



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

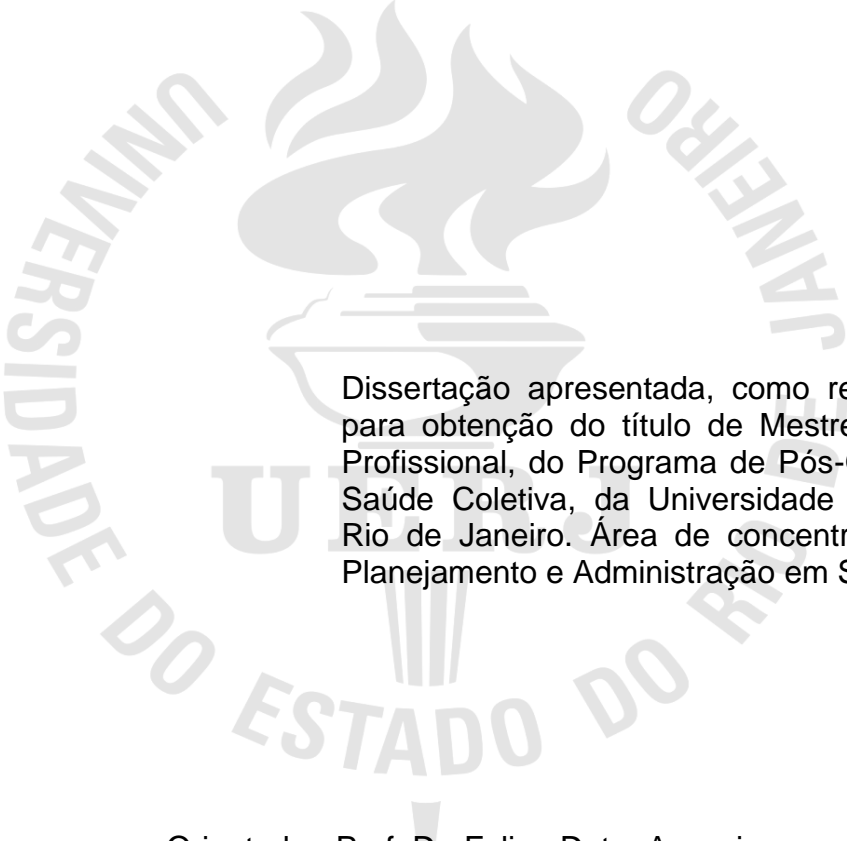
Rita de Cássia Mello Guimarães

**Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – CRLS: medidas de
resoluções administrativas e fluxos de processos antes e durante a
pandemia da covid-19**

Rio de Janeiro
2022

Rita de Cássia Mello Guimarães

Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – CRLS: medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

G963	Guimarães, Rita de Cássia Mello
	<p>Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – CRLS : medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19 / Rita de Cássia Mello Guimarães – 2022. 138 f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi</p> <p>Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.</p> <p>1. Judicialização da saúde - Teses. 2. Direito à saúde - Brasil - Teses. 3. Covid-19 - Teses. 4. Sistema Único de Saúde – Teses. I. Asensi, Felipe Dutra. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.</p> <p>CDU 351.94:61</p>

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Rita de Cássia Mello Guimarães

Câmara de Resolução de Litígios de Saúde–CRLS: medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 26 de abril de 2022.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Klever Paulo Leal Filpo

Universidade Católica de Petrópolis - UCP

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos que me acompanham, em primeiro lugar, pela proteção e força que em mim depositam a cada dia.

Aos meus pais, Zilma e Antônio, e minha irmã, Caren, pelos valores éticos, pela coragem e pelo exemplo de luta e superação diárias que me moldaram como pessoa.

Ao meu marido, Bruno, pelo amor, pelo companheirismo, apoio incondicional nesta trajetória, pelo respeito e por acreditar sempre nos meus sonhos.

Aos meus filhos amados, Augusto e Arthur, que me acompanham e dividem os longos momentos destinados a esta dissertação de forma tranquila e saudável, e por serem minha força e o sentido de todas as minhas vitórias.

Ao meu orientador Felipe Asensi, pela confiança e orientação do trabalho, me permitindo expandir as fronteiras da criação e do conhecimento.

Aos professores do Instituto de Medicina Social, pela formação sólida recebida e pelo incentivo e as ricas oportunidades de construção e reconstrução de ideias.

As minhas queridas amigas do Mestrado e da vida, Camila e Lucila, pelo companheirismo e amizade ao longo destes dois anos.

ÀA Luciana e Manuela, minhas grandes e eternas companheiras de trabalho, pelo carinho, amizade e apoio incondicional na CRLS e na vida.

À equipe da CRLS, pelo exemplo de retidão, amor e comprometimento no desempenho das missões desse nobre trabalho.

E também, é claro, aos entes parceiros deste projeto, em especial a Secretaria de Estado de Saúde, minha instituição, a Defensoria Pública do Estado e a Procuradoria Geral do Estado, pelo apoio e incentivo em todas as etapas na coordenação deste projeto incrível que é a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. Minha gratidão a todos.

Como sou pouco e sei pouco, faço o pouco que me cabe me dando por inteiro.

Ariano Suassuna

RESUMO

GUIMARÃES, Rita de Cássia Mello. **Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – CRLS**: medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19. 2022. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O conceito de saúde, a depender do contexto histórico e/ou visão de mundo, vem acompanhando mudanças sociais, políticas e econômicas que, direta e indiretamente, influenciam na judicialização da saúde, seguindo os desafios na efetivação desse direito. Na busca por uma racionalização das ações judiciais, a criação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS), iniciativa que reúne no mesmo espaço representantes da Secretaria de Saúde do Estado e do Município do Rio de Janeiro, Defensores Públicos do Estado e da União e ainda conta com o assessoramento de Procuradores do Estado e do Município e Tribunal de Justiça, pode significar a união de vários poderes e entidades, demonstrando o desejo de mediação nos casos que envolvem a saúde das pessoas. Com atendimentos presenciais desde 2013, o advento da pandemia da covid-19 e as restrições sanitárias necessárias fizeram premente a reestruturação do local de atendimento, sem que houvesse interrupção dos serviços prestados. Nesta lógica, o objetivo deste trabalho foi descrever o perfil das demandas e o itinerário do usuário no âmbito da CRLS da Capital antes e durante a pandemia da covid-19, especialmente no que concerne ao processo de trabalho e fluxos administrativos. Para tanto, foi realizado um estudo com metodologia quanti-qualitativa, com atualização bibliográfica e levantamento documental sobre a CRLS, compreendendo que a análise dos dados foi realizada com base nos objetivos elencados para o estudo e organizada a discussão a partir do itinerário do usuário e fluxos administrativos da CRLS, antes e durante a pandemia da covid-19, entendendo que a realização deste estudo foi de suma importância justamente por conta do papel fundamental que as Defensorias Públicas desempenham na garantia do direito de acesso à justiça da população hipossuficiente e vulnerável. O estudo demonstrou um aumento expressivo no quantitativo de demandas atendidas pela CRLS desde o início do seu funcionamento, mas com uma redução significativa de atendimentos remotos durante a pandemia da covid-19, bem como queda nos percentuais de encaminhamento administrativo realizados. Os dados e os resultados da pesquisa possibilitaram inferências, como a utilização de somente formas de atendimento através de tecnologia remota resulta, potencialmente, em uma diminuição do número de atendimentos realizados, ocasionando uma possível relativização do direito fundamental do acesso à justiça. O produto esperado deste estudo é desencadear reflexões e discussões sobre os fluxos a serem adotados para o período pós-pandêmico, bem como repensar as estratégias, práticas e atitudes que envolvem suas fragilidades e fortalezas em situações de crises, como a enfrentada pela pandemia da covid-19.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Judicialização da Saúde. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. Pandemia covid-19.

ABSTRACT

GUIMARÃES, Rita de Cássia Mello. **Health Dispute Resolution Chamber – CRLS:** measures of administrative resolutions and process flows before and during the COVID-19 pandemic. 2022. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The concept of health, depending on the historical context and/or world view, has been following social, political, and economic changes that, directly and indirectly, influence the judicialization of health, which accompanies the challenges in the realization of this right. In the search for rationalization of lawsuits, the creation of the Chamber of Resolution of Health Litigations (CRLS), an initiative that brings together in the same space representatives of the State and Municipal Health Department of Rio de Janeiro, Public Defenders of the State and the Union and also has the advice of State and Municipal Prosecutors and the Court of Justice, it can mean the union of various entities, demonstrating the desire for mediation in cases involving people's health. With face-to-face consultations since 2013, the advent of the COVID-19 pandemic and the necessary health restrictions made it urgent to restructure the place of service, without interrupting the services provided. In this logic, the objective of this work was to describe the profile of the demands and the itinerary of the user within the scope of CRLS headquarters before and during the COVID-19 pandemic, especially concerning the work process and administrative flows. To this end, a study was carried out with a quantitative-qualitative methodology, with bibliographic updating and documentary research on the CRLS, understanding that the data analysis was carried out based on the objectives listed for the study and the discussion was organized based on the user's itinerary and flows administrative authorities of the CRLS, before and during the COVID-19 pandemic, understanding that this study was of paramount importance precisely because of the fundamental role that the Public Defenders play in guaranteeing the right of access to justice for the underprivileged and vulnerable population. The study showed a significant increase in the number of demands met by the CRLS since the beginning of its operation, however with a significant reduction in remote calls during the COVID-19 pandemic, as well as a drop in the percentages of administrative referrals performed. The research data and results allowed inferences, such as that the use of only forms of assistance through remote technology potentially results in a decrease in the number of consultations performed, causing a possible relativization of the fundamental right of access to justice. The expected product of this study is to trigger reflections and discussions on the flows to be adopted for the post-pandemic period, as well as to rethink the strategies, practices, and attitudes that involve their weaknesses and strengths in crises, such as the one faced by the COVID-19 pandemic.

Keywords: Right to Health. Health Judicialization. Health Dispute Resolution Chamber. COVID-19 pandemic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Fachada da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde.....	63
Figura 2 –	Recursos humanos atuantes na CRLS por ente do convênio, no ano de 2021.....	64
Figura 3 –	Fluxo de atendimento da CRLS.....	68
Figura 4 –	Fluxo de Pessoas CRLS, subsolo.....	69
Figura 5 –	Fluxo de Pessoas CRLS, loja.....	70
Figura 6 –	Total de casos graves e óbitos por covid-19 no município do RJ.....	78
Figura 7 –	Tela da Geração de Senha do Sistema Câmara de Saúde	86
Figura 8 –	Tela da Triagem do Sistema Câmara de Saúde.....	88
Figura 9 –	Tela do “Primeiro Atendimento, sistema Câmara de Saúde - CS	89
Figura 10 –	Tela de Análise Técnica, sistema Câmara de Saúde.....	91
Figura 11 –	Medidas especiais adotadas pelos sistemas de assistência jurídica durante a COVID-19.....	102
Figura 12	Cartaz com informações de atendimento da DPE durante a pandemia da covid-19.....	104
Figura 13 –	Cartaz com informações de atendimento da DPU durante a pandemia da covid-19.....	105
Gráfico 1-	Total gasto pelo Ministério da Saúde, no cumprimento de ações judiciais, de 2008 a 2015.....	48
Gráfico 2 -	Total de assistidos atendidos pela CRLS, de abril de 2020 a junho de 2021.....	79
Quadro 1 –	Divisão de atribuições DPE e DPU.....	66
Quadro 2 –	Consolidado dos fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios com convênio com a CRLS da Capital e Interior.....	71
Tabela 2 - Relatório consolidado atendimentos CRLS da Capital 2013 a 2021.....	72
Tabela 3 - Quantitativo de atendimentos e encaminhamentos realizados de janeiro de 2019 a março de 2020.....	76
Tabela 4 - Quantitativo de atendimentos e encaminhamentos realizados de abril de 2020 a junho de 2021.....	77
Tabela 5 - Perfil das demandas atendidas de janeiro de 2019 a março de 2020.....	79
Tabela 6 - Perfil das demandas atendidas de abril de 2020 a junho de 2021.....	82
Tabela 7 - Produtos categorizados e encaminhamento administrativo de 2019 a 2021.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AGU	Advocacia Geral da União
CADJ	Central de Atendimento à Demandas Judiciais
CAP	Coordenadoria Geral da Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONITEC	Comissão Nacional para Incorporação de Tecnologias no SUS
Covid-19	Coronavirus Disease 2019
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CRLS	Câmara de Resolução de Litígios de Saúde
CS	Câmara de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Brasileira
DGH	Departamento de Gestão Hospitalar
DPE	Defensoria Pública do Estado
DPJ	Departamento de Pesquisas Judiciárias
DPU	Defensoria Pública da União
EC	Emenda Constitucional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAPA-SP	Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS	Instituto de Assistência da Previdência Social
LME	Laudo de Medicamento Especializado
MS	Ministério da Saúde
MP	Ministério Público
NAF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
NAT	Núcleo de Assessoria Técnica

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização Mundial da Saúde
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PAJ	Processo de Assistência Jurídica
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PGM	Procuradoria Geral do Município
PIB	Produto Interno Bruto
PRODIAPE	Programa de Atendimento às Crianças Portadoras de Alergia Alimentar e Diarreia Persistente
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SER	Sistema Estadual de Regulação
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TJERJ	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	18
1.1	A Constituição de 1988 e a saúde com sua concepção nos tempos atuais	18
1.2	Da estruturação do SUS até os tempos atuais, os caminhos percorridos para a “efetivação” do Direito à Saúde	21
1.3	Dos desafios atuais do SUS para a “efetivação” do Direito à Saúde	30
2	DIREITO À SAÚDE E INSTITUIÇÕES JURÍDICAS	37
2.1	O Poder Judiciário e a judicialização da saúde	37
2.2	Juridicização da saúde e diálogos institucionais	42
2.3	Os desafios das instituições jurídicas	46
3	ABORDAGEM METODOLÓGICA	51
3.1	Material e métodos	51
3.2	Caracterização do campo	53
3.3	Coleta de dados	55
3.4	Análise dos dados	57
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1	Atuação da CRLS: da instalação até o enfrentamento da pandemia da covid-19	59
4.1.1	<u>Trajetória da CRLS como medida de enfrentamento à judicialização: da sua criação até os dias atuais</u>	59
4.1.2	<u>Perfil dos atendimentos e demandas de saúde solicitados à CRLS antes e durante a pandemia da covid-19</u>	71
4.1.3	<u>Medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos antes da pandemia da covid-19</u>	84
4.1.3.1	Informações para acesso à CRLS.....	84
4.1.3.2	Porta de entrada/ acesso dos usuários.....	85
4.1.3.3	Fluxo de atendimento e análise técnica.....	88
4.1.3.4	Deslinde da demanda.....	97
4.2	A atuação da CRLS em tempos de pandemia da covid-19	101

4.2.1	<u>A pandemia da covid-19 e estratégias de reestruturação dos atendimentos</u>	101
4.2.2	<u>Medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos durante a pandemia da covid-19</u>	103
4.2.2.1	Informações para acesso à CRLS.....	103
4.2.2.2	Porta de entrada/ acesso dos usuários.....	105
4.2.2.3	Fluxo de atendimento e análise técnica.....	108
4.2.2.4	Deslinde da demanda.....	110
4.2.3	<u>Consolidado com medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19</u>	111
4.3	Proposições para adequação e aperfeiçoamento no cumprimento do direito à saúde no pós-pandemia covid-19..	116
4.3.1	<u>A CRLS no pós-pandemia da covid-19: proposições para um atendimento híbrido</u>	116
4.3.1.1	Informações para acesso à CRLS.....	118
4.3.1.2	Porta de entrada/ acesso dos usuários.....	119
4.3.1.3	Fluxo de atendimento e análise técnica.....	121
4.3.1.4	Deslinde da demanda.....	123
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
	REFERÊNCIAS	130
	ANEXO A	140

INTRODUÇÃO

As discussões concernentes ao direito à saúde iniciam-se com a Constituição Federal de 1988, a qual apresentou um grande desafio à gestão pública ao trazer um capítulo próprio, do direito à saúde, e inscrever a “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado”. É a partir da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988 que o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado, sendo estruturado a partir das Leis nºs 8.080/90 e 8142/90, e consolidado com as diretrizes como: universalidade, equidade, integralidade e participação social.

A saúde é um conceito abrangente que ao longo dos anos recebeu várias definições no meio político, social e jurídico. O direito à saúde, no contexto brasileiro, foi uma conquista da Reforma Sanitária e expresso no Art. 196 da CRFB como um direito social, tornando implícita em seu enunciado a necessidade de articulação de toda política pública, ampliando o conceito de saúde e a necessidade de correlação com outros condicionantes à saúde, como alimentação, saneamento, moradia, meio ambiente, trabalho, renda, lazer, educação e outros. O artigo 196 ainda traz a garantia ao acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde, devendo ser prestada pelo Estado, através de órgãos e entes que compõem o SUS.

A presunção do Direito à Saúde sem delimitações tem levado ao Judiciário, por diversas razões, inúmeras demandas de assistência que impactam a gestão pública, constituindo o que alguns autores chamam de “judicialização da saúde”. As demandas de saúde ao Judiciário podem significar uma manifestação na luta por direitos de cidadania, e a judicialização da saúde configura-se como um fenômeno crescente dos números de ações que demandam questões relativas à saúde junto ao Judiciário. Ela é definida como uma situação de acionamento do Poder Judiciário por parte de indivíduos ou grupos de indivíduos, na condição de cidadãos ou de consumidores, com a finalidade de que este poder arbitre conflitos destes com o Poder Executivo, com empresas privadas e até mesmo com pessoas físicas, em matéria de saúde.

O próprio Judiciário, desde o ano de 2009, vem elaborando estudos e propondo medidas concretas e normativas referentes às demandas judiciais de saúde, promovendo estrutura e ferramentas para conduzir o julgamento de questões de saúde. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) é responsável por monitorar as

ações judiciais que envolvam prestações de saúde, sejam do SUS como da saúde suplementar; e por propor medidas concretas, organização, estrutura judicial e normativas voltadas à otimização de rotinas processuais, bem como também medidas de prevenção de conflitos judiciais e sua qualificação, através do Programa Fórum da Saúde – Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde. Este, instituído em 2010, deu início ao projeto denominado “Plano Nacional para o Poder Judiciário – Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade”.

As atribuições do Fórum da Saúde são exercidas pelos Comitês Estaduais de Saúde e pelo Comitê Nacional, e o projeto ora citado tem por finalidade última a elaboração de propostas pelos Comitês Estaduais para solução dos conflitos mais recorrentes. Visa contribuir para o aperfeiçoamento do acesso universal à saúde da população local e fortalecer o diálogo interinstitucional com os atores envolvidos na judicialização da saúde e os gestores públicos, objetivando encontrar soluções imediatamente possíveis para redução e qualificação das demandas judiciais.

A busca por meios consensuais na solução de conflitos, especialmente envolvendo o direito à saúde, tem levado diferentes Estados a novas e diversas vias para aprimorar o diálogo entre profissionais do Direito e do SUS, como reuniões periódicas, mediação, troca de correspondência eletrônica (e-mails) e ofícios entre profissionais do Direito e as Secretarias de Saúde, instrumentos institucionalizados e convênios, como a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS), todos no âmbito extrajudicial, visando desafogar a Judicialização das políticas sociais e garantir maior efetividade do Direito, dos sistemas de saúde e das políticas públicas.

Destarte, o presente trabalho tem por objetivo realizar um mapeamento do processo de trabalho realizado pela CRLS, identificando o itinerário do usuário dentro da estrutura de trabalho antes e durante a pandemia da covid-19, visando identificar pontos de melhoria, adequação e aperfeiçoamento no processo de trabalho e fluxos administrativos da CRLS, para o pós-pandemia covid-19. Instalada em 2013, essa Câmara foi criada após a assinatura de um Termo de Convênio celebrado em 2012 e pode significar a união de vários poderes e entidades. Demonstra grande mobilização institucional de diferentes entes que se propõem a viabilizar a mediação nos casos que envolvem a saúde das pessoas, com soluções céleres, eficientes e imparciais para conflitos entre os usuários do sistema de saúde

pública atendidos pelas Defensorias Públicas, proporcionando vias administrativas de resolução e evitando a judicialização.

O enfrentamento da pandemia da covid-19 atingiu todas as esferas da sociedade brasileira e do mundo. É cediço que, diante da recomendação mundial das autoridades sanitárias e da Lei nº 13.979/2020, que tratou justamente das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, determinando, em síntese rasa, a imprescindibilidade de isolamento social para mitigar os riscos de contágio, houve a necessidade de criar alternativas capazes de manter os serviços públicos essenciais prestados pelas instituições, com a reinvenção dos fluxos de trabalho pelo emprego de medidas inovadoras e tecnológicas para a continuidade da prestação. Neste ínterim, a CRLS, juntamente com o advento das medidas de restritivas e de isolamento social destinadas a conter a propagação do vírus, passou por diversas alterações nos fluxos e itinerários dos usuários, visando adequar os atendimentos, uma vez que se impossibilitou prosseguir com os atendimentos das partes assistidas pelas Defensorias de forma estritamente presencial, sem representar, contudo, a suspensão das atividades.

Nessa direção, o problema que orientou esta pesquisa foi: qual o itinerário do usuário no âmbito da CRLS da Capital antes e durante a pandemia da covid-19, especialmente no que concerne ao processo de trabalho e fluxos administrativos? Mapear o processo de trabalho, descrevendo os fluxos, normas, rotinas e procedimentos de trabalho da CRLS, antes e durante a pandemia da covid-19, poderá contribuir para um planejamento estratégico na replicação em outros municípios. Ademais, poderá nortear a formulação de novas ações e suscitar fatores de evolução para a prestação dos atendimentos aos assistidos pelas Defensorias.

A iniciativa da CRLS tem potencialidade para interferir de forma positiva na melhor organização da gestão da saúde, quando funcionando como um dispositivo sinalizador de desinformação da população demandante e corregedor da descontinuidade administrativa no setor. No entanto, conforme descreve Filpo (2021) em uma reflexão sobre práticas institucionais, a CRLS, assim como qualquer política pública, pode conter imperfeições e há necessidade de reavaliação, visto que a verificação da efetividade de uma política pública passa necessariamente por seu monitoramento e sua avaliação, os quais podem promover uniformização e

padronização, com redirecionamentos para melhoria dos processos, resultados e seu aperfeiçoamento.

O trabalho está dividido em três partes principais, além das considerações finais. O primeiro capítulo inicia-se pela exposição do referencial teórico construído a partir da revisão da literatura. A revisão pretendeu contextualizar o direito à saúde no Brasil e identificar os principais conceitos e abordagens teóricas que permeiam a complexa trajetória de afirmação da saúde, o direito fundamental à saúde consagrado na Constituição Federal de 1988, a estruturação do SUS ao longo de seus mais de 30 anos de existência e os desafios atuais para afirmação da saúde como um Direito sobre assistência terapêutica.

O capítulo 2, ainda construído a partir da revisão da literatura, aborda o direito à saúde e as instituições jurídicas. Discutem-se a Judicialização da Saúde, o fenômeno de excesso desta judicialização, as medidas propostas pelo Judiciário e a juridicização da saúde com os diálogos interinstitucionais e seus desafios nas instituições jurídicas.

A fim de descrever as principais demandas de saúde da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde Capital e mapear o itinerário do usuário dentro da estrutura de trabalho, descrevendo os fluxos, normas, rotinas, procedimentos e protocolos de resoluções administrativas de saúde, será utilizada uma metodologia com abordagem quali-quantitativa e descritiva. Os resultados dos dados levantados referentes ao perfil dos atendimentos e demandas de saúde da CRLS da Capital, bem como o itinerário do usuário antes e durante a covid-19, serão apresentados no terceiro capítulo, com análise de tendência de variáveis estudadas no período de janeiro de 2019 a junho de 2021 e discussão do *corpus* de informações referentes ao itinerário do usuário, com base nos objetivos elencados para o estudo e organizada à luz de categorias definidas. E ao final deste capítulo, serão apresentadas propostas para o pós-covid-19, com identificação de pontos de melhoria, adequação e aperfeiçoamento no processo de trabalho e fluxos administrativos da CRLS, visando à reestruturação desta para um modelo de atendimento híbrido, que contemple o itinerário de atendimento ao usuário nas formas remota e presencial.

1 DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

1.1 A Constituição de 1988 e a saúde com sua concepção nos tempos atuais

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou a saúde, em 1946, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades. O objetivo era superar o modelo biomédico, curativo e reducionista até então vigente e, assim, fixou entre os princípios que devem reger a proteção à saúde, a seguridade, relações harmoniosas e a felicidade, sendo entendida como um recurso para a vida cotidiana. A OMS reforça esse conceito estabelecendo princípios que devem guiar esta compreensão, apontando condições mínimas para que um Estado assegure o direito à saúde ao seu povo, como: igualdade; paz e segurança; desenvolvimento da criança; conhecimento / informação e responsabilidade do estado. O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ONU) ratifica o conceito da OMS, ao assinalar que o Estado deve adotar medidas sanitárias e sociais adequadas, prevendo disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país (ONU, 2000).

