

COLETÂNEA
DIREITO À SAÚDE

Volume 3

**Boas Práticas e
Diálogos Institucionais**



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Brasília, 2018 – 1ª Edição

Coletânea Direito à Saúde

Boas Práticas e Diálogos Institucionais

© 2018 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 1.200 exemplares.

A Coletânea Direito à Saúde é distribuída gratuitamente. Proibida a comercialização.

Também disponível na Biblioteca Digital do Conass em www.conass.org.br/biblioteca.

Coletânea Direito à Saúde – Boas Práticas e Diálogos Institucionais

Brasília, outubro de 2018.

ISBN 978-85-8071-048-9

| Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG) | |
|---|---|
| C694 | Coletânea direito à saúde: boas práticas e diálogos institucionais / Organizadoras Alethele de Oliveira Santos, Luciana Tolêdo Lopes. – Brasília (DF): CONASS, 2018. 292 p. : il. – (Coletânea Direito à Saúde; v. 3) Inclui bibliografia ISBN 978-85-8071-047-2 1. Assistência médica – Brasil. 2. Saúde pública 3. Seguro saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Santos, Alethele de Oliveira. II. Lopes, Luciana Tolêdo. III. Série. CDD 368.40981 |
| Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422 | |

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2018

| | | | |
|----|--------------------------------------|----|--|
| AC | Rui Emanuel Rodrigues Arruda | PB | Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras |
| AL | Carlos Christian Reis Teixeira | PE | José Iran Costa Júnior |
| AM | Orestes Guimarães de Melo Filho | PI | Florentino Alves Veras Neto |
| AP | Gastão Valente Calandrini de Azevedo | PR | Antonio Carlos Figueiredo Nardi |
| BA | Fábio Vilas Boas | RJ | Sérgio D'Abreu Gama |
| CE | Henrique Jorge Javi de Sousa | RN | Pedro de Oliveira Cavalcanti Filho |
| DF | Humberto Fonseca | RO | Luis Eduardo Maiorquin |
| ES | Ricardo de Oliveira | RR | Antonio Leocádio Vasconcelos Filho |
| GO | Leonardo Vilela | RS | Francisco Antônio Zancan Paz |
| MA | Carlos Eduardo de Oliveira Lula | SC | Acélio Casagrande |
| MG | Luiz Sávio de Souza Cruz | SE | Valberto de Oliveira Lima |
| MS | Carlos Alberto Moraes Coimbra | SP | Marco Antônio Zargo |
| MT | Luiz Antonio Vitório Soares | TO | Renato Jayme da Silva |
| PA | Vítor Manuel Jesus Mateus | | |

DIRETORIA DO CONASS 2018/2019

PRESIDENTE

Leonardo Moura Vilela (GO)

VICE-PRESIDENTES

REGIÃO CENTRO-OESTE

Humberto Lucena Pereira Fonseca (DF)

REGIÃO NORDESTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

REGIÃO NORTE

Vítor Manuel Jesus Mateus (PA)

REGIÃO SUDESTE

Ricardo de Oliveira (ES)

REGIÃO SUL

Acélio Casagrande (SC)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO TÉCNICA

René José Moreira dos Santos

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo de Freitas Scotti

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Uihôa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando P. Cupertino de Barros

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Lourdes Lemos Almeida

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Lins Amaral

Viviane Rocha de Luiz

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso

Marcus Carvalho

Ricardo de Freitas Scotti

René Santos

Tatiana Rosa

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

ORGANIZAÇÃO

Alethele de Oliveira Santos
Luciana Tolêdo Lopes

REVISÃO TÉCNICA

Adriane Aparecida Cruz
Alethele de Oliveira Santos
Bárbara Niegia Garcia de Goulart
Beatriz Figueiredo Dobashi
Bruno Naundorf
Carlos Henrique Falcão de Lima
Daniel Cardoso
Fernando Alcantara Castelo
Fernando Passos Cupertino de Barros
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
José Luiz Souza de Moraes
Jurandi Frutuoso Silva
Lidia Cunha Schramm
Lourdes Lemos Almeida
Luciana Tolêdo Lopes
Marcella Parpinelli Moliterno
Maurício Carlos Ribeiro
Moacyr Rey Filho
Patrícia De Carli
Tereza Cristina Lins Amaral
Uirá Menezes de Azevêdo

REVISÃO GRAMATICAL

ALB Kist Filme e Vídeo ME
Ana Lucia Brochier Kist

EDIÇÃO

Marcus Carvalho

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

COLABORAÇÃO

Aline Fernanda Faglioni
Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos
Ana Maria Alves Ferreira
André Gonçalo Dias Pereira
André Luis Bonifácio de Carvalho
Antônio Jorge de Souza Marques
Arnaldo Hossepian Salles Lima Júnior
Assis Luiz Mafort Ouverney
Carlos Henrique Falcão de Lima
Daniela de Cássia Domingues
Eduardo Antônio da Silva Figueiredo
Elizângela Andrade Braga
Evanilde Fernandes Costa Gomide
Fernando Alcantara Castelo
Ivan Pricken de Bem
Janikele Galvão Ferreira
Janyr Carvalho de Araujo
João Alberto de Oliveira Lima
Jonas Marcondes de Lira
Juliana Filipa de Sousa Campos
Lídia Cunha Schramm
Luciana Benevides Ferreira
Luciana Tolêdo Lopes
Mara Regina Leite Mendonça
Marcelo Amorim Martins
Marcelo André Barboza da Rocha Chaves
Márcia Aparecida do Amaral
Márcio Nunes Iório Aranha Oliveira
Maria Carolina F. de Lima
Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá
Mariana Michel Barbosa
Marina Nascimento Sousa
Martin Schulze
Milene de Carvalho Henrique
Nathália Gomes Oliveira de Carvalho
Nayara Begalli Scalco Vieira
Paula Sue Facundo de Siqueira
Ráicri Barros de Oliveira
Ricardo Assis Alves Dutra
Robert Domingues
Rodrigo Galgani Lopes de Castro
Rodrigo Schoeller de Moraes
Rodrigo Silva Rocha
Sandra Mara Campos Alves
Tereza Cristina Lins Amaral
Zaira Zambelli Taveira

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| Conversações para a Ação: um Desafio a Superar para o Fortalecimento do SUS | 12 |
| A Definição de Competências no Diálogo Institucional no SUS | 22 |
| A Contribuição da Governança para Aprimorar o Uso dos Recursos na Saúde Pública | 34 |
| O Judiciário e a Questão da Saúde: a Busca de uma Judicialização Qualificada e de Soluções Negociadas – um Projeto do Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça | 48 |
| Utilização das Notas Técnicas nos Processos Judiciais do Estado de Minas Gerais .. | 56 |
| S-CODES – Sistema Informatizado para o Trato da Judicialização | 70 |
| A Especialização das Procuradorias dos Estados nas Questões Relativas ao Direito à Saúde como Instrumento Eficaz na Defesa dos Entes Estaduais: a Experiência da PGE/PR | 84 |
| Judicialização na Saúde: Aspectos Conceituais, Reflexões e Caminhos para uma Proposta de Avaliação | 92 |
| Processo de Consolidação SUSLegis: Discussões do Desenho Metodológico | 106 |
| Conflito de Interesse: Transparência para Ficar Legal | 116 |
| Implantação do Primeiro Consórcio Intermunicipal da Saúde no Estado de Goiás: Região Oeste II de São Luís de Montes Belos | 128 |
| Sesacre Legis: Banco de Normas da Secretaria de Estado de Saúde do Acre | 140 |
| O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a Integralidade da Atenção à Saúde: a Articulação Federativa como um Caminho a Percorrer | 154 |
| Segurança do Paciente: Aspectos Comparativos entre Brasil e Portugal | 168 |
| A Efetividade do Acesso aos Serviços de Saúde de Oncologia no Estado do Maranhão | 184 |
| A Desjudicialização da Saúde no Rio Grande do Sul: Cabal Redução do Número das Ações Ativas e Estratégia de Interiorização | 196 |
| Educação Permanente em Atenção Oncológica: Estratégia de Gestão para Aprimoramento dos Processos de Trabalho nos Serviços de Saúde no Estado do Maranhão | 210 |
| Uma Síntese do Fomento ao Desenvolvimento Harmônico e Sustentável Via Atuações Resolutivas, Principalmente as Atuações Resolutivas de Planejamento e de Gestão Sistêmicos, de Negociação, de Mediação e de Conciliação (DHS via PGS e NMC) ... | 222 |

| | |
|---|-----|
| Aumento da Mortalidade por Acidentes Envolvendo Motociclistas no Brasil, Associado ao Processo de Massificação do Uso de Motocicletas e à Baixa Eficiência das Políticas Públicas Federais no Enfrentamento dessa Escalada..... | 236 |
| Presidencialismo de Coalizão: uma Revisão Narrativa na Literatura – 2013-2017 ... | 248 |
| Desafios Jurídicos da Medicina Personalizada | 260 |
| Informação, Educação e Comunicação em Saúde no Mundo Contemporâneo: Religando os Conhecimentos Segundo o Conhecimento Complexo | 272 |
| NatJus e Desjudicialização da Saúde | 280 |

APRESENTAÇÃO

Cabe ao Conass, dentre outras atribuições, a produção e a difusão do conhecimento. O cumprimento desta função dá-se por diferentes estratégias, mas, em especial, a partir da publicação de livros técnicos, com temas de interesse da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) e do público em geral e que vêm, ao longo dos anos, dando corpo à biblioteca institucional.

No ano 2015, a partir da premissa de que conhecer o Direito Sanitário é essencial ao bom desempenho da gestão, o Conass lançou sua primeira publicação exclusiva para a temática. O livro “Direito à Saúde” compõe a Coleção Para Entender a Gestão do SUS e tem alcançado relevantes números de acesso e *download*, por diferentes públicos e em vários países.

Por reconhecer que os debates que envolvem o tema têm-se expandido, quer em quantidade, quer nas especificidades, o Conass apresenta a Coletânea Direito à Saúde, composta por três volumes que abordam eixos distintos, mas relacionados entre si. São eles: (i) a institucionalização do direito à saúde; (ii) os dilemas que envolvem o tema no fenômeno da judicialização, e por fim, (iii) as boas práticas e diálogos institucionais. Os eixos serviram de inspiração para nomear os livros da Coletânea, sendo que cada volume apresenta artigos/ensaios produzidos por expertos no assunto, pertencentes aos sistemas de saúde, de justiça e de ensino.

A apresentação dos volumes segue o padrão de impressão gráfica, bem como traz a possibilidade de utilização da ferramenta *QR Code*, seja para cada um dos livros, seja para cada artigo/ensaio. Esta ferramenta incrementa o acesso livre, desembaraçado e gratuito às obras do Conass, possibilitando maior alcance e economicidade.

É necessário agradecer. Primeiramente, aos autores, que mesmo individualmente responsáveis por suas palavras, generosamente as cederam para comporem a Coletânea. Agradecer também aos revisores, que contribuíram na busca da precisão e da melhor técnica. E, por fim, agradecer a todos que se empenharam para que a ideia tomasse forma.

Que a Coletânea seja capaz de produzir reflexões que contribuam com o amadurecimento dos debates, a inovação, as soluções ponderadas e racionais e estimulem a produção e difusão de mais conhecimento.

Boa leitura!

Leonardo Moura Vilela
Presidente do Conass

INTRODUÇÃO

A Coletânea Direito à Saúde está dividida em 3 volumes: (i) institucionalização; (ii) dilemas do fenômeno da judicialização; (iii) boas práticas e diálogos institucionais. Este é o terceiro volume e trata da temática das boas práticas e diálogos institucionais.

O Livro 3: boas práticas e diálogos institucionais, assim como os demais, é formado por capítulos compostos a partir de escritos elaborados por profissionais¹ ligados à gestão do sistema de saúde, ao sistema de justiça e também às pesquisas acadêmicas. Neste volume, a ênfase está para a apresentação de práticas consideradas exitosas e a expansão dos diálogos entre diferentes instituições, na busca de soluções ponderadas e racionais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para a população brasileira. Das políticas públicas previstas na Constituição Federal, é a que mais avançou e produziu ganhos sociais. O Brasil, nos últimos anos, vem discutindo, reiteradamente, o direito à saúde e suas formas de efetivá-lo. Cabe ao poder legislativo sua regulamentação, ao poder executivo sua efetivação e, ao judiciário, a garantia.

Acerca da competência do poder executivo, faz-se necessário destacar que o gestor do SUS é aquele que atua em prol da efetivação do direito à saúde da população. É quem planeja, coordena, é responsabilizado, está submetido aos órgãos de controle, busca – incansavelmente – a ampliação de recursos, e é quem faz as chamadas “escolhas alocativas”.

O debate sobre o direito à saúde ganha mais notoriedade quando se trata da judicialização. Este fenômeno carrega, em si, o fato de que cada sistema vive seus próprios dilemas: no Judiciário, o dever de fazer cumprir as decisões e, na Saúde, a tentativa de conciliar as normativas do SUS, o financiamento insuficiente e as determinações judiciais a serem cumpridas. Entretanto, nota-se que o debate que envolve o direito à saúde tem sido capaz de estimular a adoção de estratégias que promovem e aperfeiçoam o diálogo entre diferentes atores.

É certo que desafios estão postos e outros virão, o que requer que decisões sejam tomadas. Para tanto, é preciso estabelecer estratégias conjuntas, incrementar os diálogos institucionais e, principalmente, buscar o aval social para dotar o SUS de financiamento adequado e sustentável.

Manifestamente, o presente volume não é capaz de alcançar todo o rol de práticas exitosas, mas pode servir de estímulo para que as já existentes se apresentem e outras tantas sejam construídas.

São reiterados os agradecimentos aos autores e demais envolvidos no presente esforço de produção de novos conhecimentos no tema e sua difusão. Que a leitura seja agradável e encorajadora para as inovações necessárias!

¹ Os autores elaboraram artigos/ensaios que expressam suas opiniões pessoais, que nem sempre coincidem com a do Editor, para comporem a Coletânea Direito à Saúde. Têm conhecimento que as publicações, tanto as impressas, quanto as disponíveis na rede mundial de computadores, são de acesso público, gratuito e desembaraçado (portal Conass). Não foram remunerados e cederam, gratuitamente, seus direitos autorais e de publicação.

Conversações para a Ação: um Desafio a Superar para o Fortalecimento do SUS

Marcia A. Amaral*



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/cvg85Y>

RESUMO

Este artigo versa sobre os maiores desafios da institucionalidade do SUS diretamente relacionados às conversações organizacionais entre os representantes do Estado brasileiro e os demais atores sociais interessados e seus modos de atuação na saúde. Apesar dos esforços desenvolvidos no sentido de estabelecer normas para o funcionamento do SUS, assim como para aperfeiçoar os diálogos institucionais, pode-se considerar que as estratégias adotadas têm sido insuficientes para alcançar a eficácia desejada e necessária para o cumprimento do direito à saúde. As estatísticas apontam o crescimento das demandas judiciais na área da saúde, os acordos entre os poderes judiciário e executivo encontram-se baseados em orientações sem força de determinação, a legislação se insere nas tratativas partidárias, e os pactos federativos acerca das políticas e programas de saúde ainda carecem de implementação efetiva. Esta realidade é produto de múltiplas determinações, sendo as mais relevantes o insuficiente financiamento do sistema de saúde, a fragmentação e sobreposição das competências entre os entes da federação, a inconclusa regulamentação dos dispositivos do SUS, a ausência de mecanismos de gestão regional interfederativos e a inadequada utilização dos mecanismos de normatização existentes. As estratégias, até então utilizadas, não divergem das dos outros países com sistemas nacionais de saúde. Divergem a solidez das normas, os instrumentos de gestão da integralidade da atenção à saúde e da incorporação tecnológica e os diálogos ampliados com a sociedade no que tange ao seu reconhecimento social, coibindo os excessos, acomodações e interesses regionais e políticos, mas cuidando de garantir o cumprimento da constitucionalidade. O caminho a ser percorrido para atendimento do direito à saúde passa, necessariamente, pelo fortalecimento dos pactos federativos e redução da superposição de competências sanitárias, medidas judiciais que considerem o grau de integralidade em cada momento histórico e financiamento adequado ao atendimento das responsabilidades necessárias.

Palavras-chave: Judicialização. Pacto Federativo. Integralidade da Atenção.

* Médica Sanitarista. Consultora em Gestão da Saúde. Secretária Executiva do Ministério da Saúde (2011/2013). Doutora e Mestre em Saúde Coletiva. E-mail para contato: marciaapamaral@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

Exercer a prática das conversações que orientem ações sinérgicas entre as instituições no âmbito do SUS e alcançar efetividade nas decisões acordadas continua sendo um desafio. Este desafio está ancorado na complexidade do sistema federativo e de atribuição de responsabilidades pela saúde integral, no respeito à carteira de serviços de saúde definida para ser ofertada pelo SUS e na garantia do acesso da população a este elenco de ações. Desta maneira, os eixos propostos para a coletânea são interdependentes e encontram-se imbricados: a institucionalidade do direito à saúde, a judicialização e a qualidade das práticas sanitárias compõem uma cadeia causal de um mesmo problema que merece ser perpassado pelos diálogos institucionais. Concordando com Flores e Graves (1), que as organizações não são meras instituições ou burocracias e sim, fenômenos políticos, cabe pensar acerca da experiência brasileira em sua capacidade de estabelecer compromissos, cumprir a legislação e realizar as mudanças necessárias para criar condições de aperfeiçoamento do SUS.

A tese dos diálogos institucionais tem-se constituído em campo de análise e investigação jurídica no tema do cumprimento da constitucionalidade. No âmbito do SUS, este debate interessa aos gestores da saúde no sentido de, a partir das demandas e necessidades sociais, articular os órgãos de responsabilidade sanitária, aqueles voltados para a defesa da cidadania, os formuladores de políticas de saúde e os poderes instituídos para que a tradução das diretrizes contidas na Constituição consiga atender aos anseios da democracia brasileira. Sendo a política uma característica inerente às instituições, Fleury e Ouverney estabelecem uma relação entre política de saúde e seus referenciais valorativos:

Assim, as estratégias, planos e programas se orientam a partir do desenvolvimento, da reprodução e da transformação de marcos reguladores que representam sustentáculos compostos por referenciais valorativos, políticos, organizacionais, econômicos, os quais, por sua vez, permeiam e sustentam a política de saúde e a interligam ativamente ao sistema de proteção social como um todo. (2)

Portanto, as interpretações da política de saúde pelo direito devem considerar, como atributo de Estado, a historicidade e a etapa do desenvolvimento social de um país. Da mesma forma, a autonomia dos entes da federação tem que ser contextualizada para o estabelecimento de pactos ou contratos federativos eficazes, e por atravessar estes dois aspectos, o financiamento da saúde é um determinante estratégico, ainda que não exclusivo, interferindo nos resultados obtidos. As reflexões que se seguem trazem um olhar referenciado em experiência acumulada na gestão do SUS, com o objetivo de contribuir para as conversações institucionais, sem a pretensão de esgotar o debate. É sobre o resultado da combinação destes três pilares para a sustentabilidade do SUS – os diálogos entre as instituições, a autonomia dos entes da federação e o financiamento – que trazemos algumas ponderações sobre o processo da reforma sanitária brasileira.

2. OS DESAFIOS VINCULADOS AOS DIÁLOGOS INSTITUCIONAIS

Diferente dos processos ocorridos em outros países, a reforma sanitária no Brasil pode ser considerada como um processo inconcluso. Enquanto a Espanha está na segunda revisão da organização de seu sistema nacional de saúde, contemporâneo do SUS, no Brasil, além do atraso na regulamentação dos artigos constitucionais, existem várias decisões e normas que podem ser ditas paradoxais, atreladas à correlação de forças na conjuntura política. Ainda que estas decisões e mudanças na institucionalidade do SUS estejam inseridas em processos de formulação com representação de vários atores sociais, aparentando ser resultado do consenso possível, expressam, em última instância, a resultante da disputa entre os projetos de sociedade e do papel do Estado, entre as concepções neoliberais e o denominado *Welfare State*, de cunho social-democrata e inspiração para a modelagem do sistema brasileiro na garantia dos direitos sociais. O caráter abrangente do SUS, enquanto política social, enfrenta adversidades desde o seu início: além da progressiva mercantilização da saúde ocorrida no país, tem que lidar com os problemas persistentes na

[...] agenda do Estado brasileiro, expressos pelo patrimonialismo, pela reprodução das iniquidades sociais nas políticas públicas, pela persistência de um padrão infenso a qualquer forma de controle público, pela ineficiência social da máquina pública e por suas debilidades na regulação de áreas e setores estratégicos para a emancipação social, com o objetivo de mitigar a imensa dívida acumulada com amplos setores da população. (3)

Estas características de nossa sociedade expressam-se no debate sobre alocar ou não mais recursos para o SUS, fomentar o acesso a planos privados e multiplicar isenções tributárias, contrariando os ditames constitucionais de direito à saúde. Um exemplo destas situações foi a emenda constitucional 86/2015, inserindo os recursos de emendas parlamentares como componentes do piso do orçamento federal para o SUS. Mediante ação direta de inconstitucionalidade, o STF suspendeu, até o momento, a eficácia dos artigos da emenda que tratam da saúde. Este exemplo mostra que os atos legislativos nem sempre atenderam às expectativas dos gestores do SUS e as necessidades finalísticas do sistema de saúde. Também é sobejamente conhecido o fato que o Brasil continua investindo pouco em saúde em relação aos seus vizinhos geográficos ou os países com sistemas nacionais universais.

Neste cenário, existem diferentes interesses, da defesa do neoliberalismo e das disputas pelo mercado privado da saúde, até visões de que o desenvolvimento socioeconômico do país não passa pelo investimento em saúde, uma posição, de certo modo, envelhecida e retrógrada, frente aos vários estudos que têm apontado que a saúde possui papel no desenvolvimento do país que não é restrito ao social por meio do seu complexo produtivo-industrial. (4)

É certo que o avanço tem sido contínuo, ainda que de forma nem sempre articulada, entre formulação de políticas de saúde e a estrutura necessária para sua

consequência. Algumas lacunas ganham importância nesta discussão. Consideramos que importantes insuficiências são a fragilidade na definição e uso do conteúdo da integralidade da atenção, expressa na carteira de serviços a ser ofertada em cada etapa do desenvolvimento do SUS, a contratualização e os diálogos institucionais entre poder judiciário e executivo, entre os entes federados na área da saúde e sua relação com o legislativo. O tema do financiamento do sistema de saúde, cujo aprofundamento não é objeto deste artigo, atravessa, como já dito, os demais âmbitos e necessita de outras estratégias para seu enfrentamento.

O Brasil é o único país com sistema nacional de saúde que alcançou alto grau de descentralização de competências sanitárias, sem levar em consideração o porte dos municípios, do ponto de vista populacional e da capacidade de assegurar seu papel constitucional. Retomando o exemplo espanhol, os territórios são demarcados em áreas sanitárias, e os serviços são implementados segundo o tamanho da população. (5)

O tema da autonomia dos entes da federação, os problemas e a consequente fragmentação na oferta real e na capacidade de ofertar ações e serviços de saúde vêm contribuindo para a existência de iniquidade no acesso à saúde, judicialização e piores indicadores de saúde. Estudo realizado por Viana *et al.* (6) acerca da caracterização das regiões de saúde brasileiras apontou a heterogeneidade das mesmas e a complexidade de estruturação dos sistemas regionais de saúde. O intenso processo de municipalização dos serviços de saúde contribuiu para a fragmentação da oferta, duplicidade e baixa corresponsabilidade sanitária, e segundo os autores

O sistema é fragmentado segundo diferentes lógicas orquestradas em micros espaços decisórios muito sensíveis/permeados por interesses locais, em detrimento de uma ação pautada pelos princípios da universalidade e equidade.

Algumas condições presentes na Lei n. 8.142/90, tais como os requisitos dos municípios para exercerem a gestão do sistema (fundo de saúde, plano de saúde e relatório de gestão anual), demandaram intenso trabalho de convencimento e apoio por parte do Ministério da Saúde, Conass e Conasems, para que 90% dos municípios regularizassem sua situação. No entanto, para alcançar a totalidade (condição para exercer a gestão do sistema), foi necessário o uso do dispositivo de suspensão do repasse de recursos financeiros aos municípios. Vale lembrar que, neste caso, havia uma ação de controle externo com responsabilização do gestor federal. Ou seja, a pactuação e contratação entre os entes federativos nem sempre tem sido suficiente para garantir o cumprimento da lei, tendo como causa a extensão territorial e o número de pequenos municípios no país, a baixa governabilidade dos gestores da saúde e sua alta rotatividade, fatores que dificultam a comunicação dos pactos e sua efetivação. O apoio dos estados aos municípios para maior institucionalidade do SUS tem sido heterogêneo e atravessado pelas relações políticas.

Há que se reconhecer os esforços vigorosos realizados para aprimorar as normas que estabelecem o sentido da integralidade da atenção à saúde no SUS. Em 2011,

com o objetivo de regulamentar aspectos da Lei 8080/90, foi promulgado o Decreto Presidencial 7508/2011 (7), o qual buscou, não só avançar na institucionalização do SUS, como também fortalecer e ampliar a unidade na implementação da política nacional de saúde pelos entes da federação, no que tange à organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação federativa. As maiores necessidades sentidas no âmbito da gestão do sistema de saúde, e que motivaram a investida na construção do decreto referido, versavam sobre dois aspectos fundamentais do sistema de saúde: a relativa fragilidade da contratualização entre os entes da federação, no que tange ao planejamento e implementação das redes de atenção à saúde, e seu necessário caráter regional, e a imprecisão do que seria assumido como oferta de ações e serviços de saúde a partir do conceito de integralidade inserido na lei orgânica do SUS em seu artigo 7º:

integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (8)

O fortalecimento da contratualização foi abordado por meio da instituição do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, concebido para conter o planejamento das redes regionais de atenção à saúde, os mecanismos de avaliação e os recursos necessários para o cumprimento da sua finalidade, um instrumento com maior institucionalidade do que os pactos anteriores. A adesão foi frustrada, face à expectativa dos partícipes em obter maiores transferências de recursos federais e ao esgotamento dos recursos disponíveis. Voltamos ao financiamento inadequado e sua interferência na solidez dos pactos federativos.

O conceito de integralidade e o padrão a ser garantido pelo SUS, em cada momento histórico, têm promovido relações entre o poder judiciário, a sociedade civil e os entes da federação, nem sempre baseadas em conversações produtivas para alterar a realidade. O benefício da inserção das diretrizes da universalidade do acesso à saúde e a proposta de integralidade da atenção na Constituição de 1988 careceram de regulamentação por longo período, contribuindo para intensa judicialização do acesso às ações e serviços de saúde e para que os atos legislativos ou executivos recebessem variadas interpretações, com pouca chance de vitória jurídica por parte da estrutura do SUS e, segundo Schulze,

Com efeito, o Supremo Tribunal Federal (STF) tem entendido que o Judiciário possui competência e legitimidade institucional para condenar o Estado ao fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos não contemplados no Sistema Único da Saúde (SUS). (9)

Exemplo disso é o crescente custo com demandas judiciais, obrigatoriedade de atendimento imediato, algumas vezes sem viabilidade de cumprimento, como nos casos de fornecimento de medicamentos inexistentes no Brasil, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e com determinação de entrega em 24 horas, envolvendo alta inversão de recursos financeiros e responsabilização pessoal do gestor.

Vários juristas têm escrito, já há alguns anos, acerca de interpretações da Constituição alinhadas ao nosso modo de pensar, mas a mudança está aquém do necessário. (10)

Esta baixa intensidade de articulação entre as instituições envolvidas fez com que as estruturas organizacionais do SUS incluíssem, em seus organogramas, áreas específicas para o atendimento de demandas judiciais, carecendo de estrutura para adquirir itens com a responsabilidade de aquisição descentralizada para estados ou municípios, mediante a repartição das competências no âmbito da assistência farmacêutica, ainda que não reconhecida pelo poder judiciário por meio do uso da responsabilidade solidária. Tornou-se comum a aquisição regular de itens da lista de medicamentos básicos, de competência municipal, devido ao alto número de sentenças judiciais e ao maior custo praticado nas compras emergenciais.

A partir de 2010, com o crescimento progressivo dos custos para adquirir medicamentos mediante decisão judicial, ocorreu um movimento de aproximação entre saúde e judiciário, no sentido de motivar os juízes para, antes de suas decisões, ampliarem a escuta de fontes técnicas acerca da pertinência da demanda e sua eficácia. Ao mesmo tempo, cuidou a saúde de aprimorar os protocolos clínicos e demandar uma nova institucionalidade normativa e legal. Na prática, observou-se ampliação nas relações entre o setor saúde e o poder judiciário, mas, considerando-se a natureza das decisões, muitas vezes amparadas em relatórios médicos apontando situações graves de saúde e a complexidade de se reunir todas as informações acerca do caso concreto, acabam os juízes, ainda, tomando decisões de atendimento às demandas, as quais envolvem altas somas financeiras, e mesmo que o setor saúde vença a ação, não há muito a ser feito, tampouco como jurisprudência, pois assim como os médicos justificam, os juízes acolhem a máxima da clínica de que “cada caso é um caso”. Os números de 2016 apontam, segundo Schulze (11), um aumento expressivo:

As medições anteriores apontavam: (a) **854.506** demandas em **2015** (segundo pesquisa feita no Relatório Justiça em Números de 2016 – versão digital[5]); (b) **392.921** processos em **2014**[6] e; (c) **240.980** processos judiciais em **2011**[7]. (11)

Essa realidade leva a refletir acerca da eficácia das medidas baseadas nas normas atuais e na expectativa de que os diálogos institucionais sejam suficientes, se não para coibir, ao menos reduzir, de modo expressivo, as demandas judiciais em saúde.

Considerando a importância da definição do grau da integralidade, parte do conteúdo do referido Decreto n. 7.508/2011 foi destinada à adoção dos conceitos de Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) – compreendendo todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde – e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) – (compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS).

A experiência de outros países, continuando no exemplo da Espanha, mostra a definição do padrão da integralidade em saúde ofertado pelo sistema nacional por meio

de sua carteira de serviços, a partir do Real Decreto de 15/09/2006 (12). No caso da Inglaterra, o sistema nacional conta com um Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE) responsável, entre outras atribuições, pela análise e decisão de incorporação de novos tratamentos ou tecnologias. Realiza reuniões abertas ao público para debater as solicitações e estudos de análise do impacto financeiro para negociações com o mercado produtor.

No Brasil, as regras para o padrão de integralidade foram inscritas na Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011 (13), considerando a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde. A criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) constituiu-se em excelente iniciativa para organizar a análise das demandas por incorporação. Observa-se, no entanto, que a força do citado decreto presidencial não foi suficiente para regulamentar o conceito de integralidade e não impactou o fenômeno da judicialização. Percebe-se dificuldade, de parte do poder judiciário, em acatar as justificativas dos gestores da saúde e suas equipes técnicas, em detrimento dos argumentos dos prescritores, no caso de pacientes portadores de patologias crônicas e sem tratamentos eficazes.

Estudo realizado sobre as iniciativas para reduzir a judicialização, adotadas em vários países da América Latina e Caribe, apontou que os principais grupos de estratégias concentram-se naquelas que buscaram ampliar os espaços de discussão entre os diversos atores sociais, aquelas baseadas na formulação de normas e parâmetros técnico-científicos para incorporação tecnológica e uso de protocolos e diretrizes terapêuticas e, finalmente, aquelas estratégias que visam a fortalecer os sistemas de saúde, melhorando o acesso e a qualidade da atenção (14). A partir desta realidade, é preciso investimento em estratégias de enfrentamento da judicialização na saúde com um largo âmbito de ação, indo desde a adequada seleção dos serviços e ações de saúde, baseadas no melhor aporte tecnológico em termos de eficácia e eficiência até o ajuste no modelo de organização dos serviços, com ênfase no papel da atenção primária e demais componentes da rede de atenção à saúde.

As dificuldades vividas na prática da gestão do sistema de saúde levam a concluir que o modelo teórico para o SUS está melhor formatado do que os arranjos e dispositivos institucionais para sua efetivação. Muitas questões podem ser apontadas. O subfinanciamento do SUS acaba, muitas vezes, sendo tomado como explicação universal para todos os seus problemas. A alegação de que a constituição “não é cumprida porque os recursos são insuficientes” ficaria melhor como “também não é cumprida” devido à escassez de recursos, reconhecendo que existem outras dimensões a serem trabalhadas, ainda que adversidades do financiamento para a saúde possam ser vistas como negação prática da Constituição (15), sendo o gasto público inferior ao gasto privado, e o Brasil o único país com sistema universal onde isso acontece, e o crescimento da participação dos estados e municípios proporcionalmente em relação ao alocado pela União (16).

O sistema judiciário tem um tempo de resposta paradoxal frente às necessidades da abordagem da judicialização: rapidez na decisão do atendimento às prescrições

médicas para acesso a serviços de saúde ou medicamentos, muitas vezes com rigor insuficiente na verificação dos requisitos técnicos ou mesmo administrativos (o tempo-resposta para fornecer medicamentos, já referido), ou mais lento do que o necessário para conseguir instituir, na prática, suas orientações, que apesar de valiosas, ainda carecem de força decisória. A interpretação da tese da responsabilidade solidária contribui para maior desorganização do sistema e fragilização dos pactos de responsabilidade realizados entre os gestores do SUS. Da mesma maneira, a ação das instâncias do SUS tem sido assíncrona com as necessidades sociais, seja no ritmo da incorporação necessária de itens à RENASES pela CONITEC, na intensificação sobre os produtores dos medicamentos e demais itens para o registro no país e controle de preço, para investir na maior autonomia do país na ciência e tecnologia, ou mesmo para abastecer seus serviços com medicamentos padronizados. Daí, a assertiva inicial de que os temas desta coletânea são interdependentes.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contamos, no Brasil, com um patrimônio social que é o Sistema Único de Saúde, inscrito na Constituição e regrado por um conjunto de leis e normas. Ainda que a maioria da população utilize o SUS como seu sistema de saúde, não se percebe ainda uma consciência coletiva acerca do significado do mesmo, nem é possível identificar movimentos sociais que extrapolem os profissionais de saúde, os gestores e os militantes do controle social em sua defesa. Como consequência, os diálogos institucionais no âmbito do SUS têm extrapolado pouco as instituições do Estado.

A judicialização da saúde é um fenômeno que emerge a partir de problemas estruturais da institucionalização do SUS. As estratégias de enfrentamento utilizadas em diferentes países apontam para um amplo leque de iniciativas, que adquirem caráter de maior complexidade num país com as características federativas e demográficas do Brasil: ampliar os espaços de discussão entre os diversos atores sociais, formulação de normas e parâmetros técnico-científicos para incorporação tecnológica e uso de protocolos e diretrizes terapêuticas e fortalecer os sistemas de saúde, melhorando o acesso e a qualidade da atenção.

Os caminhos percorridos até aqui no Brasil, se, por um lado, ampliaram os canais de comunicação e diálogo entre executivo e judiciário, por outro, ainda não permitem identificar resultados promissores. Neste sentido, consideramos que uma prioridade seria fortalecer a carteira de serviços do SUS e identificar as responsabilidades dos entes da federação, dando-lhe mais institucionalidade. Estas ações podem contribuir para que a decisão sobre inclusão de novos itens e a utilização da responsabilidade solidária sejam realizadas menos pelo poder judiciário, impactando as demandas judiciais de acesso a medicamentos básicos ou fora da carteira de serviços. O processo de incorporação tecnológica precisa manter-se proativo numa estreita articulação entre regulação, desenvolvimento produtivo e atenção à saúde.

O avanço nos mecanismos de integração regional para uma ação cooperativa e solidária entre União, estados e municípios contribuirá para melhor oferta de ações e serviços de saúde sem sobreposição e dispersão de recursos. Estratégica também esta ação, para coibir as demandas judiciais que partem dos próprios serviços vinculados ao SUS.

Finalmente, as experiências pregressas de lutas pela ampliação do financiamento do SUS demonstram que o debate tem caráter econômico, mas seu determinante fundamental é político, e será necessária maior participação social para o alcance deste objetivo. Novos atores precisam entrar em cena.

REFERÊNCIAS

1. Flores F, Graves M. El caracter linguistico de las organizaciones. San Francisco, California: Mimeo; 1986.
2. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. [internet]; [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTO_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf.
3. Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo. Perspec. 2004;18(3). [internet]; [acesso em 01 abr 2018]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300005>.
4. Gadelha CG, Braga PS. Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de bem-estar social no Brasil. Cad Saúde Pública. 2016;32(2). [internet]; [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00150115>.
5. Santos L. Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos? Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). [internet]; [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em <http://idisa.org.br/img/File/Regionalizando%20a%20descentralizacao%20junho%202012.pdf>.
6. D'Ávila Viana AI, Bousquat A, Pereira AP, Uchimura LY, Albuquerque MV, Mota PH, Demarzo MM, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saúde Soc. São Paulo. 2015;24(2):413-422.
7. Brasil. Decreto Presidencial 7508 de 28 de junho e 2011. [internet]; [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
8. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. [internet]; [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
9. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. [internet]; [acesso em 27 ago 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm.

10. Schulze CJ. Judicialização da saúde: importância do conjunto probatório e da oitiva do gestor. 2015. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass. [internet]; [acesso em 17 mar 2018]. Disponível em http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_12B.pdf.
11. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jurisp. Mineira*, Belo Horizonte. 2009;60(18):29-60. [internet]; [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>.
12. Schulze CJ. Números atualizados da judicialização da saúde no Brasil. *Empório do direito*. 2017. [internet]; [acesso em 17 mar 2018]. Disponível em <http://emporiododireito.com.br/backup/numeros-atualizados-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-por-claro-jair-schulze/>.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. [internet]; [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd1030-2006.html.
14. Brasil. Lei n. 12.401 de 28 de abril de 2011. [internet]; [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm.
15. Pinzón-Flórez CE, Chapman ii E, Cubillos iii L, Reveiz iv L. Priorización de estrategias para el abordaje de la judicialización en salud en América Latina y el Caribe *Rev Saúde Pública* 2016;50:56. [internet]; [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/es_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005728.pdf.
16. Santos L. A saga do direito à saúde: 28 anos de construção e desconstrução. [internet]; [acesso em 30 mar 2018]. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2016-dez-03/lenir-santos-28-anos-construcao-desconstrucao-direito-saude>.
17. Piola SF, *et al.* Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. 2013;4:19-70.

A Definição de Competências no Diálogo Institucional no SUS

Ricardo Assis Alves Dutra*



Artigo também disponível pelo QR Code ao lado ou link <https://goo.gl/JD6cS8>

RESUMO

O presente artigo abordará as bases legais de atuação dos principais atores, que participam na definição de diretrizes e operacionalização da rede regionalizada e hierarquizada de saúde, que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de contribuir para os diálogos institucionais entre os mesmos. Os atores estratégicos são aqueles que possuem competência legal ou poder suficiente para influenciar, de forma significativa, a definição das regras que organizam o sistema, bem como a tomada de decisões. Assim, podem-se destacar como atores estratégicos no âmbito SUS: o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as Comissões Intergestores, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), os consórcios de saúde e os Conselhos de Saúde.

Palavras-chave: Diálogos Institucionais. Conselho de Saúde. Comissão Intergestores.

* CV disponível em <http://lattes.cnpq.br/5840218840854997>. Pós-graduado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais; em Economia da Saúde e *Farmacoeconomia pela Universidad Pompeu Fabra* de Barcelona e em Gestão da Atenção à Saúde pela Fundação Dom Cabral. Graduado em Direito pela Universidade de Uberaba. E-mail para contato: ricardoalves@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Na gestão do SUS, os atores se pautam em um arcabouço normativo complexo, com regras que visam a regular o funcionamento e os processos decisórios. O sistema legal é constituído por: legislação constitucional, leis complementares, leis ordinárias, decretos, portarias, resoluções, instruções normativas, deliberações, diretrizes clínicas baseadas em evidência e outros instrumentos jurídicos formais. (2)

Nesta complexa estrutura de governança de um sistema único, regionalizado e hierarquizado, os gestores de saúde devem conhecer os limites de atuação dos demais entes federados (União, estados e municípios), bem como dos demais atores da sua esfera de governo (conselhos de saúde e poder legislativo). Para desenvolvimento deste trabalho, foi realizada uma revisão de artigos referentes ao Sistema Único de Saúde, bem como das leis que organizam o SUS.

2. DAS COMISSÕES INTERGESTORES

Na estrutura de governança do SUS, a relação institucional entre os entes federados, todos autônomos conforme determina o art. 18 Constituição da República (1), ocorre por meio das Comissões Intergestores, reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, e podem ter atuação nacional, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (União, estados e municípios), estadual, com a Comissão Intergestores Biparte (CIB) (estado e municípios), ou regional, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR) (estado e municípios da região).

Compete às Comissões Intergestores, nos termos do art. 14-A da Lei n. 8.080, de 1990 (3), dispor sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

Em relação ao apoio financeiro da União, compete à CIT, nos termos do art. 17, da Lei Complementar 141, de 2012 (4), pactuar a metodologia de rateio dos recursos, vinculados a ações e serviços públicos de saúde, que serão transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Destaca-se que a metodologia pactuada deve ser apreciada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Já no âmbito estadual, conforme determina o art. 19 da Lei Complementar n. 141, de 2012 (4), compete à CIB pactuar a metodologia de alocação dos recursos es-

taduais que serão rateados, bem como a previsão anual de recursos destinados aos municípios. Ressalta-se que a competência dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) é mais ampla do que a do Conselho Nacional, visto que, além de aprovar a metodologia de alocação de recursos, o CES deve aprovar, ainda, a previsão anual de recursos destinados aos municípios e os critérios de transferência (art. 20 LC n. 141/2012).

3. DOS CONSÓRCIOS

A previsão dos entes federados formalizarem consórcios está na Constituição da República: o seu art. 241 (1) rege que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão disciplinar, por meio de lei, os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, com a finalidade de autorizar a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

No âmbito federal, a norma que rege a contratação e constituição dos consórcios públicos é a Lei n. 11.107, de 06 de abril de 2005 (5). Conforme o texto legal, para formação dos consórcios públicos, é necessário que os municípios subscrevam, assinem, o protocolo de intenções que, em regra, deverá ser ratificado por meio de lei do ente federativo que desejar ser membro do consórcio. Cumpre destacar que o ente público fica dispensado de promover a referida ratificação legal, caso tenha, já disciplinada por lei, a sua participação no consórcio público, consoante previsto no art. 5º, § 4º, da Lei n. 11.107/05.

O protocolo de intenções é um contrato preliminar que se converte em contrato de consórcio público depois de aprovado (ratificado) por lei do ente consorciado. Destaca-se que o contrato de consórcio público, caso assim preveja cláusula, pode ser celebrado por apenas uma parcela dos entes da Federação que subscreveram o protocolo de intenções.

Assim, verifica-se que a celebração do instrumento consorcial depende da promulgação de lei de cada ente federado (União, estados e municípios), conforme o caso, o que demonstra a necessidade de participação do Poder Legislativo na formatação do novo modelo.

Nos termos do Decreto Federal n. 6.017, de 17 de janeiro de 2007 (6), a gestão associada de serviços públicos foi definida como o exercício das atividades de planejamento, regulação ou fiscalização de serviços públicos, por meio de consórcio público ou de convênio de cooperação entre entes federados, acompanhadas ou não da prestação de serviços públicos ou da transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

Uma vez constituído o consórcio, várias prerrogativas e atividades poderão lhe ser atribuídas, visto a assumir personalidade, entre as quais se destacam:

- i. possibilidade de formalização de convênios, contratos, acordos de qualquer natureza;

- ii. recebimento de auxílios, contribuições e subvenções sociais ou econômicas de outras entidades e órgãos do governo;
- iii. capacidade para promover desapropriações e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade ou necessidade pública, ou interesse social, realizada pelo Poder Público, nos termos do contrato de consórcio de direito público;
- iv. possibilidade de ser contratado pela administração direta ou indireta dos entes da Federação consorciados, dispensada a licitação;
- v. celebração de contrato de programa;
- vi. celebração de contrato de rateio;
- vii. poder de dispensar a licitação na celebração de contrato de programa com ente da Federação ou com entidade de sua administração indireta, para a prestação de serviços públicos de forma associada nos termos do autorizado em contrato de consórcio público ou em convênio de cooperação;
- viii. possibilidade de receber servidores públicos dos entes consorciados, ou os com eles conveniados, mediante a formalização do instrumento da cessão, na forma e condições da legislação de cada um;
- ix. utilização de limites mais elevados para fins de escolha da modalidade licitatória;
- x. utilização de limites mais elevados de dispensa de licitação em razão do valor.

O consórcio terá como território de atuação a área total dos municípios, quando o consórcio público for constituído somente por municípios ou por um estado e municípios com territórios nele contidos, sendo o consórcio público, de personalidade jurídica de direito público, integrante da administração indireta de todos os entes da Federação consorciados.

Importante destacar que, nos termos do parágrafo único do art. 21, da Lei Complementar n. 141, de 2012 (3), a atuação dos Consórcios de Saúde deve estar em consonância com as normas do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

4. DO CONSELHO DE SAÚDE

A participação da comunidade no âmbito do SUS, nos termos da Lei n. 8.142, de 1990 (7), ocorre por meio da Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Conforme dispõe o §2, do art. 1º, da Lei 8.142, de 1990, o Conselho de Saúde atua em caráter permanente e deliberativo.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de

serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Em relação ao caráter deliberativo do Conselho de Saúde, o Tribunal de Contas da União (TCU) manifestou o seguinte:

CARÁTER DELIBERATIVO – Deliberar significa conversar para analisar ou resolver um assunto, um problema, ou tomar uma decisão. Assim, o conselho de saúde deve reunir-se com o objetivo de discutir determinados assuntos ou temas e chegar a um acordo ou uma decisão. (9)

Assim sendo, a participação da sociedade, por meio dos Conselhos de Saúde, constitui um espaço democrático de planejamento da política de saúde e, como controle social, fiscaliza as ações e políticas governamentais de saúde, bem como o cumprimento das normas relacionadas ao SUS. Neste sentido, o TCU estabeleceu que o Conselho de saúde:

ATUA NA FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E NO CONTROLE DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE – isso nada mais é do que exercer o controle social. Assim, a população dos estados e dos municípios, por meio do conselho de saúde, ajuda a planejar a política de saúde e fiscaliza como o governo cuida da saúde e, também, verifica se as leis relacionadas ao SUS estão sendo cumpridas. O conselho de saúde deve fiscalizar até mesmo as questões financeiras do gerenciamento da saúde no estado ou município. (8)

Porém, cumpre destacar que as atribuições conferidas aos Conselhos de Saúde, quais sejam: formulação de estratégias e diretrizes, acompanhamento e fiscalização da utilização dos recursos nas ações e serviços públicos de saúde, não podem ser confundidas com o papel executivo do gestor público. Neste sentido, vale ressaltar os ensinamentos de Assis, *et al*:

O trabalho dos Conselhos de Saúde não deve ser confundido com o papel executivo do gestor municipal e estadual. Cabe ao Conselho propor a construção da política, no acompanhamento das ações, na fiscalização e utilização dos recursos e ao gestor a execução da política de saúde.

Os Conselhos de Saúde são instâncias internas à estrutura do SUS, e suas deliberações são, em geral, resultados de negociações com os órgãos executores (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde), que devem ter como eixos orientadores a representatividade de seus membros, a visibilidade de suas proposições, a transparência das relações e articulação com a sociedade para garantir o processo democrático e a qualidade das ações. (12)

Necessário destacar que as decisões do Conselho de Saúde para validade e efetividade devem ser homologadas pelo poder executivo.

Com a edição da Lei Complementar n.141, de 2012, a atuação dos Conselhos de Saúde no acompanhamento e a fiscalização dos Fundos de Saúde é destacada. Em relação às competências do Conselho de Saúde, introduzidas pela LC n.141, de 2012, é preciso chamar a atenção para:

- a) aprovação da metodologia de rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios (Art. 17, LC 141/12);
- b) aprovação da metodologia de alocação dos recursos estaduais, da previsão anual de recursos aos municípios, bem como dos critérios de transferência fundo a fundo (art. 19 e 20, LC 141/12);

Desta forma, a metodologia de alocação de recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios devem ser pactuadas no âmbito da CIB, cabendo ao Conselho de Saúde manifestar-se, exclusivamente, sobre a aprovação ou não da metodologia apresentada. Portanto, não compete ao Conselho de Saúde propor ou definir critério/metodologia de rateios.

- c) deliberar diretrizes para o estabelecimento de prioridades no âmbito do SUS (§ 4º, art. 30, LC 141/12);

Ao realizar interpretação gramatical do supracitado artigo 30, é importante destacar que não compete ao Conselho de Saúde deliberar de forma a estabelecer as prioridades para a gestão, uma vez que sua atribuição legal refere-se, estritamente, à definição de diretrizes que deverão ser observadas, pelo poder executivo, para a definição de prioridades.

Ressalta-se, ainda, que, constitucionalmente, conforme a seção II do Capítulo I, da Constituição da República (1), compete ao poder legislativo aprovar o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Desta forma, a Lei Complementar, como não poderia deixar de ser, estabelece que a elaboração destes instrumentos, pelo poder executivo, deve observar a LC n.141, de 2012, e isso não quer dizer que o poder legislativo fica vinculado ao Plano de Saúde ou às deliberações do Conselho de Saúde. Caso a lei vinculasse a atuação do poder legislativo às deliberações do Conselho de Saúde, tal determinação seria inconstitucional.

- d) emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas na Lei Complementar n.141, de 2012 (art. 36, LC 141/12);

Cumprido destacar que a competência constitucional de aprovar ou não a prestação de contas do poder executivo é do poder legislativo com o auxílio do Tribunal de Contas e do Conselho de Saúde. Desta forma, o parecer conclusivo do Conselho de Saúde estabelecido no §1º, do art. 36, da LC n.141, de 2012, é um instrumento de auxílio dos órgãos de controle interno e externo e não vinculativo.

e) aprovar o Plano de Saúde;

Conforme lição de Assis (9), o Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS. O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Como instrumento referencial, no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. Desta forma, deve contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta.

Cumprir destacar que compete ao poder executivo elaborar o Plano de Saúde a ser submetido para aprovação ou não do conselho.

Lei n. 8.080 de 1990

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

A previsão legal de aprovação do plano de saúde, pelo Conselho de saúde, foi introduzida pelo inciso I, do parágrafo único, do Art. 14-A, da Lei n.8.080, de 1990, alterada pela lei 12.466 de 2011. Cumprir ressaltar que o momento adequado de manifestação da sociedade é na audiência pública realizada durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde, conforme parágrafo único do art. 31, da Lei Complementar n. 141 de 2012.

f) aprovar a programação anual do Plano de Saúde, antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público (§2º, do art. 36, da LC 141/12);

É de destaque que esta atribuição legal do Conselho é limitada pela Constituição Federal, pois, compete, exclusivamente, ao chefe do poder executivo (Presidente, Governador e Prefeito) elaborar e encaminhar, ao poder legislativo, as propostas do PPA, LDO e LOA (art. 165 da CF). Por outro lado, constitucionalmente, compete ao poder legislativo aprovar tais leis. Assim, conforme já exposto, a lei estabelece que a elaboração destes instrumentos, pelo poder executivo, deve observar a LC n.141, de 2012, o que não quer dizer que o poder legislativo ficará vinculado ao Plano de Saúde ou às deliberações do Conselho de Saúde.

Conforme Garcia *et al* (10), a Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS. Neste ínterim, a Programação Anual de Saúde deve conter a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento

das metas do Plano de Saúde; o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação. O lapso temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

A Constituição Federal atribuiu, exclusivamente, ao poder executivo, a competência de dispor sobre a proposta orçamentária. Desta feita, qualquer deliberação do Conselho de Saúde que gere responsabilidade ou compromisso financeiro para o gestor fere de morte a Constituição Federal, sendo, portanto, inconstitucional.

Neste sentido, o poder judiciário tem-se manifestado:

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE - LEI MUNICIPAL N. 4.161/2004 QUE OBRIGA O PODER EXECUTIVO A FORNECER GRATUITAMENTE VACINA DA MARCA PREVENAR A TODAS AS CRIANÇAS QUE NÃO ULTRASSEM OS 7 (SETE) ANOS DE IDADE - LEGISLAÇÃO QUE CRIA DESPESAS AO PODER EXECUTIVO - INICIATIVA DA LEI EFETUADA PELO PODER LEGISLATIVO - VÍCIO DE INCONSTITUCIONALIDADE FORMAL - LEI DE INICIATIVA PRIVATIVA DO CHEFE DO EXECUTIVO - VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DOS PODERES - ARGUIÇÃO PROCEDENTE. Dentre as leis que são de iniciativa exclusiva do prefeito municipal ressaltam-se aquelas que criem ou aumentem despesas. A Lei Municipal de iniciativa da Câmara Municipal que obriga o fornecimento gratuito da vacina marca Prevenar a todas as crianças que não ultrapassem os 7 (sete) anos de idade, por criar despesas, padece de vício de inconstitucionalidade por violar o princípio da separação dos poderes. (Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul TJ-MS - Ação Direta de Inconstitucionalidade: ADI 14695 MS 2004.014695-1)

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE.

PRELIMINARES REJEITADAS. MÉRITO. INGERÊNCIA DE UM PODER EM OUTRO, VEDADA PELA INICIATIVA PRIVATIVA DO EXECUTIVO NA LEGISLAÇÃO QUE CRIA DESPESAS EXTRA-ORÇAMENTÁRIAS.

INCONSTITUCIONALIDADE FORMAL. AFRONTA AOS ARTIGOS 8; 10; 61, I, 82, VII; 149 E 152 DA CONSTITUIÇÃO ESTADUAL. PROCEDÊNCIA. (Ação Direta de Inconstitucionalidade N. 594176083, Tribunal Pleno, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Nelson Oscar de Souza, Julgado em 24/04/1995)

Além das competências atribuídas pela Lei Complementar n.141, de 2012, incumbe ao CNS, conforme dispõe o art. 26, da Lei n. 8.080 de 1990, aprovar os critérios e valores para a remuneração de serviços, bem como os parâmetros de cobertura assistencial estabelecidos pela direção nacional do SUS.

5. DO PODER LEGISLATIVO

No âmbito do SUS, para execução dos recursos do Fundo de Saúde, o Gestor deve observar: o Plano de Saúde, o PPA, a LDO e a LOA, visto que a aplicação dos recursos vinculados à saúde deve estar em conformidade com os objetivos e metas estabelecidos, dada a determinação da Lei n. 8.080, de 1990, e a LC n. 141, de 2012.

O PPA define as diretrizes que vão orientar a elaboração da LDO. Esta, por sua vez, orienta a elaboração da LOA, que define quanto o ente federado gastará em cada setor. Desta forma, para que o Plano de Saúde tenha orçamento disponível no estado, ele deve ser elaborado antes do PPA, pois, do contrário, as grandes ações de saúde serão construídas sem a análise da viabilidade orçamentária e de compatibilidade com outros programas. (11)

Cumprir, ainda, a obrigação estabelecida no §5º, do art. 36, da LC n. 141, de 2012 (4), para o gestor do SUS apresentar, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o relatório detalhado quadrimestral, acerca do alcance de metas físicas e financeiras.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sistema de governança do SUS, é dado ao gestor, em razão da sua autonomia e competência privativa, elaborar e executar o plano de saúde, bem como decidir sobre a homologação das decisões do Conselho de Saúde.

Ao Conselho de Saúde, compete aprovar ou não os planos de saúde e relatórios de gestão, bem como deliberar sobre a formulação de estratégias e sobre o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Às Comissões Intergestores, compete dispor sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS.

Por fim, à Casa Legislativa, compete aprovar as contas do poder executivo e, ainda, estabelecer as diretrizes, objetivos, metas, bem como autorizar as despesas do Governo.

O quadro que segue apresenta, de forma sumária e apenas para fins didáticos, as principais atribuições do Gestor, do Conselho de Saúde, da CIT e Assembleia legislativa.

Quadro 1: Principais atribuições dos atores envolvidos no diálogo institucional no SUS.

| Gestor | Conselho de saúde | CIT | Assembleia |
|--|---|--|--|
| Elaborar o plano de saúde. | Aprovar o plano de saúde. | Dispor sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. | Aprovar o projeto de lei do Plano Plurianual. |
| Prestar os serviços de atendimento à saúde da população. | | Definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados. | |
| | | Fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. | |
| Propor a metodologia de alocação dos recursos que serão rateados, bem como a previsão anual de recursos destinados aos municípios. | Aprovar a metodologia de alocação dos recursos estaduais que serão rateados, bem como a previsão anual de recursos destinados aos municípios. | Pactuar a metodologia de alocação dos recursos estaduais que serão rateados, bem como a previsão anual de recursos destinados aos municípios. | Aprovar a Lei de Diretrizes Orçamentárias. |
| Decidir sobre a homologação das decisões do Conselho de Saúde. | Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. | | |
| Estabelecer as prioridades para elaboração dos planos plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias. | Deliberar diretrizes para estabelecimento de prioridades. | | Aprovar os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias. |
| | Emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas na Lei Complementar nº 141 de 2012. | | Aprovar a prestação de contas do poder executivo. |
| Elaborar a programação anual do Plano de Saúde. | Aprovar a programação anual do Plano de Saúde. | | Aprovar a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária. |

| Gestor | Conselho de saúde | CIT | Assembleia |
|---|--|-----|---|
| Apresentar, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório detalhado quadrimestral. | Avaliar, a cada quadrimestre, o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhar ao Chefe do Poder Executivo as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias. | | Realizar, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, audiência pública, para receber o Relatório detalhado quadrimestral. |

Fonte: elaboração própria.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>.
3. Brasil. Lei 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. Brasília; 1990. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
4. Brasil. Lei Complementar 141 de 13.01.2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm.
5. Brasil. Lei 11.107 de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. [internet]; [acesso em 11 mar

2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L111107.htm.

6. Brasil. Decreto Federal n. 6.017 de 17 de janeiro de 2007, Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm.

7. Brasil. Lei 8 142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

8. Tribunal de Contratos da União. Orientações para Conselheiros de Saúde. 2010. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em <https://central3.to.gov.br/arquivo/314161/>.

9. Assis G. Nota Técnica N. 010/2017. 2017. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em <https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp%3FfileId%3D8A91CFAA610D382301610FABDE1E2671+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.

10. Garcia PT, Reis RS. Gestão Pública em Saúde, o plano de saúde como ferramenta de gestão. 2016. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp04.pdf.

11. Peralta JA, Peruzzo NA, Both V. De olho no COAP: passo a passo. Passo Fundo: IFIBE; 2014. 48 p. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/05/Cartilha.pdf>.

12. Assis MM, Villa TC. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):376-82. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16549.pdf>.

A Contribuição da Governança para Aprimorar o Uso dos Recursos na Saúde Pública

Ana Maria Alves Ferreira¹
Jonas Marcondes de Lira²
Marcelo André Barboza da Rocha Chaves³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/t9zgoa>

RESUMO

Este artigo apresenta a atuação do Tribunal de Contas da União (TCU) na avaliação da governança na saúde pública sob diferentes perspectivas. Primeiramente, discute as implicações da execução da política de saúde frente aos desafios da descentralização, situando o papel da governança e sua importância para as relações interfederativas, diante da necessária cooperação entre entes para assegurar a integralidade na oferta de serviços de saúde aos cidadãos. Destaca, também, a necessária harmonização dos recursos e esforços dentro de cada secretaria de saúde e de cada conselho de saúde, sob o ponto de vista da governança organizacional. O Conselho de Saúde representa o principal ator da governança, enquanto a Secretaria de Saúde o principal ator da gestão. Enquanto o primeiro dita os rumos e acompanha os resultados, o segundo mobiliza os recursos para o cumprimento dos objetivos. A governança organizacional orienta a organização para que organize os componentes de liderança, estratégia, processos de trabalho e controles, de modo a reduzir os riscos e aumentar o potencial de sucesso rumo aos objetivos. Cada organização operando de forma mais organizada significa também que estão potencialmente mais aptas às discussões e pactuações necessárias ao estabelecimento de acordos interfederativos, capazes de assegurar a prestação de serviços de saúde de forma otimizada nas regiões de saúde. Por fim, são apresentados os resultados das avaliações realizadas pelo TCU e as principais recomendações.

Palavras-chave: Governança. Relações Interfederativas. Gestão.

1 Auditora Federal de Controle Externo no Tribunal de Contas da União. Especialista em Auditoria Interna e Externa. Graduada em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília. E-mail para contato: ferreiraam@tcu.gov.br

2 Auditor Federal de Controle Externo no Tribunal de Contas da União. Especialista em Meteorologia Aeronáutica pela Escola de Especialistas de Aeronáutica. Graduado em Ciências Contábeis pela Universidade Estadual de Goiás. E-mail para contato: marcondesl@tcu.gov.br

3 Secretário Federal de Controle Externo da Saúde no Tribunal de Contas da União. Especialista em Obras Públicas pela Universidade de Brasília. Graduado em Engenharia Mecânica. E-mail para contato: marcelorc@tcu.gov.br

1. INTRODUÇÃO

A forma federativa de Estado pressupõe a descentralização do poder político a partir de uma repartição territorial. Garantir autonomia a um ente federado significa conferir-lhe quatro capacidades: autogoverno, autolegislação, autoadministração e auto-organização (1). No Brasil, juridicamente, não há hierarquia ou diferença entre a União, os 26 estados, o Distrito Federal e os 5.570 municípios. Porém, embora possuam os mesmos atributos, esses entes têm diferentes realidades econômicas, estruturais e políticas, que influenciam sua organização interna e a capacidade de oferecer serviços à população (2).

Em relação à saúde, a prestação dos serviços compete aos municípios (Constituição Federal, 1988) (3). Todavia, o atendimento integral da saúde de uma pessoa frequentemente requer cuidados indisponíveis em um único local, pois pode envolver ações de alta complexidade e custo, oferecidas em cerca de um quarto dos municípios brasileiros.

O atendimento das necessidades da população depende, necessariamente, da cooperação entre entes, nem sempre viabilizada de forma consistente e amigável, afinal, nem sempre é uma relação mutuamente vantajosa. Tornam-se necessárias medidas para viabilizar a efetiva cooperação, para reduzir vazios assistenciais, evitar que locais com maior capacidade instalada sejam sufocados por demanda externa e assegurar que os ônus financeiros sejam equitativamente distribuídos. (2)

Numa estrutura federativa, com repartição de recursos e de competências, é fundamental que as políticas de saúde sejam associadas ao planejamento e ao orçamento dos entes envolvidos. Essa é uma tarefa desafiadora, requer alto nível de consenso e cooperação, o que é mais difícil em ambientes politicamente hostis, cenário que pode ocorrer de forma incerta e frequente, a cada mudança de representantes da gestão. (2)

Em meio a toda a complexidade das relações interfederativas no funcionamento do SUS, somam-se outros desafios, como a mudança no perfil etário, com aumento das faixas mais idosas, que trazem naturalmente aumento dos gastos com saúde. Em paralelo, têm sido detectadas falhas sistêmicas, por órgãos de controle como o TCU e por notícias veiculadas nos meios de comunicação, que denunciam dificuldades no acesso a serviços de saúde. Tudo isso sugere a necessidade de melhoria na qualidade da aplicação dos recursos, com forte apelo à melhoria da eficiência, efetividade, equidade e qualidade das ações e serviços prestados aos cidadãos.

Para enfrentar tamanho desafio, é fundamental organizar o sistema de saúde de modo a definir objetivos e metas coletivos; manter a coerência entre metas e políticas e coordenação entre os atores envolvidos; ter capacidade para implementação dos objetivos e metas traçados; avaliar as ações empreendidas e definir responsabilidades pelos resultados alcançados. Peters (4) considera esses quatro pontos os pilares do que denominou de governança pública.

2. GOVERNANÇA E SAÚDE PÚBLICA

Na iniciativa privada, a governança representa a necessária organização estabelecida para garantir que os executores das atividades na empresa ajam na direção do que pretende o proprietário. Aplicando o conceito à área pública, o papel que se atribui ao proprietário da empresa equivale ao do cidadão. Isso decorre da Constituição Federal, quando define que todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente. O gestor representa, portanto, o delegado, que recebe do cidadão a missão de administrar.

Na administração pública, coexistem múltiplas delegações, e cada uma representa uma relação entre cidadão e agente ao qual se delegou (5). Nas secretarias de saúde, os gestores devem concentrar-se em realizar o que constitui a razão de existir da organização: atender às necessidades de saúde da população, com economicidade, eficiência, eficácia e efetividade.

Em estudos realizados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que tiveram como foco a avaliação da governança de um modelo descentralizado de funcionamento da política de saúde, destacou-se o excesso de descentralização como um problema, com implicações na eficiência, aumento dos custos e enfraquecimento dos entes menores diante das forças de mercado (6).

A história do Sistema Único de Saúde (SUS) mostra diversas iniciativas para aperfeiçoamento da gestão. Só para exemplificar, a Lei n. 8.080/1990 e o Decreto n. 7.508/2011 reconhecem o papel das comissões intergestores, definem diretrizes para a regionalização, além de terem instituído o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), no intuito de esclarecer as responsabilidades federativas, organizar os fluxos nas regiões de saúde e aumentar a segurança jurídica dos entes envolvidos. Embora, na prática, a celebração do contrato (COAP) pouco tenha avançado, o modelo busca evidenciar a estrutura esperada nas relações entre entes.

Um contexto altamente descentralizado, como o brasileiro, e necessariamente cooperativo, exige que cada ente tenha condições de atuar com efetivo poder de decisão, o que requer conhecimento técnico das temáticas a serem negociadas e da própria realidade em que atua. A capacidade de auto-organização dos envolvidos em qualquer tipo de pactuação é a base para o bom funcionamento do sistema público de saúde em rede.

Numa federação, a boa governança da política de saúde depende, necessariamente, da adequada definição de responsabilidades executivas e financeiras dos entes federados, da existência de níveis de coordenação consistentes e de um processo de monitoramento, de avaliação e controle dos riscos envolvidos, para assegurar que os objetivos sejam alcançados, tanto no nível individual de cada ente, como no conjunto dos diversos entes envolvidos na prestação integral dos serviços (2). Essa coordenação requer um olhar no nível regional, estadual e nacional, capaz de avaliar o conjunto

das ações e resultados. Assim, cada nó da rede é importante, mas não se esgota em si mesmo.

Em suma, a visão de governança começa no nível de cada organização, mas não se limita a ela. Para que os elementos se harmonizem, é preciso que se organizem em níveis também mais expandidos, para que seja possível monitorar, avaliar e definir novas configurações quando for preciso.

Partindo do quadro atual da saúde nos estados e municípios brasileiros, é importante compreender em que estágio se encontram em termos de governança. O TCU investigou, em trabalho no qual resultou o Acórdão 1130/2017-Plenário, a maturidade dos entes em governança e gestão em saúde, para avaliar se estados e municípios têm práticas capazes de aumentar a chance de converter os recursos que possuem para aplicação em saúde em benefícios para os cidadãos. (7)

Neste artigo, serão exploradas as perspectivas de governança, tanto no nível de organização, como no nível mais expandido da política de saúde. Serão apresentados, primeiramente, os conceitos dos quais se partiu, como fundamento das análises, em seguida, os métodos adotados nas avaliações e, por fim, os principais resultados.

Os trabalhos completos utilizados como base deste artigo constam, sobretudo, nos relatórios que fundamentaram os Acórdãos n. 2888/2015, n. 1130/2017 (7) e n. 1840/2017 (8), todos julgados pelo Plenário do Tribunal de Contas da União.

Os parâmetros adotados nas avaliações do TCU encontram-se na Constituição Federal, nas leis n. 8.080/1990 (9) e n. 8.142/199 (10), no Decreto 7.508/2011(11), que dispõe sobre a organização do SUS, a articulação interfederativa e o COAP; na Lei Complementar 141/2012 (12), que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados pelo poder público em saúde, além de vasta bibliografia nacional e internacional acerca das políticas de saúde e das boas práticas de governança.

3. GOVERNANÇA NO NÍVEL DE ORGANIZAÇÃO

No âmbito do SUS, o principal foco de debate em torno da governança tem sido sob a ótica das redes de atenção à saúde, ou seja, a governança colaborativa, que considera a atuação das diversas organizações/atores envolvidos de forma horizontal para o alcance dos objetivos do SUS, assumindo que o SUS está constituído por partes autônomas, mas interdependentes entre si. (7)

Apesar de esta perspectiva ser de altíssima importância para o seu sucesso, o SUS deve estar alicerçado, primeiramente, nos principais nós dessas redes: as organizações responsáveis pelas diretrizes, planejamento, monitoramento, coordenação e execução e controle de serviços públicos de saúde representadas, principalmente, pelos conselhos e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Para compreender o funcionamento da saúde em termos de governança organizacional, é importante delimitar os papéis do conselho de saúde e da secretaria de saúde.

4. OS ATORES DA GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

As regras legais atribuem, aos conselhos de saúde, o papel de organizações com competências para deliberar sobre os rumos da saúde pública e fiscalizar a aplicação dos recursos. Tanto estudos acadêmicos como ações realizadas por órgãos de controle têm apontado, entretanto, que os conselhos não têm de fato exercido essas funções.

Apontam-se, entre as fragilidades na atuação dos conselhos, a falta de independência em relação à gestão; reduzida capacitação dos conselheiros; deficiências quanto à estrutura física; ingerência política na escolha dos conselheiros; pouca transparência dos gestores quanto ao uso dos recursos; pouca visibilidade social das ações dos conselheiros. (7)

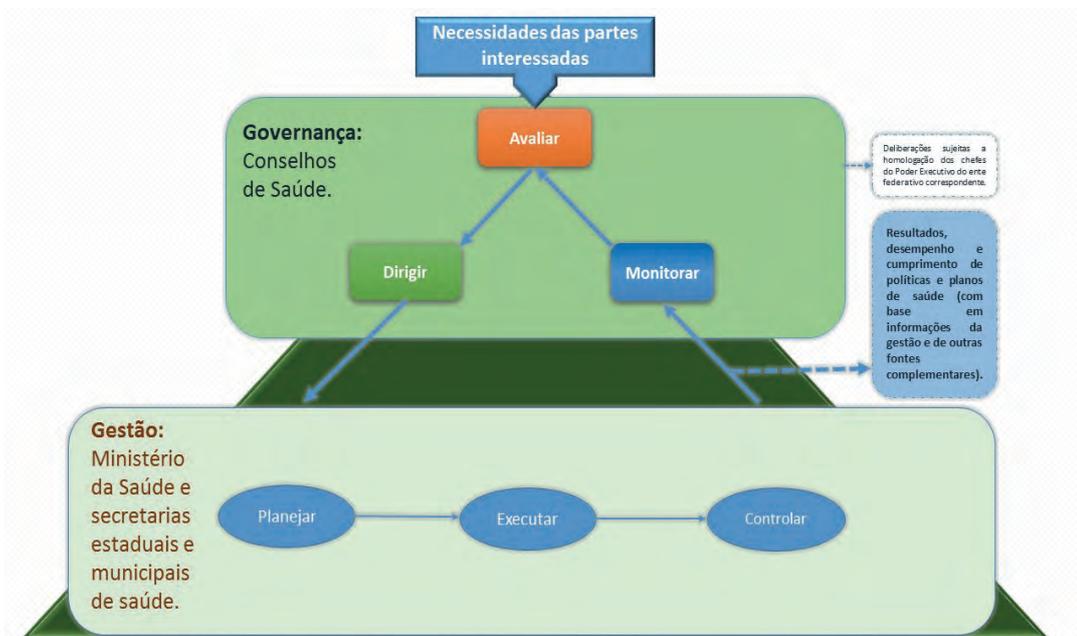
As normas de funcionamento do SUS deixam claro que o papel de gestão da saúde cabe às secretarias estaduais e municipais e ao Ministério da Saúde. Os representantes de cada uma dessas organizações são, portanto, os principais atores da gestão na respectiva esfera. (7)

Quanto ao papel de governança, a legislação vigente define como o principal ator da governança organizacional da saúde o Conselho de Saúde. Os mandamentos dessas normas estão resumidos a seguir:

- a) fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS (art. 33, da Lei n. 8.080/90);
- b) aprovar os planos de saúde (art. 14-A, parágrafo único, I, da Lei n. 8.080/90);
- c) formular estratégias da saúde (art. 1º, § 2º, da Lei n. 8.142/90);
- d) controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (art. 1º, § 2º, da Lei n. 8.142/90);
- e) deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades do planejamento (art. 30, § 4º, da LC n. 141/2012);
- f) avaliar, a cada quadrimestre, o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da LC n. 141/2012 nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde (art. 41, da LC n. 141/2012);
- g) apreciar os indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde formulados e disponibilizados pela gestão (art. 43, § 1º, da LC n. 141/2012);
- h) avaliar o relatório detalhado do quadrimestre anterior (art. 36, caput, e incisos I, II e III, da LC n. 141/2012);
- i) avaliar o relatório anual de gestão (art. 36, § 1º, da LC n. 141/2012);
- j) aprovar a programação anual de saúde (art. 36, § 2º, da LC n. 141/2012).

Tratam-se de competências para ditar os rumos da saúde na sua área de atuação. O conselho deve exercer um papel principal, e não coadjuvante, na avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da saúde, sendo a gestão responsabilidade da direção do SUS (07). A figura a seguir ilustra a relação entre governança e gestão na saúde.

Figura 1 - Relação entre Governança Pública e Gestão Pública em Saúde.



Fonte: relatório que fundamenta o Acórdão 1130/2017-Plenário.

5. COMPONENTES DA GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL

Para compreender a governança organizacional, é preciso delimitar alguns conceitos. Um deles é o de processo de trabalho conjunto de atividades inter-relacionadas e interdependentes que transformam insumos diversos em produtos ou serviços. Essas atividades são executadas por pessoas (atores) que desempenham papéis. A saída final de um processo está associada ao seu **objetivo**.

Mapeado o processo, é possível identificar seus **riscos**. Segundo a ABNT NBR ISO 31000, risco é o “efeito da incerteza sobre os objetivos da organização”. Em sentido negativo, trata de eventos que podem ocorrer e dificultar ou impedir o atingimento dos objetivos. (13)

A implantação de **controles internos** tem o propósito de diminuir a chance de o risco se materializar.

Esses três elementos – objetivos, riscos e controles internos – devem sempre ser considerados juntos, em qualquer processo de trabalho. (07)

Do ponto de vista da saúde, considera-se que o objetivo da política, em sentido geral, é a prestação de serviços da saúde. Para ser atingida, mobiliza diversos processos, como liderança, estratégia e controle.

O Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública (14) resume o conceito de governança no setor público nos seguintes termos:

[...] compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. (14)

Deficiências em governança organizacional podem afetar a tarefa de realizar a articulação interfederativa, que se tornaria mais complexa e com menor probabilidade de sucesso, afinal, se um município não consegue governar bem sua gestão, como poderia se articular com outros municípios para a formação de regiões de saúde e redes de atenção à saúde? (07)

6. GOVERNANÇA DA POLÍTICA DE SAÚDE

A pactuação intergovernamental no SUS, embora não seja uma política específica, está intimamente ligada à coordenação das diversas políticas de saúde, cuja execução depende da atuação articulada dos três níveis de governo, por meio de aportes financeiros, apoio técnico e atividades de avaliação e monitoramento.

O TCU avaliou a governança segundo essa perspectiva das relações intergovernamentais, em trabalho que resultou no Acórdão 2888/2015-Plenário. Foi avaliado como ocorre a articulação entre os governos federal, estadual e municipal, segundo três pontos considerados estratégicos para o sucesso dessas articulações: a institucionalização, coordenação e coerência e gestão de riscos. A seguir, conceitua-se cada um desses elementos.

O componente “institucionalização” compreende os aspectos formais e informais de determinada política, relacionados a capacidades organizacionais, normatização, padrões, procedimentos, competências e recursos que possibilitam o alcance dos objetivos e resultados da política pública. (14)

“Coordenação e coerência” significa fazer com que os diversos sistemas institucionais e gerenciais que formulam políticas trabalhem juntos e estabeleçam mecanismos de articulação, comunicação e colaboração, que permitam alinhar estratégias e operações das organizações envolvidas em políticas transversais e descentralizadas, para alcançar o resultado comum. (14)

No que diz respeito à “gestão de riscos” e ao controle interno, os responsáveis pela implementação da política pública devem ter condições de dar respostas efetivas e

tempestivas aos riscos capazes de afetar o alcance dos objetivos programados. Desse modo, os riscos principais devem ser regularmente identificados, avaliados, comunicados, tratados e monitorados. (14)

7. MÉTODO

Com base em suas competências constitucionais, o TCU realiza ações de controle nos diversos órgãos e entidades da Administração Pública. Como resultado dessas ações, obtém uma visão ampla da Administração Pública sob diversos aspectos. A verificação desse cenário, de forma sistêmica, permite identificar os Órgãos Governantes Superiores (OGS) para os quais expede recomendações a fim de sanear problemas identificados. Como possível efeito, os OGS podem recolher as boas práticas existentes na Administração Pública, consolidá-las e aperfeiçoá-las com apoio dos seus jurisdicionados.

A consolidação e aperfeiçoamento das práticas permite que os OGS emitam normas e orientações para toda a Administração Pública sob sua jurisdição e fiscalizem seu cumprimento, de acordo com seus mandatos. As normas e orientações dos OGS, além de servirem a todos os seus jurisdicionados, servem também ao TCU como critérios de controle, realimentando o processo.

A melhoria na governança e na gestão contribui para a melhoria dos serviços que as organizações públicas prestam à sociedade, o que, como consequência, ratifica a legitimidade do governo central.

Todos esses passos estão ilustrados no gráfico a seguir:

Figura 2 – Estratégia de controle e OGS.



Fonte: relatório que fundamentou o Acórdão 1130/2017-TCU-Plenário.

