resolução final das demandas cirúrgicas aos pacientes com matrículas no INTO, o que é pouco comum nas demandas de pacientes externos, onde frequentemente se determina a internação imediata. Ressalta-se que, atualmente, já há entendimentos e fluxo implementado para o não atendimento imediato das demandas, antes de explicar ao poder judiciário e a Defensoria Pública o funcionamento da fila de espera, salvo em caso de emergência.

De acordo com estudo de Carvalho e Gianini (59), que analisaram as iniquidades nos tempos de espera do usuário do SUS em relação ao atendimento privado, a diferença de tempo chega a ser 5,5 meses ($p < 0,001$) maior para cirurgias eletivas nos usuários do SUS. Por outro lado, sinaliza também a dificuldade de acesso ao SUS. O fato a destacar é que a judicialização passou a ser o meio mais rápido de acesso ao sistema diante da oferta de serviços.

Outro fato que chamou atenção por conta de tempo de espera muito longo foi de um paciente de 37 anos, que ingressou na justiça solicitando reconstrução craniana de um defeito extenso, que necessitaria prótese customizada. O processo foi ajuizado em 2014 e somente em 2017 teve seu atendimento efetivado. Essa demora foi justificada em função da ausência da prótese, por se tratar de material personalizado para aquele paciente, além de alto custo. Foi informado que havia mais cinco pacientes na lista de espera. Para atender a todos, foi solicitado ao juiz autorização para comprar os materiais necessários via processo licitatório.

Tentativas de examinar mais detalhada e objetivamente alguns impactos das demandas judiciais na gestão e funcionamento do INTO não puderam ser realizadas, embora pretendidas à época da qualificação, como por exemplo, identificar a necessidade de órteses, próteses e materiais especiais para atendimento do caso judicial, verificar consumo de hemoderivados e medicamentos especiais em função desse atendimento, uso e duração e internação em leito de terapia intensiva, etc. Embora os prontuários até permitissem verificar o consumo de

certos itens como, por exemplo, transfusões sanguíneas e ocupação de leito de UTI, estimar diferenciais em relação ao consumo que ocorreria pela utilização nos pacientes regularmente operados sem judicialização não se mostrou razoável. Também não foi possível, pelos registros disponíveis, verificar se as próteses e órteses já existiam no almoxarifado hospitalar do INTO ou foram adquiridas especificamente para fim do atendimento judicial, exceto em situações pontuais, onde isso estava claramente relatado nos registros médicos.

Ainda assim, é possível discutir de forma mais genérica alguns impactos gerenciais da judicialização no INTO, como disposto na sequência.

As demandas judiciais recebidas pelo INTO produziram impactos na gestão da assistência hospitalar e nas listas de espera, havendo prejuízos a outros pacientes que aguardavam por cirurgia, segundo a ordem cronológica da fila, devido ao protelamento decorrente das tutelas judiciais. E esses efeitos se revelam, ademais, diferenciados segundo o tipo de procedimento cirúrgico solicitado judicialmente, em função da forma de organização institucional e das filas de espera.

A assistência hospitalar do INTO segue um processo de gestão regido por normas e procedimentos bem estruturados em respeito aos princípios do SUS. Nesse contexto, o gerenciamento da Lista de Espera é instruído pela Norma Institucional 02 (localizada no sítio eletrônico <https://www.into.saude.gov.br/folhetos-e-cartilhas-para-o-paciente>) e acompanhado periodicamente por um Comitê de Gerenciamento da lista de espera, formando por especialistas de diversas áreas.

A estrutura da lista de espera para procedimentos cirúrgicos segue a mesma lógica do cuidado assistencial no Instituto, que é dividido por Centros de Atenção Especializada. Cada CAE possui a sua própria fila, que é desdobrada em segmentos de pacientes formando as múltiplas filas ou subfilas.

Dentro de uma mesma subfila, a chamada para início do processo operatório é orientada por ordem cronológica, visto que todos os procedimentos são eletivos. Entretanto, ser chamado para realizar o procedimento cirúrgico não garante ser operado de imediato, uma vez que, por ser um procedimento médico, o mesmo requer pré-requisitos técnicos fundamentais para realização efetiva do procedimento, como por exemplo, a necessidade de disponibilidade de prótese e órteses específicas.

A chamada entre as subfilas de um mesmo CAE merece uma atenção especial no Hospital, pois depende de avaliação quanto à complexidade do

procedimento, tempo de internação, necessidade de materiais especiais, frequência da doença e outras especificidades, que também são previstas e acompanhadas por um instrumento institucional intitulado de Cardápio Cirúrgico. Cardápio cirúrgico é uma ferramenta de gestão interna que visa auxiliar o gerenciamento da lista de espera, guiando minimamente a convocação dos diferentes segmentos de pacientes para realização de procedimentos cirúrgicos, contemplando de forma ordenada todas as subfilas, dentro das suas especificidades previamente identificadas. Essa ferramenta auxilia a montagem dos mapas cirúrgicos, definindo número de salas e programação cirúrgica.