Segre e Ferraz (1997) descrevem como ultrapassada a definição de saúde da OMS, por trazer de forma estanque o físico, mental e social, e já haver o entendimento de uma clivagem entre estes três estados no indivíduo como um todo. Para Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), não há uma definição do que seja saúde, considerando a dificuldades de se legitimar cientificamente uma definição universal sobre o que é saúde – já que ela está diretamente correlacionada com determinado contexto sócio-histórico e é percebida em condições de existência específicas.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, traz um conceito de saúde ao definir que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ou seja, refere o direito à saúde como sendo indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas. Ainda que

possa ser considerado utópica por muitos autores, a contribuição dada pelo conceito trazido pela Constituição da OMS foi fundamental, pois serve de referência à operacionalização de diversas leis em matéria sanitária, tendo inserido o conceito de saúde na ideia do ser humano em relação com seu meio, além de enaltecer a saúde como um bem jurídico a ser protegido pelo Estado de forma coletiva e pelos indivíduos de maneira individual.

É importante destacar que, a depender do contexto histórico e/ou visão de mundo, o conceito de saúde foi sendo discutido e vem acompanhando mudanças sociais, políticas e econômicas que, direta e indiretamente, influenciam na sua formulação. No entanto, ainda hoje se verifica, no campo da saúde, uma visão reducionista do conceito de saúde, caracterizando-a como a "ausência de doença", privilegiando os determinantes biológicos em detrimento dos sociais na interpretação dos fenômenos saúde e doença, contrariando o conceito de saúde como fenômeno complexo e enfocando numa concepção fragmentada e curativista, sem avaliar os aspectos sociais, psicológicos, ambientais, culturais e ecológicos em que vive e se encontra a sociedade (TESSER *et al.*, 1998 apud ROZEMBERG; MINAYO, 2001). A saúde ainda está focada na doença, mas é preciso focar na prevenção, pois uma medicina preventiva reduz as chances de doenças e, por consequência, reduz também os gastos necessários com tratamento.

No contexto brasileiro, a saúde é um direito fundamental do ser humano, expressa nos artigos 196, 197, 198 e 199 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CFRB) como "Um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Descreve assim, como dever do Estado, a garantia das boas condições de acesso à saúde, tendo como base de suas diretrizes a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e a participação da comunidade. Desta forma, o Art. 196 deixa implícito em seu enunciado a necessidade de articulação de toda política pública, ampliando o conceito de saúde e a necessidade de correlação com outros condicionantes da saúde, como alimentação, saneamento, moradia, meio ambiente, trabalho, renda, lazer, educação e outros. O artigo 196 ainda traz a garantia ao acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde, a ser prestado pelo Estado, através de órgãos e

entes que compõem o SUS. Ventura *et al.* (2010) descrevem que a saúde passou a ser tratada de forma ampla, como um direito universal e integrativo, podendo ser considerada uma questão de cidadania e de justiça social, e não um mero estado biológico, que independe do *status* social e individual.

O Brasil delineou um projeto minucioso para dar efetividade ao direito à saúde, de importância ímpar ao entendimento de saúde pública e ao conceito de saúde, sem precedentes até então. Em atenção às demandas do Direito Internacional Humanitário, em 1966 o Brasil assinou o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Assembleia Geral da ONU, sendo este considerado o principal instrumento de promoção social, determinando em seu artigo 12, que “os Estados Partes reconhecem o direito de toda pessoa a desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”. O movimento sanitário foi de grande importância para a consolidação das diversas experiências históricas na saúde do Brasil, trazendo ideias de uma série de mudanças e transformações necessárias a esta.

O surgimento da Reforma Sanitária fez com que a saúde passasse a ser vista de forma ampla e complexa, centrando as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade, diferentemente do modelo de saúde anterior, que evidenciava um sistema fragmentado, assistencialista, voltado para a lógica curativista, sem a participação da população e restrito aos profissionais da saúde. As propostas da Reforma Sanitária foram reunidas em deliberações das Conferências de Saúde, que tiveram início na Era Vargas, quando foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1941. O país buscava então respostas à crise de conhecimento e de modelo biomédico, de autoritarismo, das condições sanitárias da população e do sistema de prestação de serviços à saúde. Teve como ponto auge a 8ª CNS, em 1986, quando pela primeira vez na história, foi possível a participação da sociedade civil organizada no processo de construção do que seria o novo modelo de saúde pública brasileiro, sendo moldada uma proposta de forma legítima que veio a ser incorporada pela Assembleia Nacional Constituinte ao elaborar a Constituição de 1988 (WERNER, 2008).

É a partir da Constituição Federal de 1988 que o SUS foi criado, estruturado a partir das Leis nºs 8.080/90 e 8142/90, tendo como fim garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Segundo os artigos 2º e 3º, parágrafo único, da Lei nº 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que adota

o conceito da OMS, passou-se a ter o entendimento de saúde enquanto produto de múltiplos determinantes, como educação, trabalho, alimentação, acesso aos serviços de saúde, dentre outros. O SUS foi criado para democratizar e ampliar o acesso gratuito e a Lei nº 8.080/1990 prevê ainda que a análise dos níveis de saúde da população expressa a organização social e econômica do País, tendo como fatores determinantes e condicionantes, destacando, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

1.2 Da estruturação do SUS até os tempos atuais, os caminhos percorridos para a “efetivação” do Direito à Saúde

A criação do SUS foi, indiscutivelmente, a maior conquista democrática na saúde. Antes dele, apenas pessoas com vínculo formal de emprego ou que estavam vinculadas à previdência social poderiam dispor dos serviços públicos de saúde. O SUS conta com uma ampla gama de normas que buscam regulamentar a Constituição Federal e indicar caminhos mais precisos para consecução de seus fins. Destacam-se como principais textos a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) e a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. De acordo com Ministério da Saúde do Brasil:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da atenção primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. com a sua criação, o sus proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. (BRASIL, 1988).

Conforme descrito, a saúde é um conceito abrangente que ao longo dos anos recebeu várias definições no meio político, social e jurídico, e o direito à saúde foi expresso no Art. 196 da Constituição Federal, como um direito social, descrito como:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Um aspecto importante a ser destacado no texto constitucional é que ele apresenta o conceito mais amplo de saúde, deixando claro que esta não deve ser garantida apenas através de políticas de saúde que visem tratar doenças, mas também por políticas sociais e econômicas com vistas à prevenção de doenças e promoção de bem-estar.

É importante destacar que o surgimento das políticas públicas de saúde no Brasil, ao longo de sua construção, até a efetivação dos projetos de redemocratização consolidados pela Assembleia Constituinte de 1988, deixou de ser de interesse técnico para se tornarem uma dimensão política, e é nesse contexto que o direito à saúde passa a ser definido como universal de responsabilidade do Estado, e com característica não contributiva, independentemente de serem contribuintes beneficiários ou não, não deve haver um pagamento do cidadão para o acesso à saúde pública. Antes da criação do SUS, boa parte da população não tinha acesso à saúde, tinha que ser atendida em um sistema paralelo, que eram os sistemas públicos estaduais e municipais, pois o que existia era um sistema de saúde que atendia apenas àquela parte da população que tinha direito aos Institutos de Assistência, que já haviam sido centralizados no antigo Instituto de Assistência da Previdência Social (INAMPS). (COBAITO; COBAITO, 2020)

Esse um novo sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi regulamentado pela Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde, que em seu primeiro artigo faz referência ao artigo 196 da Constituição Federal:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. (BRASIL, 1990)

Desta forma, a lei possui uma extensão nacional, integrada por todos os entes federativos, e regulamenta todo e qualquer serviço de saúde, seja ele de pessoa física, jurídica, por iniciativa privada ou pelo Poder Público. Ainda determina, no seu Art. 2º, que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado de garantir a saúde de forma igualitária e universal por meio de políticas econômicas e sociais.

O Artigo 196 da Constituição Federal estabelece objetivos para o SUS ao prever a saúde como um direito de todos; e o Artigo 5º da Lei Federal nº 8.080/90 traz os objetivos mais específicos do SUS, sendo estes:

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990)

O Art. 196 da Constituição Federal prescreve o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde; já no Art. 198, encontramos a definição de uma rede regionalizada e hierarquizada a constituir um sistema único, sujeito a diretrizes específicas e princípios basilares, tais como: o do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços do SUS; o da regionalização e o da hierarquização. Os incisos do Art. 198 da Constituição Federal estabelecem diretrizes a serem observadas pelo sistema:

- I) descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III) participação da comunidade.

O Art. 7º da Lei Federal nº 8.080/90 reiterou as determinações constitucionais, assim normatizando o tema:

- Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
 - VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
 - VIII – participação da comunidade;
 - IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 1. a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 2. b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
 - X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
 - XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
 - XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990)

Os princípios e diretrizes do SUS possuem seu fundamento na Constituição Federal de 1988 e regulamentados pela Lei Orgânica de Saúde, servindo para padronizar sua organização, suas ações e seus objetivos em todo o território brasileiro, não só em suas unidades, mas também no setor privado a ele conveniado.

O princípio da Universalidade traz a saúde como um direito de todas as pessoas que se encontram no território brasileiro, independentemente de nacionalidade, cor, etnia, religião, classe social, sexo ou qualquer outra característica que as diferencie dos demais. Outro princípio do SUS é o da Integralidade, compreendido como um atendimento integral, abrangendo a saúde em todos os âmbitos, em todos os níveis de atenção, desde a prevenção até o tratamento de doenças graves. Além disso, considera o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural, e permite que as necessidades de saúde de cada pessoa sejam vistas de modo global, de forma que as políticas públicas de saúde sejam integradas a outras competências do poder público e produzam impacto na qualidade de vida.

Esses dois princípios são compreendidos, por alguns autores, como um dever de o Estado “dar tudo” “a todos” em relação aos serviços de saúde. Em outras palavras: quando se garante a integralidade infinita, sem qualquer razoabilidade a um indivíduo, estará sendo violada a integralidade de outro indivíduo. Sob essa perspectiva, qualquer cidadão, a qualquer momento, tem o direito de se valer do SUS para requerer o que entende ser necessário para a proteção do direito fundamental consagrado nos artigos 196 e seguintes da Constituição da República (DAVIES, 2013; SOUZA, 2014).

O princípio da Equidade visa reconhecer as diferenciações sociais e assim ampliar o acesso das populações vulneráveis ao SUS. Com este princípio, reconhecem-se as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Um exemplo é o tratamento preferencial ao idoso e à gestante.

Por fim, o princípio da Regionalização e Hierarquização diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam

perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região. Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando ao comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Seguindo o estabelecimento de seus princípios na Constituição em 1988 e sua criação em 1990, os mecanismos legais para a operacionalização e expansão do SUS foram desenvolvidos progressivamente ao longo de mais de 30 anos. A incorporação dos princípios de universalidade, integralidade, descentralização, participação comunitária e a transferência de responsabilidade e fundos para fornecer assistência médica, da esfera federal para estadual e governos municipais, reorientando o poder político e responsabilidade para com os governos locais, deu origem a alguns importantes programas de saúde que foram lançados para combater doenças infecciosas persistentes e emergentes e a alta mortalidade materna e infantil. A descentralização do poder foi acompanhada pela criação de comissões tripartidas e comissões intergerenciais bipartidas, com a participação dos governos federal, estadual e municipal para a tomada de decisão compartilhada sobre políticas de saúde, e o controle através de conferências e conselhos atuando como mecanismos sociais de participação.

Desde a sua criação, em 1990, o SUS tem tornado consistente o progresso no sentido de oferecer uma oferta universal e abrangente com atenção integral à saúde da população brasileira. Alguns avanços ocorridos nos anos 90 merecem especial atenção nesta passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro, para um cenário em que milhares de gestores passam a ser atores fundamentais no campo da saúde e com mecanismos de regulação que deem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área da saúde. Dentre estes avanços, merecem destaque a criação do subsistema de atenção à saúde indígena; a regulação da prestação de serviços privados de assistência à saúde; a definição de políticas de recursos humanos; de financiamento; de gestão financeira; de planejamento e de orçamento.

Ressalta-se que as três Normas Operacionais Básicas (NOBs) editadas na década de 1990 – NOB 91, NOB 93 e NOB 96 – trataram de aspectos da

organização do sistema de saúde e representaram instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização, estabelecida na Constituição e na legislação do SUS (Leis nºs 8.080 e 8.142, de 1990).

As duas primeiras foram editadas num contexto em que a cultura centralizadora e as práticas do INAMPS ainda atuavam, embora caminhassem para a descentralização. Tiveram como características: equiparação dos prestadores públicos e privados; manutenção da gestão do SUS centralizada no INAMPS; municípios como gestores de Unidades de Saúde, e não de sistema e a redefinição de alguns critérios de recursos, propondo mecanismos de estímulo para a gerência municipal e a estadual. Alguns estados assumiram a gestão – a maioria manteve-se como prestador de serviços de saúde, com a mesma lógica com que eram tratados os prestadores privados dos serviços de saúde para o Governo Federal, controlados pelo INAMPS.

Apenas com a NOB 01/93, baseada no documento do Ministério da Saúde de 1993, “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, é dado impulso mais vigoroso no sentido da descentralização, sendo regulamentada a habilitação da gestão da saúde pelos municípios. Desencadeou-se, assim, o processo de municipalização através da transferência automática de recursos financeiros fundo a fundo, possibilitando que os municípios se transformassem em gestores de fato do SUS. A NOB 01/03 ainda instituiu níveis progressivos de gestão local do SUS e estabeleceu um conjunto de estratégias que consagraram a descentralização político-administrativa na saúde. Também foram definidos diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada gestor) e consagrados ou ratificados os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite), responsáveis pela operacionalização do SUS e enfrentamento dos problemas na implantação desta NOB.

No final de 1996, é editada a NOB 01/96 e das diversas alterações e inovações introduzidas, cabe ressaltar a concepção ampliada de saúde, considerando a concepção determinada pela CF englobando promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia etc. Teve por objetivo promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal; caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor; reorganizar o modelo assistencial,

descentralizando aos municípios a atenção básica da Saúde e diminuir relativamente o repasse por produção, aumentando o repasse fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde) com base na população, e com base em valores per capita previamente fixados.

Importante destacar o tratamento especial para as ações básicas de saúde e o estabelecimento apenas de dois novos mecanismos de classificação que determinam os estágios de habilitação para a gestão dos municípios: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Na primeira, o município recebia recursos para a administração autônoma das ações básicas, e na segunda essa responsabilidade foi ampliada para toda a assistência em ambulatório e hospitalar.

O início dos anos 2000 ainda foram caracterizados por grandes avanços no SUS. Em 2001, houve a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 1/2001), que ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica; definiu o processo de regionalização da assistência; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2001). A publicação da Portaria GM/MS nº 393, de 29/3/2001, aprovou a implantação da Agenda Nacional de Saúde, que estabeleceu os eixos prioritários de intervenção para o ano 2001 e serviu de instrumento de orientação estratégica da Política de Saúde no Brasil. Houve ainda a definição de responsabilidades, com a publicação de algumas portarias que definiram a relação de doenças de notificação compulsória em todo o território nacional (Portaria GM/MS nº 1.943, de 18/10/2001); adotaram a vacinação obrigatória de trabalhadores das áreas portuárias, aeroportuárias, de terminais e passagens de fronteira (Portaria GM/MS nº 1.986, de 25/10/2001) e dispuseram sobre a criação da Comissão Permanente de Saúde Ambiental, do Conselho Nacional de Saúde (Portaria GM/MS nº 2.253, de 11/12/2001).

No ano 2002, foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (Portaria GM/MS nº 373, de 27/2/2002). A maior ênfase da NOAS-SUS foi no processo de regionalização

do SUS, visto que as normas operacionais não permitiam uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços e eram consideradas insuficientes para a configuração do sistema de saúde. Ainda houve, nessa fase, a publicação de várias leis e portarias ministeriais que incluíram as ações de epidemiologia e controle de doenças na gestão da atenção básica de saúde (Portaria GM/MS nº 44, de 3/1/2002); acrescentaram capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento correspondentes; regulamentando a assistência domiciliar no âmbito do SUS (Lei nº 10.424, de 15/4/2002); alteraram os artigos 19 e 20 da Portaria GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere aos critérios para a suspensão do repasse de recursos correspondentes aos convênios celebrados, aplicação das sanções e demais procedimentos correspondentes (Portaria GM/MS nº 1.147, de 20/6/2002) e instituição do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (Portaria GM/MS nº 1.560, de 29/8/2002).

Ao longo dos anos, os arranjos institucionais do SUS foram sendo discutidos e modificados, a fim de aperfeiçoar a integração intergovernamental, para o compartilhamento da gestão em saúde. Desta forma, as normas operacionais regulamentaram as responsabilidades e relações pela gestão do SUS até 2006, período que foi consolidado e instituído o Pacto pela Saúde.

O Pacto foi um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios), introduzindo mudanças entre os federados, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, inclusive nos mecanismos de financiamento, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Para a adesão dos gestores ao Pacto, era necessário aderir às três dimensões estabelecidas: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida consistiu no compromisso de gestores do SUS em torno de medidas que resultassem em melhorias da situação de saúde da população brasileira. O Pacto em Defesa do SUS envolveu ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas que contribuíssem para aproximar a sociedade brasileira do SUS. O Pacto de Gestão do SUS esteve em vigor entre 2007 e 2011, implementando uma estratégia baseada em prioridades sanitárias nacionais, trazendo alterações nas regras anteriores com vistas a reforçar a estratégia da regionalização, da qualificação do processo de

descentralização e ações de planejamento e programação e mudanças no financiamento. O instrumento para formalização dos compromissos entre gestores, definindo metas do Pacto pela Vida e do Pacto pela Gestão do SUS, era o Termo de Compromisso de Gestão, que em 2012 teve as homologações dos Termos de Compromissos substituídas pela assinatura dos Contratos de Ação Pública (COAP), instrumento de aprimoramento e formalização jurídica da gestão de responsabilidades dos entes federados, na intenção de que o sistema jurídico-legal operasse garantias de cumprimento dos pactos firmados, além de conter indicadores, metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que seriam disponibilizados, a forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508/11). Os instrumentos e as estruturas de coordenação instituídos ou fortalecidos pelo Pacto pela Saúde ainda permaneceram vigentes; alguns foram incorporados ao COAP, que a princípio viria para substituir o Pacto pela Saúde, com uma metodologia permanente de integração intergovernamental, objetivando reduzir a fragmentação da gestão de saúde. No entanto, o COAP não trouxe recursos novos ou mudanças na sistemática de transferência de recursos do SUS, nem incluiu qualquer encaminhamento para o problema do financiamento (MINECUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

2020, primeiro ano da pandemia da covid-19, trouxe novos desafios e novas necessidades ao SUS, que precisou se expandir rapidamente para dar a resposta assistencial que a população necessitava, amplificando as importantes desigualdades no acesso, cobertura e utilização de serviços de média e alta complexidade presentes no país na atenção à saúde das condições crônicas, especialmente no acesso à atenção especializada e hospitalar (TANAKA; FERREIRA, 2019). Estes mais de 33 anos de constituição do SUS representaram avanços e muitas conquistas na saúde. O SUS está consolidado no nosso país: muitas barreiras foram enfrentadas, resultando no direito da população brasileira aos serviços de saúde.

Deve-se considerar, entretanto, que muitos desafios são enfrentados constantemente e seus princípios e diretrizes, apesar do reconhecimento legal inscritos na Carta Magna, ainda estão muito distantes de atingir seus objetivos mais caros para a constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral, desejado por toda população brasileira. Ainda assim, o SUS se configura como um

dos sistemas mais reconhecidos e resolutivos, mesmo que ainda longe de se concretizar plenamente, impondo à sociedade a luta por esta concretização e efetivação do direito à saúde, com um sistema universal, democrático, acessível e de qualidade.

O direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, e a integralidade, uma de suas diretrizes, como um dos eixos prioritários das políticas de saúde, é um dos principais meios de concretizar o direito à saúde da população, implicando a superação de obstáculos e implantação de inovações nos serviços de saúde pelas esferas de governo (GUIZARDI; PINHEIRO, 2008). No entanto, a falta de definições claras para a aplicação efetiva dos princípios do SUS, as diferenças regionais e carências orçamentárias possibilitam a interpretação de que o SUS deve garantir “tudo para todos”, resultando no crescente fenômeno da chamada judicialização da saúde, com o Judiciário brasileiro deferindo a prestação de serviços e produtos de saúde que, em muitos casos, não são regularmente ofertados pelo SUS.

1.3 Dos desafios atuais do SUS para a “efetivação” do Direito à Saúde

No momento da sua criação, o SUS produziu um enorme movimento de inclusão social, ao assegurar o atendimento universal em saúde a uma população que cresce exponencialmente. Entretanto, passados 33 anos, o SUS ainda enfrenta fortes limitações para conseguir cumprir o preceito constitucional que embasou sua concepção. Um dos desafios enfrentados deve-se exatamente ao tamanho da população potencialmente usuária, que pode ser traduzido com os seguintes números: o Brasil conta, segundo o último censo demográfico (2010), com 190.755.799 milhões de habitantes e com uma projeção atual da população (2021) de 213.941.196 milhões de pessoas, ocupando a sexta posição em países com maior número de habitantes no mundo (IBGE, 2021).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em sua Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), com dados referentes ao ano de 2019, anterior à pandemia da covid-19, mostrou que 71,5% dos brasileiros, ou seja, mais de 150

milhões de pessoas, dependem do SUS para tratamento. Ademais, se somam a esses desafios as diferenças marcantes entre as regiões do País, que possui uma dimensão continental e desigualdades acentuadas tanto sociais, de saúde, educacionais e econômicas. De acordo com a mesma pesquisa, cerca de 34,1 milhões de domicílios não possuem sequer o serviço de esgotamento sanitário.

Não há como separar as dificuldades do SUS na efetivação do direito à saúde com o seu financiamento, pois em grande medida, eles são causa e consequência. O subfinanciamento do SUS é crônico e data de sua criação, pois não recebe recursos suficientes para atender a toda a população da maneira que propõe a Constituição. O Art. 198 da Constituição Federal e suas disposições transitórias previram a destinação de 30% do orçamento ao gasto federal da Seguridade Social em 1988, vinculando impostos e contribuições sobre a folha de salários, lucro e faturamento à Saúde, Previdência e Assistência Social do SUS; no entanto, esses recursos nunca foram de fato alocados em sua totalidade para a Saúde.

O grande problema é que se descentralizou a gestão, mas os recursos não foram descentralizados de maneira proporcional e a CF/88 não definiu patamares mínimos de aplicação, no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em saúde. Até sua promulgação, não havia sistema de informação que possibilitasse a consolidação do gasto dos entes federados com o SUS. A Lei nº 9.311/1996, com vigência entre 1997 e 2007, visando compensar o subfinanciamento, criou a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que tinha como premissa inicial destinar integralmente esses valores à Saúde, mas que foram posteriormente compartilhados com a Previdência e outros programas sociais. Ainda durante o período de vigência da CPMF, houve a aprovação pelo Congresso Nacional da Emenda Constitucional (EC) 29/2000, com a finalidade de amenizar os recursos orçamentários para a Saúde, constituindo clara desvinculação dos gastos de Saúde às fontes de financiamento da Seguridade Social, substituída pelo atrelamento do acréscimo dos recursos federais da Saúde à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A EC 29 fez com que o SUS passasse a contar com o respaldo legal de um orçamento mínimo obrigatório para União, estados e municípios. Estabeleceu que estados e municípios alocassem, no primeiro ano, pelo menos 7% dessas receitas, e que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, em 2004 e, para os municípios, 15% no mínimo. Essas regras permanecem vigentes

para os entes subnacionais, e em relação à União, a EC 29 determinou que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior, acrescido da variação nominal do PIB. No entanto, não explicitava a origem dos recursos e em relação à Seguridade Social foi omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos (ANFIP, 2007).

Em 13 de janeiro 2012, foi publicada a Lei Complementar nº 141, após a sanção presidencial da Emenda Constitucional 29, redefinindo os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS, mas trouxe pouca alteração ao financiamento do SUS, por reiterar a vinculação do gasto federal de saúde ao PIB. Segundo esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do PIB do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

Além do subfinanciamento, a Emenda Constitucional nº 95, resultado das Propostas 241 e 55 – que tramitaram, respectivamente, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal –, aprovada pelo Congresso Nacional em 16 de dezembro de 2016, acentuou o processo de desfinanciamento da saúde, ao congelar o gasto público por 20 anos. Trata-se de uma severa medida de austeridade fiscal, pois desta forma os investimentos em saúde e educação ficarão congelados até 2036.