Em relação aos OGS federais da área da saúde, foram identificados como destinatários das recomendações do TCU três organizações: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS). Identificaram-se ainda, como organizações a serem consultadas, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). (7)

Os trabalhos realizados pelo TCU, que são referência para este artigo – uma auditoria e um levantamento – tiveram como objetivos:

- 1) avaliar aspectos de governança da pactuação intergovernamental no SUS a partir dos componentes da institucionalização, da coordenação e coerência e da gestão de riscos;
- 2) obter e sistematizar informações sobre a situação da governança e gestão em saúde nas esferas estadual, distrital e municipal, e suas finalidades foram divulgar o tema “governança e gestão da saúde” para as organizações participantes e identificar os pontos mais vulneráveis, de forma a induzir melhorias. (7)

O primeiro trabalho, a auditoria, foi realizado analisando-se as normas aplicáveis à pactuação, estudos nacionais e internacionais sobre o tema, entrevistas com diversos atores envolvidos no processo, principalmente secretários estaduais e municipais de saúde, painéis de referência com diversos especialistas e atores do processo de pactuação interfederativa.

O segundo trabalho, o levantamento, se deu mediante confecção e aplicação de questionários a todos os conselhos estaduais e municipais brasileiros e todas as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Responderam ao questionário, aproximadamente, 73% dos conselhos municipais (4.048), 100% dos conselhos estaduais e 100% das CIB. Considerando que as respostas aos questionários não eram obrigatórias, verifica-se grande interesse das organizações. (7)

Tamanho amplitude do trabalho só foi possível devido à participação de outros 26 tribunais de contas estaduais e municipais, que contribuíram na elaboração dos questionários e aplicação em 23 estados. Também o Conasems apoiou consideravelmente, por meio do envio dos questionários aos municípios de três estados e na divulgação. O Conass também prestou apoio na divulgação e envio a estados.

Assim como outros trabalhos sobre governança já realizados pelo TCU, o levantamento utilizou a autoavaliação de controles (do inglês *Control Self Assessment - CSA*), que consiste num processo onde os próprios gestores avaliam seus controles. (7)

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sob a perspectiva da governança nas relações interfederativas, foi observado que muitos fatores confirmam que a autonomia generalizada de todos os municípios, in-

dependentemente de seu porte ou de sua capacidade técnico-financeira para gerir ações de saúde, está associada a problemas de governança e a ineficiências do sistema de saúde. A distribuição de responsabilidades deve considerar os recursos disponíveis e a capacidade do ente ao qual se atribuem responsabilidades executivas e financeiras. (2)

Definir critérios, diretrizes e regras para organizar as responsabilidades, como o fizeram o Decreto n. 7.508 e Resoluções da CIT, representou um avanço na institucionalização, assim como o reconhecimento legal das comissões, na Lei n. 8080, o que também foi positivo para a coordenação e coerência da política. Esses são passos importantes em direção à organização do SUS de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, em conformidade com a Constituição. (2)

Entretanto, o acervo normativo que rege as relações entre os entes desloca, para as pactuações, parte das decisões sobre as responsabilidades financeiras e executivas. A vantagem dessa flexibilidade pode ser a possibilidade de adaptação às realidades locais, por outro lado, desconsidera que, em um modelo de cooperação, as relações nem sempre são mutuamente vantajosas, o que pode levar a pactuações que não atendam aos interesses dos cidadãos, mas sim dos gestores. Esse é um risco não enfrentado no modelo. (2)

A legislação não delimita, de maneira clara, as competências e os limites de atuação da União e dos estados, especialmente em relação ao apoio técnico e financeiro. Tal fato pode ser compreendido como baixa institucionalização das responsabilidades. Esse fator, agravado pelo excesso de descentralização, desassociada da capacidade técnico-financeira, contribui para a ineficiência do sistema público de saúde. (2)

Outro ponto destacado na avaliação foi quanto à fragmentação na forma de executar as políticas de saúde, o que dificulta a integração dos instrumentos de planejamento, a regionalização e a coordenação nacional. Trata-se, aqui, das políticas apoiadas pelo Ministério da Saúde sob a forma de incentivos, que, à época da realização do trabalho, contavam centenas. A existência de diversas frentes de apoio financeiro, cada uma com regimento próprio, cria controles que, embora úteis, têm como efeito também a necessidade de uma máquina administrativa com conhecimento técnico qualificado e criação de mecanismos para garantir o cumprimento dos requisitos previstos nas normas, o que cria extrema complexidade e compromete a eficiência dos processos.

A lógica da regionalização preconiza que as ações implantadas em cada município devem ser compatíveis com as necessidades de saúde da região em que se inserem. Entretanto, as transferências fundo a fundo têm como destinatário sempre um ente da federação individualmente (estado ou município), de modo que a responsabilidade pela execução é de cada um. Como consequência, para cada incentivo financeiro recebido, surge também a necessidade de diálogo regional para sua implantação, mantendo-se, porém, a responsabilidade municipal por sua condução e manutenção.

Especialmente essa questão, da fragmentação, foi recentemente enfrentada em novo regimento, objeto da Portaria/GM/MS 3992/2017, encampada pela portaria de consolidação n. 06/2017 (16), que divide os incentivos em dois grandes blocos:

custeio e investimento. A implementação desta forma de executar o apoio técnico e financeiro ainda está em curso, logo os riscos envolvidos e o seu enfrentamento não foram ainda avaliados.

Diante das fragilidades relatadas acima, o TCU recomendou que essas questões fossem discutidas e resolvidas na CIT, sobretudo quanto ao detalhamento suficiente das competências federativas e regulamentação dos critérios de rateio de recursos federais. Na discussão tripartite, deve ser abordada a redefinição das competências federais, estaduais e municipais no âmbito do SUS, consideradas as fragilidades técnicas e financeiras da maior parte dos municípios brasileiros.

Os benefícios esperados, decorrentes dessas recomendações, são a identificação clara das responsabilidades dos entes federados, critérios claros de repartição dos recursos federais vinculados à saúde, maior organização das ações e serviços de saúde, maior segurança jurídica para os governos e para a população, simplificação das transferências financeiras federais, maior eficiência do gasto público em saúde, aperfeiçoamento da orientação aos municípios e estados, melhoria do processo de regionalização e pactuação.

Sob a perspectiva da governança organizacional, a avaliação feita pelo TCU identificou muitos pontos vulneráveis. Os resultados revelaram, de forma geral, **baixa capacidade em praticamente todos os controles e práticas** recomendados nos modelos de autoavaliação de governança em saúde (7):

- a) 53% dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e 93% dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) encontram-se em estágio inicial em Liderança. Esse resultado sugere baixo nível de capacidade da maioria das organizações em definir competências mínimas de sua liderança e promover sua adequada capacitação (conselhos de saúde).
- b) 56% dos CMS e 48% dos CES encontram-se em estágio de capacidade inicial em Estratégia. Esse resultado aponta para um baixo nível de capacidade da maioria das organizações para formular, desdobrar, monitorar e avaliar suas estratégias; estabelecer diretrizes para a gestão; e interagir com outras organizações para promover, conjuntamente, as políticas de saúde.
- c) 72% dos CMS e 70% dos CES encontram-se no estágio inicial em relação aos mecanismos de controle. Esse resultado reflete o baixo nível de capacidade da maioria das organizações em estabelecer uma estrutura de auditoria interna e de gestão de riscos adequada, em exercer suas atribuições com transparência e em garantir a responsabilização e prestação de contas.
- d) Quanto às CIB, verificou-se que 30% dessas organizações encontram-se no estágio inicial de capacidade. Esse resultado indica baixo nível de capacidade de boa parte das CIB, o que pode contribuir para as deficiências na articulação interfederativa evidenciadas no Acórdão 2.888/2015-TCU-Plenário.

Diante dessas vulnerabilidades, o TCU recomendou diversas ações que se encontram detalhadas no Acórdão n. 1130/2017-Plenário, entre as quais se destacam: estabelecimento de perfis profissionais para a liderança (conselheiros e secretários de saúde), a fim de permitir seleção e capacitação com os parâmetros previstos nesses perfis; criação de uma cultura de gestão de riscos na governança e gestão da saúde; estímulo ao incremento da prática de monitoramento da gestão; aumento na transparência da gestão da saúde. (7)

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os parâmetros para a governança na saúde, adotados nos trabalhos do TCU, derivam, principalmente, das próprias normas do SUS, que embora existam, encontram-se de forma esparsa. O trabalho do TCU consolidou e interpretou essas normas à luz das boas práticas de governança e gestão e organizou um compilado de práticas que compuseram o questionário respondido pela maior parte dos entes.

Portanto, o diferencial dos trabalhos não é apenas mostrar a importância da governança, mas a sistematização apresentada, que contribui para orientar os atores do SUS para que se autoavaliem e desenvolvam mais maturidade em governança, o que certamente contribuirá para melhores resultados.

REFERÊNCIAS

1. da Silva JA. Curso de direito constitucional positivo. 30 ed. São Paulo: Malheiros Editores; 2008. p. 608; 641.
2. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão 2.888/2015. Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes. Sessão de 11/11/2015. [internet]; [acesso em 19 fev 2018]; Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A2888%2520ANOACORDAO%253A2015%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. [internet]; [acesso em 19 fev 2018]; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
4. Peters BG. O que é governança? Rev do Tribunal de Contas da União. 2013;127:28-32.
5. Matias-Pereira J. Governança no setor público. São Paulo: Atlas; 2010.
6. OCDE/OMS. OCDE Reviews of Healwh Systems: Switzerland. OCDE: 2011. [internet]; [acesso em 19 fev 2018]; Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>.

7. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1130/2017. Plenário. Relator: Ministro Bruno Dantas. Sessão de 31/05/2017. [internet]; [acesso em 19 fev 2018]; Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A1130%2520ANOACORDAO%253A2017%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>.
8. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1840/2017. Plenário. Relator: Ministro Bruno Dantas. Sessão de 23/08/2017. [internet]; [acesso em 19 fev 2018]; Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/%252a/NUMACORDAO%253A1840%2520ANOACORDAO%253A2017%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>.
9. Brasil. Lei 8.080/1990, 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. [internet]; [acesso em 19 fev 2018]; Disponível em <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>.
10. Brasil. Lei 8.142/1990 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [internet]; [acesso em 19 fev 2018]; Disponível em <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>.
11. Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [internet]; [acesso em 19 fev 2018]; Disponível em <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>.
12. Brasil. Lei Complementar 141/2012 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. [internet]; [acesso em 19 fev 2018]; Disponível em <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>.
13. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). ABNT NBR ISO 31000:2009 - Gestão de riscos - Princípios e diretrizes. 2009. [internet]; [acesso em 09 fev 2015]; Disponível em <http://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=57311>.

14. Brasil. Tribunal de Contas da União. Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública, 2014. [internet]; [acesso em 07 out 2016]. Disponível em <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A24F0A728E014F0B34D331418D>.

15. Brasil. Tribunal de Contas da União. Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas, 2014. [internet]; [acesso em 07 out 2016]. Disponível em <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A24F0A728E014F0B34D331418D>.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.

O Judiciário e a Questão da Saúde: a Busca de uma Judicialização Qualificada e de Soluções Negociadas – um Projeto do Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça

Arnaldo Hossepian Junior¹
Rodrigo Silva Rocha²



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou link
<https://goo.gl/PEUaaK>

RESUMO

Este artigo aborda a atuação do Poder Judiciário com relação à Judicialização da Saúde, apresenta o Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, os fatos que inspiraram a sua criação, os projetos e políticas realizados e em desenvolvimento, bem como a realidade que motiva os trabalhos futuros.

Palavras-chave: Poder Judiciário. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Judicialização da Saúde.

1 Procurador de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo. Conselheiro do Conselho Nacional de Justiça (2015-2018). Supervisor do Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (2018). E-mail para contato: arnaldo.lima@cnj.jus.br

2 Servidor do Conselho Nacional de Justiça (2010-2018). Chefe de Gabinete do Conselheiro Arnaldo Hossepian Junior (2018). Assessor do Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (2012-2018). E-mail para contato: rodrigo.rocha@cnj.jus.br

1. INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), principal fruto da Reforma do Poder Judiciário, que se efetivou por intermédio da Emenda Constitucional 45, promulgada no ano de 2004, conta com pouco mais de doze anos de criação, tempo esse marcado por profundas mudanças no Poder Judiciário, resultado da atuação desta jovem instituição, de composição heterogênea, pois embora com proeminência de Magistrados em sua composição, conta também com todos os demais personagens de sistema de Justiça – Advogados e Membros do Ministério Público.

Tendo como uma das missões, no nosso entender a principal, desenvolver políticas judiciárias que promovam a qualificação e efetividade da jurisdição, que é prestada por mais de 17.000 Magistrados, quer da Justiça Comum, quer da Justiça Especializada, há de ser o CNJ uma instituição de excelência, apta a efetuar o planejamento estratégico, governança e gestão do Poder Judiciário, sempre sob o olhar do E. Supremo Tribunal Federal (STF), órgão máximo da estrutura do Poder Judiciário Pátrio. O Conselho se coloca, então, como o principal agente de promoção de políticas públicas para o Poder Judiciário.

Ao considerar o Poder Judiciário como o último refúgio de esperança para a busca da concretização dos direitos insculpidos na Constituição Federal de 1988, emerge de forma cristalina o universo de ações que podem e devem ser desenvolvidas pelo CNJ, pois cabe a ele, ante a vasta gama de demandas que congestionam os Tribunais, buscar soluções que acelerem a entrega da prestação jurisdicional, criando ferramentas aptas a auxiliar o Magistrado.

Como exemplo da atuação do CNJ no desenvolvimento de políticas públicas, é forte o envolvimento do Colegiado na questão carcerária, na rede de proteção à mulher, na busca da conciliação como instrumento pacificador de conflitos de forma célere, sem aprofundar o congestionamento do Sistema de Justiça, na judicialização das questões da saúde, na redução do tempo de duração dos processos que apuram prática de crime de homicídio, entre tantas outras ações.

No que diz respeito ao sistema de saúde, o envolvimento do CNJ neste tema vem desde 2009, quando constituiu grupo de trabalho (1) para elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas referentes às demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Em seguida, o CNJ promoveu a edição da Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010, para indicar aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (2).

Pouco tempo depois, e buscando uma atuação mais assertiva, o Conselho editou a Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. (3)

Importante destacar que a edição de tais atos se deu em decorrência da Audiência Pública nº 4, realizada pelo STF, em abril e maio de 2009, que ouviu 50 espe-

cialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do sistema único de saúde.

As manifestações registradas na referida Audiência Pública, além de oferecer subsídios para estudos por parte dos Ministros da Suprema Corte, estimularam os diversos órgãos e entidades da União, em especial o próprio Conselho Nacional de Justiça, a uma atuação mais efetiva em tema tão árido, pois envolve o bem maior de qualquer indivíduo, qual seja, a saúde e, por consequência, a vida.

Importante registrar que, desde a sua formação, o Fórum da Saúde do CNJ é composto por magistrados, uma vez que destinatários imediatos das políticas por ele desenvolvida, ouvindo, porém, a experiência de especialistas na área da saúde.

Nesse espírito, a participação do Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (Conass), por meio de seu representante, como membro titular, sempre se mostrou profícua, assim como a dos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A composição multifacetária do Fórum da Saúde, além de enriquecer as discussões sobre o tema, favoreceu a proposição e concretização de projetos.

Fruto desta interação, podemos destacar a proposição de normativos internos do próprio CNJ, como a Recomendação nº 36/2011, destinada aos processos relativos à Saúde Suplementar (4); Recomendação nº 43/2013, que estabeleceu diretrizes aos Tribunais com o fim de promover estudos para especialização de Varas; as Jornadas de Direito da Saúde, com a finalidade de discutir os problemas inerentes à judicialização da saúde, e que resultaram na aprovação de 68 enunciados interpretativos sobre o direito à saúde (5).

Mais recentemente, merece destaque a edição da Resolução n. 238/2016, que determinou a criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário – NATJUS, bem como, e de forma imperativa, a especialização de varas em todos os Tribunais. Outro avanço da referida Resolução foi o incremento da pluralidade dos atores institucionais que participam do Comitê Nacional. (6)

Tal avanço, em verdade, vem consolidar diretriz já traçada quando da renovação, em fevereiro de 2016, da composição do Comitê Nacional, por intermédio da Portaria n. 8, de 2 de fevereiro de 2016, quando ele passou a contar com membros titulares oriundos do Ministério Público e da Defensoria Pública, algo até então inédito, além de ex-secretários de estado e do município, portanto todos personagens conhecedores das agruras vivenciadas pelo usuário do sistema de saúde e pelo gestor público. (7)

E no curso das reuniões que se desenvolveram ao longo do primeiro semestre de 2016, foi possível elaborar um projeto, hoje já implantado, denominado E-NATJUS.

A grande questão, que aflige tanto o usuário do sistema e o gestor público, é a judicialização daquilo – fármaco, órtese, prótese e procedimentos – não incorporado

pelo SUS, alguns nem mesmo com pedido de registro na ANVISA. No entanto, são pleiteados, via demanda judicial, quase sempre pela via da cognição sumária, sem que o Magistrado tenha à mão informação científica sobre a pertinência do que está sendo pedido, considerando o quadro clínico alegado pelo paciente.

Ante tal quadro, que tem se revelado o mais preocupante, pois desloca recurso do orçamento da saúde para rubrica extraordinária, trazendo, por consequência, desequilíbrio nas contas de área tão sensível, buscou-se construir uma ferramenta que pudesse, com rapidez, suprir o Magistrado com informações técnicas aptas a embasar sua tomada de decisão em cada demanda. E essa informação será veiculada por meio de notas técnicas.

Firmou-se, então, em setembro de 2016, um Termo de Cooperação entre o Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde, com recursos do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), sendo o Hospital Sírio Libanês, de excelência, localizado na capital do estado de São Paulo, designado como parceiro essencial a essa cooperação. Iniciou-se, assim, a construção de um sistema, composto pelos Núcleos de Apoio Técnico de cada Tribunal (NATJUS) com a tutoria, quando necessário, de cinco Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde (REBRATS), regulamentados pela Portaria GM/MS n. 2.915/11 do Ministério da Saúde, selecionados pelos integrantes do Comitê Nacional, criando-se, então, um banco de dados nacional de notas técnicas, com acesso por todos os Magistrados. (8)

O projeto foi desenvolvido tendo como premissas:

- i. descentralizar a elaboração de notas técnicas (NTs) e pareceres técnico-científicos (PTCs) por Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) para atender os Tribunais de Justiça e os Tribunais Regionais Federais e disseminá-los em forma de um banco de dados;
- ii. Evitar o conflito de opiniões entre diferentes NAT-JUS, estabelecendo uma ferramenta para sistematizar as NTs e PTCs antes de disponibilizá-los para consultas externas por outros Tribunais;
- iii. dispor de uma fonte de dados que possa demonstrar quantitativamente e qualitativamente as ações judiciais relativas a medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais (OPME);
- iv. evitar a incorporação acrítica, prestigiando o que determina a Lei 12.401/2011 e os decretos 7.646/2011 e 7.508/2011, de forma que as demandas por novas tecnologias – procedimento, medicamento, insumo ou produto para a saúde – deverão ser encaminhadas para a avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC);
- v. incentivar os mecanismos de conciliação envolvendo gestores do sistema de saúde e partes nas questões relacionadas à gestão e infraestrutura.

O referido banco é administrado pelo CNJ, com auxílio do núcleo de informática do E. Tribunal Regional Federal da 4ª Região, e que terá, também, em sua base de dados, pareceres técnicos de temas complexos e recorrentes nas demandas ajuizadas, conforme orientação dos Comitês Estaduais, tendo em vista a realidade vivenciada em cada uma das regiões do país.

Vale registrar que tal projeto, inspirado pelo paradigma científico da medicina baseada em evidências, está orientado à racionalização do uso dos recursos orçamentários e da oferta dos serviços de saúde.

O projeto foi efetivamente inaugurado em 21 de novembro de 2017, e se encontra em fase inicial, e contará, também, com um curso de capacitação, ministrado sob a coordenação do Hospital Sírio Libanês (HSL), para todos os núcleos técnicos dos Tribunais, bem como para os Magistrados interessados, tudo procurando atualizar o corpo técnico do Judiciário com as melhores práticas para construção de notas técnicas que forneçam suporte à avaliação das demandas judiciais.

Considerando os diferentes estágios de atuação e diversos graus de conhecimento dos profissionais atuantes nos NAT-JUS sobre a temática da Avaliação em Tecnologias de Saúde (ATS), a referida capacitação usará estratégias de aprendizagem em problemas sobre a avaliação da evidência, e formação com metodologia de ensino a distância, com tutoria de profissionais especialistas.

Durante o referido curso, serão abordados os seguintes temas: Política e Gestão de Sistemas Públicos de Saúde, Bases de Dados e Sistemas de Informações do SUS, Métodos em Avaliação em Tecnologias de Saúde, Custos e Preços na Saúde, Economia da Saúde, Incorporação de Tecnologias no Brasil.

A iniciativa conta, ainda, com a disponibilização, para cada Comitê, de assinatura de biblioteca internacional especializada em estudos de novas tecnologias na área da saúde.

Um outro trabalho de suma importância realizado pelo Comitê Nacional do Fórum da Saúde é o de conscientização, junto à administração superior de cada um dos Tribunais de Justiça e Tribunais Regionais Federais, da importância de se fortalecerem as estruturas dos Comitês Estaduais e dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário – NAT-JUS, nos moldes propugnados pela Resolução 238 (6).

É o Comitê Estadual o espaço adequado para a interlocução de todos os agentes envolvidos na questão da judicialização da saúde, buscando solução das questões afetas à saúde estruturante, aquela que deve ser prestada pelo SUS, pois refere-se ao que está incorporado no Sistema Público, mas não é oferecido de forma adequada e cidadã. Enfim, conhecer e disseminar as práticas de resolução extrajudicial dos conflitos, de forma a estimular a adoção de inovações institucionais, pela via consensual entre o usuário e o poder público, observadas as peculiaridades dos contextos locais.

Anote-se, por relevante, que em dezembro de 2017, sempre com a intenção de conhecer as preocupações que angustiam a sociedade civil, o CNJ realizou audiência

pública, quando foi possível ouvir usuários do sistema, gestores públicos, magistrados, advogados, inclusive representantes dos laboratórios de medicamentos, tudo com a intenção de subsidiar novas ações no âmbito do Sistema de Justiça, que tem o CNJ como o grande maestro na construção e desenvolvimento de políticas públicas em prol de um Poder Judiciário cada vez mais conectado com a busca da consagração dos direitos sociais insculpidos na Carta Magna de 1988.

Vivemos um momento de escassez de recursos orçamentários, seja no Poder Judiciário, seja nos demais poderes da República e essa situação nos força, como agentes públicos, a buscar soluções que possam priorizar os serviços mais necessários à população, dentre os quais se destaca o da saúde.

Na questão da saúde, as novas tecnologias se expandem em velocidade superpessoal. Todos os dias as pesquisas científicas nos trazem novos medicamentos e procedimentos. Por isso, quanto mais ferramentas dispuser o magistrado para auxiliá-lo na análise dos pedidos que lhe são ofertados, mais próximo do ideal de Justiça será a decisão. A justiça em prol do paciente que busca a cura ou melhor qualidade de vida, bem como a justiça no trato do orçamento público, pois a saúde é um direito individual, e os Tribunais Superiores assim já decidiram, também é um direito coletivo. Portanto, a questão orçamentária há de ser cuidada em prol do conjunto dos usuários do sistema.

Nesse contexto, o fórum do CNJ quer contribuir com a construção de critérios que orientem o exercício da atividade jurisdicional para evitar que a legítima intenção de concretizar o direito dos cidadãos à saúde acarrete a desestruturação do sistema, público ou mesmo privado.

Tais critérios devem, portanto, auxiliar juízes a identificar e acolher demandas legítimas e a rejeitar demandas abusivas. Dessa forma, pode-se melhor aproveitar o potencial do direito para proporcionar acesso efetivo do cidadão aos serviços de saúde de qualidade, ao mesmo tempo em que se estimula o sistema de saúde a corrigir omissões e atualizar políticas públicas.

Defendemos que a judicialização da saúde não é um mal que deve ser combatido, mas deve ser qualificada. A preocupação do Fórum está no combate à “má judicialização”, aquela que objetiva o ganho fácil, a atuação de cartéis, e até o envolvimento de profissionais criminosos, que muitas das vezes se utilizam do Judiciário para ludibriar os cidadãos mais fragilizados.

Dados do Ministério da Saúde mostram que foram gastos, no ano de 2017, mais de R\$ 7 bilhões, em todo o Brasil, com a judicialização da saúde (9). Sabemos que o orçamento é finito, portanto, há de ser gasto de forma criteriosa. Assim, a possibilidade do Magistrado, ao se deparar com um pedido que busca nova tecnologia ainda não incorporada no Sistema Único de Saúde, buscar, de forma sistematizada, informação técnica e confiável para orientar sua decisão, sem dúvida, representará um avanço em prol do bem comum.

A sociedade brasileira nunca se preocupou com a eficiência, mas hoje, ou se é mais eficiente ou não tem saída. Tem um conjunto de arranjos possíveis que temos que discutir para a melhoria do sistema de saúde, e um deles é, certamente, a intervenção do Judiciário na área da saúde.

A promessa do SUS, da forma que tem sido compreendida até aqui – tudo para todos, parece de difícil concretização política e econômica. Ninguém conseguiu fazer isso. Nem Inglaterra, nem Canadá, ninguém promete tudo de graça para todos. Isso passa pela discussão do papel relativo do setor privado e sua interlocução com o SUS. Não há recursos suficientes para dar conta de 200 milhões de pessoas. Infelizmente, a ideia de um país com a abundância oferecida à sociedade norte-americana (embora nem todos se beneficiem!), com direitos do povo da Suécia, é algo que não se aplica ao nosso país, sendo mesmo inatingível, ao menos no médio prazo.

Apesar da promessa não cumprida, o SUS é um sucesso estrondoso. Sem ele, estaríamos numa situação de barbárie social, em que cada um teria a saúde que pudesse pagar no mercado. Os demais países olham o Brasil como a experiência mais interessante das últimas décadas. A melhora nos indicadores de saúde é impressionante: expectativa de vida ao nascer, mortalidade infantil, controle de doenças infectocontagiosas, redução da mortalidade de doenças crônicas. Na atenção à saúde individual, os resultados são heterogêneos. Houve avanços importantes, como o Programa Nacional de Imunização e o Programa de Transplantes.

Embora com o constrangimento orçamentário já conhecido, uma vez que a maior parte do dinheiro para o financiamento do sistema é oriundo do capital privado, o fato é que o SUS representou um avanço. E cabe ao Poder Judiciário ajudar na melhoria do Sistema, contribuindo para sua estruturação. E isto é possível por meio da “boa judicialização”, aquela que delibera de forma qualificada, procurando cuidar do usuário, mas também em preservar o orçamento, já tão insuficiente para o tamanho das necessidades.

E com esse relato buscamos apresentar o Fórum da Saúde do CNJ, os fatos que inspiraram a sua criação, os projetos e políticas realizados e em andamento, bem como a realidade que motiva os trabalhos futuros.

Por fim, cabe o agradecimento a todos aqueles que dedicaram energia e tempo precioso ao Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça desde a sua criação até os dias atuais, seja no Comitê Executivo Nacional ou nos Comitês Estaduais. Inspirados no brilhantismo destes profissionais, é que buscamos aprimorar e desenvolver políticas públicas voltadas ao judiciário e a um país mais cidadão.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Portaria n. 650, de 20 de novembro de 2009. Cria grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas

para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. [internet]; [acesso em 22 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=496>.

2. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Recomendação n. 31, de 31 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. [internet]; [acesso em 22 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=877>.

3. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Resolução n. 107, de 6 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. [internet]; [acesso em 22 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=173>.

4. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Recomendação n. 36, de 12 de julho de 2011. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde suplementar. [internet]; [acesso em 22 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1227>.

5. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Recomendação n. 43, de 20 de agosto de 2013. Recomenda aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais que promovam a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar. [internet]; [acesso em 22 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=1823>.

6. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Resolução n. 238, de 6 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. [internet]; [acesso em 22 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>.

7. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Portaria n. 8 de 2 de fevereiro de 2016. Cria o Comitê Organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. [internet]; [acesso em 22 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/07/7416acb59c746525fd9f278a5d7719b9.pdf>.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.915, de 12 De Dezembro de 2011. Institui a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). [internet]; [acesso em 22 fev 2018]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2915_12_12_2011.html.

Utilização das Notas Técnicas nos Processos Judiciais do Estado de Minas Gerais

Daniela de Cássia Domingues¹
Mariana Michel Barbosa²



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/TZQT48>

RESUMO

O abrigo às necessidades individuais dado pelo Poder Judiciário, baseado no parecer de um médico, colide com as necessidades coletivas envolvidas pelas políticas públicas de saúde, de acordo com critérios que proporcionam a escolha da melhor oferta terapêutica exequível financeiramente. Para conter o deferimento das demandas judiciais, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais entendeu a necessidade da elaboração de notas técnicas para embasar a defesa do Executivo. A partir de estudo quantitativo, transversal de avaliação dos processos judiciais de 2015, de Minas Gerais, de autoras gestantes/representantes que solicitaram o medicamento enoxaparina, foi identificado um total de 168 processos judiciais. Dentre esses, 125 (74,4%) foram analisados, pois diziam respeito a gestantes que estavam sob a jurisdição da Justiça Estadual de primeira instância. Em todas as decisões que foram analisadas, houve o deferimento da antecipação de tutela. Em sete (5,8%), foram mencionadas informações técnicas acerca de evidência científica e/ou indicando alternativa terapêutica ao medicamento requerido. No mesmo universo, 37 sentenças foram proferidas no ano de 2015. Das sentenças julgadas procedentes, 13 (56%) mencionaram notas técnicas com a demonstração de evidência científica e/ou indicação de alternativa terapêutica. Somente em dois processos, a informação ou a nota técnica apresentada na defesa do Estado teve força para modificar o pedido do autor feito na petição inicial. Os interesses coletivos estão sendo constantemente abafados pelos individuais, por não ser apreciada de forma meticulosa a manifestação técnica, embasada em evidência científica e baseada nos protocolos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Nota Técnica. Tutela Antecipada. Sentença.

¹ Advogada. Coordenadora Técnica Jurídica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2018). E-mail para contato: daniela.domingues@saude.mg.gov.br

² CV disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4467569J0>. Centro Colaborador Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail para contato: marianamichelbarbosa@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O acesso a prestações de saúde no Brasil pela via judicial cresce exponencialmente, obrigando, coercitivamente, o Estado a fornecer medicamentos e serviços de saúde. O abrigo às necessidades individuais dos cidadãos, dado pelo Poder Judiciário, baseado no parecer de um médico assistente, colide com as necessidades coletivas abarcadas pelas políticas públicas de saúde formatadas para atender toda a população, de acordo com critérios que proporcionam a escolha da melhor oferta terapêutica exequível financeiramente. Neste sentido, o Judiciário exorbita de suas funções e interfere no planejamento e execução das ações de saúde para a coletividade. Assim, verifica-se interferência do Poder Judiciário no Poder Executivo, apesar dos Poderes serem independentes e harmônicos entre si. Vale ressaltar que os gastos com as determinações judiciais individuais são muito altos, podendo interferir no orçamento de determinados programas assistenciais.

É inviável ao Estado garantir o acesso a toda e qualquer prestação de saúde. O Estado tem recursos finitos que precisam ser distribuídos entre várias demandas, segundo critérios de prioridade e razoabilidade. (1)

Carvalho leciona:

Se a Administração Pública é responsável pela administração dos gastos e pela eficácia máxima possível das políticas públicas (e não cabe qualquer discussão a esse propósito), o Judiciário, por sua vez, não deve viabilizar seja tecida uma confusa teia gerencial, apta a comprometer o próprio equilíbrio social. É incompatível com o *status* constitucional da função lhe atribuída o lugar de simples platéia, refém de um subliminar embate político e privado. Não podem as instituições públicas ser transformadas em vítimas de não rara manipulação voltada exclusivamente aos interesses públicos primários. (1)

A fim de incentivar as discussões em torno de uma melhor evidência científica nos casos concretos e conter o deferimento sem critério das demandas judiciais na área da saúde, principalmente as que concedem um direito individualmente, e também evitar ou diminuir os gastos indevidos com a judicialização da saúde, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) lançou mão da elaboração de notas técnicas para embasar a defesa do Executivo, por meio da Advocacia Geral do Estado (AGE). Esta estratégia foi iniciada no ano de 2006, no qual se percebeu o começo desta atividade de forma tímida, pois o volume das determinações judiciais contra o Estado era em pequena quantidade. Vale ressaltar que essa medida também buscou garantir o acesso ao preconizado nas políticas públicas de saúde, com fulcro no princípio da equidade e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a viabilização da elaboração das notas técnicas, a SES/MG contava, em 2015, com profissionais farmacêutico, médico e nutricionista.

O direito à ampla defesa está previsto na Constituição Federal de 1988 (2), no seu artigo 5º, inciso LV: “aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes”.

Assim, cabe ao Estado, por meio da AGE, alegar na contestação toda matéria de defesa, expondo as razões de fato e de direito, com que impugna o pedido do autor, a fim de convencer o Juiz que a razão lhe existe. Com intuito de auxiliar a AGE, a SES/MG emite uma nota técnica quando é identificada a necessidade de uma fundamentação formal ou uma informação específica para embasar as decisões.

Após a apresentação da petição inicial e da contestação, cabe ao Juiz julgar fundamentando a sua decisão judicial. O dever de fundamentar as decisões judiciais é previsto no inciso IX do artigo 93 da Constituição Federal (CF/88) (2). Na fundamentação, apreciam-se os pontos e questões (de fato e de direito, de ordem processual e material) indispensáveis ao julgamento do caso. Não é permitido que os julgadores fundamentem de qualquer modo, aleatoriamente, de forma desconectada da discussão engendrada pelas partes. Na fundamentação, deve-se expor de forma clara e coerente as razões que lhe formaram o convencimento, de modo a permitir a perfeita compreensão da conclusão posta na parte dispositiva da sentença.

2. ALTERNATIVAS MEDICAMENTOSAS

2.1. HEPARINAS

As heparinas se ligam a antitrombina alterando sua forma e aumentando sua interação com fatores de coagulação e protrombina. As heparinas dividem-se em não fracionadas (HNF) e fracionadas ou de baixo peso molecular (HBPM). Tanto a HNF como a HBPM são prescritas para tromboprofilaxia durante a gravidez (3-5).

2.2. ENOXAPARINA

O fármaco enoxaparina sódica, uma heparina de baixo peso molecular, possui ação anticoagulante e foi registrado pela primeira vez pela empresa Sanofi-Aventis Farmacêutica LTDA, no ano 2000, com o nome comercial Clexane®, através do número de registro 113000276. (6)

A bula da enoxaparina não possui indicação para o uso em mulheres gestantes e apresenta categoria de risco C na gravidez, ou seja, não apresenta evidências de segurança do uso nem em animais e nem em mulheres grávidas. O uso *off-label* da enoxaparina para profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV) em gestantes, entretanto, já estava consolidado na prática médica, e representava um grande impacto financeiro para os Entes (7). Portanto, o medicamento não era fornecido pelo SUS nos programas de Assistência Farmacêutica em Minas Gerais no ano de 2015, período avaliado neste trabalho.

2.3. DALTEPARINA

A dalteparina, também uma HBPM, é comercializada no Brasil unicamente pelo nome Fragmin[®], registrada na ANVISA sob o número 121100348. (8)

A dalteparina sódica foi incluída na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), de 2008 e 2010, com a justificativa de não haver provas de diferenças entre as HBPM quanto à eficácia e segurança e, no caso brasileiro, o custo do tratamento ser maior para a enoxaparina sódica e a nadroparina cálcica. (9)

Considerando critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando a assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas e direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas (10), a dalteparina sódica também foi incluída na Relação de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pela Deliberação CIB SUS/MG N. 2.164/2015, podendo ser dispensada em todas as unidades de saúde de Minas Gerais no ano de 2015 (11).

3. COMPARAÇÃO DE EFICÁCIA ENTRE DALTEPARINA E ENOXAPARINA NA PREVENÇÃO DE EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EM GESTANTES

A principal referência nacional para o manejo de gestantes com trombofilias no país corresponde ao Manual Técnico para Gestação de Alto Risco, publicado pelo Ministério da Saúde em 2012 (12). O referido manual recomenda a profilaxia e o esquema terapêutico com heparinas de baixo peso molecular, dentre elas: enoxaparina 40mg/dia ou 5.000 UI por dia de dalteparina.

Segundo Parecer Técnico Científico feito pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP), os estudos que comparam enoxaparina sódica e dalteparina sódica não identificaram diferenças significantes entre elas quanto à efetividade na trombopprofilaxia e nem quanto à segurança. E considerando que as HBPM são semelhantes quanto à eficácia e eventos adversos, o documento recomendava a preferência por dalteparina, por estar incluída na RENAME e disponível em todas as unidades de saúde do município (13).

4. MÉTODOS

Trata-se de estudo quantitativo, transversal de avaliação dos processos judiciais do estado de Minas Gerais, cujas ações datam do ano de 2015, de autoras gestantes ou seus representantes que solicitaram o medicamento enoxaparina.

O ano de 2015 foi adotado porque o medicamento enoxaparina não era incorporado pelo SUS e estava sendo, ao longo dos anos anteriores, demandado judicialmen-

te, apesar de existir uma alternativa terapêutica no SUS com comprovação científica de eficácia e segurança, podendo ser dispensada em todas as unidades de saúde de Minas Gerais no ano mencionado porque foi incluída na Relação de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica por meio de Deliberação CIB SUS/MG N. 2.164/2015. (11)

Como fonte de dados, foi utilizada planilha de Excel do banco de dados do Núcleo de Atendimento à Judicialização da Saúde (NAJS/SES-MG), onde consta o planejamento de consumo/controle de medicamento, ou seja, de atendimento aos beneficiários da ação judicial. Foram selecionados, nessa planilha, todos processos judiciais cujo objeto era o fornecimento de enoxaparina no ano de 2015, além dos beneficiários da ação e a Unidade Regional de Saúde.

Extraíram-se, da planilha, 171 processos judiciais, cujo objeto da ação era o fornecimento do medicamento enoxaparina. Deste universo, 138 diziam respeito a gestantes, escopo do estudo. Cabe ressaltar que, no refinamento dos processos, foram excluídos os mandados de segurança e os processos de competência da Justiça Federal, num total de 13, uma vez que o intento era o exame dos julgados da Justiça Estadual em primeira instância, por ser o maior volume de processos registrados no NAJS, totalizando, assim, 125 processos a serem averiguados.

A unidade de análise foi a demanda judicial individual, identificada pelo número do processo judicial ou pelo nome do demandante. Assim, foi pesquisado, no sítio do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), o andamento processual.

Também foi utilizado, para o estudo, o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF), módulo Judicialização, quando não eram encontrados os dados necessários no sítio mencionado acima.

A coleta das informações tomou como base as tutelas antecipadas e as sentenças do total de 125 processos.

Com efeito, apresentados todos os resultados, analisou-se o inteiro teor das decisões e sentenças para a verificação da sua pertinência à pesquisa.

A escolha de fazer análise até o pronunciamento das sentenças levou em consideração que o momento mais oportuno para a discussão de evidências científicas e alternativas terapêuticas é quando o réu tem a oportunidade de apresentar sua defesa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados um total de 171 processos judiciais, cujo objeto da ação era o fornecimento do medicamento enoxaparina. Dentre esses, 125 foram analisados, pois diziam respeito a gestantes e estavam sob a jurisdição da Justiça Estadual de primeira instância, escopo do estudo.

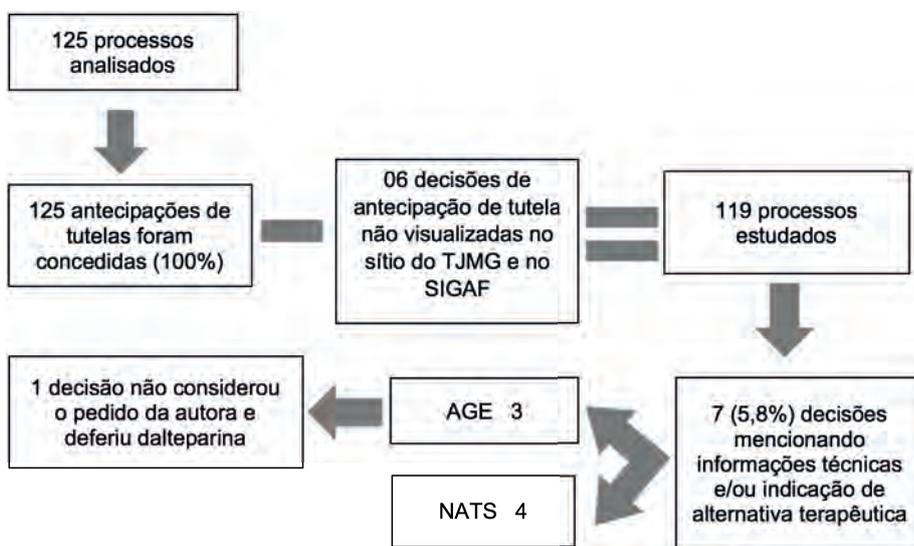
Quanto ao polo passivo da ação ou número de réus, houve um único réu em 42% das ações (Estado), dois em 58% (Estado e Município).

O território do Estado, para a administração da justiça, em primeira instância, divide-se em comarcas. São 296 comarcas instaladas em todo o Estado. Dessas, apenas 64 (21,6%) originaram ações judiciais requerendo o medicamento enoxaparina. Destacam-se quatro comarcas que tiveram um volume maior de processos: Belo Horizonte com 12, Varginha com 10, Patos de Minas com nove e Coronel Fabriciano com seis.

Apesar dos processos estarem pulverizados entre comarcas, observa-se maior concentração em algumas, demonstrando um dos pontos negativos do fenômeno judicialização, por ser predominantemente utilizado pelas parcelas da população com melhores condições socioeconômicas, uma vez que essas apresentam maior acesso às informações, acabam acirrando desigualdades e gerando distorções na política pública de saúde, que em tese é universal e equânime. (14)

Dos 125 processos estudados, em todas as decisões que foram analisadas, houve o deferimento da antecipação de tutela. Apenas 119 foram consideradas no estudo, pois apenas nessas foi possível ver o seu conteúdo na íntegra. Sendo que em apenas 07 (sete) (5,8%), foram mencionadas informações técnicas acerca de evidência científica e/ou indicada alternativa terapêutica ao medicamento requerido. Em 03 (três) processos, a indicação de alternativa terapêutica foi apresentada pela AGE na defesa do Estado. Nos demais casos, os juízes tiveram acesso à nota técnica do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde – NATS. Em apenas um caso, a manifestação da AGE “jogou por terra” o pedido da parte, foi requerida a enoxaparina, e o juiz concedeu a dalteparina (Figura 1).

Figura 1: Resultado da pesquisa em relação às decisões de tutela antecipada.

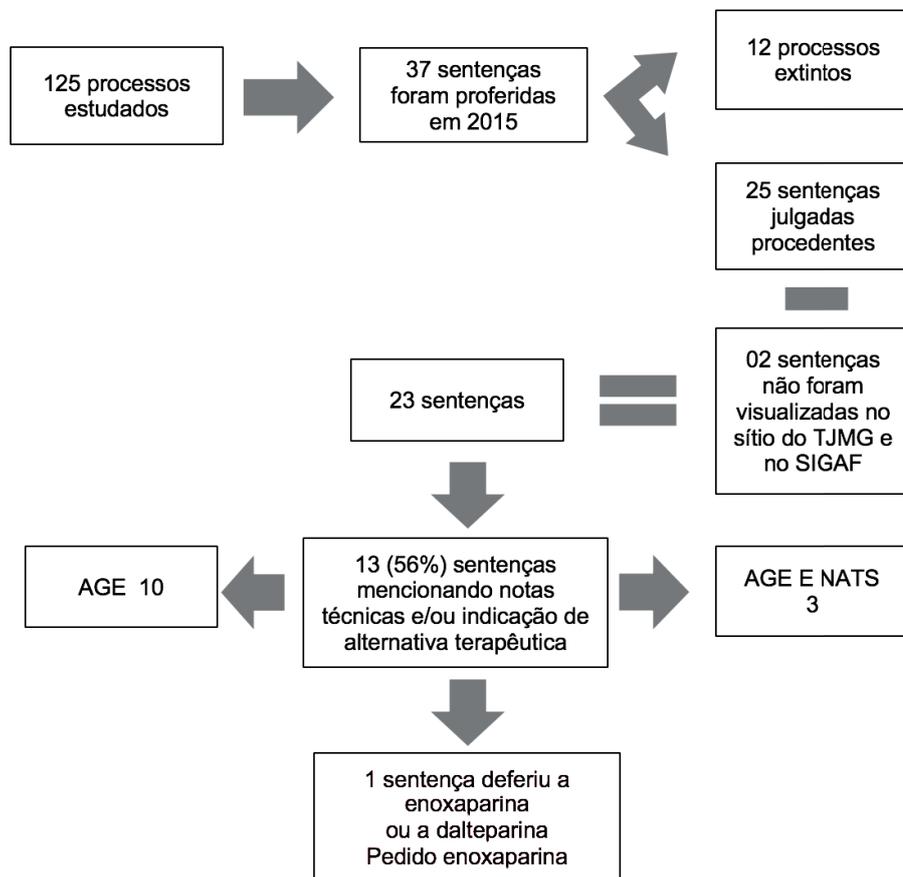


Fonte: Elaborada pelos autores.

No universo de 125 processos estudados, 37 sentenças foram proferidas no ano de 2015. Dentre as proferidas, 25 foram julgadas procedentes e 12 processos foram extintos (Figura 2).

Vale ressaltar que 23 sentenças julgadas procedentes foram analisadas, uma vez que duas não foram visualizadas na íntegra. Em 13 (56%), foram mencionadas notas técnicas com a demonstração de evidência científica e/ou indicação de alternativa terapêutica ao medicamento requerido. Em todas essas, foram feitas menções a notas técnicas apresentadas pela AGE, sendo que, em uma sentença, foi deferida alternativamente enoxaparina ou dalteparina, e o pedido era exclusivamente de enoxaparina (Figura 2).

Figura 2: Resultado da pesquisa em relação às sentenças.

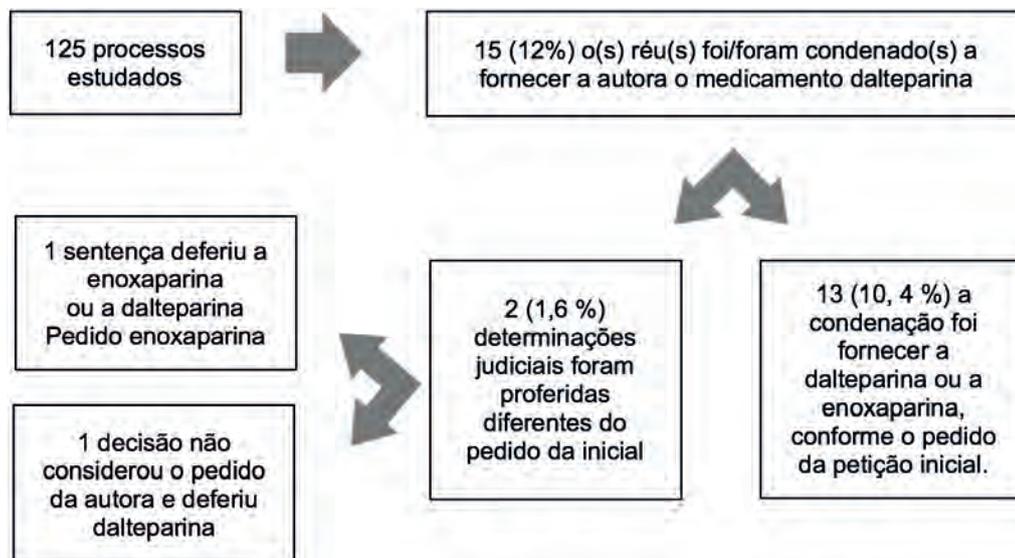


Fonte: Elaborada pelos autores.

Dos 125 processos, considerando tanto a tutela antecipada quanto a sentença proferida em 2015, um total de 15 (12%), o(s) réu(s) foi/foram condenado(s) a fornecer à autora o medicamento dalteparina, sendo que em 13 (10,4%), a condenação foi fornecer a dalteparina ou a enoxaparina, conforme o pedido da petição inicial. Nesses casos, a informação ou a nota técnica, quando mencionadas, só corroboraram a alternativa terapêutica prescrita pelo médico. Somente em dois processos, a informação ou a nota técnica apresentada na defesa do Estado teve força para modificar o pedido do

autor feito na petição inicial. Em um dos processos, o pedido era enoxaparina, e os réus foram condenados a fornecer a dalteparina. Em outro, o pedido era enoxaparina, e os réus foram condenados a fornecer a enoxaparina ou dalteparina (Figura 3).

Figura 3: Resultado da pesquisa em relação ao fornecimento do medicamento dalteparina.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Na maioria das decisões e sentenças analisadas, os Juízes se basearam em decidir acobertados pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (2) e pela Lei n. 8.080 de 1990 (15). Na minoria das vezes, foram mencionados temas como medicina baseada em evidências, protocolos clínicos, diretrizes e alternativas terapêuticas.

Percebe-se a utilização de decisões padronizadas, sem demonstração de conhecimento de políticas públicas, afastando-se dos princípios norteadores do Direito, quais sejam, o contraditório, a ampla defesa, o devido processo legal, em que é premente a fundamentação substancial das decisões.

Em relação ao princípio do contraditório, este estudo demonstrou que poucas vezes (dezesseis) foi citada a nota técnica apresentada pela defesa.

A defesa do Estado não se atrela somente em tentar desconstituir a legitimidade da causa, demonstrar falta de interesse de agir, demonstrar a segmentação do SUS, ela apresenta uma alternativa terapêutica baseada em evidência científica.

A excessiva judicialização da saúde tem-nos feito abrir os olhos para o modo como os juízes estão julgando as ações. É bem verdade que o crescimento da judicialização é consequência também da falta de políticas públicas em determinadas áreas, ou até mesmo da má prestação de serviços públicos, e do subfinanciamento. Porém, a tendência assumida por grande parte dos juízes é presumir que o Estado falhou em todas as demandas de saúde. (16)

Então, percebe-se que, na maioria das vezes, os julgadores não têm tido um posicionamento imparcial. A imparcialidade, além de ser um princípio processual, é pressuposto de validade do processo. É dever do Estado-Juiz decidir com imparcialidade e direito-garantia das partes. Só que, na maioria das vezes, o tema saúde sensibiliza os julgadores na tomada de decisões.

Neste sentido, Clênio Schulze diz:

Parece que há receio de negar um pedido sobre direito à saúde. Existe uma espécie de auto-pressão que os magistrados fazem sobre si para encontrar uma razão para julgar procedente o pedido em processos sobre direito à saúde. A decisão é carregada de emoção e destituída de razão e de tecnicismo (especialmente de critérios adequados sobre a eficiência, a acurácia e o custo-benefício do tratamento). (17)

Melo (14) expõe que “nessas demandas predomina uma interpretação que privilegia a lógica dos interesses subjetivos e do interesse particular, não obstante o impacto das decisões judiciais sobre a política pública de saúde”.

Ficou claro na pesquisa que, em pouquíssimas vezes, para a concessão da tutela antecipada, os juízes lançaram mão das informações ou notas técnicas. Na maioria das vezes, só deram valor para o relatório médico apresentado pela parte autora. É o viés emocional imprimido nos julgamentos, que muitas vezes os cega, abafando o princípio do contraditório e da ampla defesa. O juiz não pode ficar refém da caneta do médico. Sem deixar de falar que os prescritores são alvos do *marketing* da indústria farmacêutica.

Esta preocupação já rondava a médica Maria Inez Gadelha, quando ela disse que a inquestionabilidade da prescrição médica coloca o poder médico acima do Judiciário (18).

É sempre suscetível de refutação o argumento jurídico de que cabe ao médico assistente do paciente definir o tratamento adequado para a cura e controle da doença (16). Estas alegações estiveram presentes em muitos julgados analisados.

Conforme já dito, dos 125 processos estudados, em todos, houve deferimento da antecipação de tutela, sendo que, em 68%, o medicamento enoxaparina foi concedido, e somente 0,8% consentiram a dalteparina.

Já nas 23 sentenças proferidas analisadas, 43,4% foram condenados ao fornecimento de enoxaparina e 26%, de enoxaparina ou dalteparina.

Estranhou-se, no avanço deste estudo, o fato de nenhum médico ter prescrito somente a dalteranina oferecida pelo SUS aos seus usuários. Em alguns casos prescreveram, mas sempre como alternativa da enoxaparina. Seria por desconhecimento dos protocolos públicos ou da literatura médica? Ou porque são seduzidos pela indústria farmacêutica? Esses questionamentos precisam ser debatidos.

Nesta direção, asseverou Campos Neto (19) *et al*: “novos medicamentos são frequentemente lançados no mercado com preços superiores às farmacoterapias existentes sem agregar benefícios terapêuticos aos pacientes”.

O Poder Judiciário introduz ao mercado dos medicamentos não padronizados no SUS, não balizados por protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. (19)

Diante do volume de judicialização pelo medicamento enoxaparina, que não era padronizado no SUS e que vinha causando muitos dispêndios aos cofres dos Entes Públicos, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC) promoveu, em 2017, a Consulta Pública n. 59, com a proposta de incorporação da enoxaparina para o tratamento do tromboembolismo venoso, que, por fim, foi incorporado pelo SUS. (7)

No Enunciado n. 59, o Conselho Nacional de Justiça (20) diz que “as demandas por procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais especiais, fora das listas oficiais, devem estar fundadas na Medicina Baseada em Evidências”. Dessa forma, demonstrou-se a necessidade de se observar a medicina baseada em evidência na seara da judicialização da saúde.

É preciso um julgamento técnico, robusto de informações da temática, para se alcançar a racionalização da judicialização da saúde.

Como a matéria de Direito Sanitário é muito complexa, tem sido cada vez mais recomendado o assessoramento técnico dos juízes. Assim, o CNJ, em março de 2010, lançou a Recomendação n. 31, em que motiva “a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”. (21)

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais colocou à disposição do Poder Judiciário um grupo de conceituados pareceristas (farmacêuticos, médicos e nutricionista) para elaboração de informações técnicas. Este contato é feito, até hoje, por meio de um e-mail específico, com prazo curto para resposta, uma vez que serve para contribuir com os magistrados na sua tomada de decisão, nos casos de tutelas de urgências.

Paralelo a isso, os operadores do SUS perceberam a necessidade de sistematizar as condições para proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Assim, surgiu a Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011, inserindo diversos pontos na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (15). Esta legislação fortaleceu a discussão da Medicina Baseada em Evidências (MBE).

Como bem esclarece Simões:

A judicialização da saúde no Brasil, dentre todas as suas consequências, conseguiu trazer o tema do efetivo cumprimento do direito fundamental à saúde para o centro do debate nas instituições gestoras das políticas públicas de saúde. Adicionalmente, a judicialização exigiu ainda respostas imediatas frente às demandas que se apresentam em um volume cada vez mais crescente [...].(22)

Na MBE, os níveis de evidência para tratamento e prevenção são hierarquizados de acordo com o grau de confiança dos estudos, que está relacionado à qualidade metodológica dos mesmos. A opinião do especialista sem avaliação crítica explícita é o mais baixo nível de evidência científica.

Seguindo o preconizado na Primeira Jornada de Saúde do CNJ, o Comitê Executivo Estadual de Saúde de Minas Gerais aprovou, em dezembro de 2014, o Enunciado n. 3, recomendando que “as tutelas de urgência sobre saúde sejam precedidas de notas de evidência científica emitidas por núcleo de assessoramento técnico em saúde.”

Por fim, com todo este arcabouço de enunciados, recomendações, legislação, a maioria dos juízes do Estado de Minas Gerais não levou em conta quando das decisões. Não foi possível mensurar se esse fato se deu pelo volume de demandas ou se pela compreensão de que o Poder Público deve dar “tudo para todos”, independentemente das garantias das políticas públicas coletivas e das limitações financeiras. A observância do preconizado poderia ensejar em muitos julgamentos diferentes, em especial com a utilização das diretrizes terapêuticas e dos protocolos do SUS, que são criados para conferir o cuidado com eficácia e eficiência.

Este estudo teve como limitação a obtenção de alguns dados que não puderam ser visualizados, tanto no sítio do TJMG, quanto no SIGAF. Além do volume pequeno de sentenças proferidas no ano de 2015. Também não se soube precisar se a AGE apresentou, em todas as defesas, as notas técnicas do Estado e/ou se os juízes não citaram a nota técnica apresentada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda é muito grande o número de decisões para o fornecimento de medicamentos que não estão padronizados no SUS, muito embora a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais se esforce para manter um banco de notas técnicas atualizadas à disposição da AGE para auxílio na defesa do Estado.

A não apreciação cuidadosa da manifestação técnica, embasada em evidência científica e baseada nos protocolos do SUS, tem priorizado os interesses subjetivos e particulares em detrimento ao coletivo, desconsiderando, assim, o impacto das determinações judiciais sobre a política pública de saúde. Além disso, cria um colapso no sistema, pois a judicialização tem custado caro aos Entes Federados, que se veem obrigados a empregar recursos em tratamentos que muitas vezes não seguem as diretrizes do SUS.

Tem que se admitir que a judicialização é necessária quando o Estado não faz seu papel por má gestão, mas desde que seja com foco no coletivo.

É preciso responsabilizar pela judicialização, os autores das ações, que muitas vezes não procuram o sistema público ou o fazem tardiamente, os médicos com a não observância dos protocolos do SUS e a indústria farmacêutica com sua busca incessante por lucros.

Apesar dos avanços notados com as discussões incessantes, quer seja em palestras, no Comitê Executivo Estadual de Saúde, no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), na CONITEC, ainda tem muito trabalho pela frente.

O direito à saúde é um tema de responsabilidade social que atinge todos os Poderes instituídos pela Constituição Federal, e principalmente, os envolvidos no processo: autores/médicos, réus e juízes.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho RM. Controle jurisdicional dos atos políticos e administrativos na saúde pública. In Fortini C, Esteves JC, Dias MT. Organizadores. Políticas públicas: possibilidade e limites. Belo Horizonte: Fórum; 2008. p.293-343.
2. Brasil. Constituição. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988. 292 p.
3. Câmara Técnica Nacional de Medicina Baseada em Evidências do Sistema-UNIMED. Parecer: enoxaparina sódica versus dalteparina. Dezembro de 2009. [internet]; [acesso em 11 out 2017]. Disponível em http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=53023&cd_secao=53006&cd_materia=309918.
4. Gibson SP, Powrie R. Anticoagulants and pregnancy: when are they safe? Cleveland Clinic Journal Medicine, Lyndhurst, 2009. [internet]; [acesso em 11 out 2017]. Disponível em <http://www.ccjm.org/content/76/2/113.full.pdf>.
5. Wannmacher L. Heparinas de baixo peso molecular: evidências que fundamentam indicações. In: Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. 2007;4(2):6. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n2_heparinas.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário Eletrônico. [internet]; [acesso em 15 out 2017]. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=4595782017&pIdAnexo=5453205.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Proposta de incorporação da enoxaparina para o tratamento do tromboembolismo venoso. Relatório Técnico. Brasília-DF; 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Registro de medicamentos. [internet]; [acesso em 11 out 2017]. Disponível em <https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/25351097788201701/?nomeProduto=fragmin>.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Instruções Técnicas Para Sua Organização. 2 ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília – DF; 2006.
11. Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG n 2.164, de 19 de agosto de 2015. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG. [internet]; [acesso em 15 out 2017]. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg/documents?by_year=0&by_month=&by_format=&category_id=69&ordering=&q=2164.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
13. Toma TS, Bersusa AA, Louvison MC, Bonfim JR. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo - SES/SP Parecer Técnico Científico. Toma TS. Heparinas de baixo peso molecular para profilaxia de trombose venosa profunda na gravidez: parecer técnico-científico. São Paulo: Instituto de Saúde; 2013. 40p.
14. Melo LV. A função do processo coletivo na judicialização da saúde: um estudo de caso sobre o estado de Minas Gerais. 2017. 209 f. Dissertação (Mestrado)– Programa de Mestrado em Administração Pública da Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte. 2017.
15. Brasil. Lei n. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. [internet]; [acesso em 15 out 2017]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.
16. Araújo CP, López EM, Junqueira SR. Judicialização da saúde: saúde pública e outras questões. Porto Alegre: Verbo Jurídico; 2016. 364 p.
17. Schulze C, Gebran Neto JP. Direito à saúde: análise à luz da judicialização. Porto Alegre: Verbo Jurídico; 2015.
18. Gadelha MI. O papel dos médicos na judicialização da saúde. Rev CEJ, Brasília. 2014;xviii(62):65-70.

19. Campos Neto OH, Acurcio FA, Machado MA, Ferré F, Barbosa FL, Cherchiglia ML, Andrade EI. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(5):784-90.
20. Conselho Nacional de Justiça. Enunciado n. 59, de 19 de maio de 2015. [internet]; [acesso em 29 ago 2018]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>.
21. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n. 31, de 30 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. [internet]; [acesso em 29 ago 2018]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atosnormativos?documento=877>.
22. Simões FH. Judicialização do acesso ao tratamento do diabetes no estado de Minas Gerais. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Saúde pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2015.

S-CODES – Sistema Informatizado para o Trato da Judicialização

Paula Sue Facundo de Siqueira¹
Marcelo Amorim Martins²
Robert Domingues³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/xhf3hp>

RESUMO

Para tratar e discutir o fenômeno judicialização da saúde é necessário um acervo de rápido acesso, com informações atualizadas e seguras. Neste sentido, a SES-SP desenvolveu com recursos próprios, o sistema informatizado denominado S-CODES exclusivamente para o trato da judicialização em saúde. Há mais de 9 anos em uso e em constante aperfeiçoamento por sugestões de seus usuários, o software fornece inúmeros indicadores e relatórios gerenciais, proporcionando ao gestor da saúde o acompanhamento individualizado de cada ação judicial e ainda, um panorama geral deste fenômeno, dimensionando precisamente o seu impacto na gestão e na execução das políticas públicas em saúde, podendo evidenciar o flagrante desarranjo nos limites da responsabilidade de cada esfera de governo e de suas competências por níveis de complexidade, além de dimensionar o impacto financeiro que a judicialização em saúde provoca. Dados sobre quem são estes pacientes, seus pleitos, onde se tratam, como buscam a justiça, possibilitam a identificação de possíveis falhas na assistência prestada pelo SUS, assim como podem revelar vazios assistenciais e necessidades específicas de saúde da população que não são contempladas pelo SUS. Por outro extremo, permite identificar o mau uso da via judicial, quando o sistema permite identificar sinais de possíveis fraudes que almejam interesse diverso da promoção em saúde, como já ocorreram. Este artigo descreve a origem, a segurança e potencialidades do sistema informatizado S-CODES, com breve síntese de cada módulo e funcionalidades que o compõem, e por fim, indica as diretrizes de como demais secretarias de saúde possam acessá-lo para seu uso.

Palavras-chave: Software. Dados em saúde. Judicialização em Saúde.

1 Coordenadora das demandas judiciais em saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenação de Demandas Estratégicas do Sistema Único de Saúde G-CODES. Especialista em Direito Sanitário. E-mail para contato: psue@saude.sp.gov.br

2 Analista de Tecnologia da Informação. Graduado em Processamento de dados, gerenciamento e projetos de sistemas da Coordenação de Demandas Estratégicas do Sistema Único de Saúde. E-mail para contato: mamartins@saude.sp.gov.br

3 Administrador de empresas. Analista de ações judiciais em saúde. Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS. Graduando em Farmácia. E-mail para contato: robertdomingues@saude.sp.gov.br

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno da judicialização em saúde não é novo, mas seus contornos são ainda discutidos intensamente entre os operadores do direito, da saúde, da indústria farmacêutica, de bens e serviços em saúde e a população.

Afora o persistente debate sobre o entendimento jurídico do dever do Estado e direito fundamental do cidadão à saúde, e diante do significativo impacto orçamentário e de gestão que a judicialização impõe, faz-se necessária uma análise mais apurada para compreensão deste fenômeno pelo administrador público, a fim de caracterizar necessidade de saúde reclamada ao Poder Judiciário.

A utilização de um sistema informatizado, que coleciona estas demandas, pode propiciar a identificação do perfil local da judicialização e promover o refinamento deste debate a partir de um banco de dados analisado em diferentes aspectos, permitindo a extração de informações concretas para uma discussão mais qualificada e precisa. Dados sobre quem são estes pacientes, o que pedem, onde se tratam, como buscam a justiça, permitem identificar a quais prestações de saúde o Poder Judiciário obriga o Estado – qual o impacto da judicialização na administração e no orçamento da saúde pública – e podem apontar se o fenômeno da judicialização atende a interesses individuais, sem considerar as alternativas terapêuticas ofertadas pelo SUS nas políticas públicas já existentes.

Por outro lado, a coleção de informações sobre estas ações judiciais pode induzir a gestão da saúde pública a avaliar possíveis falhas e carências na assistência do SUS, revelando necessidades específicas de saúde da população que não são contempladas pelo SUS, transformando o sistema informatizado para o trato da judicialização em saúde em ferramenta auxiliar de diagnóstico e tomada de decisão pela administração.

Outra importante utilidade do sistema informatizado é delinear o flagrante desarranjo nos limites da responsabilidade de cada esfera de governo e de suas competências por níveis de complexidade, que a judicialização em saúde provoca.

Paralelamente à evolução da judicialização, não basta desenvolver um sistema informatizado somente para o devido processamento da demanda para fins de cumprimento do mando judicial. Apesar da necessidade de desenvolver ambientes virtuais específicos para facilitar o processamento das diligências decorrentes das ordens judiciais, diante da ocorrência de fraudes que se aproveitam da dinâmica deste fenômeno, é desejável que o sistema informatizado também deva estar apto à identificação de possíveis ilícitos na seara da judicialização em saúde.

Com o volume (crescente) de ações judiciais, somente um sistema informatizado, desenvolvido especialmente para o trato da judicialização em saúde, proporcionará o adequado refinamento de informações que poderão embasar discussões mais detalhadas e assertivas ou, ainda, provocar alterações ou implementos na assistência de saúde à população, além de favorecer melhor gerenciamento no processamento destas demandas e propiciar maior segurança para o gestor.

2. O SISTEMA INFORMATIZADO S-CODES: HISTÓRICO

Com o crescente número de ações judiciais em saúde, desde 2005, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) desenvolveu um *software* como ferramenta para fins de cadastro e cumprimento da ordem judicial, que foi denominado SCJ (Sistema de Controle Jurídico). (1)

Na busca de melhores mecanismos de gestão, bem como da qualidade de informação, foi desenvolvido um novo sistema de informações em 2009, para ser implantado em todas as unidades dispensadoras de medicamentos e produtos outros, vinculados às ações judiciais. Um ano após, foi implantado o S-CODES (Sistema da Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS), e foram cadastradas todas as demandas judiciais em atendimento no Estado de São Paulo, à exceção daquelas envolvendo saúde mental. À época, o sistema já permitia conhecer, em detalhes, os diversos dados relacionados à judicialização em saúde. A primeira publicação em referência ao S-CODES (Sistema da Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS) foi realizada em 2010, com o objetivo de descrever sucintamente o *software* e analisar a base de dados referente às ações judiciais, já destacando alguns dos principais recortes relacionados à judicialização da saúde. (2)

O S-CODES foi inteiramente planejado e desenvolvido com recursos humanos próprios da SES-SP (2) e, até hoje, recebe implementos e novos módulos, por sugestão e necessidade de seus usuários. Por ser de propriedade intelectual da SES-SP, favorece imediatos implementos e revisões, tendo o suporte de um analista de sistemas, exclusivamente destacado para arquitetar novas implementações no sistema. Para favorecer o aperfeiçoamento constante do sistema e suporte técnico, o analista de sistemas exerce suas atividades no mesmo ambiente que trata os processos judiciais, com intenso contato com os demais usuários do S-CODES nas demais unidades do Estado. Há suporte de desenvolvedores remotos, via Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP) – empresa de economia mista (Sociedade Anônima Fechada) – vinculada à Secretaria de Governo do Estado de São Paulo.(3)

Este sistema foi vencedor no 1º Concurso Nacional de Práticas Exitosas no tema: “Manejo da judicialização – Redução das ações judiciais para oferta de bens e serviços de Saúde”, promovido pelo Ministério da Saúde com apoio da Fiocruz, obtendo a 1ª colocação em 2011. (4-5).

Concorreu, indiretamente, ao Prêmio *Innovare* na 10ª edição, em 2013, obtendo menção honrosa na categoria “Tribunal”, ao desenvolver módulo específico para o Projeto Triagem Farmacêutica no juizado especial da Fazenda Pública de São Paulo – Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, quando apresentou dados consolidados resultantes deste programa. (6)

O S-CODES também foi objeto de Termo de Cooperação Técnica n. 029/2016 – MPSP, celebrado com o Ministério Público de São Paulo, e prevê o intercâmbio dos bancos de dados sobre ações judiciais em saúde.

O Tribunal de Contas da União (TCU) realizou, em 2015, uma auditoria operacional em nove estados da federação, com o objetivo de analisar a judicialização em saúde e identificou o S-CODES como boa prática para o trato da judicialização e, no corpo do acórdão, publicado em 2017, expressamente recomendou:

Rotinas permanentes de coleta, processamento e análise de dados relativos às ações judiciais de saúde, bem como rotinas de detecção de indícios de fraude, por meio de cruzamento de dados e da observação de padrões e inconsistências, podendo usar como referência o Sistema da Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS (S-CODES), adotado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. (7)

Antes desta recomendação do TCU, a Câmara Técnica de Direito Sanitário (CTDS) do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) (8), que tem como agenda as relações com demais entes do SUS, suas advocacias públicas, e o fomento do diálogo com o Poder Judiciário, reconheceu a precariedade de informações do perfil da judicialização e articulou, juntamente à SES-SP, a cessão de uso do S-CODES para secretarias estaduais de saúde, em atitude visionária e colaborativa.

A troca de experiências em serviços de saúde é uma prática positiva para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao disseminar conhecimentos acerca de experimentos bem-sucedidos, permitimos que outros profissionais se apropriem de metodologias que possibilitem ter resultados positivos, o que, para um sistema tão complexo e caro quanto o SUS, é algo importante e que pode otimizar serviços. Para estados e municípios, essa troca, além de positiva, é importante para ajudar na busca por soluções de problemas complexos que permeiam a área da saúde pública no Brasil, conforme publicou a CONSENSUS. (9)

A necessidade de um sistema informatizado para identificar o perfil da judicialização em âmbito municipal, estadual e federal também foi apontada durante as reuniões realizadas pelo Grupo de Trabalho (GT) de Judicialização, coordenado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

A iniciativa pioneira do Conass foi ampliada e, em 27/07/2017, a SES-SP e o Ministério da Saúde (MS) assinaram um termo de cessão de uso para disponibilizar a ferramenta à União. Na mesma ocasião, também foi assinada uma resolução tripartite (governo federal, estados e municípios) para formalizar a internalização do S-CODES ao MS e disponibilização do código fonte para uso do S-CODES em plataforma web para todos os entes interessados, de forma gratuita. (10)

Neste sentido, o relator, no documento do TCU, manifestou:

O acordo é um grande avanço para tornar mais eficiente as ações dos órgãos de saúde no sentido de mitigar o problema, razão pela qual reforço, no acórdão que adiante submeto, a utilização do sistema (S-CODES) como referência para implantação do modelo de controle a ser adotado

pelo Ministério da Saúde e por outras secretarias de saúde, estaduais e municipais. (10)

Em que pese o reconhecimento de que as fases de internalização do S-CODES pelo Ministério da Saúde exigirão diferentes iniciativas e ocorrerão em diferentes prazos, espera-se que a adoção desta ferramenta pelos diversos entes, além de delinear o perfil da judicialização regional e nacional, auxilie efetivamente no gerenciamento das ações judiciais.

Espera-se, também, que possa servir para agilizar a comunicação entre os entes, identificar duplicidade ou mesmo triplicidade de ações judiciais com o mesmo objeto, evitar duplicidade ou triplicidade no cumprimento nas ações judiciais em litisconsórcio, levantar indícios de fraudes e propiciar discussão sobre competências, além de outras potencialidades (composição para cumprimento, alertas de possíveis fraudes, troca de informações técnicas, etc.). Importante ressaltar que qualquer ente usuário que optar por utilizar o *software* poderá sugerir aperfeiçoamento do sistema a fim de criar uma rede de melhorias para o S-CODES.

3. S-CODES: O SISTEMA INFORMATIZADO

O S-CODES é constantemente incrementado e customizado com o implemento de ferramentas e relatórios, conforme necessidade de seus usuários, e suas principais características são:

- a) Desenvolvido em plataforma. Net com linguagem de programação C# e com SGDB – Sistema de gerenciamento de banco de dados *Oracle* versão 11g. Com a cessão de uso, o Ministério da Saúde é o responsável por internalizar o sistema, remodelar e disponibilizar para os entes interessados;
- b) Acesso via *web* – permite acesso *online* de qualquer dispositivo com acesso à internet;
- c) Possibilita o trabalho em ambiente digital, dispensando os processos físicos. Possui ambiente para arquivamento digital;
- d) A ferramenta é de fácil manuseio, com recurso de autopreenchimento em diversos campos relacionados a tabelas previamente cadastradas em sua base de dados (CEP, CID, patronos, juízes, médicos, produtos, etc.) e atualizadas de forma centralizada pelos administradores do sistema quando necessário;
- e) Permite a realização de ofícios e comunicações padronizadas, com autopreenchimento (autor, número de processo, vara, etc.);
- f) Propicia o encaminhamento de telegramas (com aviso de recebimento – opcional) para os autores (requisição de documentos médicos, aviso de

consultas, aviso sobre disponibilização do medicamento, etc.) com textos pré-formatados ou livres;

- g) Permite a construção de um acervo técnico (biblioteca técnica);
- h) Pode ser compartilhado com demais setores internos (exemplo: compras, regulação, consultoria jurídica) e demais instituições para favorecer o acompanhamento do processo e diminuir comunicações paralelas, a exemplo do acesso para Procuradoria do Estado de São Paulo (visualização do cadastro da demanda, alcance do relatório técnico que subsidia a defesa processual, acompanhamento dos recibos, etc.). O Ministério Público em São Paulo também firmou termo de cooperação para visualização do S-CODES;
- i) Permite a extração de relatórios gerenciais mais utilizados em formato padronizado em PDF, que também podem ser exportados em *Excel* para maior autonomia, permitindo alterações ou mudanças de *layout*, filtros e etc. de acordo com a necessidade do gestor, para análise das ações judiciais coletivamente (ex: por produto, por diagnóstico, por patrono...);
- j) Controle do cumprimento da ordem judicial nas obrigações de entrega de produtos (recibos emitidos pelo S-CODES), dados do estoque, autonomia de consumo; valor do bem, valor estimado (previsão de recursos financeiros) e valor realizado (valor consumido-recibo emitido);
- k) Registro das diligências e comunicações com o setor de Regulação de serviços do SUS e demais instituições envolvidas, que ficam registradas no sistema, e calcula em dias a pendência automaticamente;
- l) Registro de serviços contratados por demanda e valor;
- m) Controle dos descumprimentos judiciais: identifica autores, objetos, valores, tipos de penalidades e, quando pecuniárias, calcula o valor acumulado diariamente e informa os dias em atraso;
- n) Permite “sanear” o sistema, identificando os pacientes que não retiram mais seus produtos e não comunicam. A SES-SP determinou várias condições para aplicação de filtros para inativação temporária, evitando compras e abastecimento desnecessários;
- o) Identifica automaticamente medicamentos disponíveis no SUS e respectivo programa, assim como medicamentos importados e sem registro na ANVISA;
- p) Favorece a identificação de autores aptos a aderirem aos programas recém-instituídos no SUS, quando a SES-SP faz a “migração” destes autores para os programas estabelecidos no SUS, obedecendo o perfil clínico para adequação aos Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas do SUS;
- q) Existem módulos específicos para atendimento às demandas pré-processuais (informações) e para instância administrativa (solicitação administrativa);

- r) Todos os dados imputados no sistema S-CODES são passíveis de cruzamento.

4. ARQUITETURA DO S-CODES

A ferramenta é de fácil manuseio, existem campos de autopreenchimento e organizados em módulos sequenciais que correspondem ao processamento administrativo da demanda, para favorecer a execução de cada etapa de trabalho e garantir a celeridade em seu processamento.

- a) Módulo Protocolo: são registrados os dados cadastrais da demanda judicial – número do processo, senha, data de entrada, número de protocolo, unidade responsável pelo cadastramento, identifica se demanda individual ou coletiva. Também são registrados os dados cadastrais do autor (paciente): nome, data de nascimento, nome da mãe, sexo, idade ou data de nascimento, documentos de identificação (RG, CPF, Cartão SUS), endereço completo, telefone e e-mail. Possui ambiente para arquivamento de documentação digitalizada, em pasta única ou separado por pastas: petição inicial, documentos pessoais, documentos médicos, decisão preliminar, agravo de instrumento, sentença, acórdão, cobrança judicial, decisões e comunicações diversas, o que favorece rápida consulta.
- b) Módulo Processual: são registradas as informações jurídicas da demanda: tipo da ação (mandado de segurança, rito ordinário etc.), vara e juiz, se há litisconsórcio passivo (identificando o ente solidário), patrono da ação (advogado, defensor público, procurador ou promotor com identificação nominal). Registra-se o tipo de documentação recebida (intimação, citação, agravo, sentença, cobrança judicial...) e aponta-se em campo próprio o resumo da ordem judicial, o prazo para cumprimento da ação judicial e demais condições de cumprimento. Na SES-SP, observa-se que este módulo não é preenchido por Procuradores do Estado, mas por profissionais que possuem formação em direito e que “interpretam” os limites e condições de cumprimento, além de alertarem a equipe técnica de profissionais de saúde, para apontarem o necessário em seus relatórios que subsidiam a defesa processual.
- c) Módulo Técnico: São cadastrados os dados da doença principal e associadas/CID 10, local de tratamento/CNES, identificação do profissional prescriptor e número do conselho profissional. Este módulo permite colecionar um acervo/biblioteca técnica dos informes mais utilizados, que permanecem disponibilizados para consulta imediata e sujeitos a customização para o caso concreto. Os campos para confecção dos relatórios permitem salvar provisoriamente o relatório e, para segurança, ao final, são definitivamente consolidados para visualização da Procuradoria Geral do Estado.