A judicialização vai de encontro a todo o processo de gestão e normas que estruturam a assistência, elaboradas e monitoradas periodicamente por profissionais capacitados para tal. Ao determinar uma ação judicial, o Poder Judiciário atua de forma generalista pelo sistema, e dificilmente reconhece os detalhes das Políticas Públicas de Saúde e das normas institucionais, aumentando assim a iniquidade do sistema, comprometendo a sua sustentabilidade e o princípio da universalização equitativa.

Em uma visão operacional, essas decisões impactam diretamente no planejamento e na alocação dos recursos previstos para um dado período, como exemplo a elaboração do mapa cirúrgico, que é um processo complexo, desenhado com uma semana de antecedência, que leva em consideração diferentes orientações, entre elas o planejamento previsto no Cardápio Cirúrgico, a quantidade de pacientes em lista de espera e a disponibilidade de materiais e insumos para determinado procedimento.

Essas decisões isoladas e individuais sobre a determinação de inclusão de um novo paciente em mapa cirúrgico por judicialização não levam em consideração nenhuma dessas questões de ordem técnica, produzindo distúrbios no planejamento como um todo e afetando inclusive pacientes com necessidade de outros procedimentos.

Todos os pacientes a serem submetidos a um procedimento cirúrgico passam, ademais, por um período pré-operatório, em que são realizados ambulatoriamente exames laboratoriais, exames de imagem, avaliações clínicas e orientação do grupo assistencial.

Ao judicializar um atendimento, geralmente esse paciente realiza todos os procedimentos pré-operatórios após a internação, onerando o sistema, já que existe

uma diferença de custos entre atendimento eletivo e o de urgência, bem como no que se refere ao seu financiamento, já que o primeiro é pago via códigos individualizados nas tabelas de pagamento de procedimentos do SUS quando realizados ambulatorialmente (por exemplo, pagamento por hemograma, por glicemia, etc), enquanto o segundo, com o paciente internado, fica todo financiado pelo código referente ao procedimento cirúrgico realizado (valor pago pelo SUS por uma artroplastia primária de quadril), que usualmente não envolveria esses exames intra-internação.

Todo paciente da lista de espera, ao ser chamado dentro do planejamento previsto, passa previamente por todo um processo pré-operatório devidamente acompanhado pela área de gerenciamento da lista de espera (ARGELE) até que se encontre clinicamente pronto para a realização do procedimento cirúrgico. Ao ser incluído em mapa cirúrgico, seu prontuário é devidamente organizado pela própria ARGELE, seguindo para a área de admissão do hospital já bem estruturado.

Diante de uma determinação judicial, a ARGELE não tem nenhuma participação no chamado e preparo desse paciente, sendo cobrada pela área de admissão do hospital a apresentar o prontuário que viabilize a internação do referido paciente, muitas das vezes no momento em que ele já se encontra na Unidade, uma vez que o agendamento de apresentação desse paciente foge completamente as rotinas institucionais do setor.

Por fim, o sistema informatizado de gerenciamento da lista de espera é estruturado de forma que todo paciente cadastrado na lista que passe pelas fases de chamado, preparo e internação, tenha sua saída da lista de espera automatizada após a confirmação de realização do procedimento cirúrgico. Ao internar por determinação judicial, o paciente foge desse fluxo e sua saída da lista de espera não é automática após a realização do procedimento cirúrgico, dependendo de uma baixa manual no sistema. Isso exige cuidados especiais de cada setor responsável pela fila /subfila, consome recursos humanos que poderiam estar dedicados a outras tarefas e pode produzir eventualmente números subestimados nas filas, 'inchando-as e levando a ainda maior angústia dos pacientes que as monitoram aguardando por suas chamadas.

Cabe ainda ser dito que essas decisões também ferem a universalidade do acesso à saúde, já que somente aqueles que possuem conhecimento e acesso à justiça terão tratamento diferenciado em prejuízo aos outros pacientes que também

aguardam na mesma lista de espera, nas mesmas condições e às vezes até em estados piores de saúde, nesse sentido a judicialização pode ter um caráter excludente.

Cumpramos ressaltar que esses pacientes acompanham de forma transparente a informação sobre o processo de atendimento e o número de pessoas à frente por meio do *site* do INTO, gerando muitos questionamentos à Ouvidoria sobre tal ação.

Administrar um único sintoma não é suficiente, quando a atenção deve ser a causa geral em benefício da sociedade como um todo e não apenas ao indivíduo que recorre.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Poder Judiciário tem se tornado um instrumento importante na efetivação do direito da saúde, para aqueles que tem acesso e conhecimento quanto a viabilidade desse caminho. O presente trabalho possibilitou conhecer o perfil das demandas judiciais recebidas pelo INTO, ajudando a traçar um retrato inicial dos procedimentos clínicos e cirúrgicos apostos na Instituição. Esse trabalho se diferencia dos demais, por tratar da judicialização de procedimentos cirúrgicos ortopédicos, cujo enfoque é ainda incipiente nos estudos relativos ao tema.