A partir dessa EC 95, o gasto do Ministério da Saúde foi congelado em 15% da Receita Corrente Líquida do governo federal de 2017, a ser atualizado anualmente tão somente pela variação do índice inflacionário IPCA/IBGE, até 2036. Desta forma, diferentemente da regra anterior, o piso federal de aplicação em saúde deixou de ser indexado à Receita Corrente Líquida, ficando estagnado, em termos reais, nos níveis de 2017.

Para se ter a dimensão da magnitude desta medida, a perda de recursos desde 2018 até 2020 alcançou o patamar de R\$ 22,5 bilhões (MENDES; CARNUT, 2020). Estimativas do Conselho Nacional de Saúde apontam que este cenário se tornou ainda mais crítico com a pandemia da covid-19, havendo retirado do SUS recursos na ordem de R\$ 42,5 bilhões dos anos pré-pandemia da covid-19 (2018 e 2019) e em vigência da pandemia (2020 e 2021). (ORELLANA *et al.*, 2021).

Ao mesmo tempo que o Brasil sofre com a verba insuficiente do governo federal – que desconsideram as taxas de crescimento econômico, como as demográficas pelos próximos 20 anos –, o SUS vê crescer a demanda por seus serviços, motivada por mudanças nos perfis socioeconômico e epidemiológico dos brasileiros. Entre elas, o envelhecimento da população, os vazios assistenciais, a incorporação de tecnologias e o aumento dos acidentes de trânsito, da violência e o crescimento do desemprego, que fez com que quase três milhões de pessoas abandonassem os planos de saúde nos últimos cinco anos, aumentando a procura pela rede pública. Um dos principais agravantes é o envelhecimento da população brasileira. Pesquisa realizada pelo IBGE mostrou que em 2016, 26 milhões de habitantes tinham mais de 60 anos. Como nessa faixa etária os problemas de saúde se tornam mais recorrentes, isso representa um alto custo para a saúde pública (RODRIGUES, 2019).

O subfinanciamento na saúde, com a acentuada falta de recursos nos municípios – que possuem grandes responsabilidades em relação aos atendimentos em seu território, mas não recebem recursos suficientes para isso, precisando adotar constantemente estratégias para tentar contorná-las – faz com que os movimentos sociais e políticos que atuam em defesa dos SUS mantenham as discussões sobre o financiamento constantemente na agenda. E ainda, abre questionamentos acerca do novo regime fiscal e a capacidade de manter e preservar serviços básicos que garantam um mínimo à população brasileira, visto que é muito comum constatar incapacidade de municípios pequenos em estabelecer e gerenciar seus sistemas de atendimento, comprometendo em grande medida a qualidade da saúde da população.

Os recentes acontecimentos que afetam a sociedade de maneira geral, com o país atingido fortemente por um vírus de letalidade moderada e mais de 600 mil óbitos no Brasil, exacerbaram-se a insuficiência de recursos para o SUS, um sistema que propõe a universalização da saúde. Com o quadro sanitário caótico da pandemia da covid-19 e para lidar com a emergência sanitária, o parlamento brasileiro aprovou o chamado Orçamento de Guerra, a Lei Complementar 173, suspendendo regras fiscais para criação e expansão de despesas e renúncias tributárias; e o Decreto Legislativo 6/2020, que decretou estado de calamidade pública para fins do Art. 65 da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), mecanismos e

medidas que suspenderam as restrições fiscais para o governo enfrentar a pandemia.

Acentuou-se, com a pandemia da covid-19, o papel primordial do SUS, que precisou se expandir de uma hora para a outra, de modo a dar a resposta assistencial de que a população necessitava no combate efetivo da pandemia em território brasileiro. Representou um dos alicerces na garantia da saúde para grande parte da população economicamente ativa, sendo importante também para a recuperação econômica mais sustentável no período pós-pandemia. Isso só foi possível por ter sido constituído e ter sua sustentabilidade em conceitos, princípios, práticas e protocolos consolidados.

Acrescenta-se ainda aos desafios da insuficiência financeira nas políticas de saúde pública, em que os recursos são parcos e restritos, a judicialização da saúde, entendida como a reivindicação da saúde como um direito (MARQUES, 2008), com o Poder Judiciário atuando em decisões que vinculam e sobrepõem as normativas vigentes do SUS. Barroso (2009, p. 4) descreve que alguns excessos e inconsistências na litigância de saúde “põem em risco a própria continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos”. Dificultam, inclusive, a implementação de políticas coletivas. Cobaito e Cobaito (2020) corroboram esse pensamento destacando que a judicialização da saúde atua como uma segunda porta de entrada, com o Judiciário brasileiro aceitando demandas individuais e determinando a prestação de serviços e produtos de saúde que, em muitos casos, não são regularmente ofertados pelo SUS, consumindo muitos recursos financeiros, ao tentar solucionar um problema individual, tirando recursos da coletividade, sem resolver os problemas de acesso por parte da população e ainda tendendo a criar enormes dificuldades na melhoria da prestação de serviços do SUS, pois quebra a equidade no acesso (REIS; MENEZES; MORETTI, 2019). O Poder Judiciário, como consequência, passa a ter papel ativo e decisivo na concretização da Constituição, aumentando o desafio administrativo e fiscal, uma vez que esse fenômeno é visto como tendo um enorme potencial de acirrar ainda mais as desigualdades na prestação de serviços públicos de saúde (FERRAZ; VIEIRA, 2009).

Segundo Albuquerque e Souza (2017), como o volume de verbas investidas nos serviços de saúde demanda elevado nível de investimento financeiro, isso torna o ambiente dos sistemas de saúde mais suscetível a desvios. Para Catlett e Grion

(2015), a deficiente prestação de políticas públicas relacionadas ao direito fundamental à saúde estaria relacionada, diretamente, a práticas corruptivas. Parte dessas deficiências podem ser atribuídas a irregularidades, comportamentos corruptivos, considerados como um mal crônico no serviço público do país, pois o setor movimenta valores gigantescos e ainda é completamente suscetível a irregularidades iminentes, comprometendo a utilização dos recursos destinados a melhorar os serviços prestados à sociedade.

O setor de saúde é apontado como um dos principais alvos da corrupção em todo o mundo, visto que possui grandes orçamentos e padece de graves problemas de gestão. Na prestação do direito fundamental à saúde, o mais importante é garantir que o sistema como um todo funcione adequadamente; e além da corrupção, muitos recursos não são devidamente aproveitados, sendo até desperdiçados. A deficiente prestação do direito fundamental à saúde está diretamente ligada a práticas corruptivas, que estão presentes em praticamente toda a História, como também a práticas de má gestão na saúde pública.

A precariedade e insuficiência dos serviços públicos de saúde são agravadas com o avanço da crise e desafios da saúde nos últimos anos, o que também provoca transformações na busca pelo direito à saúde e Judiciário, pelo não cumprimento e/ou violação de direitos sanitários. Ademais, a corrupção no país é um dos principais fatores que dificultam os investimentos na área. De acordo com Bezerra (2017; 2018), a utilização da categoria corrupção para explicar diferentes situações sociais possui um histórico no Brasil, de modo que interpretações essencialistas colocam a corruptibilidade brasileira como uma espécie de traço do “caráter nacional” que possui raízes históricas e culturais, sendo especialmente grave por limitar o desenvolvimento humano e econômico e colocar os pacientes em situação de risco.

No mesmo sentido e de forma mais específica, Rocha (2016) relaciona a corrupção aos danos gerados para a saúde pública: especialmente no setor de saúde pública, os atos de corrupção são mais perniciosos e seus efeitos são rapidamente perceptíveis, sendo que a corrupção na saúde impacta negativamente na provisão de serviços de saúde e prejudica, particularmente, os mais pobres. Além das perdas vultosas de dinheiro público, a corrupção ocasiona uma paralisia na prestação dos serviços hospitalares e acompanhamento médico em geral, o que implica maiores níveis de mortalidade, bem como queda na qualidade de vida da

população local. A saúde envolve conhecimentos científicos e técnicos, por vezes altamente especializados, o que gera uma defasagem entre o conhecimento dos provedores.

A corrupção na saúde pública pode ser descrita por diversas modalidades, tais como: pagamentos informais feitos diretamente a profissionais de saúde, nomeação e permanência em cargos dos sistemas de saúde devido ao repasse de valores a membros do governo, absenteísmo ilegal dos profissionais de saúde de cumprimento reduzido do horário de trabalho, propinas dirigidas a profissionais e gestores de saúde para cometerem ou permitirem a prática de atos ilegais, corrupção nas licitações de serviços e bens de saúde, furto ou mau uso dos bens destinados à prestação de serviços de saúde, fraudes diversas e desvio de recursos destinados a políticas de saúde.

Considerando o amplo leque de atos de corrupção e suas consequências negativas sobre a população, o caos político, econômico e social e a instabilidade, é notório que corrupção na área da saúde não só compromete o orçamento público e seu retorno social como também afeta diretamente a vida e a saúde da população, especialmente as mais carentes, tornando essencial adoção de medidas preventivas mais efetivas para conter a corrupção e evitar seu impacto negativo.

A corrupção afeta o sentido de igualdade e do direito à saúde, gerando custos sociais. Rocha (2016) destaca dados estatísticos acerca da corrupção no orçamento público da saúde, que de acordo com Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Brasil perde com corrupção 27% do que gasta com educação, sendo que com o orçamento da saúde esses números são ainda mais impressionantes, chegando a 40%.

2 DIREITO À SAÚDE E INSTITUIÇÕES JURÍDICAS

2.1 O Poder Judiciário e a judicialização da saúde

Ao longo do tempo, o ordenamento jurídico brasileiro já passou por diversas mudanças, sendo adotadas diferentes estruturas organizacionais. Cada Constituição trouxe consigo uma caracterização diversa ao Judiciário, sendo que desde 1988 os três Poderes da União – Executivo, Legislativo e Judiciário – são regulados pela Constituição Federal, como poderes independentes e harmônicos entre si.

Conforme descrevem Lima e Filho (2018), remonta ainda à Antiguidade a separação do governo em três poderes, descrita como Corrente Tripartite. Aristóteles foi o pioneiro a descrever, em sua obra *A Política*, a existência destes três órgãos separados, aos quais cabiam as decisões de Estado, com funções distintas que deveriam ser exercidas pelo poder soberano, quais sejam: edição de normas, aplicação das referidas normas e a função de julgamento, a fim de dirimir conflitos oriundos da aplicação das normas aos casos concretos.

É o que ocorre na atualidade, ou seja, os três Poderes previstos constitucionalmente (artigo 2º CF/88) são exercidos de forma autônoma e independente, porém, com o exercício de funções típicas e atípicas, cabendo ao Poder Judiciário a interpretação final, a função típica de julgar, também conhecida como função jurisdicional, ou seja, subsumir a norma abstrata ao caso concreto para solução dos litígios postos. O juiz deve interpretar as normas infraconstitucionais no sentido de que estas atendam ao máximo possível os direitos fundamentais da pessoa, e desta forma dizer o direito ao caso concreto, reduzindo conflitos que lhe são levados, quando da aplicação das leis (AGGIO, 2010).

O Poder Judiciário é regulado pela Constituição Federal nos seus artigos 92 a 126, possuindo, entre as diversas atribuições, a defesa da democracia, com a adoção de medidas de ampliação do acesso à justiça. Desta forma, cabe a este garantir que todo indivíduo tenha um provimento jurisdicional e legitime a atuação das instituições jurídicas na efetivação de direitos, especialmente o direito à saúde.

É um dos responsáveis institucionais pelo Estado democrático de direito e pela relação entre o Estado e a sociedade (ASENSI *et al.*, 2015).

As atividades para a melhoria da prestação da Justiça não se resumem apenas à estrutura logística e à organização física do Poder Judiciário como um todo. É de se destacar, nesse processo, a participação de outras instituições jurídicas que contribuem para a solução de litígios, tais como o Ministério Público, a Defensoria Pública, a advocacia pública e privada, aos demais Poderes constituídos, aos institutos de arbitragem, mediação e afins, que podem atuar tanto judicialmente quanto de forma extrajudicial.

Aprovada em dezembro de 2004, a Emenda Constitucional 45 (EC-45) trouxe não apenas alterações significativas para o sistema de Justiça e a magistratura como um todo, como também criou um órgão que revolucionou a organização do Judiciário – o Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Este foi implementado em 2005, com o objetivo melhorar a atuação administrativa e financeira do Judiciário brasileiro, como um controle externo do Poder Judiciário, além de controlar o cumprimento dos deveres por parte dos juízes. Tudo isso buscando melhorar a atuação desse Poder, de modo que ele possa atender melhor às necessidades dos cidadãos no país (ASENSI *et al.*, 2015).

A instituição do Conselho Nacional de Justiça trouxe outras formas de pensar os desafios de efetivação do direito, além de adotar instrumentos racionalizadores de práticas administrativas benéficas e o estímulo às práticas judiciais voltadas para a celeridade, efetividade e pacificação de conflitos, não preponderando, dessa forma, o controle meramente disciplinar. Talvez de maneira indireta, a atuação cada vez mais frequente do CNJ provocou maior segurança e controle dos magistrados, além de instituir uma forma colaborativa de capacitação institucional. Essencialmente, compete ao CNJ a realização do controle da atuação administrativa e financeira do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais pelos juízes, observadas as prescrições do Art. 103-B, § 4º, da Constituição Federal e a regulamentação específica do seu Regimento Interno. Isso não afasta o poder e o dever dos tribunais de zelarem pelo cumprimento dos princípios inerentes à administração pública e de exercerem suas atribuições disciplinares e correccionais, inclusive em relação aos cartórios extrajudiciais (serviços notariais e de registro).

Na esfera jurídica, o crescente número de ações judiciais que demandam a concretização do direito constitucional à saúde, seja no contexto público ou privado, consagrou a nomenclatura “judicialização da saúde”.

Por judicialização da saúde, entende-se o fenômeno crescente dos números de ações que demandam questões relativas à saúde junto ao Judiciário, sendo definida como uma situação de acionamento do Poder Judiciário por parte de indivíduos ou grupos de indivíduos, na condição de cidadãos ou de consumidores, com a finalidade de que este poder arbitre conflitos destes com o Poder Executivo, com empresas privadas e até mesmo com pessoas físicas, em matéria de saúde, como uma última alternativa para garantir a efetivação da prerrogativa constitucional de direito à saúde (VIEIRA, 2020). A judicialização da saúde pode ser compreendida desde um pleito de fornecimento de um tratamento simples, exames, consultas e medicamentos que deveriam ser fornecidos pelo SUS, ou até um pleito extraordinário de fornecimento de medicamento fora do rol autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e não previstos em bula registrada (medicamentos *off-label*). No Brasil, é um fenômeno que ocorre desde os anos 1990, com ações movidas por pacientes portadores de HIV/Aids em busca de terapia antirretroviral ainda não disponibilizada pelo SUS naquela época (VIEIRA, 2020).

Uma das primeiras ações a obter liminar favorável no país foi contra o Estado de São Paulo. Sua importância está relacionada à abertura de precedente para o ajuizamento de outras demandas. Ela foi movida por uma advogada do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA-SP), em favor de uma professora e ativista da luta contra a Aids, integrante do Grupo de Incentivo à Vida (GIV). A ação, que foi motivo de ato público em frente à Secretaria de Estado da Saúde, baseou-se no fato de que a autora era portadora do HIV, doente de Aids e que os medicamentos disponíveis na rede pública para tratamento à época e por ela utilizados – Zidovudina e Didanosina – não produziam mais efeitos. Assim, ela necessitava, segundo sua médica da rede pública de saúde, dos medicamentos Saquinavir, Efavirenz e Neodecapytill. Em novembro de 1996, após mobilização da sociedade e da Coordenação Nacional de Aids, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 9.313, que obrigava o Estado a fornecer os medicamentos antiaids (BRASIL, 1996; SCHEFFER; SALAZAR; GROU, 2005).

A partir desse momento, iniciou-se um novo entendimento por parte do Poder Judiciário em relação ao direito à saúde descrito na Constituição. Até então, ele era

tido apenas como uma norma que orientava o Estado, passando a ser entendido como um direito individual imediatamente exequível (VIEIRA, 2020). Desde 1996 até os dias atuais, com o crescente aumento das demandas judiciais, parece prevalecer o entendimento de que o direito individual à saúde é soberano a quaisquer questionamentos. Não se trata de discutir a legitimidade da judicialização da saúde, mas a construção do entendimento que o crescimento exponencial das demandas judiciais de saúde tem causado um impacto nos diferentes gestores, acarretando sobrecarga de processos no Poder Judiciário e onerosos custos ao próprio Judiciário e ao Poder Executivo, na tentativa de atendimento integral às ações de saúde, sem que haja um desequilíbrio do sistema de saúde.

Notícia publicada no site oficial do CNJ por sua assessoria de imprensa, em 10/06/2020, sob o título “Soluções construídas pelo CNJ buscam reduzir judicialização da saúde”, descrevem que levantamento realizado pelo Departamento de Pesquisas Judiciárias (DPJ/CNJ) apontou um crescimento, entre 2008 e 2017, de 130% nas ações de saúde, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%, causando grandes impactos no planejamento e administração de recursos das três esferas de governo (INSPER, 2019). O mesmo *site* aponta que, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, no período de sete anos, atingindo R\$ 1,6 bilhão no ano de 2016.

Com efeito, preocupando-se com a garantia de maior celeridade e efetividade da prestação jurisdicional, o próprio Judiciário, desde o ano de 2009, vem elaborando estudos e propondo medidas concretas e normativas referentes às demandas judiciais de saúde. Nesse contexto, o CNJ tem sido um dos fortes aliados ao analisar e discutir a temática desenhando uma política judiciária de saúde, que envolve não somente a atuação das instituições jurídicas, mas também sua interface com instituições políticas e participativas. Houve um marco na judicialização da saúde em 2009, quando se contabilizaram cerca de 500 mil processos em todo o país. Este fato levou à realização da audiência pública no Supremo Tribunal Federal (STF), reunindo especialistas de várias áreas para discutir o fenômeno da judicialização da saúde (CNJ, 2015). No ano seguinte, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) o primeiro o primeiro ato, Recomendação n. 31/2010, que reunia medidas para subsidiar os magistrados e demais operadores do Direito em decisões mais eficientes na solução das demandas sobre assistência à saúde. A

recomendação orientava os juízes a ampliarem as fontes de informações para concessão de pedidos e envolver a comunidade médica e científica e os gestores públicos na busca de solução.

Foi também em 2010 que o CNJ aprovou a Resolução nº 107, instituindo o Fórum Nacional da Saúde, com a incumbência de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos. A principal preocupação era estabelecer ferramentas para subsidiar os magistrados com informações técnico-científicas e garantir decisão baseada em evidências, ainda em 2011, houve a publicação da Recomendação nº 36, com regulamentos específicos para o julgamento de demandas da saúde suplementar. Em 2014, 2015 e 2019, o CNJ realizou enunciados a partir da I, II e III Jornada de Direito da Saúde, servindo como referências essenciais para julgados e doutrina, tratando de orientações procedimentais com o fim maior de padronização e uniformização nacional dos atos processuais praticados em todos os Juízos, sem sobrepor as legislações formais, tampouco o princípio da legalidade (MARQUES *et al.*, 2019).

Especificamente no setor público, há um fortalecimento do Poder Judiciário no Brasil, assumindo o protagonismo na efetivação do direito à saúde, visto que a judicialização da saúde ganhou especial importância, seja pelo rápido e progressivo aumento do número de ações judiciais individuais que objetivam o fornecimento de prestações de saúde em face dos entes públicos, seja porque é nela que estão os maiores desafios e impactos, com calorosos debates envolvendo sociedade civil, Estado, profissionais de saúde e instituições jurídicas.

Há uma grande preocupação nas discussões de um desequilíbrio no orçamento público com o aumento do número de demandas judiciais. Em 2010, por exemplo, os gastos com demandas judiciais chegaram a quase 2% do orçamento referente à saúde. Auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), abrangendo União, Estados e municípios, detectou que os gastos da União com processos judiciais referentes à saúde, em 2015, foram de R\$ 1 bilhão, com um aumento de mais de 1.300% em sete anos. Hoje, o direito à saúde corresponde a mais de um bilhão de reais gastos pela União e a mais de dois milhões de processos judiciais espalhados nos tribunais de todo o país. Desta forma, a judicialização da saúde acaba por afetar o planejamento do sistema de saúde brasileiro, pois os processos que tramitam no Judiciário, sob influência das instituições jurídicas na gestão dos serviços, seja dos tribunais, seja do Ministério Público ou Defensoria

Pública, restringem a liberdade da administração pública em seus entes (União, estados e municípios) de definir onde serão alocados os recursos públicos, ao mesmo tempo que a judicialização da saúde tem grande responsabilidade no que tange à efetivação dos direitos fundamentais.

2.2 Juridicização da saúde e diálogos institucionais

Nos últimos anos, o Poder Judiciário assumiu papel de protagonismo em várias questões do cotidiano, inclusive em relação à interpretação da legislação relativa ao direito à saúde. É nesta esfera – da judicialização da política ou das questões sociais e políticas, que representam não só um conflito, como também um fenômeno político-social – que se pode entender a transferência do lócus tradicional de debate. É na mudança da arena política para a judiciária que são deflagrados debates pungentes, mediante a utilização cada vez mais frequente dos procedimentos formais com superposição de responsabilidades do Judiciário às demais instâncias da esfera pública, havendo interferência de decisão judicial em questões cuja tomada de decisão caberia, a princípio, às instâncias de representação política (legislativo e executivo).

A judicialização da política e da questão social é uma tendência que tem se acentuado no Brasil. Segundo Vianna, Burgos e Salles (2007), o juiz tem se tornado protagonista direto da questão social, num processo claro de substituição do Estado e dos recursos classicamente republicanos. O acesso a prestações de saúde pela via judicial, via de regra, ocorre de forma individual e por um segmento seletivo de sujeitos, os que conhecem ou conseguem acessar este canal jurídico, sendo que esta atuação, com frequência, ainda produz resultados e impactos significativos nas políticas públicas de saúde. Esta descrição condiz com a definição de Barroso (2009), quando descreve que a judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. A judicialização envolve uma

transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade.

Souza (2018) discorre que, diante da insuficiência do processo clássico de embate e oposição entre autor e réu (adversarial) para dar conta da complexidade dos conflitos em saúde, as instituições compreenderam que era necessário encontrar alternativas mais efetivas à judicialização. O objetivo é aprimorar o diálogo entre profissionais do Direito e do SUS, eliminando a parcela da judicialização decorrente da ausência de interlocução entre as áreas e dirimindo os conflitos de forma mais rápida, garantindo efetivo acesso à saúde, já que o Judiciário, abarrotado com inúmeras demandas, já não é a alternativa mais célere para a efetivação do direito à saúde.

É nesse contexto que temos a juridicização, que de acordo com Asensi (2010, p. 36) é compreendida como “um processo de formalização fundado sobre uma extensão do direito positivo para a regulamentação das relações sociais, sobretudo fora dos tribunais”, predominando no contexto de juridicização “a ideia de consenso pelo diálogo, ou seja, a ênfase num processo de negociação, pactuação e concessão recíproca entre os diversos atores cujo resultado é construído consensualmente”.

A juridicização, diferentemente da judicialização, avança na perspectiva onde o Estado se efetiva por interesse o direito do cidadão. No Brasil há instituições que, com suas funções descritas nos artigos 127 a 135 da Constituição de 1988, podem atuar para efetivar o direito à saúde agindo de maneira independente como órgão central na proteção de direitos da sociedade são o Ministério Público (MP), sobretudo no que diz respeito a direitos sociais e coletivos. Além disso, temos também a Advocacia Geral da União (AGU), destinada a defender o Estado Federal, as Procuradorias dos estados e municípios, e a Defensoria Pública (DP), que possui o papel de assistência aos necessitados na asseguaração do Direito, aonde cotidianamente são levadas demandas e ações perante o MP para a efetivação do direito à saúde. Estas mesmas instituições jurídicas, tal como ocorre com a Defensoria Pública e o Ministério Público, podem atuar tanto judicialmente quanto de forma extrajudicial. Neste segundo caso, o processo é entendido como uma “juridicização” do direito, em que espaços extrajudiciais, com conhecimentos técnicos, de organização e de estrutura, passam a receber destaque na resolução de conflitos (ASENSI *et al.*, 2015).