- d) Módulo Atendimento: Definição do local de dispensação dos itens (unidades dispensadoras no Estado). Estabelece para cada item a ser dispensado, a apresentação, a quantidade, o código vinculado para aquisição, o prazo e os intervalos dos fornecimentos. Possibilita o registro em campo de observação (necessidade de receita médica conforme Portarias Ministeriais, e outros informes). Ao preencher cada item, o profissional imediatamente tem informações sobre a disponibilidade deste produto em estoque, quantos autores/pacientes são atendidos naquela unidade que utilizam o mesmo produto, qual o consumo mensal e a autonomia de cada produto em estoque. Isto racionaliza as compras individualizadas e reduz o prazo para convocação para retirada. Existe um marcador de conformidade que indica se os itens cadastrados estão em correspondência ao mando judicial (registrado em módulo anterior –módulo processual). Este módulo também permite a emissão de telegramas (padronizados ou não), e no Estado de São Paulo se faz a convocação dos pacientes mediante telegramas com A.R. (aviso de recebimento pelos Correios). Todas estas atividades ficam registradas no sistema, dispensando comunicações paralelas.
- e) Módulo Regulação: Atrelado ao Módulo Atendimento e utilizado para casos de saúde mental e outras demandas que contemplam serviços (cirurgias, internações, terapias). Toda comunicação com a central de regulação e instituições de saúde é registrada diretamente no S-CODES, evitando comunicação em outras vias. Favorece o acompanhamento atualizado e imediato de cada autor/paciente e possibilita a extração de relatórios gerenciais tipificando os serviços, se os serviços estão contemplados no SUS, os autores para cada procedimento, os dias em pendência e caso os autores não forem reinseridos no SUS, indica os valores dos serviços contratualizados (quando não disponíveis no SUS).
- f) Módulo Dispensação: É o único campo utilizado nas unidades dispensadoras do Estado que atendem às ordens judiciais. Além de gerar recibos de entrega automaticamente e de forma detalhada, calcula automaticamente a data de retorno consoante a periodicidade indicada, desconsiderando finais de semanas e feriados. O operador visualiza de imediato os itens disponíveis em estoque e nos locais mais movimentados, permite triagem e separação prévia antes do atendimento. Também é possível cadastrar procuradores responsáveis indicados pela parte autora, validando as retiradas subsequentes sem conferência da documentação a cada representação. Fornece extrato de recibos emitidos, identificando se foram totais ou parciais, e permite registros de recusa de recebimento (divergência da petição, exigência de marca comercial, reserva no domicílio, suspensão médica...). O recibo identifica o operador responsável pelo atendimento, o procurador indicado pela parte, o dia e hora do recebimento, além de dados e quantidades dos produtos entregues e data de retorno. No Estado de São Paulo, o recibo eletrônico é prova de quitação.

- g) Módulo Histórico: Registra automaticamente toda e qualquer alteração na demanda. Permite consultar todo tipo de alteração registrada, data, hora, evento e usuário/operador responsável pela informação.

Além destes principais módulos, o S-CODES disponibiliza outras ferramentas acessórias para auxílio no processamento das demandas judiciais. O menu “Ajuda” disponibiliza alguns documentos para consulta, por exemplo: Lista DCB, Listagem CID 10, Manual das funcionalidades e operações do sistema, inclusive com arquivos de vídeo-aulas, demonstrando as principais características e algumas funcionalidades do S-CODES.

Também são disponibilizadas ferramentas de filtros em ambiente apropriado, para extração de informações do banco de dados, além dos relatórios automatizados que são os mais solicitados rotineiramente e que permitem diversos dados gerenciais e estatísticos que, consolidados, dão visibilidade às informações do sistema, subsidiando os diferentes usuários na gestão de todo o processo, assim como demais solicitantes (pesquisadores, imprensa, portal da transparência...).

O “cruzamento de dados em busca de coincidências” foi recurso desenvolvido para auxiliar na identificação de possíveis fraudes, por meio do cruzamento das informações, é possível identificar a quantidade de ações judiciais com o mesmo prescritor, patrono, local de tratamento, produto, município de residência, entre outros. Além disso, permite conhecer os medicamentos mais solicitados, regiões onde existe maior quantidade de ações judiciais, proporcionalmente ao número de habitantes, produtos mais pleiteados por ação judicial por região, médicos que mais prescrevem fora de sua especialidade, médicos que prescrevem somente o mesmo produto, advogados que mais atuam na área da saúde (advogados de um só produto ou especialidade médica), origem das prescrições, doenças, entre outros. Em São Paulo, já foram identificados vários indícios de fraudes decorrentes da judicialização e somente o cruzamento de dados de uma base de dados confiável, rica de informações, é que permite desvelar elementos suspeitos para uma investigação.

O sistema possibilita rotina automatizada de inativação de demandas por óbitos e por falta de retirada por determinados períodos de tempo e em certas condições, que podem ser configuráveis. Também é possível a imediata identificação dos autores que à época da ação judicial não tinham oferta do produto ou serviço peticionado disponível no SUS. Com a conseqüente incorporação desta tecnologia no SUS é possível “migrar” estes autores para atendimento/cumprimento no SUS. À título de exemplo, o controle das demandas judiciais no Estado de São Paulo pelo S-CODES permitiu uma economia de aproximadamente 63 milhões de reais com estas práticas.

É ferramenta inicial para o setor de compras, na medida em que indica o planejamento do consumo mensal e a solicitação das compras necessárias para o abastecimento adequado de todos os almoxarifados regionais responsáveis pelas ações judiciais.

Recentemente, foi desenvolvido o módulo de Controle de Cobranças Judiciais, que permite classificar os tipos de penalidades por descumprimento, o valor do produto,

e calcula diariamente o valor acumulado da mora. Identifica as varas e juízes, e os autores que possuem cobranças judiciais de repetição. Auxilia no gerenciamento dos ritos e das prioridades nas compras.

O “Histórico de Compras” permite registrar o processamento das compras, embora não seja desenvolvido para esta finalidade, possui informações resumidas e importantes sobre o status dos processos de aquisição, fornecendo subsídios aos Procuradores de Estado em seus argumentos de defesa, pois estes possuem acesso ao S-CODES com perfil de consulta e poderão visualizar os motivos de atrasos nas compras ou nas entregas dos itens como justificativas diante do descumprimento. Este acesso é importante em casos de bloqueios judiciais. Estas informações também são disponibilizadas durante o atendimento nos postos de dispensação.

O módulo de estoque existente no S-CODES permite o registro de entradas de produtos em estoque com dados das Notas Fiscais (inclusive valores financeiros unitários), informações sobre as modalidades de compras, o tipo de entrada (compra, remanejamento, empréstimo...), o tipo de saída (recibos, perdas e quebras, estornos...), e permite também a gerência dos itens com saldos insuficientes, remanejamentos, relatórios de movimentação de estoque e movimentações analíticas e alguns outros. Porém, carece de maior incremento, como: informação de lote e validade, indicação de qual lote deverá ser dispensado primeiro entre outras funcionalidades desejáveis. No entanto, quanto ao desenvolvimento destas melhorias para controle de estoque, foi decidido que no Estado de São Paulo, o S-CODES será integrado com o sistema GSNET-Estoque (PRODESP), pois este é o sistema oficial de controle de estoque físico e financeiro já utilizado em farmácias e hospitais do Estado de São Paulo, além de reconhecido pela Secretaria da Fazenda e outros órgãos de controles do estado. Atualmente, em parceria com a PRODESP, encontram-se em desenvolvimento rotinas de integração entre os sistemas GSNET-Estoque & S-CODES.

Como dito anteriormente, o S-CODES em São Paulo também contempla o processamento de pedidos administrativos e programas em cooperação técnica, nos quais os magistrados, Ministério Público e Defensoria Pública do Estado fazem suas consultas.

5. SEGURANÇA

O S-Codes possui diferentes níveis de acesso ao sistema, desde leitura até acesso pleno aos dados e ambientes. Por questões de segurança, a SES-SP optou que nenhum colaborador tenha pleno acesso em todos os módulos, para evitar imputação de demanda judicial inexistente ou ainda imputar artifício fraudulento. O perfil de ‘leitura’ permite somente a visualização do andamento da demanda e de pareceres técnicos de cada demanda, além dos recibos emitidos e em São Paulo este perfil é utilizado para a Procuradoria Geral do Estado (PGE), para rápido acesso aos pareceres técnicos, subsidiando a defesa processual e economizando comunicações paralelas.

O acesso é pessoal e intransferível. Mediante assinatura de termo de responsabilidade individualizado, o usuário declara que foi devidamente treinado, que tem ciência da obrigatoriedade no sigilo das informações e também que são de sua responsabilidade as informações registradas no sistema com seu *login*. A liberação de acesso ao usuário no Estado de São Paulo é centralizada na CODES/SES, sendo que todos usuários devem passar por treinamento específico de acordo com a atividade a ser desenvolvida, tomando conhecimento inclusive que o sistema registra automaticamente toda e qualquer alteração, assim como permite consultar todo tipo de alteração registrada, data, hora, evento e usuário/operador responsável pela informação.

Há o recurso de emissão de cartões com códigos de segurança e acesso individual. Permite rastreabilidade para identificar o usuário, o endereço IP que utilizou e o que foi realizado no S-CODES. Estas informações ficam no histórico do sistema.

O controle de usuários ocorre nos casos em que o sistema não seja utilizado por mais de 40 dias, o acesso é cancelado provisoriamente, necessitando nova autorização. O acesso é encerrado automaticamente nos casos em que o sistema esteja aberto e sem uso por mais de 40 minutos. Prazos diferentes podem ser configurados.

6. INTERNALIZAÇÃO DO S-CODES PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Após a tratativa inicial de cessão de uso do S-CODES para demais Secretarias de Estado da Saúde conforme apresentação da boa prática pelo Conass às demais Secretarias Estaduais, ao Ministério da Saúde e seu reconhecimento pelo TCU, a necessidade de um *software* para o trato da judicialização confirmada nas reuniões realizadas pelo Grupo de Trabalho (GT) de Judicialização, coordenado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), levaram à indicação do S-CODES.

Nas reuniões mencionadas foram definidos os critérios essenciais para a construção de um perfil nacional da judicialização e apresentados outros *softwares*, e por fim, o S-CODES foi considerado o mais adequado sistema, o que resultou na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (governo federal, estados e municípios). (9)

Além da cessão do uso do S-CODES, a Resolução prevê a cooperação entre entes na gestão dos impactos da judicialização da saúde, a partir da definição de diretrizes e estratégias comuns de atuação para a organização de fluxos, informações e procedimentos.

Esta resolução versa a internalização do S-CODES ao MS e disponibilização do código fonte para uso do S-CODES em plataforma *web* para todos os entes interessados, de forma gratuita, cabendo ao Ministério da Saúde definir o responsável para atuar como Área Gestora do S-CODES, visando ao alcance dos resultados pretendidos por esta Resolução, que deverá indicar o Gestor de Negócio (Sistema), o Gestor da Informa-

ção e os respectivos substitutos, de modo a interagir com as Secretarias Finalísticas e com a Consultoria Jurídica (CONJURMS) para propor ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) os ajustes necessários no S-CODES em termos de funcionalidades, fluxos, processos e rotinas (processo de internalização) para cessão para demais entes (processo de distribuição).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários estudos e dados da judicialização nos induzem a considerar que este fenômeno não é uniforme no país, nem mesmo em um estado. Diante da quantidade expressiva de novas ações judiciais em saúde, o gestor público é compelido ao afogadilho diário nas diligências para o fiel cumprimento das ordens judiciais e, por vezes, este fenômeno lhe passa sem um preciso diagnóstico. Na falta de um sistema informatizado, desenvolvido exclusivamente para o trato judicialização em saúde, somente lhe é flagrante o gasto financeiro que gera, sem, no entanto, discriminar sua motivação.

Com o uso do S-CODES, foi possível distinguir os vários perfis que a judicialização evidencia: aquela decorrente da falta ou desassistência que o SUS se propôs a fazer e não fez, aquela que ressalta vazios assistenciais no SUS, aquela que ignora as alternativas terapêuticas já existentes, e ainda, aquela que evidencia suspeitas de fraudes e aquela em que pedem produtos alheios e extravagantes não relacionados diretamente à terapêutica (produtos de higiene e alimentos comuns).

Somente com o refinamento do perfil da judicialização em cada região, o gestor poderá identificar necessidades de saúde da população e fazer a intervenção necessária, mas o mais importante é que a judicialização seja debatida com os atores identificados e envolvidos sob o pressuposto de que se trata de questão de Estado, não apenas um problema de saúde individual ou ainda, da “Pasta Saúde” (Secretarias de Saúde).

Neste sentido, o S-CODES, uma vez internalizado pelo Ministério da Saúde e disseminado para as secretarias de saúde, revela-se ferramenta essencial, capaz de auxiliar a gestão na tomada de decisões e municiar os envolvidos no fenômeno da judicialização da saúde, com dados municipais, regionais, estaduais e nacionais, oferecendo dados concretos para uma discussão mais qualificada, pois o SUS é de todos!

REFERÊNCIAS

1. Chieffi AL, Barata RC. Judicialização da política de assistência farmacêutica e equidade. *Cad Saúde Pública*.2008;25(8):1839-49.
2. Naffah Filho M, et al. S-CODES: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Bepa*. 2010;7(84):18-30.

3. Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP) [internet]. [acesso em 03 set 2018]. Disponível em <http://www.prodesp.sp.gov.br/empresa/estrutura.asp>.
4. Fundação Oswaldo Cruz. [internet]. [acesso em 03 set 2018]. Disponível em http://www.fiocruz.br/media/edital_concurso_nacional.pdf.
5. Blog da saúde. Municípios reduzem processos de judicialização [internet]. [acesso em 24 nov 2018]. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/29146-municipios-reduzem-processos-de-judicializacao>.
6. Instituto Innovare. Conheça os vencedores da 10ª edição do Prêmio Innovare [internet]. [acesso em 24 nov 2017]. Disponível em <http://www.premioinnovare.com.br/noticia/conheca-os-vencedores-da-10a-edicao-do-premio-innovare>.
7. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão TCU TC009.253/2015-7 pg 51 e 62. [internet]. [acesso em 24 set 2018]. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultaPagina=S&item0=575330>.
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à Saúde. [internet]. [acesso em 24 abr 2018]. Disponível em <http://www.conass.org.br/direito-sanitario/>.
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito sanitário [internet]. [acesso em 03 abr 2018]. Disponível em <http://www.conass.org.br/consensus/sessp-compartilha-software-para-organizar-demandas-judiciais/>.
10. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT n. 20, de 27 de julho de 2017. Dispõe sobre a internalização do Sistema S-Codes e a cooperação entre entes na gestão dos impactos da judicialização da saúde, a partir da definição de diretrizes e estratégias comuns de atuação para a organização de fluxos, informações e procedimentos. [internet]. [acesso em 24 abr 2018]. Disponível em http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/RESOLUCAO_CIT_20_2017.pdf.

A Especialização das Procuradorias dos Estados nas Questões Relativas ao Direito à Saúde como Instrumento Eficaz na Defesa dos Entes Estaduais: a Experiência da PGE/PR

Aline Fernanda Faglioni¹
Fernando Alcantara Castelo²



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/bngSwD>

RESUMO

O artigo trata da necessidade de especialização das Procuradorias dos Estados nos processos relacionados ao Direito à Saúde. Defende-se que a indispensabilidade da especialização das Procuradorias decorreu do aumento exponencial da judicialização do direito à saúde, em prejuízo à implantação das Políticas Públicas existentes sobre o assunto. Destacam-se os diagnósticos realizados no estado do Paraná após a criação e a implantação da Procuradoria de Saúde paranaense, assim como as condutas adotadas por esse setor especializado para defesa do ente público nas demandas judiciais. Ao final, apresentam-se os resultados obtidos, até o presente momento, após a criação da Procuradoria de Saúde no Estado do Paraná.

Palavras-chave: Judicialização do Direito à Saúde. Especialização das Procuradorias. Experiência Exitosa.

¹ Procuradora do Estado do Paraná. Subchefe da Procuradoria de Saúde da Procuradoria Geral do Estado do Paraná. E-mail para contato: aline.faglioni@pge.pr.gov.br

² CV Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1299713657374644>. Procurador do Estado do Paraná. Chefe da Procuradoria de Saúde da Procuradoria Geral do Estado do Paraná. E-mail para contato: fernandoalcantara@pge.pr.gov.br

1. A NECESSIDADE DE ESPECIALIZAÇÃO DAS PROCURADORIAS EM RAZÃO DO DESENFREADO AUMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Desde há muito, o Supremo Tribunal Federal (STF), seguido por todo o Poder Judiciário, admite a intervenção judicial em casos relacionados a políticas públicas que visam a garantir aos indivíduos os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal. (1)

No que se refere aos direitos sociais que visam a garantir ao cidadão o exercício e usufruto dos direitos fundamentais, evidentemente, não difere o entendimento do Supremo e dos demais órgãos judiciais. (2)

Diante de tal interpretação, certo é que, entendendo o indivíduo que está desassistido pelo Estado, a judicialização dos direitos sociais, em especial do direito à saúde, objeto do presente estudo, vem crescendo exponencialmente com o passar dos anos em todo o país.

O ajuizamento desenfreado de ações que objetivam, em tese, concretizar direito fundamental ao cidadão que se considera desamparado pelo Estado, acaba por possibilitar que o Judiciário, na prática, gere recursos públicos, a despeito dos ajustes orçamentários preexistentes, imiscuindo-se em função de competência dos Poderes Executivo e Legislativo, a quem compete ordinariamente a formulação de políticas públicas.

Ainda que não se olvide da competência do Poder Judiciário para garantir a efetivação dos direitos sociais, bem é de ver que, por vezes, a sua atuação acaba por gerar intromissão inadequada na execução de políticas públicas, cuja competência pertence aos Poderes Executivo e Legislativo.

Por consequência lógica de tal ingerência, a judicialização para concretização dos direitos sociais acabou por acarretar representativo aumento no dispêndio de recursos públicos, por vezes com destinação diversa da dada pelo Judiciário nas questões judicializadas.

Em especial no que se refere ao direito à saúde, o ajuizamento de ações é desmesurado e só cresce com o passar dos anos, em especial porque as decisões judiciais são proferidas a despeito da inexistência de provas que evidenciem omissão do Estado ou a existência do direito alegado.

Em virtude de tais circunstâncias, outra alternativa não restou aos entes federativos a não ser o enfrentamento acurado das questões postas em Juízo.

Inicialmente, devido ao escasso conhecimento dos advogados públicos sobre o direito sanitário, o que poderia ser justificado por diversos fatores, as defesas dos Estados eram basicamente lastreadas na necessária observância aos princípios da Separação de Poderes e da Reserva do Possível. Em um segundo momento, foram acrescidas alegações concernentes ao alcance do art. 196 da Constituição da República e aos preceitos contidos na Lei Federal 8.080/1990.

Ocorre que tais argumentos, face à suposta violação do direito à saúde invocada, tornaram-se insuficientes e, por conseguinte, ineficazes.

Diante disso, viu-se o advogado público obrigado a estudar, minuciosamente, as normas alusivas ao direito à saúde previstas na lei regente do Sistema Único de Saúde e sua normatização infralegal. A análise de questões pertinentes ao direito sanitário, tais como suas diretrizes, *modus operandi*, competência de cada ente da federação, padronização de medicamentos, dentre tantas outras, fez-se imprescindível.

Para além disso, tornou-se necessário tratar os casos individualmente, analisando concretamente cada situação posta em juízo, surgindo a necessidade de conhecer os protocolos clínicos das patologias alegadas, as opções de fármacos disponíveis no SUS e no mercado, bem como averiguar estudos que comprovem a eficácia dos produtos postulados judicialmente.

Isto é, teve o advogado público que especializar-se no trato da matéria judicializada, a fim de que a defesa do ente público que representa se tornasse eficaz em cada processo.

Daí, surgiu a necessidade de criação de setores especializados para atuação nas demandas em que se discute o direito à saúde.

2. CRIAÇÃO DA PROCURADORIA DE SAÚDE- PRS NO ESTADO DO PARANÁ

Tendo em conta a inequívoca necessidade de especialização para defesa do Estado nas ações concernentes ao direito à saúde, a Procuradoria-Geral do Estado do Paraná deu início à implantação da Procuradoria de Saúde em setembro de 2015, através da edição do Decreto Estadual n. 2137, de 12 de agosto de 2015 (3), cingindo a atuação deste setor especializado, inicialmente, aos feitos em trâmite na Capital do Estado.

Com isso, a Procuradoria de Saúde (PRS) passou a atuar em todas as demandas envolvendo o direito à saúde nos feitos ajuizados em Curitiba, fossem eles movidos na Justiça Estadual ou Federal. Logo após, já em janeiro de 2016, a Procuradoria de Saúde passou a atuar em todos os processos da Região Metropolitana de Curitiba, que abrange 14 comarcas.

Por fim, constatada a maior eficácia da defesa do Estado após a especialização da Procuradoria de Saúde, este setor assumiu todos os processos em trâmite no estado do Paraná afetos ao direito sanitário.

2.1. DIAGNÓSTICO

Com a criação da Procuradoria de Saúde no estado do Paraná, tornou-se possível diagnosticar, de fato, o impacto da judicialização do direito à saúde nas finanças deste ente público.

Assim, em janeiro de 2018, verificou-se que tramitam no Estado cerca de 28 mil processos referentes ao direito à saúde, dos quais aproximadamente 6 mil foram ajuizados apenas em 2017, em especial nos Juizados Especiais da Fazenda Pública, que atualmente são responsáveis por cerca de 70% das novas demandas.

Apurado o montante despendido com pacientes cujo fornecimento de medicamentos decorre de determinação judicial, que atualmente são aproximadamente 13 mil, verificou-se que o Estado despende anualmente aproximadamente 13.750 reais para o tratamento de cada paciente. Isso porque o estado do Paraná desembolsou em torno de 180 milhões de reais para atender pacientes que judicializaram suas pretensões no ano de 2017.

Por outro lado, cada paciente cadastrado para fornecimento administrativo de medicamentos — cerca de 175 mil pacientes — custa ao Estado por volta de 4.700 reais anuais, já que foram destinados cerca de 820 milhões de reais para atendê-los também no ano de 2017. Ou seja, o custo de cada paciente judicial é, em média, três vezes superior ao do paciente atendido administrativamente.

Quer dizer, não fossem os gastos derivados da judicialização de determinados medicamentos, o Poder Executivo, responsável pela implementação das políticas públicas de saúde, poderia atender administrativamente uma parcela muito maior da população.

Além da análise numérica, tanto do montante dos processos em trâmite, como do custo que estas demandas geram aos cofres públicos, foi possível constatar que a judicialização envolve, especialmente, o fornecimento de medicamentos não padronizados, muitas vezes sem eficácia comprovada, sendo que muitos deles são importados e alguns sequer possuem registro na Anvisa.

Isto levou à conclusão de que a judicialização demasiada do exercício do direito à saúde por cidadãos que visam ao atendimento de necessidades individuais, muitas vezes lastreadas unicamente em indicações de seus médicos assistentes, obsta a concretização das políticas públicas que objetivam atender equitativamente as necessidades terapêuticas de toda a sociedade, possibilitando tratamento privilegiado de determinados cidadãos em detrimento de outros.

2.2. CONDUTAS DA PROCURADORIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Diante do diagnóstico suprarreferido, a Procuradoria de Saúde do Estado do Paraná passou a adotar condutas uniformes com fins a tornar mais eficiente a defesa do ente que representa, nos casos em que lhe é determinado o fornecimento de medicamentos não padronizados, em detrimento da necessária observância das políticas públicas pertinentes.

A atuação da Procuradoria de Saúde começou a ser, além de padronizada, mais criteriosa, sobretudo nos processos mais importantes, nos quais foi possível identificar significativa probabilidade de êxito estatal. À guisa de ilustração, é possível citar proces-

sos que tratam do pedido de fornecimento de medicamentos oncológicos de alto custo, bombas de insulina, fármacos não registrados no país, além de muitos outros.

Houve expressivo aprofundamento no estudo de cada caso concreto, embasado, na maior parte das vezes, em pareceres e normas de política pública sobre cada medicamento postulado em Juízo. Restou viabilizada uma análise aperfeiçoada sobre a competência dos entes da federação para fornecimento de cada medicamento ou realização de procedimento, de forma que eventual incompetência do ente pudesse ser arguida fundamentadamente nos processos.

Além disso, a criação e implantação do setor especializado oportunizou a atuação da Procuradoria de forma mais abalizada junto aos órgãos julgadores, seja com a apresentação de memoriais e despachos com os magistrados, realização de sustentações orais e elaboração de peças processuais mais contundentes em seus fundamentos, de forma a fazer com que o Judiciário se debruçasse com mais afinco na problemática resultante da judicialização de questões referentes ao direito à saúde.

De outra banda, estreitaram-se os laços entre a Procuradoria-Geral do Estado e a Secretaria de Saúde, de modo a garantir maior eficiência e celeridade no trato das demandas envolvendo o direito à saúde. Neste sentido, optou-se por desburocratizar os trâmites administrativos anteriormente utilizados para cumprimento de ordens judiciais. Para tanto, foram adotados procedimentos informatizados e informais, com o escopo primordial de reduzir o tempo que decorria entre a intimação do Estado, através de seus representantes processuais, e a comunicação desta intimação aos órgãos responsáveis pelo cumprimento de decisões judiciais.

Por outro lado, foram elaborados enunciados para dispensa de apresentação de contestação e recursos, em demandas nas quais o sucesso do Estado fosse improvável. Essa atitude permitiu que os procuradores concentrassem esforços em demandas de maior relevância, em detrimento de ações sem impacto financeiro ou social relevante.

Ademais, os procuradores atuantes na Procuradoria de Saúde do Estado do Paraná passaram a participar, efetivamente, do Comitê de Saúde Estadual, órgão que constitui o Comitê Executivo Nacional, o qual coordena o Fórum Nacional do Judiciário (4). Ou seja, foi viabilizada a atuação da Procuradoria do Estado junto aos grupos de trabalho constituídos para monitorar os sujeitos processuais atuantes na resolução de demandas que envolvem o direito à saúde.

Nesta linha, passou a ser possível uma maior interlocução da Procuradoria-Geral do Estado com membros do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, a fim de demonstrar as dificuldades inerentes à situação, bem como as condutas que vêm sendo adotadas pelo Estado, o que garantiu uma maior credibilidade às alegações feitas pelos procuradores.

Portanto, a especialização possibilitou o aprimoramento na atuação e defesa do Estado nas situações em que indevidamente demandado, assim como permitiu a análise crítica e casuística das hipóteses em que, embora equivocadamente demandado, a defesa do Estado se mostrava ineficiente.

3. OS RESULTADOS DA ESPECIALIZAÇÃO NO ESTADO DO PARANÁ

Conforme referido, a implantação do setor especializado em direito à saúde na Procuradoria-Geral do Paraná é recente, não se podendo sequer afirmar que já completamente finalizada. Há longa caminhada a ser percorrida para que se possa asseverar que foram atingidos todos os objetivos que engendraram sua criação.

Não obstante, os resultados já verificados levam a crer que a especialização é de fato a melhor alternativa para o enfrentamento da descomunal judicialização do direito sanitário.

A partir das condutas inicialmente adotadas, verificou-se que o diálogo entre a Procuradoria-Geral do Estado e membros do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública tornou críveis as alegações concernentes às dificuldades enfrentadas pelo Poder Público para cumprimento de ordens judiciais, afastando o corriqueiro entendimento de que a atuação dos procuradores se cingia a justificar suposta procrastinação para realização do que lhe foi determinado.

Houve inquestionável aperfeiçoamento nas teses de defesa do Estado. Neste sentido, diversas decisões proferidas em primeiro (5) e segundo grau (6) de jurisdição na Justiça estadual passaram a reconhecer a competência da União para fornecimento de determinados medicamentos e a necessidade de que houvesse a remessa de feitos à Justiça Federal.

Além disso, foram suspensas pelo Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Paraná inúmeras execuções de decisões liminares proferidas em primeiro grau de jurisdição, seja por meio do ajuizamento de Pedidos de Suspensões de Liminares Individuais ou Coletivas, o que demonstra que a Corte estadual passou a reconhecer que a judicialização de determinados medicamentos tem gerado grave lesão à ordem e à economia públicas deste ente. (7)

Não bastasse, não foram poucas as decisões de mérito que lhe foram favoráveis (tanto na Justiça Federal quanto na Estadual), eis que a maior parte dos órgãos julgadores passou a analisar com mais afinco as teses estatais, possibilitando, em diversas oportunidades, a necessária e devida instrução processual. (8)

4. CONCLUSÃO

Conforme acima exposto, o considerável aumento da judicialização do direito à saúde tornou imperativo o aperfeiçoamento na atuação das Procuradorias dos Estados para defesa do ente federativo que representam judicialmente.

Para tanto, a Procuradoria-Geral do Estado do Paraná optou por criar um setor especializado, a Procuradoria de Saúde, para que, mediante a realização de estudos aprofundados sobre as questões relacionadas ao direito sanitário, fosse possível aprimorar as defesas do ente estatal, tornando-as eficazes.

Além da melhoria na atuação dos Procuradores do Estado atuantes na Procuradoria de Saúde, a especialização viabilizou a realização de diagnóstico acerca dos impactos financeiros decorrentes da judicialização, o que tornou possível identificar quais condutas deveriam ser adotadas para reduzir tais impactos.

Muito embora seja muito recente a especialização da Procuradoria de Saúde, já são perceptíveis os resultados positivos por ela gerados, constatados, especialmente na prolação de decisões favoráveis ao Estado, o que outrora seria impensável.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Supremo Tribunal Federal. RE 271.286/RS. Relator Min Celso de Mello. Julgado em 12/09/2000. DJ 24 nov 2009.
2. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ARE 926469 AgR. Relator Min Luis Roberto Barroso. Julgado em 07/06/2016. DJ 20 jul 2016.
3. Estado do Paraná. Decreto Estadual n.2.137/2015. [internet]; [acesso em 02 set 2018]. Disponível em <https://goo.gl/jknfrB>.
4. Brasil. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Resolução n. 107 de abril de 2010. [internet]; [acesso em 02 set 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=173>.
5. Brasil. TJPR. Processos virtuais n. 0000396-51.2017.8.16.0004, 36192-73.2017.8.16.0014 e 0007319-35.2013.8.16.0004 (Projudi). [internet]; [acesso em 02 set 2018]. Disponível em: <https://projudi.tjpr.jus.br/projudi_consulta/>.
6. Brasil. TJPR - 5ª C.Cível - AI - 1685309-5 - Região Metropolitana de Londrina - Foro Central de Londrina - Relator Nilson Mizuta - J. 24 out 2017.
7. Brasil. TJPR. Pedidos de suspensão de liminar n. 1708727-3, 1719562-9, 1726035-8, 1451430-6. [internet]; [acesso em 02 set 2018]. Disponível em: <<https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/12536722/Decis%C3%A3o%20monocr%C3%A1tica-1708727-3>>.
8. Brasil. TJPR. Agravo de instrumento cível n. 1730218-6. Disponível em: <<https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/12485280/Ac%C3%B3rd%C3%A3o-1730218-6>>.

Judicialização na Saúde: Aspectos Conceituais, Reflexões e Caminhos para uma Proposta de Avaliação

Andre Luis Bonifácio de Carvalho¹
Assis Mafort Ouverney²
Nathália Gomes Oliveira de Carvalho³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/CgTD98>

RESUMO

A implementação do direito à saúde vem ganhando contornos peculiares, obrigando os operadores do Direito, em diversas instâncias de atuação, a lidarem com temas relacionados ao Direito Sanitário e a sua correlação com a implantação das políticas públicas de saúde, nos três níveis de governo. Por sua vez, as políticas públicas destinam-se a racionalizar a prestação coletiva do Estado, baseando-se, para tanto, nas principais necessidades de saúde da população, buscando promover a tão aclamada justiça distributiva, inerente à própria natureza dos direitos sociais, representando assim a própria garantia destes direitos. Neste contexto, a intervenção judicial no âmbito da gestão do setor saúde tem sido alvo de intenso debate no que tange às suas consequências, pois envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos. Por ser um fenômeno multifacetado, expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça. Tendo em vista os aspectos destacados, se faz necessário identificar as dimensões que conformam o fenômeno da judicialização e, para tanto, apontamos, como um dos caminhos, a construção de uma matriz de análise que possa ser aplicada para moderar os aspectos intervenientes ao referido processo. A referida proposta não tem por objetivo esgotar a análise do fenômeno e sim buscar caminhos para decifrá-lo e, de forma sistêmica, intervir sobre ele.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Gestão do SUS. Judicialização na Saúde.

1 CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1517396644134266>. Professor Universitário/DPS-CCM da Universidade Federal da Paraíba. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Fisioterapeuta. E-mail para contato: andrelbc4@gmail.com

2 CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9337196640689706>. Economista. Pesquisador junto ao Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Doutor em Administração - Instituições, Políticas e Governo pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. E-mail para contato: assismafort@gmail.com

3 CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/8145691731127586>. Advogada. Mestre em Direitos Humanos pela Universidade de Brasília. Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz. E-mail para contato: nathaliaagomes@gmail.com

1. SUS: ESPAÇO DE COOPERAÇÃO E CONFLITO

A Constituição de 1988, em seu art. 196, estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, definindo o acesso às ações e aos serviços de saúde como uma condição inerente à cidadania no Brasil. Tal disposição constitucional não só alterou as relações entre o Estado e a Sociedade no âmbito do sistema de proteção social do país, como também mudou a dinâmica de relações entre os poderes públicos, conferindo novo *status* ao Poder Judiciário como potencial esfera garantidora do acesso e da utilização de tais serviços aos cidadãos.

O processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), gradualmente, vem estabelecendo as novas competências e responsabilidades governamentais que implicam constantes negociações e pactuações intergestores; que, em meio a inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais, influem cotidianamente no exercício da gestão setorial, muitas vezes em condições heterogêneas, diversas e plurais.

Santos e Andrade (1) destacam que o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, onde os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome dos interesses local, regional, estadual e nacional. No federalismo (no SUS), todos são cotitulares dos interesses (da saúde) e todos devem manter garantida sua autonomia (direção única).

Segundo Carvalho (2), no caso do SUS, além do desenvolvimento de toda uma logística e tecnologia de regulação baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, temos a necessidade de mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de participação e controle social.

Cabe enfatizar que a separação de competências entre os entes da federação brasileira nos coloca o desafio de organizar uma ação coordenada e articulada entre eles, para garantir os direitos sociais dos cidadãos. Segundo Dallari (3), no Brasil, optou-se por uma modalidade de federalismo cooperativo que introduz a possibilidade de execução conjunta e admite a participação de mais de uma esfera política nas tarefas governamentais.

Esse padrão é comum em diversas federações do mundo e permite maior flexibilidade na distribuição de responsabilidades em situações de expressivas desigualdades como é a brasileira. Simultaneamente, o constituinte remeteu à Lei Complementar a responsabilidade sobre a fixação de normas para a cooperação intergovernamental (4).

Este desenho permite a redução de políticas que sejam conduzidas por um ente federado, imprimindo o movimento de reconhecer uma relação de interdependência e a necessária coordenação das atividades governamentais, processo este que não se fundamenta em uma estrutura hierárquica.

Segundo Paim e Teixeira (5), o processo de institucionalização da gestão do SUS pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à Constituição

de 1988. Esse processo, desencadeado fundamentalmente a partir de 1993 com o movimento em torno da “ousadia de cumprir a lei”, tem sido pontuado, ao longo dos últimos 15 anos, pela elaboração e implementação de políticas e estratégias que incidem sobre a missão das instituições gestoras em cada esfera de governo, estabelecendo a configuração das relações intergovernamentais.

Segundo os autores, esse movimento descentralizador foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93) (6) e, especialmente, a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96) (7), que induziram à redefinição de funções e competências das três esferas de governo no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, através da transferência de recursos (financeiros, basicamente, mas também físicos, humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios.

O processo de recentralização, com ênfase no fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, foi desencadeado com a elaboração e implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (2001/2002)(8), instrumento de política que pretendia estimular a regionalização da assistência através da organização de sistemas microrregionais de saúde, capazes de garantir economia de escala na compra de insumos e a integralidade da atenção, a partir da implementação de redes de serviços que articulassem os vários níveis de atenção.

Esse processo foi interrompido com a mudança de governo em 2003, instalando-se um debate acerca da opção excessivamente “normativa” adotada durante a década de 90, o que culminou com a aprovação dos Pactos da Saúde, em 2006 (9), que pretenderam instituir um processo de negociação permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias.

Com isso, o Ministério da Saúde tentou substituir a estratégia adotada anteriormente, vinculada aos incentivos financeiros, por uma outra centrada no compromisso político entre os gestores, a ser construído no espaço das Comissões Intergestores Tripartite, ao nível nacional, e das Comissões Intergestores Bipartites, em cada estado, mediante a assinatura de “Termos de Compromisso” pactuados politicamente.

Carvalho *et al* (10) afirmam que a recente construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento, com a promulgação do Decreto n. 7.508/2011(11), que regulamenta aspectos da Lei n. 8.080/90, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite.

Destacamos que o desenho do que podemos considerar ciclos de gestão do SUS ocorre em um cenário político-institucional no qual a problemática da organização e gestão do sistema de saúde é extremamente dinâmica, tendo em vista o processo de

descentralização descrito anteriormente, mas também pela mudança na correlação de forças que se configuram no âmbito das instituições e das instâncias colegiadas que agregam gestores do sistema, com destaque para as Comissões Intergestores e os colegiados representativos dos gestores Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), tanto na tripartite quanto no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Podemos afirmar que os aspectos inerentes ao processo, que envolvem as práticas gestoras no âmbito do SUS, sua correlação com as demandas da sociedade, seu convívio com as agendas dos movimentos sociais, a convivência em arenas de cooperação e conflito, precisam ser considerados para a construção de intervenções que auxiliem os gestores a qualificar os processos e práticas, influenciando de maneira positiva na tomada de decisão no que tange à garantia dos direitos dos cidadãos.

Conforme Fleury (12), a positivação do direito à saúde, que, por um lado, conferiu uma base normativa para a institucionalização do SUS como um sistema nacional organizado a partir das três esferas federativas do Poder Executivo, por outro também possibilitou que sua efetivação passasse a ser realizada pela ação das instâncias do Poder Judiciário.

Sendo assim, este artigo traz uma reflexão sobre o processo de Judicialização da Saúde, procurando fazer uma leitura conceitual, identificar os dilemas que permeiam a temática e fazer uma primeira aproximação com os aspectos da identificação de caminhos para uma avaliação deste fenômeno.

2. CONCEITOS E REFLEXÕES SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO

A implementação do direito à saúde vem ganhando contornos peculiares, obrigando os operadores do direito em diversas instâncias de atuação a lidarem com temas vinculados ao Direito Sanitário e a sua correlação com a implantação das políticas públicas de saúde, nos três níveis de governo.

De maneira correlata, os gestores públicos de saúde são permanentemente provocados a lidarem com a garantia efetiva deste direito social, seja individual ou coletivamente, por meio de determinações oriundas do Poder Judiciário e que, por vezes, contradiz o que está preconizado na política pactuada no que tange à assistência à saúde, como também no que diz respeito a processos que dizem respeito à logística do sistema de saúde.

Cabe destacar que a Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde como um direito social, o qual será garantido mediante a elaboração de políticas sociais e econômicas por parte do Estado. Por sua vez, as políticas públicas destinam-se a racionalizar a prestação coletiva do Estado, baseando-se, para tanto, nas principais necessidades de saúde da população, buscando promover a tão aclamada justiça distributiva, inerente à própria natureza dos direitos sociais, representando assim a própria garantia destes direitos. (13-16)

Segundo Marques (17), se por um lado a crescente demanda judicial acerca do acesso a medicamentos, produtos para a saúde, cirurgias, leitos de UTI, dentre outras prestações positivas de saúde pelo Estado, representa um avanço em relação ao exercício efetivo da cidadania por parte da população brasileira, por outro, significa um ponto de tensão perante os elaboradores e executores da política no Brasil, que passam a atender um número cada vez maior de ordens judiciais, garantindo as mais diversas prestações do Estado – prestações estas que representam gastos públicos e ocasionam impactos significativos na gestão pública da saúde no País.

Marques e Dallari (18) sustentam que as políticas públicas estabelecidas em matéria de assistência à saúde devem ser conhecidas pelo Poder Judiciário, ao garantir efetivamente o direito à saúde nos casos concretos que são submetidos à sua apreciação, pois, desta maneira, seria possível conjugar os interesses individuais com os coletivos, formalizados mediante tais políticas.

Para Fleury(18), não há dúvidas que a Judicialização decorre do aumento da democracia e da inclusão social, representados pela positivação dos direitos sociais e pela difusão da informação e da consciência cidadã. No entanto, também é fruto das debilidades do Legislativo, da indefinição do arcabouço legal, e do Executivo, por atuar na ausência de definição de normas ou parâmetros que impeçam as instituições estatais, por serem tão precárias, de se responsabilizarem pela peregrinação.

Segundo Pepe *et al* (19), a judicialização da saúde é um fenômeno multifacetado, que expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça. A intervenção judicial no âmbito da gestão do setor saúde tem sido alvo de intenso debate e, recentemente, ganhou destaque no Supremo Tribunal Federal (STF), com a realização de Audiência Pública que possibilitou a interlocução entre atores envolvidos.

A este novo papel exercido pelo Poder Judiciário na garantia de direitos individuais, tem sido atribuída a noção de judicialização. No campo específico da política de saúde, a judicialização tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio do recurso a ações judiciais. Com o aumento exponencial das ações e a impossibilidade de previsão orçamentária dos gastos por elas acarretados, os gestores do sistema de saúde, nos três âmbitos, tentam resolver de diversas maneiras os impasses criados.

Qualificando a discussão, Fleury (18) destaca que a judicialização da saúde no Brasil foi vista até agora como uma interferência indevida sobre a capacidade de planejamento e ação do Executivo e também como uma ameaça à ação dos gestores locais, fruto do hiperativismo da procuradoria. A autora destaca que crê que esta fase está sendo superada e defende que a judicialização é, hoje, a maior aliada ao SUS.

O fenômeno da judicialização envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos. Os vínculos entre Direito e Saúde Coletiva intensificaram-se nas últimas décadas, com a consolidação de jurisprudências e intervenções do Poder Judiciário na gestão de saúde, inclusive no que se refere à Assistência Farmacêutica (AF). (20)

Sobremaneira, os dilemas vividos pelo poder judiciário são inúmeros, convivendo cotidianamente com a concretude de demandas diversas que, muitas vezes, representam a possibilidade de que uma vida seja salva e/ou um sofrimento amenizado. Notadamente, estas demandas possuem uma interface com as políticas públicas, que por sua vez, estão enredadas em diversos e diferentes atos normativos, padecendo de uma sistematização acessível e por vezes com fluxos e processo que contradizem as necessidades/demandas objeto dos atos jurídicos exarados.

Conhecer este fenômeno, que como citado, é multifacetado, requer a construção de caminhos que possibilitem a análise de fatores que, isolada ou conjuntamente, influem em sua constituição.

Para tanto, fazem-se necessários o aprofundamento da leitura do tema e a identificação dos elementos que o induzem, seja no âmbito da gestão, na conformação das características do perfil dos demandantes; na prática e embasamento dos operadores do direito, na dinâmica da implementação das políticas, dentre outros.

3. CAMINHOS E POSSIBILIDADES PARA DESVENDAR O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO

Segundo Ventura (20), o direito à saúde é reconhecido em leis nacionais e internacionais como um direito fundamental que deve ser garantido pelos Estados aos seus cidadãos, por meio de políticas e ações públicas que permitam o acesso de todos os meios adequados para o seu bem-estar. A trajetória do reconhecimento do direito à saúde como relativo à dignidade humana e, conseqüentemente, sua incorporação nas leis, políticas públicas e jurisprudências, espelham as tensões e percepções sobre as definições de saúde e doença, de como alcançar este estado de bem-estar e quais os direitos e responsabilidades dos cidadãos e dos Estados.

Como já destacado, a demanda judicial brasileira mais recorrente no âmbito da saúde é constituída por pedidos – individuais e coletivos – de medicamentos, que em sua maioria se respaldam numa prescrição médica e na suposta urgência de obter aquele insumo; ou de realizar um exame diagnóstico ou procedimento considerados capazes de solucionar determinada “necessidade” ou “problema de saúde”. A escolha da via judicial para o pedido pode se dar pela pressão para a incorporação do medicamento/procedimento no SUS ou pela ausência ou deficiência da prestação estatal na rede de serviços públicos.

Os estudos sobre o fenômeno da Judicialização no Brasil revelam algumas deficiências e insuficiências do sistema de saúde e justiça brasileiro para responder de forma satisfatória suas responsabilidades sanitárias. (17;21-24)

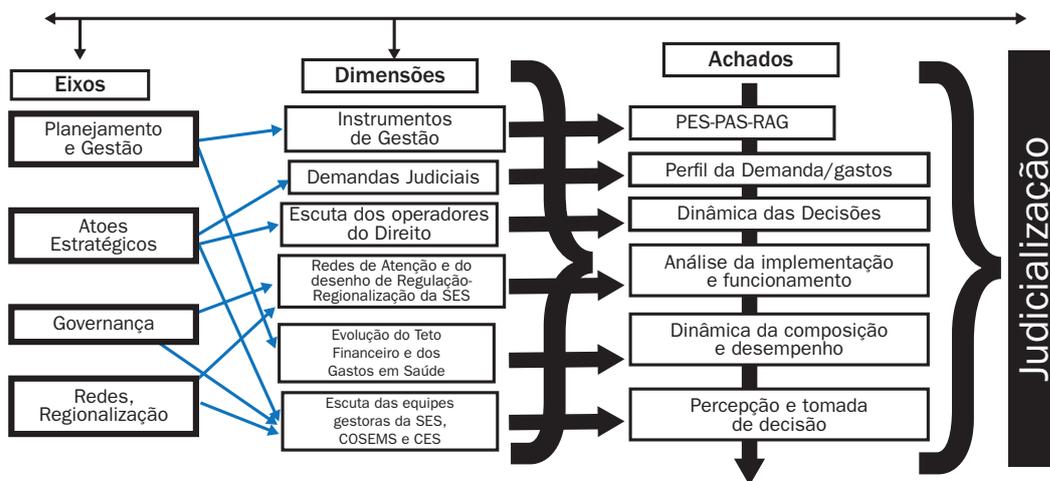
Desta forma, a judicialização envolve problemas de acesso à saúde que apontam deficiências no desempenho dos sistemas de saúde, associadas à oferta de serviços, sendo a judicialização um caminho que não pode ser descartado para a redução da distância entre o direito real e o potencial.

No que tange às práticas do judiciário, elas estão fortemente vinculadas a prescrições individuais que levam à determinação do cumprimento pelos gestores de saúde da prestação requerida, porém nem sempre o insumo e/ou procedimento requerido é concordante com Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelas instâncias do SUS. (17;21-26)

Segundo Pepe *et. al* (19), tal posicionamento do Judiciário tem resultado em uma forte tensão e discussão sobre a legitimidade e a competência técnica e/ou legal-institucional deste poder para decidir sobre o conteúdo e o modo como a prestação estatal deve ser cumprida pelo Poder Executivo.

Tendo em vista os aspectos destacados, se faz necessário identificar as dimensões que conformam o fenômeno da judicialização e, para tanto, apontamos, como um dos caminhos, a construção de uma matriz de análise que possa ser aplicada para moderar os aspectos intervenientes ao referido processo.

Figura 1 - Matriz de Análise da Judicialização



Fonte:Carvalho & Mafort.

A matriz acima apresenta quatro eixos estratégicos vinculados a temas que dizem respeito aos instrumentos de gestão; a atores estratégicos vinculados ao tema; aos aspectos inerentes à governança e, por fim, aos processos relacionados às redes e à regionalização. Temas que, em que pese sua individualidade, precisam ser analisados de maneira sincrônica para ganhar força e concretude na análise e explicação do problema.

Para dar vazão ao desenvolvimento da aplicação dos eixos, foram definidas seis dimensões que guardam relação com a condição de integração dos instrumentos de gestão, notadamente, o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual (PAS) e o Relatório de Gestão (RAG), buscando identificar, na análise de situação de saúde, quais as prioridades definidas e, a partir daí, quais os objetivos, diretrizes e metas estabelecidos e trabalhados na PAS e avaliados no RAG.

Esta análise permite verificar se os reais problemas da população estão sendo priorizados e como o gestor está fazendo para planejar, programar, acompanhar e avaliar as ações a serem implementadas.

A segunda dimensão está vinculada à leitura das demandas judiciais que, como vimos nos destaques feitos anteriormente, são de caráter individual e, na maioria das vezes, ligadas a acesso a medicamentos. O conhecimento das demandas permite o conhecimento do perfil do demandante, a natureza do pedido, dos fluxos e processos de trabalho, bem como da matriz de responsabilidade dos setores envolvidos; dos espaços de negociação constituídos formal e informalmente com os atores envolvidos, e as formas de comunicação estabelecidas para o enfrentamento do problema, como também identificar as normativas instituídas no âmbito do estado/município para regular os processos inerentes à judicialização, categorizando as principais decisões tomadas, tendo como base a jurisprudência em curso.

A dimensão inerente à escuta aos operadores do direito, que é a terceira, tem o objetivo de identificar os principais atores (juízes/promotores/defensores/advogados) envolvidos no manejo de demandas judiciais, procurando analisar os fatores inerentes às suas decisões, mapeando os fluxos estabelecidos entre estes e os demais operadores, no sentido de garantir o direito dos demandantes, como também a escuta dos gestores.

A quarta dimensão está vinculada ao estudo sobre o processo de implantação das redes de atenção, a regulação e o processo de regionalização em curso.

Aqui, cabe a Identificação das Redes de Atenção tendo como base o desenho regional, expresso nas atas da CIB, CIR, no PES e PDR, a partir da categorização das estruturas e fluxos que conformam as centrais de consultas, exames e leitos, a existência de consórcio de saúde, seu estágio de implantação, os serviços que compõem as redes, sua capacidade potencial e real de produção, sua relação com a Atenção Básica; cobertura e volume de recursos, a identificação dos processos de pactuação das redes e as responsabilidades assumidas pelos gestores no desenho regional.

Por fim, cabe também categorizar os processos e práticas de regulação estabelecidos pela SES e SMS e o estabelecimento de novas ações para a melhoria do acesso, identificando os avanços e desafios.

O processo de financiamento será trabalhado na quinta dimensão, referente à evolução do teto financeiro e dos gastos, procurando identificar, por meio das bases de dados (SIOS), a evolução financeira, tendo como componentes-chave os elementos de despesa. Identificar a participação do estado, da União e dos municípios na composição do Teto Financeiro, realizar o estudo da composição do teto e do desempenho dos entes, correlacionando a produção de serviços, são aspectos centrais nesta análise.

Fechando o ciclo da matriz, temos a sexta dimensão, que envolve a escuta de gestores da SES, COSEMS e de Conselheiros de Saúde, procurando identificar a percepção dos mesmos sobre a magnitude do fenômeno, suas principais causas, consequências e medidas para sua gestão.

Os achados, a partir dos componentes estudados, servirão de base para a construção de um diagnóstico circunstanciado inerente aos elementos que possam servir de base para gerir/controlar os possíveis processos que influem sobre o fenômeno.

Cabe destacar que a construção deste processo avaliativo não deve ser pontual e nem cabe utilizar um único eixo/componente para explicar o fenômeno, sendo necessária uma construção sinérgica para que possamos definir o peso de cada um dos componentes, como também o grau de sua correlação e as linhas de intervenção a serem adotadas.

4. DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO CONVÍVIO COM A JUDICIALIZAÇÃO, POIS NAVEGAR É PRECISO

Como podemos observar, o fenômeno da Judicialização é composto por um conjunto de fatores que, quando articulados, ampliam a magnitude do problema, o qual tem, na centralidade, a compreensão entre direito e saúde e está como garantia do cidadão.

Importante destacar que o direito à saúde possui dimensões éticas, políticas, jurídicas e técnico-científicas indissociáveis, e sua maior ou menor realização dependerá de um diálogo orientado por um enfoque hermenêutico, no plano individual ou coletivo, aliado ao enfrentamento de desafios teóricos e práticos na construção das novas instrumentalidades para sua efetividade. (27)

Fica claro que a preservação deste direito é fundamental, porém se faz necessário, por parte dos operadores do direito, levar em conta as alternativas terapêuticas, oferecidas pelo SUS, pois em boa parte das situações estas alternativas atendem às necessidades dos demandantes. Outro ponto a ser destacado diz respeito à prescrição médica individual requerida em comparação ao que está disponível no SUS e respaldada por evidências científicas. (28)

O direito à saúde tem, assim, seu exercício relacionado às políticas e aos serviços públicos de saúde que possuem um suporte legal de leis, contratos e normas infralegais, além de disposições constitucionais. (29)

Nesse sentido, um componente fundamental, por parte dos gestores públicos, diz respeito ao investimento na qualificação do processo regulatório das novas tecnologias, fundamentalmente os critérios de inclusão e exclusão dos produtos e insumos vinculados às necessidades do cidadão.

Outro aspecto fundante está vinculado à ampla transparência e à participação dos diversos atores sociais nesse processo, legitimando, quando necessário, as restrições necessárias. Destacadamente, a compreensão de como vêm se dando as relações entre as dimensões na produção normativa, que orienta leis, e políticas e práticas de saúde, é um passo importante em prol da efetividade do direito à saúde ou, ao menos, para ampliação do acesso à justiça e à saúde. (30)

Cabe destacar a necessária qualificação da interlocução entre o Poder Executivo e Judiciário, com a definição clara no que tange às competências e possibilidades de intervenção, um exemplo disso foi a Audiência Pública n. 4, realizada pelo STF em abril e maio de 2009, que resultou, entre outras medidas, na aprovação pelo CNJ da Recomendação n. 31/2010 (31) — traça diretrizes aos magistrados quanto às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde; da Resolução n. 107/2010 (32) — institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução de demandas de assistência à saúde; da Recomendação n. 36/2011 (33) — se refere à assistência à saúde suplementar; da Recomendação n. 43/2013 (34) — recomenda a especialização das Varas para processar e julgar ações relacionadas ao direito à saúde e, por fim, da Resolução n. 238/2016 (35), na qual foram aprimorados os preceitos da Resolução n. 107, bem como estabelece a criação dos Nat-Jus e as regras de especialização das varas em comarcas com mais de uma vara de Fazenda Pública.

Destacadamente, a defesa técnica do gestor, para surtir efeito, precisa de sólido embasamento técnico-científico, dependendo primordialmente de uma comunicação refinada entre os campos jurídico e da saúde, sendo o fomento ao diálogo fundamental para a qualificação das políticas públicas de saúde. Neste contexto, o aprimoramento da comunicação interna do próprio Executivo junto às Procuradorias dos Estados, e destes, com as equipes técnicas das SES, são imprescindíveis. (19)

Outro ponto que merece destaque nesta travessia está vinculado às questões de alocação de recursos públicos para a atenção à saúde, como também do uso racional das inovações tecnológicas na saúde, surgindo assim a necessidade de se discutir um padrão adequado de assistência e/ou critérios para a incorporação e o acesso aos procedimentos e insumos no âmbito do sistema de saúde, respeitando a equidade e integralidade no acesso à saúde como um direito do cidadão.

Uma outra constatação diz respeito à sistematização das informações sobre a demanda judicial, que possa facilitar a análise do problema, tanto no âmbito dos serviços de saúde, como nos espaços estratégicos de gestão e articulação intersetorial, onde atuam os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); os Conselhos de Saúde; a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o Conselho Nacional de Justiça (CNJ); a Defensoria Pública; o Ministério Público, dentre outros, delineando e aprimorando dados para serem utilizados na construção de indicadores de monitoramento das ações judiciais para o acompanhamento e comparação da situação dos mandados judiciais entre diferentes locais. (19)

Com base nesses fatores, se faz necessária a criação de mecanismos de constante atualização de informações inerentes às demandas judiciais, compartilhadas entre os diversos atores e setores envolvidos na garantia do direito à saúde. Outro aspecto está vinculado à viabilização do acesso a informações e análises, ampliando o leque de possibilidades de ações do gestor na análise de situação, planejamento, programação, monitoramento e avaliação de suas ações.

Ainda, merece destaque a qualidade e inteligibilidade das informações e análises disponibilizadas, pois uma linguagem clara e precisa auxilia no desencadeamento de ações inovadoras com a adesão de atores pertencentes a campos e formações distintas, auxiliando na formulação de estratégias e ações mais efetivas para a melhoria do acesso à saúde e conseqüente redução de demandas judiciais.

REFERÊNCIAS

1. Santos L, Andrade MO. SUS: O espaço da gestão inovadora e dos consensos inter-federativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Conasems-IDI-SA; 2007.
2. Carvalho AL, Souza MF, Shimizu HE, Senra IM, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciências &Saúde Coletiva*. 2012;17(4):901-911.
3. Dallari SG. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec; 1995. 133 p.
4. Almeida MH. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*. 2001;51:13-34.
5. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(N Esp).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. NOB 01/93. Brasil: Ministério da Saúde; 1993.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. NOB 01/96. Brasil: Ministério da Saúde; 1997.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasil: Ministério da Saúde; 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF. Série Pactos pela Saúde.1: 2006.
10. Carvalho AL, Souza MF, Shimizu HE, Senra IM, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciências &Saúde Coletiva*. 2012;17(4):901-911.
11. Brasil. Decreto 7.508/2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o plane-

jamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

12. Fleury S. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*. 2012;36(93):151-162.

13. Massa-Azabe PH. Dimensão Jurídica das Políticas Públicas. In Bucci MP Organizador. *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva; 2006. p.51-74.

14. Bucci MP. O conceito de políticas públicas em direito. In *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva; 2006. p.1-40.

15. Marques SB. Judicialização do direito a saúde; *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo. 2008;9(2):65-72.

16. Marques SB, Dallari SG. A garantia do direito à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 2007;41(2):101-107.

17. Fleury S. Desigualdades injustas o contradireito à saúde. *Psicologia e Sociedade*. Rio de Janeiro. 2011;23(especial):45-52.

18. Pepe VL, Figueiredo TA, Simas L, Castro-de-Osório CG, Ventura M. A Judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2405-2414.

19. Ventura M, Simas L, Pepe VL, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde: *Physis*. *Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20(1):77-100.

20. Sant´ana JM. *Essencialidade e Assistência Farmacêutica: um estudo exploratório das demandas individuais para acesso a medicamentos no estado do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2009.

21. Romero GC. A perda da chance de cura na responsabilidade médica. *Revista da EMERJ*. 2008;11(43).

22. Borges DL. *Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos do SUS: o caso do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2007.

23. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):214-222.

24. Messeder AM, Osorio-de-Castro CG, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):525-534.

25. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2004;20(2):190-198.
26. Ayres JR. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*. Rio de Janeiro. 2007;17(1):43-62.
27. Leivas PG. Princípios de direito e de justiça na distribuição de recursos escassos. *Revista Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 2006;14(1).
28. Delduque MC, Marques SB, Romero LC. A saúde precisa de juízes epidemiologistas! *Saúde em Debate*. São Jose do Rio Preto. São Paulo. 2009;33(81):80-87. [internet]; [acesso em 02 mar 2018]. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/4063/406341772010/index.html>.
29. Schramm FR. Bioética da proteção e incorporação de C&T em saúde. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*. 207;2.
30. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Recomendação n.31/2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. [internet]; [acesso em 20 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1195>.
31. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Resolução n. 107/2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. [internet]; [acesso em 20 fev 2018]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2831>.
32. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Recomendação n. 36/2011. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, com vistas a assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde complementar. [internet]; [acesso em 20 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1227>.
33. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Recomendação n. 43/2013. Recomenda aos Tribunais de Justiça e aos Tribunais Regionais Federais que promovam a especialização de Varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e para priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde complementar. [internet]; [acesso em 20 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=1234>.
34. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Resolução n. 238/2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. [internet]; [acesso em 20 fev 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>.

Processo de Consolidação SUSLegis: Discussões do Desenho Metodológico

Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos¹
João Alberto de Oliveira Lima²
Márcio Iorio Aranha³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/TAErst>

RESUMO

A racionalização do ordenamento jurídico, seja pela via da codificação ou da consolidação, se dá pela sistematização de normas jurídicas. A Lei Complementar n. 95/1998 definiu regras a serem seguidas pelo processo de consolidação de leis e atos normativos. Pouco se evoluiu no sentido da consolidação da Legislação Federal ou da consolidação dos decretos de conteúdo normativo e geral, e demais atos normativos infraconstitucionais, conforme prescreve a lei complementar. O tema possui bastante relevância e nota-se a escassez de seu enfrentamento acadêmico. Como contribuição para tratar o problema da sistematização de normas jurídicas, o presente trabalho propõe expor o desenho metodológico e o passo a passo utilizado no projeto inovador, que durou cerca de um ano, entre 2016 e 2017, denominado SUSLegis, que consistiu na análise de cerca de 16 mil Portarias do Gabinete do Ministro da Saúde e consolidação das portarias normativas pertinentes ao Sistema Único de Saúde. O trabalho possui um viés metodológico com uma abordagem interdisciplinar voltada à organização da informação jurídica apoiada em teoria neoinstitucional para viabilização do trabalho de consolidação de atos regulatórios.

Palavras-chave: Sistema de Legislação da Saúde. Consolidação Normativa. Desenho Metodológico.

1 CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6635260673535090>. Mestranda em Direito na Universidade de Brasília. E-mail para contato: amandaespineira@gmail.com

2 CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/5218258152780642>. Doutor em Ciência da Informação e Doutorando em Direito na Universidade de Brasília. E-mail para contato: joali13@gmail.com

3 CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9930841069316962>. Professor Associado da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília. E-mail para contato: iorio@unb.br

1. INTRODUÇÃO

Em 1998, a Lei Complementar n. 95 determinou que os Poderes Executivo e Legislativo envidassem esforços para consolidação das normas de âmbito legal e infralegal. Obedecendo ao mandamento de lei complementar, somente um órgão da Administração Pública Federal, até o momento, o implementou. O Ministério da Saúde inovou, em outubro de 2017, na estruturação da informação jurídica de nível infralegal, referente ao Sistema Único de Saúde, ao inaugurar uma nova categoria de instrumento normativo consolidador.

A nova categoria “Portaria de Consolidação” vem definida pela Portaria GM/MS n. 2.500, de 28 de setembro de 2017, como a espécie de portaria normativa resultante da integração das portarias normativas em vigor pertinentes à determinada matéria, mediante a revogação formal das normas incorporadas à consolidação e sem modificação do alcance nem interrupção da força normativa dos dispositivos consolidados (art. 2º, VI, da Portaria GM/MS n. 2.500/2017).

A Lei Complementar n. 95, de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação de decretos e demais atos de regulamentação expedidos por órgãos do Poder Executivo, dispõe sobre os requisitos da codificação e consolidação dos atos normativos. Hoje, o equivalente ao volume de normas de todos os códigos brasileiros – entre eles o Código Civil, o Código Penal, a Consolidação das Leis do Trabalho, o Código de Águas etc. – encontra-se consolidado em seis portarias de consolidação aprovadas em outubro de 2017, reunindo a disciplina ministerial de regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, de todas as políticas de saúde, programas, sistemas, subsistemas, redes e ações de saúde.

A dimensão e complexidade das normas protetivas da saúde no Brasil – mais de 30.000 dispositivos correlacionados entre políticas, sistemas, redes, ações e financiamento da saúde – exigiu um processo organizativo inovador, que repercutisse as conexões das instituições fundamentais de disciplina da saúde em uma estrutura normativa consolidadora coerente e passível de atualização, mediante preservação da ossatura temática, em moldes institucionais capazes de responder a um ambiente de intensa produção normativa e participação social. É sobre este processo inovador organizacional que se trata a metodologia descrita neste trabalho.

Desenvolveu-se método inovador de construção de moldes institucionais para estruturação normativa em uma consolidação do SUS, conforme teoria neoinstitucional de organização da informação jurídica em normas diretivas, estruturantes e operacionais. Essa estrutura neoinstitucional de organização da informação jurídica, no âmbito do Poder Executivo Federal, permite simplificar o acesso à informação em formato nunca antes experimentado em nível infralegal no País, com projeção de perpétua organização da informação jurídica nos moldes do novo institucionalismo.

O processo organizacional de Consolidação das Normas do SUS teve por parceiros o Programa de Direito Sanitário da Fiocruz, o Núcleo de Direito Setorial e Regulatório da Faculdade de Direito da UnB, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A parceria permitiu que pesquisadores com expertise nas áreas de direito sanitário, saúde pública, medicina, ciência da computação, ciência da informação e regulação atuassem em uníssono para produção da Consolidação das Normas do SUS.

O público-alvo da iniciativa de consolidação das normas do SUS é toda a Administração Pública Federal, estadual e municipal de saúde, que lida cotidianamente com o maior sistema único de saúde do mundo democrático e o mais complexo sistema normativo da Administração Pública brasileira prestacional, compartilhado entre a União, os estados-membros e todos os municípios do País. Todas as secretarias do Ministério da Saúde, que, a propósito, participaram ativamente do processo de elaboração da Consolidação das Normas do SUS, encontram-se hoje integradas na missão de preservação da estruturação neoinstitucional das Portarias de Consolidação do SUS, em sintonia com a AGU e os órgãos deliberativos do SUS em âmbito federal. O processo organizacional também está sendo replicado para as administrações estaduais e municipais por intermédio do Conass e do Conasems.

Apoiadas no neoinstitucionalismo jurídico, na teoria da linguagem, na tradição hermenêutica e na gramática generativa, foram identificadas categorias estruturantes da normatização do SUS e identificadas as regras institutivas de políticas, programas, sistemas, redes e ações de saúde no Brasil.

Em paralelo à produção, em parceria, das Portarias de Consolidação do SUS, publicadas em 3 de outubro de 2017, os servidores do Ministério da Saúde envidaram esforços de organização administrativa para recepção da nova estruturação normativa de todos os direitos, deveres e políticas de saúde do Brasil e adaptação dos processos organizacionais de acompanhamento dos serviços de saúde e de atualização regulamentar. A grande inovação, decorrente da estruturação neoinstitucional da única consolidação de normas infralegais brasileiras, encontra-se na integração entre todos os órgãos ministeriais no processo de atualização da regulamentação, remetendo-se ao mesmo conjunto normativo consolidado, evitando-se, assim, incoerências, repetições, contradições ou desconexão estratégica. Cada nova portaria passa por análise ministerial de ajuste ao contexto consolidado e é integrada às portarias de consolidação, segundo a lógica de categorias institucionais que presidiu a criação dessas portarias.

A estrutura regulamentar consolidada do SUS, ao mesmo tempo em que simplifica a vida do cidadão e garante o direito à saúde, também impõe um diferencial de maior complexidade organizacional para que a estrutura de normas diretivas, estruturantes e operacionais da Consolidação de Normas do SUS permaneça coerente, na medida em que novas normas são aprovadas diariamente tanto em âmbito federal, quanto estadual e municipal. Para que se tenha uma ideia da dimensão de normas

aprovadas, de setembro de 1990 até dezembro de 2017, foram aprovados mais de 80.000 instrumentos normativos regulamentares do SUS somente no âmbito do Ministério da Saúde, não computados aqueles aprovados nos estados-membros e DF e nos municípios brasileiros.

A Consolidação de Normas do SUS busca, em última análise, a fruição de um dos principais direitos fundamentais do esquema constitucional de direitos individuais, sociais e difusos: o direito à saúde. A organização da informação jurídica é um passo não somente relevante, mas necessário para a garantia desse direito e da cidadania, e o processo organizacional criado para estruturação das normas de saúde em categorias institucionais, segundo o neoinstitucionalismo jurídico, inova sobremaneira na forma de se produzirem normas na Administração Pública brasileira.

A antiga demanda por um processo organizacional concertado entre os diversos atores administrativos, finalmente, foi alcançada mediante a construção de um pacto por atuação conjunta entre todos os órgãos ministeriais, dirigida por uma consolidação normativa integradora das iniciativas de atualização regulamentar, que carrega consigo o parâmetro de estruturação normativa aglutinador da organização administrativa.

A inovação organizacional dá-se, primeiramente, quanto ao objeto de organização da informação jurídica na forma de preservação permanente da estrutura consolidada de normas, a partir de categorias do neoinstitucionalismo jurídico, que se apoia na teoria dos atos de fala e na concepção de instituição como um conceito jurídico regulado por conjuntos de regras institutivas, consequenciais e terminativas. Ao se consolidarem as normas do SUS em um documento estruturado, o desafio de processo organizacional da Administração Pública está em remodelar todas as etapas de produção normativa ministerial para que elas se apropriem e sejam produzidas à imagem e semelhança das categorias institucionais que guiaram a construção da Consolidação das Normas do SUS. Por isso, a iniciativa de Consolidação das Normas do SUS é inovadora em criar um processo organizacional de atualização da única experiência nacional de consolidação normativa infralegal em funcionamento no Brasil, que lida com o setor mais complexo de prestação de serviços públicos do País.

O primeiro grande resultado da iniciativa está na aprovação da primeira consolidação de normas infralegais do Brasil, pertinente a um dos setores mais complexos de prestação de serviços públicos à sociedade: a Consolidação das Normas do SUS. Seus impactos imediatos são imensos, ao eliminar do ordenamento jurídico brasileiro mais de 5.000 dispositivos redundantes ou contraditórios, bem como simplificar a estrutura normativa de direitos, políticas, programas, sistemas, redes e ações de saúde do País. Seus impactos, a médio e longo prazos, também não devem ser menosprezados, pois um modelo de organização da informação jurídica e da prática organizacional do Poder Executivo, no âmbito da saúde, certamente terá o efeito de induzir outros órgãos do Poder Executivo federal, estadual e municipal a introduzirem a abordagem neoinstitucional na consolidação das normas de diversos setores de atividades relevantes.

2. MÉTODOS

A totalidade das etapas do projeto de pesquisa SusLegis e seus desdobramentos foram construídos em uma abordagem pesquisa-ação, isto é, à medida que se avançava nas principais etapas previamente delineadas, observavam-se as dificuldades encontradas, realizavam-se ajustes e eram definidos os passos seguintes do processo, além das minúcias de cada uma das etapas pré-determinadas.

A primeira etapa pré-definida foi a de “Varredura”, que envolveu a fixação de princípios de seleção das portarias e a identificação das portarias consolidáveis no universo de todas as portarias do Gabinete do Ministro da Saúde desde a publicação da Lei n. 8.080/90. Esta primeira etapa partiu da análise documental de política pública em documentos recuperados no Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis) – banco de dados de informação legislativa mantido pelo Ministério da Saúde –, utilizando termos de busca como argumentos de pesquisa. “Documento de política” e “documento básico” são expressões adotadas, aqui, para referir ao documento que reúne o conjunto de categorias institucionais de uma política, publicado em meio impresso ou eletrônico, com atenção a critérios editoriais que permitem sua recuperação.

O conjunto de documentos recuperados no primeiro levantamento não permitiu obter a totalidade das normas instituidoras e documentos das políticas setoriais identificadas. Adotou-se, então, um protocolo de busca que ampliou o número de bancos de dados pesquisados. Isto é, na dificuldade de recuperar, no Saúde Legis, os documentos relativos a uma política identificada no primeiro levantamento, passou-se a buscá-los, sequencialmente, em outros bancos de dados informatizados: o Diário Oficial da União; o portal do Ministério da Saúde, na web; a Biblioteca Virtual de Saúde, e a Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde Brasil (Rede BiblioSUS).

Como critérios de inclusão e exclusão, e considerando o objetivo de determinar quais categorias institucionais conformam uma política de saúde do ponto de vista do Ministério da Saúde – na qualidade de principal e mais prolífico formulador dessas políticas –, foram incluídas na análise apenas as políticas instituídas por portarias emanadas do Gabinete do Ministério da Saúde (Portarias GM/MS), excluindo as instituídas por meio de outras espécies normativas (leis, decretos, resoluções) e por portarias interministeriais. Incluíram-se na amostra aquelas políticas que, mesmo sem norma instituidora, contavam, em sua formalização e publicização, com um “documento de política” ou “documento básico”, publicado oficialmente pelo Ministério da Saúde.

O tratamento dos dados seguiu a análise dos documentos de política feita a partir de um “formulário para coleta de dados”, elaborado para cada política identificada, nos quais se registraram: categoria da política, ano de instituição, denominação, norma instituidora e normas associadas. Dois quadros permitiram registrar o formato do documento de política e a presença ou ausência de diferentes categorias institucionais levantadas na literatura sobre a matéria. As referências bibliográficas e os endereços eletrônicos de onde os documentos de políticas poderiam ser recuperados, além de

outras informações relevantes, eram mantidos em base específica compartilhada por todos os pesquisadores do projeto.

As políticas recuperadas foram categorizadas em três grupos:

- i. políticas de saúde pública (referentes ao controle de doenças, ao enfrentamento de agravos de saúde coletiva, e à saúde de segmentos populacionais);
- ii. políticas voltadas para a organização da atenção à saúde (incluindo questões gerais – e.g. medicamento, atenção básica, atenção hospitalar, gestão da ciência e tecnologia – e a organização da atenção a agravos específicos – e.g. atenção odontológica, atenção a doentes renais crônicos);
- iii. políticas relativas à organização e gestão do SUS (gestão estratégica e participativa, educação permanente, informação e informática).

Já a etapa de “Categorização”, que veio em seguida, consiste na distribuição das normas consolidáveis em categorias institucionais. As “Associações Temáticas”, em terceiro lugar, consistem:

- a. no relacionamento das instâncias institucionais identificadas nas portarias consolidáveis;
- b. na apropriação das correlações em *software* de ontologias (categorias básicas do ser);
- c. na utilização do padrão *topic maps* para representação da informação armazenada pelo editor de ontologias;
- d. na representação visual das correlações de todas as instâncias institucionais do SUS.

O “Cadastro”, por sua vez, constituiu a etapa subsequente às associações temáticas, na qual, a partir do universo de textos a serem consolidados, ocorreu:

- a. a inclusão de normas;
- b. a classificação de normas;
- c. sua importação e/ou digitalização;
- d. a estruturação dos dispositivos e das remissões expressas.

Permeando todas as demais etapas, a “Base de TI” também foi essencial para o desenvolvimento do projeto por meio da especificação de ferramenta de tecnologia da informação do projeto e da programação da base de TI instrumental ao projeto capaz de manter as categorias institucionais, suas classificações, ordenação e correlacionamento preservados em um formato tecnológico inovador adaptativo.

A “Compilação” ocorreu com o texto atualizado e com todos os dispositivos tratados e rotulados de acordo com categorias de análise individuais, como “cláusula de revogação”, “cláusula de vigência”, “cláusula de alteração” e marcas gerais e específicas criadas pela equipe do Projeto SUSLegis para setorizar e facilitar o processo

final de consolidação. Além disso, também ocorreu a especificação de relações entre normas, tais como alteração e revogação expressa, a partir de marcações, cujas modificações nas normas alteradoras repercutiam nas normas alteradas, gerando um produto final refinado.

Por fim, após todas as etapas anteriormente descritas, procedeu-se à “Consolidação”, gerando o produto final: o texto da norma consolidadora, bem como outros resultados decorrentes, mas não menos relevantes, quais sejam: os relatórios gerenciais das reuniões, deliberações e processos adotados; a matriz de consolidação com texto puro e texto explicativo; a norma de origem com texto puro e destinação individualizada de cada dispositivo consolidado.

A metodologia do projeto, dessa forma, foi sendo desenvolvida e adaptada à medida que o projeto evoluía, apoiando-se em quatro principais modelos teóricos: a gramática generacional, a hermenêutica, o neoinstitucionalismo e a teoria dos atos de fala.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O influente esforço de Wilhelm von Humboldt sobre a teoria da linguagem (1) a definiu por seus componentes externos e internos e sua mútua interpenetração, antecipando a teoria da gramática generativa proposta por Chomsky (2), segundo a qual as relações gramaticais de uma linguagem são um mecanismo finito capaz de gerar o conjunto infinito de frases gramaticais e significados.

Por outro lado, a tradição hermenêutica – enquanto arte da compreensão (3), e, mais especificamente, a hermenêutica prescritiva, enquanto metodologia da interpretação sobre produções culturais – inclusive normativas –, segue pressupostos semelhantes e, muitas vezes, inspirados em teorias da linguagem, partindo do pressuposto da possibilidade de fixação de regras de interpretação capazes de revelarem significados estáveis nas chamadas formas significativas, dentre elas, a forma escrita de uma norma, quando transposta na subjetividade do intérprete (4-5).

A hermenêutica prescritiva preocupa-se com o segundo estágio do processo de construção de significado, ao analisar o produto institucional normativo em sua vivência interpretativa e revelar como o processo de interpretação pode se apoiar em regras de criação do seu significado, que reforçam a influência de ambos os polos do processo interpretativo: o institucional (a forma significativa) e o subjetivo (os tipos ideais presentes no intérprete).

Em comum, tanto a teoria linguística da gramática generativa quanto a hermenêutica prescritiva reconhecem a importância da estruturação da norma conforme regras. A gramática generativa reforça o momento de modelagem institucional pautada por regras finitas de relação gramatical para produção infinita de frases gramaticais; enquanto a hermenêutica prescritiva amplia as possibilidades de significação da produção cultural, inclusive escrita, na criatividade do intérprete, mas a partir de pautas definidas no âmbito estruturante e presentes na criação cultural interpretada.