Foi motivo de surpresa o volume relativamente pequeno de cirurgias judicializadas no Instituto, em detrimento de solicitações de marcação de consultas e da cirurgia propriamente dita. Cabe destacar, contudo, que o período estudado foi pequeno, limitando-se a quatro anos, coincidentes ademais com a implementação de diversas ações que podem ter contribuído para uma redução temporalmente localizada, em um contexto dinamicamente complexo e fortemente dependente, inclusive, do acesso a outros serviços de saúde municipais e estadual e da situação de momento no INTO, que tem oscilado significativamente.

As demandas judicializadas de procedimentos cirúrgicos ortopédicos foram caracterizadas pela alta complexidade, concentrando-se nos centros do quadril, coluna, joelho e trauma, com os dois primeiros concentrando mais da metade das demandas judiciais.

As demandas judiciais solicitadas foram em sua maioria atendidas, correspondendo em maior número a pacientes com matrícula no INTO. Entretanto, dentre os requerentes sem matrícula no INTO, observou-se que mais da metade das demandas resultaram em tratamento conservador, evidenciando a presença de falha na avaliação inicial desses pacientes.

Nesse sentido, sinaliza para potenciais áreas de estrangulamento mais urgentes, que podem ser utilizadas pela Unidade para o estabelecimento de estratégias que possam minimizar o problema e seus impactos.

São limitações desse estudo as incompletudes inerentes às fontes de pesquisa utilizadas (expedientes administrativos, processos judiciais, prontuário e sistema de Gestão Hospitalar), que obrigou a utilização de procedimentos complementares, difíceis de serem realizados de maneira contínua, o que permitiria

ao INTO ter um retrato atualizado e menos pontual que o trazido em um trabalho acadêmico. As limitações informacionais também não permitiram verificar os desdobramentos na gestão de compras de órteses, próteses ou materiais especiais, bem como levantar o tempo média de espera na lista de cirurgia no momento do recebimento das demandas judiciais, dados que seriam igualmente úteis para se avaliar os impactos dos processos judiciais na gestão da Unidade.

Reforça-se a importância que seja realizado um monitoramento contínuo pela Instituição. Da mesma forma, sugere-se a criação de fluxos institucionais a fim de aprimorar o registro e controle das informações, sistematizando o processo e minimizando falhas na gestão.

Reitera-se ainda, como imprescindível, a manutenção de um diálogo cada vez maior entre os gestores do Instituto e o Poder Judiciário, a fim de que se alcance um equilíbrio na consecução do direito individual e efetivação das políticas públicas para que o benefício oferecido a um demandante não prejudique o direito do outro.

Conclui-se que a judicialização é um fenômeno complexo e multifacetado, trazendo impacto na gestão da assistência do Instituto e na lista de espera, desorganizando toda logística de planejamento, onde seus desdobramentos alcançam a todos os pacientes, demandantes e não demandantes, e a sociedade como um todo, implicando em um processo de alocação de recursos que compromete o princípio da equidade, ao determinar a realização de procedimento cirúrgico ortopédico sem observar a lista de espera existente.

O estudo sobre a realidade hospitalar específica pode, assim, trazer subsídios que ajudem na mensuração e no entendimento, de forma robusta, dos impactos que esse movimento produz na perspectiva institucional, e contribuir para o debate sobre a intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas, especialmente nas filas de espera por cirurgia ortopédica.

8. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990. Poder Executivo. Seção I. 1990.
3. Ventura V, Simas L, Pepe VLE, Fermin RS. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 2010; 2010(1):77-100.
4. Mapelli JR. Judicialização da Saúde: Regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.
5. Advocacia Geral da União (AGU). Parecer referencial nº 00008/2019/CONJUR/MS/CGU/AGU; 2019. [Internet]. [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/24/PARECER-REFERENCIAL-n.%2000008-2019-CONJUR-MS-CGU-AGU.pdf>
6. Tribunal de Contas da União (TCU). Auditoria Operacional. Fiscalização de Orientação Centralizada. TC 016.757/2015-7. 2017.
7. Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER). Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. 2019. Disponível em:
<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>. Acesso em 02.01.2020.
8. LIMA JR., Arnaldo Hossepian Salles; SCHULZE, Clenio Jair. Os números do CNJ sobre a judicialização da saúde em 2018. Consultor Jurídicos, 10 de novembro de 2018. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-aco-es/pj-justica-em-numeros>. Acesso em 02.01.2020
9. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Brasil tem mais de 240 mil processos na área de saúde; 2011. [Internet]. [acesso em 2017 ago 20]. Disponível em:
<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/14096-brasil-tem-mais-de-240-mil-processos-na-area-de-saude>.
10. São Paulo (SP). Anuário da Justiça de São Paulo, 2018.
11. Instituto de Pesquisa Econômico Aplicado (Brasil). Nota Técnica - 2016 - agosto - Número 26 - Disoc. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? [Internet]. [acesso em 2018 nov 22]. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28422:nota-tecnica-2016-agosto-numero-26-disoc-previdencia-rural-crise-economica-austeridade-fiscal-e-saude-que-licoes-podem-ser-aprendidas-&catid=192:disoc&directory=1