Nessas instituições, os espaços extrajudiciais têm adotado, cada vez mais, estratégias de mediação, pactuação e negociação, por intermédio de instrumentos extrajudiciais que permitam o diálogo, a multidisciplinaridade e a intersetorialidade, fundamentalmente céleres e que visem, em certa medida, atuar na efetivação de direitos existentes e na construção de novos direitos, alcançando maior eficiência e, ao mesmo tempo, auxiliando na estruturação dos serviços necessários. Asensi (2019) ressalta que, em algumas localidades, as instituições jurídicas podem até se desenvolver como um espaço de diálogo, pois passam a possibilitar a comunicação entre os principais atores que compõem o processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas em saúde em um foro comum. Nestas proposições, há uma reconfiguração da própria perspectiva de judicialização e chama atenção, de forma bastante clara, para as atuações extrajudiciais constituídas a partir das práticas sociais. Desta forma, a solução do problema de saúde pode ser obtida rapidamente por via de conciliação ou de outros métodos em articulação com secretarias estaduais e municipais de Saúde que organizam setores específicos para lidar com os problemas, especialmente os mais simples, enaltecendo os diálogos interinstitucionais entre todos os atores sociais e propondo iniciativas de grande ajuda na diminuição de conflitos, como a elaboração de espaços de mediação nos municípios e estados.

Compreendendo a existência desses mecanismos que condicionam o litígio e a intervenção do próprio Estado na efetivação de direito, surge uma saída da efetivação em forma litigiosa. Afinal, o objetivo que se propõe é assegurar o Direito, que sendo feito por uma via não judicial, consolida em menor tempo as resoluções dos obstáculos e a diminuição de custos para o Estado. Algumas das estratégias de diálogos institucionais discutidas nos artigos analisados podem ser exemplificadas por estudo de Asensi e Pinheiro. Esses autores indicam a interação de atores políticos e jurídicos para melhoria do fornecimento de medicamentos por via judicial em determinado município, por meio de capacitações realizadas entre esses atores no Consórcio Intermunicipal e o envolvimento de agentes de saúde, conferindo maior proximidade e interação entre eles. A criação de Núcleos multidisciplinares, mais uma vez, que reforça a importância da pluralidade de saberes para ampliar a capacidade de gerenciamento das demandas locais em saúde. E o Termo de Cooperação Técnica celebrado entre instituições do Judiciário, do Executivo e órgãos envolvidos na tutela judicial, dentre outros exemplos.

Os múltiplos arranjos que se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários, quando utilizadas estratégias extrajudiciais, podem superar lacunas de acesso da integralidade da atenção, possibilitando desencadear mudanças no processo organizacional, por meio de introdução de inovações no planejamento, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde, garantindo maior integralidade da atenção do cuidado e desenvolvimento de soluções.

O âmbito extrajudicial pode inaugurar e conferir realce a outros personagens que, em virtude de suas estratégias de ação, são decisivos na efetivação dos direitos, ganhando relevo as interações sociais. Asensi (2010, p. 41) chama a atenção para a peculiaridade do diálogo da política e do direito, notadamente no que toca à esfera de atribuições das instituições jurídicas, quando pontua que “a política passou a fazer parte do mundo do direito, o que ensejou transformações consideráveis nos sentidos, ações, competências e atribuições das instituições jurídicas”.

Delduque e Castro (2015) classificaram as formas de resolução dos conflitos em: a) as resoluções estatais – ou heterocomposição dos conflitos, como são hoje conhecidas como as decisões judiciais; b) as resoluções estatais negociadas com as partes, ou autocomposição, realizadas no âmbito jurisdicional, prévia ao início do processo ou no âmbito de órgãos auxiliares da justiça, como o Ministério Público, a Defensoria Pública e a Advocacia Geral da União; e c) a resolução dos conflitos, ou autocomposição dos conflitos, em âmbitos extrajudiciais, privados ou não.

Os mecanismos consensuais foram ganhando espaço nas sociedades em função, especialmente, da necessidade de se perceber o conflito, avaliá-lo e de encontrar caminhos para uma solução pacífica e construída, não apenas uma solução imposta. O novo Código de Processo Civil, positivado através da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015, determina em seu Art. 3º, que o Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos. Afirma ainda que a conciliação, a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juízes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial.

Os métodos alternativos ou consensuais de resolução de conflitos buscam fortalecer os indivíduos que vivenciam o conflito, a partir do reconhecimento de suas responsabilidades como protagonistas desses processos de solução. Não são criados ou aprimorados para substituir o modelo tradicional de utilização do sistema

judicial, nem para descongestioná-lo (não havendo, inclusive, qualquer relação de hierarquia entre o Poder Judiciário e os mecanismos consensuais), mas sim para propiciar opções viáveis, alternativas para as pessoas que buscam soluções diferenciadas, específicas, e, talvez, especializadas para suas distintas inter-relações. A questão, portanto, é de adequação e não de hierarquia (SALES; RABELO, 2009).

As práticas extrajudiciais de resolução de conflitos representam a adesão à cultura da pacificação em oposição à cultura hoje existente em torno da necessidade de um modelo alternativo de resolução de conflitos na área da saúde. Isso porque a solução pacífica é sempre preferível, inclusive economicamente, deixando, por derradeiro, a busca do aparato judicial. Nesse sentido, estão sendo criadas câmaras administrativas, ligadas a entes federativos ou órgãos públicos como as defensorias públicas, procuradorias estaduais ou municipais, tendo como objetivo dirimir conflitos envolvendo órgãos e entidades da administração pública por meio da composição extrajudicial do conflito. Conforme descreve Asensi (2013), é neste processo contraditório entre cultura e estrutura, sociedade e Estado e judicial e extrajudicial, que se constituem as oportunidades políticas de efetivação do direito à saúde.

2.3 Os desafios das instituições jurídicas

É inegável o crescimento das discussões sobre o conteúdo do direito à saúde, do papel de instituições jurídicas e de participação no processo de formulação, execução e fiscalização das políticas de saúde, trazendo inúmeras questões sobre o impacto econômico, jurídico e ético. Um dos grandes desafios é saber como serão os conflitos judiciais do futuro. No âmbito da Judicialização da Saúde, tais desafios serão enfrentados pelas ciências da saúde e também pelo sistema jurídico, diante das inúmeras consequências existentes para a vida humana. No entanto, é inegável que alguns desafios são enfrentados, haja vista que alguns aspectos negativos da judicialização são trazidos a efeito, tais como: a litigância individual de demandas judiciais da saúde, o excessivo quantitativo de ações judiciais e as repercussões financeiras que desta decorrem, bem como o caráter urgente que as demandas de saúde requerem.

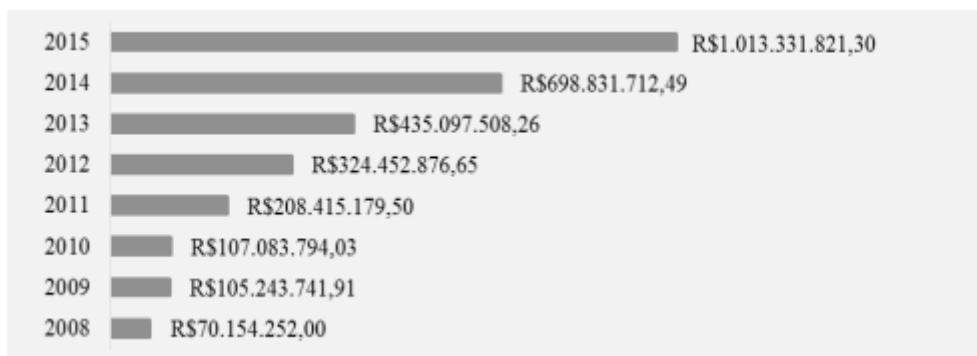
Nesse âmbito, um dos principais desafios para as instituições jurídicas é o da litigância individual, que acaba por abarrotar os Tribunais de Justiça, reproduzindo insatisfações quanto à inefetividade qualitativa da resposta da Justiça e integrando um modelo de solução de controvérsias obsoleto pela dificuldade em dialogar. A fragmentação das ações em demandas individuais é um óbice no atual estágio do sistema jurídico brasileiro. Ademais, nas decisões individuais da justiça, não há como haver clareza, visto que os diferentes arranjos das concepções de saúde e doença coexistem e, mesmo dada a impossibilidade de alcançar as necessidades atuais, permanecem no contexto social. Grande parte das demandas apresentadas versam de forma predominante sobre aspectos curativos da saúde (medicamentos, tratamentos, próteses etc.) e menos sobre aspectos preventivos (vacinas, exames etc.). Desta forma, a proporção entre ações coletivas e ações individuais, conforme pesquisa realizada pelo CNJ e coordenada por Asensi e Pinheiro (2015), demonstra que a maioria radical de demandas judiciais de saúde versam sobre ações individuais reforçando a ideia de que a litigação individual é um dado em saúde e o acúmulo de ações individuais gera desafios para as partes – o Judiciário e a própria gestão em saúde.

Assim, quando o Judiciário interpreta o direito à saúde individual como um direito praticamente absoluto a qualquer tratamento disponível no mercado, independentemente de seu custo e de sua efetividade, dando ganho de causa praticamente automático ao indivíduo, viola ao mesmo tempo ambos os requisitos fundamentais da racionalidade e da equidade que devem pautar o sistema de saúde. Ainda nesta discussão, a judicialização da saúde individual exige a observância de outro ponto fundamental, pois quando o magistrado conclui sua decisão, ainda que baseado em critérios técnicos, invoca fundamento geralmente genérico e abstrato, de natureza principiológica, com a aplicação inadequada da dignidade da pessoa humana, da proporcionalidade, da razoabilidade e da Justiça.

Conforme descrito anteriormente, a litigação individual ainda acarreta um aumento do volume processual nos Tribunais. Pesquisa realizada pelo CNJ acerca do perfil das demandas, causas e propostas de solução em judicialização da saúde no Brasil, no ano de 2018, verificou que, pelo ano de distribuição dos processos, houve um crescimento acentuado de aproximadamente 130% no número de demandas de primeira instância relativas ao direito à saúde de 2008 para 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. Acresce-se a isso

dado do Ministério da Saúde, que demonstra que valores gastos pelo Ministério da Saúde no cumprimento de decisões judiciais, em medicamentos (Gráfico 1), de 70 milhões de reais em 2008 para mais de um bilhão de reais em 2015. Houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, atingindo R\$ 1,6 bilhão em 2016. E segundo o levantamento realizado pelo CNJ (2021), a cada ano aumenta o número de casos na Justiça referentes à área de saúde, ultrapassando 2,5 milhões de processos entre os anos de 2015 e 2020.

Gráfico 1. Total gasto pelo Ministério da Saúde, no cumprimento de ações judiciais, de 2008 a 2015.



Fonte: Acórdão nº 1787/2017 – TCU – Plenário.

Ainda quanto à discussão dos gastos com demandas judiciais de saúde, é notório que o Judiciário brasileiro tende a desconsiderar o impacto orçamentário de uma decisão acarreta ao sistema de saúde quando a decisão o obriga a fornecer determinando tratamento, ainda que possam afetar diretamente o sistema político, impactando na democracia e liberdade dos cidadãos brasileiros, sobretudo nos setores do orçamento público e financeiro das políticas públicas. Para os juízes, em geral, questões relativas ao orçamento público, como a escassez de recursos e a não previsão de gasto, bem como o não pertencimento do medicamento pedido às listas de medicamentos do SUS, não são razões suficientes para indeferir o pedido de um tratamento médico, visto que este encontra respaldo no direito à saúde assegurado pela Constituição Federal (WANG *et al.*, 2014). De forma mais ampla, o impacto das decisões judiciais afeta o orçamento público no que se refere ao critério econômico, desestruturando a máquina pública, violando o direito coletivo à saúde, a legalidade orçamentária, o princípio da eficiência. Essas decisões também possuem grande impacto social por afetarem toda a coletividade, devido ao desvio de verbas e recursos públicos, também impactando os princípios das políticas públicas, por ser um conjunto de ações voltadas a todos os cidadãos. É nesse contexto, de

interferência das decisões individuais no contexto do coletivo, que Barroso (2007) descreve:

São comuns programas de atendimentos integral, no âmbito dos quais, além de medicamentos, os pacientes recebem atendimento médico, social e psicológico. Quando há alguma decisão judicial determinando a entrega imediata de medicamentos, frequentemente o Governo retira o fármaco do programa, desatendendo a um paciente que o recebia regularmente, para entregá-lo ao litigante individual que obteve a decisão favorável. Tais decisões privariam a Administração da capacidade de se planejar, comprometendo a eficiência administrativa no atendimento ao cidadão. Cada uma das decisões pode atender às necessidades imediatas do jurisdicionado, mas, globalmente, impediria a otimização das possibilidades estatais no que toca à promoção da saúde pública (BARROSO, 2007, p. 25).

Em uma interpretação mais ampla, o pleito individual, ainda que não seja intencional, atinge toda a Administração Pública e a elaboração de políticas públicas no geral. Uma vez que para suprir a decisão de conceder uma demanda individual, o Estado retira de um valor destinado a programas sociais e políticas públicas. Asensi (2013) questiona que, diante das dificuldades econômicas, sociais e culturais, e diante da incapacidade do Poder Judiciário de ofertar tratamento adequado a determinados conflitos, há que se pensar em outras estratégias para a efetivação de direitos. Assim, a judicialização da saúde pode ser compreendida como uma “faca de dois gumes”, pois por um lado as instituições jurídicas potencializam e qualificam as deliberações nos espaços de participação, acentuando as estratégias de direito à saúde; por outro, as instituições jurídicas podem contribuir para o “estrangulamento” dos mecanismos participativos e na gestão continuada do SUS. Para o autor, é necessário haver reflexão por parte de magistrados, operadores do direito, gestores, pacientes, indústria farmacêutica e profissionais de saúde, de forma a se evitar que a excessiva judicialização da saúde promova a desigualdade e a fragilidade das políticas públicas de saúde, em evidente prejuízo à garantia dos direitos sociais à coletividade.

Outro desafio a ser enfrentado pelo Poder Judiciário nas demandas de saúde diz respeito à urgência e relevância das questões de saúde, que frequentemente envolvem narrativas sensíveis de uma pessoa em busca da preservação da vida. A alta sensibilidade social e emocional das demandas de saúde pode levar o magistrado a tomar decisões precipitadas e que não representam a melhor solução do conflito necessariamente, o que pode vir a caracterizar uma situação-problema. Certamente, muitas das demandas em saúde são urgentes; no entanto, é

necessário considerar se cada pleito de urgência e emergência está devidamente enquadrado nesse perfil de demanda. Afinal, existem muitos casos em que se requer urgência e emergência em tratamentos eletivos, mas que poderiam ser ambulatoriais e necessitariam de mais profunda investigação terapêutica, não sendo necessárias decisões que comprometam a eficiência das ações. As demandas de saúde ao Judiciário podem significar uma manifestação na luta por direitos de cidadania. Porém, algumas dessas demandas podem causar sérios prejuízos à gestão pública, pois como alertou Bisol (2008), a proteção judiciária dos direitos sanitários, originalmente concebidos para funcionarem como direitos de natureza coletiva, acaba se fragmentando em diversas solicitações de tutelas individuais.

Tal situação, quando se interindividualiza na via processual e se encontra tutela no sistema judiciário, torna-se um dificultador de uma gestão pública marcada pelo subfinanciamento. É inegável que muitas destas demandas são justas e decorrentes da própria descontinuidade administrativa dos entes públicos e da desinformação da população sobre seus direitos e modos de acessá-los, o que torna ao mesmo tempo legítimas estas proposições.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

“Todos os homens têm, por natureza, desejo de conhecer”. Esta é uma frase do filósofo grego Aristóteles, e para ele todo homem nasce para conhecer e a ciência se processa a partir da articulação da teoria com os dados, e entre a teoria e a realidade empírica, o método é o fio condutor (SEVERINO, 2007; MINAYO; SANCHES, 1993).

Segundo Hair Jr. *et al.* (2003) e Cruz e Ribeiro (2003), a pesquisa é uma busca com o objetivo de discernir a verdade, tentando compreender como se processam os fenômenos observados, retratando sua estrutura e funcionamento. Considerando que a pesquisa é uma busca pela verdade, em que o pesquisador, por meio da investigação de uma realidade e da constante busca por novas verdades sobre um fato tem como objetivo adquirir conhecimento, Minayo e Sanches (1993) descrevem que o resultado de uma pesquisa não é uma verdade absoluta, pois as descobertas são um processo inacabado e permanente, e toda a análise sobre um fato apresenta implicações de ordem apreciativa e analítica, cabendo ao pesquisador enquadrá-las no conhecimento empírico.

Todos os tipos de conhecimento nos deixam muitas dúvidas, ao lado de algumas certezas. O avanço no desenvolvimento da ciência exige a abertura para a diversidade e interdisciplinaridade de conhecimentos, bem como contextos que possibilitem as relações e interações, voltadas para a construção de saberes e práticas (HAMMERSCHMIDT *et al.*, 2011).

3.1 Material e métodos

Para alcançar os objetivos propostos, iniciou-se a investigação com a atualização bibliográfica e levantamento documental sobre a CRLS. A pesquisa bibliográfica é aquela desenvolvida com base em material já elaborado, uma análise metódica e ampla das publicações correntes em determinada área do conhecimento, principalmente livros e artigos científicos, abordando a concepção de diversos autores, também podem ser utilizadas fontes de dados secundários (GIL,

2010). De acordo com Lakatos e Marconi (1996), a pesquisa bibliográfica tem por finalidade aprimorar e atualizar o conhecimento, através de uma investigação científica de obras já publicadas, colocando o pesquisador em contato direto com tudo o que foi dito, escrito ou filmado sobre determinado assunto. É caracterizada como uma das fontes mais importantes de pesquisa e compõe a fase prévia a ser feita em um processo de pesquisa, seja qual for o problema em questão (FERNANDES; GOMES, 2003).

Em relação à classificação das pesquisas, pode-se dizer que não há consenso entre os autores de Metodologia Científica, inclusive observam-se na literatura algumas diferenciações quanto à classificação, descritas a partir de seus objetivos. Como descrevem Marconi e Lakatos (2002) “[...] os critérios para a classificação dos tipos de pesquisa variam de acordo com o enfoque dado pelo autor. Sendo que a divisão pode obedecer a interesses, condições metodologias, situações, objetivos, objetos de estudo etc.”.

O presente estudo se caracteriza quanto à natureza como uma pesquisa aplicada, quanto à abordagem do problema como mista, quanto aos objetivos como descritiva e quanto aos procedimentos técnicos como observação participante, visando descrever as principais demandas de saúde da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde Capital e mapear o itinerário do usuário dentro da estrutura de trabalho, descrevendo os fluxos, normas, rotinas, procedimentos e protocolos de resoluções administrativas de saúde, antes e durante a pandemia da covid-19, no período de janeiro de 2019 a junho de 2021.

As pesquisas aplicadas são motivadas pela necessidade de resolver problemas concretos, mais imediatos, possuindo uma finalidade prática, sendo dirigidas à solução de problemas específicos envolvendo os interesses locais, territoriais e regionais (GIL, 1999; CERVO; BERVIAN, 2002; VERGARA, 2000). As pesquisas mistas são aquelas com abordagem quantitativa e qualitativa. Na literatura, muitos autores entendem que ambas as pesquisas, a quantitativa e a qualitativa, devem convergir sinergicamente. Para Minayo e Sanches (1993), essa forma de tratar os dados, com o uso de métodos qualitativos e quantitativos conjuntamente, complementa a compreensão da realidade social e uma complementa a outra, possibilitando efetuar uma análise qualitativa de dados estritamente quantitativos ou uma análise quantitativa de dados coletados com técnicas qualitativas.

A pesquisa qualitativa utiliza uma série de técnicas interpretativas que procuram descrever, decodificar, traduzir e, de alguma forma, chegar a um acordo com o significado, não a frequência, de certos fenômenos que ocorrem de forma mais ou menos natural no mundo social. A pesquisa quantitativa, por sua vez, emprega a coleta e a análise de dados confiando na medição numérica, na contagem e frequentemente no uso de estatística para estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população.

Para Marconi e Lakatos (1996), as pesquisas descritivas descrevem as características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre as variáveis. Este tipo de pesquisa responderá a questões, levando em conta os aspectos da formulação das perguntas que norteiam o estudo, além de estabelecer também uma relação entre as variáveis propostas no objeto de análise (MATTAR, 1999). Assim, tal modalidade é adotada quando o objetivo do trabalho for descrever as características de grupos, medir a proporção de elementos que possuam certas características ou comportamentos, realizando o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador, dentro de uma população específica, verificando a existência de relação entre variáveis (MATTAR, 1999).

Para Minayo (1994) a observação participante é definida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica, na qual o observador está em relação face a face com os observados. Ao participar da vida deles, no cenário cultural, colhe dados e se torna parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificados por este. A observação participante permite a reafirmação de fatos, facilitada pela vivência de situações específicas.

Neste contexto, cumpre esclarecer que, para além da observação como participante deste estudo, esta autora atua desde 2013 na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde, realizando a coordenação da equipe técnica atuante, bem como a interlocução entre os entes envolvidos.

3.2 Caracterização do campo

A inauguração da CRLS, em setembro de 2013, foi uma grande iniciativa na discussão extrajudicial dos conflitos da saúde, pois reúne Defensores Públicos designados para atuação em processos de saúde, Procuradores do Estado e do Município e representantes da Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Seu objetivo é promover o atendimento dos usuários do SUS assistidos pela Defensoria do Estado e da União que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para toda e qualquer demanda de saúde.

A CRLS foi criada por meio do Convênio nº 003/504/2012, que visava reduzir a judicialização das demandas relacionadas à saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, o referido instrumento previu a possibilidade de conciliação extrajudicial prévia entre os usuários do sistema de saúde e as entidades potencialmente litigantes, adotando um fluxo de funcionamento que consiste na emissão prévia de relatórios técnicos por profissionais de saúde (equipe multiprofissional) das secretarias de Saúde do município ou do estado do Rio de Janeiro, para direcionar os pacientes/usuários residentes no município do Rio de Janeiro e atendidos pelas Defensorias Públicas no fluxo de funcionamento do SUS; e em caso de impossibilidade de resolução na via administrativa, instruir e qualificar as demandas judiciais.

A execução do Acordo ajustado foi uma iniciativa inovadora, exitosa, tendo sido uma das iniciativas premiadas com menção honrosa na edição de 2014 do Prêmio Innovare, que tem como objetivo identificar, divulgar e difundir práticas que contribuam para o aprimoramento da Justiça no Brasil (TAVARES *et al.*, 2014). O êxito do projeto instituído na Capital despertou o interesse de expansão para os municípios do interior do estado do Rio de Janeiro e outros estados da Federação.

Com o objetivo de ampliar o atendimento da CRLS para o interior do estado do Rio de Janeiro, a partir da demanda de alguns municípios solicitando apoio estadual nas resoluções do crescente número de mandados judiciais, foi realizado o Termo de Cooperação Técnica nº 002/2015, firmado em 08 de maio de 2015 entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ) e Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro (DPE/RJ). Realizou-se, então, a replicação para os municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro, com atendimentos atualmente em 16 municípios e uma lista de espera para expansão de outros 27 municípios do interior do estado (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021).

Apesar dos bons resultados, a vigência do Convênio nº 003/504/2012 se encerrou em junho de 2017, após o insucesso das tratativas para sua prorrogação. Isso, contudo, não obistou a continuidade do funcionamento da CRLS nos moldes inicialmente firmados, o que revela o grau de comprometimento dos partícipes e a institucionalização da cooperação consolidada, contribuindo com grande relevância científica pelo aprimoramento do diálogo, a comunicação interinstitucional e a aproximação do sistema de justiça com o gestor de saúde. Além disso, promove o conhecimento, por um ator/sistema das especificidades da organização, da gestão e do funcionamento e as dificuldades enfrentadas pelo outro ator/sistema envolvido no conflito. Estimula, ainda, a solução extrajudicial dos conflitos individuais e coletivos envolvendo políticas públicas de saúde, possibilita a formação de um banco de dados, auxilia como vetor de orientação na gestão e priorização de políticas públicas de saúde e viabiliza a operacionalização de um instrumento de centralização das informações sobre a qualidade e o acesso aos serviços de saúde nos municípios.

A equipe da CRLS é composta por uma equipe multidisciplinar de farmacêuticos, médicos, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais e fisioterapeutas.

Prestando atendimento há mais de oito anos às partes assistidas pelas Defensorias, que buscam por demandas de saúde junto a estas, no ano de 2020 houve inúmeras reestruturações, visando adequações ao cenário atual de enfrentamento da pandemia da covid-19, que tornaram necessárias medidas restritivas e de isolamento social. Neste contexto, devido à impossibilidade de atendimento das partes assistidas pelas Defensorias de forma estritamente presencial, houve a necessidade de alterações no que concerne ao itinerário do usuário dentro da estrutura de trabalho, que até o início da pandemia da covid-19 incluía o atendimento multidisciplinar do usuário e contatos realizados pelos servidores das diferentes instituições do convênio alocados na CRLS com as unidades de saúde de referência, encarregadas de garantir o acesso ao pleito desejado.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada seguindo cada um dos objetivos elencados no presente trabalho e, para dar seguimento à pesquisa, o projeto foi submetido à Secretaria de Estado de Saúde, seguindo os critérios estipulados na Resolução SES nº 2.361, de 30 de julho de 2021, a qual disciplina, regulamenta e normatiza o fluxo das pesquisas a serem realizadas no âmbito dessa Secretaria, visando a concessão da carta de anuência para a concretização deste trabalho (Anexo A).