Sob ambos os enfoques, o esforço de identificação de categorias estruturantes da norma é bem-vindo para dar ordem à forma institucional, alcançando uma maior segurança interpretativa – enfoque da hermenêutica prescritiva –, sem que o conjunto de regras institutivas delimite as possibilidades criativas do produtor – enfoque da teoria da gramática generativa.

As teorias expostas situam o presente esforço de definição de categoriais conceituais comuns à consolidação normativa de portarias de saúde como algo relevante do ponto de vista hermenêutico e possível do ponto de vista linguístico. Resta saber a que teoria se renderá homenagem para fins de operacionalização das relações conceituais estruturantes das políticas de saúde. A resposta a essa pergunta trilha o caminho do neoinstitucionalismo.

A Teoria dos Atos de Fala, do filósofo da linguagem John Searle (6), é considerada uma das principais influências da corrente neoinstitucionalista, não apenas no Direito, mas também em outras áreas do conhecimento, tais como: Economia, Administração e Ciência Política. A evolução dessa teoria deu origem à Teoria Geral dos Fatos Institucionais (7), que oferece uma explicação de como a realidade social se forma a partir do uso performativo da linguagem.

Para Searle (8), uma instituição “é um sistema de regras constitutivas, e tal sistema cria automaticamente a possibilidade de fatos institucionais”. Os fatos institucionais, na sua quase totalidade, são criados por atos do tipo “declaração” que, sendo bem-sucedidos, trazem à existência o conteúdo proposicional manifestado (7).

Os “fatos institucionais” existem dentro dos respectivos “sistemas de regras constitutivas”. Além de ser um fato institucional, a norma jurídica, mediante declarações, pode definir novos tipos de instituições, que moldam o convívio social pela definição de padrões de comportamento.

A recepção da teoria de Searle no Direito é marcada pela publicação, em 1986, da obra *An Institutional Theory of Law: new approaches to Legal Positivism*, de MacCormick e Weinberger. MacCormick (9) define “instituição jurídica” como “conceito jurídico regulado por conjuntos de regras institutivas, consequenciais e terminativas”. As instâncias desse conceito existem num período de tempo, da ocorrência de um ato ou evento institutivo até a ocorrência de um fato ou evento terminativo.

Ao se considerar a instituição como uma unidade componente de um ordenamento jurídico, percebe-se que surge uma nova entidade posicionada entre os textos das disposições e as normas jurídicas propriamente ditas. Essa entidade, a instituição, como ensinado por MacCormick (9), tem capacidade sistematizadora dupla: permite lidar tanto com a complexidade como com a extensão de um determinado ordenamento.

MacCormick (10) define “instituição jurídica” como um conceito jurídico associado a um conjunto de regras institutivas, consequenciais e terminativas que estabelece padrões de comportamento para os agentes envolvidos. As instâncias desse conceito existem num período de tempo, da ocorrência de um ato ou evento institutivo até a ocorrência de um fato ou evento terminativo. No contexto deste trabalho, as regras

institutivas e terminativas, por alterarem as posições jurídicas dos sujeitos envolvidos, são classificadas como regras de competência. E as regras consequenciais, como regras de conduta.

O Sistema Único de Saúde é apoiado em um conjunto de sistemas de informação para acesso e controle social que atinge os níveis municipal, distrital, estadual e federal para os sistemas de saúde, apoiados em ontologias, terminologias e classificações em saúde comuns e em modelos padronizados de representação da informação em saúde. Alguns deles, a título exemplificativo, são: os Sistemas de Informação em Atenção Básica; os Sistemas de Informação da Assistência Farmacêutica; os Sistemas de Informação sobre Gestão em Saúde; o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Todos eles foram finalmente integrados em um único documento normativo no dia 3 de outubro de 2017.

A replicabilidade do processo organizacional do Ministério da Saúde, relativo à Consolidação das Normas do SUS, é autoevidente, pois se apoia em normas regimentais de estruturação ministerial próprias à Administração Pública da esplanada e envolveu ativamente a Advocacia Geral da União (AGU). Todos os ministérios, secretarias estaduais e municipais do País podem adotar o processo organizacional inovador estabelecido pelo Ministério da Saúde para a gestão de consolidações de normas infralegais, existindo, inclusive, um novo instrumento normativo próprio à configuração institucional das consolidações, também criado às vésperas da publicação da Consolidação das Normas do SUS: o instrumento da Portaria de Consolidação.

O próximo passo de implementação do processo organizacional inovador de Consolidação das Normas do SUS encontra-se na implementação da segunda fase do Projeto SUSLegis, que promoverá a integração consolidada das normas de cada secretaria ministerial nos moldes das Portarias de Consolidação do SUS. Os fatores que contribuíram para o sucesso da prática inovadora foram a reunião do conhecimento burocrático ministerial, o real envolvimento de todas as instâncias decisórias do Ministério da Saúde, a presença de uma equipe responsável pela administração do projeto motivada e uma parceria com instituições da área de saúde com profissionais com expertises no tema, capitaneadas pela Fiocruz, e pesquisa interdisciplinar disponível na Universidade Pública.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo organizacional do Ministério da Saúde, que acompanha e mantém a Consolidação das Normas do SUS viva e funcional é não só sustentável, pois apoiado no neoinstitucionalismo jurídico, quanto necessário e obrigatório, pois determinada por Lei Complementar de 1998. As parcerias com o Conass e Conasems, por si sós, representam uma estratégia de sustentabilidade da iniciativa organizacional, ao envolver os principais atores de deliberação normativa do SUS no processo de simplificação e organização da informação jurídica.

Assim, o produto final do projeto de consolidação também representa um mecanismo de controle e transparência social. Outrossim, a estruturação das normas facilita a tomada de decisões sobre o tema de saúde, especificamente do SUS, tanto para dirimir questões administrativas e planejar políticas públicas, quanto para solucionar problemas jurídicos que se apresentam.

REFERÊNCIAS

1. Humboldt WV. On language: on the diversity of human language construction and its influence on the mental development of the human species. Heath P. Tradutor. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
2. Chomsky N. Cartesian linguistics: a chapter in the history of rationalist thought. New York: Harper and Row; 1966.
3. Schleiermacher FD. The hermeneutics: outline of the 1819 lectures. In Ormiston GL, Schrift AD. The hermeneutic tradition. Albany, NY: State University of New York Press; 1990. p. 85-100.
4. Dilthey W. The rise of hermeneutics. In Ormiston GL, Schrift AD. The hermeneutic tradition: from Ast to Ricoeur. Albany: State University of New York Press; 1990. p. 101-114.
5. Betti E. Hermeneutics as the general methodology of the Geisteswissenschaften. In Ormiston GL, Schrift AD. The hermeneutical tradition: from Ast to Ricoeur. Albany: University of New York Press; 1990. p. 159-197.
6. Searle JR. Speech acts: an essay in the philosophy of language. Cambridge: Cambridge University Press; 1969.
7. Searle JR. The construction of social reality. New York: Free Press; 1995.
8. Searle JR. Making the social world: the structure of human civilization. New York: Oxford University Press; 2009.
9. McCormick N, Weinberger O. An institutional theory of law. Dordrecht: Springer Science & Business Media; 1986.
10. McCormick N. Law as institutional fact. In McCormick N, Weinberger O. Editores. An institutional theory of law: new approaches to legal positivism. Dordrecht: Springer Science & Business Media; 1986. p. 53.

Conflito de Interesse: Transparência para Ficar Legal

Antônio Jorge de Souza Marques¹
Ricardo Assis Alves Dutra²



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/ynncYe>

RESUMO

O tema conflito de interesse tem merecido crescente atenção no âmbito da política pública de saúde, especialmente quanto aos aspectos éticos. Neste sentido, cumpre destacar que o conflito de interesses não ocorre apenas nas situações que envolvem aspectos econômicos, outros aspectos também podem ser ressaltados, tais como, interesses pessoais, científicos, assistenciais, educacionais, religiosos e sociais. O tema conflito de interesse foi discutido pelo Banco Mundial, no VI Encontro Latino Americano sobre Direito à Saúde e Sistemas de Saúde “Ética e Transparência no Acesso a Medicamentos”, realizado em Santiago, no Chile, em setembro de 2017, onde foi apresentada, a funcionários do setor saúde, a representantes dos poderes Legislativo e Judiciário, além de acadêmicos de vários países da América Latina, a Lei n. 22.440, de 21 de dezembro de 2016. Neste trabalho, abordaremos o tema conflito de interesse e a experiência de Minas Gerais visando a proporcionar transparência nas relações, com o objetivo de proporcionar maior conhecimento das expectativas e valores dos atores envolvidos e, com isso, de reduzir a ocorrência real de conflito de interesses.

Palavras-chave: Conflito de Interesse. Transparência. Saúde.

1 CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1946549925968311>. Especialização em Gestão de Sistemas de Saúde pela FIOCRUZ/RJ. Graduado em medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Residência Médica em Psiquiatria pelo Instituto Raul Soares de Belo Horizonte. E-mail para contato: ajs.marques@hotmail.com

2 CV disponível em <http://lattes.cnpq.br/5840218840854997>. Pós-graduado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais; em Economia da Saúde e Farmacoeconomia pela Universidad Pompeu Fabra de Barcelona na Espanha e em Gestão da Atenção à Saúde pela Fundação Dom Cabral. Graduado em Direito pela Universidade de Uberaba. E-mail para contato: ricardoalves@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O conflito de interesses pode ocorrer entre profissionais de saúde e uma pessoa jurídica (seja indústria, representantes comerciais ou hospitais), ou entre o profissional e o paciente. No âmbito da saúde, os interesses do profissional ou de seu paciente podem ser convergentes ou conflitantes. Por exemplo, na internação em um hospital universitário, pode ocorrer a convergência dos interesses quando o paciente fica, tão somente, o tempo necessário à sua recuperação, ou o conflito de interesse, quando o médico mantém o paciente internado na unidade, mesmo quando já tenha condições de ter alta, com a finalidade de expor o caso para um maior número de alunos.

Conforme Moreira (1), no início, a expressão conflito de interesses foi utilizada para conceituar a situação na qual:

um profissional integrante de uma organização empresarial, qualquer que fosse o seu cargo, tinha interesses contrários ao da empresa em uma decisão que devesse ser por ele tomada, ou da qual devesse participar ou a qual poderia influenciar. (1)

Porém, com a evolução do conceito, verificou-se que o conflito de interesses poderia ocorrer também quando ambos os interesses, sejam privados ou empresariais, fossem beneficiados. Neste caso, o que caracteriza o conflito é o benefício recebido decorrente de interesses extraprofissionais. O autor usa o exemplo de “uma pessoa que decida em nome da empresa a aquisição de um imóvel e que dentre as ofertas equivalentes recebidas escolhe uma feita pelo seu pai”. (1)

Para a Controladoria Geral da União (CGU) (2), o simples fato de haver um confronto entre o interesse público e o privado, não necessariamente, configura uma situação de conflito. Conforme entendimento da CGU, para que haja a caracterização do conflito de interesses, é necessário que esse confronto implique prejuízo para o interesse coletivo ou para o desempenho da função pública.

Segundo Chamon *et al* (3), há “Conflito de Interesse” quando existe uma conexão entre os interesses privados de um indivíduo, ou até mesmo de uma instituição representada por ele, e suas responsabilidades científicas. O instrumento de “Declaração de Conflito de Interesse” deve integrar a transparência científica, para que o leitor ou o ouvinte avalie se o comportamento do apresentador possa ter sido, ou não, influenciado por esses interesses privados.

Desta forma, deve haver transparência entre todos os atores envolvidos, os mesmos devem estar cientes de eventuais benefícios, financeiros ou não, que alguém pode ter recebido durante o processo: elaboração da pesquisa, apresentação da pesquisa e na assistência ao paciente. Destaca-se que o conflito de interesse pode ser verdadeiro (real) ou possível (potencial). (3)

Especialmente em relação à divulgação das pesquisas em publicações científicas Chamon *et al* apontaram o seguinte:

Uma revisão sistemática alemã de 2007 verificou que 13 das 31 revistas daquele país não tinham nenhuma referência sobre a caracterização de conflito de interesse (6). Em publicação do mesmo ano no Brasil, de 20 revistas com a qualificação de nível A da CAPES, apenas 55% exigiam a caracterização de conflito de interesse, ou seja, há muito o que fazer (7). Mais recentemente, uma pesquisa do periódico JAMA mostrou que de 256 periódicos médicos, 89% continham regras para caracterização de conflito de interesse e apenas 56% exigiam que o pesquisador assinasse um termo endossando-o. Quanto à caracterização de auxílio para viagens, somente 12% dos periódicos exigiam que se explicitasse esta forma de conflito. (3;8)

2. METODOLOGIA

Para desenvolvimento deste trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos referentes a conflito de interesse, bem como a análise da base de dados do sistema “Declara SUS”, implantado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em decorrência da Lei Estadual n. Lei n. 22.440, de 2016.

3. RELATOS DE CONFLITO DE INTERESSE

Nos artigos pesquisados, estão relatados diversos casos caracterizados como conflito de interesses, destacaremos aqui os relatos dispostos no artigo “Companhias farmacêuticas & médicos: Uma história de corrupção” (4).

O supracitado artigo relata o caso do Dr. Joseph L. Biederman, professor de psiquiatria na *Harvard Medical School* e chefe de psicofarmacologia pediátrica no *Harvard's Massachusetts General Hospital*. Em razão da atuação deste profissional, diversas crianças com até dois anos de vida são diagnosticadas com transtorno bipolar e são tratadas com um coquetel de drogas poderosas, muitas das quais, não aprovadas pela *Food and Drug Administration* (FDA), para o propósito dispensado ao paciente e, muito menos, aprovadas para crianças menores de dez anos de idade (4). Ainda, segundo a autora, o senador Grassley demonstrou que as empresas farmacêuticas, incluindo aquelas que fabricam as drogas e defendem o transtorno bipolar da infância, pagaram, ao Dr. Joseph L. Biederman, US\$ 1,6 milhão, em honorários de consultoria e fala, entre 2000 e 2007.

Angell (4) relata a pesquisa da professora Lane, ao dispor sobre o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM). A professora Lane, *apud* Angell, da Universidade *Northwestern*, traçou a evolução do DSM elaborado em 1952 - um manual pequeno e em espiral -, até a sua versão revisada, em 1994, quando o DSM-IV, uma encadernação de 943 páginas, utilizado com referência padrão para tribunais, prisões, escolas, companhias de seguros, salas de emergência, consultórios médicos e instalações médicas de todos os tipos.

Em razão do seu robusto tamanho e vasta utilização, você pode pensar que o DSM representa uma revisão sistemática de muitas evidências científicas, entretanto, Angell expõe o seguinte:

Dada a sua importância, você pode pensar que o DSM representa a destilação autorizada de um grande corpo de evidências científicas. Mas Lane, usando registros inéditos dos arquivos da Associação Americana de Psiquiatria e entrevistas com os principais, mostra que é, ao contrário, o produto de um complexo de políticas acadêmicas, ambição pessoal, ideologia e, talvez mais importante, a influência da indústria farmacêutica. O que falta ao DSM é evidência. Lane cita um colaborador da força-tarefa do DSM-III: Havia muito pouca pesquisa sistemática, e grande parte da pesquisa que existia era realmente uma miscelânea - dispersa, inconsistente e ambígua. Acho que a maioria de nós reconheceu que a quantidade de ciência boa e sólida sobre a qual estávamos tomando nossas decisões era bem modesta. (4)

Angell relata que a timidez, como uma doença psiquiátrica, foi inicialmente caracterizada como “fobia social” no DSM-III em 1980, porém era definida como rara. Quatorze anos depois, em 1994, quando o DSM-IV foi publicado, a timidez foi caracterizada como “transtorno de ansiedade social”, tornando-se uma doença extremamente comum (4). Segundo a professora Lane, *apud* Angell, a GlaxoSmithKline, visando a impulsionar as vendas do antidepressivo Paxil, promoveu o transtorno de ansiedade social como “uma condição médica severa” e, para alavancar as vendas, “lançou uma extensa campanha de mídia para fazê-lo, incluindo cartazes em abrigos de ônibus em todo o país mostrando indivíduos desamparados e as palavras ‘imagine ser alérgico a pessoas’, e as vendas subiram”.

Abordando o tema conflito de interesses, a reportagem “Verdades inconvenientes sobre a indústria dos remédios”, publicada por Araújo (5), na revista Super Interessante, relata o caso do “Sr. Antônio”, um representante da indústria farmacêutica, cuja tarefa é levar aos médicos informações sobre remédios e, sobretudo, convencer os médicos a receitarem as marcas que ele representa.

Ainda, conforme relatado na reportagem, nem sempre dados científicos são suficientes para convencer os médicos. O representante da indústria, além das amostras grátis, leva brindes e, às vezes, convites para almoços ou ofertas de viagens a congressos – sem ônus para o médico. (5)

Outra estratégia usada pelas indústrias é a prática da “bonificação”, com essa manobra, as farmácias podem lucrar três vezes mais do que o permitido pelo Ministério da Fazenda. Assim, a expressão “remédio bonificado” também pode ser considerada como comissão paga ao balconista ou farmacêutico por unidade de medicamento vendida. (5)

O investimento da indústria farmacêutica em ações de *marketing* é expressivo, na medida em que aplica-se de 30% a 40% do resultante da venda de medicamentos para conquistar a simpatia dos profissionais, especialmente dos médicos, os repre-

sentantes da indústria farmacêutica procuram identificar os médicos formadores de opinião e os convidam para dar palestras aos seus colegas falando sobre a eficácia de um novo produto. (5)

Araújo cita a publicação do jornal *The New York Times*, em 2007, contendo o depoimento do médico Daniel Carlat, relatando a sua experiência como palestrante contratado por um laboratório. Conforme relato, em 2001, o médico psiquiatra e professor da Universidade de Boston recebeu uma proposta, da Wyeth, para que o mesmo ministrasse palestras destinadas a médicos em sua cidade. Ele ganharia US\$ 750 por apresentação, visando a divulgar o medicamento Effexor XR, um novo antidepressivo da companhia. O Dr. Carlat, *apud* Araújo, aceitou a proposta e viajou, sem ônus financeiro, para um encontro de treinamento em Nova York. O médico relata que, no hotel, recebeu convites para vários jantares e dois ingressos para um musical da *Broadway*. Ao voltar para Boston, sua cidade, o médico, em um período de um ano, aumentou em mais de 20% sua renda anual e sentia-se muito à vontade para defender o medicamento Effexor. Porém, após ter acesso aos dados de pesquisas referentes ao fármaco, era demonstrada uma incidência comparativamente alta de hipertensão em pessoas tratadas com a droga.

Neste sentido, Palma *et al* dispõem que o envolvimento dos médicos com os representantes das indústrias farmacêuticas gera embaraço na atuação dos profissionais de medicina (6). Portanto, os presentes, viagens, financiamento para congressos, podem ser considerados um tipo de “cooptação” do profissional e, tendo em vista o fato de as empresas terem, como objetivo, a obtenção de lucro, e não exatamente a realização de ações altruístas, é preciso ter cautela ao apreciar essas atitudes. Palma *et al* citam dados relevantes sobre a atuação dos representantes das indústrias farmacêuticas nos Estados Unidos, Alemanha, França, Grã-Bretanha e no Brasil:

Moynihan (2003) alega que há cerca de 80 mil representantes das indústrias farmacêuticas nos Estados Unidos. De acordo com Willerroider (2004), na Alemanha, existem 17 mil representantes dos laboratórios para aproximadamente 130 mil médicos, isto é, uma razão de 7,64 médicos para cada promotor de vendas. Segundo a autora, essa relação de cerca de sete médicos para cada representante da indústria farmacêutica é similar na França, na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos, número que parece extremamente elevado, sendo representativo da importância que o setor de *marketing* das empresas vem conquistando (Angell, 2007). No Brasil, essa questão não parece ser diferente. Fagundes *et al* (2007), ao investigarem a influência da publicidade dos medicamentos na categoria médica, observaram que 98% dos cinquenta médicos participantes da pesquisa recebem, com regularidade, a visita de representantes comerciais, sendo que 40% as recebem semanalmente. Além disso, 86% recebem brindes dos propagandistas da indústria farmacêutica, e 14% informaram tomar decisões sobre a prescrição, influenciados pelos prêmios recebidos. (6)

Por fim, interessa argumento sobre a Declaração de Conflito de Interesses:

o caminho futuro possivelmente passará pela declaração compulsória do financiamento pela indústria de pesquisas, de passagens, para que os periódicos possam acessar em bancos de dados e fiscalizar a lisura das informações passadas. (7)

4. DISPOSITIVOS LEGAIS SOBRE CONFLITO DE INTERESSE

No âmbito internacional, a Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial (AMM), constitui um dos documentos fundamentais aos periódicos médicos em todo o mundo, contém princípios claros a serem seguidos por pesquisas médicas. A Declaração de Helsinque, adotada pela 18ª Assembleia Geral da AMM, ocorrida em Helsinque (Finlândia), em junho de 1964, estabelece princípios “éticos para a investigação clínica envolvendo seres humanos, incluindo investigação sobre dados e material humano identificáveis.”

A Declaração de Helsinque, atualizada na 64ª Assembleia Geral da AMM, Fortaleza, Brasil, em outubro de 2013, contém 37 princípios a serem observados, dentre estes, destacamos os princípios 22, 26 e 36, que expressam diretamente a questão do conflito de interesses nos estudos, na investigação médica, bem como na publicação e disseminação dos resultados envolvendo seres humanos.

22. O desenho e o desempenho de cada estudo envolvendo seres humanos têm de ser claramente descritos e fundamentados num protocolo de investigação. O protocolo deve conter um enunciado das questões éticas presentes e deve indicar como foram respeitados os princípios desta Declaração. O protocolo deve incluir informação sobre financiamento, patrocinadores, ligações institucionais, **potenciais conflitos de interesse**, incentivos para os sujeitos de investigação e informação sobre ajudas e/ou indenizações para quem seja prejudicado em consequência da participação no estudo. No caso de ensaios clínicos, o protocolo tem também de descrever as disposições relativas às ajudas após o ensaio.

26. Na investigação médica em seres humanos capazes de consentir, cada potencial sujeito tem de ser informado adequadamente das finalidades, métodos, fontes de financiamento e **possíveis conflitos de interesse**, ligações institucionais do investigador, benefícios expectáveis, potenciais riscos do estudo e incômodos que lhe possam estar associados, ajudas após o estudo, bem como outros aspectos relevantes do estudo. O potencial participante tem de ser informado do direito a recusar-se a participar no estudo ou de, em qualquer altura, revogar o consentimento de participar sem represálias. Deve ser dada atenção especial às exigências específicas de informação de certos potenciais participantes assim como aos métodos usados para prestar a informação.

36. Os investigadores, autores, promotores, revisores e editores têm, todos, obrigações éticas quanto à publicação e disseminação dos resultados da investigação. Os investigadores têm o dever de colocar os resultados das suas investigações em seres humanos publicamente acessíveis e são responsáveis pela exatidão e pela completude dos seus relatórios. Todos devem acatar normas de orientação em vigor sobre relatórios éticos. Devem ser publicados, ou pelo menos tornados publicamente disponíveis, não só os resultados positivos, mas também os negativos ou inconclusivos. As fontes de financiamento, as ligações institucionais e **os conflitos de interesse** devem ser declarados quando da publicação. Os relatórios da investigação que não estejam conformes com os princípios desta Declaração não devem ser aceites para publicação (grifo nosso).

No ordenamento normativo nacional, cumpre destacar a Resolução CNS n. 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 96 de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Código de Ética Médica, Resolução CFM n. 1931 de 24 de 2009, do Conselho Federal de Medicina, que fazem menção expressa aos conflitos de interesse.

A Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelece em seu item IX 8 que compete à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) “analisar e monitorar, direta ou indiretamente, protocolos de pesquisas com conflitos de interesse que dificultem ou inviabilizem a justa análise local;”, bem como, no item VII.5 que os membros do Sistema CEP/CONEP “ [...] não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa. Devem isentar-se da tomada de decisões quando envolvidos na pesquisa em análise”.

O tema “conflito de interesse” foi regulamentado pela ANVISA, por meio do art. 42 da RDC n. 96, de 17 de dezembro de 2008, determinando que:

- a) todo e qualquer apoio ou patrocínio, seja total ou parcial, aos profissionais de saúde, para que os mesmos participem de eventos científicos, nacionais ou internacionais, não pode estar condicionado à prescrição, dispensação e/ou propaganda ou publicidade de algum tipo de medicamento;
- b) os patrocínios, de uma ou mais empresas, devem estar expostos, com clareza, no ato da inscrição dos participantes, bem como, nos anais dos eventos, simpósios, congressos, reuniões, conferências e assemelhados, sejam públicos ou privados;
- c) os palestrantes, de qualquer sessão científica, que estabeleçam relações com laboratórios farmacêuticos ou tenham qualquer outro interesse financeiro ou comercial, devem informar potencial conflito de interesses aos organizadores dos congressos, com a devida indicação na programação oficial do evento, no início de sua palestra, bem como nos anais, quando estes existirem.

No mesmo sentido, a Resolução CFM n. 1931, de 17 de setembro 2009, no intuito de evitar o conflito de interesse, regulamentou a conduta do médico em dois dispositivos, ambos do Capítulo XII, destinado ao ensino e pesquisa médica. No art. 104, veda ao médico “deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais”.

No mesmo sentido, no art. 109, do Código de Ética, proíbe que o médico deixe de garantir, quando catedrático ou autor de publicações científicas, a veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como, é vedado ao médico “deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial”.

5. CONFLITO DE INTERESSE X TRANSPARÊNCIA EM MINAS GERAIS

Em Minas Gerais – com vistas a dar transparência aos potenciais conflitos de interesse nas relações das indústrias de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos e implantes com pessoas jurídicas sem fins lucrativos; com profissionais de saúde, bem como no patrocínio destinado à realização de evento científico – os Projetos de Lei (PL) n. 3.019/2015 – ainda em tramitação –, o de n. 3.022/2015 – já convertido em norma Jurídica (Lei n. 22.440/2016) –, e o PL 3.017/2015 – também convertido em norma Jurídica (Lei n. 22.921/2018) –, foram apresentados à apreciação da Assembleia Legislativa local.

A justificação dos PLs contou com os seguintes argumentos:

A declaração de conflito de interesse faz parte da transparência científica, médica e assistencial, possibilitando ao leitor, ouvinte ou paciente avaliar se o comportamento do profissional de saúde ou apresentador pode ter sido influenciado por interesses privados. A caracterização de conflito de interesse não necessariamente significa que os envolvidos não mereçam credibilidade. Permite, na verdade, que se tenha ideia dos personagens envolvidos no processo e suas motivações. (8)

As Leis n. 22.440/2016 e n. 22.921/2018 obrigam as empresas de produtos para a saúde e de interesse da saúde a declararem as relações de qualquer natureza, com profissionais de saúde, que configurem potenciais conflitos de interesses, bem como patrocínio destinado à realização de evento científico.

As supracitadas leis determinam, ainda, que o Estado promova, independentemente de requerimento, a divulgação das informações prestadas pelas empresas em sítios oficiais da rede mundial de computadores.

Visando a atender à determinação legal, o estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, instituiu o Sistema “DeclaraSUS”, disponível na página eletrônica <http://declarasus.saude.mg.gov.br/>.

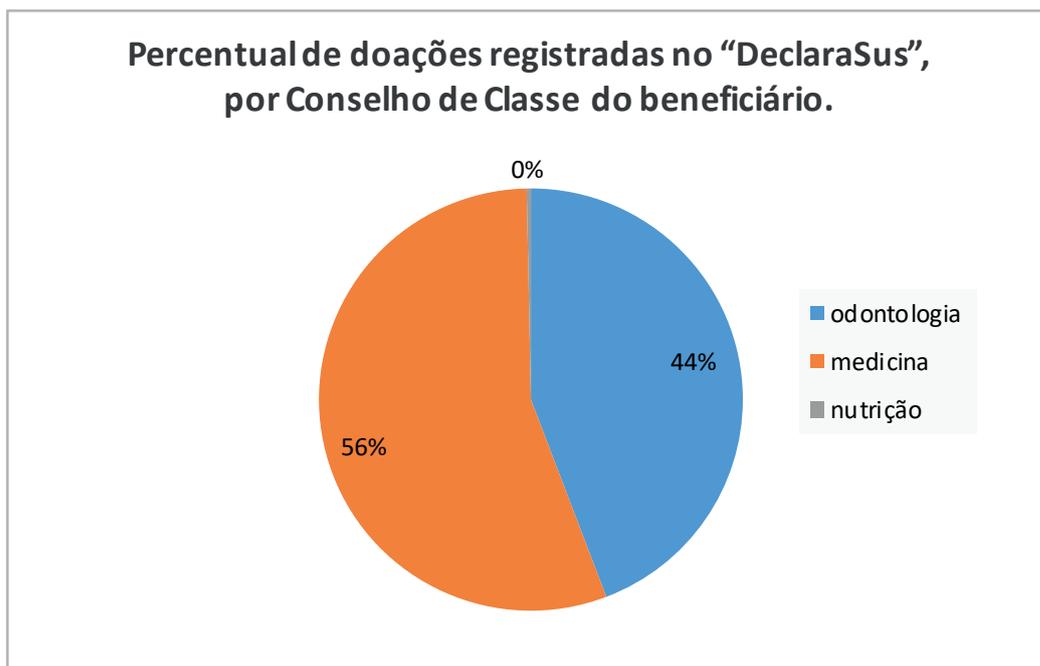
6. SISTEMA DECLARASUS

O Sistema “DeclaraSus” foi implantado por meio da Resolução n. 6.093, de 23 de janeiro de 2018. Ressalta-se que a data final, para que as empresas prestem informações sobre os potenciais conflitos de interesse, conforme determina o art. 2º da Lei n. 22.440/16, é até o último dia útil do mês de janeiro. Entretanto, excepcionalmente, a Secretaria de Estado de Saúde, conforme publicação na página eletrônica <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/10274-declara-sus-estende-prazo-das-declaracoes>, autorizou que a declaração, referente ao ano de 2017, seja realizada durante todo o ano de 2018.

Na análise dos dados do Sistema “DeclaraSus”, extraídos no dia 25 de fevereiro de 2018, constata-se a doação de 2770 itens, no valor de R\$ 1.494.501,11 (um milhão quatrocentos e noventa e quatro mil, quinhentos e um reais e onze centavos), sendo que o profissional mais favorecido pelas doações foi um dentista, com especialização em cirurgia? Buco-maxilofacial, no valor total R\$ 87.734,86, seguido por um profissional médico cardiologista, no valor de R\$ 76.329,66.

No manuseio da base de dados, com a utilização dos filtros “Conselhos de Classe” constantes do Sistema, constata-se que o maior valor doado, conforme demonstra o gráfico 1, foi destinado aos profissionais de medicina, seguidos pelos de odontologia.

Gráfico 1: Doação x Conselho de Classe.

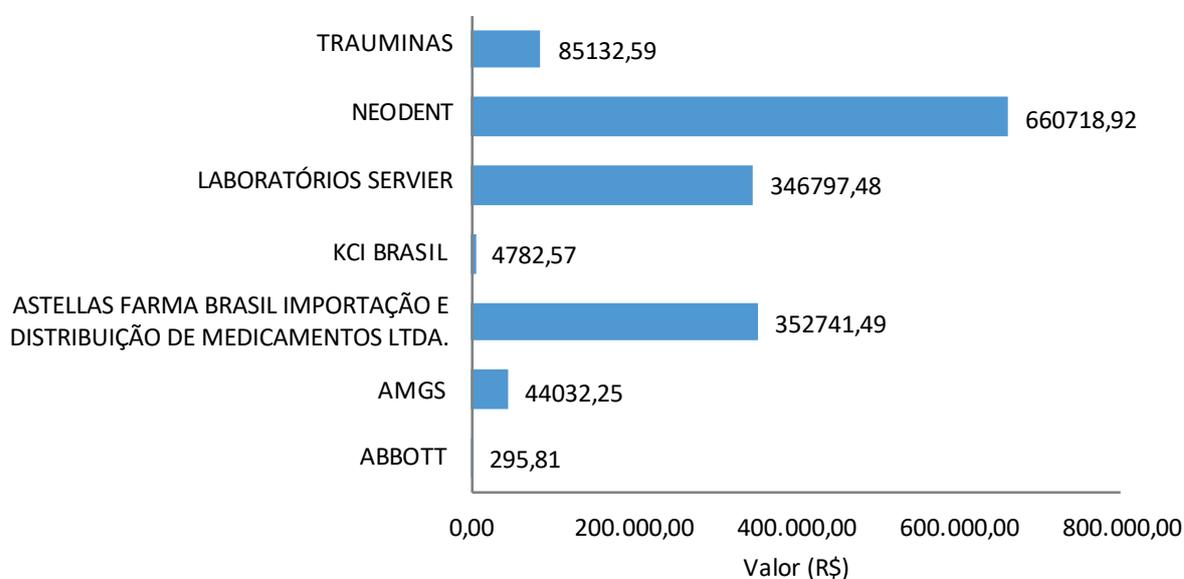


Fonte: Elaboração dos autores.

Até o dia 25 de fevereiro de 2018, sete empresas haviam declarado as relações com profissionais de saúde – que configurem potenciais conflitos de interesses. Estão na relação empresas com as seguintes atividades: implantes; materiais médico-hospitalares; medicamentos; órteses, próteses e materiais especiais (OPME). O gráfico 2 apresenta as doações realizadas por empresas, no qual se destaca a empresa Neodente, do setor de implantes, que realizou doações no valor R\$ 660.718,92.

Gráfico 2 : Valor das doações registrado no “DeclaraSus” x empresa doadora.

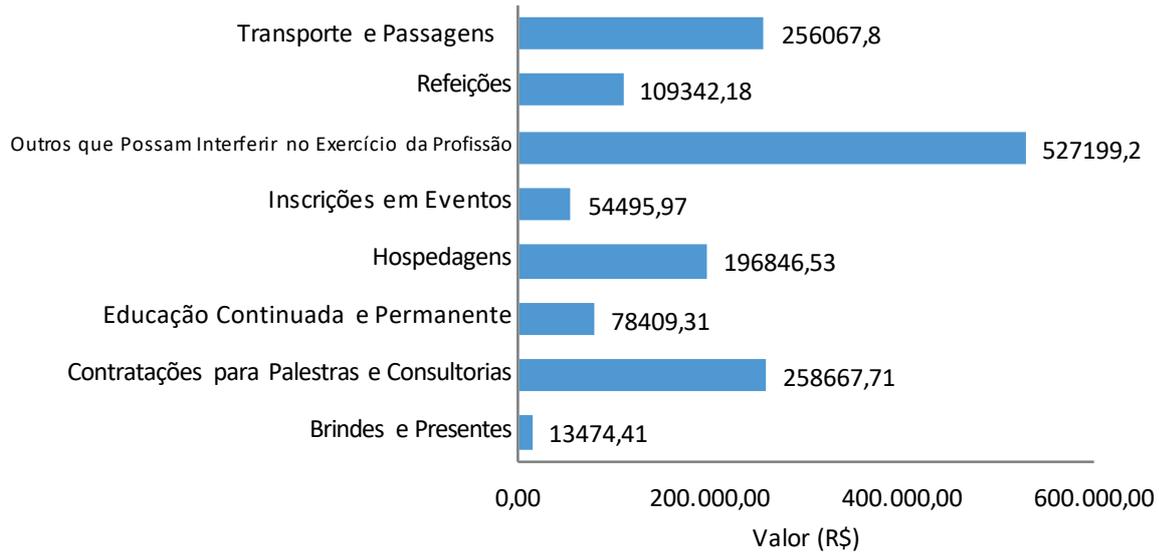
**Valor das doações registrado no “DeclaraSus”,
por empresa doadora.**



Fonte: Elaboração dos autores.

No gráfico 3, da análise dos bens e serviços doados, chama atenção o item “Outros que possam interferir no exercício da atividade do profissional de saúde”, composto principalmente por “Produto Bonificado”, cuja doação superou o valor de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e foi destinado integralmente aos profissionais de odontologia. Destaca o valor de R\$ 109.000,00 (cento e nove mil reais) destinado a refeições e, principalmente, os itens: “Contratações para Palestras e Consultorias”; “Educação Continuada e Permanente”; “Hospedagens”; “Inscrições em Eventos” e “Transporte e Passagens”, destinados a divulgar informações científicas e produtos. Estes itens, juntos, somam o valor de R\$ 844.487,32, que corresponde a 57% de todo valor doado.

Gráfico 3: Valor das doações registrado no “DeclaraSUS” x tipo de benefício.



Fonte: Elaboração dos autores.

7. CONCLUSÕES

Conforme demonstrado neste artigo, a informação compulsória das doações realizadas aos profissionais de saúde é fundamental. Com aproximadamente um mês de implantação do sistema “DeclaraSus”, sete empresas informaram a doação de aproximados R\$ 1,5 milhão (um milhão e meio de reais), para médicos e dentistas. Essa transparência é essencial aos usuários dos serviços, para que os mesmos avaliem se a atuação do profissional de saúde ou do catedrático pode ter sido influenciada por interesses privados, bem como para analisar os impactos da atuação das empresas nas políticas públicas e nas demandas judiciais.

Por fim, é importante destacar que, quando houver a declaração do conflito de interesse, não necessariamente significa que os envolvidos não mereçam credibilidade. A declaração do conflito permite, sim, que se tenha ideia dos envolvidos no processo e suas motivações.

REFERÊNCIAS

1. Moreira JM. Aspectos éticos e legais do conflito de interesses na empresa. 2006. [internet]; [acesso em 25 fev 2018]. Disponível em www.migalhas.com.br/dePeso/16,-MI23617,81042-Aspectos+eticos+e+legais+do+conflito+de+interesses+na+empresa.
2. Controladoria Geral da União. [internet]; [acesso em 25 fev 2018]. Disponível em <http://www.cgu.gov.br/assuntos/etica-e-integridade/conflito-de-interesses>.
3. Chamon W, Melo Júnior LA, Paranhos Júnior A. Declaração de conflito de interesse em apresentações e publicações científicas. 2010. [internet]; [acesso em 25 fev 2018]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abo/v73n2/v73n2a01.pdf>.
4. Angell M. Companhias farmacêuticas e médicos: uma história de corrupção. 2009. [internet]; [acesso em 25 fev 2018]. Disponível em <http://www.nybooks.com/articles/2009/01/15/drug-companies-doctors-a-story-of-corruption/>.
5. Araújo T. Verdades inconvenientes sobre a indústria dos remédios. Super, 2016. [internet]; [acesso em 25 fev 2018]. Disponível em <https://super.abril.com.br/saude/verdades-inconvenientes-sobre-a-industria-dos-remedios/>.
6. Palma A, Vilaça MM. Conflitos de interesse na pesquisa, produção e divulgação de medicamentos. 2012. [internet]; [acesso em 25 fev 2018]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n3/08.pdf>.
7. Teles JM. Declaração de conflito de interesses. 2012. [internet]; [acesso em 25 fev 2018]. Disponível em <http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/declaracao-de-conflito-de-interesses/>.
8. Marques AJ. Projeto de Lei n 3.022 de 2015. [internet]; [acesso em 25 fev 2018]. Disponível em https://www.almg.gov.br/atividade_parlamentar/tramitacao_projetos/texto.html?a=2015&n=3022&t=PL.

Implantação do Primeiro Consórcio Intermunicipal da Saúde no Estado de Goiás: Região Oeste II de São Luís de Montes Belos

Evanilde Fernandes Costa Gomides*



Artigo também disponível pelo QR Code ao lado ou *link* <https://goo.gl/6E8iby>

RESUMO

Consagrada pela Constituição da República como direito fundamental, a saúde é alvo de incessantes políticas governamentais que trabalham para seu melhoramento por meio da criação de estratégias, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde. Tais entidades desempenham papel importante para a solução de problemas comuns, racionalizando a ação governamental a partir da realização conjunta de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovendo maior ordenamento na utilização dos recursos disponíveis, e reforçando o papel dos municípios na gestão da política da área. No Estado de Goiás, sob o comando do Poder Executivo do Município de São Luís de Montes Belos, os municípios circunvizinhos de Adelândia, Aurilândia, Buriti de Goiás, Cachoeira de Goiás, Córrego do Ouro, Firminópolis, Palmeiras de Goiás, Palminópolis, Paraúna e Turvânia, se uniram para implantar o primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde, cuja operação abrange a denominada Região Oeste II, no intuito de atender as diretrizes constitucionais de universalidade e integralidade. Desse modo, o trabalho examina e descreve alguns pontos que envolveram o processo de estabelecimento do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II do Estado de Goiás – CISO II, transitando por assuntos correlatos, como a legislação regulamentadora e os problemas mais comuns enfrentados pelos gestores nesse caminho. Busca-se, assim, aferir os impactos da criação do CISO II no campo da saúde, com as finais considerações.

Palavras-chave: Gestão de Saúde Pública. Consórcios Intermunicipais. CISO II.

* Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (2016-2018). Master em Liderança e Gestão Pública – MLG. Especialização em Saúde Pública/Gestão do SUS e Direito Sanitário. Graduada em Direito e em Pedagogia. E-mail para contato: evagomides@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária trouxe grandes alterações na área de saúde no Brasil, destacando-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Constituição Federal em 1988 (1), a qual, ao estabelecer o direito universal à saúde como dever do Estado, reafirmou a cidadania como direito fundamental, permitindo que políticas públicas fossem criadas para promover o acesso de todos aos serviços de saúde, mediante um modelo democrático, construído coletivamente. Neste contexto o município assume, com o processo de descentralização das políticas públicas, novas atribuições e responsabilidades.

Com as novas responsabilidades legalmente direcionadas aos municípios, aliadas à debilidade de condições técnicas e/ou financeiras para executar as competências e responsabilidades com base nos princípios do SUS, as necessidades enfrentadas pelos municípios, mormente os de pequeno e médio porte, revelaram-se inúmeras quando atuam na programação de ações de saúde.

Em outras palavras, o financiamento da saúde pública no Brasil é preocupação que aflige gestores e demais envolvidos na construção do sistema público de saúde, integral e gratuito. Garantir a universalidade e a integralidade em um cenário orçamentário restrito, bem como alocar os recursos de maneira equânime em um país com inúmeras desigualdades sociais e regionais, revela-se dia a dia tema principal nas agendas de gestores das três esferas de governo do SUS.

Nesse cenário, o município de São Luís de Montes Belos, por iniciativa da Secretaria de Saúde local, aliada a outros organismos públicos, liderou a implantação do primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde no Estado de Goiás, como polo de atendimento da Região Oeste II.

A criação do Consórcio Público busca atender às necessidades regionais, oferecendo à população acesso aos meios de saúde, e, através da descentralização de programas estruturadores, que objetivam organizar a oferta de serviços dentro da lógica de redes de atenção à saúde, acolher a crescente responsabilidade que as mudanças do perfil epidemiológico da população ocasionam.

No caso de São Luís de Montes Belos, os entraves foram para além da escassez de recursos para o custeio desse tipo de projeto. O aspecto pioneiro na criação da entidade voltada à assistência da saúde pública no Estado de Goiás representa mais um, vez que, apesar da história de existência e funcionamento dos consórcios remontar décadas, sua inédita instalação no âmbito do território goiano requereu o desempenho de inúmeros atores, em especial do Poder Executivo de São Luís de Montes Belos e dos gestores envolvidos, enfrentando questões burocráticas e atuando para a propagação de informações e conscientização das pessoas.

Assim, o presente trabalho é fruto de pesquisa em relação ao desenvolvimento, finalidades e implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, enfatizando-se as

problemáticas vivenciadas pelos municípios que integrarão esta entidade no processo de implantação, em especial o município de São Luís de Montes Belos – Goiás.

2. METODOLOGIA

As formulações discutidas no trabalho são realizadas por meio do método de abordagem indutivo, vez que a instituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II de São Luís de Montes Belos parte de constatações particulares quanto à sua relevância na prestação de serviços de saúde após instalação e funcionamento. Assim, este trabalho se molda ao procedimento técnico de estudo de caso, fazendo-se descrição sobre o processo de implantação do Consórcio de Saúde com base no trabalho realizado pela Secretaria de Estado da Saúde, Poder Executivo de São Luís de Montes Belos e gestores envolvidos, coadunando-se tais fatos com revisão bibliográfica na literatura jurídica, leis, dados estatísticos e documentos oficiais.

3. DISCUSSÃO

A implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II de São Luís de Montes Belos emerge no escopo de servir as pessoas com atividades de saúde, facilitando o acesso destas aos benefícios da área, e cooperando para o avanço do setor na região. Desde o ano de 2013, quando se iniciou o desenvolvimento do projeto de criação do consórcio, alguns problemas obstaram seu curso, fazendo com que a conclusão do processo se protelasse, em especial a dificuldade de envolvimento de todos os gestores executivos e a conseqüente mudança de pensamento, muito decorrente da mudança quadrienal do quadro, dada pelo processo eleitoral. Em que pese o trâmite legal, que por si só é metódico e moroso, os resultados esperados são positivos.

3.1. O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE

Ao se falar em financiamento pelo SUS, é necessário reportar à Lei Complementar n. 141/2012, que manteve a forma de cálculo da Emenda Constitucional n. 29, onde a União deve investir na saúde o mesmo valor que o ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Nos estados, o percentual mínimo é de 12% de suas receitas próprias, enquanto que nos municípios o mínimo 15%. No entanto, a realidade dos municípios no financiamento do SUS vai além dos 15%. Carvalho (2) descreve que os Estados e Municípios, executores das políticas, como determina o artigo 30 da Constituição Federal, foram sendo refinanciados com os recursos de transferências federais, ficando cada vez com menos poder de ação e com mais responsabilidades das

respostas. Isto, ao citar o exemplo da reposição dos recursos (federais) e a atual carga imposta à totalidade dos municípios no financiamento do SUS com recursos próprios.

Na mesma linha, Mendes (3) descreve a sobrecarga enfrentada pelos municípios, defendendo que a receita bruta da União pode assegurar a sustentabilidade financeira para o SUS, desejada desde a sua criação.

Neste contexto, o município de São Luís de Montes Belos, polo da Região Oeste II do Estado de Goiás, busca garantir o acesso da população aos meios de saúde, através da descentralização de programas estruturadores, em decorrência das necessidades regionais de organizar a oferta de serviços dentro da lógica de redes de atenção à saúde. Todavia, para a concretude desses desafios, esbarrou no subfinanciamento da saúde, agravado diante da crescente responsabilidade que as mudanças do perfil epidemiológico da população ocasionam.

Deste modo, o Consórcio entre entes públicos pode se assentar com um importante mecanismo de auxílio aos governos municipais, na execução de sua missão constitucional de garantia à saúde pública, asseverado em conformidade com a extensão do papel assumido pelos gestores envolvidos na prestação de serviços públicos de saúde. Ante a complexidade do SUS, pode ganhar relevância pela amplitude das políticas públicas voltadas para a saúde, ao passo que não substitui a região de saúde, que por sua vez, possui o papel de abrigar uma rede de atenção à saúde, conforme posicionamento de Santos (4).

Vale frisar que, em virtude da debilidade do financiamento pelo SUS, comprometendo o desempenho das políticas públicas de saúde, os Consórcios não deixam de atender aos mencionados princípios do SUS, como a integralidade, preconizada no artigo 7º, inciso II, da Lei n. 8.080/90 (5), que assim preceitua:

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

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

Diante do conceito de integralidade trazido pela lei, e das necessidades da organização para a garantia de ações e serviços de saúde por meio de rede regionalizada, pode-se dizer que o subfinanciamento é fator que pode impedir a efetividade de ferramentas de compartilhamento e interdependência dos entes federativos na região de saúde.

3.2. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

A Região Oeste II do estado de Goiás é composta por 13 municípios, os quais somavam, na época, uma população de 107.577 habitantes, conforme Plano Diretor de Regionalização de Goiás, figurando, como polo da regional de saúde, o município de São Luís de Montes Belos.

No intuito de atender à demanda, tanto do município, quanto da Região Oeste II, a Secretaria de Saúde de São Luís de Montes Belos entendeu pela ampliação dos serviços de saúde de média e alta complexidade e pela formação do Consórcio Intermunicipal de Saúde, como modelo de gerenciamento capaz de otimizar todo o processo de financiamento das ações e serviços de saúde, promovendo o fortalecimento da região na efetivação da descentralização dos serviços de saúde, na forma do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. (6)

Assim, no início da gestão 2013/2016, representantes do Poder Executivo de São Luís de Montes Belos, através da Comissão Intergestores Regional Oeste II, iniciaram discussão para a implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde, impulsionados pela política da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, que apresentou proposta de implantar 21 Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME), hoje Unidades de Serviços Especializados (USE), contemplando todas as regiões.

A proposta de expansão das ações e serviços de média complexidade, apresentada pela SES-GO, foi centrada na parceria entre os municípios da Região de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde, incumbindo, ao Governo de Goiás, a responsabilidade de preparar o projeto arquitetônico, efetuar a aquisição dos equipamentos, preparar os documentos da licitação e construir o USE, com o objetivo de descentralizar o atendimento médico do Estado e desafogar o complexo médico hospitalar da capital. Ao município sede, cumpre a doação de terreno plano de 25 mil metros quadrados para a SES, o levantamento topográfico e altimétrico, as informações necessárias sobre água, esgoto e energia trifásica, a emissão da licença ambiental da Prefeitura Municipal ou da Secretaria do Meio Ambiente e Recursos Hídricos, e toda preparação do terreno.

As condições estabelecidas tornaram-se empecilhos para a maioria dos municípios inseridos na proposta inicial, sendo que, em decorrência de prazos para o início do processo licitatório das obras, somente seis municípios conseguiram atender todas as solicitações em tempo hábil, dentre eles o município de São Luís de Montes Belos. Com isso, ficou definido que, inicialmente, os seis primeiros USE seriam construídos nos municípios de: Formosa, Cidade de Goiás, Goianésia, Posse, Quirinópolis e São Luís de Montes Belos.

Tal perspectiva de implantação do USE na Região de Saúde de São Luís de Montes Belos impulsionou a discussão em torno do Consórcio, nascendo daí a iniciativa da Secretaria Municipal de São Luís de Montes Belos em promover uma oficina regional, realizada em junho de 2013, com a presença dos prefeitos municipais, secretários

municipais de saúde, conselheiros de saúde, vereadores, representantes dos departamentos jurídicos dos municípios e trabalhadores do SUS, bem como representantes da Secretaria de Estado da Saúde e técnicos responsáveis pela apresentação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado.

Na oficina, a partir da apresentação do USE e dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, houve manifestação dos prefeitos acerca do desejo de instituir o Consórcio na região, com a devida discussão do Protocolo de Intenção, propiciando a constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde, cuja sede é São Luís de Montes Belos.

Os pontos principais da reunião foram registrados em ata da qual se lê designação de Assembleia Geral, com a presença dos prefeitos da Região Oeste II, Secretários Municipais de Saúde e técnicos, para apresentar, discutir e aprovar Protocolo de Intenção que, uma vez assinado pelos prefeitos dos 13 municípios, foi enviado aos respectivos legislativos para ratificação. Na oportunidade, foi composto o grupo técnico responsável pela elaboração da minuta do Estatuto do Consórcio, durante o período em que as Câmaras Municipais teriam para ratificar o Protocolo de Intenção.

Como é sabido, o Protocolo de Intenção é instrumento jurídico preliminar à formação do consórcio público, pelo qual cabe, ao Chefe do Poder Executivo municipal, a manifestação de interesse. O ato de assinatura do Protocolo de Intenção pelos Chefes dos Poderes Executivos interessados revela-se como marco para a marcha do processo de implantação do consórcio, conforme preleciona Pires e Barbosa (7).

Entrementes, a subscrição pelo Poder Executivo não leva à obrigação de ratificar, uma vez que tal decisão pertence, autonomamente, ao Poder Legislativo que, em apreciando e autorizando a ratificação, dá caráter definitivo e público à entidade, conforme o teor do art. 5º, da Lei nº 11.107/2005 (8) que dispõe: “o contrato de Consórcio Público será celebrado com a ratificação, mediante lei, do protocolo de intenção”. Com as leis de ratificação, o Protocolo de Intenção atende os atos que emprestam força de lei ao Consórcio, convertendo-se no contrato de constituição do Consórcio Público.

A terceira reunião em prol do Consórcio Intermunicipal de Saúde de São Luís de Montes Belos, ocorrida em agosto de 2013, teve o escopo de deliberar e aprovar o Estatuto do Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISO II, que consignou a existência de dois quadros administrativos: um político, composto pelos prefeitos eleitos da Região Oeste II, e outro técnico, composto pelos secretários municipais de saúde, devidamente eleitos. Na mesma ocasião, fora deliberado e aprovado o nome do Consórcio registrado como Consórcio Intermunicipal de Saúde Oeste II, com sede no município de São Luís de Montes Belos (GO), tendo sido eleitos Presidente, Vice-presidente, Tesoureiro, Diretores Administrativos e Conselho Fiscal – composto pelos 13 Secretários Municipais de Saúde dos municípios participantes.

Transcorridos cerca de 90 dias para cumprir todos os passos necessários de formação do Consórcio, foi concluída sua constituição, com a publicação do Protocolo de Intenção, no Diário Oficial do Estado de Goiás nº 21.733, em dezembro de 2013, e respectivo Estatuto, publicado no mesmo veículo no dia 19 de dezembro de 2013.

Neste íterim, muitas dificuldades foram superadas. Destaca-se a cooperação técnica acerca do conhecimento prático e jurídico para a constituição de consórcio, entre a SES.GO e a SES.PR.

A formalização da constituição do consórcio se deu com seu registro do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), registrado no dia 31 de dezembro de 2013. Sua atuação fora iniciada com a realização da Assembleia Geral Extraordinária do CISO – II, para apreciar e deliberar sobre a seguinte ordem do dia:

- i. abertura de conta corrente bancária;
- ii. cessão de bens móveis para o Consórcio;
- iii. cessão de servidores com ou sem ônus para o Consórcio;
- iv. constatação da previsão orçamentária de todos os consorciados e apresentação por cada ente consorciado, do Quadro Demonstrativos de Despesas;
- v. elaboração do Planejamento Estratégico do Consórcio para 2014;
- vi. identificação da demanda/necessidades de cada ente consorciado, considerando as atividades a serem administradas pelo Consórcio em 2014.

As decisões foram pactuadas, definindo-se que os primeiros serviços ofertados pelo CISO II seriam os Serviços Médicos de Urgência (SAMU) 192, exames de imagem e as especialidades médicas nas maiores demandas da região, que exigiram minucioso trabalho de levantamento das necessidades de cada município frente à oferta de serviços na região, registrando o dispêndio de tempo considerável diante, principalmente, da disponibilidade dos gestores para o planejamento, que ocasionou atrasos na conclusão do processo.

Adiante, na formatação da peça orçamentária, os municípios de Aurilândia, Córrego do Ouro, Firminópolis, Palminópolis, Sanclerlândia e São Luís de Montes Belos encaminharam a Lei de previsão Orçamentária para o CISO II no tempo solicitado. Já os municípios de Adelândia, Buriti de Goiás, Cachoeira de Goiás, Palmeiras de Goiás, Paraúna, São João da Paraúna e Turvânia, cuja entrada na constituição do consórcio deu-se em momento posterior aos primeiros, deflagraram a elaboração do planejamento orçamentário do CISO II para início de suas atividades em tempos distintos.

Com a finalidade de promover as adequações necessárias para iniciar a prestação de serviços aos usuários, os responsáveis pela contabilidade e assessoramento jurídico tiveram a cooperação técnica do município de Bicas (MG), cujo consórcio formado por municípios tem características semelhantes à Região Oeste II, para conhecer suas práticas, funcionamento e experiências diárias.

O início das atividades do CISO II se deu no atendimento das especialidades ortopedia e cardiologia, conforme decisão da Assembleia Geral, aos 18.11.2015, que também orientou duas formas de rateio: o administrativo, para custeio das despesas básicas do consórcio, firmado por faixas populacionais entre os entes consorciados; o

específico, correspondente à ação pretendida, no caso pela quantificação de consultas realizadas por cada ente consorciado.

O cenário, considerado favorável, contribuiu para implantação de outros três consórcios no Estado de Goiás, formalizados na Região do Vale do São Patrício, com sede em Goianésia (CISVALE), na Região Rio Vermelho Araguaia, com sede na Cidade de Goiás (CISRIVA), e na Região Sudoeste, com sede em Quirinópolis (CISGO), que, somados ao sediado em São Luís de Montes Belos, totalizaram quatro consórcios regionais constituídos, que contribuem para o cumprimento das metas iniciais estabelecidas no Plano Estadual de Saúde de Goiás, que ao final visa à implantação de 18 consórcios regionais, sendo um por Região de Saúde.

Além dos consórcios já constituídos, em março de 2018, estão em processo de formalização os seguintes consórcios: CISEF– Região de Saúde Estrada de Ferro, CIS Vale do Paranã – Região de Saúde Nordeste II, CIS Oeste Goiano – Região de Saúde Oeste I e ConSaúde – Região de Saúde Entorno Norte.

3.3. AVANÇOS E RESULTADOS

Ao final do processo de implantação, o maior desafio fora a manutenção do consórcio e a motivação dos gestores consorciados ao projeto de gestão consorciada, cuja efetivação se demonstra por resultados alcançados.

Inicialmente buscou-se o compartilhamento de recursos para custeio das ações do Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, contudo, em face da complexidade encontrada na legislação e possibilidades de “consorciamento” entre União, Estado e Municípios, optou-se pelo início das atividades no atendimento de consultas e procedimento na especialidade de maior demanda reprimida entre os entes consorciados, a cardiologia.

O início dos atendimentos de consultas e procedimentos previamente identificados possibilitou aos consorciados perceberem a viabilidade do modelo de gerência e ao final do período de dez meses de experiência já havia o registro de quatrocentos e noventa e dois atendimentos, entre consultas e procedimentos.

Dada a adequação do número de atendimentos em face das metas estabelecidas, houve uma ampliação da oferta de serviços especializados, a partir de estratégia de fortalecimento da região de saúde e a inserção no consórcio, de profissionais especialistas para atendimento e realização de pequenos procedimentos nas áreas de cardiologia, oftalmologia, ortopedia, angiologia, ginecologia, mastologia, psiquiatria, pediatria, urologia, e neurologia, bem como, um rol de exames de imagem, diagnósticos, laboratório e análises clínicas. Já no primeiro semestre do ano 2018 foram registrados cinco mil trezentos e sessenta e quatro atendimentos em saúde, entre consultas e procedimentos.

Importa informar que o CISO II investe na qualificação de seus diretores e em tecnologia. Foi implantando um *software* auxiliar para a gestão de consórcios, que per-

mite conectar consórcio, municípios e prestadores em único ambiente, o que propicia agilidade nos fluxos, no agendamento de consultas e procedimentos, bem como controle do uso de serviços para cômputo de rateio de cada ente consorciado.

Em junho de 2018, o CISO II realizou Registro de Preços do Estado de Goiás com vistas à contratação de empresa especializada na prestação de serviços de coleta, transporte, transbordo, tratamento térmico por incineração, disposição e destinação final de resíduos gerados nos serviços de saúde – RSS de grupos identificados, dos estabelecimentos geradores de RSS nos municípios que integram o CISO II, registrado como o primeiro registro de preços integralmente feito por um consórcio.

A utilização do consórcio propicia, além da integração permanente dos municípios e o fortalecimento regional, economia de recursos públicos que se reverte em maior poder de atendimento das necessidades de saúde, o que deve ser monitorado e avaliado no tempo.

Segundo o planejamento proposto, o próximo passo do CISO II será ampliar sua atuação, por meio de procedimento de licitação pelo Sistema de Registro de Preços que permitirá a aquisição e distribuição de medicamentos e insumos aos municípios consorciados de forma compartilhada, o que aferido pelas métricas adequadas, poderá representar mais um enorme avanço.

3.4. OUTROS DESAFIOS

No que refere ao aspecto técnico-administrativo, na implantação do CISO II, destacam-se, entre as dificuldades superadas, a necessidade de qualificação específica e a inexperiência dos gestores públicos para lidar com esse processo, a pouca disponibilidade de profissionais satisfatoriamente habilitados para auxiliarem o desempenho desta tarefa na região, bem como a impossibilidade imediata de manter assessorias técnico-administrativa, contábil e jurídica – permanentes e exclusivas – o que acarretou inclusive em necessária dilação do prazo de início das atividades.

Aliados a esses fatores, durante todo o trabalhoso processo de implantação do CISO II, houve enfrentamentos que merecem destaque:

- a) garantir a subordinação do consórcio à gestão e aos instrumentos de controle do SUS;
- b) integrar o consórcio às redes de atenção existentes, adequando-o ao desenho regional da saúde;
- c) garantir que o funcionamento do consórcio atendesse tanto aos critérios de racionalidade e otimização de recursos disponíveis, quanto ampliasse o acesso às ações e serviços, sem criar restrições ‘artificiais’ na ampliação da capacidade de oferta de ações e serviços por entes federados;

- d) o trabalho de convencimento da viabilidade do consórcio sob a ótica econômico-financeira do município, especialmente aqueles de pequeno porte.

Entretanto, embora se tenha caminhado morosamente e com muitos empecilhos, o estabelecimento do CISO II se mostra adequado, uma vez que já está regularmente implantado e exercendo as finalidades para as quais foi criado.

Desde o início das atividades e manutenção do consórcio, outros desafios foram identificados:

- a) a garantia de que o consórcio limita-se ao desenvolvimento de ações operativas e não gestoras do sistema;
- b) a criação de uma cultura de planejamento regional prévio à constituição do consórcio, visando a dar clareza ao objeto a ser consorciado;
- c) a busca por mecanismos relacionais com a Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que definem a política de saúde em território estadual e, portanto, o reconhecimento das ações executadas pelos consórcios, visando à integração nas redes de atenção à saúde, tanto no âmbito regional quanto estadual;
- d) o estímulo à prática do planejamento orçamentário com os entes consorciados, para que a alocação orçamentária guarde compatibilidade com o interesse das ações e serviços consorciados;
- e) o controle para que o pluripartidarismo existente entre os entes consorciados não venha a prejudicar a concretização dos objetivos do Consórcio;
- f) a conscientização dos gestores quanto à necessidade de pontualidade de pagamento das parcelas de rateio para custeio efetivo das atividades do Consórcio, sob pena de sua paralisação em decorrência do descrédito dos prestadores e usuários.

Contudo, a conciliação de interesses entre os envolvidos, a vontade por parte dos gestores em compartilharem ações que visam a otimizar recursos, os ajustes políticos e partidários dos prefeitos e vereadores, a necessidade de atendimento de especialidades, de difícil fixação profissional e custeio por um único município, especialmente aqueles de pequeno porte, são fatores motivadores para a garantia à continuidade das ações consorciadas do CISO II, que certamente se amadurecerão a cada dia.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o exposto, restou evidente que a legislação reguladora dos Consórcios Públicos no Brasil é recente e, no caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, sua regulamentação é de data posterior ao início da sua operacionalização no País.

Frente a esse quadro, a experiência de Goiás com a Região Oeste II apresenta forma legalmente admitida e já fartamente testada no SUS, para transpor as deficiências financeiras dos municípios, tendo em vista demandas crescentes da população em determinada base territorial, que servirá para para impulsionar a disseminação de Consórcios de Saúde em todas as regiões de saúde do Estado de Goiás.

A implantação do CISO II veio como forma de ordenar a oferta de assistência à saúde na região. A constituição de Consórcio supre problema existente na estrutura política voltada à saúde, que deixa de instituir o ordenador de despesas regional e o orçamento regional, na medida em que admite organização orçamentária regional, num cenário onde não há autoridade de um sobre o outro, e sim, pessoa jurídica de âmbito regional, além de permitir e garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde conforme os princípios do SUS, particularmente da universalidade e integralidade, norteadores do trabalho para a qualidade e distributividade dos serviços de saúde.

O CISO II fortaleceu a região de saúde, que passou a ser gerenciada pela prática do consenso, exercido na governança regional e que possibilita um modelo de relação interfederativa garantidor da segurança administrativa, transparência, publicidade das pactuações entre os entes federados e cujos resultados, espera-se, revelem melhorias em curto, médio e longo prazos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 544 p.
2. Carvalho G, Medeiros J. Redes assistenciais no SUS – financiamento e alocações. In Silva SF. Redes de atenção à saúde. Campinas: Saberes Editora; 2013. p. 118-119.
3. Mendes AN. A longa batalha pelo financiamento do SUS. Saúde e sociedade [online] JCR. 2013;22:987-993.
4. Santos L. Direito da saúde no Brasil. Campinas: Saberes Editora; 2010. p. 98.
5. Brasil. Lei n. 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. Brasília. Diário Oficial da União; 19 set 1990.
6. Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. Diário Oficial da União; 28 jun 2011.

7. Pires MC, Barbosa ME. Consórcios públicos: instrumento de federalismo cooperativo. Belo Horizonte: Fórum; 2008. p. 171.

8. Brasil. Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. [internet]; [acesso em 06 mar 2014]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm.

Sesacre Legis: Banco de Normas da Secretaria de Estado de Saúde do Acre

Ráicri Barros de Oliveira¹
Rodrigo Galgani Lopes de Castro²



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/fNf2bb>

RESUMO

O Projeto Sesacre Legis foi elaborado pela Diretoria Jurídica da Secretaria de Estado de Saúde do Acre – SESACRE, em janeiro de 2015, haja vista a necessidade de reunir e organizar as normas emitidas pela Secretaria de Estado de Saúde em meio digital, a fim de facilitar o acesso aos agentes públicos e realizar futuras consultas. O trabalho cria registros normativos, nivela conhecimento, oferece ferramentas para subsidiar os trabalhos dos agentes públicos que prestam serviços no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, melhorar a gestão, o controle e as relações com fornecedores e prestadores de serviços, além de conferir maior transparência. A eficiência na gestão dos recursos do SUS passa pela atividade-meio, e essa iniciativa contribui para elevação dos resultados.

Palavras-chave: Saúde. Sesacrelegis. Normas.

¹ Advogado. Conselheiro Titular da Ordem dos Advogados do Brasil do Acre Triênio 2012-2015 e Triênio 2016-2018. Membro Suplente do Comitê Executivo Estadual da Saúde do Acre Triênio 2015-2017. Analista processual da Procuradoria-Geral do Estado do Acre. Diretor Jurídico da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (2015-2018). Pós-Graduado em Direito Sanitário pela Fiocruz e em Governança Pública e Gestão Administrativa pelo INFOCO (2015-2016). MBA em Gestão Pública com Ênfase em Controle Externo. E-mail para contato: raicri.barros@ac.gov.br

² Gestor de Políticas Públicas da Secretaria de Estado de Gestão Administrativa (2011-2018). Diretoria Jurídica da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (2015-2018). Pós-Graduado em Direito Sanitário pela Fiocruz. Bacharel em Direito. E-mail para contato: rodrigo.galgani@ac.gov.br

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por fim a apresentação de projeto que cria banco de normas emanadas pela própria Secretaria, na perspectiva de formação e qualificação do eixo gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, a fim de nortear os atores envolvidos nos trabalhos desempenhados em razão das atribuições inerentes aos cargos e funções públicas, assim como de acordo com as competências institucionais.

Tem, por princípio, criar registros normativos no âmbito da Secretaria, nivelar conhecimento, oferecer ferramentas para melhorar a gestão, o controle e as relações com fornecedores e prestadores de serviços, além de conferir maior transparência.

Inicialmente, os arquivos foram compilados em mídia para envio aos gestores da pasta da Secretaria de Estado de Saúde, e, em uma primeira tiragem, também, para: Ministério Público do Estado do Acre (MPAC), notadamente sua Promotoria Especializada de Defesa da Saúde, Secretaria de Estado da Gestão Administrativa (SGA), Secretaria de Estado da Casa Civil, Procuradoria-Geral do Estado do Acre (PGE), Controladoria-Geral do Estado do Acre (CGE) e Assessoria Especial da Vice-Governadora.

No exercício seguinte, lançou-se o Portal Sesacre Legis como ferramenta de gestão para consulta ao material disponibilizado via web.

Os normativos resultam de estudos e análises técnicas e jurídicas de processos administrativos no âmbito do Poder Executivo do Estado do Acre e contemplam diversas áreas da Secretaria de Estado de Saúde:

- i. Diretoria Jurídica, Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde;
- ii. Secretaria Adjunta de Planejamento e Gestão;
- iii. Secretaria Adjunta de Administração e Finanças;
- iv. Controle Interno.

Atualmente, o Portal encontra-se hospedado, temporariamente, em plataforma virtual gratuita, no endereço eletrônico <https://sesacrelegis.wixsite.com/diretoriajuridica>.

Figura 1. Portal SesacreLegis.



Fonte: <https://sesacrelegis.wixsite.com/diretoriajuridica>.

2. BANCO DE NORMAS (BOA PRÁTICA ADMINISTRATIVA)

A iniciativa se alinha com a diretriz governamental, por via direta, da própria gestão: menos processos, mais resultados. A proposta visa à otimização dos trabalhos sem abrir mão da segurança jurídica, inclusive quanto à nomenclatura se assemelha àquelas existentes em âmbito federal (Saúde Legis, por exemplo).

O acervo produzido inclui 36 publicações sobre temas recorrentes na Administração Pública:

- a) oito manuais, sendo cinco em 2015, e três em 2016;
- b) 11 ORIENTAÇÕES, sendo três em 2015, e oito em 2016;
- c) 17 portarias, sendo quatro de 2015, cinco de 2016, cinco de 2017, e três em 2018.

3. MANUAIS

Os manuais têm, por objetivo, estabelecer regras, procedimentos sobre determinada demanda, bem como alinhar entendimento sobre determinada matéria no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde (SESACRE), servindo como instrumento norteador das atividades e atos praticados pelos agentes públicos.

Para as construções dos manuais, foram utilizados entendimentos da Procuradoria-Geral do Estado do Acre (PGE), Tribunal de Contas da União (TCU) e, em virtude da boa prática administrativa, instruções/orientações/manuais do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), Supremo Tribunal Federal (STF), Superior Tribunal de Justiça (STJ), Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Advocacia-Geral da União (AGU), dentre outros.

Figura 2. Manuais.



Fonte: <https://sesacrelegis.wixsite.com/diretoriajuridica>.

3.1. MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA APURAÇÃO DE IRREGULARIDADES – PAD

O Manual de Procedimentos para Apuração de Irregularidades (PAD), Roteiro de Serviços, apresenta procedimento em duas fases. A primeira para tratar da instauração da comissão e a segunda para discorrer sobre a instrução do processo, defesa e relatório, num total de 18 passos, sendo 15 deles nessa segunda etapa.

Na primeira fase, os trabalhos se referem à deliberação e acompanhamento da publicação, contato com membros para envio de documentos e ata de instalação e deliberação.

De forma subsequente, a proposta discorre sobre comunicação e solicitação, notificação do servidor (acusado), diligências, intimação (testemunhas/acusado), interrogatório do acusado, acareação, indicição, citação, defesa, revelia, pareceres/perícias para embasar a comissão antes da tomada de decisão, relatório, termo de encerramento, termo de remessa e julgamento.

De relevo destacar que o roteiro contribuiu sobremaneira para as atividades disciplinares da Secretaria, evitando retrabalho, ao estabelecer, de forma objetiva, o

procedimento a ser observado pelas comissões processantes, registrando-se pleno aproveitamento, que vem assegurando a avaliação pela PGE/AC e a tomada de decisão pelo gestor estadual, com mitigação de riscos como nulidades, revogação, etc., para assegurar o resultado quanto à aplicação ou não de penalidade.

3.2. MANUAL SIMPLIFICADO – ANÁLISE DE PLANILHA DE CUSTOS

O Manual Simplificado – Análise de Planilha de Custos foi elaborado para subsidiar os servidores competentes quando da análise de Planilhas de Composição de Custos em licitações para prestação de serviços terceirizados, seja na fase de elaboração de termo de referência, seja na fase de execução, quando dos pedidos de repactuações apresentados pelas empresas contratadas, tomando por base os regulamentos legais atinentes à matéria, estudos realizados por diversos órgãos, como o STF (1), o Conselho de Justiça Federal (CJF) (2) e o TCU (3).

Foram abordados os percentuais mínimos para os encargos sociais e trabalhistas, os custos não renováveis, reserva técnica, encargos não previstos em lei, insumos, dentre outros.

O destaque fica por conta de anexo, que traz quadro com resumo de todos os percentuais para encargos sociais e trabalhistas, de forma a facilitar a verificação e aplicação.

3.3. MANUAL SIMPLIFICADO - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

O Manual Simplificado - Sanções Administrativas destaca as disposições e os tipos de sanções estabelecidos no ordenamento jurídico vigente, inclusive, tomando por base o Decreto Estadual n. 5.965/2010. (4)

Assim, elenca os requisitos da representação com vistas à instauração de procedimento administrativo próprio por ato da autoridade competente para apuração da irregularidade. Pontua cada sanção, pormenorizando fluxo que envolve a competência, a notificação, a análise jurídica da penalidade, a decisão, o Recurso Administrativo ou Pedido de Reconsideração e Inscrição das empresas no Cadastro de Empresas Inidôneas e Suspensas da Controladoria Geral da União (CEIS).

Em relação à multa, faz-se referência ao escalonamento verificado no citado Decreto Estadual, correlacionando os atos lesivos previstos na Lei n. 12.846/2013 (5) com penalidades, incluindo disposição específica sobre retenção do valor da multa.

Já para a suspensão, a inovação diz respeito às orientações para rescisão contratual.

Quanto à declaração de inidoneidade, são reproduzidas alíneas do referido Decreto, para melhor verificação das condutas que importam em prejuízos a serem

ressarcidos à Administração, com diferencial, também, quanto à possibilidade de rescisão contratual.

Em tópico específico, é relacionada a documentação para adequada instrução processual, constando, como anexos, modelos de notificações (defesa prévia e ciência da decisão) e legislação correlata (Decreto Estadual n. 5.965/2010 (4) (sanções administrativas); Lei n. 12.846/2013 (responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública) (5), e Decreto Federal n. 8.420/2015 (regulamenta a Lei 12.846/2013) (6).

3.4. MANUAL DE LOCAÇÃO DE IMÓVEIS

O Manual de Locação de Imóveis destaca que a legislação aplicável nas contratações para esse objeto é, predominantemente, de direito privado (Lei n. 8.245/911 - Lei do Inquilinato) (7), bem como dispõe sobre formas de contratação, prorrogação de vigência contratual, reajuste de preços, procedimentos a serem observados com o término do contrato e traz como anexos *check list* para locação, utilizando modelo já disponibilizado pela PGE/AC e Minuta Contratual.

A regularidade da contratação pressupõe instrução com certidão atualizada do imóvel, termo de habite-se, documentos pessoais do cônjuge, atestado de vistoria do Corpo de Bombeiros, Procuração e demais documentos constantes em *check list* da Procuradoria Especializada do Patrimônio Imobiliário – PPI da PGE.

A formalização do ajuste compreende, ainda, etapas como vistoria prévia do imóvel, também chamada de vistoria inicial em locação, a verificação de regularidade de pagamento de energia elétrica, água e esgoto, eventual necessidade de melhorias no imóvel, pagamento de Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e prestação de informações à Agência Reguladora dos Serviços Públicos do Estado do Acre (AGEAC).

Quanto à prorrogação do prazo das locações, o ponto central consistiu na elucidação de que, tratando-se de contrato da administração, regido por regras de direito privado, não há submissão ao prazo máximo estabelecido no art. 57 da Lei de Licitações.

Não obstante, discorreu-se sobre o direito de reajustamento contratual, para afirmar que os reajustes das locações só podem ocorrer após um ano da data da proposta ou do orçamento a que se referir, quando se trata do primeiro reajuste e do último reajuste (aquisição do direito).

Reafirmou-se a fundamental importância de adoção de medidas por evento do encerramento da locação, como a vistoria final do imóvel para delimitar responsabilidades quanto a eventual reforma do imóvel e a fim de que seja procedida a entrega das chaves.

Como anexo, esse manual traz o *check list* da PGE para contratações por dispensa ou inexigibilidade de licitação, com documentação básica e complementar, esta que, especificamente, deve ser observada nas locações acima de R\$ 80.000,00.

De outra banda, apresenta Minuta Contratual elaborada com base em instrumentos anteriormente previamente aprovados por órgãos de consultoria e assessoramento jurídicos.

3.5. MANUAL DE COMPRAS DE MEDICAMENTOS

O Manual de Compras de Medicamentos, em especial, resulta de imenso esforço da gestão, até pelas particularidades (mercado, regulação da ANVISA, tabela CMED, isenções tributárias, etc.), e de dezenas de tratativas, orientações e recomendações do MPAC, notadamente por meio da Promotoria Especializada de Defesa da Saúde.

A necessidade de edição desse manual decorreu de crise de desabastecimento de medicamentos na rede estadual verificada em 2015.

A verificação regular de estoques, a estimativa de quantitativos suficientes, a série histórica de consumo, margem de segurança, adoção de medidas com antecedência e em prazo suficiente, planejamento das aquisições, eficiência e zelo no trato com a verba pública foram pontos destacados como de observância obrigatória pelos agentes públicos para regularização e manutenção do abastecimento.

Foram tratados procedimentos administrativos, considerando a existência de normativa que promoveu centralização e coordenação das aquisições de medicamentos em um mesmo Departamento e não mais descentralizadas no âmbito de cada unidade; o levantamento de estoques; as especificações dos medicamentos (por princípio ativo e apresentação constantes na Tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento – CMED); critérios de aquisições; revisão de padrões; requisições de compras; proceder em caso de descontinuação de produção e importação de medicamentos que inclui consulta ao portal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; trocas de marcas; a importância da assistência farmacêutica na integração da farmácia básica à política estadual para esse seguimento; a iniciativa de consórcios públicos; ampliação da transparência das aquisições com registros no Banco de Preços em Saúde (BPS) do Ministério da Saúde (MS).