12. Machado, F. Discussão apresentada pelo autor, intitulada “Rugas: diálogos sobre judicialização da saúde”, publicada no Blog Saúde com Dilma; 2017. [Internet]. [acesso em 2017 jul 07]. Disponível em: <http://www.saudecomdilha.com.br/index.php/2011/05/02/rugas-dialogos-sobre-judicializacao-da-saude>
13. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(2): 214-222.
14. Mello AF, Soares LSS, Areda CA, Blatt RC, Galato D. Uma abordagem econômica de processos judiciais de medicamentos impetrados contra um município do sul do Brasil. J. Bras. Econ. Saúde. 2016;1:39-46.
15. Paim LFNA, Batt CR, Sacconi G, Guerreiro ICK. Qual é o custo da prescrição pelo nome de marca na judicialização do acesso aos medicamentos? Cad. saúde colet. 2017;25(2):201-209.
16. Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais. Relatório Final. 2015.[Internet]. [acesso em 2017 set 20] Disponível em: <https://bit.ly/2Pk0CIE>
17. Silva HP, Pimenta KKP. A atuação de advogados e organizações não governamentais na judicialização da saúde pública no Brasil: a quem será que se destina? Cad Ibero-Amer Dir Sanit. 2017; 6(1):207-227.
18. Campos Neto OH, Acurcio FA, Machado MAA, Ferré F, Barbosa FLV, Cherchoglia ML, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. Rev Saúde Pública 2012; 46:784-90.
19. Carvalho, G. Saúde: O tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. Saúde em Debate. 2005. [Internet]. [acesso em 20 set 2017] ;29(69):99-104. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345217012>.
20. Grizotti G. Máfia das próteses coloca vidas em risco com cirurgias desnecessárias; 2015 [Internet]. [acesso em 2017 ago 15]; Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/01/mafia-das-protese-coloca-vidas-em-riscocom-cirurgias-desnecessarias.html>.
21. Fufuca A. Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar a cartelização na fixação de preços e distribuição de órteses e próteses, inclusive, com a criação de artificial direcionamento da demanda e captura dos serviços médicos por interesses privados – Máfia das órteses e próteses no Brasil. (Relatório final de CPI). Brasília: Câmara dos Deputados; 2015. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1579578>> Acesso em 21 set 2017.
22. Minas Gerais (MG). Lei n. 22.440, de 21 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a obrigatoriedade de as indústrias de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos e implantes declararem as relações com profissionais de saúde, de qualquer natureza, que configurem potenciais conflitos de interesses

- [Internet]. Diário do Executivo - 22/12/2016 Pág. 1 Col. 2. [acesso em 2020 jan 2] Disponível em:
<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LEI&num=22440&ano=2016>.
23. Santos L, Terrazas F, organizadoras. Judicialização da saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.
 24. Borges DDCL, Ugá MAD. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. Cad Saude Publica. 2010;26:59– 69
 25. MARINJ. O fornecimento de medicamentos e serviços de saúde: a limitação da responsabilidade do estado e as estratégias de defesa dos municípios. São Paulo: IEM - Instituto de Estudos Municipais, 2010.
 26. Gomes FFC. A Judicialização da Saúde em Minas Gerais: uma avaliação dos processos Judiciais relacionados aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares: Minas Gerais. Dissertação [Mestre em Saúde Pública] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
 27. Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CD, Santos VC, Acurcio FA, Andrade EIG. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. Cad. Saúde Pública. 30 (1): 31-43. 2014. [acesso em 2018 nov 26. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100031&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176812>.
 28. Carneiro AMF. Ações judiciais de assistência à saúde: uma caracterização dos dados da Secretaria de Saúde Pública do Pará-SESPA. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestre em Saúde Pública]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2015.
 29. Bahia. Secretaria de Estado da Saúde. Judicialização do processo regulatório no estado da Bahia. Disponível em:
<http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/arquivos/judicializacaodoc.pdf>, acesso em 22.11.2017.
 30. Psanquevich PK, Moreira RAGF. Retrato da judicialização da saúde no município de São Paulo entre 2017 e setembro de 2018 e os principais resultados obtidos pelas ações adotadas. Rev. Adm. Saúde, São Paulo, v. 19, n. 75: e166, abr. – jun. 2019, Epub 25 abr. 2019
<http://dx.doi.org/10.23973/ras.75.166>.
 31. Bliacheriene AC, Rubim T, Santos JS. Delimitação do Sentido Normativo dos Princípios Doutrinários do Direito à Saúde como Parâmetro Mitigador da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde. In: Santos L, Terrazas F. Judicialização da saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014, p.331-362.
 32. Sarmiento Junior KMA, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. Rev. Bras. Otorrinolaringol

2005, 71(3):256-262.