Para levantamento das demandas de saúde da CRLS, antes e durante a pandemia da covid-19, foram utilizados dados produzidos e disponibilizados no banco de dados do Sistema “Câmara de Saúde” e documentos institucionais existentes. A SES-RJ, no intuito de organizar e gerenciar as demandas existentes na CRLS, desenvolveu um sistema informatizado, o Sistema Câmara de Saúde - CS, que serve de ferramenta de auxílio à gestão. O sistema integra as diferentes áreas de atuação da CRLS, acompanhando o fluxo de trabalho da CRLS; armazena todos os dados dos assistidos, mantendo estes dados arquivados; emite os pareceres realizados pela equipe de análise técnica, bem como gera o ofício de encaminhamento para as unidades de saúde. O sistema permite maior organização e efetividade da rotina de trabalho, além de possibilitar extrair relatórios gerenciais que auxiliam na análise do perfil das demandas. Os dados descritivos serão apresentados com análise de frequência de variáveis estudadas no período de janeiro de 2019 a junho de 2021, perfazendo um universo de 29.187 atendimentos realizados.

Para a análise das transformações no itinerário do usuário dentro da estrutura de trabalho da CRLS, antes e durante a pandemia da covid-19, e descrição dos fluxos, normas, rotinas e procedimentos realizados na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde, foram utilizados materiais documentais da instituição disponibilizados (relatórios, regimento, fluxograma, protocolos e pareceres) e observação participante do pesquisador do estudo, sem entrevista ou abordagem direta aos assistidos ou profissionais que atuam na CRLS. O método da Observação Participante, segundo Deslandes, Gomes e Minayo (2007), permite realizar análises de aspectos subjetivos como percepções, interpretação e compreensão do contexto institucional, onde o pesquisador pode acompanhar a dinâmica em desenvolvimento, a partir da observação do ato, permitindo construir teorias concretas da realidade.

A identificação de pontos de melhoria, adequação e aperfeiçoamento no processo de trabalho e fluxos administrativos da CRLS, para o pós-pandemia covid-

19, foi realizada através da análise dos processos de trabalho, visando identificar os pontos fortes e fracos da organização, para compreender potenciais eventos que possam afetar a organização, em relação ao padrão, e assim fortalecer o planejamento de ações de melhoria da gestão.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com base nos objetivos elencados para o estudo, sendo organizada a discussão a partir do itinerário do usuário, processo de trabalho e fluxos administrativos CRLS da Capital, antes e durante a pandemia da covid-19.

Os dados referentes ao perfil das demandas de saúde da CRLS antes e durante a pandemia da covid-19 serão apresentados com análise de frequência de variáveis estudadas no período de janeiro de 2019 a junho de 2021, perfazendo um universo de 29.187 atendimentos realizados, com 39.174 produtos analisados.

A análise do *corpus* de informações referentes ao itinerário do usuário na CRLS será exposta, de forma preliminar, à luz dos índices ou categorias descritos e definidos abaixo:

- a) Informações para acesso à CRLS: entendida neste estudo como as formas de divulgação e difusão de informações para acesso dos assistidos a assistência e orientação jurídica, previstas pelas Defensorias atuantes na CRLS da Capital, aos cidadãos hipossuficientes e hipervulneráveis;
- b) Porta de Entrada/ Acesso dos Usuários: definida como as formas de acesso à triagem, realizados pela CRLS (Defensorias), para a aludida efetividade do direito de acesso à Justiça;
- c) Fluxo de atendimento: descrição das etapas de atendimento à população assistida pelas Defensorias, no contexto do convênio existente com a CRLS;
- d) Deslinde da demanda: esclarecimento dos desfechos possíveis após o cumprimento das etapas anteriores, com esclarecimento dos encaminhamentos e orientações necessárias para acompanhamento do pleito.

Com as categorias descritas se buscará descrever, através de cada uma delas, o itinerário do usuário antes e durante a pandemia da covid-19, bem como

possibilitará realizar proposições de fluxos de processos para um período pós-pandemia.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Atuação da CRLS: da instalação até o enfrentamento da pandemia da covid-19

4.1.1 Trajetória da CRLS como medida de enfrentamento à judicialização: da sua criação até os dias atuais

Antes da promulgação dos atos do CNJ de 2009 que instituíram medidas para subsidiar os magistrados e demais operadores do direito em decisões mais eficientes na solução das demandas sobre assistência à saúde, e recomendaram os juízes a ampliar as fontes de informações para concessão de pedidos, envolvendo a comunidade médica e científica e os gestores públicos na busca de solução, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro não possuía organização interna para lidar com fenômeno da judicialização da saúde. Tal situação, entre outros problemas, levava à inexistência de diálogo interinstitucional com outros entes – como Tribunal de Justiça, Ministério Público e Defensoria –, acarretando o descumprimento constante das ordens judiciais e a expedição de mandados de prisão e de multas em face do gestor. Pesquisa realizada no ano de 2007 constatou que em 80% das ações ajuizadas contra o Estado do Rio de Janeiro e julgadas na segunda instância, havia a solicitação de pelos menos um medicamento não presente na lista pública estadual (GUIMARÃES; PALHEIRO, 2015).

O aumento do volume de ações judiciais e dos gastos públicos gerados pelas decisões judiciais determinando a procedência das demandas de saúde feitas em face do poder público do estado do Rio de Janeiro –que mesmo com uma extensa rede de serviços municipais, estaduais e federal continuava a ser um dos maiores quantitativos de processos judiciais relativos à assistência à saúde no Brasil – levou à necessidade premente de a Secretaria de Estado de Saúde se reorganizar para enfrentar a judicialização. Como primeiro passo, houve a aquisição dos medicamentos que constam nas listas públicas, como aqueles cujo fornecimento é

de competência do Estado, na tentativa de resolução administrativa com a regularização do abastecimento desses medicamentos. Ainda na tentativa de resolução das demandas que buscavam o fornecimento de medicamentos da competência do município ou do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF), realizou-se uma parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ), a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPE-RJ), visando à resolução das demandas que buscavam o fornecimento de medicamentos da competência do município ou do componente especializado (Estado RJ). O objetivo desse acordo de cooperação técnica era estabelecer regras mínimas e determinar o fluxo dos pedidos de medicamentos que fossem da competência do município ou do estado atendidos pelo órgão. Este convênio entre os três entes previa a consulta prévia, através de ofícios, às secretarias de Saúde (SES-RJ e SMS-RJ), quanto à disponibilidade dos medicamentos ou insumo pleiteados, descritos em laudo médico, antes que fosse protocolizada a ação judicial. Nos casos de confirmação da disponibilidade, os entes estado e/ou o município realizavam o contato e dispensação do pleito necessário, remetendo à Defensoria ofício com os dados de dispensação somente nos casos de negativa a ação era proposta (GUIMARÃES; PALHEIRO, 2015). Com o crescimento exponencial das demandas por medicamentos ou insumos de saúde, logo o processo de formalização de ofício com questionamento de disponibilidade e tempo de resposta passou a exceder o que se acreditava ser viável, deixando de ser utilizado como ferramenta de consulta pela Defensoria do Estado.

Paralelamente, ainda em 2007, houve a criação da Central de Atendimento à Demandas Judiciais (CADJ), para dar cumprimento às decisões judiciais e organizar e controlar o estoque dos medicamentos e insumos destinados ao atendimento das ordenas judiciais. Em 2009, com as discussões em ebulição no Judiciário e a busca por medidas eficientes para o fenômeno da judicialização, o estado do Rio de Janeiro foi pioneiro ao criar o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ-RJ). Inicialmente como piloto, subsidiava tecnicamente os magistrados da Comarca da Capital nas ações judiciais que envolviam o fornecimento de medicamentos, insumos para saúde, alimentos e tratamentos médicos. Com a publicação da Recomendação no 31/2010 do CNJ e o sucesso do projeto, o NAT, que havia iniciado como projeto piloto em apenas duas

Varas de Fazenda Pública da Capital foi ampliado para todas as Varas de Fazenda da Capital, para todas as Câmaras Cíveis e para a Justiça Federal. Atualmente, ele se encontra sendo expandido para as comarcas do interior, atuando em 38 comarcas do Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2021).

Com as estratégias adotadas pela Secretaria de Estado, foi possível fornecer racionalidade ao fenômeno da “Judicialização da Saúde” e analisar as principais demandas judiciais de saúde, bem como a origem destas. Com isso, verificou-se que cerca de 80% das demandas judicializadas tinham como origem as Defensorias Públicas (DPE-RJ e DPU-RJ). Apesar do sucesso e da eficiência das medidas já adotadas, todas – com exceção da parceria com a Defensoria Pública do Estado, que deixou de ser utilizada como ferramenta de informação, devido ao tempo de retorno dos ofícios com respostas – atuavam na fase pós-propositura de ação, não evitando ou dando racionalidade ao fenômeno da judicialização.

Dessa forma, as instituições verificaram a necessidade, diante da grande quantidade de processos referentes ao tema saúde e, conseqüentemente, o impacto das inúmeras decisões judiciais sobre a gestão e o orçamento público, da importância de ampliar e tornar permanente o diálogo entre os Poderes Executivo e Judiciário, a fim de encontrar meios preventivos que permitissem um equilíbrio do sistema. Nesse contexto, as Secretarias de Saúde de Estado e Município do Rio de Janeiro se juntaram com a Defensoria Pública do Estado e da União, com as Procuradorias Gerais do Estado e do Município e com o Tribunal de Justiça do Estado, para a criação de uma Câmara de Resolução de Litígios de Saúde, que atua antes da propositura de ações, na tentativa de resolução administrativa das demandas oriundas dos cidadãos (GUIMARÃES; PALHEIRO, 2015).

A criação da Câmara pode significar a união de vários poderes e entidades, demonstrando o desejo de mediação nos casos que envolvem a saúde das pessoas. A Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) foi criada após a assinatura do Termo de Convênio nº 003/0504/2012, celebrado em 12 de junho de 2012, pelo Estado do Rio de Janeiro, pela Procuradoria Geral do Estado, Secretaria de Estado de Saúde, Defensoria Pública Geral do Estado e o Tribunal de Justiça do Estado, o Município do Rio de Janeiro, pela Procuradoria Geral do Município e Secretaria Municipal de Saúde, e a União Federal, pela Defensoria Pública da União, tendo sido estabelecido um conjunto de regras, organização e processos que definem a

coordenação desses atores e os procedimentos a serem adotados no novo arranjo interinstitucional.

De acordo com o Termo de Convênio que a instituiu, a CRLS tem como objetivo promover o atendimento de partes assistidas pela DPE-RJ e pela DPU-RJ e que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a solucionar litígios de saúde de maneira conciliadora. Busca solução administrativa extrajudicial na efetivação do acesso aos serviços de saúde, seja oferta de medicamento, consultas, agendamento de procedimento cirúrgico ou exame médico. Tem como principais propostas a especialização e personalização do atendimento do assistido (DPE-RJ e DPU-RJ) nas demandas relativas à saúde, visando garantir o acesso de forma administrativa, através do retorno ou da inserção do assistido no SUS, tornando-o mais célere e resolutivo, diminuindo o número de novas ações judiciais. O regimento interno da CRLS descreve como suas competências:

- I. Promover o atendimento de partes assistidas pela DPGE e pela DPU e que demandam prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações judiciais, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento cirúrgico, exames, internações, transferências, consultas ou insumos.
- II. Prestar atendimento especializado e personalizado ao assistido (DPE e DPU) nas demandas relativas à saúde, visando à garantia do acesso de forma administrativa, através do retorno ou da sua inserção no SUS;
- III. Diminuir o número de novas ações;
- IV. Buscar a racionalidade nas ações necessárias;
- V. Sugerir avaliação médica para utilização das tecnologias disponíveis;
- VI. Promover um espaço de avaliação de incorporação de tecnologia;
- VII. Nortear a formulação de proposta de ampliação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDTs Estaduais;
- VIII. Orientar quanto ao não fornecimento; às outras possibilidades disponíveis mediante avaliação médica; sugestão de encaminhamento à unidade de origem ou a outra para avaliação; entrega de formulário para avaliação médica quanto às demandas disponíveis.
- IX. Apresentar relatórios demonstrando os resultados obtidos com a composição extrajudicial dos conflitos relativos a demanda de saúde, na medida de suas capacidades administrativas;
- X. Promover o atendimento de partes assistidas pela DPGE dos municípios do interior do estado do Rio de Janeiro nas ações que tenham por objetivo compelir o Poder público ao fornecimento de medicamentos, insumos para saúde, exames diagnósticos, tratamentos médicos, procedimentos eletivos e fórmulas nutricionais, com o intuito de direcionar a inserção das demandas propostas no Sistema Único de Saúde e solucioná-las extrajudicialmente. (Regimento Interno CRLS, 2020).

A CRLS baseia sua atuação em dois pilares fundamentais: celeridade e imparcialidade, sendo também um espaço que disponibiliza as informações de avaliação de incorporação de tecnologia, tendo a função de nortear a formulação de proposta de ampliação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs)

Estaduais. Os pareceres com os encaminhamentos necessários são entregues aos assistidos no dia de atendimento destes na estrutura, ainda que seja necessária solicitação de prazo para articulação com as unidades de referência em busca de uma resolução administrativa. O público-alvo é composto exclusivamente por pessoas com demandas de saúde que comprovem residência no município do Rio de Janeiro, para atendimento pela DPE-RJ, e para o atendimento pela DPU-RJ, que comprovem residência no município do Rio de Janeiro, Itaguaí ou Seropédica, e com hipossuficiência econômica (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021).

A CRLS da Capital está localizada no centro da cidade do Rio de Janeiro, na Rua da Assembleia, 77 (Figura 1), em um imóvel de três andares (subsolo, loja e sobreloja) de propriedade da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, adquirido com recursos do Fundo da PGE, conforme autorização constante do Processo Administrativo nº E-14/9992/2011. O convênio realizado previu também que a PGE fornecesse o mobiliário da estrutura e arcasse com os custos fixos do imóvel, tais como taxas de condomínio, água, luz e serviços gerais (vigilância, limpeza, ascensorista e copeiragem). Cada ente teve como responsabilidade o fornecimento de seus equipamentos de uso tecnológico, telefonia e a obrigação de arcar com as despesas de pessoal de sua equipe administrativa ou técnica.

Figura 1: Fachada da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde



Fonte: Assessoria de Comunicação/PGE.

O convênio prevê o atendimento ao público da CRLS de segunda a sexta-feira, das 10h às 15h, para qualquer demanda de saúde, sem limitação do número

de senhas a serem dispensadas, havendo extensão deste horário até as 16h30 para os casos de urgência.

São considerados casos de urgência as internações ou transferências hospitalares ou casos em que laudo médico esteja descrito o risco de morte (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021)

Os atendimentos aos assistidos pela CRLS são realizados pelas equipes da SES, SMS-RJ, DPE-RJ e DPU-RJ, sendo compostos por profissionais do quadro de recursos humanos de cada ente. As equipes são multidisciplinares, com aproximadamente 55 profissionais (Figura 2), havendo uma variação de acordo com o quantitativo de estagiários atuando nas defensorias.

Figura 2: Recursos humanos atuantes na CRLS por ente do convênio, no ano de 2021.

SES		SMS		DPU		DPE		PGE	
COORDENADOR	1	COORDENADOR	1	ADMINISTRATIVOS	4	DEFENSORES	1	MÉDICOS	8
ASSESSORES	2	MÉDICOS	0	ESTAGIÁRIOS	*	ASSESSORES	1		
MÉDICOS	3	FARMACÊUTICOS	2			ADMINISTRATIVOS	4		
FARMACÊUTICOS	5	ENFERMEIROS	2			ESTAGIÁRIOS	4		
ENFERMEIROS	1	NUTRICIONISTAS	2						
NUTRICIONISTAS	4								
ASSISTENTE SOCIAL	6								
ADMINISTRATIVOS	4								

*Quantitativo de estagiários variável

Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

Os técnicos da CRLS, apesar de, em sua grande maioria, conforme demonstrado na Figura 2, terem vinculação institucional com a Secretaria de Estado de Saúde (26), Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (7) e Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro (8), são orientados e têm plena consciência de que o papel a ser exercido é puramente técnico. Possuem total autonomia de realizar pareceres favoráveis e/ou desfavoráveis ao assistido ou à instituição governamental responsável.

As Procuradorias Gerais do Estado e do Município integram o convênio com atribuições para atuarem nas audiências da CRLS, assegurando bens e serviços para funcionamento de sua estrutura na CRLS e com orientações jurídicas, quando necessário, sobre as posturas administrativas a serem adotadas para cumprimento do objeto do convênio.

Não há previsão, pelo convênio, de as procuradorias lotarem técnicos na CRLS para atuação no dia a dia. No entanto, com o aumento crescente de demandas na CRLS, bem como as dificuldades de ampliação da equipe técnica por parte das secretarias de saúde (SES-RJ e SMS-RJ), a PGE, desde o ano de 2017, passou a colaborar disponibilizando profissionais de saúde, lotados em sua estrutura, para atuação na CRLS. (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021).

O Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro é responsável por designar mediadores para atuação na CRLS, assegurando bens e serviços para funcionamento de sua estrutura na CRLS e supervisionar e coordenar a atividade de mediação da CRLS. No ano de 2014, houve a publicação do Decreto nº 45.034, de 10 de novembro, regulamentando o procedimento para a realização de acordos visando ao fornecimento de medicamentos no âmbito da CRLS, com previsão de atuação de mediadores no seu âmbito. No entanto, com o agravamento da crise econômica no estado do Rio de Janeiro no final de 2014, não foi possível articular aumento de despesas não previstas, o que impossibilitou a concretização de acordos para fornecimento de medicamentos não padronizados, conforme o previsto no Decreto publicado, acima descrito (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021).

As Defensorias – DPE e DPU – possuem como atribuições previstas em convênio, o comprometimento de concentrar o atendimento de demandas em saúde, na capital, junto ao núcleo de primeiro atendimento em funcionamento na CRLS e manter defensores públicos, servidores e estagiários para atendimento dos assistidos nas demandas de saúde. A DPE mantém, desde a inauguração da CRLS, um Defensor Público Estadual atuando diariamente na estrutura física da CRLS. A DPU, até meados do ano de 2015, mantinha dois defensores públicos especializados em saúde na estrutura da CRLS, mas com o aumento do quantitativo de demandas na área da saúde na CRLS e necessidade de ampliação do quadro de Defensores Públicos da União atuando nesta especialização, essas demandas

passaram a ser distribuídas e realizadas por todos os demais Defensores Públicos da União lotados na sede do município do RJ. Desta forma, passaram a serem acompanhadas de forma remota, sem a presença física de um defensor da DPU na estrutura da CRLS, havendo a partir de então a designação de um coordenador responsável (Defensor Público da União) institucionalmente para responder de forma geral pelas questões referentes à especializada em saúde.

A divisão das atribuições e competências das Defensorias (DPE e DPU) foi estabelecida pelos próprios entes (Quadro 1). A SES e SMS são responsáveis pela realização das análises técnicas das demandas dos assistidos pela DPE e DPU, e fornecem técnicos da área de saúde para atuar auxiliando nos atendimentos realizados nas dependências da CRLS, realizando interlocução com as unidades assistenciais.

Quadro 1: Divisão de atribuições DPE e DPU

DPE	DPU
Pedido de transporte, independente da origem do laudo médico.	Pedidos de insumos e medicamentos com laudos/receitas advindos de unidade de saúde federal.
Pedidos de fraldas, independente da origem do laudo médico.	Pretensões referentes ao câncer (com exceção de pacientes já em tratamento pelo Hemorio ou Hospital Universitário Pedro Ernesto*).
Pedidos de medicamentos ou insumos relacionados a doença para a qual já exista Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, ainda que não constantes nas listas de dispensação.	Pedidos de medicamentos com prescrição <i>off-label</i> .
Quaisquer atendimentos relacionados à demanda de saúde (transferência, equipamento, cirurgia, etc.) nas hipóteses em que o assistido já recebe tratamento em Instituições de Saúde que não sejam Federais, independentemente do ente federativo responsável pelo fornecimento do produto pretendido;	Quaisquer atendimentos relacionados à demanda de saúde (transferência, equipamento, cirurgia etc.) nas hipóteses em que o assistido já recebe tratamento em Instituições de Saúde e Hospitais Federais, independentemente do ente federativo responsável pelo fornecimento do produto pretendido.
	Pedidos de medicamentos sem registro na Anvisa.

Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

No ano de 2016, houve a realização de um aditivo (Processo nº E-08/011/197/2016) ao Termo de Convênio nº 003/0504/2012, com um Termo de Cooperação Técnica celebrado entre o Estado, pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, visando à prestação de serviços de assessoria técnica pela SAS/MS, por meio do Departamento de Gestão Hospitalar (DGH) à SES, nas dependências da CRLS. Através desse aditivo, era previsto a lotação de profissionais de saúde do MS na CRLS, para realizarem a intermediação com as unidades federais (Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa e Hospital Federal dos Servidores do Estado, e os institutos (Instituto Nacional de Câncer, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia e Instituto Nacional de Cardiologia), buscando articulações que viabilizassem uma via administrativa quando demandas oriundas ou envolvendo estas unidades. Por ocasião do início do convênio, o DGH disponibilizou três profissionais (2 farmacêuticos e 1 administrativo) à CRLS, cabendo a eles a realização de pareceres técnicos e articulação com as unidades federais e institutos, uma vez que as equipes existentes na CRLS, vinculadas à SES e/ou SMS, não possuem inserção e/ou abertura para as articulações necessárias com estas unidades.

Ainda que a vigência do aditivo ao convênio tenha expirado em junho de 2017, juntamente com a vigência do Termo de Convênio da CRLS, a despeito das inúmeras tratativas para sua prorrogação conforme já relatado, os técnicos do DGH, atual Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, permaneceram atuando na CRLS até meados de 2020, quando foram relocados em unidades hospitalares da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde, sob a justificativa do advento da pandemia da covid-19 e a necessidade de aumento dos recursos humanos nas unidades hospitalares. (DADOS INSTITUCIONAIS, 2021).

De forma geral, o fluxo básico de atendimento dos assistidos pelas Defensorias na CRLS (Figura 3) se inicia com o usuário buscando o assessoramento para atendimento de situações que demandem prestação de serviços de saúde. Ressalta-se que todos os atendimentos de saúde das Defensorias (DPE e DPU) com área de abrangência prevista pelo convênio – município do Rio de Janeiro (DPE e DPU) e Itaguaí e Seropédica (DPU) – são direcionados para atendimento a ser realizado na CRLS da Capital.