Relacionaram-se pressupostos para aquisições de medicamentos, que incluem registro do medicamento na ANVISA, correspondência a medicamento fornecido pelo SUS, documentos necessários para qualificação (habilitação) e observância da Tabela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

De outra banda, foi destacada questão relativa à isenção tributária, com base em jurisprudência do TCU e no ordenamento vigente, trazendo em especial trecho do Decreto Estadual n. 2.401/2008 (8), que ratifica e incorpora, à legislação do Estado do Acre, o Convênio ICMS n. 73, de 24 de setembro de 2004 (9).

Foram, ainda, discutidas as formas de aquisições mediante licitação, dispensa ou inexigibilidade de licitação.

Para otimizar os trabalhos, o Manual de Compras de Medicamentos traz como anexos *check lists* de documentação para envio à licitação (fase interna), de contratação direta por dispensa e inexigibilidade de licitação, elaborados pela PGE/AC, de adesão, de diretrizes para atuação em demandas decorrentes de decisões judiciais, e perguntas e respostas da ANVISA sobre medicamentos.

3.6. MANUAL DE REAJUSTE

Inicialmente, aborda conceitos sobre o instituto do reajuste, dos requisitos necessários para pleitear esse direito e o respectivo procedimento para avaliação pela Administração.

No que se refere ao direito de reajustamento contratual, discorre sobre a necessidade de previsão contratual, periodicidade mínima, manifestação da contratada, a disponibilidade do direito e o instituto da preclusão lógica, a apuração do valor com base em índice previamente fixado e que a contratada não tenha dado causa ao atraso na execução.

Não obstante, dispõe sobre efeitos financeiros, estabelecendo os limites para concessão e a importância da manutenção das condições de habilitação nesse processo.

Apresenta quadro sinóptico para resumir, facilitar a compreensão e permitir atuação mais ágil do servidor em suas rotinas.

Destaca a atuação dos gestores e fiscais, bem como pontua sobre análise técnica e jurídica, indispensáveis em tais ocorrências, recomenda registro das alterações de forma solene por meio de termo aditivo e consolida a documentação necessária para instrução processual.

Por fim, traz como anexo minuta de termo aditivo.

3.7. MANUAL DE REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

O Manual de Reequilíbrio Econômico-Financeiro segue roteiro semelhante ao de reajuste. Aborda conceitos sobre o instituto do reequilíbrio econômico-financeiro em contratos, direitos e requisitos necessários.

No que diz respeito a este último tópico, discorre sobre requerimento do interessado, periodicidade e tempestividade do pleito, a disponibilidade do direito e o instituto da preclusão lógica, a desnecessidade de previsão contratual e a comprovação do desequilíbrio e apuração dos valores devidos.

Também, dispõe sobre efeitos financeiros e a importância da manutenção das condições de habilitação nesse processo.

Merece destaque a apresentação de diretriz para parecer técnico, que consolida o entendimento quanto aos itens que importam para a análise e foram tratados ao lon-

go do manual, como tempestividade do pleito e preclusão lógica, além dos documentos necessários e verificação do desequilíbrio.

3.8. MANUAL DE REPACTUAÇÃO DE PREÇOS

O Manual de Repactuação segue a mesma sistemática, roteiro e objetivo dos manuais de Reajuste de Preços e Reequilíbrio Econômico-Financeiro. Aborda conceitos sobre o instituto da repactuação em contratos, direitos e requisitos necessários.

4. ORIENTAÇÕES

As orientações foram dirigidas aos gestores da Secretaria e versam sobre temas diversos como terceirização, prontuários médicos, ajuda de custo e contratações em geral.

O quadro abaixo resume as Orientações Normativas:

Quadro 1. Orientações Normativas Diretoria Jurídica.

| DIRETORIA JURÍDICA | |
|--------------------|--|
| N. | OBJETO |
| 01/2015 | Dispensa, de nova análise jurídica, os processos já analisados pela Diretoria Jurídica, por meio de manifestação conclusiva que verse sobre prorrogações de vigência que envolva algumas das situações previstas no art. 57 da Lei n. 8.666/93. |
| 02/2015 | Estabelece procedimentos para aquisição do objeto ou prestação dos serviços registrados em Ata de Registro de Preços válida. |
| 03/2015 | Dispõe sobre a fiscalização dos contratos terceirizados, convênios e outros instrumentos correlatos que demandem contratação de serviços envolvendo mão de obra terceirizada, de forma rigorosa, sob pena de reponsabilidade do servidor competente, a fim de evitar condenações subsidiárias do Estado em processos trabalhistas, ou reponsabilidade solidária decorrente do descumprimento dos encargos previdenciários pela contratada. |
| 01/2016 | Dispensa manifestação jurídica nas contratações diretas previstas nos incisos I e II do art. 24 da Lei n. 8.666/93, bem como nas demais hipóteses de dispensas e inexigibilidades, cujos valores estejam compreendidos nos limites dos incisos aqui indicados e que preencham os requisitos da dispensa em razão do valor. |
| 02/2016 | Aplica, aos processos que visem a prorrogações de convênios, termos de cooperação e outros instrumentos correlatos, as disposições da Orientação Normativa 01/2015 - Aditivos de Prorrogação, publicada no DOE 11.672, de 29 de outubro de 2015, no que couber. |
| 03/2016 | Dispõe sobre a exigência de prestação de garantia nos editais para contratações de obras, serviços e compras, conforme os termos do artigo 56 da Lei n. 8.666/93. |
| 04/2016 | Dispõe acerca do recebimento e aceite da proposta pela Administração, a fim de consignar ser dever da Contratada entregar o objeto de acordo com os termos propostos. |
| 05/2016 | Dispõe sobre os critérios para concessão de subvenções sociais às entidades sem fins lucrativos na área de assistência social e na área da saúde, nos termos da legislação que rege a matéria. |
| 06/2016 | Dispõe acerca do encaminhamento de processos à apreciação da Diretoria Jurídica para análise e emissão de Parecer sobre determinada demanda. |

| DIRETORIA JURÍDICA | |
|--------------------|---|
| N. | OBJETO |
| 07/2016 | Dispõe acerca da vedação de se condicionar pagamento de objeto entregue ou executado à comprovação de regularidade fiscal pelas empresas contratadas, ante a ausência de previsão legal nesses termos, sob pena de enriquecimento ilícito por parte da Administração. |
| 08/2016 | Estabelecer que há perda do objeto quando os pedidos de acréscimo aos contratos já tenham alcançado o limite legal pertinente, sendo desnecessária nova manifestação jurídica sobre o tema. |

Fonte: elaboração dos autores.

Além dessas, houve proposta que resultou da edição de Orientações, editadas pelo próprio Secretário de Estado:

Quadro 2. Orientações Secretário de Estado de Saúde.

| SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE | |
|-------------------------------|---|
| N. | OBJETO |
| 01/2015 | Dispõe que as solicitações de ressarcimento terão como valor máximo de referência para indenização aquele estabelecido para ajuda de custo, conforme Portaria n. 774/2014. |
| 02/2015 | Dispõe que somente será fornecida cópia de prontuários médicos em razão da solicitação do próprio paciente e/ou de seu representante legal, ou mediante autorização judicial. |

Fonte: elaboração dos autores.

5. PORTARIAS

As Portarias versam sobre diversos temas relacionados à área jurídica, atenção à saúde, planejamento e gestão, administração e finanças e controle interno, além de aprovação dos próprios manuais como diretriz institucional, conforme segue:

Quadro 3. Portarias da Secretaria de Estado de Saúde.

| SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DIRETORIA JURÍDICA | |
|--|--|
| N. | OBJETO |
| 943/2015 | Aprova o MANUAL SIMPLIFICADO DE PROCEDIMENTOS PARA APLICAÇÃO DE SANÇÕES ADMINISTRATIVAS NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SESACRE elaborado pela Diretoria Jurídica, publicada no DOE 11.658, de 08 de outubro de 2015. |
| 944/2015 | Aprova o MANUAL SIMPLIFICADO DE DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO/ANÁLISE DE PLANILHAS DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS EM TERMOS DE REFERÊNCIA E PEDIDOS DE REACTUAÇÃO DE EMPRESAS TERCEIRIZADAS, elaborado pela Diretoria Jurídica, publicada no DOE 11.658, de 08 de outubro de 2015. |
| 993/2015 | Aprova o MANUAL DE LOCAÇÃO DE IMÓVEIS: NORMAS E PROCEDIMENTOS, elaborado pela Diretoria Jurídica, publicada no DOE 11.672, de 29 de outubro de 2015. |
| 1034/2015 | Aprova o MANUAL DE COMPRAS DE MEDICAMENTOS: NORMAS E PROCEDIMENTOS, elaborado pela Diretoria Jurídica, publicada no DOE 11.685, de 20 de novembro de 2015. |
| 299/2016 | Dispõe que as diligências solicitadas pela Diretoria Jurídica ou quaisquer de suas Divisões terão tramitação prioritária quando objetivarem cumprimento de demanda judicial, emergencial administrativa e extrajudicial. |
| 187/2016 | Aprova o MANUAL DE ORIENTAÇÕES SOBRE REAJUSTE DE PREÇOS elaborado pela Diretoria Jurídica. |

| SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DIRETORIA JURÍDICA | |
|--|---|
| N. | OBJETO |
| 1075/2016 | Aprova o MANUAL DE ORIENTAÇÕES SOBRE REPACTUAÇÃO DE PREÇOS elaborado pela Diretoria Jurídica, publicada no DOE 11.931, de 11 de novembro de 2016. |
| 1498/2017 | Disciplina os cargos existentes no Quadro de Pessoal da Secretaria de Estado de Saúde, de acordo com a art. 28 da Lei Complementar Estadual nº 84/2000, publicada no DOE 12.138, de 14 de setembro de 2017. |
| 1513/2017 | Regulamenta o adicional por complexidade, cujos valores estão definidos no Anexo V da Lei Complementar Estadual nº 84/00, publicada no DOE 12.138, de 14 de setembro de 2017. |

Fonte: Elaboração dos autores.

Quadro 4. Portarias da Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde.

| SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO À SAÚDE | |
|---------------------------------------|---|
| N. | OBJETO |
| 3/2016 | Institui o Sistema de Gerenciamento de Escalas e Plantões - GEP, no âmbito das unidades e serviços de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Acre, e dá outras providências, publicada no DOE 11.946, de 2 de dezembro de 2016. |
| 13/2016 | Autoriza a criação e a utilização de correspondências eletrônicas para recebimento e atendimento das demandas decorrentes de comunicações, críticas e sugestões realizadas pela população por meio do Sistema de Gerenciamento de Escalas e Plantões - GEP, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Acre. |
| 1511/2017 | Dispõe sobre o cadastramento, dispensação, controle, fiscalização e acompanhamento dos serviços de Oxigenoterapia Domiciliar no âmbito da Rede Pública Estadual de Saúde do Estado do Acre, e dá outras providências, publicada no DOE 12.138, de 14 de setembro de 2017. |
| 1512/2017 | Dispõe sobre a obrigatoriedade dos profissionais de saúde observarem, em suas prescrições, a lista de medicamentos contidos na RENAME e na relação complementar do Estado, de forma prioritária, e dá outras providências, publicada no DOE 12.137, de 13 de setembro de 2017. |
| 1960/2017 | Dispõe sobre a obrigatoriedade de observância dos parâmetros procedimentais e normativos definidos pelo Ministério da Saúde acerca do Sistema de Informação Hospitalar - SIH e dos procedimentos médicos que acarretem aos pacientes da rede pública estadual de saúde intervenções que utilizam OPME, publicada no DOE 12.183, de 22 de novembro de 2017. |
| 51/2018 | Dispõe sobre a indicação clínica, uso e controle de dispensação da Albumina Humana para infusão intravenosa nas Unidades Públicas Prestadoras de Serviços do Sistema Único de Saúde - SUS da Rede Pública de Saúde do Estado do Acre, e dá outras providências, publicada no DOE 12.224, de 19 de janeiro de 2018. |
| 277/2018 | Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização de Teleconsultoria prévia às solicitações de TFD ambulatorial intermunicipal e dá outras providências, publicada no DOE 12.243, de 20 de fevereiro de 2018. |
| 278/2018 | Dispõe e regulamenta a realização de testes rápidos para a detecção de HIV, Hepatites Virais e Sífilis nos serviços públicos de saúde do Estado do Acre, bem como o acesso a exames laboratoriais confirmatórios para os agravos acima relacionados oferecidos no Laboratório Central do Acre - LACEN, publicada no DOE 12.244, de 21 de fevereiro de 2018. |

Fonte: elaboração dos autores.

Por outra, há exposição de motivos e minuta de ofício circular que ensejou a expedição do Ofício Circular 173, de 27 de fevereiro de 2015, dirigidos aos Agentes Públicos e dirigentes de entidades receptoras de subvenções sociais quanto à obrigação de apresentação e atualização anual de Declaração de Bens.

No Portal, também são disponibilizadas informações sobre carta de serviços, organograma, relatório de gestão, regimentos internos, pareceres consultivos relevantes, ofícios e memorandos circulares, check lists, minutas de documentos, material complementar e informações sobre demandas judiciais e de gestão.

Isto é, além de um banco de normas, busca-se sistematizar algumas informações importantes para a gestão, como o acompanhamento das demandas e despesas com a judicialização da saúde, permitindo-se ao gestor uma visão ampla e específica dessa área de atuação.

É importante que o banco de normas passe por constantes atualizações e os servidores sejam conscientizados sobre a importância do uso e da manutenção desta ferramenta, que contempla materiais e documentos didaticamente elaborados e organizados.

A utilização rotineira desta ferramenta torna mais célere o processo de trabalho, pois evita o trâmite burocrático e muitas vezes desnecessário, otimizando o tempo. (Exemplo: Realização de consulta jurídica sobre temas já pacificados e abordados pela assessoria jurídica do órgão/dúvidas de fluxo de determinado processo de trabalho, etc.)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma melhor gestão dos recursos passa pela atividade-meio e, por isso, iniciativas como o banco de normas Sesacre Legis são importantes para elevação dos resultados esperados no desempenho do processo de trabalho.

Isso porque, o Portal visa a sistematizar, consolidar regras, diretrizes mínimas e fluxogramas que norteiam os atores envolvidos nas atividades desempenhadas pela Administração, facilitando o acesso e o uso dos instrumentos normativos e estratégicos existentes.

Por fim, trata-se o presente projeto de boa prática para a gestão pública, uma vez que os temas ora abordados fazem parte das rotinas da Administração Pública.

REFERÊNCIAS

01. Supremo Tribunal Federal. Atualização dos percentuais máximos para Encargos Sociais [Internet]. Brasília, 2007. [Acesso em 02 set 2018]. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/sobreStfEstudoSci/anexo/Encargos_Sociais_03102007.pdf.

02. Conselho Nacional de Justiça. Boletim Interno Especial 2013 [Internet]. Brasília, 2013. [Acesso em 02 set 2018]. Disponível em: http://www.cjf.jus.br/cjf/transparencia-publica/boletim-interno/2013/boletim-interno-especial/Boletim%20Especial%20de%2026.06.pdf/at_download/file.

03. Tribunal de Contas da União. Contratação de serviço terceirizados módulo Planejamento 2013 [Internet]. Brasília, 2013. [Acesso em 02 set 2018]. <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/contratacao-de-servicos-terceirizado-modulo-planejamento-8A81881F6364D8370163D19A689D6C7D.htm>.
04. Estado do Acre. Decreto Estadual 5.965, de 30 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o procedimento administrativo e a aplicação de sanções por ilícitos administrativos cometidos por fornecedores nas licitações, suas dispensas e inexigibilidades e nos contratos da Administração Pública, no âmbito do Estado do Acre. [Internet]. 30 dez 10. [Acesso em 02 set 2018]. Disponível em <http://www.licitacao.ac.gov.br/editais/novomarco/DEC5965.pdf>.
05. Brasil. Lei n. 12.846, de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências. [Internet]. 01 ago 13. [Acesso em 02 set 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12846.htm.
06. Brasil. Lei n. 8.420, de 8 de maio de 1992. Introduce alterações na Lei nº 4.886, de 9 de dezembro de 1965, que regula as atividades dos representantes comerciais autônomos. [Internet]. 08 maio 92. [Acesso em 02 set 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8420.htm.
07. Brasil. Lei 8.245, de 18 de outubro de 1991. Dispõe sobre as locações dos imóveis urbanos e os procedimentos a elas pertinentes. [Internet]. 18 out 91. [Acesso em 02 de set 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8245.htm.
08. Estado do Acre. Decreto Estadual 2.401, de 22 de janeiro de 2008, Alterado pelo Decreto n. 5.312, de 31 de maio de 2010 . Alterado pelo Decreto n. 7.707, de 6 de junho de 2014 Ratifica e Incorpora à Legislação do Estado do Acre o Convênio ICMS n. 73, de 24 de setembro de 2004, e concede isenção do ICMS no caso que especifica. [Internet]. 08 maio 92. [Acesso em 02 set 2018]. Disponível em <http://www.sefaz.ac.gov.br/wps/wcm/connect/b436b9004e47502e9d73dd202d0f6814/DECRETO+N+2401+2008.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b436b9004e47502e9d73dd202d0f6814>.
09. Brasil. Conselho Nacional de Política Fazendária - CONFAZ, Convênio ICMS 73/2004. Autoriza os Estados que menciona a conceder isenção de ICMS nas operações ou prestações internas destinadas a órgãos do Poder Executivo da Administração Pública Estadual Direta e suas Fundações e Autarquias. [Internet]. Aracaju, 2004. [Acesso em 14 setembro 2016]. Disponível em https://www.confaz.fazenda.gov.br/legislacao/convenios/2004/CV073_04.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a Integralidade da Atenção à Saúde: a Articulação Federativa como um Caminho a Percorrer

Zaira Zambelli Taveira¹

Nayara Scalco²

Luciana Benevides Ferreira³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/tQCBT4>

RESUMO

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) foi instituído articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo seus princípios e diretrizes, entre eles o da integralidade da atenção. É organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sob responsabilidade do gestor federal com ação complementar por estados, municípios e ONGs. O objetivo deste texto é refletir sobre o processo de articulação interfederativa para garantia da integralidade no que se refere aos povos indígenas, com base na análise documental do arcabouço legal e normativo do SASI e do SUS. É responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde, dirigir o processo. No entanto, verificou-se a falta de normativas que orientem os DSEI na realização da articulação com estados e municípios para definição de uma rede de referência de média e alta complexidade. O arcabouço legal e normativo demonstra fragilidade e descompasso entre a legislação do SUS e do SASI, o que leva à necessidade premente de revisão e sua alteração, com o intuito de fortalecer a relação interfederativa e superar as dificuldades de execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) para que se avance na garantia da integralidade da assistência à saúde desta população.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Acesso aos Serviços de Saúde. Integralidade em Saúde.

1 Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. *Humphrey Fellow 2017-2018 do Hubert H. Humphrey Fellowship Program* na *Virginia Commonwealth University*. E-mail: zairataveira@gmail.com

2 Doutoranda em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo. Mestre em Ciência pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo e Universidade Aberta do Brasil. E-mail: nayarascalco@gmail.com

3 Doutora em Bioética pela Universidade de Brasília. Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em Antropologia da Saúde pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail para contato: lucianabenevides@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A população indígena corresponde a 0,4% da população total do Brasil, com 896,9 mil pessoas autodeclaradas indígenas. São 305 povos que falam 274 línguas. Eles estão presentes em todos os estados e em 80% dos municípios. A maioria deles (63,8%) vive na área rural (1). Em 2016, 738.624 indígenas estavam cadastrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). A maior parte vive em comunidades pequenas, em terras indígenas, sendo 84% das aldeias com menos de 200 indígenas (2). Constituem povos que diferem nos hábitos e nas culturas, nas formas de organização social e política, diferenças essas que foram garantidas como direito na Constituição Federal (CF) de 1988.

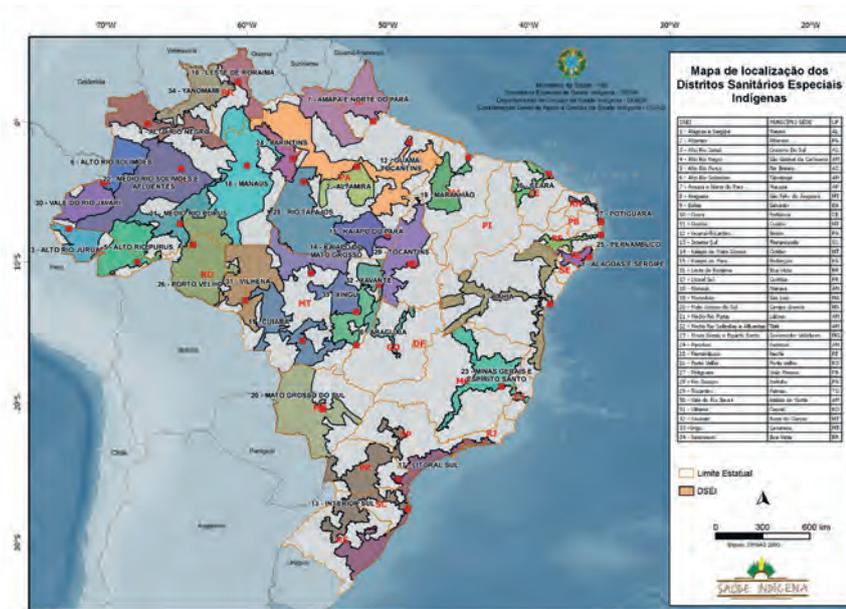
As políticas destinadas aos povos indígenas, até os anos 80, pautavam-se na “ciência da evolução da humanidade” e de integração à “comunidade nacional”, com uma relação de tutela do governo para com esses povos (3). A CF estabeleceu novo paradigma na relação do Estado nacional com os povos indígenas, seguindo as diretrizes internacionais de respeito à autodeterminação e consulta prévia nas ações que forem desenvolvidas ou impactarem a vida destes povos (4-5).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco da Reforma Sanitária e, por deliberação dela, ocorreu a Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio no mesmo ano. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento indígena organizado e três conferências de saúde indígena realizadas apresentaram ao governo as bases para a criação de um sistema específico para a saúde dos indígenas, articulado ao sistema nacional, com a participação desta população nos momentos de decisão. A Lei Arouca (Lei n. 9.836/99) estabeleceu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), sob a responsabilidade indelegável da União, e sua estruturação em articulação com o SUS, de modo a garantir o princípio da equidade e promover uma atenção diferenciada para superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para essa população (6). A responsabilidade de coordenação e implantação deste novo modelo foi atribuída à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde (MS) de 1999 até 2010, quando foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) na própria estrutura do MS.

A implantação do Subsistema inicia-se pela criação de uma rede de serviços de saúde nas terras indígenas no âmbito da atenção primária, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Para a criação dos 34 DSEI (Figura 1), foram considerados: a população, a área geográfica e o perfil epidemiológico; a disponibilidade de serviços, os recursos humanos e a infraestrutura; as vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide, necessariamente, com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas (7).

O Distrito Sanitário Especial Indígena, como modelo de organização de serviços, configura, portanto, um espaço de atenção à saúde sob responsabilidade do gestor federal com ação complementar por estados, municípios e ONGs, com uma delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos, etnoculturais e o acesso dos usuários indígenas aos serviços, além do controle social exercido pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) (6).

Figura 1 – Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.



Fonte: SESAI.

A criação do Subsistema levou à melhoria de indicadores de saúde, como a redução da Taxa de Mortalidade Infantil na população indígena, que passou de 74,61 (por 1.000 nascidos vivos) no ano 2000 para 33,26 em 2016 (8-9). No entanto, assim como acontece com outros indicadores de saúde, esta taxa é ainda muito alta se comparada à população nacional (13,82, em 2015) (8). A dificuldade de se obterem maiores avanços com relação ao perfil epidemiológico dos povos indígenas se deve, em parte, às dificuldades de gestão e operacionalização das ações nos DSEI, mas também à dificuldade de se estabelecer uma retaguarda para a atenção secundária e terciária. Estes serviços encontram-se em áreas urbanas e estão sob a responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, que organizam as redes de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde foram definidas, na Portaria MS/GM no 4.279/2010 (contemplada Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017), como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, que objetivam:

promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humani-

zada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (10)

A formação de redes de atenção à saúde no SUS ocorre por meio de um processo lento e extremamente complexo, que exige uma articulação permanente entre os gestores. (11)

Considerando-se que a delimitação geográfica dos DSEI não coincide com os limites dos estados e municípios brasileiros, surge a necessidade da criação de redes de atenção à saúde diferenciada para o atendimento à população indígena. Para isto, é imprescindível que se estabeleça uma articulação interfederativa que reconheça as especificidades da assistência a estes povos.

O objetivo deste texto é refletir sobre o processo de articulação interfederativa para garantia da integralidade da atenção à saúde dos povos indígenas no SUS.

2. MÉTODOS

A metodologia adotada é a análise documental do arcabouço legal e normativo do SASI e SUS. Para tanto, foram levantadas, no banco de dados do MS, Saúde Legis (http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM), as publicações referentes à normatização do SASI e às políticas de constituição das redes de atenção à saúde no SUS. Foram incluídas as publicações que se referiam à organização da assistência com objetivo de garantir a integralidade, listadas na Tabela 1. Em outubro de 2017, o MS publicou 6 Portarias de Consolidação (PRC) na tentativa de reunir as legislações do SUS, contemplando a maioria das normativas pesquisadas como identificado na Tabela 1, coluna Situação Atual.

Quadro 1. Identificação das legislações do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e do SUS que tratam diretamente a garantia da integralidade da assistência à saúde.

| Tipo de Texto | Autor | N. | Data de Publicação | Ementa | Situação Atual |
|---------------|--------|-------|--------------------|--|---------------------|
| Portaria | MS/SAS | 55 | 26/02/1999 | Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. | Vigente |
| Portaria | MS/GM | 254 | 06/02/2002 | Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. | PRC MS/GM n. 2/2017 |
| Portaria | MS/GM | 2.759 | 26/10/2007 | Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor. | PRC MS/GM n. 2/2017 |

| Tipo de Texto | Autor | N. | Data de Publicação | Ementa | Situação Atual |
|---------------|--------|-------|--------------------|--|---|
| Portaria | MS/GM | 2.656 | 18/10/2007 | Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. | PRC MS/GM n. 6/2017 |
| Portaria | MS/SAS | 475 | 02/09/2008 | Inclui, na tabela de estabelecimentos do SCNES, o tipo de estabelecimento 72 - Unidade de Atenção à Saúde Indígena e seus subtipos conforme tabela descrita nesta Portaria. | Revogada pela Portaria MS/SAS 1317/2017 |
| Portaria | MS/GM | 1.459 | 27/06/2011 | Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. | PRC MS/GM n. 3/2017 e PRC MS/GM n. 6/2017 |
| Decreto | Brasil | 7.508 | 29/06/2011 | Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. | Vigente |
| Portaria | MS/GM | 2.395 | 13/10/2011 | Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito SUS. | PRC MS/GM n. 3/2017 e PRC MS/GM n. 6/2017 |
| Portaria | MS/GM | 3.088 | 26/12/2011 | Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. | PRC MS/GM n. 3/2017 |
| Resolução | MS/CIT | 10 | 18/12/2013 | Fica aprovada a participação dos representantes dos DSEI/SESAI/MS, na qualidade de convidados, nas reuniões e atividades realizadas pelas CIR e CIB de modo a promover a articulação e integração dos gestores do SASISUS com os gestores estaduais e municipais do SUS em torno de temas afetos à PNASPI e sua relação com as políticas públicas de saúde do SUS. | Vigente |
| Portaria | MS/GM | 3.410 | 03/01/2014 | Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar. | PRC MS/GM n. 2/2017 |
| Portaria | MS/GM | 1.646 | 05/10/2015 | Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). | PRC MS/GM n. 1/2017 |
| Portaria | MS/GM | 1.317 | 03/08/2017 | Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. | Vigente |

| Tipo de Texto | Autor | N. | Data de Publicação | Ementa | Situação Atual |
|---------------|-------|-------|--------------------|--|----------------|
| Portaria | MS/GM | 2.663 | 16/10/2017 | Altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas, no âmbito do SUS. | Vigente |

Fonte: Elaborada pelos autores.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de estruturação dos serviços de atenção primária do SASI, iniciado na gestão da FUNASA, foi essencial para se avançar no acesso da população indígena ao SUS. Porém, para garantir a integralidade da atenção, é necessária a articulação desses serviços com os pontos de referência de média e alta complexidade existentes nos municípios e nos estados.

Sob a gestão da FUNASA, foi publicada a PNASPI, em 2002. A Política indica que cabe ao órgão executor da saúde indígena a busca da articulação interfederativa (7). Apesar disto, no levantamento realizado, verificou-se que não há normativas da FUNASA ou da SESAI que orientem como essa responsabilidade deve ser conduzida no âmbito dos Distritos.

No entanto, a partir da análise da legislação, foi possível identificar cinco ações para a articulação da assistência em média e alta complexidade, com o intuito de garantir a integralidade na atenção à saúde indígena:

- a) recomendação da participação de representantes indígenas nos conselhos municipais e estaduais de saúde;
- b) criação do incentivo financeiro para a atenção especializada aos povos indígenas (IAE-PI);
- c) inclusão de representantes dos DSEI nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Bipartites (CIB);
- d) cadastro das unidades de saúde do SASI no Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- e) criação de uma coordenação específica na estrutura da SESAI.

4. PARTICIPAÇÃO DE REPRESENTANTES INDÍGENAS NOS CONSELHOS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE SAÚDE

A PNASPI recomenda a participação de representantes dos povos indígenas nos conselhos de saúde em todos os níveis de gestão (7). Esta participação possibilitaria,

aos indígenas, expor, aos gestores, as especificidades e necessidades da população de seus territórios, além de participar das definições de ações e políticas municipais, estaduais e federais na área da saúde. Contudo, há dificuldades de atuação dos indígenas nestes espaços, seja por regimentos que não preveem vagas específicas ou pela dificuldade logística no deslocamento das aldeias até a cidade, onde ocorrem as reuniões. Por outro lado, a representação de estados e municípios é contemplada nos regimentos internos dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, mas também não garante a participação efetiva destas instâncias nas reuniões, tendo em vista a falta de esclarecimento quanto à sua responsabilidade na execução das ações de saúde indígena e à fragilidade nas relações entre indígenas e não indígenas. Esta situação não favorece o planejamento integrado das ações de saúde entre os DSEI, os estados e os municípios.

A participação nas instâncias do controle social do SASI e do SUS é fundamental para a realização da articulação interfederativa. No CONDISI, ocorre a deliberação sobre a organização das ações de saúde no âmbito do DSEI, que devem se articular e integrar com as ações dos municípios e dos estados, definidas nos conselhos municipais e estaduais de saúde. No âmbito federal, o Fórum de Presidentes de CONDISI é consultivo para a gestão da SESAI e tem representação, como suplente, no Conselho Nacional de Saúde, esfera responsável pela deliberação sobre a política nacional de saúde.

5. CRIAÇÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA AOS POVOS INDÍGENAS

Uma estratégia utilizada para incentivar a articulação entre o DSEI e os municípios foi a criação dos incentivos financeiros Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) e o Incentivo Financeiro para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), reformulados em 2007 pela Portaria MS/GM no 2656, que estabelece, no Artigo 3º, que a aplicação destes deve estar “em conformidade com o Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI e com os Planos de Saúde dos Estados e Municípios”. O Artigo 4º destaca que o IAB-PI tem o objetivo de “ofertar consultas e procedimentos de atenção básica às comunidades indígenas”. Já o Artigo 6º trata do IAE-PI, que se destina à “implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico à população indígena” (12). Com a criação da SESAI e as frequentes denúncias de não aplicação do IAB-PI pelos municípios (13-14), este incentivo foi extinto pela Portaria GM/MS no 2012/2012 (15), enquanto o IAE-PI foi novamente reformulado em 2017, pela Portaria GM/MS no 2663 (16).

A extinção do incentivo IAB-PI gerou discussão em alguns municípios e o entendimento equivocado de que estes não tinham mais a responsabilidade de assistência à população indígena. É importante destacar que os recursos da atenção básica repassados aos municípios e que utilizam como parâmetro a população incluem todos os munícipes, dentre eles, os indígenas. E, a existência de uma rede de serviços em aldeias e terras indígenas, cujos serviços são executados pelo gestor Federal, não exi-

me a responsabilidade dos municípios com esta parte da população, devendo os municípios garantirem o acesso aos serviços de referência para os serviços especializados. Neste sentido, os incentivos financeiros, embora tenham a motivação de garantia da integralidade, não foram criados para custear a assistência, já prevista e custeada pelo financiamento geral do SUS. Estes têm, como princípio, promover as adaptações necessárias para prestar uma atenção adequada a esta população diferenciada. Além disso, eles podem e devem ser utilizados pelos serviços na qualificação da assistência, como por exemplo: garantir e auxiliar a presença do acompanhante, intérprete, cuidadores tradicionais, alimentação que respeite hábitos e restrições culturais. (17)

6. INCLUSÃO DE REPRESENTANTES DOS DSEI NAS CIR E CIB

Outra estratégia utilizada para garantir a continuidade do cuidado, principalmente em regiões onde o SUS tem poucos recursos para garantir o direito à saúde, foi a compra de serviços da rede privada. Com a criação da SESAI e a impossibilidade legal desta alternativa, emergiu a necessidade de avançar na articulação do SASI com os outros pontos de atenção do SUS no âmbito formal. Em 2013, foi garantida a participação da gestão do SASI nos órgãos formais de pactuação da gestão dos demais serviços do SUS, as CIR e CIB, que são espaços estratégicos para a articulação e pactuação entre gestores estaduais e municipais do SUS (18-19). Assim, foi viabilizada a participação dos DSEI nas CIR e CIB:

[...] de modo a promover a articulação e integração dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com os gestores estaduais e municipais no Sistema Único de Saúde em torno de temas afetos à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e sua relação com as políticas públicas de saúde do SUS. (18)

Porém, esta participação restringe-se ao caráter de convidado, com direito a voz, mas sem direito a voto, o que compromete a capacidade de influenciar nas decisões de colegiado. (20)

7. CADASTRO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO SASI NO SCNES

Um passo importante para integração do Subsistema à rede de serviços de referência do SUS foi a criação das unidades de saúde indígena no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a partir de 2008. Em 2015, uma nova portaria refere-se ao acesso do DSEI a esse Sistema e, desta maneira, propicia a visibilidade dos estabelecimentos da saúde indígena nos demais sistemas do SUS conectados a ele, inclusive sistemas de regulação para serviços de média e alta complexidade e em 2017, a Tabela de Tipo de Estabelecimento do CNES foi atualizada. Contudo, ainda são necessárias modificações no SCNES e a publicação de diretrizes para o

registro de informações relativas a estabelecimentos que prestam atenção à saúde de populações indígenas. O fato de existir um ator intermediário, ou seja, o município que cadastra o estabelecimento da saúde indígena, traz morosidade a este cadastramento em alguns DSEI. A não superação desta etapa inicial de cadastro no SCNES impossibilita a inserção da saúde indígena nos diversos sistemas de informação, regulação e monitoramento do SUS que dialogam com este. (21-23).

8. CRIAÇÃO DE UMA COORDENAÇÃO ESPECÍFICA NA ESTRUTURA DA SESAI

Diante do pequeno avanço na relação entre os gestores do SASI e dos municípios, esta questão recebeu atenção especial no momento da criação da SESAI, que contou com uma Coordenação Geral de Articulação da Atenção à Saúde Indígena, dentro do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (24). Cabia, a esta coordenação, apoiar e/ou participar junto aos DSEI dos processos de negociação com estados e municípios para definição e pactuação da rede de referência da atenção à saúde indígena, participar de articulações intersetoriais relacionadas à promoção da saúde dos povos indígenas e apoiar os DSEI na coordenação e acompanhamento das atividades desenvolvidas nas CASAI (25). Em 2016, no entanto, a estrutura organizacional do Ministério da Saúde é alterada e esta coordenação desaparece (26). Sem o apoio do nível central, o DSEI perde força nas negociações com os municípios e fica a mercê do contexto local construído historicamente em cada região.

Observa-se, portanto, que as estratégias criadas para auxiliar a integração entre a atenção à saúde prestada no âmbito do DSEI e os serviços de referência presentes nos estados e municípios não alcançaram o êxito esperado. Desta forma, o diálogo entre o DSEI e os municípios, para garantia da integralidade da atenção, encontra-se frequentemente relacionado à sensibilidade que o prefeito, o secretário municipal de saúde ou o gestor do estabelecimento de saúde têm em relação à causa indígena e às relações interpessoais de amizade entre os profissionais da saúde indígena e os gestores dos municípios (27). De modo semelhante, o acesso do indígena ao programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD), que oferece passagens de ida e volta, no caso de tratamento médico em local diferente do município de residência e ajuda de custo para alimentação e hospedagem (28), sujeita-se a estas condições.

O DSEI, por sua vez, deve responsabilizar-se pelo transporte do paciente da sua aldeia até o município. Cabe destacar que o distrito encontra dificuldades para este transporte devido à insuficiência de veículos e grandes distâncias a serem percorridas até as aldeias. O DSEI também é responsável pelo acolhimento dos pacientes e acompanhantes indígenas nas CASAI. O tempo de permanência do indígena na CASAI tem impacto sociocultural, impacto em saúde (inclusive saúde mental) e impacto econômico (para a SESAI) (29). Por isto, a atenção à saúde diferenciada para os povos indígenas não está relacionada à alteração de fluxos de referência para privilegiá-los, e sim ao fato de que estes aspectos devem ser considerados ao se discutir o acesso aos pontos de referência da Rede SUS.

Além disto, os fluxos de referência e contrarreferência contidos nos Planos Distritais de Saúde Indígena estão distantes dos reais fluxos existentes no território e, por vezes, não consideraram as articulações e pactuações realizadas pelos municípios na regional de saúde (30-31).

Ademais, os fluxos de referência utilizados tradicionalmente pelos indígenas são, muitas vezes, diferentes daqueles estabelecidos nas pactuações realizadas pelos municípios. As pactuações realizadas pelos gestores municipais tendem a desconsiderar o histórico dos fluxos culturalmente constituídos pelos indígenas com os municípios adjacentes. De forma que haverá casos nos quais o fluxo pactuado pelo gestor municipal para seus munícipes não indígenas será contrário ao fluxo cultural da população munícipe indígena. (27)

Soma-se a este quadro o permanente conflito entre indígenas e a população nacional envolvente, gerado em grande parte pela permanente disputa por terras. Um retrato desses conflitos está no Relatório Figueiredo, inicialmente divulgado em 1968 e recuperado mais de 40 anos depois, em 2012. Inicialmente, ele destinou-se à investigação das denúncias de crimes cometidos por funcionários do Serviço de Proteção aos Índios (órgão antecessor à Fundação Nacional do Índio). Os crimes contra os índios, por ele apresentados, foram cometidos por civis, a mando de latifundiários, grileiros, seringalistas, madeireiros, mineradores, em conspiração com poderes locais ligados ao judiciário (delegados, juízes, desembargadores) e a políticos (prefeitos, deputados e governadores) (32). A violência institucionalizada apresentada trouxe debates sobre o atual panorama da garantia dos direitos humanos aos povos indígenas. Ainda são frequentes os casos de homicídio, as ameaças e intimidação por atores estatais e privados, prisões arbitrárias e criminalização de líderes indígenas. Ademais, há os casos de violência e de discriminação racial associados a interesses políticos e econômicos individuais (33-34).

No âmbito federal, nota-se também a falta de diretrizes para a saúde indígena nas políticas que têm por objetivo a garantia da equidade, como as políticas de organização da Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e TFD. Diferentemente do que se observa, havia expectativa de que a criação da SESAI iria aproximar a PNASPI das demais políticas do SUS.

A dificuldade de formalização da articulação interfederativa faz com que cada caso de um indígena que necessite ser retirado da aldeia para realizar exames, consultas ou tratamentos de maior complexidade, tenha um fluxo e desfecho próprio, ora bem-sucedido, ora justificando os alarmantes indicadores de morbidade e mortalidade dos povos indígenas.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação interfederativa para a atenção integral à saúde dos povos indígenas é frágil, centrada em relações pessoais e sujeita ao contexto em que se estabelece o contato entre os povos indígenas e a população envolvente.

Há um distanciamento das legislações do SUS e SASI, como a falta de uma diretriz específica para a saúde indígena nas políticas que se referem às redes de atenção. Contudo, apenas os mecanismos legais não garantem a participação, a articulação e a integralidade da assistência à saúde. É preciso um comprometimento de todos os gestores para a superação dos desafios que se apresentam, devido às especificidades socioculturais dos povos indígenas, assim como pelo desalinhamento entre o território do DSEI e os limites do município.

Os conflitos referentes às terras indígenas são permanentes, apresentando-se como uma questão essencial a ser resolvida. A disputa por terras é um fator que compromete a qualidade das ações de saúde, não apenas por dificultar a execução de obras e ações nos territórios não demarcados, mas também por comprometer o modo de vida e estar associada a diversas morbidades.

Importante atentar para o fato de que as dificuldades enfrentadas para garantia do acesso à atenção especializada para os indígenas se sobrepõem às vivenciadas pelos demais cidadãos brasileiros, como a ineficiente alocação de serviços e equipamentos, concentração destes em locais de alta densidade populacional, inadequada correlação com o perfil epidemiológico da população, baixos investimentos em qualificação profissional e sistemas de referência e fluxos poucos organizados, e decrescente financiamento do SUS.

Assim, para garantir a integralidade da assistência à saúde dos povos indígenas, é preciso garantir efetivos pactos interfederativos e uma melhora da rede assistencial para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Os indígenas no censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [internet]; [acesso em 05 fev 2018]. Disponível em https://ww2.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf.
2. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Relatório de gestão do exercício de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [internet]; [acesso em 05 fev 2018]. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/19/Relatorio-de-Gestao-SVS-2016.pdf>.
3. Lima AC. O exercício da tutela sobre os povos indígenas: considerações para o entendimento das políticas indigenistas no Brasil contemporâneo. *Rev de Antropologia*. 2013;55(2):781-832.
4. Organização Internacional do Trabalho. Convenção nº 107 sobre povos indígenas e tribais e resolução referente à ação da OIT. [internet]; [acesso em 06 mar 2018]. Disponível em <http://www.oas.org/dil/port/1957%20Conven%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20>

Povos%20Ind%C3%ADgenas%20e%20Tribais.%20(Conven%C3%A7%C3%A3o%20OIT%20n%C2%BA%20107).pdf.

5. Organização Internacional do Trabalho. Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais e resolução referente à ação da OIT. Brasília: OIT; 2011. p. 48.

6. Fundação Nacional de Saúde. Atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo. 2002.

7. Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2 ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002. p. 42.

8. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Relatório de gestão do exercício de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. p. 141.

9. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010. Brasília:Funasa; 2010. p. 96.

10. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 31 dez 2010.

11. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves GR, Cardoso GC. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1209-1224.

12. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.656, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Diário Oficial da União. 18 out 2007.

13. Conselho Indigenista Missionário. Notícias. [internet]; [acesso em 23 abr 2017]. Disponível em http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&conteudo_id=8679&action=read.

14. Ministério Público Federal. Recomendação n. 05 - IAB-PI. [internet]; [acesso em 22 abr 2017]. Disponível em <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/acoes-coordenadas/dia-d-do-controle-social/recomendacao-no-05-saldo-do-iab-pi>.

15. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.012, de 14 de setembro de 2012. Extingue o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), dispõe sobre a utilização dos recursos financeiros remanescentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 17 set 2012.

16. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.663, de 11 de outubro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação n. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios

para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAEP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 16 out 2017.

17. Ministério da Saúde. Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAEP). Brasília, Ministério da Saúde, 2017. [internet]; [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/educacao-popular-em-saude/685-institucional/secretarias/secretaria-especial-de-saude-indigena-sesai/41784-incentivo-para-a-atencao-especializada-aos-povos-indigenas-iaepi>.

18. Comissão Intergestores Tripartite. Ministério da Saúde. Resolução n. 10, de 17 de dezembro de 2013. Fica aprovada a participação dos representantes dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI/SESAI/MS), na qualidade de convidados, nas reuniões e atividades realizadas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB) de modo a promover a articulação e integração dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de temas afetos à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e sua relação com as políticas públicas de saúde do SUS. Diário Oficial da União. 18 dez 2013.

19. Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun 2011.

20. Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República;2013;3:237-271.

21. Ministério da Saúde. Portaria n. 475, de 01 de setembro de 2008. Inclui na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o tipo de estabelecimento 72 - Unidade de Atenção a Saúde Indígena e seus subtipos conforme tabela descrita nesta Portaria. Diário Oficial da União. 08 set 2008.

22. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.646, de 02 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União; 05 out 2015.

23. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.317, de 03 de agosto de 2017. Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. Diário Oficial da União; 08 ago 2017.

24. Ministério Da Saúde. Portaria n. 3.965, de 14 de dezembro de 2010. Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União; 15 dez 2010.

25. Consórcio IDS-SSL-CEBRAP. Modelo de Gestão da Saúde Indígena. Brasília, Funasa, 2009. [internet]; [acesso em 06 fev 2018]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_gestao_saude_indigena.pdf.
26. Brasil. Decreto n. 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Diário Oficial da União; 11 nov 2016.
27. Gomes SC. Acessibilidade dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá-MT. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. [internet]; [acesso em 17 fev 2018]. Disponível em <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/13135/1/Diss%20MP%20Silvana%20Cardoso%20Gomes%202013.pdf>.
28. Ministério da Saúde. Portaria n. 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do sistema de informações ambulatoriais do SAI/SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União; 26 fev 1999.
29. Pereira ER, Biruel EP, Oliveira LS, Rodrigues DA. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. Saúde e Sociedade. 2014;23(3):1077-1090.
30. Vargas KD, Misoczky MC, Weiss MC, Costa WG. A (des) articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, MT. Physis Rev de Saúde Coletiva. 2010;20(4):1399-1418.
31. Cintra EV, Weiss MC, Misoczky MC. Fluxo dos Paresi entre os níveis de atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá, Mato Grosso. Saúde em Debate. 2012;36(92):133-142.
32. Brasil. Comissão Nacional da Verdade. Relatório da Comissão Nacional da Verdade. 3 v. Brasília, CNV, 2014. [internet]; [acesso em 04 fev 2018]. Disponível em http://cnv.memoriasreveladas.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=571.
33. da Silva DM, Nascimento EH, Santos LA, Martins NV, Sousa MT, Figueira MC. Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. Saúde e Sociedade. 2016;25(4):920-929.
34. Tauli-Corpuz V. Relatório da missão ao Brasil da Relatora Especial sobre os direitos dos povos indígenas. Genebra, Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, 2016. [internet]; [acesso em 15 fev 2016]. Disponível em <http://unsr.vtaulicorpuz.org/site/images/docs/country/2016-brazil-a-hrc-33-42-add-1-portugues.pdf>.

Segurança do Paciente: Aspectos Comparativos entre Brasil e Portugal

Sandra Mara Campos Alves¹
André Gonçalo Dias Pereira²
Maria Célia Delduque³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/Y9txR7>

RESUMO

O artigo buscou refletir sobre as abordagens utilizadas pelos países lusófonos para a gestão do tema segurança do paciente, a partir de um estudo comparado, de bases normativas, entre Brasil e Portugal. Foram identificadas previamente as normas por meio de pesquisa legislativa, leitura de livros e artigos, e conversas com informantes-chave. O marco temporal inicial da pesquisa normativa foi o ano de 2004, por ocasião da criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Muitas semelhanças foram encontradas na forma de normatizar as questões, e implementá-las dentro das organizações de saúde: criação de protocolos e manuais clínicos; uso de comitês/núcleos como ator responsável pela internalização e execução dos objetivos previstos nos Planos Nacionais, etc. O aumento da qualidade dos cuidados na saúde e a conseqüente redução dos erros não se dará de forma individual, visto que os eventos adversos são frutos de um processo sistêmico e complexo, próprio das organizações de saúde onde se desenvolvem as atividades. Portugal e Brasil avançam nesse processo por meio da estruturação de sistemas voltados à educação, monitoramento e prevenção de erros evitáveis.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Direito à Saúde. Erro Médico.

1 Advogada. Pesquisadora colaboradora e docente do Programa de Direito Sanitário da Fiocruz Brasília e Membro do Conselho Fiscal da Associação Lusófona de Direito da Saúde (ALDIS). Especialista em Direito Sanitário. E-mail para contato: smcalves@gmail.com

2 ORCID disponível em: <https://orcid.org/0000-0001-9871-5298>. Professor da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Presidente da Direção do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra e Vice-Presidente da Associação Lusófona de Direito da Saúde (ALDIS). E-mail para contato: andreper@fd.uc.pt

3 CV Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9682855541881561>. ORCID disponível em: orcid.org/0000-0002-5351-3534. Pesquisadora Adjunta e Docente na Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Pós-doutora em Direito pela Universidade de Cantábria - Espanha. E-mail para contato: mcdelduque@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A medicina evoluiu sobremaneira desde os primeiros escritos de Hipócrates. Vivenciou-se, nos últimos 20 (vinte) anos, uma transição tecnológica, com fortes avanços nas práticas de saúde – novas técnicas cirúrgicas, novos fármacos, exames e diagnósticos –, todavia, apesar dessa complexidade tecnológica no campo da saúde, não se pode falar em risco zero.

O tema da segurança do doente tem ganhado destaque nas organizações de saúde, a partir da necessidade de melhorar o cuidado e a segurança dos procedimentos, como uma dimensão inerente da qualidade da assistência prestada.

Outra face de relevo acerca da gestão do risco nas unidades de saúde é o necessário acautelamento de direitos fundamentais, como a vida e a integridade física (1), e as consequências desses dados no plano judicial, com o aumento de processos que evocam o erro médico.

No ano de 1999, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos publicou um relatório intitulado “*To err is human*” (2), ocasião em que foram destacadas a ocorrência de inúmeros eventos adversos no sistema de saúde norte americano, sendo vários deles frequentes, e alguns com potencial risco de fatalidade.

A partir dessa publicação, o tema da segurança do paciente ganhou projeção internacional, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), e desenvolver o Programa de Segurança do Paciente (*Patient Safety Program*), especialmente para fomentar a discussão do tema e desenvolver ações para aumentar a segurança dos pacientes e diminuir os riscos de eventos adversos.

Uma das ações estruturantes foi a elaboração de uma Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (*International Classification for Patient Safety*), com definições e conceitos harmonizados, e que permitam comparações válidas de estudos e medidas de segurança realizadas.

Nesse contexto, em 2009, a OMS define segurança do doente como “A redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável.” (3)

O tema também foi objeto recente do editorial da revista *The Lancet* (4), sob o título “Segurança do Paciente não é um luxo” (*Patient safety is not a luxury*), em que reforça a necessidade de estruturação de sistemas e ambientes de saúde aptos a promover a redução de erros humanos, tendo em vista que, no campo médico, é uma realidade que estará sempre presente.

O presente trabalho cuidou de refletir sobre a abordagem do tema da segurança do doente por dois países lusófonos – Brasil e Portugal – no contexto normativo.

2. MÉTODO

Tratou-se de estudos de casos múltiplos em que se empreendeu a análise comparativa das principais características e diferenças que informam o tema da segurança do paciente no Brasil e em Portugal, a partir da análise das principais normativas que disciplinam o assunto. (5)

A identificação das normas foi feita previamente, por meio de pesquisa legislativa, leitura de livros e artigos, e conversas com informantes-chave que atuam na área da segurança do paciente, no Brasil e em Portugal (quadro 1).

O marco temporal inicial da investigação normativa foi 2004, ocasião da criação, pela OMS, da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

Tabela 1: Normas de segurança do paciente no Brasil e em Portugal.

| PAÍS DE ORIGEM | IDENTIFICAÇÃO DA NORMA | DATA |
|----------------|---|------------|
| BRASIL | Portaria MS/GM nº 1660 | 22/07/2009 |
| | Portaria MS/GM n. 529 | 01/04/2013 |
| | RDC - Anvisa n. 36 | 25/07/2013 |
| PORTUGAL | Despacho do Gabinete da Ministra da Saúde n. 14223 | 24/6/2009 |
| | Despacho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n. 3635 | 07/03/2013 |
| | Despacho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n. 1400-A | 10/02/2015 |
| | Despacho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n. 5613 | 27/05/2015 |

Fonte: elaborado pelos autores com base nos achados normativos da pesquisa.

Nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 510/2016, não houve necessidade de submissão da pesquisa ao sistema CEP/CONEP, vez que foram utilizados exclusivamente dados de acesso público.

3. RESULTADOS

3.1. BRASIL

No Brasil, em que pese a existência de antecedentes normativos que já regulamentavam o tema da segurança do paciente de forma esparsa, é propriamente com a publicação da Portaria MS/GM n. 529, de 1º de abril de 2013 (6) (atualmente encampada pela Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde n. 5/2017), que a matéria é inserida na agenda nacional como uma prioridade.

A Portaria instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em estabelecimentos públicos e privados.

A Portaria apresenta 5 (cinco) objetivos específicos a serem alcançados pelo PNSP, nas seguintes dimensões:

- i. promoção e apoio de iniciativas voltadas à segurança do paciente, especialmente a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- ii. paciente e família como atores desse processo;
- iii. acesso à informação;
- iv. produção, sistematização e difusão de conhecimentos;
- v. inclusão do tema no ensino.

As estratégias de implementação do PNSP vão desde a elaboração de protocolos; capacitação dos recursos humanos em saúde; ações de comunicação em saúde; implementação de sistemas de vigilância e monitoramento de incidentes, articulação com o Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação para a inclusão do tema nas ações de ensino, nos seus mais variados níveis; até a criação de uma cultura específica de segurança do paciente.

Para a realização desses objetivos, foi criado, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), órgão colegiado, com representação dos inúmeros atores do setor saúde – secretarias do Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; agências reguladoras da saúde; Conselhos de profissões; Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Organização Pan-Americana da Saúde – além de instituições superiores de ensino e pesquisa.

O Comitê, sob a coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), é responsável pela promoção de ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde, por meio de um diálogo institucional entre os diversos atores que se inserem nesse processo.

Nessa esteira, uma série de ações têm sido desenvolvidas para dar materialização aos objetivos definidos no Programa Nacional de Segurança do Paciente, a saber:

a) Elaboração de protocolos, guias e manuais:

A Portaria estabeleceu 9 (nove) temas primordiais que deveriam ser abordados pela CIPNSP por meio da elaboração de protocolos, guias e manuais. Esses temas são

os mesmos recomendados pela OMS nos desafios globais e/ou nas soluções de segurança para o paciente.

Até o momento, foram publicados protocolos nas seguintes áreas: prevenção de quedas; identificação do paciente; segurança no uso de medicamentos; cirurgia segura; higienização das mãos e úlcera por pressão.

No sítio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), existe uma área específica para o tema da segurança do paciente, e lá podem ser encontradas uma série de publicações de livros, manuais, relatórios, boletins, notas técnicas e demais referências sobre o tema (<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/diversos>).

b) Ações de comunicação em saúde:

Nessa seara, foi produzida uma série de cartazes e folders que objetivam auxiliar o processo de formação de uma cultura de segurança do paciente, envolvendo não apenas os profissionais de saúde, mas também o próprio utente do serviço. Alguns dos temas tratados foram: higienização correta das mãos; prevenção de quedas de pacientes; prevenção de erros de identificação do paciente, dentre outros.

c) Capacitação dos recursos humanos em saúde:

Como resposta à estratégia de promoção de processos de capacitação, são promovidos, de forma regular, inúmeros cursos e oficinas, em diversas temáticas. Os cursos, regra geral, são realizados na modalidade de educação à distância (EAD), o que permite um maior alcance e difusão aos profissionais que se encontram nos diversos serviços de saúde do país.

Alguns dos temas abordados foram: notificação e monitoramento de infecções hospitalares; segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; assistência farmacêutica; gestão do risco e qualidade em serviços de saúde; dentre outros.

d) Núcleos de Segurança do Paciente (NSP):

Os NSP possuem papel fundamental na gestão do risco nos serviços de saúde. Sua criação, além de prevista na Portaria MS/GM n. 529/2013, também consta na RDC - Anvisa n. 36/2013 (7).

O Núcleo é o pilar central desse processo, vez que funciona como unidade responsável pelo conjunto de procedimentos de internalização das ações do PNSP. Cabe ao Núcleo, entre outras ações, implantar os protocolos e monitorar os seus indicadores,

notificar os eventos adversos ocorridos, propor ações preventivas e corretivas de fluxos e procedimentos. Desde 2014, já foram criados mais de 2.300 NSP (8)

O Núcleo também é o responsável pela elaboração do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

e) Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSPSS):

Previsto na RDC- Anvisa n. 36/2013, o PSPSS é documento que deve ser elaborado pelos Núcleos de Segurança do Paciente, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço, e que deve conter estratégias e ações de gestão de risco.

Deve refletir a complexidade do serviço de saúde, a partir da previsão de ações e medidas que visem a mitigar os potenciais riscos e incidentes, em todas as fases da linha de cuidado do doente.

A Anvisa, para auxiliar, elaborou um manual que versa sobre o processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, onde consta um capítulo específico sobre o PSPSS, contendo, detalhadamente, as etapas para sua elaboração, conteúdos, atores envolvidos.

f) Sistemas de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde:

O Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) foi implantado em 2009, por meio da Portaria MS/GM n. 1.660 (9). Tem por objetivo monitorar, analisar e investigar os eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-comercialização/pós-uso, e fica sob a coordenação da Anvisa.

3.2 PORTUGAL

A temática da segurança do doente insere-se no sistema normativo português a partir do Despacho do Gabinete da Ministra da Saúde n. 14.223/2009 (10), que aprovou a Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde (ENQS). Assim, a segurança do doente encontra-se como uma das prioridades de ação da ENQS.

Para a execução das ações, criou-se então, no âmbito da Direção Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde. O modelo eleito para direcionar a busca da qualidade é o da acreditação, com vistas a reconhecer oficialmente a qualidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do Sistema de Saúde Português, o que geraria um maior grau de confiança no cidadão.

As ações desenvolvidas pelo Departamento da Qualidade na Saúde, em um marco temporal de 5 (cinco) anos, incluíam a divulgação de normas e protocolos que pudessem melhorar as práticas profissionais e evitar os erros mais frequentes, nomeadamente o erro clínico, cirúrgico e medicamentoso; criação de um sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos não punitivo; implementação de sistemas de indicadores nacionais que permitissem uma monitorização dos estabelecimentos de saúde, nos aspectos da qualidade clínica e organizacional; criação de mecanismos de gestão de fluxo de pacientes, no que toca aos cuidados de saúde transfronteiriços; fortalecimento da relação com o cidadão, nos aspectos de informação, aferição do grau de satisfação com os serviços e profissionais, e avaliação e orientação das reclamações e sugestões, entre outros.

Como continuidade da ENQS, e de modo a promover, nos diferentes níveis de prestação de cuidados, a responsabilização e operacionalização das ações, recomendações e orientações emitidas pela Direção Geral da Saúde, foi editado o Despacho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n. 3635/2013 (11) que prevê, a todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, a obrigatoriedade de elaboração de um Plano de Ação Anual.

O Plano, elaborado conforme o modelo definido pela Direção-Geral da Saúde, contém as atividades desenvolvidas pela instituição, em atenção às estratégias e prioridades inseridas na ENQS. A norma dispõe também sobre a necessidade de um Relatório de Atividades com os resultados das ações desenvolvidas.

O Despacho trata ainda das Comissões da Qualidade e Segurança, que devem ser responsáveis pelo desenvolvimento e acompanhamento das ações descritas no Plano Anual. Os presidentes das diversas comissões comporão uma rede articulada pelo Departamento de Qualidade na Saúde para estimular o constante fluxo de ações e informações entre as diversas instituições.

Posteriormente, foi aprovado, por meio do Despacho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n. 1400-A/2015 (12), o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que integra a ENQS. Nesta normativa, o tema da qualidade nos cuidados de saúde é tratado na dimensão de direito fundamental do cidadão.

O texto afirma, claramente, que o Plano se insere no quadro de uma “política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS”, ao tempo em que destaca que não devem ser esquecidas as demais dimensões que envolvem o tema da qualidade na saúde.

Apresenta 9 (nove) objetivos estratégicos, que devem ser trabalhados pelas Comissões da Qualidade e Segurança nos seus planos de ação anuais. São eles: aumento

da cultura de segurança do ambiente interno, da segurança da comunicação, da segurança cirúrgica, e da segurança na utilização da medicação; identificação correta do paciente; prevenção de quedas e úlceras de pressão; utilização sistemática de sistemas de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenção e controle das infecções e as resistências aos antimicrobianos.

No Plano, estão descritas as metas a serem alcançadas no final do ano de 2020, para cada um dos objetivos estratégicos apontados.

Em sequência, foi editado o Despacho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n. 5613/2015 (13), com vistas a atualizar a ENQS, para um horizonte temporal de 2015-2020. O próprio texto do Despacho referencia a necessidade de adequação do documento, frente às ações propostas no Programa de Ação para a Saúde da União Europeia para 2014-2020, e às recomendações inseridas no Relatório “Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel”, da Fundação *Calouste Gulbenkian*.

A referida norma aborda a qualidade e a segurança no sistema de saúde como obrigações éticas capazes de contribuir diretamente para a mitigação dos riscos evitáveis, na melhoria do acesso aos cuidados e, inclusive, na escolha das inovações. Nesse contexto, a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados na saúde deve ser buscada e incorporada, da mesma forma que se incorporam novos cuidados terapêuticos e/ou paliativos.

Reforça ainda que a prioridade conferida à Estratégia de segurança dos doentes se insere em um contexto de política pública que atua no sentido de mitigar os incidentes associados à prestação e cuidados, a exemplo do que foi referido no Despacho n. 1400-A/2015. (12)

As ações elencadas no Despacho vão desde o reforço da utilização de manuais de boas práticas e protocolos clínicos nacionais, aliadas a sistemas de auditagem para verificar o grau de conformidade de sua aplicação; implementação dos objetivos do Plano Nacional de Segurança do Doente; busca pela acreditação, promoção da educação e literacia em saúde, entre outras.

Algumas ações foram passíveis de identificação, dentro de um contexto maior de atividades que visam à segurança do doente.

a) Normas e orientações clínicas:

Constantemente, são publicadas, pela DGS, normas e orientações clínicas visando à melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde de Portugal, com o objetivo de normalizar padrões e condutas de modo a evitar possíveis erros.

b) Sistema de notificação de incidentes:

Criado em 2012 e revisado em 2014, Portugal possui um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, o NOTIFICA, fundado nos pilares do anonimato e não punição.

O cidadão ou o profissional de saúde podem reportar incidentes relacionados à prestação de cuidados de saúde; violências contra os profissionais, ocorridas em local de trabalho; e a utilização de dispositivos médicos perfuro-cortantes.

Trimestralmente, são publicados relatórios de progresso da monitorização dos casos notificados.

4. DISCUSSÃO

A partir da descrição dos dois modelos, é possível perceber grandes semelhanças entre os mesmos. A redução de erros e incidentes parte, inicialmente, do estudo e proposições de padronização de ações e atividades, disseminados por meio dos protocolos clínicos e/ou normas e orientações clínicas.

Estudo aponta que a utilização de boas práticas nos procedimentos reduz a possibilidade de incidentes e eventos adversos, sendo uma importante ferramenta na garantia da segurança do paciente (14). O exercício da medicina e da enfermagem baseada em evidência são apenas alguns exemplos de como a experiência profissional, integrada à melhor informação científica disponível, melhora sobremaneira a qualidade da assistência prestada. (15-16)

Nesse sentido, a opção pelo uso de protocolos de ação em certas áreas indica ser um caminho acertado para o enfrentamento e mitigação dos erros no processo de cuidado da saúde.

Por outro lado, não basta apenas redigir e divulgar esses protocolos, é necessário um processo contínuo de educação e formação, sendo essa dimensão abordada pelos dois países como um objetivo de relevo.

De modo mais específico, o Brasil registrou a necessidade de inserção do tema no processo formal de ensino superior, em suas diversas fases, como uma estratégia de construção *ab initio*, de uma cultura de segurança do paciente. Todavia, não foram evidenciadas ações nesse sentido, o que pode sugerir uma dificuldade de alteração dos modelos curriculares, seja por questões administrativo-formais, seja pelo viés puramente ideológico e/ou de compreensão da importância do tema.

Uma outra dimensão da educação abordada pelos dois países foi a necessidade de incluir o utente nessa cadeia, uma vez que ele também é responsável pela manutenção dos cuidados e manutenção da sua saúde.

Pesquisa demonstrou que informações ministradas aos pacientes e seus familiares, sobre cuidados seguros, é determinante não apenas para o sucesso do tratamento, mas especialmente para a prevenção de erros na administração de medicamentos (17). Em outras palavras, a segurança é aumentada sempre que o paciente se envolve no seu cuidado, e, nesse sentido, é fundamental a implicação desses atores na cultura de segurança (18).

Nesse contexto, a comunicação em saúde também ocupa um papel importante na consecução desse objetivo, a partir da escolha das melhores estratégias para informar e influenciar o processo de cuidado pelo próprio utente, tornando-o mais ativo e participativo (19). Uma comunicação efetiva e aberta é um dos fatores apontados como facilitador da manutenção da segurança pelo paciente. (19-20)

Mas, uma outra dimensão, que também está inserida no tema da comunicação, enquanto ferramenta para promoção da segurança do doente, é aquela que ocorre entre e intra equipes de saúde (19). Treinamento na área de competências comunicacionais em saúde e/ou alterações curriculares, de modo a inserir esse conteúdo, já são recomendações expressas em documentos internacionais (21-22).

Estratégia comum usada pelos dois países foi a criação de Núcleos/Comissões como atores responsáveis pela internalização e execução dos objetivos previstos nos Planos Nacionais, bem como o monitoramento dos mesmos. Serão os pontos focais das organizações de saúde, o órgão responsável pelo estabelecimento de diálogo entre os profissionais de saúde, o nível central, e os próprios usuários dos serviços.

Os Núcleos/Comissões também devem elaborar um Plano, em que fiquem consignadas as ações de gestão de risco que devem ser implementadas. No Brasil, a RDC - Anvisa n. 36/2013 estabelece os parâmetros, mas deixa a cargo de cada Núcleo estabelecer sua meta (7). Em Portugal, as metas para cada um dos objetivos estratégicos descritos são claramente delineadas no documento “Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020” (12). Em Portugal, o modelo do Plano anual também é estabelecido pelo nível central (Direção Geral de Saúde).

Para o correto e efetivo funcionamento dos Núcleos/Comissões, é necessário um envolvimento institucional amplo. Não são incomuns relatos de falta de recursos humanos para compor as diversas comissões nas organizações de saúde, além da falta de uma estrutura mínima que permita um funcionamento adequado como computadores, acesso à internet, etc. (23-24). Esses obstáculos dificultam, sobremaneira, a implementação dos Núcleos/Comissões, e o exercício de um papel de liderança dentro dos estabelecimentos de saúde.

Alves (25) alerta que, no Brasil, por já haver previsão normativa de mais outros dois comitês, que têm objeto de atuação relacionado à segurança do paciente – Comitê Hospitalar de Investigação de Óbitos e Comitê de Controle de Infecção Hospitalar –, a criação de mais um pode conduzir a uma “perda de eficiência, devido à sobreposição de

objetos de trabalho” ou à “criação de uma inteligência corporativa institucional”, fruto de uma atuação conjunta, harmônica e sinérgica.

No Brasil, os serviços de saúde, além de manter o NSP, também podem ter, a depender da complexidade do serviço, Comitê Hospitalar de Investigação de Óbitos e Comitê de Controle de Infecção Hospitalar, o que pode levar a uma “perda de eficiência devido à sobreposição de objetos de trabalho em um contexto de complexidade do sistema organizacional hospitalar” ou atuar de forma positiva. (25)

O Relatório da Primavera de 2015 (26), elaborado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, também relatou um baixo número de Comissões da Qualidade e Segurança nos hospitais portugueses, apesar da recomendação para sua criação não ser recente.

Por fim, da análise dos sistemas de notificação utilizados por ambos os países, se observa uma diferença em termos de explicitação da abordagem não punitiva. Em que pese ambos os sistemas terem o objetivo de identificar os incidentes e eventos adversos, ocorridos com o objetivo de aprendizagem, ou seja, monitorar e investigar para que ações semelhantes não ocorram, no modelo português, os principais marcos normativos (Despachos n° 14223/2009, 1400-A/2015, e n. 5613/2015) explicitam claramente que o sistema de notificação segue uma linha não punitiva. (10-13)

O documento normativo, que inaugurou a discussão do tema da segurança do doente em Portugal, dispõe da seguinte forma: “Criar um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, não punitivo, mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro”. (10)

A Organização Mundial da Saúde (27) recomenda sistemas de notificação confidenciais e não punitivos, de modo a ter uma ampla adesão dos profissionais de saúde que nele ascendem. Todavia, a busca por um modelo voltado à perspectiva de aprendizagem com o erro é um desafio, especialmente quando se colocam na balança a ocorrência do dano e a responsabilização nas diversas esferas do direito (civil, criminal e administrativa). (28)

Em países como Nova Zelândia e Austrália, já se utiliza o modelo da compensação econômica pela ocorrência de erros no setor saúde, na prática, na socialização do risco, em que uma espécie de seguro é pago, quando detectado um erro, e a apuração de responsabilidades é realizada em uma outra etapa. (29)

Segundo Fragata (29. p. 35), parece ser esse o modelo melhor apropriado “para lidar com a extrema complexidade do sistema de Saúde, no qual, mesmo em presença de uma total adequação de processos e do cumprimento da ‘arte’, se obtém, por vezes, resultados indesejáveis, que requerem reparação”.

No Brasil, a Portaria MS/GM n. 529/2013 e a RDC - Anvisa n. 36/2013 são silentes quanto a esse aspecto (6-7). A única referência encontrada foi na Portaria MS/

GM nº 1660/2009, que instituiu o Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária, e mesmo assim, de forma modesta, pois aborda apenas o viés da confidencialidade da identidade do notificante e usuário. (9)

Como a Portaria que instituiu o sistema de notificação é anterior àquela que estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, perdeu-se aqui uma grande oportunidade de trazer o tema da não punibilidade como um dos eixos da cultura de segurança do paciente, especialmente porque, no Brasil, o fenômeno da judicialização na saúde também compreende a seara dos processos por erro médico. (30)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da segurança do paciente é relevante para o estudo na seara do direito sanitário, por estar diretamente relacionado à fruição dos cuidados nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

O alcance da qualidade dos serviços, com a conseqüente redução dos erros, não se dará de forma individual, visto que os eventos adversos são frutos de um processo sistêmico e complexo, próprio das organizações de saúde onde se desenvolvem as atividades.

Nessa esteira, Brasil e Portugal produziram, nos últimos 5 (cinco) anos, normas específicas sobre o tema, com o objetivo de garantir, cada vez mais, ações e serviços de saúde seguros, a partir da estruturação de sistemas voltado à educação, monitoramento e prevenção de erros evitáveis.

REFERÊNCIAS

1. de Faria PL. Perspectivas do Direito da Saúde em Segurança do Doente com base na experiência norte-americana. Rev Port Saúde Pública. 2010; Vol Temat (10):81-88.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Editores. To err is human: building a safer health system. [Internet]; [acesso em 16 mar 2017]. Disponível em <http://www.csen.com/err.pdf>.
3. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final technical Report. 2009. [Internet]; [acesso em 16 mar 2017]. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
4. The Lancet. Patient safety is not a luxury (Editorial). 2016;387:1133.
5. in RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. [Internet]; [acesso em 29 set 2017]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. [Internet]; [acesso em 29 set 2017]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Segurança do Paciente. [Internet]; [acesso em 29 set 2017]. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/nucleo-de-seguranca-do-paciente>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.660 de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. [Internet]; [acesso em 29 set 2017]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html.
10. Portugal. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Despacho n. 14223 de 8 de junho de 2009. Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Diário da República. [Internet]; [acesso em 15 jan 2018]. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/3594950>.
11. Portugal. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n. 3635 de 27 de fevereiro de 2013. Estabelece disposições no âmbito da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, nas instituições do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República. [Internet]; [acesso em 15 jan 2018]. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/1977645>.
12. Portugal. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n. 1400-A de 2 de fevereiro de 2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República. [Internet]; [acesso em 15 jan 2018]. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>.
13. Portugal. Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n. 5613 de 22 de maio de 2015. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República. [Internet]; [acesso em 15 jan 2018]. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>.
14. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade 47 do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Cien Saude Colet. 2013 Jul;18(7):2029-36.

15. El Dib RP. Como praticar a medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras.* 2007;6(1):1-4.
16. Carneiro AV. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Rev Port Saúde Pública.* 2010; Vol Temat (10):3-10.
17. Atoof F, et al. Patients and public involvement in patient safety and treatment process in hospitals affiliated to Kashan University of Medical Sciences, Iran, 2013. *Nurs Midwifery Stud.* 2015;4(2):e24755.
18. Silva TO, et al. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* 2016;18:e1173.
19. Santos MC, et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;(10):47-57.
20. Wegner W, Pedro EN. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20(3):427-34.
21. Simpson M, et al. Doctor-patient communication: the toronto consensus statement. *BMJ: British Medical Journal.* 1991;303(6814):1385-1387.
22. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns.* 1999; 37(2):191-195.
23. Serra JN, et al. Situação dos hospitais de referência para implantação/funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente. *Cogitare Enferm.* 2016;21(5):1-9.
24. de Andrade LE. Evolução da cultura de segurança em hospitais antes e após a implantação do programa nacional de segurança do paciente. 2016. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
25. Alves EA. Análise normativa dos comitês de investigação de óbitos, de controle de infecção e sua interface com a segurança do paciente em organizações complexas. *Cad. Ibero-Amer. Dir Sanit.* 2015;4(4):90-104.
26. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acesso aos cuidados de saúde: um direito em risco? Relatório de Primavera. 2015. [Internet]; [acesso em 01 fev 2018]. Disponível em <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>.
27. World Health Organization. Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. 2005. [Internet]; [acesso em 01 fev 2018]. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69797/1/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf>.

28. Bruno P Notificação de incidentes e eventos adversos: o peso da ‘culpa’ e a não regulamentação em Portugal. In Loureiro J, Pereira AD, Barbosa C. (Coordenadores). Direito da Saúde: estudos em homenagem ao prof. Doutor Guilherme de Oliveira, v. 3 – Segurança do Paciente e Consentimento informado. Almedina: Coimbra; 2016.
29. Fragata JI. A natureza de complexidade dos sistemas de saúde: implicações para a segurança dos doentes e para a responsabilidade médica. In Loureiro J, Pereira AD; Barbosa C. (Coordenadores). Direito da Saúde: estudos em homenagem ao prof. Doutor Guilherme de Oliveira, v. 3 – Segurança do Paciente e Consentimento informado. Almedina: Coimbra; 2016.
30. Gomes TR, Delduque MC. O Erro médico sob o olhar do Judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Cad Ibero-Amer Dir Sanit. 2017;6(1):72-85.

A Efetividade do Acesso aos Serviços de Saúde de Oncologia no Estado do Maranhão

Lidia Cunha Schramm¹
Marina do Nascimento Sousa²
Maria Carolina F. de Lima³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/T6VwWt>

RESUMO

Tema amplamente debatido é o direito à saúde. A efetividade no acesso aos serviços de saúde na área de oncologia é precária, sobretudo nos Estados mais pobres. Esse artigo estuda as dificuldades no acesso aos serviços de oncologia no Estado do Maranhão e os desafios para superar esses entraves.

Palavras-chave: Efetividade. Saúde. Oncologia.

1 Professora da Universidade Estadual do Maranhão. Secretária Adjunta de Assuntos Jurídicos da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão (2018). Mestre em Direito pela Universidade Federal do Maranhão. Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz. Graduada em Direito pela Universidade Federal do Maranhão. E-mail para contato: lidia_dt@hotmail.com

2 Advogada e Administradora. Gestora de Regulação Controle e Avaliação do Sistema de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão Especialista em Direito Processual Civil e Direito Sanitário. E-mail para contato: marinasousa20@gmail.com

3 Assessora Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão (2018). Especialista em Direito do Trabalho. Graduada em Direito pela Faculdade Camillo Filho. E-mail para contato: mcarol.flima@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde está assegurado na Constituição Federal, em seu artigo 196, quando certifica que saúde é direito de todos e dever do Estado. Esse, portanto, é um direito público subjetivo tutelado constitucionalmente, devendo ser formulado e implementado pelo poder público por meio de políticas públicas sociais e econômicas para garantir o acesso universal à assistência médico-hospitalar.

Igualmente, como um pressuposto básico de existência, o direito à saúde se apresenta como uma prerrogativa jurídica indisponível garantida a todos pela Constituição Federal. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 constitui o “[...] ápice do denominado processo de redemocratização que rompeu como período ditatorial do país” (1). A Constituição traz um rol extenso de direitos, com foco nos direitos sociais, garantidos aos cidadãos (2).

Nesse sentido, para o professor Canotilho, “[...] o processo de fundamentalização, constitucionalização e positivação dos direitos fundamentais colocou o indivíduo, o homem, a pessoa, como centro da titularidade de direitos” (3).

O direito à saúde é um direito fundamental assentado na dignidade da pessoa humana. Além de qualificar-se como um direito fundamental dotado de generalidade, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida.

Nessa perspectiva, o enfrentamento para superar a dificuldade de assegurar a efetividade desse direito se torna mais difícil em um Estado pobre e com um dos indicadores sociais mais baixos do País. Nesse aspecto, o Maranhão possui um Índice de Desenvolvimento Humano igual a 0,639, e a esperança de vida é de 68,0, sendo o 26º do país. Em se tratando de habitação, é o Estado com o maior *déficit* habitacional relativo do país. Com relação à Educação, o Maranhão é o estado com a segunda maior taxa de analfabetismo do país, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad) de 2017. Comparando com os dados nacionais, a taxa no Maranhão é maior que o dobro do país, que é de 7% de analfabetos. Em números totais, há 11,5 milhões de analfabetos no Brasil.