33. Aguiar LOF; Lira ACO. Transparência no Sistema Único de Saúde: iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, Brasília, 7(2):111-124, abr./jun, 2018.
34. Rechel B, McKee M, Haas M, Marchildon GP, Bousquet F, et al. Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. *Health Policy*. 2016;120 (4):377-83.
35. Desmeules F, Dionne, CE, Belzile, E., Bourbonnais, R., & Frémont, P. (2009). Waiting for total knee replacement surgery: factors associated with pain, stiffness, function and quality of life. *BMC musculoskeletal disorders*, 10, 52. doi:10.1186/1471-2474-10-52.
36. Kelly KD, Voaklander D, Kramer G, Johnston DW, Redfern L, Suarez-Almazor ME. The impact of health status on waiting time for major joint arthroplasty. *J Arthroplasty* 2000; 15: 877–883.
37. Fortin PR, Penrod JR, Clarke AE, St-Pierre Y, Joseph L, Belisle P, Liang MH, Ferland D, Phillips CB, Mahomed N, et al.: Timing of total joint replacement affects clinical outcomes among patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Arthritis Rheum* 2002.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. SUS terá fila única para cirurgia. [Internet]. [acesso em 2017 ago 10]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28238-sus-tera-fila-unica-para-cirurgias-eletivas>.
39. Conselho Federal de Medicina. *Jornal de Medicina do CFM*, out, 2017, p. 12. <http://portal.cfm.org.br>. Acesso em 02.01.2020.
40. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 1294, de 25 de maio de 2017. Define, para o exercício de 2017, a estratégia para ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1294_29_05_2017.html. Acesso em: 20 jan.2020.
41. BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 163, de 19 de janeiro de 2018. Prorroga o prazo para a execução da estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DF, DOU de 22/01/2018 (nº 15, Seção 1, pág. 44).
42. Pinho A. Ações judiciais para ter cirurgia e tratamento disparam em São Paulo. [Internet]. [acesso em 2017 set 22]; Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/10/1826326-acoes-judiciais-para-ter-cirurgia-e-tratamento-disparam-em-sao-paulo.shtml>.
43. Lopes RLC. Justiça e acesso à saúde: consequências da judicialização de cirurgias no Distrito Federal: Ceilândia. Monografia [Bacharelado em Saúde Coletiva] - Universidade de Brasília; 2015.

44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 31 de outubro de 1994. Altera a o nome de Hospital de Traumatologia e Ortopedia para Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1994. nº 248, Seção 1.
45. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Construinto 3. Planejamento Estratégico 2019-2022 Disponível em: https://www.into.saude.gov.br/images/pdf/documentos/Construinto_3_baixa_res.pdf. Acesso em 02.01.2020
46. BRASIL. Presidência da República. Portaria nº 8.065, de 07 de agosto de 2013. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do ministério da saúde e remaneja cargos em comissão. Disponibilizado em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1294_29_05_2017.htm Acesso em 25.11.2018.
47. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad. Relatório de Gestão exercício 2016. [Internet]. [acesso em 2017 ago 02]. Disponível em: <www.into.saude.gov.br/>.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 401 de 16 de março de 2005. Institui o Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Pré-Existentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória no âmbito do Sistema Único de Saúde - Projeto Suporte. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt_GM401.pdf. Acesso em 25.11.2018.
49. Machado CR. Proposição de modelo de atendimento ao trauma ortopédico gerenciado pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia [Dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009. [acesso em 2017 ago 15]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2469>.
50. Brasil. Controladoria Regional da União no Estado do Rio de Janeiro. Avaliação dos Resultados da Gestão no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad-INTO. Relatório nº201504055, junho de 2016. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/9370.pdf>. Acesso em 25.11.2018.
51. Messeder, A M.; Castro, C S O.; Luiza, V L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. De Saúde Pública 2005; 21:525-34.
52. Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA, et al. Osteoarthritis: New Insights. Part 1: The Disease and Its Risk Factors. Ann Intern Med. 2000;133:635–646. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-8-200010170-00016>.
53. Bellato, R. et al. Mediação do direito à saúde pelo tribunal de justiça: análise da demanda. Texto & Contexto Enferm, Florianópolis, 2012; 21: 356-62.
54. Marques, SB.; Dallari, SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica

no Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública, 2007; 41:101-7

55. Almeida kF. Por uma tecnologia de cuidado integral ao paciente da fila de espera para artroplastia total primária de joelho no INTO [Dissertação] [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011. [acesso em 2017 ago 20]. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12350/1/994.pdf>
56. Galia CR, Diesel CV, Guimarães MR, Ribeiro TA. Atualização em artroplastia total de quadril: uma técnica ainda em desenvolvimento. Rev. bras. Ortop. 2017; 52 (5): 521-527. http://www.scielo.br/pdf/rbort/v52n5/pt_1982-4378-rbort-52-05-00521.pdf
57. Lenza M, Ferraz SB, Viola DCM, Garcia Filho RJ, Cendoroglo Neto MI, Ferretti M. Epidemiologia da artroplastia total de quadril e de joelho: estudo transversal. Einstein (São Paulo) . 2013; 11(2): 197-202. http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n2/pt_11.pdf
58. de Piano LPA, Golmia RP, Scheinberg M. Total hip and knee joint replacement: perioperative clinical aspects. Einstein (Sao Paulo). 2010;8(3 Pt 1):350-3 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000300350&script=sci_abstract
59. Carvalho TC, Gianini RJ. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. Rev Bras Epidemiol 2008; 11:473-83.

APÊNDICE I - Instrutivo para Seleção e Extração de Dados

Título da dissertação:

Judicialização de Procedimentos Cirúrgicos em Ortopedia no âmbito do SUS: Um estudo de caso do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

Instrutivo para Seleção - Extração de Dados

O objetivo deste instrutivo é orientar a etapa de extração de dados, a partir dos ofícios de resposta referente a demanda judicial recebida.

Casos em dúvida serão avaliados e solucionados por um segundo profissional

Preenchimento do formulário no Epidata

Instruções para baixar e upload do formulário preenchido ao Dropbox

1. Copie/baixe do Dropbox (Dropbox> INTO > Bancos > Extração de Ofícios> Bancos inicial ofícios o banco do Epidata vazio com o nome correspondente (com os três arquivos -. qes, .rec e .chk) para o seu computador.
2. Abra o Sistema Epidata e clique em “Entrar Dados”
3. Abra no Epidata o arquivo .rec (não altere os arquivos. qes e .chk) e preencha os dados para cada referência seguindo as instruções abaixo.

Observações Importantes:

- Não renomeie o arquivo, para que não se percam os controles das variáveis.
- Cuidado no preenchimento do formulário, para evitar perdas e transtornos.
- Ao final do dia de trabalho, dê upload/copie de todos os arquivos (. qes, .rec, .chk e. not) para a sua pasta correspondente (Dropbox> INTO > Bancos > banco inicial de ofícios> Resultados – nome do profissional correspondente). Assim, teremos uma cópia de segurança do trabalho no Dropbox.
-

Instruções para preenchimento do formulário – variáveis

Resp #

Preencher o formulário com o nº correspondente ao profissional:

1. SZ
2. NA

Dados de Identificação do Estudo

Ano #####

Preencher o formulário com o ano de emissão do ofício de resposta presente na primeira coluna do arquivo em excel extração dado bruto

(N) Número de ofício de resposta INTO #####. #####

Preencher com nº do ofício de resposta INTO

Obs.:

Escrever direto o nº do ofício. Não escrever a frente coisas como ofi., ofic., ou ofício
Não usar os sinais °, ª... Usar 3o, usar 5a, usar no...

Órgão envio #

Preencher com o nome do órgão que enviou a demanda judicial (80 caracteres).

Obs.:

Preencher de forma absolutamente igual ao que está no arquivo digital.

NÃO usar caracteres acentos / especiais (á, à, ã, ç, é, í, ó, õ, ú, ü) no preenchimento da variável, pois pode causar erros aos dados.

O campo já está configurado para preenchimento com caixa alta.

(n1) Nº Ofício < > (80 caracteres)

Preencher com o nº de ofício original, quando existente.

Obs.:

Preencher de forma absolutamente igual ao que está no arquivo digital.

escrever direto o nº do processo. Não escrever à frente coisas como proc., ou processo

Não usar os sinais °, ª... Usar 3o, usar 5a, usar no...

(n2) Nº Processo original < > (80 caracteres)

Preencher com o nº de processo original, quando existente.

Obs.:

Preencher de forma absolutamente igual ao que está no arquivo digital.

escrever direto o nº do processo. Não escrever à frente coisas como proc., ou processo

Não usar os sinais °, ª... Usar 3o, usar 5a, usar no...

Se ° = O. (letra O com seguido de um ponto)

Se ª = A (apenas a letra A)

(nProntuário) Número do Prontuário INTO < > (80 caracteres)

Preencher com o nº de prontuário quando existente.

Obs.:

Preencher de forma absolutamente igual ao que está no arquivo digital.

escrever direto o nº do prontuário. Não escrever à frente coisas como pront., ou prontuário

Não usar os sinais °, ª... Usar 3o, usar 5a, usar no...