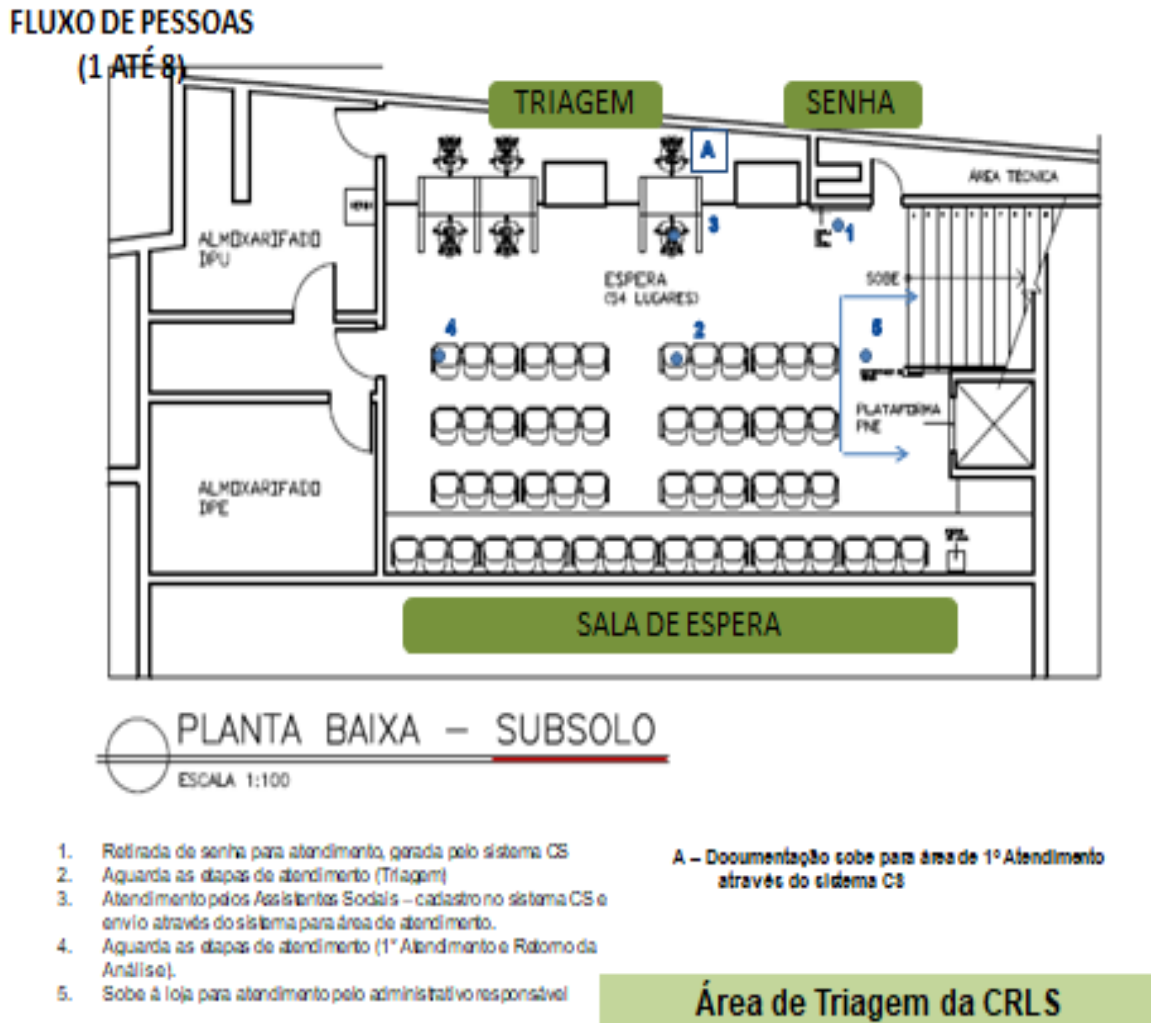
Figura 3: Fluxo de atendimento da CRLS



Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

O fluxo de processo interno (Figuras 4 e 5) será mais bem detalhado nos capítulos posteriores, quando da descrição dos fluxos de atendimentos antes e durante a covid-19. De forma resumida, de acordo com observação realizada, este se inicia pela geração de senha (1), seguida da triagem (3), que realiza uma primeira verificação documental e inserção no sistema da CRLS (A). Após esta etapa, o assistido (2 e 4) é chamado para o setor de atendimento (6), já tendo sido diferenciado quanto à defensoria de atendimento, a qual realizará a digitalização de todos os documentos pessoais e médicos, bem como inserção das demandas pretendidas no sistema. Os documentos digitalizados são encaminhados através do sistema da CRLS à equipe de análise técnica, que realizará avaliação da demanda de saúde pretendida, visando a uma resolução administrativa, ou em caso falência administrativa desta, o encaminhamento à Defensoria, com parecer técnico embasando a indicação da solicitação e a justificativa de impossibilidade de resolução administrativa.

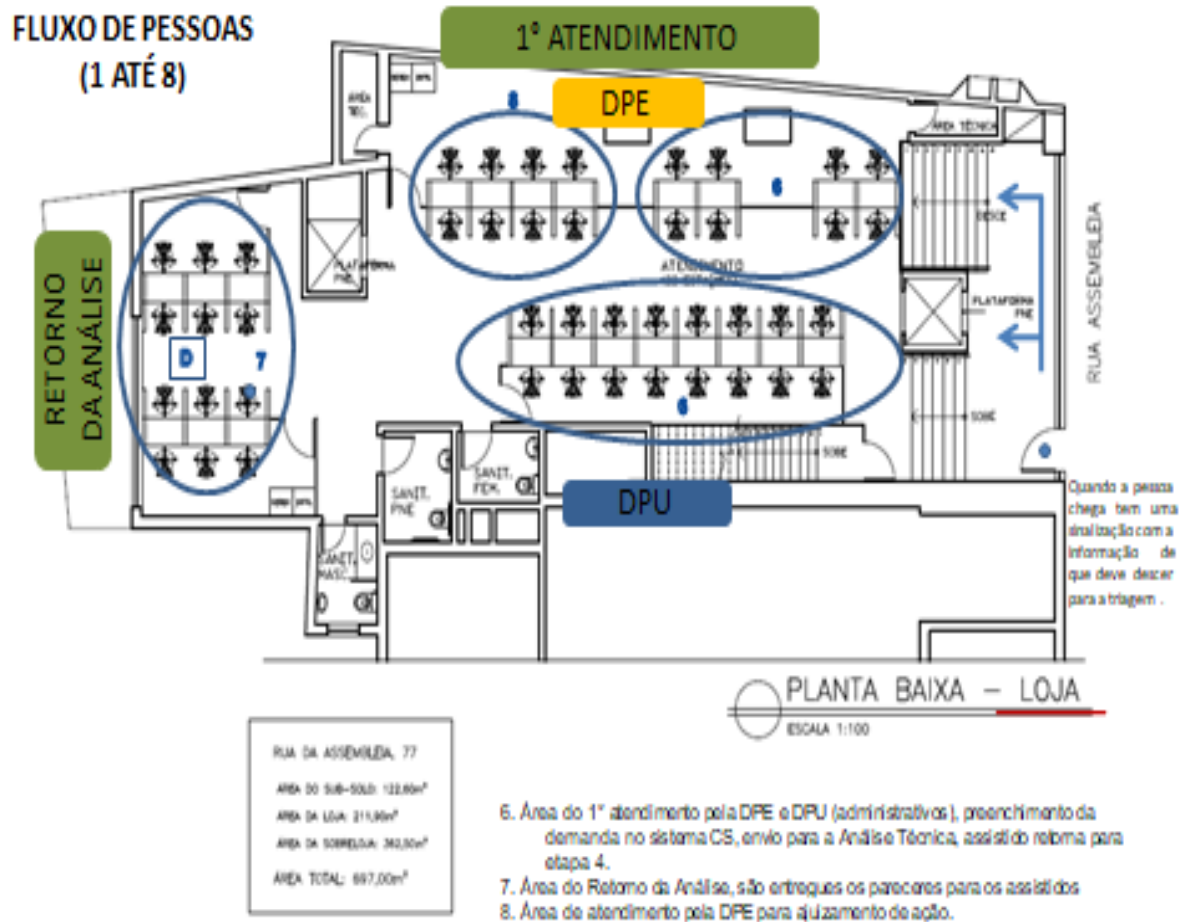
Figura 4: Fluxo de Pessoas CRLS, subsolo



Fonte: A autora.

Após a elaboração do parecer técnico, este é encaminhado através do sistema para o setor de retorno da análise (7), no qual o assistido receberá todas as explicações dos encaminhamentos realizados para as solicitações pretendidas (D). Nos casos em que não haja uma resolução administrativa, com o encaminhamento da demanda às defensorias (DPE ou DPU), esta segue os fluxos estabelecidos para a propositura de ação judicial (8).

Figura 5: Fluxo de Pessoas CRLS, loja



- D. Parecer técnico entregue ao assistido, com todas as informações necessárias. Após, nos casos de judicialização DPE o assistido é encaminhado para a etapa 8. Os casos DPU são liberados.

Área de atendimento da CRLS

Fonte: A autora.

Em 2015, houve a replicação para os municípios do interior do estado do Rio de Janeiro, com atendimento atualmente em 16 cidades (Tabela 1). Desde a implantação no município do Rio de Janeiro em 2013, até o final do ano de 2021, as CRLS da Capital e Interior já atenderam mais de 131 mil assistidos, com mais de 200 mil demandas de saúde, e possui um percentual médio de encaminhamento administrativo de 53,21%. Cabe esclarecendo que os encaminhamentos administrativos são realizados respeitando-se a oferta de serviços de saúde oferecidos pelo SUS, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e as filas de regulação de acesso existentes (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021).

Tabela 1. Municípios com convênio com a CRLS da Capital e Interior

Município	Data de Implantação
Rio de Janeiro	17/09/2013
Duque de Caxias*	10/07/2015
Belford Roxo	13/07/2015
Nova Iguaçu	14/07/2015
Nilópolis	15/07/2015
Japeri	22/07/2015
São Gonçalo	01/10/2015
Vassouras	05/05/2016
Bom Jardim	30/06/2016
Nova Friburgo	30/06/2016
Silva Jardim	27/04/2017
Magé	04/05/2017
Paty do Alferes	06/06/2017
Miguel Pereira	20/06/2017
Campos dos Goytacazes	01/02/2018
Mesquita	06/04/2018

Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

Além dos 16 municípios conveniados com a CRLS, de acordo com o Governo do Estado do Rio de Janeiro (2021), há uma lista de espera para expansão de outros 27 municípios aguardando a assinatura do convênio.

4.1.2 Perfil dos atendimentos e demandas de saúde solicitados à CRLS antes e durante a pandemia da covid-19

A CRLS da Capital, atuando desde 17 de setembro de 2013, tinha no escopo de seu projeto piloto a realização de atendimento apenas dos assistidos que buscassem DPE/DPU-RJ com demandas de medicamentos padronizados pelo SUS ou insumos terapêuticos para diabetes *mellitus*. Com a proximidade física diária com os entes do convênio e a necessidade de prestar informações a estes, visando subsidiar com orientações os assistidos pelas defensorias, a partir de janeiro de 2014 esse escopo foi ampliado para atendimento de toda demanda de ações e serviços de saúde dos munícipes do Rio de Janeiro nos atendimentos da DPE e no caso da DPU acrescidos de munícipes de Seropédica e Itaguaí (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2021)

Com a utilização do sistema informatizado, Sistema Câmara de Saúde (CS) – que serve de ferramenta de auxílio à gestão e realiza o acompanhamento do fluxo de atendimento diário e realizar o levantamento do perfil das demandas de saúde atendidas na unidade. Nesta dimensão de análise, foram analisadas as variáveis selecionadas que se relacionam com o perfil das demandas de saúde antes e durante a pandemia da covid-19.

Insta esclarecer que se optou, no ponto, por agregar os dois períodos, visto que seria inevitável ao longo da análise quantitativa das frequências das variáveis não apontar as similitudes e diferenças entre os dados encontrados para os períodos de estudo. Compreendeu-se, assim, que separá-las na estrutura da pesquisa poderia empobrecer o conjunto da obra e prejudicar uma compreensão sistemática do leitor.

Desde a sua inauguração, em setembro de 2013, até janeiro de 2022, a CRLS da Capital já realizou 100.866 atendimentos a assistidos, conforme demonstrado na Tabela 2, que compeliram a 147.176 produtos solicitados, com um percentual de encaminhamentos administrativos de 56,80% dos produtos avaliados pela equipe de análise técnica. A observação da tabela a seguir permite verificar um aumento expressivo, de 124%, de 2014 a 2019, no quantitativo de atendimentos realizados pela CRLS.

Tabela 2. Relatório consolidado atendimentos CRLS da Capital 2013 a 2021 (continua)

RELATÓRIO CONSOLIDADO CRLS (2013-2021)		
ANO	ITEM	QUANTIDADE
2013	Total de atendimentos	1.493
	Total de produtos geral	2.042
	Total análise técnica	1.058
	Total encaminhamento administrativo	373
	Percentual encaminhamento administrativo	35,26%
2014	Total de atendimentos	8.958
	Total de produtos geral	14.007
	Total análise técnica	9.450
	Total encaminhamento administrativo	3.245
	Percentual encaminhamento administrativo	34,34%
2015	Total de atendimentos	10.827
	Total de produtos geral	20.490
	Total análise técnica	14.183
	Total encaminhamento administrativo	6.410
	Percentual encaminhamento administrativo	45,19%

Tabela 2. Relatório consolidado atendimentos CRLS da Capital 2013 a 2021 (final)

RELATÓRIO CONSOLIDADO CRLS INTERIOR (2013-2021)		Continua
	ITEM	QUANTIDADE
2016	Total de atendimentos	13.644
	Total de produtos geral	19.540
	Total análise técnica	14.089
	Total encaminhamento administrativo	7.583
	Percentual encaminhamento administrativo	53,82%
2017	Total de atendimentos	16.298
	Total de produtos geral	23.457
	Total análise técnica	16.568
	Total encaminhamento administrativo	10.229
	Percentual encaminhamento administrativo	61,74%
2018	Total de atendimentos	17.333
	Total de produtos geral	23.736
	Total análise técnica	16.626
	Total encaminhamento administrativo	10.977
	Percentual encaminhamento administrativo	66,02%
2019	Total de atendimentos	20.062
	Total de produtos geral	26.652
	Total análise técnica	17.342
	Total encaminhamento administrativo	11.820
	Percentual encaminhamento administrativo	68,16%
2020	Total de atendimentos	6.365
	Total de produtos geral	8.566
	Total análise técnica	6.865
	Total encaminhamento administrativo	4.019
	Percentual encaminhamento administrativo	58,54%
2021	Total de atendimentos	5.886
	Total de produtos geral	8.686
	Total análise técnica	8.593
	Total encaminhamento administrativo	4.852
	Percentual encaminhamento administrativo	56,46%
TOTAL GERAL (2013-2021)	Total de atendimentos	100.866
	Total de produtos geral	147.176
	Total análise técnica	104.774
	Total encaminhamento administrativo	59.508
	Percentual encaminhamento administrativo	56,80%

Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

O crescimento observado no quantitativo de atendimentos realizados pela CRLS vai ao encontro da pesquisa realizada pelo CNJ, que verificou que, no período

entre 2008 e 2017, o número de demandas judiciais referentes à questão da saúde teve aumento de 130%. No entanto, insta ressaltar que o número de atendimentos realizados pela CRLS e o crescimento de demandas apontado (124%) não refletem o número de ações ajuizadas no município do Rio de Janeiro, visto que durante o período de existência da CRLS da Capital, 56,80% das demandas analisadas pela equipe tiveram algum tipo articulação com os gestores responsáveis, visando a um encaminhamento administrativo na tentativa de resolução do pleito.

Para análise das frequências de variáveis, serão considerados apenas os períodos que compreenderam 15 meses anteriores à pandemia da covid-19, com igual duração de tempo, 15 meses em vigência da pandemia da covid-19, sendo estruturados para descrição dos resultados os períodos de 01/01/2019 a 15/03/2020 (pré-pandemia da covid, período sem alteração nos fluxos de trabalho) e 01/04/2020 a 30/06/2021 (em vigência da pandemia da covid-19).

As Tabelas 3 e 4 demonstram mensalmente os quantitativos de atendimentos a usuários e de produtos solicitados, bem como os quantitativos e frequência dos encaminhamentos realizados pela equipe de análise técnica da CRLS nos períodos propostos por este estudo. Para melhor compreensão destas tabelas, bem como das demais que serão apresentadas no decorrer deste estudo, torna-se importante detalhar as denominações dadas a cada coluna das tabelas, assim descritas:

- a. Total de assistidos: corresponde ao quantitativo de usuários que receberam algum atendimento nas dependências da CRLS.
- b. Total de produtos: corresponde ao quantitativo de demandas solicitadas à equipe técnica da CRLS, na área de atendimento. Os produtos são classificados na base de dados do sistema CRLS, com as seguintes categorias: alimento infantil, casa de repouso, cirurgia, consulta, cosmético, equipamento, exame, *homecare*, insumo, internação, medicamento, PADI (Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso), retorno/informação, suplemento alimentar, TFD (Tratamento Fora de Domicílio), transferência, transporte e tratamento. Cabe esclarecer, neste ponto, que os assistidos podem solicitar na CRLS o quantitativo de produtos apresentados nos receituários e/ou laudos médicos. O total de produtos compreende o somatório dos itens: “total análise técnica” e “total defensoria”.

- c. Total Análise Técnica: corresponde ao quantitativo de produtos que foram encaminhados através do Sistema Câmara de Saúde à equipe de análise técnica. Cumpre esclarecer que este quantitativo difere do quantitativo descrito em “total de produtos”, visto que nem todas as demandas solicitadas à equipe técnica da CRLS, área de atendimento, são encaminhadas à equipe de análise técnica. As demandas não encaminhadas à equipe de análise técnica são categorizadas na coluna “total defensoria”.
- d. Total Defensoria: compreende o quantitativo de solicitações cadastradas na base de dados como “retorno/informação”, que são referentes à emissão de ofício para laudo médico ou consulta processual de acompanhamento de demanda já ajuizada (DPU); não são direcionadas à equipe de análise técnica, sendo atendidas pelas equipes dos setores de triagem, primeiro atendimento e defensoria.
- e. Total Encaminhamento Administrativo: corresponde ao quantitativo de produtos que foram analisados pela equipe de análise técnica e tiveram alguma articulação com encaminhamento administrativo para unidade de saúde. O percentual (%) associado ao encaminhamento administrativo resulta da frequência do quantitativo de encaminhamento administrativo em relação ao total da análise técnica (subtraindo-se os casos de “abandono análise”).
- f. Total Encaminhamento Defensoria: corresponde ao quantitativo de produtos que foram analisados pela equipe de análise técnica e que, diante da inexistência de recurso administrativo para intervenção extrajudicial, houve encaminhamento para apreciação e adoção de medidas necessárias pela Defensoria. O percentual (%) associado ao encaminhamento defensoria resulta da frequência do quantitativo de encaminhamento defensoria em relação ao total da análise técnica (subtraindo-se os casos de “abandono análise”).
- g. Abandono Análise: corresponde a produtos encaminhados à análise técnica e que, por situações diversas, entre as quais o assistido evadiu-se, produto não possui receita ou laudo médico que possibilite análise, impossibilitam a continuidade da análise técnica, sendo estes abandonados no sistema CS. Cabe esclarecer que todo e qualquer

assistido ou produto abandonado no sistema possui obrigatoriedade de justificativa a ser preenchida neste, possibilitando, assim, posterior consulta da impossibilidade de seguimento.

A análise comparativa do primeiro (pré-pandemia) e segundo período (vigência da pandemia), objetos deste estudo (Tabelas 3 e 4), demonstrou queda acentuada no número de atendimentos realizados pela CRLS. No consolidado do total do período anterior à pandemia da covid-19, foram atendidos 23.612 usuários, com 31.289 produtos solicitados, dos quais 20.279 encaminhados à equipe de análise técnica para emissão de parecer técnico individualizado.

Tabela 3. Quantitativo de atendimentos e encaminhamentos realizados de janeiro de 2019 a março de 2020

ANO	MÊS	TOTAL DE ASSISTIDOS	TOTAL DE PRODUTOS	TOTAL ANÁLISE TÉCNICA	TOTAL DEFENSORIA	TOTAL ENCAMINHAMENTO ADMINISTRATIVO	%	TOTAL ENCAMINHAMENTO DEFENSORIA	%	ABANDONO ANÁLISE	%
2019	JANEIRO	1650	2232	1501	731	1017	67,75	484	32,25	0	0,00
	FEVEREIRO	1578	2022	1286	736	848	65,94	436	33,90	2	0,16
	MARÇO	1439	1970	1286	684	897	69,75	388	30,17	1	0,08
	ABRIL	1527	2112	1391	721	933	67,07	457	32,85	1	0,07
	MAIO	1843	2391	1501	890	977	65,09	521	34,71	3	0,20
	JUNHO	1.642	2.152	1373	779	960	69,92	413	30,08	0	0,00
	JULHO	1.952	2.701	1865	836	1343	72,01	521	27,94	1	0,05
	AGOSTO	1774	2368	1560	808	1065	68,27	495	31,73	0	0,00
	SETEMBRO	1819	2441	1592	849	1091	68,53	498	31,28	3	0,19
	OUTUBRO	1940	2491	1586	905	1089	68,66	497	31,34	0	0,00
	NOVEMBRO	1675	2224	1461	763	977	66,87	484	33,13	0	0,00
	DEZEMBRO	1223	1548	940	608	623	66,28	317	33,72	0	0,00
TOTAL 2019		20062	26652	17342	9310	11820	68,16	5511	31,78	11	0,06
2020	JANEIRO	1578	2101	1373	728	945	68,83	428	31,17	0	0,00
	FEVEREIRO	1130	1461	883	578	635	71,91	248	28,09	0	0,00
	MARÇO	842	1075	681	394	472	69,31	203	29,81	6	0,88
	TOTAL 2020	3550	4637	2937	1700	2052	69,87	879	29,93	6	0,20
TOTAL PERÍODO		23612	31289	20279	11010	13872	68,46	6390	31,51	17	0,08

Fonte: Dados Institucionais, CRLS 2021.

Observa-se que, durante todo período pré-pandemia, os encaminhamentos administrativos – ou seja, tentativas de resolução extrajudicial, realizados permaneceram com percentuais acima de 65%. É importante destacar que a CRLS da Capital, desde 2013, vinha construindo um crescimento gradual nos seus encaminhamentos administrativos, através de reuniões e capacitações da equipe e articulações realizadas com as unidades de saúde municipais e estaduais.

Quando analisados os atendimentos realizados no período da pandemia da covid-19, estes totalizaram apenas 5.575 usuários, configurando uma redução de 76% (18.037) dos atendimentos, com 7.778 produtos solicitados. Diferentemente

dos dados apresentados na Tabela 3, em que há diferença significativa (11.010) no quantitativo de produtos solicitados e os encaminhados à equipe de análise técnica, no período pandêmico, essa diferença se resume a apenas 1 (um) produto. Tal redução se deve ao fato de que, sem os atendimentos presenciais, não houve o acompanhamento e registro pela CRLS, de emissão, pelas Defensorias, de ofícios para laudo médico e os “retorno/informação” de acompanhamento processual, realizados pela Defensoria Pública da União. Ademais, observa-se redução acentuada nos percentuais de encaminhamento administrativo, havendo uma variação nestes percentuais, de 30,77% (52) a 55,83% (335) ao longo dos meses, perfazendo no total do período uma média de 52,13% (4.119) de encaminhamentos administrativos. Mesmo o maior valor percentual de encaminhamento administrativo do período pandêmico (Tabela 4) ainda é bem inferior aos menores valores de encaminhamento administrativo apresentados no período anterior à pandemia (Tabela 3).

Tabela 4: Quantitativo de atendimentos e encaminhamentos realizados de abril de 2020 à junho de 2021

ANO	MÊS	TOTAL DE ASSISTIDOS	TOTAL DE PRODUTOS	TOTAL ANÁLISE TÉCNICA	TOTAL DEFENSORIA	TOTAL ENCAMINHAMENTO ADMINISTRATIVO	%	TOTAL ENCAMINHAMENTO DEFENSORIA	%	ABANDONO ANÁLISE	%
2020	ABRIL	121	144	144	0	47	32,64	97	67,36	0	0,00
	MAIO	141	169	169	0	52	30,77	112	66,27	5	2,96
	JUNHO	237	335	335	0	154	45,97	180	53,73	1	0,30
	JULHO	374	553	552	1	295	53,44	254	46,01	3	0,54
	AGOSTO	390	600	600	0	335	55,83	260	43,33	5	0,83
	SETEMBRO	413	581	581	0	290	49,91	287	49,40	4	0,69
	OUTUBRO	406	525	525	0	260	49,52	260	49,52	5	0,95
	NOVEMBRO	445	637	637	0	355	55,73	273	42,86	9	1,41
	DEZEMBRO	288	385	385	0	179	46,49	205	53,25	1	0,26
	TOTAL 2020	2815	3929	3928	1	1967	50,08	1928	49,08	33	0,84
	JANEIRO	284	423	423	0	236	55,79	183	43,26	4	0,95
	FEVEREIRO	422	600	600	0	334	55,67	261	43,50	5	0,83
MARÇO	517	769	769	0	414	53,84	347	45,12	8	1,04	
2021	ABRIL	507	749	749	0	393	52,47	348	46,46	8	1,07
	MAIO	491	724	724	0	365	50,41	350	48,34	9	1,24
	JUNHO	539	784	784	0	410	52,30	365	46,56	9	1,15
	TOTAL 2021	2760	4049	4049	0	2152	53,15	1854	45,79	43	1,06
TOTAL PERÍODO	5575	7978	7977	1	4119	52,13	3782	47,41	76	0,95	

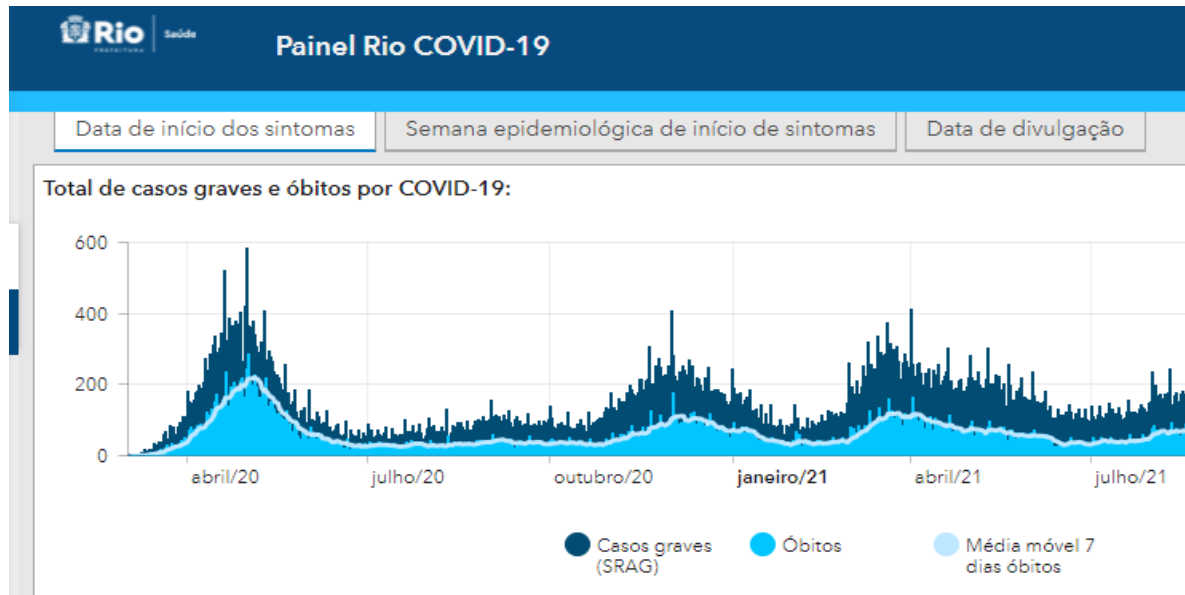
Fonte: Dados Institucionais, CRLS 2021.