Acrescem-se a esses fatores as estimativas de casos novos de câncer no Maranhão para o ano de 2018, demonstrando que os cânceres de mama e de colo de útero apresentam a maior incidência entre os tumores de localização primária da neoplasia maligna. Em 100 mil habitantes, segundo o sexo em uma proporção da população que 51% são mulheres, são esperados 720 casos novos de mama e 1.090 casos novos de colo de útero, conforme estimativas do Instituto Nacional do Câncer, 2018, para Maranhão e São Luis, conforme se lerá mais adiante.

Diante dessa não efetividade dos direitos à saúde, em prol do paciente oncológico, foi sancionada a Lei n. 12.732/2012, que dispõe que os pacientes com neoplasia maligna deverão iniciar o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) no prazo máximo de 60 dias, contados do diagnóstico (4).

Nesse entendimento, o Ministério da Saúde regulamentou os princípios e as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde, editando a portaria de consolidação GM/MS n. 3 de 28/09/2017 (5-7), que define as diretrizes dessa política, e servirá de parâmetro legislativo para esse trabalho.

Nessa realidade, e tendo como base a Atenção à Saúde aos Pacientes Oncológicos do Estado do Maranhão, é que se reveste a importância do presente trabalho, que tem por objetivo analisar o projeto de oncologia do Estado do Maranhão para garantir a efetividade e universalidade no acesso aos usuários de forma descentralizada e humanizada.

2. MÉTODOS

Esse estudo realizou-se por meio de uma pesquisa-intervenção, no período de 2015 a 2017, objetivando implantar uma política pública de saúde efetiva que possa garantir uma Rede de Atenção à Saúde do paciente oncológico, em tempo oportuno, e garanta o cumprimento da lei n. 12.732/2012 e os demais atos normativos previstos para a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante dessas considerações, iniciou-se o trabalho com oficinas para escuta e troca de experiências com os Gestores e Profissionais, que trabalham nas 19 (dezenove) Regiões de Saúde do Estado do Maranhão. Nesses diversos momentos de oficinas e encontros com as Regiões de Saúde, participaram os Gestores de Saúde, Profissionais, representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e os representantes do Conselho Estadual.

O Método utilizado foi pesquisa de intervenção, que favorece as discussões e a produção cooperativa. Ademais, por sua ação crítica e implicativa, amplia as condições de um trabalho compartilhado.

Ademais, na pesquisa de intervenção, a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos, sendo uma produção do grupo envolvido.

A intervenção foi desenvolvida por meio de Oficinas orientadas pelo referencial metodológico do arco de Charles Maguerez (8), que consiste na problematização, que tem como pressuposto um caminho de ensino e de pesquisa, compreendendo 5 (cinco) etapas: observação da realidade e definição do problema; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação da realidade.

A coleta dos dados foi obtida a partir dos diálogos dos Gestores e Profissionais de Saúde nas Oficinas. As informações assim obtidas foram selecionadas e interpretadas, segundo os documentos normativos e os referenciais teóricos sobre as estratégias da Rede de Atenção às Doenças Crônicas, com eixo nos cânceres de colo de útero e mama e a proposta de intervenção na Região de Saúde.

Em primeiro plano, os participantes foram ouvidos para entender as dificuldades que existem em cada Região de Saúde, tanto na prevenção quanto no tratamento

do paciente. O segundo passo foi traçar uma estratégia para elaboração da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, considerando o eixo oncologia.

Para orientação da discussão e elaboração das redes de cada região de saúde, foi elaborado um roteiro, de forma a garantir a normatização e a documentação dos pactos, segundo as orientações e as portarias do Ministério da Saúde.

Os itens elencados foram:

- a) apresentação e ou Justificativa;
- b) objetivo: contextualizar o que a região de saúde pretende alcançar, para que, onde, e definir quais as ações que deverão ser realizadas para alcançar o objetivo geral;
- c) marco legal: elencar todas as portarias mencionadas;
- d) situação diagnóstica: mencionar os principais agravos ocorridos na região de saúde, fatores de risco etc.; situação dos serviços de atenção básica, de média e alta e complexidade existentes na região; informar se existe laboratório habilitado no QUALICITO, mamógrafos existentes no município e região, informar a meta de mamografia e exame citopatológico;
- e) organização da rede: responsabilidade da atenção básica, média e alta complexidade;
- f) proposta de implantação de novos serviços: atendimento dos serviços de alta complexidade, regulação dos serviços de saúde, avaliação e indicadores de saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população maranhense convive predominantemente com três grupos de doenças, as doenças infecciosas e parasitárias, doenças por causas externas e doenças crônicas. Contudo, as doenças crônicas são responsáveis por mais de 80% da carga de doenças ocorridas.

Entre estas, as neoplasias ocupam o terceiro lugar em mortalidade proporcional na relação das causas mais frequentes, sendo superadas apenas pelas doenças cardiovasculares e causas externas. Essa situação não acontece por acaso, é fruto da ausência de uma política para o setor e a falta de cobertura assistencial de média e alta complexidade para garantir o acesso da população aos serviços de saúde.

Nesse cenário, a oncologia é um grande desafio a ser enfrentado pelo Poder Executivo do Estado do Maranhão. Há muitos pacientes desassistidos e sem previsão de atendimento. Paralelo a isso, a oncologia é uma área em que o recurso financeiro gasto é alto, em razão da crescente incorporação de tecnologia, devido às inovações no setor.

As inovações no setor de saúde são fortemente associadas a uma constante interação com o setor científico. Assim, de um lado, observa-se que essas inovações geram um impacto muito grande na prática médica e na saúde, como novos medicamentos, equipamentos e procedimentos clínicos e cirúrgicos, além de novos métodos profiláticos e informações, maximizando ainda mais o custo na implementação desses serviços.

Os desafios a serem superados são muitos. Dentre eles, destacam-se a falta de informação dos usuários do SUS, a dificuldade do acesso aos serviços de saúde, a falta de serviços de média e alta complexidade, a ausência de projetos para a área.

O Instituto Nacional de Oncologia (INCA) divulgou as estimativas de novos casos de câncer no Maranhão, para o ano de 2018, demonstrando que os cânceres de mama e de colo de útero apresentam a maior incidência de casos novos. Em 100 mil habitantes, em uma proporção que 51% são mulheres, são esperados 280 novos casos de mama e 240 casos novos de colo de útero. (9)

Diante da magnitude do problema e da necessidade de efetividade da Política Pública de enfrentamento do câncer, a SES/MA adotou a implantação das Redes de Atenção às Doenças Crônicas nas 19 Regiões de Saúde, com fundamento no Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90, que dispõe em seu artigo 32 que: “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma região de saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores” (10).

Assim, estabelece que:

Art. 32: As Comissões Intergestores pactuarão:

III – diretrizes de âmbito nacional estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das Redes de Atenção à Saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e a integração das ações e serviços dos entes federados;

IV – responsabilidades dos entes federados na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias. (10)

Nesse entendimento, o Ministério da Saúde regulamentou as diretrizes para a organização da RAS (Rede de Atenção à Saúde) no SUS, editando a Portaria de Consolidação GM/MS n. 3, de 28/09/2017, Anexo I e IV, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. A normativa tratou de conceituar as RAS, definindo-as como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (5)

Além disso, a norma em referência fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS), como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva

dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Tem, como pressuposto, a Região de Saúde com a delimitação dos limites geográficos e sua população, os Estabelecimentos de Saúde existentes e sua capacidade de atendimento. Além desses atributos, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve ter a definição de objetivos e metas para cada serviço de saúde, que compõem a Região de Saúde, de forma a garantir uma Linha de Cuidados que garanta o rastreamento e diagnóstico precoce da doença, a investigação, o diagnóstico, o tratamento humanizado e resolutivo.

Sem esquecer que a abordagem deve ser iniciada, preferencialmente, na Atenção Primária, onde deve ser considerado o indivíduo nas suas condições de trabalho e renda, no seu saber e cultura, respeitando suas crenças e espiritualidades. Assim, a política é coletiva, porém de abordagem individual.

Ciente da necessidade de adotar uma política pública efetiva para combater esse agravo à saúde, a Secretaria de Estado da Saúde, em 2015, provocou as Secretarias Municipais de Saúde, para a realização de oficinas de trabalho com os gestores, conselheiros e técnicos para o enfrentamento do problema.

Nessa perspectiva, com resultados das oficinas com as 19 Regiões de Saúde, ficaram evidenciadas as dificuldades que os gestores enfrentam para garantir o tratamento aos pacientes, dentre as quais, podem-se citar a falta do diagnóstico em tempo hábil e oportuno, a falta de acesso aos serviços de saúde –uma vez que muitas regiões de saúde apresentaram vazios assistenciais para o tratamento da doença –a inexistência de estratificação de risco, a baixa pactuação das metas de citopatologia e mamografia, a falta de informação do profissional e do paciente em face da deficiência de sistema de regulação para o paciente oncológico, a carência de serviços de radioterapia no Estado e, principalmente, a Atenção Primária não funcionar como ordenadora da Atenção à Saúde, nas regiões.

Acresce-se, a esses fatores, a dificuldade dos Gestores em cumprir o previsto na Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012, que garante aos usuários do SUS, com câncer, o prazo máximo de 60 dias, entre o diagnóstico e o início do tratamento. A Lei entrou em vigor no dia 23 de maio de 2013 e teve sua regulamentação detalhada nas portarias do Ministério da Saúde (5-7).

A partir das diretrizes do Ministério da Saúde, foi realizada a adesão à Rede de Doenças Crônicas – Eixo Oncologia, contemplada nas 19 (dezenove) Regiões de Saúde, o que pode ser considerado passo importante para a organização da Rede de Atenção nos diversos níveis de complexidade: primária, secundária e terciária, contemplando a atenção à saúde ao paciente oncológico, em tempo oportuno para cumprir o preconizado na Lei n. 12732/2012.

Os efeitos dessa organização na Rede de Atenção à Saúde começaram a aparecer. Em primeiro plano, relacionam-se ao diagnóstico precoce e ao tratamento das

lesões precursoras do câncer do colo do útero, conforme habilitações de laboratórios para o exame citopatológico, as Regiões de Timon, Balsas, Presidente Dutra, Imperatriz, Pedreiras, Caxias e São Luís, impactando no aumento desses exames, bem como dois que nesta data estão em andamento (PIO XII e Imperatriz), conforme estabelecido na Portaria GM/MS n. 1.338/2015. (11)

Em segundo lugar, pode-se citar o fortalecimento do diagnóstico do câncer de mama, na medida em que foi implantado Programa de Mamografia Móvel, para as áreas remotas e de difícil acesso, para realização das mamografias. Além disso, e reforçando essa ação, encontra-se em fase final de implantação o Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM), nas regiões de Caxias, Imperatriz, Santa Inês, Pinheiro, Balsas e posteriormente nas demais regiões, sendo o novo perfil programado nas RAS, a partir de devida pactuação regional.

Por fim, nesse mesmo direcionamento, foram habilitados dois serviços de alta complexidade em oncologia:

- i. um na região de Imperatriz, para a oferta do Serviço de Radioterapia para as Regiões de Balsas, Imperatriz, Açailândia e Barra do Corda e o Estado vizinho de Tocantins/Araguaína;
- ii. o serviço de Pediatria Oncológica que possibilitou às crianças da Região de Imperatriz e circunvizinhas serem atendidas no próprio Estado do Maranhão e terem o acesso ao serviço em tempo oportuno.

É necessário avançar no processo de regulação e na implantação do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), de forma a serem monitorados todos os pacientes de oncologia e garantir, em tempo oportuno, o tratamento em oncologia.

Vale registrar que o maior avanço foi a organização das Redes de Serviço, que permitiu a descentralização dos serviços de oncologia para as Regiões mais distantes da Capital. Anteriormente, pacientes percorriam cerca de 1.300 km, do interior para a Capital, em busca de exames e tratamento. Atualmente, esses serviços encontram-se, em parte, descentralizados, e a previsão é cumprir o programado para cada Região de Saúde, obedecendo à Linha de Cuidado estabelecida para o paciente oncológico.

A partir das discussões havidas nas oficinas sobre as Redes de Atenção às Doenças Crônicas Eixo-Oncologia e um Projeto de Intervenção para o cuidado com o paciente oncológico, as Comissões Intergestores Regionais (CIR's) se apropriaram das informações e reiteraram a necessidade de implantação dessa linha de cuidado nas respectivas Regiões de Saúde.

As experiências apreendidas nas discussões foram selecionadas e sinalizaram para a organização dos serviços nos diversos pontos de atenção ao cuidado do paciente oncológico, entre os quais é possível citar:

- i. a necessidade da organização da atenção primária, como porta de entrada;

- ii. a necessidade de organizar os serviços de média complexidade, que prestam assistência aos pacientes oncológicos, nos quais a maioria das Regiões de Saúde não tinha acesso;
- iii. a dificuldade dos pacientes se deslocarem para São Luís, em busca de serviços de radioterapia;
- iv. a peregrinação dos pacientes em Teresina;
- v. a falta de um planejamento que constitua uma rede organizada de serviços por região de saúde. Ademais, a concentração de serviços de saúde estava na capital.

Nesse entendimento, algumas providências foram adotadas pela gestão em saúde: as regiões de saúde já dispõem dos exames citopatológicos, contribuindo com uma parcela de diagnóstico do câncer de colo de útero. No período entre 2014 e 2017, houve um incremento desses exames no Estado do Maranhão. Quanto aos exames de mamografia, os serviços também têm sido gradativamente implementados nas regiões de saúde, de forma a demonstrar um crescimento no número de exames realizados no período entre 2014 e 2017 no Estado do Maranhão, conforme dados extraídos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS.

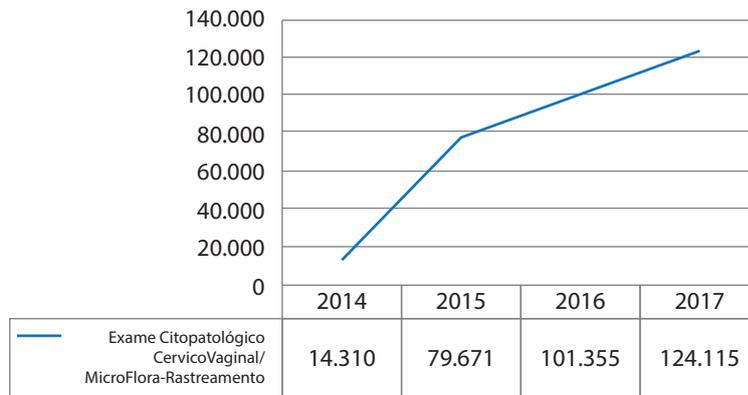
Por meio de um acordo judicial com o Estado do Piauí, viabilizado por meio da Resolução CIB/MA, n. 29 de 01/07/2015, pactuou-se o atendimento de pacientes oncológicos de 27 municípios maranhenses limítrofes com aquele Estado. O acordo foi celebrado e executado a partir de 2015 e, desde então, os pacientes são encaminhados por Regulação de Leitos, realizada entre os Estados do Maranhão e Piauí.

A implantação de um novo serviço de radioterapia em Imperatriz (MA), onde são atendidos 28 municípios maranhenses e o Estado vizinho Tocantins, na cidade de Araguaína, fruto de um acordo entre a Secretaria do Estado do Maranhão e a Secretaria de Estado do Tocantins, representou um avanço. Na mesma região, Imperatriz, a oncologia pediátrica foi alvo de expansão para atender crianças com câncer, que anteriormente se deslocavam para Bauru (SP).

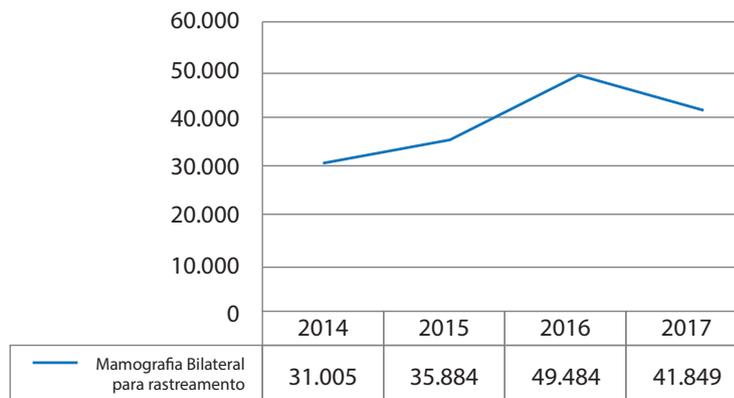
Também foi inaugurado em Caxias, região próxima de Teresina, um serviço de quimioterapia e cirurgia oncológica, com vistas à redução do fluxo dos pacientes do Maranhão para o Estado do Piauí, em especial sua capital: Teresina.

A criação desses serviços foi acompanhada de um Sistema de Regulação do acesso aos serviços de alta complexidade.

Apesar de o trabalho de implantação de uma Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, voltada para o câncer de mama e o de colo uterino, apresentar números significativos de crescimento nos atendimentos realizados nos últimos anos – conforme gráfico 1 –, é correto considerar um alcance parcial ou pontual nos resultados esperados.

Gráfico 1– Produção: Exame Citopatológico, entre 2014 a 2017.

Fonte: Elaborado pelos Autores (2018).

Gráfico 2– Produção: Exames de Mamografia, entre 2014 a 2017.

Fonte: Elaborado pelos Autores (2018).

A conscientização dos gestores já foi um grande obstáculo quebrado para uma mudança no modelo de assistência ao paciente oncológico, a partir da organização dos serviços em uma linha de cuidado que vai desde atenção primária aos cuidados paliativos se o caso assim o requerer.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oncologia é um grande desafio a ser enfrentado pelo Poder Executivo do Estado do Maranhão, que tem pacientes desassistidos e sem previsão de atendimento. Paralela a isso, a oncologia é uma área em que o recurso financeiro gasto é alto, devido à crescente incorporação de tecnologia, devido às crescentes inovações no setor.

Em virtude de todos os obstáculos, a organização da área da oncologia torna-se de real importância para o Estado. Para tanto, é importante reunir as regiões de saúde para definição de metas e valores financeiros que sejam capazes de ampliar os procedimentos oncológicos, organizar a regulação dos serviços, definir protocolos de acesso pelos usuários; deverá, ainda, realizar oficinas com os municípios das regiões para elaboração de diagnóstico e organização de serviços novos e dos existentes para os procedimentos de mamografia e exames citopatológicos, elaborar o Plano Estadual de Oncologia do Estado do Maranhão, celebrar termo de compromisso entre a Secretaria de Estado do Maranhão e o município de Teresina no Estado do Piauí, e especialmente, atentar para a oferta de medicamentos oncológicos aos pacientes a ser custeada pela União.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal;1988.
2. Tassinari C. Jurisdição e ativismo judicial: limites da atuação do judiciário. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; 2013. 156 p.
3. Canotilho GJ. Direito constitucional e teoria da constituição: Coimbra. 2 ed. Portugal: Livraria Almedina; 1998.
4. Brasil. Lei n. 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
5. Brasil. Portaria, Gabinete do Ministro 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo; 2009.
6. Brasil. Portaria n. 874 de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF). 2009.
7. Brasil. Portaria Gabinete do Ministro 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. Brasília (DF): Diário Oficial da União. Poder Executivo; 2014.
8. Brasil. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa,

e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2011.

9. Maguerez AC. Refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Escola Anna Nery. 2012;16(1):172-177.

10. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Estimativa 2018. Incidência de Câncer no Brasil. [internet]; [acesso em 05 mar 2018]. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/maranhao-saoluis.asp>.

11. Brasil. Portaria n. 1.338 de 08 de setembro de 2015. Habilita Laboratórios de Exames Citopatológicos do Colo do Útero. Brasília (DF); 2015.

A Desjudicialização da Saúde no Rio Grande do Sul: Cabal Redução do Número das Ações Ativas e Estratégia de Interiorização

Martin Schulze*



Artigo também disponível pelo QR Code ao lado ou *link* <https://goo.gl/v6WVCE>

RESUMO

O presente ensaio versa sobre a “desjudicialização” da saúde no Estado do Rio Grande do Sul, bem como a estratégia de interiorização e instalação de Comitês locais. Analisa a evolução histórica, desde antes da criação do Fórum Nacional da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) até os dias atuais, no Rio Grande do Sul, do fenômeno da judicialização da saúde e da atuação do gestor público. A metodologia para a realização deste estudo foi a de levantamento documental e experimental adequados ao estudo exploratório. O presente se faz oportuno, na medida em que as ações praticadas pelo Comitê Estadual do Fórum Nacional de Saúde do CNJ resultaram em nítida diminuição e qualificação das demandas sobre saúde, bem como na redução de gastos com as mesmas. Diversas foram as iniciativas tomadas pelo Comitê Executivo Estadual da Saúde, através da aplicação da metodologia adotada pelas instituições e replicadas aos seus agentes, conquanto por vezes se percebeu estar embutido o objetivo de malversação da coisa pública.

Palavras-chave: Efetividade. Saúde. Oncologia.

1 Desembargador no Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Coordenador do Comitê Executivo Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, do Fórum Nacional da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (2010-2018). Coordenador do Comitê de Planejamento e Gestão Sistêmicos do Rio Grande do Sul (2016-2018). Membro do Comitê Técnico da Iniciativa Saluderecho (2012-2018). Pós-graduado em Direito da Comunicação pelo Instituto Jurídico da Comunicação da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Formado em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail para contato: mschulze@tjrs.jus.br

1. A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

O presente ensaio parte do seguinte questionamento: É possível promover a desjudicialização da saúde em um cenário de crise? Concentra-se no “como” a “desjudicialização” se torna possível, apesar de toda a crise que assola o país, em especial no Estado do Rio Grande do Sul. Por “desjudicialização” entende-se o evitar da judicialização, incentivando a solução de conflitos por meio de métodos alternativos extrajudiciais de autocomposição (ex: arbitragem, conciliação, mediação, mediação prévia e Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos - PGS).

A resposta torna-se clara e evidente, que a desjudicialização da saúde no Rio Grande do Sul resulta de iniciativas hercúleas de todas as instituições envolvidas na prestação de saúde ao povo gaúcho, tanto do sistema de justiça como do próprio sistema de saúde.

O resultado é obtido através de reuniões sistemáticas do Comitê da Saúde do Rio Grande do Sul, comitê este criado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), quando da instalação do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, no ano de 2010 (01-02). Designados um Juiz Federal e um Juiz de Direito de cada Estado, os quais, sob a liderança de um dos dois, deveriam instalar o respectivo Comitê, convidando tantas instituições quantas entendessem necessárias, para a análise e o enfrentamento da Judicialização da Saúde.

No Rio Grande do Sul, o Comitê Executivo congrega os representantes de diversas instituições, veja-se: Poder Judiciário Estadual e Federal, Ministério Público Federal e Estadual, Defensoria Pública da União e do Estado, Advocacia Geral da União, Procuradoria Geral do Estado e do Município de Porto Alegre, Procuradorias Gerais dos Municípios – representadas pela Federação das Associações dos Municípios, Ordem dos Advogados do Brasil Seccional do Estado, Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Secretarias Municipais de Saúde – representadas pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Farmácia, Conselho Estadual de Saúde, Confederação Nacional de Municípios, Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, UNIMED Federação e UNIMED Porto Alegre, Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul.

A liberdade atribuída pelo CNJ a cada Comitê Estadual originou as mais diversas experiências, com as mais diversas consequências.

O objetivo da instalação do Fórum Nacional da Saúde do CNJ foi o reduzir e/ou o qualificar das demandas. A redução, por si só, tem sua avaliação através da diminuição de processos. A qualificação das demandas, sem ter por objetivo a avaliação do que leva à judicialização e, ao depois, a tomada de iniciativas que busquem a resolução destas causas, não tem qualquer sentido, visto que não terá como consequência a “desjudicialização”.

A análise destes fatores acaba por permitir observar que o fenômeno da judicialização da saúde pode ter dois fatores importantes: a má gestão da coisa pública, seja por desconhecimento de como levar a efeito uma boa gestão, seja por estar embutida a malversação de recursos públicos; e a possível presença de interesses escusos presentes em toda a corrente na prestação da saúde, desde o cidadão que busca um serviço, até a indústria que produz equipamentos e medicamentos. Portanto, a análise da judicialização da saúde requer ter-se em mente que, em cada uma das etapas, há quem tenha interesse em levar vantagem indevida. O noticiário nacional e local está repleto de exemplos. Os exemplos negativos aqui referidos serão a exceção à regra, dos quais os bem-intencionados deverão se precaver, sob pena de poderem ser injustamente envolvidos pelos mal-intencionados.

O Rio Grande do Sul obteve, nestes anos, em resultados numéricos: a redução do número de ações novas, a redução do número de ações ativas, a redução de valores bloqueados judicialmente, ou seja, além de diminuir a quantidade, houve melhora quanto à qualidade das demandas.

Apresentam-se os números das ações ativas sobre direito à saúde no 1º grau de jurisdição do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS), conforme dados fornecidos pelo corpo técnico da Corregedoria Geral de Justiça (03), assim indicados:

- i. em 31/12/2014 – 75.560 ações;
- ii. em 31/12/2015 – 76.534 ações;
- iii. em 19/04/2016 – 75.555 ações;
- iv. em 16/03/2017 – 44.222 ações.

E, no 2º grau de jurisdição do mesmo Tribunal, números estes fornecidos pelo Departamento Processual (04), é notório o decrescente número de recursos ativos até o ano de 2017:

Tabela 1: Processos relativos ao Direito à Saúde, 2º grau de jurisdição, entre 2014 e 2017.

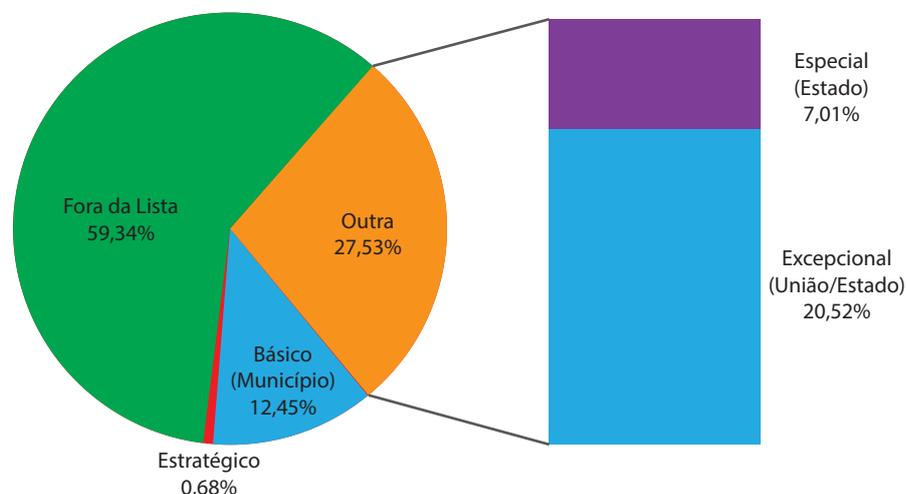
| Assunto | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Assistência à Saúde (10244) | 11 | 3 | 6 | 4 |
| Erro Médico (10434/ 10440/ 10503 / 9995) | 317 | 369 | 405 | 418 |
| Planos de Saúde (6233) | 5051 | 5344 | 5145 | 4966 |
| Saúde (10064) | 337 | 389 | 1440 | 1458 |
| Tratamento médico hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos (10069 / 99987) | 19871 | 18259 | 12799 | 846 |
| Fornecimento de medicamentos (11884) | 0 | 0 | 215 | 2175 |
| Tratamento médico-hospitalar (11883) | 0 | 0 | 30 | 574 |
| Total | 25587 | 24364 | 20040 | 10441 |

Fonte: elaboração do autor, a partir dos dados do Departamento Processual do TJRS.

Em relação aos gastos, o relatório divulgado pelo Comitê Executivo Estadual da Saúde, com base em dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde, mostrou que, em 2016, a judicialização correspondeu a aproximadamente 15% do orçamento da saúde, ou seja, mais de R\$ 320 milhões. (05)

Comparado aos números de 2013, houve diminuição de 18,50% de novas determinações na área de medicamentos e de 37,76% na área de residuais. No total, os gastos com a judicialização de pacientes individuais reduziram de R\$ 324.898.973,03, em 2015, para R\$ 275.807.868,21 em 2016, isto conforme gráficos abaixo (06):

Gráfico 1: Tratamento por Tipo de Medicamento, em Janeiro de 2017.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do RS. Disponível em <https://slideplayer.com.br/slide/12281641/>.

Tabela 2: Relação entre gastos totais e gastos com medicamentos, nos processos judiciais.

| Exercício | Valor gastos judiciais | Apenas Medicamentos (judiciais) |
|-----------|------------------------|---------------------------------|
| 2012 | 200.278.136,11 | 175.785.630,05 |
| 2013 | 237.152.408,90 | 202.555.164,13 |
| 2014 | 265.097.147,58 | 217.220.508,94 |
| 2015 | 324.898.973,03 | 284.262.691,51 |
| 2016 | 275.807.868,21 (real) | 210.381.484,65 |

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do RS. Disponível em <https://slideplayer.com.br/slide/12281641/>.

Com relação aos pacientes judiciais, ou seja, que já ingressaram com processos para solicitar medicamentos, a Secretaria Estadual da Saúde gastou cerca de R\$ 210 milhões em 2016 para atender aproximadamente 61 mil pessoas. (07)

As informações acima revelam haver inconsistências entre as informações das diversas instituições. Cada uma tem critérios distintos de controle sobre o número e a qualidade das demandas. As informações obtidas pelo Poder Judiciário Estadual são de acordo com os critérios do CNJ, na data em que os dados foram coletados. No Judiciário, o controle é numérico. Já para a Secretaria Estadual de Saúde, além do aspecto

numérico, também é levado em conta o impacto financeiro, dado este não levado em consideração pelo judiciário. Um processo pode ser considerado findo para o Judiciário, mas, por ser uma determinação continuada, ser permanente para o gestor público.

Estas divergências destacam a importância de haver intercâmbio de informações entre as instituições. Por um lado, para aproximar ao máximo os números e, por outro lado, permitir avaliar com mais precisão os resultados das iniciativas adotadas pelo Comitê, tanto na redução da quantidade de demandas, como na qualificação das demandas necessárias, buscando a otimização nos critérios de deferimento dos pedidos, bem como na avaliação do impacto econômico da judicialização da saúde na gestão pública, comparando custos entre o determinado judicialmente e o adquirido na via administrativa.

O Rio Grande do Sul, resgatando um pouco da história, desde antes da criação do Fórum Nacional da Saúde, pelo CNJ, vinha, através de reuniões dos Juizes da Fazenda Pública de Porto Alegre, analisando o fenômeno da judicialização da saúde. Perceberam-se as dificuldades de o gestor público atender as determinações judiciais, bem como a inutilidade da ordem de prisão por desobediência do gestor público. Constatou-se a necessidade de especialização do magistrado, ante a complexidade dos serviços públicos de saúde e a dificuldade de obtenção de informações a respeito destes serviços decorrentes da ausência de transparência, que havia na época, da gestão da coisa pública. Decidiu-se, então, pela instalação de uma Vara da Fazenda Pública especializada em saúde pública, a qual conta hoje com dois juizados e com um juizado especial da fazenda pública, adjunto.

Paralelamente, um grupo, liderado pelo Ministério Público Estadual, estruturava uma cartilha para orientação dos envolvidos nas demandas de saúde e, outro grupo, liderado pela Corregedoria-Geral de Justiça, analisava a viabilidade de fornecer laudos por um grupo de médicos, oferecidos pela Associação de Peritos Médicos, com o objetivo de dar suporte científico às decisões liminares a serem proferidas pelos magistrados nas ações judiciais que versassem sobre saúde.

Ao iniciarem as atividades do Comitê da Saúde, os representantes das instituições perceberam participar de um ou de ambos os grupos referidos. Decidiu-se, então, congregando ambas as iniciativas com as do comitê.

Uma das primeiras ações foi o realizar do “I Encontro do Comitê Estadual do RS – Estrutura e Diagnóstico da Saúde no Estado”, em maio de 2011, onde as instituições apresentaram os reflexos da judicialização da saúde em suas atividades.

Das apresentações, destacaram-se duas, para definir o rumo das iniciativas do comitê.

A realizada pela Procuradoria Geral do Estado analisou pesquisa feita pelo Professor Dr. João Biehl, da Universidade de Princeton, no ano de 2008, com recursos da Fundação Ford, a qual concluiu ser a metade dos processos movida contra o Estado e a outra metade, contra os Municípios. Que na metade dos processos, o pedido constava

nas políticas públicas e na outra metade, ele não constava. Finalmente, concluiu que 92% dos pedidos de liminares eram deferidos.

A elaborada pela UNIMED denunciou a máfia das órteses e próteses, mediante a apresentação de diversas notícias em jornais, bem como referindo os prejuízos advindos desta prática.

A apresentação da Procuradoria Geral do Estado do Rio Grande do Sul (PGE) demonstrou aquilo que já se verificava na prática, ou seja, que bastava ingressar no judiciário com a postulação de um atendimento de saúde, que a mesma era deferida, independentemente de o objeto da demanda ser ou não abrangido pela política pública.

A partir destas exposições, o Comitê decidiu enfrentar a judicialização da saúde, sistematizando as iniciativas das diversas instituições, identificando os motivos que levavam a serem judicializadas, principalmente, as demandas de saúde constantes das políticas públicas. Para tanto, foi adotada a Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS), como metodologia de trabalho, culminando com a edição de uma Cartilha. Esta, no decorrer dos anos, teve diversos avanços, pois iniciou com foco no Fornecimento de Medicamentos, após ampliou o seu escopo para Serviços de Saúde e, atualmente, a Cartilha foca as Atuações Resolutivas de Planejamento e Gestão Sistêmicos (PGS), de Negociação, de Mediação e de Conciliação como fomento ao Desenvolvimento Harmônico e Sustentável (DHS) (8) e, conseqüentemente, reduzir e ou qualificar a judicialização, de qualquer política pública que esteja sendo objeto do processo de judicialização.

Modo que, no RS, além do Comitê Executivo da Saúde, instituído pelo CNJ, tem-se o Comitê de PGS, como forma de aplicar as atuações resolutivas em outras políticas públicas, como educação, transporte escolar, creches, lixo, água, fundiário, ou seja, qualquer foco que uma determinada região do Estado constate estar sendo objeto de um processo de judicialização.

Quando do primeiro levantamento levado a efeito pelo CNJ, ao ser instalado o Fórum Nacional da Saúde, foram identificadas aproximadamente 240.000 ações de saúde no território nacional, sendo que perto da metade – 119.000 ações – tramitava no RS. Tal dado era extremamente impactante e preocupante, destacando-se que 92% dos pedidos de liminares eram concedidos e que metade dos processos postulava o constante das políticas públicas.

A aplicação da metodologia de PGS permitiu verificar que a maioria destas demandas eram aforadas pela Defensoria Pública do Estado e que as direcionava, com amparo na jurisprudência vigente, entendendo pela solidariedade entre os entes públicos, tanto contra o Estado do RS, como contra o município onde residente o assistido.

Na época, os pacientes, ao saírem de uma consulta, com uma receita de medicamentos, uma requisição de exame ou de internação em mãos, desde logo eram orientados pelos servidores dos serviços de saúde a irem direto à defensoria pública, por ser mais fácil e mais rápido, do que procurar o ente público responsável pela prestação do serviço de saúde.

A partir de um projeto piloto no Núcleo de Saúde de Porto Alegre da DPE, onde apenas 20% dos pedidos eram ajuizados, foi possível conscientizar o Defensor Público Geral que a metodologia ali adotada fosse recomendada a todos os Defensores Públicos do Estado. Estes, ao serem procurados por um assistido, verificavam a qual ente cabia prestar o serviço de saúde, se ao Estado ou ao Município e, a partir desta constatação, entravam em contato com o órgão correspondente para verificar a situação do pedido do assistido.

Empiricamente, foi possível observar que dois entendimentos jurisdicionais fomentavam a judicialização. Primeiro, o da interpretação jurisprudencial do artigo 196 da Constituição Federal, de que os três entes da federação são solidários na prestação dos serviços de saúde, independentemente da lei infraconstitucional que atribui responsabilidades específicas para cada um dos entes. A aplicação deste entendimento proporciona distorções gravíssimas, pois pode impor a um município pequeno um tratamento de competência da União, de custo elevadíssimo, muitas vezes equivalente ao orçamento mensal do município, revelando assim ser o critério de uma injustiça extraordinária. Para contornar situações como estas, e para continuar aplicando o entendimento jurisprudencial em questão, a solução encontrada foi aforar os pedidos contra os três entes da federação, ou apenas contra estado e município, rateando o custo entre os mesmos. A justificativa para manter este posicionamento jurisprudencial é o de que os entes poderiam compensar entre si os valores impostos a um ente que não seria de sua atribuição, compensação esta, se existente, de difícil e demorada concretização. Desnecessário afirmar o dano efetivo sofrido pelo ente público injustamente condenado a prestar um serviço alheio à sua atribuição.

Adotar o entendimento doutrinário da subsidiariedade na solidariedade seria forma de atenuar este entendimento jurisprudencial, fazendo respeitar as atribuições definidas na legislação infraconstitucional, responsabilizando cada ente por aquilo que efetivamente a lei determina. Outra corrente sugere que a solidariedade deveria ocorrer somente em relação ao ente hierarquicamente superior, ou seja, uma atribuição de município poderia ser arcada pelo estado ou pela União e uma do estado, só pela União. De modo inverso, o estado e o município não poderiam ser condenados a arcar com atribuições da União, e o município não poderia ser condenado por atribuição do estado.

O outro aspecto que fomentou a judicialização da saúde, bem como de outras áreas, foi o entendimento jurisprudencial de que a Constituição Federal garante o ingresso na justiça, independentemente de negativa do ente responsável pelo bem jurídico postulado. Ou seja, o cidadão que necessita de um serviço de saúde ingressa diretamente com uma ação judicial, sem sequer postular na via administrativa. O ente estatal desconhece a necessidade do cidadão e sofre com uma medida urgente, circunstância que, inevitavelmente, desorganiza o serviço público, não permitindo um atendimento equânime entre os cidadãos e, na maioria das vezes, priorizando o atendimento daqueles que procuram o sistema de justiça, em detrimento daqueles que respeitam o rito administrativo adequado.

A forma de agir da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul contornou ambos os aspectos, na medida em que passou a contatar o ente efetivamente responsável pela prestação do serviço de saúde postulado, bem como devolveu o assistido ao sistema de saúde, sem que o judiciário fosse acionado. Tal iniciativa, entretanto, deparou-se, em especial, com a falta de agilidade e a imprecisão nas informações por parte do sistema de saúde, necessárias à defensoria, para dar efetividade no atender da demanda de saúde.

Para minorar ou solucionar tais impasses, e por ter o Estado do RS um Sistema de Administração de Medicamentos, o Sistema AME, optou-se por sua utilização.

Inicialmente, ainda nos anos 2012, parte dos pedidos ainda eram processados em suporte de papel e, invariavelmente, não tinham uma decisão administrativa em prazo compatível com a necessidade do cidadão. Ao considerar a hipótese de os municípios não alimentarem adequadamente o sistema, a revelar estar o mesmo desatualizado e, conseqüentemente, ineficaz, foi realizado, por iniciativa do Comitê, um trabalho junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde para informatizar integralmente o Sistema AME, bem como para demonstrar aos municípios da importância do correto preenchimento dos dados deste sistema, de modo que as certidões emitidas o fossem o mais preciso possível quanto ao cadastramento dos pedidos de medicamentos, ao andamento dos mesmos e à posição do fornecimento, se disponível na farmácia do Município, se em estoque na farmácia do Estado ou se em processo de compra, e qual a previsão de entrega. A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul facultou o acesso ao Sistema AME aos agentes do Sistema de Justiça, ou seja, Defensores Públicos, Promotores de Justiça e Juízes, que passaram a consultar o sistema antes de promover uma ação ou de decidir sobre a necessidade, ou não, do deferimento de uma liminar.

Uma pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que convencionou um fluxo para a dispensação farmacêutica no Estado do RS, também levou à necessidade de melhorar a organização das farmácias municipais, pois além de entregarem os medicamentos da atribuição delas, também dispensam os de atribuição do Estado. A dispensação é o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente em resposta a uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. A dispensação envolve diversas atividades relacionadas, veja-se: I – Avaliação e prescrição, II – Prescrição Farmacêutica, III- Acompanhamento farmacoterapêutico e IV – farmacovigilância. De acordo com a Resolução CFF n. 596/2014, o farmacêutico é um profissional da saúde, por isso, deve executar todas as atividades de seu âmbito profissional, de modo a contribuir para a salvaguarda da saúde pública e, ainda, promover ações de educação em saúde.

Neste ponto, houve importante atuação integrada entre a Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS) e o Conselho Regional de Farmácia (CRF), com treinamento aos farmacêuticos, bem como o incentivar dos municípios em contratar farmacêuticos, modo a dar efetividade à lei federal n. 13.021/2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas e que exige que

cada farmácia tenha um farmacêutico responsável, não sendo mais, as farmácias municipais, apenas pontos de dispensação de medicamentos.

Tais diligências resultaram em uma maior eficácia tanto na aquisição de medicamentos como na sua dispensação. No caso do Estado, o Sistema AME permitiu que medidas urgentes fossem cumpridas com a entrega de medicamentos que se encontravam na farmácia, mas destinados a outros pacientes, sem prejuízo a estes, pois a informação do processo de compra permitia constatar que outra unidade do medicamento já estaria disponível em tempo hábil. Também permitiu melhor controle da validade dos fármacos, possibilitando o deslocamento dos medicamentos entre as respectivas farmácias, de acordo com a necessidade, evitando que em alguma farmácia existisse estoque ocioso, em detrimento de outra que estivesse com urgência no fornecimento de determinado remédio.

Estas disposições, fomentadas pelo Comitê e adotadas pelas Instituições envolvidas, permitiram uma redução significativa nas demandas que postulavam medicamentos previstos nas respectivas políticas públicas, organizando administrativamente as farmácias do Estado e dos Municípios, trazendo significativa economia para todos, inclusive para o Sistema de Justiça, pois deixou de ser onerado com demandas desnecessárias.

A tabela abaixo demonstra esta redução:

Tabela 1: Saúde – Ingresso de Ações no TJRS – Por Assunto CNJ

| Assunto_CNJ | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|------|-------|------|
| Assistência à Saúde | 15 | 15 | 4 |
| Erro Médico | 89 | 120 | 32 |
| Fornecimento de Medicamentos | 7317 | 18935 | 5909 |
| Fornecimento de Medicamentos : Competência da Fazenda Pública - 10ª VFP | 258 | 139 | 8 |
| Fornecimento de Medicamentos : Competência da Fazenda Pública Estadual | 46 | 90 | 31 |
| Fornecimento de Medicamentos : Competência da Fazenda Pública Municipal | 3 | 10 | 1 |
| Fornecimento de Medicamentos : Competência de Juizado da Infância e Juventude | 1064 | 1609 | 522 |
| Fornecimento de Medicamentos : Competência do Juizado Especial da Fazenda Pública Estadual | 3429 | 310 | 110 |
| Fornecimento de Medicamentos : Competência do Juizado Especial da Fazenda Pública Municipal | 191 | 26 | 8 |
| Fornecimento de Medicamentos : Competência do Juizado Especial da Fazenda Pública - Saúde Pública | 33 | 14 | 1 |
| Medicamento / Tratamento / Cirurgia de Eficácia não comprovada | 109 | 86 | 7 |
| Medicamento / Tratamento / Cirurgia de Eficácia não comprovada : Competência do Juizado Especial da Fazenda Pública - Saúde Pública | 30 | 51 | 5 |

FONTE: T1G/ET1G/TJRS.

Simultaneamente a estas iniciativas, relativas ao que constava das políticas públicas, foram adotadas algumas em relação às demandas de medicamentos fora de lista ou não de acordo com o CID previsto na política pública, o chamado *off label*. Para tanto, foi elaborado um modelo de laudo médico para ação judicial, cujo preenchimento

pelo médico do assistido passou a ser exigido pela Defensoria Pública, fazendo constar justificativa da urgência do fornecimento da medicação, da não prescrição de fármaco previsto na política pública, dos efeitos benéficos da medicação postulada; fazendo constar também sobre o esgotamento das alternativas previstas na política pública e comparativo entre o postulado e o previsto na política pública e, ao final, declaração de ausência de conflito de interesses.

De tais atividades, é possível inferir que houve muita resistência inicial dos médicos em preencher tal documento, mas, na continuidade, tal prática acabou sendo adotada com dois efeitos práticos: ou os médicos deixavam de postular o que não constava da política pública, ou passaram a justificar nos termos postos no modelo, contribuindo com informações úteis e necessárias para o laudo a ser fornecido pelo Departamento Médico Judiciário do TJRS – o DMJ, que passou a informar aos magistrados que assim o solicitassem, se a postulação encontrava amparo na medicina baseada em evidências, se era caso de vida ou morte, demonstrando a necessidade ou não do deferimento da liminar postulada. Hoje, tal exigência passou a ser preconizada pelo CNJ, através da criação do NATJUS - Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário para as demandas de saúde.

Acredita-se que tais iniciativas minoraram possíveis encaminhamentos, à defensoria pública, de vítimas de máfias, em especial a de órteses e próteses, visto que nas demais os agentes ainda não foram devidamente identificados. Entrementes, “casos pontuais” de uso de equipamentos destinados a terapias não reconhecidas como eficazes pelo Ministério da Saúde foram identificados e as demandas deixaram de ser deferidas.

No caso da máfia das órteses e próteses, os médicos passaram a indicar escritórios específicos de advocacia, permitindo à PGE e ao TJ sistematizar a identidade de pedido, médico, advogado e preço exorbitante, e identificar os principais agentes da máfia, com a formação de dossiês, encaminhados à imprensa investigativa, que resultou em reportagem de repercussão nacional e consequentes Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI) de âmbito nacional e estadual; e encaminhados ao Ministério Público, resultando em indiciamento de vários partícipes da referida máfia.

Como resultado deste movimento, as demandas postulando órteses e próteses foram reduzidas importando significativa economia para os cofres do Estado e das operadoras de planos de saúde e, principalmente, em benefício da saúde das vítimas destas máfias, visto que na maioria dos casos as próteses ou eram desnecessárias ou aplicadas em demasia. (5)

Houve, também, atividades de conscientização por parte dos magistrados, em especial os do segundo grau, de que a prescrição médica não tinha o caráter inquestionável que a ela era atribuído, passando a ser mitigada a certeza do tratamento postulado, em especial quando não previsto na política pública. Pode-se considerar também, como elemento favorável à redução de números de processos de saúde, o fato de o gestor público incluir na política pública, a partir de protocolo próprio ou lista, itens não previstos nos protocolos do Ministério da Saúde, as demandas por medicamentos ou

insumos reiteradamente deferidos pelo sistema de justiça, com jurisprudência pacífica e que sejam compatíveis com as condições epidemiológicas do território. Tal iniciativa pôde significar economia para o gestor público, pois, ao adquirir administrativamente os bens, passou a fazê-lo com economia de escala e beneficiar o sistema de justiça, pois deixou de ocorrer o ingresso de demandas postulando tais bens.

Aspecto importante a ser considerado na judicialização da saúde no Rio Grande do Sul é o fato de a Comarca de Porto Alegre, apesar de ser da capital, não é a que tem o maior número de demandas de saúde. O Rio Grande do Sul é dividido em 497 municípios, agrupados em 165 comarcas, sendo cinco de entrância final. Esta característica exigiu, do comitê, iniciativas visando à interiorização de suas deliberações e ações. A primeira iniciativa foi realizar diversos *workshops* nas cidades onde a judicialização era mais emblemática, nos quais participaram os representantes das diversas instituições que congregam o comitê, dos sistemas de justiça e de saúde, tanto da comarca sede do encontro, como das comarcas circunvizinhas, dentro da lógica das regiões de saúde da Secretaria Estadual de Saúde. Desde então, já se preconizava fossem instalados comitês locais de saúde.

Além disso, foram realizados cursos junto à FAMURS com prefeitos, secretários de saúde e procuradores dos municípios, destacando a importância de fomentar o diálogo entre a administração municipal e os representantes do sistema de justiça. Também houve a participação de representantes do comitê em congressos do Conselho de Secretários Municipais (COSEMS), igualmente estimulando o diálogo entre os sistemas de saúde e de justiça.

Na Defensoria Pública, foram realizados cursos focados na judicialização da saúde e incentivando os defensores a atuarem na mediação prévia, com a metodologia do PGS, modo a evitar a judicialização com a devolução dos assistidos ao sistema público, sem prejuízo da prestação de saúde pretendida.

Complementando, o Tribunal de Justiça realizou diversas atividades visando a divulgar as iniciativas do Comitê da Saúde. O Comitê participou de Cursos de Aperfeiçoamento de Magistrados, esclarecendo a metodologia do PGS, noticiando as iniciativas das instituições, bem como incentivando os magistrados a promoverem o diálogo entre os representantes dos sistemas de saúde e de justiça, modo a identificar quais fatores estavam promovendo a judicialização da saúde em suas comarcas, fomentando também a criação de Comitês Locais de Saúde, ou aproveitando as reuniões da Comissão Mista (instrução do TJRS recomenda a sua instalação pelo Juiz Diretor do Foro, com a representação das instituições do sistema de justiça) para focar problemas na saúde, quando necessário, chamando, nesta oportunidade, os representantes do sistema de saúde.

Além disso, foram realizados cursos específicos da área de saúde para magistrados e seus assessores. Realizados cursos por EAD, credenciados junto à Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados, para magistrados (valorados para promoção), assessores de magistrados e servidores de cartório, visto que estes

últimos permanecem na Comarca e preservam a memória das iniciativas dos magistrados, principalmente quando da movimentação destes, por promoção ou remoção.

Também foram realizados cursos para Assessores de Desembargadores, bem como um diálogo entre Desembargadores e Magistrados, transmitido ao vivo para todas as Comarcas, focando as interpretações de ambos os graus de jurisdição.

Como conclusão, pode-se afirmar que a desjudicialização da saúde no Rio Grande do Sul decorreu das diversas iniciativas decididas por consenso no âmbito do comitê, através da aplicação da metodologia denominada “Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos”, iniciativas estas que foram adotadas pelas respectivas instituições e replicadas aos seus agentes, através de *workshops*, seminários, cursos presenciais e virtuais, inclusive resultando na criação de comitês locais de saúde. Foram identificados os fatores geradores da judicialização por falhas da administração e, como consequência, esta restou reduzida, inclusive com a otimização da aplicação dos recursos públicos, minorando os riscos de eventual malversação por algum agente mal-intencionado, como no já mencionado caso da máfia das órteses e próteses.

As iniciativas do comitê revelaram a necessidade de uma harmonização dos critérios de avaliação entre as diversas instituições, para que os dados sejam mais equânimes possíveis, inclusive com levantamento dos encaminhamentos administrativos decorrentes da mediação prévia, modo a serem estes incluídos como resultado positivo, visto que não resultaram em ação judicial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 107 de 6 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=173>>. Acesso em 04 de abril de 2018.
2. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Resolução n. 238 de 6 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>>. Acesso em 04 de abril de 2018.
3. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Departamento Processual. Levantamento de dados, números de ações sobre saúde.
4. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. [internet]; [acesso em 02 abr 2018]. Disponível em: Disponível em <https://slideplayer.com.br/slide/12281641/>.
5. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Justiça gaúcha reduz gastos com demandas sobre saúde. [internet]; [acesso em 02 abr 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/84643-justica-gaucha-reduz-17-os-gastos-com-judicializacao-da-saude>.

6. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Gastos com ações de saúde caem no Rio Grande do Sul. [internet]; [acesso em 02 abr 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/84334-gastos-com-acoes-de-saude-caem-no-rio-grande-do-sul>.

7. Moraes RS. Atuações resolutivas de planejamento e gestão sistêmicos. [internet]; [acesso em 02 abr 2018]. Disponível em: <http://pgsistemicos.blogspot.com/>.

Educação Permanente em Atenção Oncológica: Estratégia de Gestão para Aprimoramento dos Processos de Trabalho nos Serviços de Saúde no Estado do Maranhão

Janikele Galvão Ferreira¹
Carlos Henrique Falcão de Lima²
Janyr Carvalho de Araujo³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/QiXHdU>

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) mostra-se como importante instrumento de melhoria dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando um papel estratégico na busca da consolidação do modelo voltado às Redes de Atenção em Saúde (RAS). A EPS potencializa os efeitos da aprendizagem e construção do conhecimento no ambiente de trabalho, conforme as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa, tendo como objetivo explorar o potencial da EPS como pilar estratégico na implementação das políticas públicas em saúde. O estudo indica a necessidade da construção de uma proposta de intervenção, por meio da EPS, no intuito de otimizar os processos de trabalho, de modo a contribuir para garantia do acesso à prevenção e diagnóstico precoce na atenção oncológica da Rede de Doenças Crônicas.

Palavras-chave: Educação Permanente. Atenção Primária. Rede de Doenças Crônicas.

1 Administradora. Chefe de Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz. E-mail para contato: janikelegf@yahoo.com.br

2 Procurador do Estado do Maranhão. Mestre em Direito Internacional pela Universidade Católica de Brasília. Especialista em Direito Sanitário pela Fiocruz. E-mail para contato: chenriquefalcao@gmail.com

3 Advogada. Assessora Jurídica da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (2018). Especialista em Direito Sanitário pela Fiocruz. E-mail para contato: janyraraujo@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a década de 80, segundo o IPEA (1), foi um período considerado como década perdida para o desenvolvimento, devido a problemas como a dívida externa, incontrolável fuga de capitais, estagnação econômica e inflação irrefreada. Foi também o cenário em que se deu a promulgação da atual Constituição da República Federativa do Brasil, a denominada Constituição Cidadã, justamente pela ênfase aos direitos e garantias fundamentais e os seus meios de assegurá-los. Nesse diapasão, a saúde é declarada como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, tendo como meio para propiciá-la o Sistema Único de Saúde – SUS. (Arts: 196-200, CF/1988). (2)

No decurso desse tempo, as várias transformações socioeconômicas, políticas e culturais ocorridas no país influenciaram as mudanças no perfil epidemiológico da população. A transição demográfica se encontra assentada no percentual de envelhecimento dos indivíduos, fenômeno que impacta nos padrões de morbidade e morte e exige uma reestruturação dos serviços de saúde para atender as demandas desse novo perfil, que se apresenta e necessita do SUS. Constata-se, aqui, o peso da dicotomia para o Sistema: acesso universal e igualitário versus insuficiência dos recursos destinados à sua manutenção. Daí, a necessidade de reformulação do modelo vigente com a proposta de fazer uso da Educação Permanente em Atenção Oncológica como estratégia de gestão para aprimoramento dos processos de trabalho nos serviços de saúde do SUS, visando a aperfeiçoar tais processos e articular os diversos pontos de atenção à saúde oncológica, a partir da atenção primária e do compromisso social dos profissionais com o controle do câncer no Estado do Maranhão.

O campo onde se dá essa pesquisa, a unidade federativa do Maranhão, ocupa uma posição no ranking dos indicadores muito abaixo da média nacional, esse fato decorre de vários elementos, entre estes, as taxas de analfabetismo e a falta de geração do emprego e renda, o que por sua vez tem impacto na saúde, mortalidade materna e infantil, morbidade por doenças endêmicas e por doenças crônicas. Dos 50 municípios mais pobres do Brasil, 32 destes se encontram no Maranhão. (3)

Dessa forma, para que o Estado viabilizasse o exercício do direito à saúde, conforme disposto na Carta Magna, um conjunto de leis, além de inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde – MS, entraram em vigor. Nessa mesma linha de pensamento, a Lei n. 8.080/1990 (4), também chamada de Lei Orgânica da Saúde, que estabelece as diretrizes para organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, e a Lei n. 8.142/1990 (5), que dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais, servem como plataforma para essa pesquisa, porém, serão destacadas as portarias do MS que tratam especificamente do tema proposto: Educação Permanente (Portaria GM/MS 3.194/2017), Atenção Primária em Saúde (Portaria GM/MS 2.436/2017) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria de Consolidação, 03/2017 GM/MS).

Dito isso, o objetivo desse escrito é mostrar o potencial da Educação Permanente em Saúde (EPS), política pública assim instituída, como um dos pilares estratégicos para uma necessidade premente do SUS: a reestruturação produtiva da saúde, com recorte para a rede que trata das doenças e condições crônicas, no eixo da oncologia.

Sobre a reestruturação produtiva da saúde, é importante destacar o uso desse termo, por englobar o grande processo de mudanças ocorridas nas empresas e principalmente na organização do trabalho industrial nos últimos tempos, pela introdução de inovações tanto tecnológicas como organizacionais e de gestão, buscando-se alcançar uma organização do trabalho integrada e flexível. Entre as mudanças organizacionais, destacam-se a redução substancial dos níveis hierárquicos, a polivalência e multifuncionalidade do trabalhador, o trabalho em grupos, mão de obra com maior capacitação e disposta a participar, a aprendizagem, a autonomia, a cooperação, diferenciando-se da lógica da especialização intensiva do trabalho. (9)

2. MÉTODOS

O estudo é fruto de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa, que em alguns momentos, teve caráter exploratório culminando com uma proposta de intervenção. Nessa abordagem, cabe ressaltar que o “explorar” se deteve ao olhar investigativo sobre alguns fenômenos relacionados a EPS, e que ao investigar no campo da saúde, o interesse do pesquisador se volta para o significado desse fenômeno, porque ele forja a vida das pessoas, seja individual ou coletivamente. Faz-se necessário, aqui, utilizar o termo da psicologia, que Turato chama atenção, para dizer que, “*no settings*” da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde. (10)

A pesquisa-intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter sócio analítico (11). A intervenção foi desenvolvida por meio de oficinas orientadas pela metodologia crítico-reflexiva da Problematização, utilizada em situações nas quais os temas estejam relacionados com a vida em sociedade. Esse Método foi apresentado pela primeira vez, em 1982, por Bordenave e Pereira (12).

No momento atual da EPS no Maranhão, ao levantar dados sobre o perfil dos trabalhadores que compõem as equipes técnicas das regionais, das unidades de saúde e demais instituições que atuam sobre o tema, assim como as relações (fragmentadas e/ou inexistentes) entre eles, foram encontrados nós a desatar, onde a educação per-

manente se mostra essencial no tocante à qualificação dos profissionais que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Com essa realidade, o discurso da neutralidade e da objetividade científica, que seria essencial à comprovação e validação de um trabalho de pesquisa, dá espaço para o “enfrentamento” desses nós, e o referencial passa a ser outro, onde:

[...] fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda poucos conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. (13)

Esse olhar é corroborado no pensamento de Peduzzi:

Ao transformar os elementos da natureza, o trabalhador também se transforma, na medida em que impulsiona, regula e controla sua ação nesse fazer. Assim, é na intencionalidade e finalidade em satisfazer as necessidades humanas, que se estabelece o processo de trabalho em saúde; intencionalidade esta que se encontra na dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde e, nela está reproduzida, também, a dinâmica do trabalho humano. (14)

Isso posto, ao guiar-se o olhar à reflexão sobre a produção de cuidado em saúde, Merhy chama a atenção e sinaliza para a sutileza que reside na diferenciação da produção na atividade laboral do processo de trabalho em saúde, destacando a maneira como se articula o modo de realização do projeto que se pretende desenvolver. Esse modo traz em si uma sabedoria própria que associa nossos atos “vivos” a outros componentes. Dentre esses componentes, o autor destaca o trabalho morto, que é o resultado dos trabalhos anteriores, que se incorpora com o trabalho vivo que o concebeu, transformando-se em matéria prima essencial para a realização do trabalho vivo. Neste caso, é o trabalho morto que assume com seus equipamentos tecnológicos o arranjo necessário para “[...] certo saber fazer, e a um ir fazendo, que inclusive dão sentidos ao que será ou não ‘a razão instrumental’ do equipamento”. (15)

A ideia dessa explanação foi constatar que, no campo da saúde, a pesquisa está em movimento, ela está acontecendo e sendo produzida nos encontros proporcionados entre os diferentes atores envolvidos, em momentos distintos, gerando insumos importantes para a retroalimentação desse ciclo de ensino-aprendizagem. Insumos esses, que para Foucault, são dispositivos, e demarcam um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações [...] o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. (16)

Portanto, surge a questão: como se constituem os resultados numa pesquisa em movimento? No ano de 2015, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão promoveu diversas reuniões junto às Comissões Intergestores Regionais (CIR) utilizando a técnica da “roda de conversa”, como espaço para que os sujeitos estabeleçam um espaço de diálogo e interação, ampliando suas percepções sobre si e sobre o outro no

cotidiano das equipes de cada região de saúde, tendo como produto o desenho da Rede de Doenças Crônicas. (17)

Nesse intervalo, a EPS vai permeando na busca em identificar como se organizam os processos e as relações de trabalho na construção da rede de cuidado daquela região de saúde, e assim fazendo germinar dispositivos essenciais experimentados no cotidiano desses processos de trabalho. Compreendendo que:

É indiscutível a importância da PNEPS que trouxe à tona as discussões sobre a educação e o despertar ético-político dos sujeitos para a consolidação do SUS. (18)

Com base na construção do pensamento coletivo, discutimos o conceito de Educação Permanente em Saúde, abordando as diversas formas como ela pode se desenvolver no espaço de trabalho. De acordo com Bordenave, o exercício da problematização é fundamental para o reconhecimento de que, enquanto uma pesquisa em acontecimento, não há como se estabelecer um único caminho ou uma única estratégia em seu aprofundamento, porém a EPS sempre fará parte do rol de ferramentas a serem adotadas pela capilaridade que ela proporciona aos saberes (teóricos e práticos) aplicados. (19)

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para início, é importante abordar alguns conceitos no intuito de que, no decorrer do texto, sejam apreendidos e facilitem a leitura e a compreensão do raciocínio manifesto.

Em primeiro, a Educação Permanente em Saúde (EPS), política pública patente, é uma prática de ensino-aprendizagem centrada na produção de novos saberes no interior das instituições de saúde, entre os atores envolvidos, com a finalidade de solucionar os problemas enfrentados no cotidiano daquele *locus*. Há que se reconhecer aqui o *habitus* desses atores, tal como

[...] “uma subjetividade socializada” derivada de um conjunto de tensões que foram percebidas, apropriadas e vivenciadas dentro das conjunturas de origem de cada um, explicitando e explicando a relação de interdependência entre ambos. (20)

A definição de Atenção Primária em Saúde (APS) que será empregada é considerada uma das mais abrangentes, e é assim descrita:

[...] um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores, em um processo conjunto de produção social de saúde – mediante um pacto social – que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente. (21)

O conceito de APS, aqui utilizado, foi trazido com a finalidade pungente de mostrar a complexidade do campo de atuação que se pretende explanar sobre a intervenção da EPS como ferramenta de gestão do conhecimento no processo de trabalho em saúde.

Por derradeiro, não menos importante, descrever tal qual se encontram nos instrumentos legais que as regulamentam: Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (22). E para redefinir a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelecer as diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, a Consolidação 03/2017 GM/MS, de 28/09/17, apresenta a definição de doenças crônicas como aquelas doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (23).

Para melhor compreensão, optou-se por traçar um fio condutor entre esses conceitos dentro do contexto sociológico, político, econômico e cultural da APS (entrada: unidades que representam a porta de acesso), em que se busca (re)construir a linha de cuidado (nos processos criados e transformados pela APS) para o acesso das pessoas com doenças crônicas às Redes de Atenção à Saúde – RAS (saídas: prevenção e diagnóstico precoce, Rede e linha de cuidado com pontos estabelecidos), tendo por base as diretrizes (pré)estabelecidas pelo Ministério da Saúde – MS (fronteira), onde a retroalimentação é a referência e a contrarreferência dos serviços. Levando-se em consideração que o trabalho em saúde decorre de atividade humana, portanto são atos produtivos, e como tais, modificam alguma coisa ou produzem algo novo (15), orientados pelos saberes científicos (tecnologias imateriais), por meio de instrumentos de trabalho (tecnologias materiais) para atender uma necessidade constituída a partir de sua finalidade social (24).

Figura 1: Aprimoramento dos Processos de Trabalho pela Educação Permanente.



Pelo exposto, acredita-se que a Educação Permanente é a ferramenta com potencialidade para atuar na construção de um novo modelo de assistência à saúde, aqui mais especificamente com foco na oncologia, assentado nos eixos:

- i. diagnóstico precoce, com estímulo a ações de promoção, prevenção e realização de busca ativa;
- ii. continuidade entre o diagnóstico e o tratamento;
- iii. tratamento mais adequado e em tempo oportuno, com estrutura e recursos na APS para garantir que o paciente com suspeita ou diagnóstico de câncer consiga seguir o percurso ideal para o cuidado;
- iv. pós-tratamento em outros níveis de atenção, visto que os atos produtivos, em conjunto com as tecnologias relacionais, compõem os processos de trabalho no campo da Atenção Primária em Saúde – APS. (25)

Dentre as características de uma ferramenta de gestão, uma de destaque é o papel articulador que ela vai construir com os recursos que ela dispõe no seu território de atuação. E, para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos. (22)

Segundo Merhy, existem pelo menos três campos de tensão que operam dentro das organizações de saúde: O território das práticas de saúde (como espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas desenhado a partir da ação de distintos atores), a produção de atos de saúde (é um terreno do trabalho vivo em si – ou seja, campo de predominância das tecnologias leves – relacionais – em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados) e o terreno das organizações de saúde (por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia a dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle). (15)

Esses três campos de tensão são lugares estratégicos para qualquer intervenção com o objetivo de aumentar a governabilidade do gestor ou para definir as possibilidades de implementação de um desenho organizativo da atenção que seja inovador e que tome as necessidades dos usuários como centrais. A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas. (15)

Aqui, a EPS se apresenta como estratégias de gestão e o apoio institucional, pois conforme Merhy (15), são utilizados como dispositivo para fabricar coletivos, propiciar a reflexão sobre o cotidiano, produzir alteridade para analisar as práticas, criando espaços para que novos pactos de organização do trabalho possam ser produzidos. Reconhecendo o cenário de disputas e diversidade de compreensões, um gestor que deseja ter chance de governar, ou seja, de influir mais efetivamente no resultado desse amplo processo oculto de disputa, e investir na criação de oportunidades para os diferentes modos de entender a realidade vivida e de conceber as práticas de saúde.

Dessa forma, um espaço com tantos atores, com tanta diversidade de pontos de vista, suscita debates, inquietações, mobilização de afetos e desconfortos. O olhar do outro muitas vezes funciona como dispositivo para que cada um ponha em análise, em questão, seu modo de operar, por isso é que o coletivo é fundamental (26).

Merhy propõe, como primeiro passo, a subversão da ordem existente na organização tradicional, que em geral não há espaço e nem tempo para escuta e construção coletiva, porque o lugar da tomada de decisão está no ápice da pirâmide (organograma). É necessário descentralizar sem perder o norte e para isso precisamos envolver todos para dar identidade ao coletivo, debatendo desde definição de objetivos até os métodos de trabalho. Somente assim é possível construir novos pactos, que coloquem a favor do interesse do público/usuários a relativa autonomia de que os trabalhadores de saúde dispõem na concretização de suas práticas.

Em consonância com o exposto, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) provocou, junto às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), reuniões para sensibilização dos gestores e técnicos para o movimento de implantação das redes de atenção à saúde, com ênfase para a participação da Atenção Primária como principal porta de entrada ao usuário do SUS.

Essa problemática tem, como um dos fatores, a falta de informação do paciente e do profissional na APS sobre os cuidados que o paciente deve ter nesse nível de saúde. Essa conduta persiste nos níveis intermediários de alta complexidade, onde as capacitações são raras e os serviços de saúde de média complexidade (Serviço de Referência de Mamografia – SDM e Serviço de Referência do Câncer Oncológico – SRC) não estão estruturados para atender com qualidade o paciente oncológico.

Com o resultado dessas discussões, evidenciou-se a necessidade de qualificação e o envolvimento dos profissionais de saúde voltados para a área de prevenção às doenças crônicas, de forma a evitar o agravamento dos pacientes e a hospitalização, assim como minimizar as constantes decisões judiciais que impactam diretamente no orçamento das Secretarias de Saúde.

Acresce-se a necessidade de mudanças nos serviços de saúde, que possam refletir no atendimento ao paciente oncológico, especialmente nos serviços de citopatologia e mamografias.

Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão– SES/MA identificou as barreiras que dizem respeito à organização da linha de cuidado para a atenção à pessoa com câncer, conforme segue: desconhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero; dificuldades em marcar consulta para fazer os exames; recusa ao convite para realização do exame citopatológico (rastreamento); recusa à chamada para investigação e tratamento recomendados; baixa prioridade por parte do profissional de saúde no atendimento integral das mulheres, muitas vezes por compreensão errônea sobre os objetivos da ação; ausência de sensibilização do profissional e da Unidade de Saúde para a rotina dos exames; coleta e fixação da amostra citopatológica do colo do útero inadequadas e falha na identificação e classificação da anormalidade presente no

esfregaço citopatológico; condução da investigação diagnóstica e tratamento da anormalidade inadequados; seguimento (*follow-up*) inadequado das pacientes com exames anormais; falta de organização da rede de serviços para absorver as mulheres que necessitam de exames complementares ou tratamento.

Identificou-se, ainda, que dos 62 serviços em funcionamento da mamografia, apenas 27 estão dentro do padrão Programa Nacional de Qualidade Mamografia (PNQM); Baixa qualidade nos serviços de atenção primária e falta de capacitação dos profissionais para auxiliar na prevenção e no diagnóstico das doenças crônicas – Eixo Oncologia; Não alcance das metas pactuadas de citologia e mamografia pelos municípios, por não se ajustarem às portarias ministeriais que foram lançadas após a implantação dos serviços; Inexistência da estratificação de risco e classificação dos usuários portadores de cânceres de colo do útero, mama, próstata, pênis e boca nos serviços de referência de acordo com a gravidade da enfermidade.

Por essas razões, evidenciou-se a necessidade de qualificação específica na área de Oncologia, principalmente para os profissionais da atenção primária e os envolvidos na prevenção e no diagnóstico para atender a demanda dessa política pública, em que pese haver baixa oferta de qualificações nesta área de Oncologia, principalmente para os profissionais da atenção primária e da média complexidade.

Dentro desse contexto, no quadro de capacitações da EPS, estão as graduações, especializações e residências, que criam condições para a construção da visão sistêmica da submissão de mudanças nos processos de trabalho, visto que, com o conjunto de ações propostas, os processos são reestruturados, de modo que não haja prescrição de habilidades, comportamentos e perfis de profissionais de saúde, mas sim uma ressignificação, que a população seja vista como cidadãos de direito.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente compreende um processo de vinculação entre a educação e os processos de trabalho, sendo esta uma ferramenta estratégica para a mudança das práticas de formação dos profissionais, gestão e assistência, com o objetivo de modificar a lógica dos modelos de assistência à saúde fragmentados e sem o compromisso social dos profissionais.

Os resultados desejados com a reestruturação de um novo modelo são a redução do tempo de espera entre diagnóstico e tratamento, por meio do estímulo à adoção de boas práticas no cuidado ambulatorial e hospitalar, e o aumento da cobertura dos exames de mamografia e citopatológicos, visando a atender a necessidade de melhorias nos indicadores de qualidade da atenção oncológica do Estado do Maranhão.

Em relação ao diagnóstico, identifica-se a necessidade de estabelecer rotinas e requisitos mínimos de qualidade, com a definição das condições ideais para que assim o seja feito, de forma a garantir o tratamento apropriado e oportuno, baseado em proto-

colos terapêuticos e melhores práticas disponíveis, o que requer ênfase para uma APS resolutive, o que sugere, de imediato, a mudança do perfil do profissional que nela atua. O trabalhador desse nível de atenção deve estar preparado para atender o paciente, identificando os sintomas e sinais de toda natureza de doença, e orientar a referência para a média e alta complexidade, nos serviços ambulatoriais e hospitalares, de forma a garantir a continuidade da assistência.

A EPS proporciona o empoderamento de todos envolvidos no processo. É evidente que, embora a prevenção e o diagnóstico sejam ações de curto prazo, o seu impacto nos indicadores acontecerão a médio e longo prazos, porém, em alguns casos, tempo é uma variável de que o paciente não dispõe.

E, quando se depara com esses descompassos entre teoria e prática, planejamento e execução das ações no SUS, vemos que embora essa política, hoje com aproximadamente 30 anos, teve tempo considerado demais para quem dele precisa, porém tempo de menos para imprimir as mudanças de reestruturação tão radicais quanto necessárias.

REFERÊNCIAS

1. Marangoni G. Anos 1980, década perdida ou ganha? IPEA, 012. Ano 9. Edição 72, jun 2012. [internet]; [acesso em 12 mar 2018]. Disponível em www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2759:catid=28&itemid=23.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [internet]; [acesso em 11 mar 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2014. [internet]; [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em www.ibge.gov.br.
4. Brasil. Lei N. 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. [internet]; [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
5. Brasil. Lei N. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [internet]; [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília. 2004;141(32). [internet]; [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. [internet]; [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N. 483, de 1º de abril de 2014. [internet]; [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html.
9. Garay AB. Reestruturação produtiva e desafios de qualificação: algumas considerações críticas. 2018. [internet]; [acesso em 13 mar 2018]. Disponível em <http://www.cefetsp.br/edu/eso/globalizacao/desafioqualificacao.html>.
10. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507-14. [internet]; [acesso em 25 fev 2018]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>.
11. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2012.
12. do Prado ML, et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):172-177. [internet]; [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023&lng=en&nrm=iso.
13. Minayo MC. O desafio do conhecimento. 9 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
14. Peduzzi M, et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu)*. [online]. 2009;13(30):121-134. ISSN 1807-5762. [internet]. [acesso em 03 abr 2018]; Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300011>.
15. Merhy EE, et al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.
16. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
17. Melo MC, Cruz GC. Roda de conversa: uma proposta metodológica de espaço de diálogo no ensino médio. *Rev Imagens da Educação*. 2014;4(2):31-39.
18. Lemos CL. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2016;21(3):913-922.
19. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 4 ed. Petrópolis: Vozes; 1977.
20. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva; 1992.
21. Lago ER, Cruz RB. Atención primaria de salud y medicina general integral. In *Sintes*

R A. Temas de medicina general integral. Vol i, Salud y Medicina, La Habana: Editorial Ciências Médicas. 2001.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet]; [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N. 483, DE 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. [internet]; [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html.

24. Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994.

25. Baduy e Almeida apud Merhy EE, et al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

26. Merhy EE, Feuerweker LC, Ceccim RB. Educación permanente em salud una estratégia para intervenir em la micropolítica del trabajo em salud. Salud Colect. 2006;2(2):147-60.

Uma Síntese do Fomento ao Desenvolvimento Harmônico e Sustentável Via Atuações Resolutivas, Principalmente as Atuações Resolutivas de Planejamento e de Gestão Sistêmicos, de Negociação, de Mediação e de Conciliação (DHS via PGS e NMC)

Rodrigo Schoeller de Moraes*



Artigo também disponível pelo QR Code ao lado ou link <https://goo.gl/t6wf52>

RESUMO

O presente ensaio resume os documentos elaborados para fomentar o Desenvolvimento Harmônico e Sustentável (DHS) por meio das atuações resolutivas, principalmente as atuações resolutivas de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS), de Negociação (N), de Mediação (M) e de Conciliação (C). Esse fomento está sendo articulado notadamente por meio da Estratégia de Comunicação e Formação (Estratégia de C e F). Primeiramente, o artigo analisa o panorama da crise e da judicialização. Em seguida, propõe solução para enfrentar o exposto no panorama, sintetizando o conteúdo dos documentos que estão disponíveis nos seguintes endereços eletrônicos: <http://pgsistemicos.blogspot.com/>, <http://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/425-comissoes-institucional/comissao-de-defesa-dos-direitos-fundamentais/10463-desenvolvimento-harmonico-e-sustentavel> e <http://rodrigoeschoeller.blogspot.com/>. A articulação da solução aborda: a Constituição da República Federativa do Brasil, causas e consequências dos problemas e os pensamentos complexo e sistêmico. Ademais, contextualiza o PGS, evidencia resultados obtidos (principalmente na área da saúde) e define o Desenvolvimento Harmônico e Sustentável e as atuações resolutivas (que são formas de solucionar os problemas que prejudicam o DHS). Situa a Negociação, a Mediação e a Conciliação nesse contexto. A seguir, articula um termo de acordo de cooperação nacional. Demonstra como implementar o previsto nas alíneas “h” e “i” deste termo, apresentando uma síntese do Esboço da Cartilha Estratégica de Comunicação e Formação (1). Para tanto, reitera os enfoques já expostos no artigo (1-introdução; 2- panorama e 3 - solução proposta), que são articulados de forma semelhante neste artigo e na Cartilha, e evidencia os demais enfoques (que estão listados nos itens 3.3.4 até 3.3.11 deste artigo).

Palavras-chave: Desenvolvimento Harmônico e Sustentável. Planejamento e Gestão Sistêmicos. Judicialização.

* Promotor de Justiça no Estado do Rio Grande do Sul. Gerente de Projetos Estratégicos do Ministério Público. Membro colaborador do Conselho Nacional do Ministério Público. E-mail para contato: rodrigoeschoeller@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Momentos de crise generalizada e de colapsos sistêmicos podem tornar claro que “estamos todos no mesmo barco”. Mais do que isso, que para alcançar a outra margem, todos devem remar para o mesmo lado. Para resolver os problemas que prejudicam essa jornada é importantíssimo o planejamento de soluções conjuntas e a gestão compartilhada das atividades executadas. Além disso, o Sistema de Justiça deve convergir esforços.

As atuações resolutivas, principalmente as atuações resolutivas de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS), de Negociação (N), de Mediação (M) e de Conciliação (C), apresentam-se como formas de solucionar os problemas que prejudicam o Desenvolvimento Harmônico e Sustentável (DHS).

A implementação de matrizes de convergência revela-se indispensável para alinhar e/ou integrar as diferentes formas de perceber e agir na busca da missão comum. Para tanto, é fundamental o desenvolvimento de uma estratégia, que priorize a comunicação e formação. A Saúde, em todos os seus aspectos (físico, psicológico, de autorrealização, etc.), agradece.