Se ° = O. (letra O com seguido de um ponto)

Se ª = A (apenas a letra A)

Objeto #

Preencher com o nº referente ao assunto demandado, conforme orientação:

- 1- informação sobre estado clínico do paciente
- 2- informação sobre marcação de consulta
- 3- informação sobre posição fila de consulta
- 4- informação sobre marcação de cirurgia
- 5- informação sobre posição na fila de cirurgia
- 6- pedido de antecipação de consulta / pedido de marcação de consulta

7- pedido de internação para cirurgia / pedido de transferência via regulação

8- pedido de antecipação de cirurgia

9- ordem judicial de cirurgia

88 - outros

99- sem informação / não fica claro

Observação:

Pedidos de internação que não sejam para cirurgia, deve ser codificado como 88

Pedidos de exames pré-operatórios, deve ser codificado como 88

Demanda Procedimento Cirúrgico Ortopédico #

Preencher com:

- “1” - para demandas que se referem a procedimento cirúrgico

Observação:

Este campo será preenchido com “1” no caso dos objetos:

Objeto 7 - pedido de internação (para cirurgia)

Objeto 8 - pedido de antecipação de cirurgia]

Objeto 9 - ordem judicial de cirurgia

- “2”- para demandas que se referem a procedimento não cirúrgico

Observação:

Este campo será preenchido com “2” no caso dos objetos:

Objeto 6 -pedido de antecipação de consulta]

Pedido de internação clínica (por outro motivo que não cirurgia).

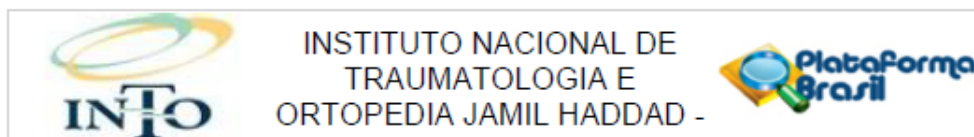
Observações < > (80 caracteres)

Preencher com os casos de dúvida, detalhando

Instruções para exportação dos Dados

1. Abra o Sistema Epidata e clique em “Exportar Dados” > Excel
2. Abra no Epidata o arquivo .rec e escolha um nome de arquivo em excel para exportação.

ANEXO I – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Judicialização de Procedimentos Cirúrgicos em Ortopedia no âmbito do SUS: um estudo de caso do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

Pesquisador: SANDRA ZOTTI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85848718.1.0000.5273

Instituição Proponente: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia / INTO / SAS/ MS - RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.560.962

Apresentação do Projeto:

Esse projeto está sendo apresentado como requisito para o ingresso como aluno regular no Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias em Saúde do Instituto Nacional de Cardiologia. O trabalho a ser desenvolvido tem, por tema, a judicialização em saúde no Brasil e, por foco, este fenômeno no que tange a procedimentos, de natureza clínica ou cirúrgica, no Sistema Único de Saúde (SUS), de abordagem ainda incipiente nos estudos relativos a essa questão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudar a judicialização de procedimentos cirúrgicos no âmbito do Sistema Único do SUS, a partir de um estudo de caso das demandas judiciais apostas ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad

Objetivo Secundário:

Caracterizar as demandas judiciais relacionadas ao INTO, no período de janeiro de 2014 a janeiro de 2018 segundo o perfil dos demandantes, características dos procedimentos solicitados e aspectos da natureza do processo judicial; Conhecer o desfecho dado às demandas judiciais dos procedimentos solicitados ao INTO; Avaliar o impacto da judicialização de cirurgias ortopédicas no funcionamento dos serviços, em particular em

Endereço: Avenida Brasil, nº 500
 Bairro: São Cristóvão CEP: 20.940-070
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2134-5000 Fax: (21)2134-5228 E-mail: cep.into@into.saude.gov.br

Dificuldade de identificar informações precisas.

Benefícios:

Conhecer o desfecho dado às demandas judiciais dos procedimentos solicitados ao INTO;

Avaliar o impacto da judicialização de cirurgias ortopédicas no funcionamento dos serviços, em particular em relação às filas de espera

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto relevante, uma vez que visa descrever o perfil das demandas judiciais por internação no INTO e o seu impacto na rotina administrativa da instituição.

O estudo compreenderá quatro etapas, preliminarmente desenhadas e dispostas na sequência.