Na tentativa de elucidar as alterações dos quantitativos (redução) de atendimentos ocorridos durante o período 2, ou seja, em vigência da pandemia, buscaram-se dados mensais acerca do panorama de agravamento de casos da covid-19 no município do Rio de Janeiro (Figura 6). No entanto, a comparação das

variações ocorridas ao longo dos meses (Figura 6 e Gráfico 2) não permitiram estabelecer nenhuma correlação nas variações de atendimento com os períodos de maiores ocorrências de casos graves e óbitos por covid no município do Rio de Janeiro.

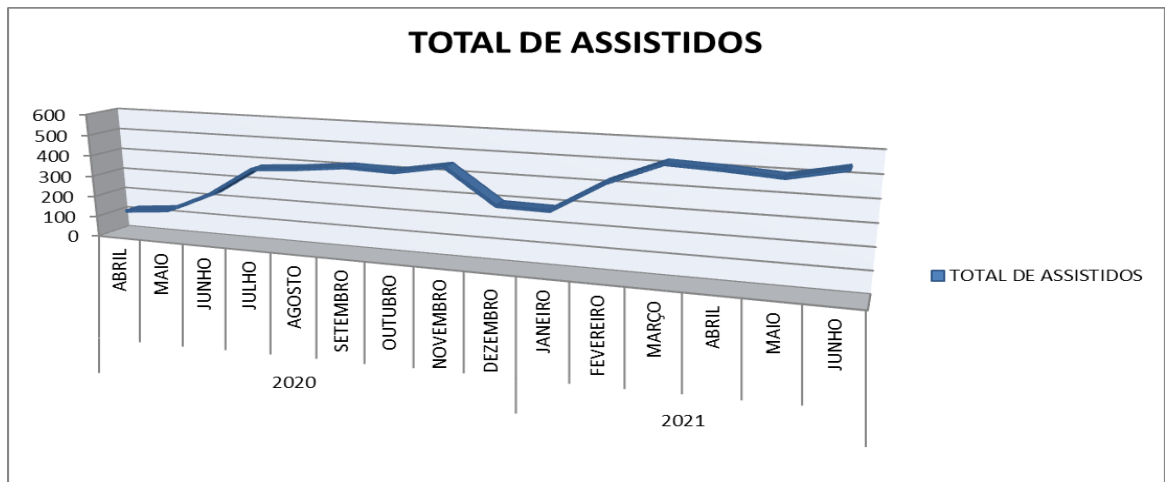
Acredita-se que, para a correta compreensão dos dados descritos demonstrados na Tabela 4, redução no quantitativo de atendimentos e de encaminhamentos administrativos, será necessário correlacioná-los às mudanças dos fluxos de processos ocorridas durante o período pandêmico, as quais serão abordadas posteriormente no capítulo 4.2, bem como com a análise do perfil das demandas solicitadas nos dois períodos, Tabelas 5 e 6.

Figura 6: Total de casos graves e óbitos por covid-19 no município do Rio de Janeiro



Fonte: Painel Rio COVID-19 (<https://www.data.rio/apps/painel-rio-covid-19/explore>).

Gráfico 2: Total de assistidos atendidos pela CRLS, de abril de 2020 a junho de 2021



Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro 2021. Gráfico de elaboração própria

As Tabelas 5 e 6 demonstram mensalmente os quantitativos de demandas solicitadas por categoria de produtos cadastrados no sistema CS, no período anterior à pandemia da covid e em vigência da pandemia. Em análise dos dados apresentados, no período pré-pandemia, verifica-se que as demandas mais solicitadas à CRLS, com produtos a serem analisados pela equipe de análise técnica, excetuando-se “retorno/informação”, foram os medicamentos (6.924), seguidos de consultas (5.225) e exames (2.984).

Tabela 5. Perfil das demandas atendidas de janeiro de 2019 a março de 2020

Produto	ANO 2019												TOTAL	ANO 2020						TOTAL PERÍODO	
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun		TOTAL
Alimento Infantil	30	22	22	30	32	22	33	29	17	28	26	14	305	8	2	10	0	0	0	20	325
Casa de Repouso	3	3	1	1	0	1	4	2	5	1	1	2	24	0	1	0	0	0	0	1	25
Cirurgia	79	69	66	58	63	52	60	73	81	70	69	34	774	58	36	40	0	0	0	134	908
Consulta	440	378	341	310	388	316	447	410	347	397	390	228	4.392	369	248	216	0	0	0	833	5.225
Cosmético	4	0	0	1	0	2	1	1	0	1	5	0	15	1	0	3	0	0	0	4	19
Equipamento	26	36	35	30	49	31	30	27	51	41	38	17	411	36	23	12	0	0	0	71	482
Exames	220	223	174	174	187	210	266	231	255	212	216	153	2.521	225	135	103	0	0	0	463	2.984
Home Care	3	2	2	1	0	3	3	0	2	1	2	0	19	1	0	0	0	0	0	1	20
Insumos	104	50	78	106	83	106	118	117	144	89	82	39	1.116	74	38	28	0	0	0	140	1.256
Internação	16	12	16	17	19	11	28	21	16	28	19	9	212	13	6	8	0	0	0	27	239
Medicamentos	465	362	454	536	534	497	721	517	521	551	490	358	6.006	448	286	184	0	0	0	918	6.924
PADI	0	0	2	2	2	3	0	1	1	2	0	1	14	1	0	0	0	0	0	1	15
Retorno/Informação	731	737	684	721	890	779	836	808	849	905	763	608	9.311	728	578	393	0	0	0	1.699	11.010
Suplemento Alimentar	9	8	9	14	17	15	13	4	10	14	16	5	134	6	4	3	0	0	0	13	147
TFD	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	5	0	0	1	0	0	0	1	6
Transferência	53	44	29	41	46	50	58	60	46	50	26	21	524	34	45	24	0	0	0	103	627
Transporte	17	24	18	45	41	28	49	31	50	39	30	25	397	36	32	23	0	0	0	91	488
Tratamento	31	49	37	24	37	25	33	35	43	62	51	34	461	63	27	21	0	0	0	111	572
Total Demandas	2.232	2.020	1.969	2.111	2.388	2.152	2.700	2.368	2.438	2.491	2.224	1.548	26.641	2.101	1.461	1.069	0	0	0	4.631	31.272

Fonte: Dados Institucionais, CRLS 2021.

Quando correlacionados com as demandas com maiores frequências durante o período pandêmico, os medicamentos (2.777) permanecem como maior demanda, embora as solicitações por transportes (1.085) surjam como terceiro maior pedido, depois das solicitações por consultas (1.293). Ainda que as demandas pretendidas não configurem a expressão dos pedidos que apresentaram falha de resolução extrajudicial, resultando em ação judicial, estes dados refletem o demonstrado no estudo realizado pelos autores Peçanha, Simas e Luiza (2019), que verificaram um aumento da judicialização por medicamentos no estado do Rio de Janeiro de 2010 a 2017.

As solicitações por transporte destacam-se como o único produto com crescimento tão acentuado quando comparados os dois períodos, com aumento de 122% (Tabelas 5 e 6). Destaca-se que, ainda que tenha havido uma redução de 76% no quantitativo geral de atendimentos no comparativo dos dois períodos, as transferências permaneceram com redução pouco significativa (12%), podendo-se inferir que houve comparativamente um aumento geral por solicitações de transferências no período pandêmico. Estes dois produtos, transporte e transferência, quando analisados de forma isolada, considerando o aumento percentual de solicitações no contexto geral do 2º período (pandêmico), já permitem a inferência da justificativa acerca da redução dos percentuais de encaminhamento administrativo total quando comparados os dois períodos do estudo.

No município e estado do Rio de Janeiro, não há política pública que regulamente o transporte sanitário eletivo individual, excetuando-se os casos de necessidade de tratamento fora de domicílio (intermunicipal ou interestadual). De forma geral, o transporte sanitário eletivo é entendido como aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada (BRANDT, 2019). Tanto no estado quanto no município do Rio de Janeiro existem, respectivamente, os programas Vale Social (Lei Estadual nº 4.510/05) e Passe Livre (art. 401 da Lei Orgânica do Município do Rio c.c. Lei Municipal nº 3167/2000) que concedem, respectivamente, a isenção no pagamento de tarifa em transporte público rodoviário intermunicipal, aquaviário, ferroviário e metroviário intra e intermunicipal e rodoviário intramunicipal para pessoas com doença crônica ou deficiência. No entanto, as solicitações demandadas à CRLS e descritas em laudo médico acostado aos documentos apresentados, em sua grande

maioria, fazem referência ao transporte sanitário eletivo para tratamento individualizado, pois o usuário, em razão de alguma doença crônica, deficiência ou dificuldade de deambulação estaria impossibilitado de utilizar o transporte público. Considerando não haver uma legislação vigente para tal demanda, esta é viabilizada apenas mediante sua judicialização, não possibilitando um caminho administrativo para articulação e resolução dos pleitos, o que, devido ao aumento expressivo dessas solicitações no período pandêmico impactou na redução do percentual geral de encaminhamento administrativo.

A outra demanda de saúde destacada que não acompanhou percentualmente a redução geral de demandas foram as transferências hospitalares. A CRLS atua nos casos de solicitações de transferências por leitos hospitalares, realizando a verificação da inserção do assistido nos sistemas de regulação e buscando articulação com as centrais de regulação acerca da viabilidade de uma solução consensual da demanda, respeitando a política do sistema de regulação sem “furar a fila”. Conforme descrito por Santos, Vargas e Schneider (2010), a demora em conseguir um leito para um paciente que se encontra em uma lista de espera é consequência de um sistema de saúde deficiente e quantitativo de leitos insuficientes para atender a toda demanda. Isso pode levar o paciente a um agravo ou até mesmo a um estado irreversível de reestabelecimento da saúde, inclusive o óbito. Seguindo esses preceitos, as demandas recebidas na CRLS enfrentam a sobrecarga existente por transferências por leitos hospitalares e, assim, muito raramente se obtém uma via extrajudicial para a resolução das mesmas, impactando nos resultados gerais de encaminhamento administrativo, especialmente no que se refere ao período pandêmico.

Tabela 6: Perfil das demandas atendidas de abril de 2020 a junho de 2021

Produto	ANO 2020													TOTAL	ANO 2021							TOTAL PERÍODO
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan		Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	TOTAL		
Alimento Infantil	0	0	0	7	7	9	18	12	6	11	21	6	97	9	15	18	9	10	11	72	169	
Casa de Repouso	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	3	
Cirurgia	0	0	0	3	3	9	22	11	15	16	23	16	118	10	32	20	23	21	21	127	245	
Consulta	0	0	0	28	21	42	78	88	100	70	107	52	586	100	118	141	120	111	117	707	1.293	
Cosmético	0	0	0	0	0	1	2	1	4	1	2	2	13	0	0	1	1	1	0	3	16	
Equipamento	0	0	0	3	3	4	14	10	17	22	14	9	96	11	20	20	28	19	33	131	227	
Exames	0	0	0	8	11	12	22	38	29	46	42	20	228	29	46	59	56	57	66	313	541	
Home Care	0	0	0	2	0	1	2	2	1	0	2	0	10	0	0	2	4	2	1	9	19	
Insumos	0	0	0	7	0	9	30	32	54	42	50	32	256	36	49	34	66	57	63	305	561	
Internação	0	0	0	7	2	6	8	3	9	5	4	4	48	2	8	8	8	7	6	39	87	
Medicamentos	0	0	0	29	47	122	192	245	202	170	235	137	1.379	133	169	306	253	273	264	1.398	2.777	
PADI	0	0	0	1	0	3	2	0	1	1	1	0	9	0	0	0	2	3	2	7	16	
Retorno/Informação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Suplemento Alimentar	0	0	0	0	0	2	7	7	4	5	6	12	43	9	8	13	5	6	5	46	89	
TFD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Transferência	0	0	0	26	53	30	33	20	37	36	40	45	320	34	37	51	41	30	39	232	552	
Transporte	0	0	0	12	13	69	103	110	88	81	68	34	578	33	74	73	103	101	123	507	1.085	
Tratamento	0	0	0	11	4	15	16	16	9	14	13	15	113	13	19	15	21	17	24	109	222	
Total Demandas	0	0	0	144	164	334	550	595	577	520	628	384	3.896	419	595	761	741	715	775	4.006	7.902	

Fonte: Dados Institucionais, CRLS 2021.

A tabela 7 demonstra as solicitações pretendidas e analisadas pela equipe de análise técnica, com os quantitativos e frequências dos encaminhamentos administrativos realizados. Conforme já descrito, quando da análise das Tabelas 5 e 6, os produtos mais demandados no primeiro período foram: medicamentos (6.924), consultas (5.225) e exames (2.984). No entanto, quando analisados os encaminhamentos administrativos, verifica-se que os produtos solicitados com maiores percentuais de encaminhamento administrativo, foram: PADI (93,33%), exames (87,67%), consulta (84,34%) e alimento infantil (83,08%).

A análise do segundo período demonstra que, apesar das reduções no quantitativo de atendimentos e solicitações, os mesmos produtos permanecem com os maiores percentuais de resolução administrativa, invertendo apenas as posições das demandas por consulta e alimento infantil: PADI (100%), exames (88,35%), alimento infantil (75,15%) e consulta (71,77%). De forma geral, o percentual de encaminhamento administrativo apresentou redução de 68,46% para 52,14%, e a análise da Tabela 7 corrobora o descrito anteriormente. Ou seja, que tal redução é atribuída significativamente ao aumento expressivo do quantitativo de demandas por transporte (120%), que representam um percentual muito baixo de encaminhamento administrativo, e solicitações por transferências hospitalares.

Tabela 7. Produtos categorizados e encaminhamento administrativo, de 2019 a 2021

PRODUTO	PERÍODO JAN 2019- MAR 2020	ENCAMINHAMENTO ADMINISTRATIVO	%	PERÍODO ABR 2020- JUN 2021	ENCAMINHAMENTO ADMINISTRATIVO	%
Alimento Infantil	325	270	83,08	169	127	75,15
Casa de Repouso	25	15	60,00	3	2	66,67
Cirurgia	908	515	56,72	245	128	52,24
Consulta	5.225	4.407	84,34	1.293	928	71,77
Cosmético	19	6	31,58	16	7	43,75
Equipamento	482	191	39,63	227	76	33,48
Exames	2.984	2.616	87,67	541	478	88,35
Homecare	20	15	75,00	19	7	36,84
Insumos	1.256	628	50,00	561	293	52,23
Internação	239	179	74,90	87	60	68,97
Medicamentos	6.924	4.574	66,06	2.777	1806	65,03
PADI	15	14	93,33	16	16	100,00
Suplemento Alimentar	147	78	53,06	89	27	30,34
TFD	6	3	50,00	0	0	0,00
Transferência	627	77	12,28	552	40	7,25
Transporte	488	56	11,48	1.085	24	2,21
Tratamento	572	228	39,86	222	101	45,50
TOTAL	20.262	13.872	68,46	7.902	4120	52,14

Fonte: Dados Institucionais, CRLS 2021.

No estudo realizado dos dois períodos objeto desta pesquisa, as solicitações por medicamentos predominaram nas demandas apresentadas e analisadas pela CRLS, corroborando dados levantados em uma pesquisa realizada pelo CNJ acerca do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. O estudo evidenciou que de um universo de 1.748 processos analisados, 1.339 tiveram o fornecimento de medicamentos como pelo menos um dos objetos da ação, ou seja, 76,6% das demandas judiciais em saúde entre os anos de 2011 e 2012 envolveram solicitações de algum tipo de tratamento farmacológico (CNJ, 2015).

Ainda que haja inúmeras tentativas de encaminhamentos administrativos realizados pela CRLS, os medicamentos e insumos como leites especiais para crianças alérgicas e fraldas ainda perfazem 69% das ações judiciais protocoladas no estado do Rio de Janeiro, de acordo com estatísticas disponibilizadas pelo Comitê Estadual de Saúde do Tribunal.

Os dados apresentados e categorizados no sistema Câmara de Saúde da CRLS representam importante ferramenta para o gerenciamento da gestão de saúde, possibilitando, através dos dados quantitativos, a elaboração de uma política pública, e subsidiando, segundo Zenobi (2017), interpretações e diagnósticos que

dão a determinado problema uma magnitude que demande incontornável intervenção estatal.

4.1.3 Medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos antes da pandemia da covid-19

Conforme descrito no início deste capítulo, a CRLS da Capital está localizada no centro da cidade do Rio de Janeiro, na Rua da Assembleia, 77, em um imóvel de três andares (subsolo, loja e sobreloja), com atendimentos presenciais ao público, antes da pandemia da covid-19, de segunda a sexta-feira, das 10h às 15h, para qualquer demanda de saúde, sem limitação do número de senhas, com extensão deste horário até as 16h30 para os casos de urgência. São considerados casos de urgência as internações ou transferências hospitalares ou casos em que laudo médico esteja descrito o risco de morte. O fluxo adotado no período anterior à pandemia da covid-19 será descrito seguindo os índices ou categorias pré-definidos para análise dos dados, com base nos Relatórios Institucionais da CRLS de 2013 a 2021, os quais descrevem os fluxos de atendimento, bem como as observações da autora.

4.1.3.1 Informações para acesso à CRLS

As informações para acesso à CRLS, conforme descrito na abordagem metodológica, é entendida neste estudo como as formas de divulgação e difusão de informações para acesso dos assistidos à assistência e orientação jurídica, previstas pelas Defensorias atuantes na CRLS da Capital aos cidadãos hipossuficientes e hipervulneráveis. As formas de divulgação e direcionamento dos assistidos para o atendimento na CRLS se dão essencialmente pelos próprios núcleos de atendimento e sede das defensorias, podendo também ser fornecidas informações pelos canais de comunicação/informação das defensorias (DPE/DPU-RJ), tais como página da internet e telefones de informações. O convênio realizado pelas

defensorias com a CRLS prevê o direcionamento de todo e qualquer primeiro atendimento de demandas de saúde para o atendimento presencial, sem que haja agendamento prévio ou limitação do número de atendimentos/dia.

As sedes das Defensorias (DPE e DPU-RJ) encontram-se no centro da cidade do Rio de Janeiro, em uma área geográfica próxima da CRLS, onde ficaram concentradas todas as demandas de saúde. Desta forma, ainda que o assistido, por falta de informação prévia do local de atendimento pelas Defensorias às demandas de saúde, buscase as unidades de atendimento geral das mesmas, o direcionamento correto à unidade da CRLS não acarreta transtornos de deslocamento e/ou oneração ao usuário com transporte público.

4.1.3.2 Porta de entrada / acesso dos usuários

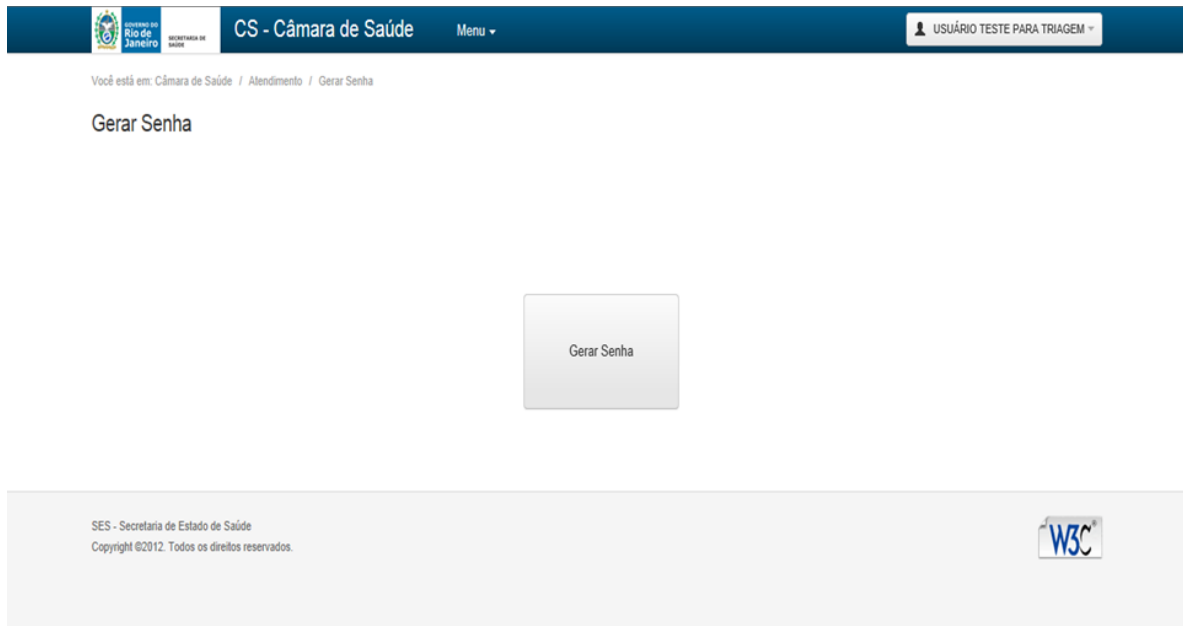
A porta de entrada e/ou acesso dos usuários, para efeitos de descrição no presente estudo, foi definida como as formas de acesso à triagem da CRLS para o aludido atendimento do direito de acesso à Justiça. Conforme descrito anteriormente, o atendimento ao público da CRLS, antes da pandemia da covid-19, se dava de segunda a sexta-feira, das 10h às 15h, para qualquer demanda de saúde, sem limitação do número de senhas, havendo extensão deste horário até as 16h30 em casos de urgência.

Todo o fluxo de atendimento inicia-se pela entrada do assistido à unidade, momento no qual ele recebe uma senha (Figura 7). O assistido, ao chegar à CRLS, é recebido no térreo por uma atendente administrativa da CLRS, que confirma tratar-se de uma demanda de saúde e verifica a origem do assistido (município de residência), dispensando uma senha para realização do atendimento no Setor de Triagem e orientando-o a aguardar a realização do seu registro no subsolo e acompanhar o chamado de sua senha pelo *display*. A senha será utilizada durante todo o período e sua distribuição se dá por ordem de chegada na fila. O Setor de Triagem, que fica no subsolo, possui quatro estações de atendimento, sendo que este procedimento é realizado por assistentes sociais.

O primeiro atendimento técnico da população assistida pela CRLS é efetuado pelas assistentes sociais lotadas nesse órgão, por seleção pública, via

processo seletivo da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Essa equipe integra o setor de triagem e promove, dentre outros, o acolhimento e a escuta dos usuários que buscam alcançar resolutividade de pendências na perspectiva da garantia de seu direito à saúde.

Figura 7. Tela da Geração de Senha do Sistema Câmara de Saúde



Fonte: Sistema Câmara de Saúde

São diversas as situações que demandam prestação de serviços nesta área e que se materializam, por exemplo, na falta de acesso a medicamentos e insumos, demora na marcação e realização de consultas, exames, cirurgias, procedimentos clínicos, atendimentos na área da saúde mental, dentre outros.

As atividades desenvolvidas por esta equipe estão em consonância com o código de ética do Serviço Social, as diretrizes do SUS e o projeto desenvolvido para a CRLS. Compreendem ainda iniciativas implementadas pela equipe, a partir da observação e análises qualitativas realizadas no desenvolvimento do trabalho, tais como:

- Avaliação da documentação exigida e apresentada pelos assistidos e/ou representantes para posterior análise.
- Acolhimento e escuta qualificada das demandas apresentadas pelos assistidos e/ou representantes.