2. PANORAMA

2.1. O CONTEXTO DA CRISE

A exposição mais detalhada do contexto da crise e dos demais enfoques do presente ensaio pode ser encontrada principalmente no Esboço da Cartilha de DHS via PGS e NMC: Estratégia de C e F (de forma resumida é chamado: Esboço da Cartilha Estratégica/da Cartilha Estratégica de C e F (1), que faz parte do KIT DHS via PGS e NMC (2). Muitos não compreendem a complexidade das crises e a rapidez em que o mundo mudou. Buscam remediar problemas interconectados com soluções parciais, individualistas, lineares e mecanicistas (muitas delas elaboradas para um contexto de décadas atrás), em um verdadeiro “enxugar gelo”. O resultado: os problemas não são resolvidos, agrava-se o panorama e a sociedade perde a esperança.

2.2. JUDICIALIZAÇÃO

O que muitas vezes não é percebido (em um primeiro momento) é que as políticas públicas e as demais atividades voltadas ao atendimento das necessidades, após serem atingidas pela crise, poderão aportar no Sistema de Justiça, por meio da chamada judicialização. Ocorre que a judicialização de uma demanda individualizada pode prejudicar, em alguns casos, o planejamento e a gestão das políticas públicas e das atividades como um todo, afastando-se da equidade no atendimento das demandas.

Isso pode ocorrer, por exemplo, no deferimento de um determinado medicamento ou de uma vaga na Educação Infantil (creche ou pré-escola), sem a consciência da realidade local e o diálogo e/ou a cooperação.

3. SOLUÇÃO PROPOSTA

3.1. O DESENVOLVIMENTO HARMÔNICO E SUSTENTÁVEL VIA ATUAÇÕES RESOLUTIVAS, PRINCIPALMENTE AS ATUAÇÕES RESOLUTIVAS DE PLANEJAMENTO E DE GESTÃO SISTÊMICOS, DE NEGOCIAÇÃO, DE MEDIAÇÃO E DE CONCILIAÇÃO (DHS VIA PGS E NMC)

A Constituição da República Federativa do Brasil prevê normas para possibilitar o bom convívio e garantir a existência de uma sociedade fundada na harmonia.

Com relação às causas e consequências dos problemas, o Relatório de Desenvolvimento Humano do Brasil 2009-2010 (3), através da consulta “Brasil Ponto a Ponto”, relata a opinião de meio milhão de pessoas acerca de fatores de mudança, através do seguinte questionamento: o que precisa mudar no Brasil para suas vidas melhorarem de verdade? As respostas à referida consulta apontaram para um tema fundamental: valores. Para mudar valores é muito importante fomentar a utilização das abordagens multidisciplinar, interdisciplinar e, até mesmo, transdisciplinar e sistêmica.

Na busca de criar tecnologias para desenvolver o pensamento sistêmico, estão sendo implementadas atuações resolutivas de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS). As atuações resolutivas de PGS são formas de perceber e agir que, entre outras circunstâncias, fomentam o aperfeiçoamento e/ou a convergência (alinhamento e/ou integração) dos planejamentos e das gestões desenvolvidos pelos sistemas que atuam (ex. Sistema de Saúde. Sistema Prisional) e/ou intervêm (ex. Sistema de Justiça), para solucionar o(s) problema(s) que prejudica(m) o Desenvolvimento Harmônico e Sustentável. Problemas que atinge(m) as pessoas, a coletividade e/ou o ambiente como um todo (ex. a falta de medicamento). Isso pode se dar, por exemplo, por meio da criação de fluxos operacionais sistêmicos de atendimento extrajudicial e/ou judicial de demandas (ex. para o fornecimento de medicamentos, de vagas em escolas, etc.).

De uma forma mais qualificada e levando em consideração os impactos alcançados, as atuações resolutivas de Planejamento e de Gestão Sistêmicos estabelecem os requisitos previstos no Gráfico dos Requisitos da Atuação Resolutiva de Planejamento e de Gestão Sistêmicos nos seguintes termos.

Figura 1: Critérios de Mensuração do Grau de Desenvolvimento Harmônico e Sustentável.



Fonte: KIT DHS via PGS e NMC. (2)

Resultados alcançados na área da Saúde são evidenciados. Entre outros, o aperfeiçoamento dos sistemas abrangidos (com reflexos positivos no atendimento das necessidades) e a redução da porcentagem de ajuizamentos/judicialização em até 90% (ingresso de novas ações judiciais x número de atendimentos extrajudiciais) são informados no texto “Estamos no caminho certo?” e em outros documentos constantes da Cartilha de DHS via PGS e NMC (4) (disponível no KIT DHS via PGS e NMC).

Nesse contexto, pode-se dizer que o Desenvolvimento Harmônico e Sustentável (DHS) é o processo evolutivo que busca, a partir do(s) foco(s) prioritário(s) e, no que couber, dando relevância à família, atender necessidades, com impactos proporcionais nos 3 (três) eixos da sustentabilidade (econômico, social e ambiental), por meio da convergência dos 3 (três) setores (público, privado e sociedade civil organizada) e da comunidade em geral e via promoção de atuações resolutivas e matrizes de convergência, gerando a melhora nas relações (qualificando-as), a liberdade com a consciência da unidade e a Paz, interna e externa.

Importante destacar que os requisitos da atuação resolutiva de PGS (constante do gráfico transcrito anteriormente) correspondem aos critérios de mensuração do grau de DHS. Afigura-se necessário destacar que as atuações resolutivas que utilizam os seguintes mecanismos de autocomposição também são convergentes ao DHS: Mediação (M), Negociação (N) e Conciliação (C).

Busca-se fomentar o DHS via PGS e NMC de forma universal (para qualquer área de atuação: educação, segurança pública, saúde, etc.; esfera de relações: pessoal, familiar, comunitária, institucional, interinstitucional, municipal, estadual, federal, internacional, entre outras; eixos: econômico, social, ambiental e geopolítico; etc.).

Esse fomento está sendo articulado notadamente por meio da Estratégia de Comunicação e Formação (Estratégia de C e F), que poderá ser utilizada para pautar/articular o tema em eventos (reuniões, palestras, etc.), para estruturar atividades (projetos, programas, políticas públicas, campanhas na mídia e nas redes sociais, etc.), entre outras funções.

A Estratégia de C e F busca sistematizar e sintetizar as ideias desenvolvidas pelo Comitê de PGS em cooperação com o Comitê da Saúde do CNJ no RS, bem como as inúmeras contribuições recebidas de representantes de instituições nacionais e internacionais. Saliente-se que o Comitê de Planejamento e de Gestão Sistêmicos (PGS) do Estado do Rio Grande do Sul (COMITÊ DE PGS DO RS) é uma rede de cooperação, com abrangência nos setores público, privado e sociedade civil organizada, bem como, na comunidade em geral, que foi aperfeiçoada a partir do termo de cooperação assinado em 2016 no âmbito do RS. O Comitê Executivo do Rio Grande do Sul do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça (COMITÊ DA SAÚDE DO CNJ NO RS) é uma rede de cooperação intersetorial, que foi criada em decorrência da Resolução CNJ 107, de 06 de abril de 2010.

3.2. ESBOÇO DO TERMO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO PARA FOMENTAR O DHS VIA PGS E NMC EM ÂMBITO NACIONAL

Recomenda-se a leitura integral do esboço deste termo (5).

Entre outras, cabem destacar a cláusula segunda e a cláusula terceira, alínea “c”, do esboço que se refere aos Comitês e às outras formas de redes de cooperação. Em caráter geral (ex. para atuar com foco em calamidades) e para todas as áreas de atuação (ex. educação, saneamento, segurança, meio ambiente, etc.), devem-se fomentar os Comitês de Desenvolvimento Harmônico e Sustentável, os Comitês de Planejamento e de Gestão Sistêmicos, os Comitês Permanentes de Fomento à Atuação Resolutiva e as outras formas de redes de cooperação (inclusive as já existentes). Se o foco prioritário/inicial escolhido for saúde, devem ser priorizados os Comitês Executivos do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde do Conselho Nacional de Justiça (Comitês da Saúde do CNJ) em âmbito estadual, distrital, nas subseções judiciárias, comarcas e nos municípios.

No momento atual, acredita-se que as alíneas “h” e “i” da cláusula terceira do esboço do termo de acordo de cooperação, que priorizam a comunicação e a formação, sejam as mais importantes. Diante do panorama, independentemente da assinatura de um termo de cooperação, é necessário informar, com a máxima urgência, que existem soluções para as crises, quais são elas e como concretizá-las e realizá-las.

3.3. ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E FORMAÇÃO.

Inicialmente, cabe ressaltar que o KIT DHS via PGS e NMC (2) fornece diversos documentos que não são exclusivos da Estratégia de Comunicação e Formação (Estratégia de C e F), mas que contribuem para sua implementação. O KIT é mais abrangente, uma vez que trata do Fomento do DHS via PGS e NMC como um todo (fornecendo, também, exemplos de boas práticas, de critérios, fluxos, etc.). A Estratégia de C e F está mais focada em COMO pautar/articular/estruturar/implementar esse fomento em reuniões, palestras, capacitações, projetos, políticas públicas, cartilhas, campanhas na mídia e nas redes sociais, entre outros eventos e atividades.

A partir destes documentos, será impressa uma cartilha que poderá ser chamada de Cartilha de DHS via PGS e NMC: Estratégia de C e F (de forma resumida: Cartilha Estratégica/ Cartilha Estratégica de C e F). Enquanto a Cartilha Estratégica não for disponibilizada, os principais documentos são: O Esboço da Cartilha de DHS via PGS e NMC: Estratégia de C e F (de forma resumida é chamado: Esboço da Cartilha Estratégica/da Cartilha Estratégica de C e F (1); o Roteiro de Implementação da Matriz de Convergência (Roteiro da Matriz) (5) e o Vídeo da Estratégia de Comunicação e Formação versão Light (Vídeo Light da Estratégia/da Estratégia de C e F) (6).

Neste artigo, cabe fazer uma síntese da Estratégia de Comunicação e Formação. Para tanto, é importante reiterar os enfoques já expostos no texto (1. introdução; 2. panorama e 3. solução proposta), que são semelhantes (o artigo e a Estratégia de C e F seguem a mesma estrutura de articulação). Depois, apresentar os demais enfoques da Estratégia.

Devem ser articulados de forma semelhante aos enfoques 1, 2 e 3 do artigo:

3.3.1. Introdução (da Estratégia de C e F);

3.3.2. Panorama (da Estratégia de C e F);

3.3.3. Solução proposta (na Estratégia de C e F).

Os demais enfoques da Estratégia de Comunicação e Formação são:

3.3.4. Papéis na Missão Comum:

Para comunicar e formar bem, é importante abordar o papel das instituições e pessoas dos três setores (público, privado e sociedade civil organizada) e da comunidade em geral (ex. importância dos pais no atendimento de necessidades de pertencimento/afeto), notadamente quanto às suas responsabilidades.

3.3.5. Implementação da Matriz de Convergência:

As matrizes de convergência são processos que alinham e/ou integram os sistemas envolvidos no fomento do DHS via PGS e NMC (a partir de um foco prioritário).

3.3.5.1. Roteiro de implementação da Matriz de Convergência:

Nesse artigo, será apresentado um modelo de matriz que, por estar sistematizado em etapas, configura-se um Roteiro. O Gráfico evidencia isto nos seguintes termos:

Figura 2: Matriz de Convergência.



Fonte: KIT DHS via PGS e NMC. (2)

O modelo de matriz de convergência sistematizado como um Roteiro (itens 1 a 5) fornece orientações gerais, que são explicadas com detalhes nos documentos do KIT DHS via PGS e NMC. Os elementos da matriz, incluindo a convergência estrutural, também podem ser aprofundados no art. 8º e seguintes do esboço da Política de DHS via PGS, constante da Cartilha de DHS via PGS e NMC.

O modelo de matriz de convergência e a atuação resolutiva de PGS são complementares. A atuação resolutiva de PGS mais orientada para promoção e avaliação de ações/impactos e a matriz fornecendo orientações gerais para implementação, a partir das quais são indicados/criados passos/etapas para colocar em prática o fomento do DHS via PGS e NMC.

3.3.5.2. Sugestões de passos para executar as duas etapas previstas na Matriz de Convergência:

Saliente-se que o modelo de matriz de convergência, o roteiro sugerido no item 3.3.5.1, possui um caráter mais amplo, incluindo duas etapas para implementação da

matriz (item 5 da matriz de convergência) que podem ser executadas por meio de diversos passos.

Para fins de executar as duas etapas da matriz de forma bastante didática e de acordo com os públicos-alvo, cabe sugerir guias de passos.

Saliente-se que o Roteiro da Matriz constante do documento 4_DHS_PGS_NMC_ROTUIRO_Matriz_MP foi construído para implementar a atividade n. 2 da Ação Nacional em Defesa do Direito à Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público (7). Contudo, ele pode ser utilizado por pessoas e instituições diversas e em outros focos de atuação (ex. educação), sendo bastante prático e completo.

Nesse artigo, devido ao espaço disponível, serão citados apenas alguns itens do exemplo de guia de passos articulado no item 3.3.5.2.1.1 do Esboço da Cartilha Estratégica e detalhado no Roteiro da Matriz. Saliente-se que no KIT DHS via PGS e NMC consta inclusive o Vídeo Light da Estratégia e um *checklist* para mensurar/mapear e avaliar a concretização. (8)

3.3.5.2.1.1. Guia Genérico de Passos: Gestores e 3.3.5.2.1.2. Guia Genérico de Passos: integrantes do Sistema de Justiça (público-alvo).

1º passo: escolha foco(s) prioritário(s) para fomentar o DHS via PGS e NMC no âmbito de suas atribuições e, a partir dele(s), execute as atividades previstas nos próximos passos. Importante atentar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis 3, 4, 5, 6, 16 e 17 e de forma a adaptá-los à realidade local;

2º passo: promova o mapeamento das necessidades, das possibilidades e das atividades relacionadas à escolha efetivada (foco) e para fins de adaptação de diretrizes à realidade local;

3º passo: promova o aperfeiçoamento das relações estabelecidas e/ou a convergência estrutural, por meio de atividades ordenadas.

São atividades ordenadas que podem ser sugeridas para o 2º passo deste guia:

- a) Realize audiência pública e/ou reunião;
- b) reúna documentos (legislação, doutrina, etc.). Elabore novos diagnósticos (a partir do levantado na audiência pública/reunião);
- c) execute os encaminhamentos aprovados e articule o cumprimento do acordado por parte dos demais participantes;
- d) promova e coopere na elaboração e na implementação de critérios para o atendimento de demandas (atendimento inicial e judicialização) e de fluxos operacionais sistêmicos, entre outros instrumentos e ferramentas aplicáveis à rotina das pessoas e instituições;
- e) elabore, publique e divulgue decretos, resoluções, recomendações, provimentos, enunciados, artigos científicos e cartilhas, entre outros documentos.

- f) realize e participe de *workshops*, eventos e utilize métodos de educação à distância (EAD) em âmbito interinstitucional e com a comunidade em geral;
- g) realize e participe capacitações, cursos, *workshops* e utilize EAD em âmbito institucional;
- h) busque evitar e promova a apuração de irregularidades, em cooperação com os parceiros e a redes formadas;
- i) elabore estratégias locais de comunicação e formação;

Ao elaborar as estratégias locais de C e F, busque seguir a estrutura de articulação evidenciada no enfoque 3 do sumário deste artigo/texto.

- j) revise e aperfeiçoe, de forma periódica, as estratégias e as atividades executadas para fomentar o DHS via PGS e NMC (ex. os programas, projetos, ações, etc.).
- k) aperfeiçoe a convergência estrutural: promova o aperfeiçoamento de outras normativas e instrumentos (regras, diretrizes, meios, mecanismos, formas de pensar e agir, etc.) utilizados para alinhamento e/ou integração pessoal, familiar, institucional, interinstitucional e com a comunidade em geral (para implementar uma rotina diária convergente ao DHS via PGS e NMC).

3.3.6. Eficiência, Eficácia e Efetividade:

Esse enfoque da Estratégia de C e F é fundamental para concretizar e realizar o DHS via PGS e NMC.

Constata-se, em todas as áreas de atuação, uma grande falha (decorrente, inclusive, do pensamento linear e individualista, da visão cartesiana, da concepção mecanicista e dos interesses envolvidos). Os problemas são complexos e exigem as abordagens interdisciplinar, transdisciplinar, intersetorial, sistêmica, resolutive, etc. Isso é preconizado em todos os lugares do mundo (notadamente na iminência de colapsos sistêmicos).

Contudo, ocorre que praticamente todos os instrumentos de mensuração/mapeamento e avaliação não são convergentes a essas abordagens. Continuam em vigor apenas indicadores isolados, lineares, cartesianos e, portanto, inaptos a incentivar, mensurar/mapear e avaliar/valorizar as atuações que implementam essas abordagens. O resultado: tudo fica no discurso. Não há implementação prática e não se alcançam a eficiência, a eficácia e a efetividade. Assim, os problemas não são resolvidos, agrava-se o panorama e a sociedade perde ainda mais a esperança. Por outro lado, quem vive dos problemas agradece, uma vez que pode continuar a “enxugar gelo” em um ambiente de crise.

As sugestões para esse enfoque, que constam do Esboço da Cartilha da Estratégia de Comunicação e Formação/Esboço da Cartilha Estratégica, são bastante com-

pletas e inovadoras, aptas a mensurar todos os critérios do fomento do DHS via PGS e NMC. Assim, recomenda-se a leitura. Ademais, constam informações sobre as distinções entre eficiência, eficácia e efetividade, bem como são fornecidos exemplos de implementação. Neste artigo, destacam-se:

3.3.6.1 Questionários e relatórios para avaliação, indução e aferição da Transformação:

Nesse item, busca-se desenvolver e implementar questionários e relatórios (ex. relatórios para corregedorias e outros órgãos de controle), com perguntas que promovam a avaliação do panorama, a reflexão sobre soluções para esse panorama (de modo a, desde logo, despertar ou/e indicar a solução, ou seja, induzir a melhora na forma de pensar e agir) e, posteriormente, a mensuração dos impactos (a transformação ocorrida em decorrência disso). Difere do item 3.3.6.2 (que será explicado a seguir), que é mais técnico e possibilita construir, implementar, comunicar e divulgar os resultados do desempenho através de indicadores (inclusive para fins de retrato institucional/posicionamento estratégico).

Devem ser construídos dois tipos/categorias de questionários e relatórios.

3.3.6.1.1. Questionário/Relatório para usuários dos sistemas/sociedade como um todo (integrantes dos três setores e da comunidade em geral – incluindo comunidade virtual);

3.3.6.1.2. Questionário/Relatório para ações, políticas públicas, projetos, etc.

No Esboço da Cartilha Estratégica, são fornecidas sugestões de relatórios e questionários de forma sistematizada e atualizada, sendo indispensável a leitura (vide item 6.1 do Esboço da Cartilha Estratégica/da Cartilha Estratégica de C e F). (1)

3.3.6.2. Mensuração e Avaliação Qualificada:

Essa é uma abordagem mais complexa que deve, preferencialmente, ser utilizada após a elaboração, implementação e divulgação dos questionários e relatórios (item 3.3.6.1). De qualquer sorte, o art. 12 e o anexo IX da Política de DHS via PGS já indicam caminhos a seguir (disponível na Cartilha de DHS via PGS e NMC (4)). Nesse artigo, cabe listar os dois tópicos:

3.3.6.2.1. Indicadores Principais;

3.3.6.2.2. Índice de Desenvolvimento Harmônico e Sustentável – IDHS.

A lista dos demais enfoques da Estratégia de Comunicação e Formação é (maiores informações constam dos documentos do KIT DHS via PGS e NMC):

3.3.7. Apresentar ao público-alvo índices de cartilhas convergentes ao DHS;

3.3.8. Apresentar a conclusão (da Estratégia de Comunicação e Formação);

3.3.9. Apresentar alguns encaminhamentos que são sugeridos na Estratégia de Comunicação e Formação;

3.3.10. Construir e disponibilizar uma lista de Contatos;

3.3.11. Disponibilizar ao público-alvo o que for considerado como “Anexos da Estratégia de Comunicação e Formação”.

4. CONCLUSÃO

Timoneiro, marujo e capitão. São tempos de mudanças. Não adianta agarrar o leme e dar ordens como se estivesse em uma equipe de remo. Muito menos, remar desesperados, cada um para seu lado. Diante das turbulências atuais, é preciso despertar um senso de direção em todos os tripulantes para que eles, desenvolvendo seus potenciais individuais, somem esforços na busca de propósitos mais elevados.

Estamos passando por crises (e vamos passar por outras).

A notícia boa é que há solução: o Desenvolvimento Harmônico e Sustentável via atuações resolutivas, principalmente as atuações resolutivas de Planejamento e de Gestão Sistêmicos, de Negociação, de Mediação e de Conciliação.

Diversas instituições e a comunidade em geral têm o dever (constitucional, moral, existencial, missão, contratual, etc.) e/ou a necessidade de sobrevivência impõe: fomentar o DHS via PGS e NMC.

Necessário ressaltar que o Sistema de Justiça não intervém nos sistemas apenas para apurar irregularidades e para garantir direitos individuais. O Sistema de Justiça pode cooperar para o Desenvolvimento Harmônico e Sustentável e, assim, contribuir para garantia do direito de todos.

De uma forma resumida: “Para melhorar, todos devem ajudar”.

É possível! Para tanto, é preciso adaptar à realidade local o que foi sugerido no texto (inclusive o guia de passos). Também, é necessário mensurar o desempenho durante a travessia (principalmente com a utilização de questionários e relatórios).

A solução proposta é verdadeira (eficiente, eficaz e efetiva) e já demonstrou resultados em vários contextos.

Fomentando o DHS via PGS e NMC, as crises transformam-se em oportunidades de evolução.

Em outras palavras, oportunidades de qualificar as relações estabelecidas com a nossa consciência e com os seres vivos e objetos com os quais se interage.

Parece que, para nós alcançarmos a efetividade e a Paz, interna e externa, é indispensável perceber e agir, na busca de desenvolver a consciência em todos os níveis de relação.

Indo um pouco além...

Ao navegar no oceano, as relações que estabelecemos evidenciam a razão da existência e, assim, possibilitam aportar na outra margem da evolução.

A Saúde agradece. Melhor: a evolução exige.

REFERÊNCIAS

1. Comitê de PGS do RS (Comitê de Planejamento e de Gestão Sistêmicos do Rio Grande do Sul); Comitê da Saúde do CNJ no RS. Documento 1-Fomento_DHS_PGS_NMC_Estratégia_Comunicação_Formação - ESBOÇO DA CARTILHA ESTRATÉGICA. KIT DHS via PGS e NMC [Internet]. [Acesso em 03 abr 2018]. Disponível em <http://pgsistemicos.blogspot.com/> e <http://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/425-comissoes-institucional/comissao-de-defesa-dos-direitos-fundamentais/10463-desenvolvimento-harmonico-e-sustentavel>.
2. KIT DHS via PGS e NMC. [Internet]. [Acesso em 03.04.2018]. Disponível em <http://pgsistemicos.blogspot.com/> e <http://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/425-comissoes-institucional/comissao-de-defesa-dos-direitos-fundamentais/10463-desenvolvimento-harmonico-e-sustentavel>. Para fins de aprofundamentos: <http://rodrigosschoeller.blogspot.com/>.
3. RDH, Relatório de Desenvolvimento Humano, 2009-2010: Brasil Ponto a Ponto; consulta pública. Brasília: PNUD; 2009. p.72. [internet]. [Acesso em 03 abr 2018]. Disponível em <http://hdr.undp.org/sites/default/files/nhdr-brazil-2009-10-br.pdf>.
4. Comitê de PGS do RS (Comitê de Planejamento e de Gestão Sistêmicos do Rio Grande do Sul); Comitê da Saúde do CNJ no RS. Cartilha de fomento do Desenvolvimento Harmônico e Sustentável via atuações resolutivas, principalmente as atuações resolutivas de Planejamento e de Gestão Sistêmicos, de Negociação, de Mediação e de Conciliação (Cartilha de DHS via PGS e NMC). Porto Alegre. 2017. [internet]. [Acesso em 03 abr 2018]. Disponível em <http://pgsistemicos.blogspot.com/> e <http://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/425-comissoes-institucional/comissao-de-defesa-dos-direitos-fundamentais/10463-desenvolvimento-harmonico-e-sustentavel>.
5. Conselho Nacional do Ministério Público; Confederação Nacional de Municípios; et al. Esboço do Termo de Cooperação Técnica Nacional [Internet]. [Acesso 03 abr 2018]. Disponível em <http://pgsistemicos.blogspot.com.br/2017/07/esboco-do-termo-de-acordo-de-cooperacao.html>.
6. Fórum Nacional de Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público. Comitê de PGS do RS (Comitê de Planejamento e de Gestão Sistêmicos do Rio Grande do Sul); Comitê da Saúde do CNJ no RS. Documento 4- DHS_PGS_NMC_ROTIEIRO_Matriz_MP [Internet]. [Acesso em 03 abr 2018] Disponível em <http://pgsistemicos.blogspot.com/> e <http://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/425-comissoes-institucional/comissao-de-defesa-dos-direitos-fundamentais/10463-desenvolvimento-harmonico-e-sustentavel>.

7. Comitê de PGS do RS (Comitê de Planejamento e de Gestão Sistêmicos do Rio Grande do Sul); Comitê da Saúde do CNJ no RS. Documento 13- Video Versao_LIGHT_Estrategia_C_e_F. [Internet]. [Acesso em 03 abr 2018]. Disponível em <http://pgsistemicos.blogspot.com/> e <http://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/425-comissoes-institucional/comissao-de-defesa-dos-direitos-fundamentais/10463-desenvolvimento-harmonico-e-sustentavel>.

8. Conselho Nacional do Ministério Público. Atividade n. 2 da Ação Nacional em Defesa do Direito à Saúde do CNMP: Promover o Desenvolvimento Harmônico e Sustentável com foco na saúde e as atuações resolutivas de Planejamento e Gestão Sistêmicos em rede ou comitê, nos termos da Recomendação n. 54/2017 do CNMP (por exemplo: §4 do artigo 1º, inciso VI, do artigo 3º, artigo 4º, inciso IV, do artigo 9º, artigo 10º e 14º). Como indicador consta: “tema pautado na rede ou comitê”. [Internet]. [Acesso em 03 abr 2018]. Disponível em <http://www.cnmp.mp.br/portal/todas-as-noticias/10445-acao-nacional-termina-com-elaboracao-de-projeto-em-defesa-do-direito-a-saude>.

9. Fórum Nacional de Saúde do Conselho Nacional do Ministério Público. Comitê de PGS do RS (Comitê de Planejamento e de Gestão Sistêmicos do Rio Grande do Sul); Comitê da Saúde do CNJ no RS. Documento 12- Versão_CHECKLIST_DHS_PGS_NMC_ROTUIRO_Matriz_08_11_17 [Internet]. [Acesso em 03 abr 2018]. Disponível em <http://pgsistemicos.blogspot.com/> e <http://www.cnmp.mp.br/portal/institucional/425-comissoes-institucional/comissao-de-defesa-dos-direitos-fundamentais/10463-desenvolvimento-harmonico-e-sustentavel>.

Aumento da Mortalidade por Acidentes Envolvendo Motociclistas no Brasil, Associado ao Processo de Massificação do Uso de Motocicletas e à Baixa Eficiência das Políticas Públicas Federais no Enfrentamento dessa Escalada

Luciana Tolêdo Lopes¹
Tereza Cristina Lins Amaral²



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/nyA6R2>

RESUMO

O presente artigo analisa a relação entre a mortalidade por acidentes envolvendo motociclistas no Brasil, as políticas públicas federais que impulsionaram a aquisição de motocicletas no Brasil, e as legislações registradas no sítio do Planalto que referiram no seu conteúdo à categoria “motociclista”, no período de 1996 a 2016. Conclui que o aumento da mortalidade por acidentes envolvendo motociclista, que passou de 775 óbitos, em 1996, para 12.036 óbitos, em 2016, decorre, por um lado, das políticas públicas de incentivos fiscais implementadas pelo governo federal, a partir dos anos 90, que facilitaram a aquisição de motocicletas por grande parte da população, e, por outro, da baixa eficiência das políticas públicas implementadas no campo da promoção da saúde e da prevenção de acidentes, apontando para a necessidade de o Estado brasileiro adotar medidas mais efetivas para o enfrentamento dessa situação, por meio da articulação de ações multisetoriais, bem como avaliar previamente os impactos das políticas públicas sobre a saúde da população brasileira, para que mortes e incapacidades sejam evitadas.

Palavras-chave: Mortalidade por Acidentes Envolvendo Motociclistas. Políticas Públicas de Incentivo Fiscal. Massificação do Uso de Motocicletas no Brasil.

1 CV Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6170011140594663>. Gerente na Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Especialização em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz. Graduação em Fisioterapia pela Universidade Paulista. Graduação em Letras pela Universidade do Oeste Paulista. Educação Continuada em Finanças pela Fundação Getúlio Vargas. E-mail para contato: luciana@conass.org.br

2 Assistente Social. Assessora Técnica da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Mestre em Administração em Saúde na área de concentração de Gestão de Sistemas de Saúde. E-mail para contato: tereza.amaral@conass.org.br

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 2015, a terceira edição do Relatório da Situação Global da Segurança no Trânsito (1), trazendo dados sobre a realidade de ruas e estradas em 180 países. Esse relatório decorre do convite à OMS, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2010, para o monitoramento dos processos e dados da Década de Ação pela Segurança no Trânsito – 2011-2020, tema este proclamado pelo progressivo agravamento da violência no trânsito em todo o mundo.

Mais de 1,25 milhão de pessoas morrem a cada ano nas estradas, fazendo com que os acidentes de trânsito sejam considerados a nona principal causa de morte em todas as idades e a principal causa nos jovens com idade entre 15 e 29 anos, trazendo graves consequências econômicas e sociais, impostas aos sistemas de saúde e previdenciário (1).

O relatório também apresenta dados acerca da avaliação da legislação dos países sobre os cinco fatores de risco, considerados principais, para acidentes de trânsito:

- i. excesso de velocidade;
- ii. direção sob efeito de álcool;
- iii. não utilização de capacetes pelos motociclistas;
- iv. não utilização do cinto de segurança;
- v. não utilização de cadeiras de segurança para crianças, indicando que há forte base de evidências dos impactos positivos que a legislação exerce sobre cada um desses fatores de risco na redução de acidentes, lesões e mortes.

Os dados brasileiros, constantes no relatório OMS, em suas duas últimas versões (1-2), referem legislação específica que aborda tais itens, contudo, sem obter redução a contento dos índices de mortalidade. Enquanto o primeiro relatório, publicado em 2013 (2), registra taxa próxima de 20 mortes por 100 mil habitantes desde 2004 (entre 2004 e 2009), o relatório publicado em 2015 (1) registra dados estimados de 23,4 mortes por 100 mil habitantes no ano de 2012, evidenciando crescente tendência de mortes por acidentes de trânsito no Brasil.

Em sua conclusão, a OMS registra a necessidade de ações que acelerem o ritmo de mudança das leis de segurança rodoviária, sua correta e adequada aplicação, e que se tenha maior consideração pelas necessidades dos pedestres, ciclistas e motociclistas, que hoje significam metade de todas as mortes por lesões no trânsito no mundo.

Weiselfisz, em sua publicação “Mapa da Violência 2013: Acidentes de trânsito e motociclistas” (3), traz a necessidade de se desconstruir imagem prevalente na opinião pública, na mídia e nas instituições públicas sobre esses acidentes como “fatalidade”, “destino”, “preço do progresso”, com responsabilização única dos usuários das vias. Considera, ainda, que as mortes representam a ponta do *iceberg* da violência que acontece na movimentação cotidiana em vias públicas.

Afirma que, da mesma forma que as taxas de mortalidade infantil não falam somente do número de mortes, indicando também as condições socioeconômicas e materiais para que suas vidas sejam preservadas, tais como infraestrutura de saúde para o atendimento infantil, vulnerabilidade a epidemias ou doenças, aleitamento materno, entre outros, a taxa de mortalidade no trânsito também remete para os modos de sociabilidade nas vias públicas, a eficiência dos mecanismos de gestão do trânsito, as condições de segurança do veículo, a manutenção das estradas, os mecanismos de fiscalização, as respostas aos acidentados, as condições de atendimento médico-hospitalar, dentre outras.

Sob esse mesmo viés, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) publicou um relatório de pesquisa sobre os acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras, demonstrando um panorama geral desses acidentes, nacionalmente, bem como a vulnerabilidade do motociclista em relação a outros meios de transporte: “enquanto nos automóveis a cada 8,1 acidente ocorre morte ou lesão grave, nas motocicletas esse valor é de 2,9”. (4)

A pesquisa traz, ainda, a conclusão de que, quanto maior o tráfego de veículos, maiores os conflitos existentes, fato esse que pressiona os índices de acidentes e demonstra maior letalidade naqueles casos que envolvem motocicletas:

[...] o número de mortes a cada cem acidentes apresenta o maior valor para motocicletas entre as modalidades motorizadas, sendo que essa taxa é quase duas vezes maior do que a observada para os automóveis. Além disso, nos acidentes em que motocicletas estão envolvidas, há cerca de cinco feridos graves para cada vítima fatal, taxa muito superior à das demais modalidades [...].

No que concerne, especificamente, à frota de motocicletas no país, Vasconcellos (5) registra que há um crescente aumento desde o processo de liberalização econômica, iniciado em 1994 com o Plano Real. Na área do trânsito, políticas federais apoiaram a massificação do uso dessa nova tecnologia – a motocicleta –, que passou a ser intensamente utilizada, inclusive, na entrega de mercadorias nas grandes cidades. Tal processo se fortaleceu por meio de um conjunto de decisões políticas, que culminaram com a permissão para a Zona Franca de Manaus (ZFM) (6); a redução do imposto sobre produto industrializado (IPI) em momentos de crise; a concessão de formas de financiamento e formação de consórcios; a ausência de ações concretas na gestão do trânsito das motocicletas; a ineficácia na fiscalização; e a complacência em relação aos infratores (7).

Diante desse cenário, o presente artigo busca analisar os dados relativos à mortalidade por acidentes envolvendo motociclistas no Brasil e a potencial relação desses dados com:

- i. o processo de massificação do uso da motocicleta no Brasil, a partir da década de 90;
- ii. a baixa efetividade das políticas públicas voltadas para essa modalidade de transporte.

2. MÉTODOS

Trata-se de resultados obtidos por pesquisa exploratória (8) com apresentação compilada de dados extraídos de fontes secundárias oficiais, de acesso livre e desembaraçado. A fase exploratória da pesquisa, que compreende a escolha do tópico de investigação, a delimitação do problema, a definição do objeto e objetivos, definição do marco teórico-conceitual, instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo, vale destacar, é, segundo Minayo, “tão importante que ela em si pode ser considerada uma Pesquisa Exploratória” (9).

Durante o desenrolar das etapas de uma pesquisa, de acordo com as informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho, é reconhecida a conveniência da utilização dos métodos disponíveis. Assim, qualquer pesquisa social que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo (9).

O presente estudo, ao analisar a mortalidade por acidente envolvendo motociclistas no Brasil – alinhado ao pensamento de Weiselfisz (3), que considera a necessidade de olhar além do número de mortes, avaliando, dentre outros elementos, a eficiência dos mecanismos de gestão do trânsito –, buscou identificar a relação entre os dados de mortalidade registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM (10), relacionados a essa causa, e as políticas públicas e legislações específicas que abordassem o tema motocicleta/motociclista. Para tanto, procedeu à busca no Portal de Legislação do Planalto (11) das normativas publicadas, cujo texto continha a palavra “motocicleta”.

Em relação aos dados de mortalidade, foram selecionados os óbitos registrados no SIM, classificados no capítulo XX (Causas Externas) da 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (12), categoria V20 a V29, que abrange os acidentes envolvendo motociclistas, discriminados no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Causas relacionadas à categoria V20 a 29 da CID-10.

| | |
|-----|--|
| V20 | Motociclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal |
| V21 | Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a pedal |
| V22 | Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas |
| V23 | Motociclista traumatizado em colisão com um automóvel (carro), "pick up" "ou caminhonete" |
| V24 | Motociclista traumatizado em colisão com um veículo de transporte pesado ou um ônibus |
| V25 | Motociclista traumatizado em colisão com um trem ou um veículo ferroviário |
| V26 | Motociclista traumatizado em colisão com outro veículo não motorizado |
| V27 | Motociclista traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado |
| V28 | Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão |
| V29 | Motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados |

Fonte: CID-10, categorias V20 a V29.

Para fins deste estudo, foi definido o período de 1996 a 2016, em razão dos dados estatísticos disponibilizados pelo Departamento Nacional de Trânsito (Denatran)

demonstrarem o crescimento expressivo do número de motocicletas que passaram a circular no País a partir da década de 1990. Contudo, em razão da identificação das causas de óbitos relacionadas a acidentes envolvendo motociclistas ter sido introduzida no SIM, a partir de 1996, com a implantação da 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que incluiu essa categoria, não foi possível obter os dados referentes ao período de 1990 a 1995, pois não existe uma tabela de conversão direta com a classificação até então utilizada, qual seja, a CID-9.

3. RESULTADOS

Os dados analisados indicam aumento significativo da mortalidade por acidentes envolvendo motociclista, que passou de 775 óbitos, em 1996, para 12.036 óbitos em 2016 (Quadro 2).

Quadro 2 – Número de Óbitos envolvendo motociclista* e variação percentual desse número em relação ao ano anterior. Brasil, 1996 a 2016.

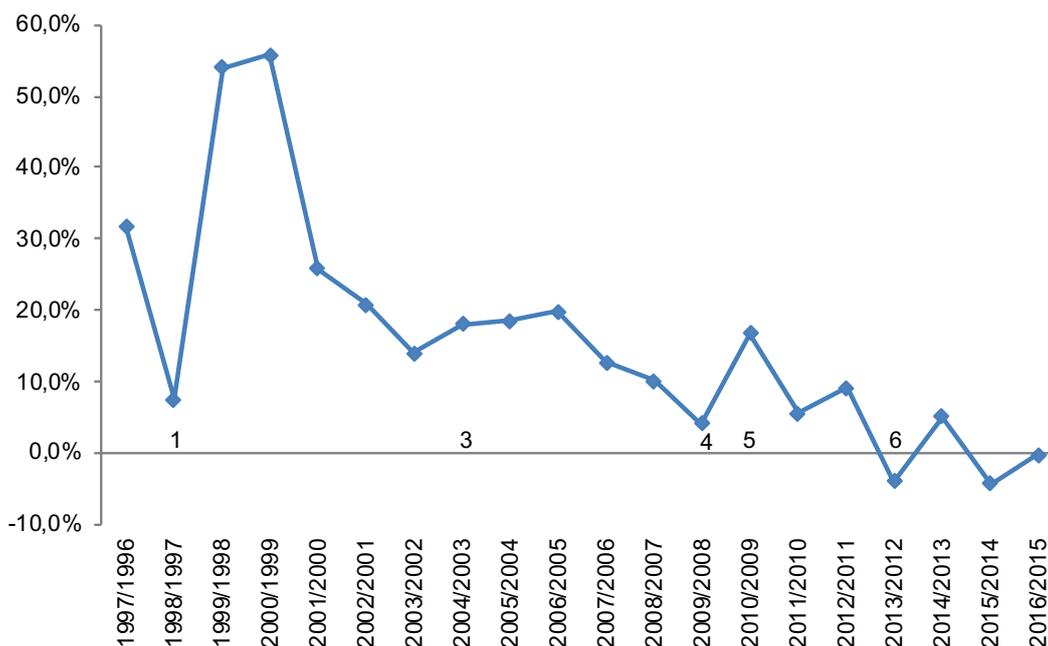
| Ano | Número de Óbitos envolvendo motociclista | Variação % do número de óbitos em relação ao ano anterior |
|------|--|---|
| 1996 | 725 | |
| 1997 | 956 | 31,9% |
| 1998 | 1.028 | 7,5% |
| 1999 | 1.583 | 54,0% |
| 2000 | 2.465 | 55,7% |
| 2001 | 3.100 | 25,8% |
| 2002 | 3.744 | 20,8% |
| 2003 | 4.271 | 14,1% |
| 2004 | 5.042 | 18,1% |
| 2005 | 5.974 | 18,5% |
| 2006 | 7.162 | 19,9% |
| 2007 | 8.078 | 12,8% |
| 2008 | 8.898 | 10,2% |
| 2009 | 9.268 | 4,2% |
| 2010 | 10.825 | 16,8% |
| 2011 | 11.433 | 5,6% |
| 2012 | 12.480 | 9,2% |
| 2013 | 11.983 | -4,0% |
| 2014 | 12.604 | 5,2% |
| 2015 | 12.066 | -4,3% |
| 2016 | 12.036 | -0,2% |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SIM.

* Selecionados os óbitos registrados na Categoria CID10: V20 Motociclista traum colis pedestre animal, V21 Motociclista traum colis veic pedal, V22 Motociclist traum colis veic motor 2 3 rodas, V23 Motociclist traum colis automov pickup caminhon, V24 Motociclist traum colis veic transp pesado onib, V25 Motociclista traum colis trem veic ferrov, V26 Motociclist traum colis outr veic nao motoriz, V27 Motociclist traum colis objeto fixo parado, V28 Motociclista traum acid transp s/colis, V29 Motociclista traum outr acid transp e NE.

Ainda, de acordo com o Quadro 2, quando comparado à variação percentual do número de óbitos registrado em relação ao ano anterior, observa-se aumento dessa variação nos anos de: 1997, 1999, 2000, 2004, 2005, 2006, 2010, 2012, e 2014, sendo os maiores percentuais registrados nos anos de 1999 em relação a 1998 (54%), e no ano de 2000 em relação a 1999 (55%). Por outro lado, nos anos de 1998, 2001, 2002, 2003, 2007, 2008, 2009, 2011, 2013, 2015 e 2016, a referida variação percentual foi reduzida, em especial no ano de 2013, quando comparado ao ano de 2012 (-4%), 2015 em relação a 2014 (-4.3%), e 2016 em relação a 2015 (-2%), como se pode observar no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Variação percentual anual do número de óbitos por acidentes envolvendo motociclistas* e legislação federal que refere o meio de condução “motocicletas”. Brasil, 1996 a 2016.



- 1 Institui o Código de Trânsito Brasileiro
- 2 Permite o uso de semirreboque acoplado a motocicleta
- 3 Dispõe sobre velocidade máxima para motocicletas e demais especificidades
- 4 Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica
- 5 Concessão de subvenção econômica ao BNDES/Regulamentação do exercício de mototaxista/Redução a zero da alíquota da Cofins
- 6 Veda emprego de práticas que estimulam o aumento da velocidade por motociclistas profissionais
- 7 Considera na CLT como “perigosas” as atividades de trabalhador em motocicleta

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SIM.

* Selecionados os óbitos registrados na Categoria CID10: V20 Motociclista traum colis pedestre animal, V21 Motociclista traum colis veic pedal, V22 Motociclist traum colis veic motor 2 3 rodas, V23 Motociclist traum colis automov pickup caminhon, V24 Motociclist traum colis veic transp pesado onib, V25 Motociclista traum colis trem veic ferrov, V26 Motociclist traum colis outr veic não motoriz, V27 Motociclist traum colis objeto fixo parado, V28 Motociclista traum acid transp s/colis, V29 Motociclista traum outr acid transp e NE.

Realizado esse levantamento, procedeu-se à comparação entre os resultados obtidos quanto à variação percentual do número de mortes por acidente envolvendo motociclistas, em relação ao ano anterior, e o conjunto de legislações publicadas, no período selecionado, que tratava, direta ou indiretamente, do tema, conforme indicado no Gráfico 1.

O início da pesquisa legislativa deu-se com a Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997 (13), que instituiu no Código de Trânsito Brasileiro, buscando referências que contemplaram a categoria de motociclistas. No que refere a conceitos e definições do meio de condução “motocicletas”, a Lei, em seu anexo I, adota a definição veículo automotor de duas rodas, com ou sem *side-car*, dirigido por condutor em posição montada. Dela destacam-se os artigos: n. 54 – incisos I, II e III –, que trata sobre a utilização de capacetes e vestuário adequado para proteção dos motociclistas; n. 55 – Incisos I, II e III –, que trata sobre a utilização de capacetes e vestuário adequado para proteção dos passageiros; n. 61, sobre a limitação de velocidade máxima, n. 139, sobre medidas para autorizações destinadas ao transporte remunerado de mercadorias, e n. 244, que identifica os tipos de infração e penalidades aos condutores de motocicleta, motoneta e ciclomotor.

Também foi realizada busca por legislação federal no Portal de Legislação do Planalto que versa sobre o tema “motocicletas”, que resultou em 12 achados, entre leis e decretos (Quadro 3). Vale destacar que, após aferição dos conteúdos, duas legislações foram excluídas por não tratarem do objeto pesquisado.

Quadro 3 – Legislação federal publicada entre os anos de 1996 a 2016 que versa sobre o tema “motocicletas”.

| Identificação | Data | Situação | Ementa |
|-----------------|------------|-------------------------------|---|
| LEI 12.997/2014 | 18/06/2014 | NÃO CONSTA REVOGAÇÃO EXPRESSA | Acrescenta § 4o ao art. 193 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, para considerar perigosas as atividades de trabalhador em motocicleta. |
| DEC 7.741/2012 | 30/05/2012 | REVOGADO | Altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - TIPI, aprovada pelo Decreto no 7.660, de 23 de dezembro de 2011. |
| LEI 12.436/2011 | 06/07/2011 | NÃO CONSTA REVOGAÇÃO EXPRESSA | Veda o emprego de práticas que estimulem o aumento de velocidade por motociclistas profissionais. |

| Identificação | Data | Situação | Ementa |
|-----------------|------------|-------------------------------|--|
| LEI 12.375/2010 | 30/12/2010 | NÃO CONSTA REVOGAÇÃO EXPRESSA | Altera a Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003; transforma Funções Comissionadas Técnicas em cargos em comissão, criadas pela Medida Provisória no 2.229-43, de 6 de setembro de 2001; altera a Medida Provisória no 2.228-1, de 6 de setembro de 2001, e as Leis nos 8.460, de 17 de setembro de 1992, 12.024, de 27 de agosto de 2009, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 11.371, de 28 de novembro de 2006, 12.249, de 11 de junho de 2.010, 11.941, de 27 de maio de 2009, 8.685, de 20 de julho de 1993, 10.406, de 10 de janeiro de 2002, 3.890-A, de 25 de abril de 1961, 10.848, de 15 de março de 2004, 12.111, de 9 de dezembro de 2009, e 11.526, de 4 de outubro de 2007; revoga dispositivo da Lei no 8.162, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. |
| LEI 12.096/2009 | 24/11/2009 | NÃO CONSTA REVOGAÇÃO EXPRESSA | Autoriza a concessão de subvenção econômica ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, em operações de financiamento destinadas à aquisição e produção de bens de capital e à inovação tecnológica; Altera as Leis n°s 10.925, de 23 de julho de 2004, 11.948, de 16 de junho de 2009, e 9.818, de 23 de agosto de 1999; Revoga dispositivos da Medida Provisória n° 462, de 14 de maio de 2009, e do Decreto 70.235, de 6 de março de 1972; e dá outras providências. |
| LEI 12.024/2009 | 27/08/2009 | NÃO CONSTA REVOGAÇÃO EXPRESSA | Dá nova redação aos arts. 4o, 5o e 8o da Lei no 10.931, de 2 de agosto de 2004, que tratam de patrimônio de afetação de incorporações imobiliárias; dispõe sobre o tratamento tributário a ser dado às receitas mensais auferidas pelas empresas construtoras nos contratos de construção de moradias firmados dentro do Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV, atribui à Agência Nacional de Telecomunicações - ANATEL as atribuições de apurar, constituir, fiscalizar e arrecadar a Contribuição para o Fomento da Radiodifusão Pública; altera as Leis nos 11.196, de 21 de novembro de 2005, 11.652, de 7 de abril de 2008, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 9.826, de 23 de agosto de 1999, 6.099, de 12 de setembro de 1974, 11.079, de 30 de dezembro de 2004, 8.668, de 25 de junho de 1993, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, 10.865, de 30 de abril de 2004, 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, e 11.941, de 27 de maio de 2009; e dá outras providências. |
| LEI 12.009/2009 | 29/07/2009 | NÃO CONSTA REVOGAÇÃO EXPRESSA | Regulamenta o exercício das atividades dos profissionais em transporte de passageiros, "mototaxista", em entrega de mercadorias e em serviço comunitário de rua, e "motoboy", com o uso de motocicleta, altera a Lei n° 9.503, de 23 de setembro de 1997, para dispor sobre regras de segurança dos serviços de transporte remunerado de mercadorias em motocicletas e motonetas - moto-frete, estabelece regras gerais para a regulação deste serviço e dá outras providências. |

| Identificação | Data | Situação | Ementa |
|-----------------|------------|-------------------------------|---|
| MPV 465/2009 | 29/06/2009 | CONVERTIDA | Autoriza a concessão de subvenção econômica ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, em operações de financiamento destinadas à aquisição e produção de bens de capital e à inovação tecnológica, altera as Leis n°s 10.925, de 23 de julho de 2004, e 11.948, de 16 de junho de 2009, e dá outras providências. |
| MPV 460/2009 | 30/03/2009 | CONVERTIDA | Dá nova redação aos arts. 4o e 8o da Lei no 10.931, de 2 de agosto de 2004, que tratam de patrimônio de afetação de incorporações imobiliárias, dispõe sobre o tratamento tributário a ser dado às receitas mensais auferidas pelas empresas construtoras nos contratos de construção de moradias firmados dentro do Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV, atribui à Agência Nacional de Telecomunicações - ANATEL as atribuições de apurar, constituir, fiscalizar e arrecadar a Contribuição para o Fomento da Radiodifusão Pública, e dá outras providências. |
| DEC 6.655/2008 | 20/11/2008 | NÃO CONSTA REVOGAÇÃO EXPRESSA | Altera o Decreto n° 6.306, de 14 de dezembro de 2007, que regulamenta o imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários - IOF. |
| LEI 10.830/2003 | 23/12/2003 | NÃO CONSTA REVOGAÇÃO EXPRESSA | Altera os arts. 61, 105 e 338 da Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, para dispor sobre especificidades dos veículos de duas e de três rodas. |
| LEI 10.517/2002 | 11/07/2002 | NÃO CONSTA REVOGAÇÃO EXPRESSA | Acrescenta dispositivos à Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, para permitir o uso de semirreboque acoplado a motocicleta ou motoneta, nas condições que estabelece. |

Fonte: Portal de Legislação do Planalto, 2018.

Dos achados, fica explícito que as políticas implementadas a partir da década de 90, pautadas em uma visão da motocicleta como solução para a mobilidade urbana da população de menor renda, contribuiu para expressivo aumento do número de óbitos por acidente envolvendo motociclista, registrado nos anos de 1996 a 2016, período que interessa ao presente artigo.

Além da redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) em momentos de crise, a concessão de formas de financiamento e formação de consórcios que permitiram a compra da motocicleta em prestações mensais acessíveis aos grupos de renda baixa (7), destacam-se a instalação de fábricas na Zona Franca de Manaus e os respectivos incentivos fiscais – redução do Imposto de Importação (II) sobre os insumos destinados à industrialização; isenção do IPI; redução do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica; isenção da contribuição para o PIS/PASEP e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade social (Cofins) nas operações internas na Zona Franca de Manaus (14), que contribuíram no processo de massificação do uso da motocicleta, associados, ainda, a ações ineficazes de fiscalização e complacência aos infratores.

No sentido de identificar as possíveis relações entre a variação percentual do número de óbitos registrados em determinado ano em relação ao ano anterior – apresentada no Gráfico 1 – e a Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997, somadas aos atos normativos elencados no Quadro 3, os resultados mais relevantes observados foram:

- a) no ano subsequente à publicação do Código Nacional de Trânsito Brasileiro (Lei 9.503/1997), a variação percentual entre o número de óbitos registrado em 1998, em relação ao de 1997, foi de 7,5%. Apesar do aumento quantitativo do número de óbitos, quando comparada a variação percentual em relação ao período anterior, qual seja 1997/1996, o valor registrado foi de 31.9%, ou seja, em alguma medida o referido código pode ter influenciado nessa redução entre os períodos comparados;
- b) também no ano subsequente à publicação da Lei que dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor (15), a variação percentual do número de óbitos registrada, na comparação 2009/2008 (4,2%), foi inferior àquela observada no período anterior, qual seja 2008/2007 (10,2%);
- c) em 2009, ocorrem a regulamentação do exercício das atividades dos profissionais em transporte de passageiros (mototaxista), Lei 12.009/2009 (16), e a concessão de subvenção econômica ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) em operações de financiamento destinadas à aquisição e produção de bens através da Medida Provisória 465/2009, posteriormente convertida na Lei 12.096/2009 (17). No ano subsequente, a variação percentual do número de óbitos ocorridos em 2010, em relação aos registrados em 2009, foi na ordem de 16.8%.

4. CONCLUSÃO

Como pôde ser constatado, há uma relação de causa e efeito entre os elementos relacionados nesse estudo – aumento da mortalidade por acidentes envolvendo motocicletas, massificação do uso desse meio de transporte e baixa eficiência dos mecanismos de gestão do trânsito –, cujos resultados irão variar de acordo com a complexidade do contexto em que estão inseridos. Embora o Código de Trânsito Brasileiro, em seu artigo 78, estabeleça o desenvolvimento e a implementação de programas destinados à prevenção de acidentes por parte dos Ministérios da Saúde, Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito (Contran), pouco se avançou nesse sentido.

Até foram identificados, no decorrer da pesquisa realizada sobre o tema, programas de diversos órgãos, principalmente do Ministério da Saúde, tratando sobre programas de prevenção de acidentes de trânsito. Contudo, não foram localizados planos integrados de ações e de mobilização intersetorial e da sociedade para redução da violência no trânsito, com enfoque no público de motociclistas.

Associado a tal fato, observou-se, ainda, que a legislação carece de especificidades voltadas a essa categoria, considerada uma das mais frágeis no trânsito, impondo a construção de um processo de articulação e de integração das políticas públicas, pautado no direito à saúde e à vida, que busque assegurar a promoção da

saúde e a integralidade da sua atenção, assim como fortalecer a cultura da paz e da não violência.

Diante desse cenário, é notória a necessidade de o Estado brasileiro adotar medidas mais efetivas para o enfrentamento desse agravo, por meio da articulação de ações multisetoriais, bem como prévia avaliação dos impactos de políticas públicas que induzam ao acesso/consumo de determinados bens/produtos sobre a saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório da situação global da segurança no trânsito 2015. [internet]; [acesso em 15 jan 2018]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/189242/1/9789241565066_eng.pdf?ua=1.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório da situação global da segurança no trânsito 2013. [internet]; [acesso em 15 jan 2018]. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/.
3. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013. Acidentes de trânsito e motocicletas. Rio de Janeiro, 2013. [internet]; [acesso em 01 jan 2018]. Disponível em https://www.mapa-daviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_transito.pdf.
4. Brasil. IPEA. Acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras. Caracterização, tendências e custos para a sociedade. [internet]; [acesso em 10 jan 2018]. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/150922_relatorio_acidentes_transito.pdf.
5. Vasconcellos EA. O custo social da motocicleta no Brasil. Revista dos Transportes Públicos – ANTP – Ano 30/31 – 2008 – 3º e 4º trimestres. 2008. [internet]; [acesso em 31 jan 2018]. Disponível em <http://www.emdec.com.br/moto2012/downloads/artigo.pdf>.
6. Brasil. Decreto-Lei nº 288, de 28 de fevereiro de 1967. Regula a Zona Franca de Manaus. [internet]; [acesso em 05 fev 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0288.htm.
7. Vasconcellos EA. Risco no trânsito, omissão e calamidade: impactos do incentivo à motocicleta no Brasil. São Paulo, 2013. [internet]; [acesso em 06 fev 2018]. Disponível em <http://www.mobilize.org.br/estudos/112/risco-no-transito-omissao-e-calamidade-impactos-do-incentivo-a-motocicleta-no-brasil.html>.
8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas; 2002.
9. Minayo MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: HUCITEC; 2004.

10. Ministério da Saúde. Sistema de informação sobre mortalidade. [internet]; [acesso em 05 jan 2018]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>.
11. Planalto. Portal da Legislação do Planalto. [internet]; [acesso em 10 fev 2018]. Disponível em <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>.
12. Brasil. classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10. [acesso em 10 fev 2018]; Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
13. Brasil. Lei 9.503 de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. [internet]; [acesso em 03 fev 2018]. Disponível em https://planalto.gov.br/ccivil_03/l9503compilado.htm.
14. Superintendência da Zona Franca de Manaus (SUFRAMA). [internet]; [acesso em 03 abr 2018]. Disponível em <http://site.suframa.gov.br/assuntos/incentivos-fiscais>.
15. Brasil. Lei 11.705 de 19 de junho de 2008. Dispõe sobre o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. [internet]; [acesso em 03 fev 2018]. Disponível em https://planalto.gov.br/ccivil_03_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm.
16. Brasil. Lei 12.009 de 29 de Junho de 2009. Regulamenta o exercício das atividades dos mototaxistas e motoboys. [internet]; [acesso em 01 mar 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12009.htm.
17. Brasil. Lei 12.096 de 24 de novembro de 2009. Autoriza a concessão de subvenção econômica ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES, em operações de financiamento destinadas à aquisição e produção de bens de capital e à inovação tecnológica. [internet]; [acesso em 03 fev 2018]. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12096-24-novembro-2009-593791-norma-atualizada-pl.html>.

Presidencialismo de Coalizão: uma Revisão Narrativa na Literatura 2013-2017

Ivan Pricken de Bem¹
Maria Célia Delduque²



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/euffuy>

RESUMO

O objetivo do presente artigo é conhecer a literatura nacional publicada em periódicos indexados, nos últimos cinco anos, em que se discutia a questão do presidencialismo de coalizão. Para tanto, fez-se uma pesquisa bibliográfica em dois bancos de dados especializados em ciência política e direito, utilizando-se como descritor a palavra-chave tema do presente artigo. Foram encontrados poucos artigos relacionados ao tema, sendo a grande maioria deles publicados em anos não privilegiados pela pesquisa. Concluiu-se que a literatura brasileira sobre o presidencialismo de coalizão é escassa e que aborda tão somente os aspectos conceituais e filosóficos, não adentrando em pesquisas empíricas.

Palavras-chave: Presidencialismo. Coalizão. Políticas Públicas.

1 CV Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/2766967450764865>. Pesquisador Colaborador e Docente na Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Mestre em Políticas Públicas em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. E-mail para contato: Ivanprk@gmail.com

2 CV Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/9682855541881561>. Pesquisadora Adjunta e Docente na Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Pós-doutora em Direito pela Universidade de Cantábria - Espanha. E-mail para contato: mcdelduque@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que é governado sob o regime de uma democracia representativa, com voto obrigatório. Com a proclamação da República pelos militares e com a ausência do povo e a nomeação do primeiro presidente do Brasil, Marechal Deodoro da Fonseca, eleito pela via indireta pelo Congresso Nacional, promulgou-se a Constituição de 1891, declarando o regime republicano e presidencialista para o Brasil. O sufrágio ficava restrito aos homens alfabetizados e o voto aberto permitia o “voto de cabresto” e a formação de “currais eleitorais”.

Em 1889, a tradição constitucional brasileira adotou o modelo bicameral, em que há duas casas, uma a representar os estados federados, com senadores eleitos pelo sistema majoritário, e outra o povo, com deputados eleitos pelo sistema proporcional, formando, portanto, duas câmaras mutuamente revisoras. Deste modo, desde a Constituição de 1891, o Poder Legislativo no Brasil é exercido, no âmbito federal, pelo Congresso Nacional, que se compõe da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

A Constituição de 1988 adotou o presidencialismo como forma de governo para o Brasil e, mesmo o plebiscito de 1993, acabou por jogar uma pá de cal sobre a opção parlamentarista ou outra forma de governo. Por outro lado, a legislação eleitoral não sofreu qualquer alteração, mantendo-se o princípio proporcional e a lista aberta, que mantêm o processo de transformação de votos em cadeiras legislativas. Sendo assim, há, no Brasil, um sistema político que mantém “um presidente que se contrapõe a um Legislativo povoado de uma miríade de partidos carentes de disciplina” (1).

No período pós-constituente, a taxa de aprovação de matérias introduzidas pelo Executivo foi elevada e contou com apoio político estruturado. Mas tais conformações dependem de arranjos, muitas vezes de induzir os parlamentares a cooperação, porque o melhor recurso para obter apoio visando a aportes eleitorais é votando disciplinadamente (1). Tais arranjos acabaram por se denominar presidencialismo de coalizão (2).

O Brasil vive em um presidencialismo de fato, porém a sua constituição é semelhante ao governo parlamentarista, visto que a montagem da coalizão é uma característica própria do parlamentarismo. Este é o presidencialismo de coalizão surgido no final da década de 1980, a partir das regras elencadas pela Constituição de 1988.

O regime democrático brasileiro, definido por esta Constituição, convive com os arranjos políticos realizados entre os detentores do poder no Executivo e Legislativo, de modo a ganhar governabilidade e poder realizar as políticas públicas de interesse de governos.

Cabe destacar que, nessa relação, o enfraquecimento da ligação entre esses dois Poderes pode acarretar em uma crise na gestão e execução das políticas públicas de saúde. A coalizão de forças, nesta composição político-institucional, é importante para a sobrevivência do Executivo, que necessita de aprovação de leis orçamentárias e ordinárias sanitárias no Congresso, indispensáveis para o funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

Assim é que é necessário debruçar-se sobre conhecimento do presidencialismo de coalizão adotado pelos governos brasileiros, desde o presidente José Sarney, a fim de compreender as conjunções de forças entre o legislativo e executivo nacionais na produção de leis e na condução da vida nacional, que geraram impactos em diversos campos, incluindo a saúde pública.

Diante deste contexto, o presente artigo tem como objetivo principal compreender o presidencialismo de coalizão, seu conceito e formação, bem como suas características em terras brasileiras, no intuito de compreender a formação legislativa pelo parlamento em face da coalizão de forças políticas.

2. MÉTODOS

Este artigo trata de uma revisão bibliográfica feita para aprofundar os arranjos e conceitos do tema do presidencialismo de coalizão.

A metodologia utilizada neste artigo foi a descritivo-analítico-reflexiva, que, segundo Marcolino e Mizukami (3), permite, por meio do embasamento em referenciais bibliográficos existentes na literatura, a análise reflexiva do tema proposto sob o modo descritivo.

Para a realização da revisão bibliográfica, utilizaram-se a Biblioteca Virtual do Senado Federal (BVSF) e a Biblioteca Eletrônica de Periódicos da Capes, considerando-se as publicações na língua portuguesa e/ou hispânica, entre 2013 a 2017. Os dados foram pesquisados durante o período de março a abril de 2017. O descritor de interesse utilizado foi “presidencialismo de coalizão” e controladores *booleanos*.

As produções científicas analisadas foram provenientes de trabalhos publicados em formato de artigos originais em periódicos que privilegiam a revisão por pares.

Tomou-se, como questão geradora da busca, a seguinte pergunta: como se apresenta a produção científica sobre o presidencialismo de coalizão nos últimos cinco anos (2013-2017)?

Os critérios de inclusão foram:

- a) estudos realizados no Brasil ou estrangeiro;
- b) estudos produzidos em português e/ou espanhol;
- c) estudos que tratam do presidencialismo com as características marcadas pela coalizão de partidos políticos.

Já os critérios de exclusão abrangeram:

- a) estudos que tratam de parlamentarismo;
- b) publicações referentes a monografias, relatos de experiências e artigos de opinião, resenhas de livro, notas técnicas;

- c) estudos realizados fora do período delimitado para a busca da produção na literatura científica.

Após a leitura dos artigos, os estudos foram classificados nas seguintes categorias de análise:

- a) Abordagem conceitual do presidencialismo de coalizão;
 b) Configuração e Funcionamento do Presidencialismo de Coalizão;
 c) Monitoramento de Políticas Públicas no Presidencialismo de Coalizão;
 d) Presidencialismo de Coalizão aplicado a casos concretos.

Cabe destacar que a análise se concentrou, essencialmente, na revisão da literatura, complementada por reflexões subsidiadas pelas práxis dos autores.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 22 artigos que respondiam ao critério do descritor de busca, porém, apenas seis artigos foram publicados no marco temporal estipulado para a pesquisa.

A base de dados da BVSF não trouxe nenhum dado que correspondesse à pesquisa, sendo uma base de dados muito rica em livros, em inteiro teor, documentos produzidos nas casas legislativas e artigos publicados em jornais de circulação nacional. Apenas a base de dados dos Periódicos Capes trouxe elementos para a pesquisa.

O quadro 1 apresenta o universo de manuscritos selecionados para a pesquisa, após a leitura dos respectivos resumos.

Quadro 1 – Artigos publicados em revistas indexadas na base Periódicos-Capes sobre presidencialismo de coalizão.

| Resultados da Revisão de literatura sobre Presidencialismo de Coalizão – 2013-2017 | | | | |
|--|------------------------------------|---|------------------------------------|-------------------|
| Banco de Dados | Periódico | Título | Autor (es) | Ano de publicação |
| Periódicos Capes | Dados: Revista de Ciências Sociais | Nacionalização partidária e estratégias eleitorais no Presidencialismo de Coalizão | Borges, André | 2015 |
| | Revista de Sociologia e Política | O Poder no Executivo: explicações no presidencialismo, parlamentarismo e presidencialismo de coalizão | Batista, Mariana | 2016 |
| | Opinião Pública | Partidos legislativos e governo de coalizão: controle horizontal das políticas públicas | Inácio, Magna Resende, Daniela | 2015 |
| | Direito e Liberdade | Presidencialismo de Coalizão no Estado de São Paulo | Gaspardo, Murilo Marchioni, Arthur | 2016 |

| Resultados da Revisão de literatura sobre Presidencialismo de Coalizão – 2013-2017 | | | | |
|--|------------------------------------|--|------------------|-------------------|
| Banco de Dados | Periódico | Título | Autor (es) | Ano de publicação |
| Periódicos Capes | Dados: Revista de Ciência Política | <i>Presidencialismo y coaliciones de gobierno en America Latina: un analisis del papel de las instituciones</i> | Albala, Adrian | 2016 |
| | Opinião Pública | O poder no Executivo: uma análise do papel da presidência e dos ministérios no presidencialismo de coalizão brasileiro | Batista, Mariana | 2013 |

Fonte: quadro elaborado pelos autores com base na pesquisa bibliográfica nas fontes determinadas.

3.1. ABORDAGEM CONCEITUAL DO PRESIDENCIALISMO DE COALIZÃO

A maior parte da literatura concernente às coalizões do sistema presidencialista estabelece modelos para explicar os processos de formação e dissolução das alianças de governos e esquece-se de mencionar fatores históricos e culturais que levam à conformação da coalizão.

Essa mais nova geração de estudos se limita a apontar os impactos facilitadores ou limitadores para a formação e avaliação das coalizões.

O presidencialismo de coalizão se apresenta como uma variante institucional para explicar a atuação e funcionamento do Executivo, em face da gestão do Estado e do Governo, bem como na produção legislativa federal. Tratar do tema requer o enfrentamento de um desafio, porque além de ser um tema complexo no âmbito da Ciência Política, há escassa literatura sobre o assunto, especialmente em face do recorte dado por esta pesquisa bibliográfica.

A maioria dos artigos e estudos identificados na pesquisa sobre esta questão explicam o sistema de governo à luz do presidencialismo unipartidário, associado às democracias parlamentares europeias, e a partir desses contextos, analisa o presidencialismo de coalizão sob as duas vertentes: a da composição e a da organização deste sistema, não havendo-se encontrado material específico sobre a relação entre a produção legislativa *stricto sensu* e o presidencialismo de coalizão.

Mas, para o entendimento do presidencialismo de coalizão, é comum dar início ao entendimento sobre o governo no parlamentarismo, que só existe enquanto o dirigente mantém apoio da maioria do Legislativo, fazendo com que o foco do poder esteja no gabinete. Por outro lado, quando nenhum partido alcança o nível majoritário, o governo acaba por se constituir com a união de forças numa coalizão multipartidária. Este último cenário é visto, em grande parte, das democracias europeias.

No caso do presidencialismo, este sistema de governo tem seu foco no presidente eleito por voto direto, que apresenta autonomia para decidir sobre a composição de seu governo. O seu mandato se apresenta como peça chave para a estabilidade, e o presidente não depende de apoio legislativo para se manter no poder. Esta prática tem, como figura principal, a política norte-americana.

O presidencialismo de coalizão, figurado principalmente na democracia latino-americana, incluindo a brasileira, tem por base um presidente eleito diretamente com mandato próprio, mas que, para governar, conta com o apoio de uma coalizão multipartidária. Desta forma, acaba por ser um presidencialismo com vestes de parlamentarismo.

3.2. CONFIGURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PRESIDENCIALISMO DE COALIZÃO

No artigo “O poder no Executivo: explicações no presidencialismo, parlamentarismo e presidencialismo de coalizão”, a autora Batista (4), com base nos conceitos de parlamentarismo, presidencialismo e presidencialismo de coalizão, objetiva verificar na literatura a dinâmica, o funcionamento e as principais contribuições desses regimes políticos para o funcionamento interno do Poder Executivo.

Sobre a composição, é importante destacar que ela se configura no início do mandato e está condicionada com o tipo de agenda legislativa que o presidente decide implantar, e que requer alta partidarização e alta união para aprovação de suas propostas no Congresso. Desta forma, para se conseguir um apoio majoritário, deve-se haver a distribuição de cargos a políticos e ministros vinculados aos diversos partidos da coalizão e, assim, estreitar a relação de Legislativo e Executivo para apoio da agenda legislativa presidencial (4).

Estudos do porquê da distribuição de cargos, ou a chamada distribuição de portfólios a determinados partidos, não são explorados pela literatura, o que se sabe, teoricamente, é que a distribuição das pastas é guiada de acordo com o tamanho da representação do partido no Congresso, e que este mecanismo de “agrado” é visto como artifício para o controle da coalizão (4).

A organização/processo decisório do Executivo, no presidencialismo de coalizão, vai além da figura do presidente. Trata-se de se ater como as decisões são tomadas e como o governo de fato governa. Neste contexto, utilizando os estudos de Bonvecchi, a autora elenca a análise da presidência a partir da análise de variável dependente, que busca explicar as características da presidência em diferentes contextos, e aqueles que buscam analisar o impacto da presidência sobre o processo decisório (4).

Sobre a variável dependente, busca-se explicar e descrever a composição, função e evolução dos órgãos de assessoramento, características essas que variam de acordo com as preferências do presidente e o contexto político no qual há interação de atores. Assim, ao evidenciar a variação no tamanho na presidência, em função da complexidade do contexto de decisão com a inclusão de maiores interesses, a presidência acaba por se ampliar e o campo das decisões passa a ser compartilhado horizontalmente ao nível do conselho de ministros.

Cabe destacar que, dentro da configuração, tanto estrutural como de cargos, é necessário identificar quem tem, de fato, o poder de decidir: os ministros (possível

representante do partido de ideologia distante da do governo) ou a acessoria direta do presidente (que se alinha com a ideologia presidencial).

Quanto ao processo decisório, é importante evidenciar que a relação do presidente com seus ministros importa para a governabilidade. Os ministros possuem papel fundamental nos rumos do governo, pois:

Têm o poder de agenda e *expertise* para iniciar legislação de origem executiva; 2) são responsáveis pelo acompanhamento da tramitação dos projetos de iniciativa do Executivo no Legislativo; 3) são os atores centrais na implementação de políticas. (4)

Dadas estas características, cabe ao presidente, em defesa da agenda legislativa, aceitar os custos de transação e centralizar a tomada de decisões na presidência, ou delegá-la aos seus ministros.

Cabe destacar que o uso da indicação política também se configura como instrumento de controle presidencial nas coalizões. A indicação de ministros-júnior, conhecidos como secretários executivos, de partido diferente do ministro, desempenha papel fundamental para controle da pasta e da ação de ministros, a fim de manter as decisões próximas à ideologia do presidente. (4)

3.3. MONITORAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO PRESIDENCIALISMO DE COALIZÃO

Ao aprofundar sobre os mecanismos de controle, Inácio e Rezende (5), no texto “Partidos legislativos e governo de coalizão: controle horizontal das políticas públicas”, reiteram que os mecanismos de monitoramento são essenciais para o presidente, pois a “delegação cruzada” dos agentes gera tensões dentro das coalizões quando as áreas de políticas que interessam a um partido estão sob controle de outros membros da coalizão. Neste sentido, há também o monitoramento dos partidos do governo em direção aos pares, a fim de evitar que eles atuem de forma monopólica em determinada área da política.

Destaca-se que o controle e monitoramento são fomentados tanto dentro quanto fora dos gabinetes multipartidários, podendo haver divergências de cunho ideológico e de interesse em alguma política. Os controles presidenciais se mostram ineficientes e incapazes de inibir o comportamento de agentes que, oportunamente, desviam os acordos das coalizões. Neste sentido, os controles entre os membros da coalizão são necessários para inibir as quebras de acordo, a excessiva autonomia dos ministros e o distanciamento ideológico do agente da coalizão. A quebra de um destes pilares pode ocasionar a debandada de membros na coalizão e prejuízos na agenda legislativa do governo. (5)

Neste contexto, são apresentadas três modalidades de controle horizontal: (5)

- a) **Controle Horizontal Partidário (CHP):** monopolização da política pública de sua jurisdição ministerial e ocupação simultânea da presidência da comissão parlamentar correspondente. Considerado controle ideal estratégico aos partidos.
- b) **Controle Horizontal Coalizacional (CHC):** controle do ministério e da presidência da comissão, comandado por diferente partido da coalizão do governo.
- c) **Controle Horizontal Adversarial (CHA):** possibilidade de um partido ocupar a presidência de uma comissão. Neste caso, há o monitoramento da política pela oposição.

3.4. PRESIDENCIALISMO DE COALIZÃO APLICADO A CASOS CONCRETOS

No estudo local “Presidencialismo de Coalizão no Estado de São Paulo”, de Gaspardo e Marchioni (6), os autores demonstram que, na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP), há um esvaziamento das comissões específicas de cultura e educação, pois a agenda legislativa do governo, resultante da coalizão partidária, se mostra como pauta principal daquela casa legislativa que aprovou 92,59% dos projetos propostos pelo Executivo e apresenta celeridade na apreciação dos projetos que foram postos em tramitação por este Poder entre 1995 e 2014.

A partir desses dados e do Regimento Interno da ALESP, que permite o trâmite especial de apreciação das proposições do governo, os autores concluíram que o Executivo, com coalizões robustas, possui maior capacidade de aprovar seus projetos do que o Legislativo.

O artigo “Nacionalização Partidária e Estratégias Eleitorais no Presidencialismo de Coalizão”, de Borges (7), visa a investigar como a dinâmica da competição eleitoral nas eleições para o Executivo nacional e estadual atua sobre as estratégias de nacionalização ou regionalização dos partidos no território brasileiro.

Nacionalização partidária (NP), um conceito com foco na Câmara dos Deputados, é empregue para medir o grau em que a variação da votação dos partidos, entre os diferentes distritos, se aproxima ou se distancia da votação nacional.

Cabe destacar que vários fatores condicionam o grau de NP. Destacam-se a eleição direta para chefe do executivo e o grau de descentralização dos governos, assim como a proximidade temporal entre a eleição presidencial e as eleições legislativas, que acarreta em uma seleção natural (efeito darwiniano), em que aparecem mais os partidos capazes de nacionalizar suas votações. Desta forma, a disputa presidencial acaba por assumir um caráter bipartidário, assim, os pequenos partidos, que não têm condições de lançar um candidato forte à presidência, acabam por se associarem a um dos candidatos das grandes siglas e com maior visibilidade na eleição nacional, a fim de “garantir sua sobrevivência eleitoral”. (7)

Nesta lógica, ocorre que os partidos competitivos em nível estadual, porém incapazes de disputar a presidência, acabam perdendo espaço e resultam na nacionalização agregada do sistema partidário e facilitam a estruturação de um sistema político descentralizado.

Ressalta-se que, num sistema com múltiplos níveis de governo, como o brasileiro, os partidos sem condições de apresentar candidatos presidenciais viáveis têm a opção de investir nas disputas estaduais e legislativas nacionais. Quanto maior seu impacto nesses níveis, maior possibilidade de sucesso na ampliação de sua base territorial de votação e ampliação de lançamento de candidaturas ao governo estadual em vários distritos.

A dimensão da nacionalização é assunto de grande relevância para pesquisas e estudos sobre o presidencialismo de coalizão:

Dada a vinculação entre eleição presidencial e o desempenho eleitoral dos candidatos ao legislativo, os parlamentares têm maiores incentivos para se alinhar aos interesses e agendas do presidente, em detrimento de lideranças partidárias subnacionais (7).

A partir do estudo de Raile *et al*, Borges (7) mostra que é possível elencar dois motivos, pelos quais os graus de nacionalização dos partidos afetam o custo da governabilidade no presidencialismo de coalizão, pois:

- a) os partidos desnacionalizados costumam ser menos coesos e encantam seus eleitores com políticas públicas de interesses locais;
- b) quanto maior a divergência entre os sistemas partidários no plano distrital e nacional, mais fragmentado fica esse sistema.

A nacionalização tem relação direta com a forma de organização e mobilização eleitoral dos partidos. Os partidos, ao longo de suas histórias, utilizam-se de estratégias de nacionalização de suas eleições para elevar seus votos, a fim de ocupar importantes cargos e ter influência no campo das políticas públicas.

No Brasil, as coalizões se formam de modo não institucionalizado, ocorrendo muito mais de forma acidental que imposta em lei. Aliás, é a característica da maioria dos países da América Latina, à exceção do México, que fez constar em sua Constituição a formação de coalizões de governos em nível federal. (8)

Para Albala (8), governo de coalizão é definido como o regime presidencialista que forma uma aliança de partidos ao redor de si, com o fim de uma ação governamental comum, contando com uma convergência de recursos organizacionais e financeiros de cada um dos participantes e que desemboca na repartição das cadeiras ministeriais (cargos no setor público) entre os mesmos participantes.