A primeira delas consistirá no levantamento das demandas judiciais submetidas ao INTO no período em questão;

A segunda etapa compreenderá a caracterização das demandas judiciais segundo o perfil dos demandantes, perfil dos procedimentos solicitados e aspectos da natureza dos processos judiciais; A terceira etapa envolverá conhecer o desfecho das demandas judiciais bem como o tempo, mensurado como, o intervalo em dias entre a entrada da demanda no INTO e sua resolução;

A quarta etapa buscará avaliar o impacto que a judicialização produz na gestão da assistência hospitalar e na fila de espera e os possíveis prejuízos causados a outros pacientes que aguardam cirurgia conforme a ordem cronológica da fila, devido à antecipação decorrente das tutelas judiciais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo. Trata-se de um estudo de análise documental, com avaliação indireta dos dados. Não será realizada avaliação direta de seres humanos.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

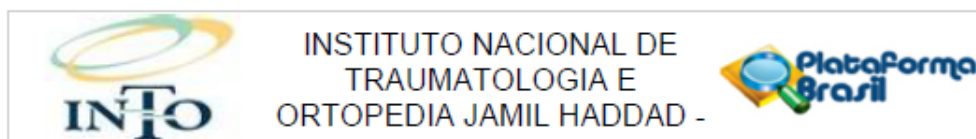
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentar os relatórios parciais semestrais e o relatório final ao término da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Senhor pesquisador, de acordo com o constante da Resolução CNS nº 466 de 2012, faz-se

Endereço: Avenida Brasil, nº 500		
Bairro: São Cristóvão	CEP: 20.940-070	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO	
Telefone: (21)2134-5000	Fax: (21)2134-5228	E-mail: cep.into@into.saude.gov.br



Continuação do Parecer: 2.560.962

necessário apresentar ao CEP/INTO, através da Plataforma Brasil, a cada 06 (seis) meses o relatório de acompanhamento de sua pesquisa. Além disso, após a conclusão da pesquisa, deverá ser submetido na Plataforma Brasil, através da Notificação, o Relatório Final e a pesquisa concluída para apreciação do CEP/INTO.

Informamos que qualquer alteração realizada no protocolo de pesquisa aprovado deverá ser submetida à apreciação do CEP/INTO através do envio de uma emenda utilizando a Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1096745.pdf	20/03/2018 16:01:20		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoplatformabrasil.pdf	20/03/2018 16:00:12	SANDRA ZOTTI	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.pdf	19/03/2018 12:35:52	SANDRA ZOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSATCLE.pdf	19/03/2018 12:35:20	SANDRA ZOTTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODERESPONSABILIDADE.pdf	19/03/2018 12:35:06	SANDRA ZOTTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	19/03/2018 12:34:48	SANDRA ZOTTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Brasil, nº 500
 Bairro: São Cristóvão CEP: 20.940-070
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2134-5000 Fax: (21)2134-5228 E-mail: cep.int@into.saude.gov.br

RIO DE JANEIRO, 23 de Março de 2018

Assinado por:
 Eduardo Branco de Sousa
 (Coordenador)

ANEXO II – Formulário de Autorização para Consulta de Processos com a finalidade de Pesquisa Científica - Prontuários



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTA DE PROCESSOS
COM A FINALIDADE DE PESQUISA CIENTÍFICA**

PESQUISADOR(ES) RESPONSÁVEL	Sandra Zotti
TÍTULO DA PESQUISA	JUDICIALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM ORTOPEDIA NO ÂMBITO DO SUS: UM ESTUDO DE CASO DO INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
SETOR OU CENTRO VINCULADO	DIREG

O protocolo que envolve o projeto de pesquisa acima mencionado foi aprovado em reunião do Comitê de Ética em Pesquisa do INTO, em 23 / 03 /2018.

Os pesquisadores estão autorizados a consultar os processos necessários à consecução do referido estudo (listados acima).

A consulta deverá ser realizada, obrigatoriamente, no arquivo médico, sendo terminantemente proibida a saída de prontuários daquele serviço.

Rio de Janeiro, RJ, 10 de Maio de 2018

Dr. Eduardo Branco de Sousa
Médico Ortopedista, Divisão de Ensino
Maur. STAPE nº 153975/7
COORDENADOR DO CEE DO INTO
DIENP - INTOMS

ANEXO III – Formulário de Autorização para Consulta de Processos com a finalidade de Pesquisa Científica - Processos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia JAMIL HADDAD

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTA DE PROCESSOS
COM A FINALIDADE DE PESQUISA CIENTÍFICA**

PESQUISADOR(ES) RESPONSÁVEL	Sandra Zotti
TÍTULO DA PESQUISA	JUDICIALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM ORTOPEdia NO ÂMBITO DO SUS: UM ESTUDO DE CASO DO INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia
SETOR OU CENTRO VINCULADO	DIREG

O protocolo que envolve o projeto de pesquisa acima mencionado foi aprovado em reunião do Comitê de Ética em Pesquisa do INTO, em 23 / 03 /2018.

Os pesquisadores estão autorizados a consultar os processos necessários à consecução do referido estudo (listados acima).

A consulta deverá ser realizada, obrigatoriamente, no gabinete da Direção, sendo terminantemente proibida a saída de processos daquele serviço.

Rio de Janeiro, RJ, 10 de MAIO de 2018

Dr. Eduardo Branco de Sousa
Médico Ortopedista - Divisão de Ensino
Matr.: SIAPE nº 153.975-7
DIENP - INTO/MS

por
COORDENADOR DO CEP DO INTO