O mesmo autor, com base em literatura especializada, informa que quanto mais alto é o número de partidos, maior é a possibilidade de casos de presidencialismo minoritário, e mais alta é a probabilidade de formarem-se governos de coalizão “por

necessidade”; e quanto mais baixo é o número de partidos, mais alta é a probabilidade de o presidente contar com uma maioria parlamentar e, portanto, mais baixa é a necessidade de formar coalizões. (8)

No Brasil, esta forma de organização de governo é a regra desde 1985, quando José Sarney ocupou a cadeira presidencial e vige até os dias de hoje. E ainda, quanto mais elevados são os poderes do presidente, mais alta é a tentação de governar sozinho (sem formar coalizões). Assim, a possibilidade de governar por decreto desestimula a negociação. Por oposição, quanto mais autônomo for o parlamento, mais alta é a necessidade de formar coalizões.

Batista (9) defende, com base em estudos sobre a formulação de leis no Brasil, a coalizão que transforma o Executivo no principal legislador de fato no país, sendo a origem de mais de 75% dos projetos aprovados pelos legisladores, quando conta com uma base de apoio razoavelmente consistente. Tal assertiva é verdadeira, vez que outros trabalhos de base empírica observaram que grande número de proposições legislativas, especialmente em saúde, têm o Chefe do Poder Executivo como o proponente, seja em forma de projeto de lei de iniciativa do Executivo, seja em forma de Medida Provisória.

Isso porque a formação de uma coalizão governativa dá-se, como visto, através da nomeação para as pastas ministeriais e outros cargos do Executivo, para os partidos da base presidencial (partidos que apoiam o presidente). Da perspectiva do Poder Legislativo, a incorporação dos partidos na gestão do governo cria uma relação entre o Presidente e a sua base, fortalecendo o apoio dos parlamentares para a sua agenda governamental. Contudo, ao apoiar a agenda do Executivo no Congresso, o que os partidos da coalizão recebem? Dito de outra forma, o que significa para os partidos da base o controle de pastas ministeriais? O argumento desenvolvido por Batista (9) é que, em troca do apoio do seu partido no Legislativo, o ministro busca influência no governo.

Assim, o Presidente, os ministros e ocupantes de cargos indicados por parlamentares estão envolvidos em uma troca: apoio legislativo por influência no governo. Com isto em mente, o ministro não pode ser visto como um funcionário regular do Presidente, mas um representante do partido que tem uma ideologia, preferências políticas, projetos eleitorais e agenda política própria, o que, certamente, afeta diretamente as decisões tomadas pelo governo. É certo que tais arranjos afetam a produção legislativa, incluída a saúde e a agricultura, no âmbito do Poder Legislativo federal.

Os legisladores têm objetivos e preferências próprias, mas o Legislativo é uma instituição de tomada de decisão coletiva, e a regra da maioria obriga os parlamentares a buscarem os ganhos de troca.

Ora, se o presidente convida os partidos para se juntarem ao seu governo em troca de apoio político no Legislativo, este apoio é em troca de algo mais: o interesse do ministro ou ocupante de cargo em controlar um portfólio, incluindo o controle do orçamento, a implementação de projetos em áreas eleitoralmente relevantes e, óbvio, o controle da legislação. Assim, o Presidente e os ministros estão envolvidos em uma troca: apoio legislativo por influência no governo.

4. CONCLUSÃO

O artigo se desenvolve em torno das ideais e conceitos sobre o presidencialismo de coalizão, reunindo os conceitos e principais características do fenômeno político com discussões, mesmo que supérfluas, sobre a produção legislativa em face desses arranjos entre os poderes.

Uma escassez de trabalhos acadêmicos na área da ciência política e do direito sobre o presidencialismo de coalizão e a produção legislativa foi constatada durante a pesquisa por bibliografia, devendo o tema ser melhor explorado em estudos de graduação ou pós-graduação. Trabalhos mais aprofundados sobre a formação das políticas públicas e seu obrigatório arco normativo, em face das coalizões políticas existentes no Brasil e sucessivos governos, darão uma ideia da formação legal, inclusive no tema da saúde, campo que deve ser melhor explorado para entender as reais consequências das coalizões na construção do Sistema Único de Saúde.

Espera-se que este trabalho sirva de inspiração para outros estudos.

REFERÊNCIAS

1. Limonge F, Figueiredo A. Bases institucionais do presidencialismo de coalizão. *Lua Nova*. 1998;44(98):81-106.
2. Abranches S. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. *Dados Rev Ciênc Sociais*. 1988;31:5-34.
3. Marcolino T, Mizukami MG. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. *Interface (Botucatu)*. 2008;12(26):541-547.
4. Batista M. O Poder no executivo: uma análise do papel da presidência e dos ministérios no presidencialismo de coalizão brasileiro. *Opinião Pública*. 2013;19(2):449-473.
5. Inacio M, Rezende D. Partidos legislativos e governo de coalizão: controle horizontal das políticas públicas. *Opinião Pública*. 2015;21(2): 296-335.
6. Gasparido M, Marchioni A. Presidencialismo de coalizão no estado de São Paulo. *Revista Direito e Liberdade*. 2016;18(3):233-255.
7. Borges A. Nacionalização partidária e estratégias eleitorais no presidencialismo de coalizão. *Dados*. 2015;58(3):651-688.
8. Albala A. Presidencialismo e coaliciones de gobierno en America Latina: un análisis del papel de las instituciones. *Rev de Ciencia Política*. 2016;36(2):459-479.
9. Batista M. O Poder no Executivo: explicações no presidencialismo, parlamentarismo e presidencialismo de coalizão. *Revista de Sociologia e Política*. 2016;24(57):127-155.

Desafios Jurídicos da Medicina Personalizada

Eduardo António da Silva Figueiredo¹
Juliana Filipa Sousa Campos²
André Gonçalo Dias Pereira³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/oJQPac>

RESUMO

A medicina personalizada – atualmente em notável ascensão graças aos consideráveis progressos científicos no domínio da genética – tem potencial para se afirmar, neste Terceiro Milênio, como uma das mais promissoras abordagens no domínio da saúde. A implementação de um modelo de apoio médico personalizado e adaptado à constituição genética de cada indivíduo acarreta evidentes vantagens para a prevenção e tratamento de patologias. No entanto, são pertinentes e complexos os desafios que a mesma colocará, sendo necessária uma profunda reflexão sobre eles, de modo a encontrarem-se respostas satisfatórias. É esse o contributo que esperamos dar com esse breve artigo, alertando para problemas e abrindo a porta a certas soluções, embora seja claro que ainda são mais as perguntas que respostas disponíveis.

Palavras-chave: Medicina Personalizada. Informação de Saúde. Dados Genéticos.

1 Investigador do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Monitor da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. E-mail para contato: efigueiredo.1995@hotmail.com

2 Investigadora do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Monitora da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. E-mail para contato: julianafsc95@gmail.com

3 Presidente da Direção do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Professor Auxiliar da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. E-mail para contato: andreper@fdac.uc.pt

1. INTRODUÇÃO

O dealbar do Terceiro Milênio encontra-se marcado pela incessante busca de novos meios de superação das fragilidades humanas e da sua estrutural finitude. Os progressos no domínio da genética têm conduzido a evidentes avanços no domínio da saúde, seja através da própria edição do genoma – na linha celular somática e até germinal –, seja por via da personalização da medicina. Esta traduz-se, em certa medida, na implementação de um modelo de apoio médico personalizado e adaptado a cada indivíduo, o que só se torna possível graças aos notáveis avanços biotecnológicos, especialmente ao nível da sequenciação genômica. (1)

A “retórica da medicina personalizada” funda-se em três ideias fundamentais: a progressiva redução dos custos dos cuidados de saúde, a crescente rapidez com que as novas tecnologias rastreiam o genoma humano – tornando possível a análise completa do DNA em cerca de 14 segundos – e o crescente interesse pela “tradução” e análise das informações genômicas com vista a transformá-las em poderosas ferramentas na predição e tratamento de doenças. (2)

A verdade é que, já anteriormente, vários autores defendiam que certos debates levados a cabo no seio do domínio médico podiam vir a ser interpretados como uma forma mais ou menos explícita de personalização da medicina (3) – o que nos leva a concluir que o tema não é inteiramente novo, embora a discussão seja mais urgente e pertinente que nunca.

Iniciaremos, pois, com a análise dos principais desafios colocados à medicina personalizada e que carecem de respostas satisfatórias. Depois disso, dada a importância do tema, vamos focar-nos (ainda que de forma breve) na delicada problemática da confidencialidade e privacidade dos dados genéticos, vastamente protegida, no contexto crescente da internormatividade, tanto a nível internacional, supranacional e até mesmo nacional.

Os desafios da medicina personalizada são, pois, desafios que devem interpelar não apenas o jurista e a Academia, mas sim toda a sociedade, que se quer cada vez mais envolvida e participativa na tomada de decisões que podem influenciar, em larga medida, o futuro da própria Humanidade.

2. OS DESAFIOS DA MEDICINA PERSONALIZADA

Apresentada como a medicina do futuro, mas também já com repercussões no presente, nomeadamente ao nível da oncologia (4), das doenças raras e da farmacogenética (5), a medicina personalizada atende às características individuais de cada pessoa, tendo em vista a otimização das terapêuticas médicas específicas (6). Deste modo, supera-se a ideia associada à medicina tradicional de “*one Medicine for all patients with the same disease*” e procura-se ir mais longe (7), atendendo-se à “informação genômica,

aos fatores ambientais e ao estilo de vida de cada indivíduo” (5). Assim sendo, a medicina personalizada pauta-se, por um lado, por um discurso de prevenção, na medida em que visa a identificar a predisposição genética individual para a doença, de modo a poder selecionar as medidas preventivas e de promoção de saúde mais adequadas, mas também, por outro lado, por um discurso de maior eficácia no combate à patologia, minorando ou eliminando os efeitos colaterais. Todavia, a mesma enfrenta alguns desafios, que podem ser vistos como um impedimento ao seu progresso e implementação nos sistemas de saúde dos vários países. Atentemos, pois, a alguns deles.

Desde logo, verifica-se que ainda não existe total segurança quanto à utilidade clínica de algumas variações genéticas. Com efeito, os testes realizados ao DNA, no âmbito da medicina personalizada, têm como objetivo, *inter alia*, a identificação das variações genéticas dos indivíduos, de modo a evitar a produção de efeitos nefastos decorrentes da interação com certos fármacos (4). Porém, o genoma humano comporta bilhões de pares de bases, o que dificulta significativamente a procura de variações que estejam relacionadas com o desenvolvimento da doença e a função que estas desempenham, tendo em conta o lugar que ocupam. Ademais, “há fatores para além dos genes que podem influenciar as respostas aos tratamentos” (8), pelo que uma resposta clínica baseada unicamente em aspetos genéticos poderá não ser suficiente.

Outro desafio com que a medicina personalizada se depara é o dos elevados custos que lhe estão associados (6). De fato, os estudos e pesquisas realizados no âmbito da medicina personalizada são mais caros do que os efetuados no campo da medicina tradicional, visto que se exige uma “análise molecular detalhada” e se torna necessário envolver um número elevado de sujeitos, de modo a controlar melhor as chamadas variáveis de confusão (9). Assim, poderão colocar-se questões de acessibilidade às terapêuticas realizadas, não só para as pessoas que delas pretendam beneficiar-se, mas que não disponham de meios econômicos para tal, como também para os países menos desenvolvidos (5), que não reúnam recursos de diagnóstico e informáticos adequados, bem como profissionais especializados na matéria. Neste sentido, levantam-se problemas atinentes à equidade e igualdade de acesso à saúde, salientando-se que, no caso do Estado Português, lhe incumbe, prioritariamente, nos termos da alínea ‘a’ do n.º 3 do artigo 64.º da CRP: “Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”.

Ainda nesta linha de reflexão, é possível verificar que os países que pretendam desenvolver e implementar a medicina personalizada poderão ter dificuldades na alocação de recursos necessários, exigindo o deslocamento de verbas de outras áreas, a nível nacional e internacional, para investir neste tipo de medicina (10), pelo que se reclamará uma reflexão ao nível do planeamento estratégico do modelo de sistema de saúde, tendo em conta as consequências deste novo método médico.

As discussões em torno da medicina personalizada colocam ainda outro problema que se prende com a possibilidade de discriminação genética. Para esta circunstância, contribuem vários fatores, designadamente, a existência dos chamados biobancos

especializados na seleção de dados referentes a “um subconjunto da população com base em noções sociais de raça”, dando-se preferência a um traço genético valorizado por entidades empregadoras, por seguradoras ou pelo próprio Governo (11). A este propósito, nos Estados Unidos da América, em 2008, foi aprovado, pelo Congresso, o chamado *Genetic Information Non-discrimination Act* (GINA) que visa a impedir os efeitos discriminatórios decorrentes do perfil genético dos indivíduos, nomeadamente no âmbito laboral e dos seguros (8), já que, não raras vezes, se assiste a claras violações do princípio da igualdade nestes domínios. Neste sentido, é pertinente mobilizar os artigos 13.º/2 da CRP e 24.º do Código de Trabalho, cujo conteúdo passamos a transcrever:

Art. 13.º da CRP:

2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

Art. 24.º do Código do Trabalho:

1._O trabalhador ou candidato a emprego tem direito a igualdade de oportunidades e de tratamento no que se refere ao acesso ao emprego, à formação e promoção ou carreira profissionais e às condições de trabalho, não podendo ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão, nomeadamente, de [...] património genético, capacidade de trabalho reduzida, deficiência, doença crónica, nacionalidade, origem étnica ou raça [...] devendo o Estado promover a igualdade de acesso a tais direitos.

Já a Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, consagra as seguintes normas pertinentes sobre a matéria:

Artigo 11.º - Princípio da não discriminação

1 — Ninguém pode ser prejudicado, sob qualquer forma, em função da presença de doença genética ou em função do seu património genético.

2 — Ninguém pode ser discriminado, sob qualquer forma, em função dos resultados de um teste genético diagnóstico, de heterozigotia, pré-sintomático ou preditivo, incluindo para efeitos de obtenção ou manutenção de emprego, obtenção de seguros de vida e de saúde, acesso ao ensino e, para efeitos de adoção, no que respeita quer aos adotantes quer aos adotados.

3 — Ninguém pode ser discriminado, sob qualquer forma, nomeadamente no seu direito a seguimento médico e psicossocial e a aconselhamento genético, por se recusar a efetuar um teste genético. [...]

Artigo 12.º - Testes genéticos e seguros:

1 — As companhias de seguros não podem pedir nem utilizar qualquer tipo de informação genética para recusar um seguro de vida ou estabelecer prêmios mais elevados.

2 — As companhias de seguros não podem pedir a realização de testes genéticos aos seus potenciais segurados para efeitos de seguros de vida ou de saúde ou para outros efeitos.

3 — As companhias de seguros não podem utilizar a informação genética obtida de testes genéticos previamente realizados nos seus clientes atuais ou potenciais para efeitos de seguros de vida e de saúde ou para outros efeitos.

4 — As seguradoras não podem exigir nem podem utilizar a informação genética resultante da colheita e registo dos antecedentes familiares para recusar um seguro ou estabelecer prêmios aumentados ou para outros efeitos.

Artigo 13.º - Testes genéticos no emprego:

1 — A contratação de novos trabalhadores não pode depender de seleção assente no pedido, realização ou resultados prévios de testes genéticos.

2 — Às empresas e outras entidades patronais não é permitido exigir aos seus trabalhadores, mesmo que com o seu consentimento, a realização de testes genéticos ou a divulgação de resultados previamente obtidos.

3 — Nos casos em que o ambiente de trabalho possa colocar riscos específicos para um trabalhador com uma dada doença ou suscetibilidade, ou afetar a sua capacidade de desempenhar com segurança uma dada tarefa, pode ser usada a informação genética relevante para benefício do trabalhador e nunca em seu prejuízo [...].

4 — As situações particulares que impliquem riscos graves para a segurança ou a saúde pública podem constituir uma exceção ao anteriormente estipulado [...].

Também a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) assume particular importância neste campo, uma vez que estabelece no seu artigo 11.º, sob a epígrafe “Não discriminação e não estigmatização”, que:

Nenhum indivíduo ou grupo deve, em circunstância alguma, ser submetido, em violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, a uma discriminação ou a uma estigmatização.

A eficácia desta nova abordagem, indiscutivelmente, mais personalizada do exercício da atividade médica, requer também a partilha generalizada de informações genéticas nos serviços de saúde, pelo que surgirão grandes quantidades de dados bioinformáticos que carecem de tutela específica e acrescida, sob pena de se violarem

direitos fundamentais dos indivíduos (12). *Ad exemplum*, a medicina personalizada abre a porta à possibilidade de afetação do direito a não conhecer a informação genética própria, consagrado no art. 10.º/2 da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Bio-medicina. Pela importância e caráter delicado do tema, dedicaremos o próximo ponto a uma reflexão cuidada sobre ele.

Em suma, esta abordagem do exercício da atividade médica ainda é muito incipiente, o que justifica que apenas tenhamos referido alguns dos desafios mais evidentes com que, presumivelmente, esta se vai deparar. Todavia, não podemos deixar de destacar que o acesso ao DNA do indivíduo trará muitas vantagens para os médicos, clínicas e serviços de saúde em geral – por exemplo, a médio ou longo prazo, espera-se uma redução dos custos neste domínio, já que os tratamentos passarão a apresentar uma maior taxa de sucesso ao serem tidas em conta as características genéticas específicas de cada paciente. Resta garantir que os desafios aqui mencionados não venham, efetivamente, a comprometer a vida dos indivíduos nas suas variadas vertentes.

3. MEDICINA PERSONALIZADA, INFORMAÇÃO GENÉTICA E DIREITO

Como é sabido, a informação resultante da realização de testes genéticos possui, nas palavras de Casabona, “características especiais que a diferencia de todas as outras” (10), mormente tendo em conta o seu caráter involuntário, indestrutível, permanente, inalterável e singular. No domínio da medicina personalizada, destaca-se a realização dos chamados testes genéticos pré-sintomáticos, *id est*, aqueles que visam a detectar, em determinadas pessoas ou grupos populacionais, a existência de uma especial predisposição genética para padecerem de certas enfermidades, mesmo antes de elas se terem manifestado (e mesmo que nunca se venham a manifestar). E, como já foi dito, mesmo quando a doença já se encontra instalada, o conhecimento da constituição genética do paciente permitirá, *inter alia*, personalizar o tratamento (p.e. medicamentoso) a levar a cabo, de modo a aumentar a sua eficácia e reduzir os seus riscos.

Desde logo, assume aqui particular relevo, a temática do consentimento informado dos indivíduos na realização dos testes genéticos (12), que já se renderam às forças liberais do mercado, nomeadamente com a ascensão dos chamados *direct-to-consumer personal genetic tests* (ou DTC-PGT), sob uma bandeira de “autonomia, responsabilização, prevenção, comodidade e confidencialidade” (2). Atente-se, por exemplo, para o conteúdo do art. 6.º da Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos:

1. Qualquer intervenção médica de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo.

2. Só devem ser realizadas pesquisas científicas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa. A informação deve ser suficiente, fornecida em moldes compreensíveis e incluir as modalidades de retirada do consentimento. A pessoa em causa pode retirar o seu consentimento a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo. Exceções a este princípio só devem ser feitas de acordo com as normas éticas e jurídicas adotadas pelos Estados e devem ser compatíveis com os princípios e disposições enunciados na presente Declaração, nomeadamente no artigo 27.º, e com o direito internacional relativo aos direitos humanos.

Ora, é fácil de ver que os dados genéticos, além de bastante complexos, são particularmente delicados e, por isso, reclamam uma “garantia especialmente firme de confidencialidade” (13), nomeadamente pelo fato de estes não dizerem respeito apenas a um indivíduo em concreto, mas sim a todos os sujeitos que com ele partilham o património genético. Além disso, as nefastas consequências de uma deficiente proteção da confidencialidade destes dados justificam a intervenção do legislador, impedindo-se que qualquer pessoa possa vir a ser prejudicada ou discriminada em razão do seu património genético (14).

No plano internacional, já desde 1997, que a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos (UNESCO) aponta neste sentido, realçando, no seu art. 7.º, que os dados genéticos devem ter a sua confidencialidade assegurada, independentemente do uso a que se destinam. Também a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, de 16 de Outubro de 2004, dispõe, no seu artigo 14.º, que:

Os Estados deverão desenvolver esforços no sentido de proteger, nas condições previstas pelo direito interno em conformidade com o direito internacional relativo aos direitos humanos, a vida privada dos indivíduos e a confidencialidade dos dados genéticos humanos associados a uma pessoa, uma família ou, se for caso disso, um grupo identificável.

Da mesma forma, no ordenamento jurídico interno, a Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976, no seu art. 26.º, estabelece que:

1- A todos são reconhecidos os direitos [...] à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação.

2- A Lei estabelecerá as garantias efetivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.

Também o Supremo Tribunal de Justiça português, no seu Ac. de 27/09/2003, esclareceu que:

II - A tutela do direito à intimidade da vida privada desdobra-se em duas vertentes: a proteção contra a intromissão da esfera privada e a proibição de revelações a ela relativas.

III - A saúde faz parte da individualidade privada do ser humano e, assim, do assegurado resguardo da vida particular contra a eventualidade de divulgação pública. (15)

Da leitura conjunta do preceito constitucional supramencionado e do art. 35.º da CRP (que dispõe, no seu n.º 5, que “é proibido o acesso a dados pessoais de terceiros, salvo em casos excepcionais previstos na lei”), pode extrair-se um “direito à autodeterminação informativa” (*recht auf geninformationelle selbstbestimmung*) como direito aglutinador de um poder de controle sobre os dados pessoais (que pressupõe o livre acesso, esclarecimento, contestação, retificação, atualização e eliminação dos mesmos), de um direito à sua não difusão e, *the last but not the least*, de um direito ao não tratamento dos dados sensíveis. Importa, pois, analisar – ainda que de maneira bastante breve – como é que este direito surge tutelado no espectro legal, especificamente no que diz respeito à informação genética. Dispõe, a este propósito, o art. 6.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, que:

1- A informação genética é a informação de saúde que verse as características hereditárias de uma ou de várias pessoas, aparentadas entre si ou com características comuns daquele tipo, excluindo-se desta definição a informação derivada de testes de parentesco ou estudos de zigotia em gêmeos, dos estudos de identificação genética para fins criminais, bem como do estudo das mutações genéticas somáticas no cancro.

Além disso, a lei exige que a informação de saúde e a informação genética se encontrem rigorosamente separadas: por exemplo, quando esta não tenha quaisquer implicações imediatas para o estado de saúde atual do sujeito, não poderá ser incluída no processo clínico. Tal solução pode colocar um freio ao avanço da personalização da medicina, já que esta pressupõe a partilha de informação genômica pessoal dentro do próprio sistema de saúde, o que parece que só será possível através da sua incorporação no processo clínico eletrónico do paciente (1) – correndo-se, porém, o risco de, desse modo, se vulnerar a privacidade e confidencialidade da informação genética. Além disso, a lei prevê que se venha a tomar um conjunto de medidas legislativas e administrativas de proteção da informação genética, nomeadamente no que diz respeito ao acesso, segurança e confidencialidade deste tipo de dados. Dispõe ainda o supramencionado preceito:

6- Os cidadãos têm o direito de saber se um processo clínico, ficheiro ou registo médico ou de investigação contém informação genética sobre eles próprios e a sua família e de conhecer as finalidades e usos dessa informação, a forma como é armazenada e os prazos da sua conservação.

O diploma em análise regula também a realização de testes genéticos, prevenindo que estes devem obedecer aos princípios que regem a prestação de qualquer cuidado de saúde. A comunicação dos resultados dos testes é, em regra, feita ao próprio, a quem legalmente o represente ou por ele venha a ser indicado. Assim sendo, à partida, a comunicação dos resultados a terceiros não é admitida sem a sua expressa autorização, embora a doutrina venha reconhecendo que “a proteção da privacidade genômica, embora extraordinariamente importante, não deve ter prioridade sobre a vida, a saúde e a segurança da população” (16), havendo que buscar-se uma harmonização cuidadosa entre os valores em conflito. Além disso, a comunicação dos resultados dos testes genéticos pode vir a ser precedida de avaliação psicológica e social prévia do sujeito, o que bem se compreende tendo em conta a sensibilidade da informação aí contida. Aliás, cada vez mais a doutrina se refere a um “direito a não saber”, já que “até os mais acérrimos defensores da verdade chegaram à conclusão que nem sempre é viável revelá-la” (16). A verdade é que, tal como afirma Loureiro:

Conhecer o genoma pode ser: um saber de perdição – o conhecimento de predisposições genéticas para certas enfermidades ou de algumas doenças monogénicas pode afetar gravemente a existência; um saber de salvação, no caso de a informação permitir adotar medidas de prevenção ou de adequada terapia; um saber de libertação, desde logo em pessoas que pertencem a famílias com histórias de risco e que descobrem, por via dos testes, que os genes não as traíram. (17)

Assim sendo, parece razoável que, poupando-se o sujeito de frustrações desmesuradas que possam afetar a perceção que este tem da vida, se lhe reconheça um “direito a não saber” os resultados dos testes genéticos, que são autêntico pressuposto para a personalização do tratamento médico ou farmacológico a levar a cabo. Este “direito a não saber” surge, como já referido, reconhecido no art. 10.º/2 da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (18), quando dispõe que:

2- Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada.

Assim, com o advento da medicina personalizada, parece que se corre o risco de que o conhecimento da informação genética se venha a tornar a regra – e não a exceção –, justificando-se que os sujeitos tenham sempre a opção de poder manter-se na ignorância e afastando a presunção (nem sempre correta) de que um claro conhecimento da constituição genética pessoal permite ao indivíduo usufruir de maior autonomia. Mas note-se, tal como a maioria dos direitos, este não é absoluto, podendo ter de ceder, nomeadamente quando estejam em causa interesses ou direitos de terceiros ou quando conflitue com o dever de informação do médico. (16)

Ora, percorrido este breve caminho, parece evidente que a generalização da partilha das bases de dados pessoais e genéticos e dos biobancos para efeitos de investigação biomédica, bem como dos resultados científicos obtidos, tão necessária para

uma maior personalização e eficácia das práticas clínicas, coloca relevantes questões ético-jurídicas sobre a confidencialidade da participação e privacidade dos pacientes (1). Por isso mesmo se tem afirmado que a personalização da medicina implica que se reconheça uma maior e mais exigente responsabilidade, quer do próprio indivíduo, quer dos profissionais de saúde e de todos aqueles que venham a levar a cabo a recolha e gestão dessa preciosa informação. Só assim se evitará que a personalização da medicina possa vulnerar direitos fundamentais e interesses ponderosos do indivíduo, nomeadamente obstando, como já foi referido, a que alguém possa vir a ser prejudicado ou discriminado em função do seu património genético.

Neste sentido, consideramos que é fundamental que se continue a adotar norma externa (*rectius*, supranacional) – como é o caso do “novo” Regulamento (UE) 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados – e interna, que propicie aos sujeitos um maior controle sobre o resultado dos testes genéticos e das suas informações genômicas e dos usos que lhe são dados (3). Isto não significa, naturalmente, que a nossa lei não possa ter de vir a sofrer adaptações em virtude do desenvolvimento científico e tecnológico e da crescente personalização dos tratamentos médico-farmacológicos.

4. CONCLUSÃO

Percorrido este (breve) caminho, podemos afirmar que a sequenciação genômica assumiu (e continua a assumir) um papel de relevo no desenvolvimento da medicina personalizada, a qual procura adaptar-se ao perfil genético, de modo a otimizar os tratamentos e a diminuir ou evitar os efeitos colaterais que daí possam advir.

Apesar de serem inúmeras as vantagens que lhe são reconhecidas, é imperativo alertar para os vários desafios que se lhe colocarão, sejam derivados do (ainda considerável) desconhecimento do significado de algumas variações genéticas, seja do carácter delicado, complexo e nevrálgico das informações (*rectius*, dos dados genéticos) com que esta opera (12) – e que reclamam, por isso, fortes garantias de confidencialidade, sob pena de se deixar espaço para eventuais discriminações em razão do património genético, seja no âmbito laboral, familiar, social ou das seguradoras. Por outro lado, a confidencialidade destes dados também assume extrema importância na efetivação do chamado “direito a não saber” já que, num quadro de evolução da personalização da medicina, há fortes probabilidades de que o conhecimento da informação genética se venha a tornar a regra e não a exceção. Por fim, salienta-se a necessária generalização da partilha de bases de dados pessoais e genéticos e dos biobancos para efeitos de investigação biomédica que levanta as mais diversas questões ético-jurídicas.

Após esta breve exposição, concluímos que a medicina personalizada vai ocupar um lugar de destaque no futuro, uma vez que são inegáveis as vantagens que a mesma apresenta. Porém, requerer-se-á uma maior responsabilidade, quer do próprio

sujeito, quer dos profissionais de saúde, quer de todos aqueles que tiverem contato com a recolha e gestão dessa informação, pois só desse modo se garantirá o respeito pelos mais básicos direitos fundamentais do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Ventura C, Santos H. Considerações éticas e científicas sobre a medicina personalizada. Portugal: 21ª Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Genética Humana; 2017. p. 40.
2. Perbal L. Une Carte d'identité génétique pour demain?. Bélgica: Comptes Rendus Biologies. 2015;338:548.
3. Chadwick R. Ethical issues in personalized medicine. United Kingdom: Elsevier; 2013. p. 171.
4. Rebello Pinho JR, et al. Medicina personalizada e o laboratório clínico. Brasil. São Paulo. Revista Einstein. 2014;3(12):367.
5. Ventura C. Questões éticas e sociais da medicina personalizada. Portugal. Boletim Epidemiológico Observações. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. IP 2017;19(6):44.
6. Espinosa Brito A. La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. Espanha. Medisur. 2015;6(13):922.
7. García JA. Aspectos jurídicos de la medicina personalizada. España. Barcelona. In Dret-Revista para el Análisis del Derecho. 2005;286:6.
8. Jain KK. Textbook of personalized medicine. 2nd ed. New York: Humana Press; 2014-2015. p. 653.
9. Torre-Bouscoulet L. Los retos de la medicina personalizada. México. Ciudad de México. Revista de Neumología y cirugía de tórax. 2015;4(74):239.
10. Romeo Casabona C. Los genes y sus leyes. El derecho ante el genoma humano. España: Cátedra Interuniversitaria. Fundación BBVA-Diputación Foral de Bizcaia de Derecho y Genoma Humano; 2002. p. 63 e ss.
11. Cordeiro JV. Ethical and legal challenges of personalized medicine: paradigmatic examples of research, prevention, diagnosis and treatment. Portugal. Rev Portuguesa de Saúde Pública. 2014;32(2):170.
12. Córdoba AI. La medicina genómica: un cambio de paradigma y de la medicina moderna: retos para la bioética y el derecho. Colombia. Rev Latinoamericana de Bioética. 2011;2(11):80.

13. de Oliveira GF. Implicações jurídicas do conhecimento do genoma. Portugal. Rev de Legislação e Jurisprudência.1998;3865:103.
14. Alzu'BI A, et al. Personal genomic information management and personalized medicine: challenges, current solutions and roles of him professionals. USA: Perspectives in health information management; 2014. p. 5-6.
15. Portugal. Supremo Tribunal de Justiça (STJ). Acórdão de 27 de Setembro de 2003.
16. Barbas S. Direito do genoma humano. Portugal: Almedina; 2007. p. 419-420.
17. Loureiro J. Genética, moinhos e gigantes: Quixote revisitado: deveres fundamentais, sociedade de risco e biomedicina. Madrid; 2006. p. 36.
18. Dias Pereira AG. O consentimento informado na relação médico-paciente. Estudo de direito civil. Portugal: Publicações do Centro de Direito Biomédico, Coimbra Editora; 2004. p. 467 e ss.

Informação, Educação e Comunicação em Saúde no Mundo Contemporâneo: Religando os Conhecimentos Segundo o Conhecimento Complexo

Tereza Cristina Lins Amaral*



Artigo também disponível pelo QR Code ao lado ou *link* <https://goo.gl/z2R3g6>

RESUMO

Este ensaio apresenta o tema Informação, Educação e Comunicação em Saúde, a partir do diálogo epistemológico com Jürgen Habermas (1929), Edgar Morin (1921) e Pierre Bourdieu (1930-2002), e com outros autores que se debruçaram sobre as características do mundo moderno. Diante da complexidade da sociedade atual, aponta para a necessidade do fortalecimento de um processo de Informação, Educação e Comunicação em Saúde, democrático e participativo, enquanto recurso estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) no desenvolvimento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Palavras-chave: Informação em Saúde. Educação em Saúde. Comunicação em Saúde. Sistema Único de Saúde.

* Assistente Social. Assessora Técnica da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Mestre em Administração em Saúde na área de concentração de Gestão de Sistemas de Saúde. E-mail para contato: tereza.amaral@conass.org.br

1. INTRODUÇÃO

As rápidas e intensas transformações do mundo contemporâneo, impulsionadas pela emergência da sociedade de massa e pelo desenvolvimento das formas de acumulação/monopolização de capital (econômico e simbólico), impõem novos desafios práticos e interpretativos aos campos da Informação, Educação e Comunicação (IEC) em saúde. Nesse sentido, é preciso questionar velhos paradigmas, repensar a função dessas áreas de conhecimento, ampliar seus limites, e, sobretudo, transcender a visão meramente informativa/reprodutiva que ainda ronda seus procedimentos, práticas e representações.

Por sua vez, esse processo de mudança demanda a interligação de conhecimentos, ou seja, o reconhecimento das diferenças culturais, políticas, ideológicas e das desigualdades sociais e econômicas existentes, assim como o movimento dialético de desconstrução e reconstrução dos conceitos historicamente relacionados à Informação, Educação e Comunicação.

Pretende-se, com este artigo, apresentar o tema IEC em saúde, em especial seu desenvolvimento no mundo contemporâneo, e apontar a necessidade de reconstrução dos seus conceitos diante da complexidade da sociedade atual. Para tanto, buscou-se o diálogo com autores que exploraram as peculiaridades do mundo moderno, entre eles, neste escrito, destacam-se: Jürgen Habermas (1929), Edgar Morin (1921) e Pierre Bourdieu (1930-2002).

2. DA INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO MUNDO ATUAL

A complexidade das relações sociais, econômicas, culturais e políticas no mundo atual é ponto pacífico entre autores de diversas correntes teóricas. Tal característica, fomentada especialmente pela emergência da sociedade de massa, alimentada pela indústria cultural, impõe mudanças nos processos de Informação, Educação e Comunicação (IEC) em saúde.

Esse contexto advém de um mundo cada vez mais interconectado e interdependente. Com a sociedade globalizada, marcada pela ampliação da esfera comunicacional e pelas transformações nos modos de produção, com comunidades interconectadas e elevadas taxas de crescimento econômico, as contradições sociais não tardariam a se tornar mais densas. A parca distribuição de renda e o aumento das desigualdades sociais representam um lado da moeda. Por outro, o desenvolvimento dos meios de comunicação gera possibilidades para expansão dos horizontes de conhecimento, com certa democratização dos meios de comunicação – os diversos usos da internet pelos mais variados sujeitos certificam essa tese. Há que se perguntar sobre a relação entre as inovações tecnológicas, o desenvolvimento econômico e a produção da desigualdade social.

Nesse contexto, impera a necessidade de áreas como a informação, educação e comunicação serem vistas sob um novo prisma, na medida em que tais áreas, compreendidas de forma fragmentada, repetem velhas práticas de intervenção e geram crescentes lacunas entre o que é produzido e aqueles a que se destina. Portanto, é preciso reconsiderar a relação entre IEC e as rápidas mudanças no mundo e reconhecer que alguns conceitos, apurados e adequados a determinadas épocas, não dão conta da complexidade crescente do “mundo da vida” – termo definido por Habermas como esfera de “reprodução simbólica” da linguagem, das redes de significados que compõem determinada visão de mundo, sejam eles referentes aos fatos objetivos, às normas sociais ou aos conteúdos subjetivos. Não é mais possível dar credibilidade à comunicação vista como mero instrumento; à educação como transferência de conhecimentos ou imposição de valores; à informação como mera divulgação de dados; e à participação como forma de mobilização utilitária da comunidade.

É preciso reconhecer e validar a aprendizagem em um mundo globalizado, caracterizado pelo aumento da migração, da expansão da conectividade pela internet e da diversidade cultural para, então, reconsiderar a maneira pela qual o processo de informação, educação e comunicação é desenvolvido, validado e avaliado. É a dinamicidade do mundo contemporâneo impondo novos desafios aos campos em destaque.

Diante desse contexto, interessa apresentar autores que se debruçaram sobre a temática. Aqui é proposto o diálogo entre: Edgar Morin, Pierre Bourdieu e Jürgen Habermas. Há de se destacar que, embora não exista uma linearidade epistêmica entre os três, até porque são pensadores de escolas diferentes, com matizes teórico-políticas e formas de ver o mundo diversas, foi possível identificar pontos de aproximação entre seus conceitos e referenciais, procedimento que ajudou a desenvolver o tema em questão.

Morin (2015) reconhece a necessidade de “religar” os conhecimentos segundo a complexidade, para que a humanidade seja capaz de compreender que as partes e o todo se entreproduzem e se reorganizam. Em “A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento”, por exemplo, Morin já indicava que um sistema de educação deve situar a informação em seu contexto, de modo a preparar o indivíduo para pensar e atuar sobre problemas individuais e coletivos:

Um novo sistema de educação deve favorecer a capacidade da mente para pensar os problemas individuais e coletivos em sua complexidade e a situar qualquer informação, qualquer dado, em seu contexto, ou seja, no sistema do qual faz parte. (1)

Algumas similaridades com as críticas ao sistema escolar francês realizadas por Pierre Bourdieu. Ao refletir sobre estrutura educacional, abordada como sistema de dominação, o sociólogo argelino é acusado por alguns de enxergar de forma pessimista o potencial transformador da escola.

Apesar do seu foco nas regras do jogo, portanto, na análise dos instrumentos de institucionalização e reprodução de determinados comportamentos do campo, a noção de “*Habitus*” – termo adotado por Bourdieu para estabelecer a diferença com conceitos

correntes tais como: hábito, costume, praxe, tradição, que levam o indivíduo a agir de determinada forma em uma circunstância dada – busca entender a organização das práticas e representações dos diversos sujeitos em termos de uma economia simbólica: quem tem mais capital dentro do campo tem mais poder, mobilidade e legitimidade de fala. “*Habitus*”, “*Campo*” e “*Violência Simbólica*” são as principais noções de Bourdieu para pensar a educação. (2)

Em Habermas a educação deve contribuir para a autonomia e a universalidade, capaz de interagir com o amadurecimento da humanidade. Por conseguinte, necessita de processos de construção e desconstrução contínuos. Para este autor, um sistema educacional ou comunicacional que não considera os contextos e as diferenças consolida o *status quo*, restringindo os espaços e trânsitos de ideias:

Na perspectiva de Habermas, a educação deve contribuir para o projeto emancipatório e universalista, sob um novo conceito de razão: a razão comunicativa. É preciso, portanto, instaurar uma razão comunicativa que reconstrua a educação escolar como um processo interativo com vistas ao amadurecimento da humanidade. (3)

Em que pese a demonstração expressa dos elos entre os autores e a indissociabilidade entre a informação, a educação e a comunicação, os desafios na implementação de um novo olhar, complexo, entrelaçado e reflexivo são muitos. Embora as expressões emergentes de cidadania, a luta pelo reconhecimento da diversidade cultural, entre outros movimentos emancipatórios, tenham servido para flexibilizar processos e sistemas de aprendizagem, os avanços nesse sentido ainda são tímidos.

3. DA PRÁTICA ESPERADA E SEUS RESULTADOS NO SUS

A educação deve ser capaz de formar indivíduos criativos, inovadores, polivalentes, com capacidade para trabalhar em equipe, solucionar problemas e aprender permanentemente. Essa atuação deve estar pautada em eixos fundamentais:

- i. construção e apropriação do conhecimento;
- ii. desenvolvimento de aprendizagem que compreenda e explique a realidade;
- iii. valorização do conhecimento divergente e das soluções múltiplas;
- iv. preparação para criatividade e inovação;
- v. reconhecimento do indivíduo como sujeito de sua própria história e da história coletiva.

Conseqüentemente, esse modelo de educação se apropria de informações e comunica-se com o indivíduo culturalmente diversificado para torná-lo autônomo, capaz de ser, conhecer, fazer e conviver. Essa é uma educação inclusiva, porque leva em consideração visões de mundo e outros sistemas de conhecimentos, além de novas fronteiras em ciência e tecnologia.

Um sistema de educação estabelecido sob a abordagem humanista, alvo de estudos e publicação da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) (4), é um direito em si. Propaga o respeito aos direitos humanos, à diversidade, à interculturalidade, busca a igualdade e paridade de gênero. Ao tempo que reconhece o papel dos educadores na sociedade do conhecimento, valoriza sua formação e profissionalização e zela por uma atuação para além dos muros da escola.

É a junção dos conceitos de informação, educação e comunicação que proporciona a articulação entre os saberes na busca por uma compreensão global da realidade, assim como a elaboração de estratégias necessárias para realizar ações em saúde que vêm ao encontro das necessidades da população. Esses conceitos isolados, como é notório, não respondem à complexidade do SUS.

Tal reconhecimento foi expresso no Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde: Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação no âmbito do SUS (Brasília, 2005):

É necessário focar a Informação, a Educação e a Comunicação no seu amplo sentido e ao mesmo tempo com suas peculiaridades, envolvendo pessoas – gestores, profissionais, conselheiros e usuários – e utilizando vários suportes e meios de produção, captação, registro, acesso, intercâmbio e circulação de conhecimento. (5)

A admissibilidade da aliança entre os conceitos de informação, educação e comunicação está bem expressa na chamada Comunicação em Saúde. Para Araújo e Cardoso (2007) esse conceito está associado à noção de direito, tem foco no cidadão e o objetivo de aperfeiçoar o SUS, por meio da garantia de participação cidadã nas políticas de saúde (6). Carmo, Sousa e Mendonça (2014) a considera um instrumento de transformação social, que propicia trocas, discussões e conhecimento (7). Schiavo (2014) a caracteriza como “mergulho profundo” em suas necessidades, atitudes, crenças, tabus, estilos de vida e normas sociais de cada público pretendido (8).

Assim como há desafios a serem superados para se transformar teorias em práticas, no SUS não é diferente. Em sua maioria, os processos educacionais dos profissionais de saúde ainda não levam em consideração toda a complexidade já apresentada. Essa afirmativa pode ser observada pelo predomínio das especialidades médicas – que já são uma fragmentação do sujeito – na formação profissional. Situação essa que vem se tornando mais aguçada em decorrência da hiperespecialização.

Em contraponto, o SUS optou pela Atenção Primária à Saúde (APS), que vê o sujeito em seu contexto, com suas complexidades, em seu ambiente familiar e comunitário. A valorização da APS reconhece o que Morin (2015) chamou de tapeçaria, sem deixar de considerar cada fio:

Enquanto não religamos os conhecimentos segundo o conhecimento complexo, permaneceremos incapazes de conhecer o tecido comum das coisas: não enxergamos senão os fios separados de uma tapeçaria [...]

identificar os fios individualmente jamais permite que se conheça o desenho integral da tapeçaria. (9)

Mesmo que considerados todos os desafios da APS ou dos outros níveis de atenção à saúde, a informação, a educação e a comunicação se materializam na relação do profissional com o paciente. Ela pode ser revelada especialmente pelo processo de escuta, capaz de promover a saúde de modo consciente, que valorize a autonomia do sujeito, respeitado o processo saúde/doença sob o viés crítico e reflexivo.

Essa capacidade comunicativa revela pensamento político e pedagógico mais amplo, que transforma o indivíduo em sujeito autônomo, e legitima a participação popular na construção do conhecimento em saúde. Transportando a lição de Bourdieu (1992) para a saúde, a capacidade comunicativa deve considerar a apropriação de códigos. Não é possível tratar todos os pacientes de uma mesma forma.

Sendo assim, pode-se inferir que, tanto o profissional quanto o paciente, são partes constituintes do processo de modificação de uma situação em saúde, na medida em que inclui decisão, intervenção, avaliação e difusão, permitindo entender o processo saúde/doença, interagir com forças sociais participantes, análise e difusão de resultados.

Essa prática apresenta, por si, subsídios para modificá-la. Modifica também a relação do sujeito com seu mundo, lhe confere novas competências, novas capacidades de decifração – empodera o indivíduo. Recorre-se novamente à Bordieu (1992):

O grau em que uma relação de comunicação pedagógica é compreendida e assimilada pelos alunos, depende do grau em que os alunos dominam o código necessário à decifração dessa comunicação. Esse domínio varia de acordo com a maior ou menor distância existente entre o arbitrário cultural apresentado pela escola como cultura legítima e a cultura familiar de origem dos alunos. (2)

Essa alteração de status contribui para a emancipação, para a autonomia, para o reconhecimento da realidade e sua conseqüente transformação. É conhecimento adquirido no “mundo da vida”, de acordo com Habermas (1995):

É no mundo da vida onde os processos comunicativos se dão, onde ocorrem as possibilidades de problematização da realidade, onde os saberes e os conhecimentos adquiridos ao longo da trajetória de vida dos sujeitos – a linguagem e as formas de ser e estar no mundo – se evidenciam em um movimento dialético de desconstrução e reconstrução, ganhando direcionalidade e força. (3)

Assim, a Comunicação em Saúde é uma construção dialética, direcionada a diversos públicos-alvo e que visa, em última instância, à produção de saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

Para esta reflexão, se enquadra bem o conceito de Schiavo (2014):

É uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para alcançar diferentes audiências e compartilhar informações relacionadas à saúde, engajando e apoiando indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, desenvolvedores de políticas e o público em geral, para introduzir, adotar, afirmar um comportamento, prática ou política que vai melhorar, em última instância, os resultados em saúde. (8)

Identificado o caminho a seguir, resta ultrapassar os desafios atuais e os que virão. O SUS trouxe, historicamente, avanços para a sociedade e para os cidadãos brasileiros. É um direito à saúde de todos e de cada um. Para a construção desses avanços e melhoria dos indicadores epidemiológicos, carregou consigo avanços sociais relevantes. Essa tarefa exigiu, e exige, cada vez mais, ousadia e inovações. Os desafios persistem e a lição vem de Alves (2013):

Pessoas que sabem as soluções já dadas são mendigos permanentes. Já as que aprendem a inventar soluções novas abrem portas até então fechadas e descobrem novas trilhas. A questão não é saber uma solução já dada, mas ser capaz de aprender maneiras novas de sobreviver. (10)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa realidade de construção e reconstrução, as ações de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC) estão em permanente processo de evolução. Seu maior valor está na compreensão do múltiplo, na interligação entre saberes, na busca pela equidade, e, sobretudo, na valorização e reconhecimento do saber do outro como caminho para a transformação.

É preciso compreender a complexidade dessa trama, atuar respeitando as diversidades e protegendo os princípios fundamentais do SUS. O fortalecimento de um processo de Informação, Educação e Comunicação em Saúde, democrático e participativo, é um recurso fundamental e estratégico para alcançar resultados satisfatórios, desvendando o processo saúde/doença e interagindo com forças sociais participantes.

REFERÊNCIAS

1. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003. p. 116.
2. Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. Rev de Administração Pública. Rio de Janeiro. 2006;40(1):27-56. [internet]; [acesso em 10 mai 2018]. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6803>.

3. Pinto JM. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. Ribeirão Preto: Paidéia; 1995. p.77-96.
4. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). Repensar a educação: rumo a um bem comum mundial? – Brasília. 2016.
5. Ministério da Saúde. Seminário Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde: pacto pela democratização e qualidade da comunicação e informação no âmbito do SUS, Brasília, 2005. [internet]; [acesso em 27 jun 2016]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_comunicacao_informacao_informatica_saude_pacto.pdf.
6. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
7. Carmos RD, Sousa MF, Mendonça AV. As campanhas da voz no percurso da informação, educação e comunicação em saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. Brasília. 2014;8(3):19-32.
8. Schiavo R. Health. Communication. San Francisco: Jossey -Bass; 2014.
9. Morin E. A via para o futuro da humanidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2015. p. 192.
10. Alves R. Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras. São Paulo: Edições Loyola; 2013.

NatJus e Desjudicialização da Saúde

Milene de Carvalho Henrique¹
Mara Regina Leite Mendonça²
Elizangela Andrade Braga³



Artigo também disponível pelo
QR Code ao lado ou *link*
<https://goo.gl/PMbJ6b>

RESUMO

As demandas judiciais por assistência à saúde foram se multiplicando numa proporção estratosférica e, rotineiramente, a nível nacional são ajuizadas ações nas quais se pede de tudo (medicamentos, consultas, exames, cirurgias, leites, fraldas, tratamentos fora do país), enfim, uma infinidade de itens, muitos dos quais não previstos na política pública referente ao direito à saúde. A judicialização da saúde abarca questões que não são de simples decisão. A compreensão racional das normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) por parte dos operadores do direito é essencial para a efetivação da justiça, sem ferir, ou até mesmo impossibilitar o funcionamento e a manutenção do Sistema. Este trabalho apresenta a experiência do Núcleo de Apoio Técnico (NatJus) do Estado do Tocantins. As consultas do judiciário ao NatJus ocorrem por meio do Sistema 'e-Proc', pelo qual o magistrado vincula o núcleo e este tem autonomia para a inserção de Notas Técnicas nos processos demandados. De forma inovadora, o núcleo permite o acesso de promotores e defensores públicos por meio de endereço eletrônico. Dados relativos ao ano de 2017 revelam resolutividade do NatJus nos casos extrajudiciais superiores a 80%, indicando o importante papel mediador que o NatJus desempenha no enfrentamento da judicialização. Portanto, o NatJus se configura como um oportuno canal de disseminação de conhecimento ao judiciário acerca do SUS e da evidência científica no caso concreto, assim como um instrumento a ser utilizado pelo gestor público na identificação dos entraves para efetivação da oferta de ações e serviços de saúde ao usuário.

Palavras-chave: Judicialização. Núcleo de Apoio Técnico (NAT). Política Pública de Saúde.

1 Juíza de Direito. 2ª Vara da Fazenda e Registros Públicos da Comarca de Araguaína no Estado do Tocantins. Coordenadora do Comitê Estadual de Saúde no Estado do Tocantins (CEMAS). Coordenadora Geral do NatJus Estadual. E-mail para contato: milenecarvalho@uol.com.br

2 Assessora Jurídica do Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins. 2ª Vara da Fazenda e Registros Públicos da Comarca de Araguaína. E-mail para contato: maramendonca1@gmail.com

3 Farmacêutica-Bioquímica. Coordenadora do NatJus. Doutoranda em Saúde Baseada em Evidências pela Universidade de São Paulo. Mestre em Ensino em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Saúde Pública, Gestão em Saúde e Direito Sanitário. E-mail para contato: lizabraga@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Cidadã de 1988 traz, no artigo 196, a saúde como um bem da sociedade, que deve ser garantido por meio de políticas públicas e econômicas.

Santos destaca que:

É pela política pública que o governo faz suas escolhas quanto às prioridades em saúde, visto não haver possibilidade de se garantir a todos tudo o que existe, ao sabor das escolhas médicas (servidores públicos, diga-se), que passam ao largo da política pública. (1)

No que tange a esse direito constitucional, há um arcabouço legal, uma política pública, com vistas a garanti-lo e assim efetivá-lo no cotidiano do cidadão brasileiro: o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que as políticas públicas estão sujeitas ao controle do Poder Judiciário, embasado no princípio constitucional “da inafastabilidade da jurisdição”, previsto no artigo 5º, inciso XXXV, da Carta Magna, que garante o amplo acesso à justiça. (2)

Nesse cenário, as demandas judiciais referentes à assistência à saúde foram-se multiplicando em todo o país, sendo ajuizadas ações nas quais se pede de tudo. São medicamentos, consultas, exames, cirurgias, leites, fraldas, tratamentos fora do país, enfim, uma infinidade de itens, alguns dos quais não estão previstos na política pública referente ao direito à saúde, ou não possuem registro nacional.

Atualmente, na grande maioria dos casos, a judicialização da saúde tem sido encarada como um direito individual e quase absoluto de obter qualquer tratamento ou medicamento independentemente dos custos e da existência de evidências científicas. Importante anotar, no ponto, que o direito individual à saúde está inserido dentro da prerrogativa coletiva materializada mediante políticas públicas.

Portanto, a compreensão racional das normativas existentes acerca do direito à saúde é essencial para a efetivação da justiça, pois pensar de maneira diversa poderá ferir, ou até mesmo impossibilitar, o funcionamento e a manutenção do sistema. Conforme demonstra Aith, um dos desafios jurídicos a ser trilhado pelo direito sanitário brasileiro “refere-se ao caleidoscópio de leis, decretos, portarias, resoluções e outros textos normativos que formam o direito sanitário brasileiro hoje”. (3)

Em linhas regenciais, quanto aos direitos sociais, notadamente o direito à saúde, deve-se atentar para limitação do esquema intelectual do direito para lidar com as políticas públicas. O direito não se efetiva sozinho, pois congrega vários saberes institucionais e a palavra final não deve ficar a cargo do Poder Judiciário, pois no “papel se aceita tudo”, contudo, na prática, trata-se de prestação positiva que só é concretizada mediante políticas públicas.

Para Mapelli Júnior:

Parece-nos inegável a ilegitimidade da intervenção do Poder Judiciário nos moldes em que vem ocorrendo, em decisões individualizadas prolatadas ao arrepio das políticas públicas, por ofensa ao regime jurídico-constitucional do SUS e à integralidade sistêmica que lhe é correlata. (4)

Neste seguimento, tem-se que o crescente ajuizamento de ações para a garantia do acesso à saúde tem gerado outra porta de entrada para o SUS, qual seja, o Poder Judiciário, já que está ocorrendo a transferência da gestão do SUS para os operadores de direito.

A judicialização da saúde abarca questões que não são de simples decisão, pois se trata de casos que envolvem a vida – o bem mais precioso que um ser humano possui – sendo que, de um lado, conforme mencionado por Medici, predomina o sentimento do julgador de salvar a vida a qualquer preço, conhecida como a regra de resgate (*rule of rescue*) (5). Por outro lado, há entraves de diversas ordens, tais como ausência de conhecimento técnico, complexidade e multiplicidade de políticas públicas, fragmentação no funcionamento e monitoramento do sistema, falta de interlocução entre os entes federados e o próprio judiciário, falta de informações aos usuários, prescrições e laudos incompletos, parca ou nenhuma evidência científica, recursos limitados, e ainda, uma escassa estrutura. Em síntese, verifica-se que o direito individual é diretamente influenciando pelo direito coletivo.

Baseado nessas premissas, verificou-se a necessidade de criar formas de subsidiar os magistrados e demais operadores do direito acerca de questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação de saúde do SUS.

O marco desse movimento aconteceu em 2009, na Audiência Pública n. 4, convocada pelo Presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), à época, Ministro Gilmar Mendes, quando diversos especialistas, advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do sistema único de saúde foram ouvidos sobre o assunto. (6)

Essa aproximação entre o Poder Judiciário e os gestores do SUS foi de fundamental importância para evitar decisões judiciais equivocadas, minorando iniquidades no acesso à saúde.

Nos anos subsequentes, o judiciário deu seguimento ao enfrentamento à judicialização da saúde com a edição de atos normativos importantes, dentre os quais, a Resolução N. 107, de 6 de abril de 2010, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (7), que institui o Fórum Nacional do Judiciário. Cabe ao Fórum o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos, estabelecendo sobre a necessidade de instituição de Comitês da Saúde Estaduais.

Em 2010, o CNJ, por meio da Recomendação N. 31 (8), indicou aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito. Dentre essas medidas, a celebração de convênios com secretarias de saúde, com objetivo de disponibilizar apoio técnico, cujas equipes, em geral formadas por médicos e farmacêuticos, têm a atribuição de auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais, ou seja, os denominados Núcleos de Apoio Técnico (NatJus).

Posteriormente, essa recomendação foi complementada pela Resolução N. 238, de 06 de setembro de 2016, que dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça (TJ) e Tribunais Regionais Federais (TRF) de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de Juízos em comarcas com mais de uma vara da Fazenda Pública. (9)

Com fundamento na Resolução n. 107 do CNJ, no âmbito do Estado do Tocantins, foram designados os membros para compor o Comitê Executivo para Monitoramento das Ações da Saúde no Estado do Tocantins (CEMAS/TO).

O CEMAS-TO fez instituir o Núcleo de Apoio Técnico (NAT), criado a partir do Termo de Cooperação Técnica n. 4, celebrado entre o Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins (TJTO) e o Governo do Estado do Tocantins, por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde (SES-TO), por meio da Portaria/SESAU n. 213, de 01/06/2011 (10), alterada pela Portaria/SES nº 337, de 02/05/2013 (11). A parceria tem logrado êxito, sendo renovada nos anos subsequentes e, atualmente, está em vigência o Termo de Cooperação Técnica 02/2018, de 15 de fevereiro desse ano.

2. ESTRUTURA DO NATJUS ESTADUAL

A parceria entre o TJTO e a SES-TO resultou na disponibilidade, por parte do Tribunal de Justiça, de uma sala localizada na sede da Corregedoria Geral de Justiça, com infraestrutura e equipamentos necessários para as atividades do núcleo; e, por parte da Secretaria Estadual de Saúde, na disponibilização “de fato” de servidores, que atualmente somam a quantia de 21 (vinte e um) técnicos. Conforme o Termo de Cooperação Técnica vigente, 17 (dezessete) servidores, à exceção dos médicos, foram disponibilizados para o Tribunal de Justiça, que passou a ter a gestão do NAT Estadual, por intermédio da Coordenadora do Comitê Estadual de Saúde.

O NAT Estadual é formado por uma equipe multidisciplinar composta pelos seguintes profissionais:

- i. quatro Médicos: emitem Notas Técnicas de medicamentos e procedimentos com evidência científica;
- ii. quatro Farmacêuticos: emitem notas técnicas de medicamentos e políticas públicas com evidência científica;

- iii. um bacharel em direito: capacitação da equipe para mediação da linguagem técnica com a jurídica;
- iv. oito servidores de formação multidisciplinar: enfermeiros, nutricionista, assistente social, gestor em saúde, executiva em saúde e assistentes administrativos: conhecimento em gestão para emissão de nota técnica de procedimentos juntamente com os Médicos.

Ressalta-se que a estrutura do NAT Estadual foi dividida em duas coordenações, uma de medicamentos e outras de procedimentos, que são responsáveis pela avaliação das notas técnicas.

3. OBJETIVO

O NAT, atualmente denominado NatJus Estadual, tem como objetivo disponibilizar subsídios técnicos aos Magistrados, membros do Ministério Público e da Defensoria Pública Estadual e Federal, tanto na fase pré-processual como na fase processual, nas demandas que tenham por objeto assegurar ações e serviços de saúde do âmbito do SUS, informando sobre a existência ou não de política pública, devendo indicar, ainda, na Nota Técnica, se os documentos juntados aos autos, normalmente prescrições e relatórios médicos, observam os requisitos exigidos pela política pública de saúde, e também sobre a existência de evidências científicas, uma vez que o SUS se funda na Medicina Baseada em Evidências (art. 19-Q, § 2º, N. I da Lei 8.080/90, com a redação dada pela Lei 12.401/11), sendo este o ponto de equilíbrio entre a efetividade do direito à saúde e a chamada cláusula da reserva do possível.

Vale ressaltar que as Notas Técnicas emitidas pelo NatJus não se constituem em perícia judicial, tampouco possuem poder decisório, ou normativo-vinculante sobre o caso concreto consultado. Devido ao caráter exclusivamente consultivo, visam unicamente a auxiliar magistrados que, no exercício de suas funções judicantes, diante da garantia de independência, se manifestam através do princípio do livre convencimento motivado.

O NatJus Estadual também não tem competência para manifestar-se sobre procedência ou improcedência do pedido formulado pela parte, cumprimento à ordem judicial, intimar ou notificar as partes envolvidas na demanda.

O trabalho técnico do NatJus Estadual foi dividido em dois eixos principais, visando, primordialmente, a destacar as questões que reclamam informações sob aspectos práticos do funcionamento do SUS, com foco no estreitamento da dicotomia entre a doutrina e a prática, quais sejam:

- i. Informação acerca da existência ou não de diretrizes que traçam a política pública preconizada pelo SUS, e sobre sua aplicação no caso concreto consultado;
- ii. Aplicação da medicina baseada em evidências científicas.

4. FLUXO DE FUNCIONAMENTO

Inicialmente, anota-se que o NatJus Estadual funciona a custo zero, pois as despesas necessárias para o seu funcionamento correm por conta de cada partícipe, consignadas nos seus próprios orçamentos, atendendo todo o Estado do Tocantins e atuando na fase pré-processual e processual.

Considerando que no Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins os processos são todos eletrônicos, quando os magistrados entendem necessária a atuação do NatJus, remetem os autos via e-Proc, assinalando um prazo para apresentação das respostas solicitadas, prazo este que é contado em dias corridos, iniciando da remessa.

De forma inovadora, com o intuito de promover a disseminação de informações, o NatJus Estadual ampliou seu escopo de atividades de forma a permitir acesso aos promotores e defensores públicos, a partir do envio de ofícios e documentos (receituário, laudo, Cartão SUS, RG e comprovante de residência) via e-mail.

Em síntese, pode-se dizer que o NatJus funciona da seguinte forma: o usuário busca a Defensoria Pública ou o Ministério Público para pleitear em juízo por medicamentos ou tratamentos de saúde; estes órgãos, antes de ajuizarem as ações, solicitam administrativamente uma Nota Técnica junto ao Núcleo; este, antes de emitir a Nota Técnica, mediante um fluxo interno próprio, aciona as diretorias/superintendências da Secretária Estadual de Saúde a fim de verificar a possibilidade de resolução administrativa do problema. Nos casos em que há possibilidade de solução, as informações são repassadas ao Defensor Público e/ou Ministério Público sobre a resolutividade e tempo, evitando a judicialização; o que, por sua vez, imprime rapidez e eficiência na solução do problema do usuário.

Quanto às demandas judicializadas, os juízes, antes de decidirem os pleitos liminares, ou na oportunidade da sentença, formulam quesitos junto ao Núcleo, os quais são respondidos com fundamentos técnicos da área da saúde e de acordo com as políticas públicas do SUS, objetivando subsidiar a atuação judicante.

5. DA ANÁLISE DA NOTA TÉCNICA

Partindo do despacho/decisão ou ofício da autoridade solicitante, cabe ao técnico identificar as questões centrais de interesse, fazendo, primeiramente, um breve relatório acerca do pedido. Na sequência, é identificado qual é o objeto pleiteado, a condição de saúde do paciente e à política pública vigente.

Ponto basilar para análise da resposta pelo NatJus perpassa necessariamente pela observação minuciosa de dois documentos fundamentais: a prescrição e o relatório médico, ou odontólogo. Nada obstante a dificuldade encontrada, uma vez que a maioria dos pedidos vem desacompanhada desses documentos.

Nesse sentido, as normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Odontologia (CFO), Conselho Federal de Farmácia (CRF) e do próprio SUS, discorrem como fator fundamental que as prescrições sejam emitidas exclusivamente por médicos e odontólogos, conforme prevê o artigo 2º da Lei 12.842/2013 (12). Tal premissa assegura ao paciente o uso do medicamento efetivamente prescrito, e no caso do relatório, a obtenção de informações claras acerca do seu estado de saúde, tratamento anteriormente realizado e os objetivos do tratamento prescrito.

Assim feito, a equipe passa a verificar os demais pontos para emitir a Nota Técnica, dentre eles, destacam-se alguns:

- a) se há comprovante de endereço, uma vez que a partir deste será possível identificar, na Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI), ou nas listas oficiais de medicamentos, a qual território o paciente é vinculado e, portanto, a qual ente compete o fornecimento do item pleiteado;
- b) se consta Cartão SUS, documento obrigatório para o atendimento nos estabelecimentos de saúde, bem como é possível identificar nos sistemas de gerenciamento do SUS se o paciente está na rede de atendimento e se há alguma pendência quanto à autorização do procedimento solicitado;
- c) se a prescrição/laudo é legível, assegurando ao paciente o uso do medicamento efetivamente prescrito, na dosagem certa e por tempo oportuno;
- d) se há Classificação Internacional de Doença (CID) ou o nome da patologia que acomete o paciente;
- e) se o caso é de urgência (conforme preconizado pelo CFM);
- f) nos casos oncológicos, observa-se se o paciente está inserido na rede de assistência oncológica (UNACON ou CACON), informando que não existe pela política pública dispensação de medicamento para tratamento do câncer, pois a cobertura feita pelo SUS é do tratamento, não havendo possibilidade de fracionamento deste;
- g) e ainda, é feita a classificação segundo a Escala de Zubrod e se foi informado o estadiamento clínico.

Nos casos em que se trata de procedimentos clínicos, outros documentos também são importantes na análise, a depender do objeto pleiteado, especialmente nos casos em que se alega a negativa ou demora no atendimento por parte do ente público, dentre os quais: Laudo Médico de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), Ficha de Referência e Contrarreferência, Laudo de Solicitação de Fórmulas Nutricionais, e etc.

Um passo importante é informar à autoridade, com base nos documentos apresentados e a literatura científica, a definição da doença e exames necessários para o diagnóstico. Nos casos oncológicos, informa-se também se há, nos autos, exames confirmatórios que comprovem o câncer que acomete o paciente.

Sobre a solicitação de medicamentos, faz-se uma descrição do fármaco (qual a indicação em bula); se foi prescrito por denominação genérica (conforme preconiza o SUS); se o mesmo possui registro na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) de forma a detalhar se o registro é indicado para a patologia do paciente; se o medicamento pode ser utilizado em domicílio, cuja justificativa do questionamento é o fato de que há muitos medicamentos em que se exige administração supervisionada por médico e em ambiente hospitalar. Por fim, são informadas as condições para o armazenamento e transporte, uma vez que há fármacos, a exemplo dos imunobiológicos, que exigem refrigeração e transporte adequados, sob pena de perda de efetividade, com conseqüente dispêndio de recursos públicos.

Ainda sobre o custo do medicamento, afere-se o possível custo mensal do tratamento pleiteado, conforme a dose prescrita e os preços estipulados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). A nota técnica também informa se o item pleiteado já foi objeto de avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e sua recomendação final, ou ainda, em que fase se encontra a análise (consulta pública, emissão de portaria).

Considera-se imprescindível que seja informado se há Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do SUS para a condição de saúde do paciente, bem como as alternativas terapêuticas e diagnósticas disponíveis na política pública, a fim de que a autoridade possa compreender a assistência ofertada.

Por fim, nos casos em que o tratamento não é disponibilizado pelo SUS, a nota técnica informa sobre a eficácia e segurança disponíveis nas bases de dados para pesquisa de artigos em saúde, ou seja, a evidência científica frente ao objeto pleiteado e a doença existente. Para tanto, se utiliza da metodologia da Medicina Baseada em Evidência (MBE) na busca de estudos, preferencialmente Revisões Sistemáticas e Estudos Clínicos Randomizados Fase III, nos sítios eletrônicos do PUBMED, LILACS, MEDLINE e Cochrane, além de Pareceres Técnicos Científicos disponíveis no Sistema e-NatJus, documentos emitidos pela Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) e Ministério da Saúde, dentre outros, a fim de apresentar ao magistrado informações claras acerca dos resultados esperados no caso concreto.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo dos 5 (cinco) anos de existência, o NatJus tem se fortalecido e reafirmado seu papel na disseminação do conhecimento relativo à política pública e evidência científica junto aos operadores de direito.

O NatJus, no ano de 2017, **elaborou 3.097 Notas Técnicas**, sendo que 1.404 foram decorrentes de demandas extrajudiciais e 1.693 relativas às demandas judiciais.

Importa observar a resolutividade do núcleo no tocante às consultas extrajudiciais. Conforme se observa nas tabelas abaixo, no ano de 2016 foram recebidas 1.486

demandas administrativas, das quais houve judicialização de 359 (24%) ações, alcançando, portanto, resolutividade superior a 70%. Em 2017, a resolutividade chegou aos 82% nas 1.404 consultas administrativas, resultando em ajuizamento de somente 254 (18%) processos (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparativo da resolutividade entre os anos de 2016 e 2017.

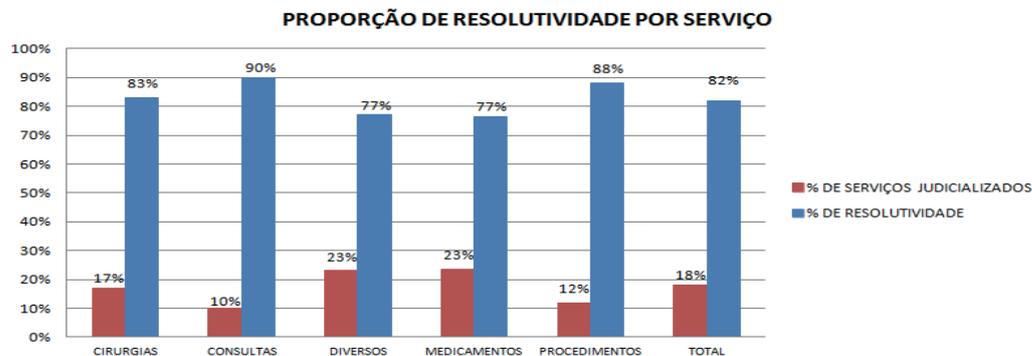
| Consultas Administrativas 2016 | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----|
| Origem | Consultas Administrativas | Processos judicializados | Resolutividade Administrativa | |
| Defensoria Pública | 834 | 226 | 608 | 73% |
| Ministério Público | 652 | 133 | 519 | 80% |
| Total | 1486 | 359 | 1127 | |
| | 100% | 24% | 76% | |

| Consultas Administrativas 2017 | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----|
| Origem | Consultas Administrativas | Processos judicializados | Resolutividade Administrativa | |
| Defensoria Pública | 911 | 197 | 714 | 78% |
| Ministério Público | 493 | 57 | 436 | 88% |
| Total | 1404 | 254 | 1150 | |
| | 100% | 18% | 82% | |

Fonte: NatJus do Estado do Tocantins.

A análise relativa aos dados do ano de 2017, exposta no gráfico que segue, torna possível afirmar que os itens mais frequentes nas demandas extrajudiciais foram: consultas, cirurgias, medicamentos e procedimentos (exames). A resolutividade do NatJus foi superior a 70% em todos os casos, inclusive nos pedidos de consultas essa margem alcançou 90%. Cumpre destacar que, nas requisições por medicamentos, a resolutividade foi de 77% (Gráfico 1). O ajuizamento pode ter ocorrido devido à não incorporação no SUS, do medicamento pleiteado, ou à não regularização dos estoques de medicamentos do SUS, pelo órgão estatal de saúde, em um prazo exequível.

Gráfico 2- Proporção de Resolutividade do NatJus por tipo de serviço pleiteado ao SUS no ano de 2017.



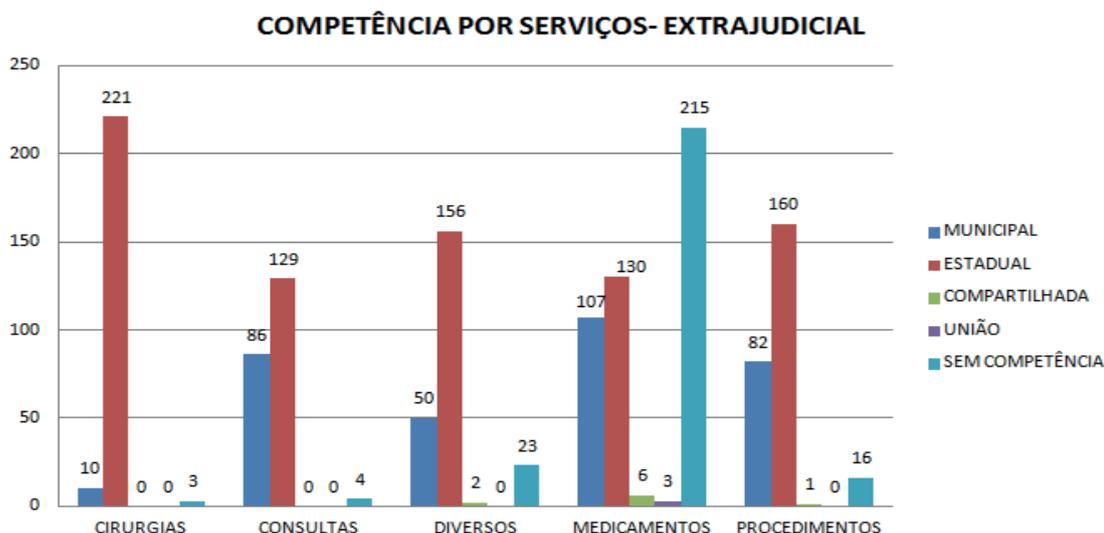
Fonte: NatJus do Estado do Tocantins.

Em relação à competência no fornecimento do serviço pleiteado, no ano de 2017, observa-se que o ente Estadual foi responsável por quase a totalidade de cirurgias. Tal dado corrobora o reconhecimento da competência da gestão estadual do SUS, para as cirurgias de média e alta complexidade, que são realizadas nos 18 hospitais regionais e um hospital geral situado na capital, Palmas, e que compõem a estrutura hospitalar pública no Estado do Tocantins.

Um dado importante a ser analisado é que 215 medicamentos requeridos estão fora da lista de medicamentos do SUS, portanto, não têm competência definida entre os entes públicos acerca da dispensação. Portanto, torna-se ainda mais importante a investigação e apresentação ao julgador da evidência científica, a fim de que sejam considerados os benefícios esperados para a saúde do paciente, frente ao erário público a ser aplicado na aquisição do medicamento.

Chama a atenção o elevado número de medicamentos de competência municipal, portanto, incluídos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica para os quais os usuários informam não ter acesso, o que geralmente é justificado pelo ente público municipal com as dificuldades de abastecimento da rede de atenção (Gráfico 3).

Gráfico 3- Competência do fornecimento do serviço de saúde por ente federado, nas demandas administrativas encaminhadas ao NatJus do Estado do Tocantins no ano de 2017.



Fonte: NatJus do Estado do Tocantins.

Por fim, um dado que tem destaque, e também serve para demonstrar a efetividade do NatJus Estadual, é a sua utilização pelos juízes. Dentre as 42 Comarcas no Estado de Tocantins, 32 delas consultaram o NatJus no ano de 2017, o que corresponde a **76% do total**, ressaltado o fato de que muitas comarcas têm mais de uma vara afeta às questões de saúde pública.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o rápido e constante crescimento das demandas judiciais referentes à atenção à saúde, verifica-se a notória importância da criação e atuação do NatJus do Estado do Tocantins. Isto porque, em regra, os magistrados e demais operadores do direito não têm conhecimento técnico acerca da gestão do SUS e suas correspondentes políticas públicas.

Além disso, nos casos em que a demanda envolve a prestação de serviços não incluídos na política pública, o Núcleo oferta conhecimento técnico sobre a medicina baseada em evidências, possibilitando maior segurança nas medidas a serem adotadas, e mudando a ótica “do que se pede” e “como se pede”, mitigando, assim, o jargão “pede que o juiz concede”.

Com essa prática, garante-se que os direitos da coletividade sejam a regra e o individual a exceção, já que o SUS é um direito de todos.

REFERÊNCIAS

1. Santos L, *et al.* Judicialização da saúde e a incompreensão do SUS. In: Judicialização da Saúde no Brasil. 1. ed. Campinas, São Paulo: Saberes Editora; 2010.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. [internet]; [acesso em 31 jul 2018]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
3. Aith F. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. In: Direito da saúde no Brasil. Campinas, São Paulo: Saberes Editora; 2010.
4. Mapelli Júnior R. Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. Rio de Janeiro, RJ: Atheneu; 2017.
5. MEDICI, A. Financiamento público e privado em saúde na América Latina e Caribe: uma breve análise dos anos noventa. [S.l.]: Banco Interamericano de Desenvolvimento. [internet]; [acesso em 2 ago 2018]. Disponível em http://www.redacs.org/cuentasaludalc/Documents/Medici_FinanciamientoPublicoPrivadoAmericaLatina_2005.pdf.
6. Supremo Tribunal Federal. Audiência Pública n..4. Brasília: STF, 2009. [internet]; [acesso em 31 jul 2018]. Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>.
7. Conselho Nacional de Justiça. Resolução n.. 107 de 6 de abril de 2010. [internet]; [acesso em 7 ago 2018]. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/atosadministrativos/atos-da-presidencia/323-resolucoes/12225-resolucao-no-107-de-06-de-abril-de-2010>.

8. Recomendação n.. 31 de 30 de março de 2010. [internet]; [acesso em 7 ago 2018]. Disponível em http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/recomendao-n-31-30-03-2010-presidencia.pdf
9. Resolução n.. 238 de 6 de setembro de 2016. [internet]; [acesso em 31 jul 2018]. Disponível em http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/resoluo-n-238-06-09-2016-presidencia.pdf.
10. Tocantins. Secretaria de Saúde. Portaria n.. 213 de 01 de junho de 2011. Diário oficial do Estado do Tocantins, Palmas, TO, 2 jun, 2011. [internet]; [acesso em: 1 ago 2018]. Disponível em: http://gesto.to.gov.br/site_media/upload/gestao/arquivosDocLegal/3394-020620111.pdf.
11. Secretaria de Saúde. Portaria n.. 337 de 02 de maio de 2013. Diário oficial do Estado do Tocantins, Palmas, TO, 13 mai, 2013. [internet]; [acesso em 1 ago 2018]. Disponível em http://wwa.tjto.jus.br/saude/images/Portaria_criacao_do_NAT_-_Estadual.pdf.
12. Brasil. Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 abr. 1991. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm.