- Orientações sobre a documentação necessária para o atendimento, dirimindo eventuais dúvidas, caso o assistido não esteja em posse dela ou a mesma esteja incompleta.
- Cadastro do assistido em Sistema próprio da CRLS, sendo inserido no sistema o nome do autor da solicitação (mesmo nos casos em que o autor possui representante, o registro é realizado no nome do autor), número do CPF e telefone de contato ou outro meio de contato.
- Encaminhamento dos assistidos e/ou representantes para atendimento nas Defensorias Públicas do Estado ou da União, de acordo com a demanda identificada e a origem da documentação médica, considerando, para tanto, os parâmetros fixados na Divisão de Atribuições da DPU e da DPE (Quadro 1), acerca dos atendimentos realizados na CRLS.
- Orientações sobre outras demandas que são trazidas pelos assistidos e que não estejam exclusivamente no escopo da área da saúde, como por exemplo, referentes a situações trabalhistas, previdenciárias, de acessibilidade ao tratamento (Rio Card), programas de transferência de renda, assistenciais, dentre outras. Estas demandas são acolhidas e, uma vez identificada a necessidade de atendimento para vinculação em outros serviços, o assistido é encaminhado para que possa acessar direitos e serviços ofertados por outras políticas públicas, tendo em mãos um formulário de encaminhamento elaborado pela equipe.
- Articulação com os demais setores de trabalho e equipes de saúde lotadas na CRLS, na perspectiva de esclarecer dúvidas e orientações relativas a cada demanda para um melhor encaminhamento das mesmas.
- No sentido de contribuir qualitativamente para o atendimento oferecido à população usuária, uma das iniciativas desenvolvidas pela equipe do serviço social da triagem foi o projeto “Câmara de leituras”, que consiste na disponibilização de livros de naturezas diversas, obtidos por doações, para que sejam utilizados como forma de preencher o tempo de espera nas diferentes etapas do atendimento.

Com a inserção dos dados do assistido no Sistema CRLS/SES, é gerado automaticamente um número de procedimento. Caso haja o comparecimento desse assistido à CRLS mais de uma vez, para atendimento das Defensorias, haverá

geração de novo número de registro, para acompanhamento, ficando este gravado no histórico do assistido na CRLS.

No Setor de Triagem há a diferenciação (Figura 8) dos tipos de atendimento, sendo classificados como: DPE, DPU, primeiro atendimento; retorno; atendimento prioritário (sendo considerados prioritários os casos previstos nos parâmetros legais de priorização – ter 60 anos ou mais, estar amamentando ou com criança de colo etc.) e urgência, os quais são aplicados aos casos de transferência ou internação em que a pessoa esteja correndo risco de vida.

Figura 8: Tela da Triagem do Sistema Câmara de Saúde

A imagem mostra a interface de triagem do Sistema Câmara de Saúde. No topo, há o logotipo do Governo do Rio de Janeiro e o título "CS - Câmara de Saúde". Abaixo, o formulário "Progressão da Senha" contém os seguintes elementos:

- Campos de entrada para:
 - * Nome ou Nome Social: ASSISTIDO TESTE
 - CPF: [campo vazio]
 - * Telefone: [campo vazio]
- Seção "Atendimento DPE" com botões: Normal, Prioridade, Urgência.
- Seção "Atendimento DPU" com botões: 1º Atendimento, Atendimento Prioridade, Retorno, Retorno Prioridade.
- Seção "Orientações/Encaminhamentos" com botões: Ausência de documentos, Fora de área abrangente, Não relacionado à saúde, Outros.
- Botões "Concluir" e "Voltar" na base do formulário.

Fonte: Sistema Câmara de Saúde

Após o registro do atendimento no sistema Câmara de Saúde no sistema, o assistido é orientado a aguardar o chamado para atendimento com a DPE/DPU-RJ no subsolo, acompanhando seu chamado, que ocorre de forma nominal com um aviso sonoro e visual pelo *display*.

4.1.3.3 Fluxo de atendimento e análise técnica

A área de atendimento, designada na unidade como "Primeiro Atendimento" da CRLS, fica localizada no primeiro andar (loja) e possui oito estações destinadas aos atendimentos da DPE e oito destinadas aos atendentes da DPU. Das oito estações destinadas aos atendimentos da DPE, quatro se destinam ao primeiro

atendimento e as demais são designadas para o atendimento dos assistidos pela Defensoria, após o recebimento da resposta no retorno da análise, nos casos de necessidade de ajuizamento de ação. O assistido que aguarda o atendimento no subsolo, é chamado através do *display*, que emite um aviso sonoro e visual com o nome do assistido/número do guichê de atendimento/tipo de solicitação (DPE/DPU), para comparecer a Área de Atendimento, localizada na loja da CRLS.

O atendente da DPU/DPE realiza a complementação dos dados do assistido no sistema Câmara de Saúde com a digitalização dos documentos apresentados pelo assistido – identidade, CPF, comprovante ou declaração de residência, comprovante de renda (se não o possuir, deverá ser preenchida e assinada a declaração de renda não comprovada), laudos médicos, receituários médicos e telas do sistema de regulação, se houver. Cabe ao atendente da DPU/DPE verificar os documentos mínimos necessários. Havendo pendências documentais de cadastro identificadas no Atendimento, estas são informadas ao assistido, que é orientado a atender as exigências técnicas; no entanto, não é inviabilizado neste momento o encaminhamento à equipe de análise técnica. A demanda necessária (produto), a qual será encaminhada a análise técnica, é verificada e cadastrada no sistema nesta fase (Figura 9).

Figura 9. Tela do “Primeiro Atendimento, sistema Câmara de Saúde

Fonte: Sistema Câmara de Saúde

Após o preenchimento no sistema, pelo atendente da DPU/DPE, de todos os dados cadastrais pessoais e requerimento necessário, este tramita o procedimento

instaurado à equipe de análise técnica e orienta o assistido para que aguarde os trâmites administrativos na área de espera, localizada no subsolo da CRLS, acompanhando o seu novo chamado através do *display*.

A rotina de atendimento é basicamente a mesma para as duas defensorias: registro da demanda do usuário – preenchida em um campo do sistema denominado “produto” –, digitalização dos documentos e envio da solicitação para o setor de análise técnica. Contudo, o atendimento na DPU possui algumas particularidades. Nos casos em que o atendimento é realizado pela DPU-RJ, esta providencia, além de todo procedimento já descrito, o número de procedimento, o registro dos dados do assistido no sistema de Processo de Assistência Jurídica-PAJ e a digitalização dos formulários de atendimento emitidos pelo Sistema e-PAJ, capa do PAJ, Redução a Termo do Atendimento Inicial e Outorga de Poderes, além da inserção do(s) arquivo(s) obtido(s) no e-PAJ. Nestes casos, há um número do e-PAJ de acompanhamento da DPU em ambos os sistemas, que servirá para o assistido acompanhar o andamento do seu processo nos casos em que a demanda é efetivamente judicializada pelos defensores públicos.

O trabalho de atendimento das equipes da DPU-RJ e da DPE-RJ difere no que diz respeito aos procedimentos após a judicialização dos casos. A DPE-RJ oferece apenas um atendimento pré-processual na CRLS – ou seja, anterior ao ajuizamento da ação –, de modo que o assistido retorna à CRLS apenas para ter conhecimento do número do processo e o local para o qual ele deve se dirigir caso tenha alguma dúvida ou necessite de mais informações. Já um assistido pela DPU-RJ precisa retornar à CRLS quando precisar se informar pessoalmente sobre o andamento do seu processo, informações estas que são prestadas pelos mesmos atendentes que realizam a tramitação de solicitações novas à equipe de análise técnica. Desta forma, é necessário passar pelos setores anteriores ao atendimento para geração de senha e cadastro na triagem.

Após o atendimento nos guichês das Defensorias, os documentos digitalizados são enviados para o setor de análise técnica e o assistido é encaminhado novamente para a sala de espera localizada no subsolo. Nesse momento, a atendente orienta o assistido para que ele aguarde ser chamado pelo pessoal do setor de retorno de análise para receber o parecer elaborado pela equipe de análise técnica, acerca da apreciação de sua demanda.

As Secretarias de Saúde – municipal e estadual – procedem à análise técnica, em atenção aos documentos médicos acostados, tais como laudo médico, receita médica, telas de sistema de regulação, guias de referência e contrarreferência etc., acerca da pretensão das demandas inseridas no sistema. As equipes de análise técnica são compostas por profissionais vinculados a SMS-RJ, SES e PGE. Todos os profissionais realizam pareceres técnicos de toda e qualquer demanda que seja encaminhada à equipe, categorizados, conforme demonstrado no capítulo anterior, como: alimento infantil, casa de repouso, cirurgia, consulta, cosmético, equipamento, exame, *homecare*, insumo, internação, medicamento, PADI (Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso), retorno/informação, suplemento alimentar, TFD (tratamento fora de domicílio), transferência, transporte e tratamento.

O sistema possui campos (Figura 10) a serem preenchidos com informações que possibilitam um banco de dados, contendo: descrição de cada produto pretendido, medicamento(s) ou insumo(s) padronizado ou não pelo SUS, incluindo o princípio ativo e a dosagem; patologia descrita no laudo médico; data de início (diagnóstico) da patologia; CID-10; nome e número do conselho do profissional prescritor; unidade de origem e vínculo onde foi realizada a receita médica e laudo médico; data do documento médico.

Figura 10. Tela de Análise Técnica, sistema Câmara de Saúde

The screenshot shows the 'Tela de Análise Técnica' interface. At the top, there is a header with the logo of the Government of Rio de Janeiro, the text 'CS - Câmara de Saúde', and a 'Menu' dropdown. Below the header, there is a section titled 'Documento Médico' with a dropdown arrow. Underneath, the 'Dados do Documento' section contains several input fields: 'Data do Documento' (text), 'Tipo de Documento' (dropdown menu with 'Selecione'), 'Unidade de Saúde' (text with a search icon and a 'Limpar' button), 'Vínculo' (dropdown menu with 'Selecione'), 'Profissional Responsável' (text with a search icon and a 'Limpar' button), and 'Conselho' (dropdown menu with 'Selecione'). Below this is the 'Dados CID' section, which includes 'CID 10' (text with a search icon and a 'Limpar' button), 'Data Diagnóstico' (text), and a large text area for 'Diagnóstico Médico' with an 'Adicionar' button.

Fonte: Sistema Câmara de Saúde.

A equipe técnica, ao receber a documentação do assistido através do sistema, realiza uma conferência de dados, identificando a unidade de referência na

plataforma da SMS-RJ (Onde Ser Atendido), para que o mesmo seja encaminhado e acolhido na unidade de seu território de referência, nos casos em que haja encaminhamento administrativo. Em todas as demandas, são analisados os documentos médicos apresentados, para definição do encaminhamento pertinente a cada caso, e a necessidade de complementação da documentação apresentada. Algumas vezes, a equipe técnica precisa descer até o subsolo onde o assistido aguarda o novo chamado para o setor de Retorno da Análise, para conversar com ele ter um melhor entendimento da demanda requerida.

Os pareceres técnicos são realizados de forma individualizada, por produto solicitado, considerando as características da demanda solicitada, bem como os documentos apresentados. De forma geral, estes seguem parâmetros básicos, por grupo categorizado no sistema e discussões realizadas pelas equipes que produzem o documento:

- Medicamentos: os pareceres técnicos acerca de medicamentos são analisados visando respeitar as competências do SUS definidas em lei para o atendimento universal às demandas do setor de saúde. Desta forma, a equipe técnica verifica se o medicamento ou produto já está previsto nas listas oficiais do SUS ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT) do Ministério da Saúde, recomendando, no caso de não inserção, que haja a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no SUS, para fins de acompanhamento e controle clínico. As prescrições médicas são analisadas e descritas em parecer técnico com a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), o seu princípio ativo, seguido, quando pertinente, do nome de referência da substância, posologia, modo de administração e período de tratamento. Nos casos de medicamentos prescritos que não compõem as listas de dispensação do SUS, solicita-se que o laudo médico descreva a inefetividade do tratamento oferecido pelo SUS; e em caso de prescrição diversa daquela indicação expressamente informada por seu fabricante em bula (medicamento *off-label*), que seja confeccionada a justificativa técnica acerca do seu uso. Nas situações em que o medicamento faz parte da lista da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) do Rio de Janeiro, o analista da equipe da SMS entra em contato com o Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) de

referência do assistido, a fim de confirmar acerca do estoque, previsão de compra e disponibilidade para a dispensação. Nos casos de os medicamentos pertencerem ao elenco do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), com diretrizes estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (MS), é verificado se as informações prestadas contemplam os critérios de dispensação definidos pelo MS e nos casos em que esteja coberto, o mesmo é encaminhado a Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais (RioFarmes). Solicitações de medicamentos que tenham cumprido os esclarecimentos solicitados, não havendo alternativa terapêutica aceita pelo médico assistente, possuem encaminhamento para a Defensoria para ajuizamento de ação.

- Consultas, exames, cirurgias, procedimentos ou tratamentos: produtos solicitando consulta, exames, cirurgias, procedimentos ou tratamentos são analisados verificando primeiramente a inserção nos sistemas de regulação (SISREG ou SER). Nos casos em que não haja a solicitação nos sistemas, o procedimento padrão é encaminhar o assistido à sua unidade de referência para acolhimento e adequada inserção nas plataformas de regulação. Demandas em que a documentação apresentada indique urgência para a execução do pleito ou que o prazo estipulado pelo protocolo regulador determina agravamento crítico para o caso do assistido, possuem seu encaminhamento direcionado diretamente à Defensoria para adoção de medidas necessárias à obtenção do pleito por via judicial. As demandas que já possuem agendamento pelos sistemas de regulação são encaminhadas à unidade de referência para retirada da guia de agendamento. Demandas cujo pedido já ultrapassou o prazo estipulado pela “classificação de risco”, a equipe técnica realiza contato com a Central de Regulação competente, visando articular a resolução do caso. A equipe técnica, quando não recebe o retorno de imediato, solicita um prazo sete dias para que as instituições se posicionem. Nessa situação, é solicitado ao assistido que aguarde o período determinado pela CRLS e, caso não haja contato realizado pelas equipes, que retorne o atendimento do pleito à CRLS para encaminhamento do caso à Defensoria Pública para a efetiva “judicialização”. Nas demandas em que a solicitação se encontra dentro dos prazos previstos pelo complexo regulador

para agendamento, a equipe de análise técnica encaminha à unidade de referência para acolhimento, orientação e eventual necessidade de reavaliação quanto ao agravamento do quadro e/ou à urgência do caso.

- Transferências e internações: demandas por internação ou transferência entre hospitais são cadastradas no sistema Câmara de Saúde como urgentes. De um modo distinto dos outros casos atendidos na CRLS, os pedidos por internação e transferência entre hospitais são enviados simultaneamente para a Defensoria Pública e para o setor de análise técnica, uma vez que devido às características do tipo de demanda, as articulações por resoluções extrajudiciais são pouco eficazes. Ainda assim, a equipe técnica da CRLS busca realizar articulações com as unidades de saúde que possuem leitos em busca da viabilidade de transferência. A urgência desses casos é explicada por diferentes motivos. Nos casos de pedidos de internação, geralmente o assistido se encontra em um estado muito grave e/ou debilitado ainda em residência, de modo que o “risco de morte” descrito em laudo médico é considerado alto. A exceção ao fluxo descrito acima são os casos por internação compulsória para usuários com doenças psiquiátricas ou dependentes químicos. Nestes casos, há uma articulação realizada pela equipe com os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) para avaliação e emissão de laudo médico com a descrição do caso e pertinência de indicação para internação compulsória, uma vez que frequentemente os representantes não possuem laudo médico com a solicitação, e comparecem à CRLS somente com a manifestação de internação compulsória de algum familiar. Os CAPS são as unidades para acolhimento às crises em saúde mental, atendimento e reinserção social de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e/ou com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. Em todas as situações de transferência ou internação hospitalar, são realizadas consultas em plataformas de regulação do Estado (SER) e município (SISREG), além de contato com a unidade de origem do assistido.
- Insumos/material médico cirúrgico: demandas com solicitações de insumos (fraldas, cateteres, gaze, micropore etc.) ou material médico cirúrgico são encaminhadas para a unidade básica de referência do assistido para acolhimento, avaliação dos quantitativos necessários e verificação da

possibilidade de dispensação. Em caso de não previsão de aquisição desses materiais ou de meios alternativos de solução da questão, os casos são encaminhados diretamente para a Defensoria Pública. E se houver algum óbice posterior ao encaminhamento para o não fornecimento, a unidade de referência descreve a justificativa para a falha na resolução administrativa, e no retorno do assistido à CRLS, este é encaminhado à Defensoria, para os encaminhamentos que se fizerem necessários.

- Alimento infantil: As demandas por alimento infantil são analisadas considerando os critérios para a dispensação no Programa de Atendimento às Crianças Portadoras de Alergia Alimentar e Diarreia Persistente (PRODIAPE), existente no município do Rio de Janeiro. Crianças com idade inferior a dois anos, com critérios para o programa, são encaminhadas para inserção em consulta em pediatria leites especiais no SISREG, observados os prazos do protocolo regulador para agendamento. Nos casos em que não houve agendamento dentro do prazo previsto ou que haja laudo médico com descrição de agravamento do caso, a equipe técnica encaminha à Defensoria para adoção de medidas necessárias ao atendimento da demanda. No caso de crianças maiores de dois anos que estão fora dos critérios previstos para atendimento no programa PRODIAPE, a equipe de análise técnica realiza o parecer técnico em atenção ao laudo médico/avaliação nutricional (com evolução e diagnóstico nutricional) e a respectiva descrição da doença. São observados os registros em laudo dos desfechos das condutas alternativas assumidas ou da sua inexistência, a descrição em laudo ou cópia dos resultados de exames complementares pertinentes que justifiquem o emprego dos insumos pleiteados e a prescrição informando a quantidade de uso diário/mensal, duração do uso, bem como a exposição de ser única fonte de alimento. A equipe de análise técnica realiza os cálculos da demanda mensal do produto, e estando toda documentação completa, o pleito é encaminhado à Defensoria para prosseguimento.
- Suplemento nutricional/dieta enteral/fórmula infantil de partida e seguimento: demandas por suplemento nutricional, dieta enteral, fórmula infantil de partida e seguimento são analisadas pela equipe de análise técnica em atenção ao laudo médico, avaliação nutricional encaminhados (com evolução e diagnóstico nutricional), descrição da doença, desfechos das condutas

alternativas assumidas ou da sua inexistência, resultados de exames complementares pertinentes que justifiquem o emprego dos insumos pleiteados, prescrição informando a quantidade de uso diário/mensal, duração do uso e se é única fonte de alimento. Cumpridas todas as informações necessárias para a caracterização da necessidade do suplemento, o produto possui seu encaminhamento à Defensoria para ajuizamento do pleito.

- PADI / HOMECARE: As demandas recebidas na CRLS com o pleito de PADI (Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso) ou *Homecare*, que possuam critérios que possibilitem o atendimento pelo programa existente no município do Rio de Janeiro, são encaminhados unidade básica de saúde para que haja o acolhimento e inserção/acompanhamento no sistema de regulação municipal, o SISREG. O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso no Município do Rio de Janeiro atende prioritariamente idosos acima de 60 anos, portadores de patologias de complexidade que permitam o atendimento domiciliar, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão definidos, com dois focos de atuação: a desospitalização e a atenção domiciliar ao idoso. Nos casos que não atendam aos critérios do programa, que não haja um cuidador que se responsabilize pelo paciente ou que este seja dependente de equipamento para manter os sinais vitais, a demanda é encaminhada à Defensoria para ajuizamento de ação.
- Transporte sanitário: As demandas por transporte sanitário eletivo são analisadas de acordo com a documentação médica apresentada, observando-se a descrição em laudo médico da doença que acomete ao assistido, a contraindicação ao uso de transporte público e necessidade de transporte sanitário individual. Laudo médico deve conter informações como as datas das consultas ou tratamento a ser realizado, com descrição do número de sessões, dias da semana e horários. As demandas por transporte sanitário eletivo para consultas médicas ou tratamento de reabilitação motora possuem um fluxo de encaminhamento a unidade básica de saúde para análise de atendimento administrativo pela CAP do município. Os demais casos, a exemplo do transporte para tratamento de hemodiálise, não possuem interlocução, sendo encaminhados diretamente à Defensoria para ajuizamento da ação.

Insta ressaltar que a CRLS não é uma instituição de porta de entrada do SUS; assim, não ocorre por ela a inserção nos sistemas de regulação, cadastro de pacientes no CEAF ou alterações em receituários médicos unilateralmente. Os pareceres técnicos são entregues impressos ao assistido e/ou seu representante, bem como encaminhados por correspondência eletrônica (*e-mails*) para as equipes e unidades de referência, com a documentação apresentada à CRLS, parecer técnico realizado e a pretensão ao pleito. Desta forma, o encaminhamento administrativo realizado em determinada demanda pela CRLS não se limita apenas à emissão de parecer técnico no dia de atendimento do assistido a unidade. A equipe de análise técnica realiza acompanhamento posterior e monitoramento através dos *e-mails* encaminhados às UBS e/ou outros setores pertinentes envolvidos com a possibilidade de resolução da demanda, tais como: núcleo interno de regulação da CAP, núcleo de assistência farmacêutica, setor de atendimento de demandas judiciais da CAP, entre outros setores.

4.1.3.4 Deslinde da demanda

O deslinde da demanda é apresentado como o esclarecimento dos desfechos possíveis após o cumprimento das etapas anteriores, com elucidação dos encaminhamentos e orientações necessárias para acompanhamento da solicitação.

Conforme descrito nos capítulos anteriores, o acesso da população ao serviço ofertado na CRLS apresenta um fluxo de atendimento interno que inicialmente passa pelo Setor de Triagem, responsável por avaliar as demandas e realizar o encaminhamento dos casos para atendimento, a partir da classificação e vinculação das solicitações às respectivas Defensorias; Setor de Atendimento, que realiza o cadastro dos assistidos e de toda a documentação para análise e parecer dos profissionais de Saúde que compõem o Setor de Apoio Técnico (Análise). Por fim, há o Setor de Retorno da Análise, que se insere no contexto final de análise das demandas de saúde apresentadas pelo público que busca atendimento na CRLS, com a competência de prestar orientação e os encaminhamentos necessários aos assistidos, a partir do resultado emitido pelos pareceres, que podem revelar um

encaminhamento administrativo para os casos e/ou encaminhamento para as Defensorias (DPE e/ou DPU).

O Setor de Retorno possui equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, psicólogos, dentre outros profissionais de saúde, considerando as particularidades e complexidades que tal atendimento requer ao tratar da publicização do resultado final da análise dos casos para os assistidos, que muitas vezes aguardam ansiosamente por um parecer favorável e por celeridade no processo de acesso ao serviço de saúde, traduzido na necessidade de medicamentos, procedimentos, insumos, dentre outros. Vale destacar que, após atendimento no setor de Retorno da Análise, os assistidos, ao terem qualquer tipo de parecer com encaminhamento para as Defensorias (DPE e/ou DPU), recebem atendimento especializado com os referidos órgãos de Justiça de forma imediata.

O processo de trabalho do Setor de Retorno compreende principalmente a identificação e a compreensão/interpretação dos pareceres elaborados pela equipe de apoio (Setor de Análise Técnica), aliada ao conhecimento da equipe multidisciplinar acerca dos fluxos e da rede de serviços do SUS nas instâncias governamentais de âmbitos municipal, estadual e federal, bem como dos principais trâmites jurídicos e administrativos empreendidos pelas Defensorias (DPE e DPU). O objetivo é buscar subsídios para a qualificação técnica do retorno dado aos assistidos sobre as demandas apresentadas, destacando que não basta apenas ler e entregar o parecer ao assistido, mas apresentar ao mesmo todas as informações necessárias, a partir da compreensão sobre o contexto em que aquela demanda está inserida, quais medidas podem e/ou devem ser adotadas para a resolução administrativa e para a efetividade da judicialização da demanda, conforme apontamentos contidos nos pareceres emitidos pela CRLS.

As principais atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar do Setor de Retorno da Análise comportam:

- Acompanhamento (via sistema Câmara de Saúde) das análises/pareceres emitidos pela equipe de referência para impressão e chamamento dos assistidos para atendimento;
- Realização de acolhimento e atendimento aos assistidos e/ou representantes sobre o resultado final da análise das demandas, a fim de prestar os esclarecimentos necessários sobre os fluxos, procedimentos e

encaminhamentos relacionados a cada produto solicitado, com atenção para a disponibilidade de uma escuta qualificada;

- Adoção dos procedimentos administrativos cabíveis para viabilizar o cumprimento dos protocolos padronizados estabelecidos pela CRLS em consonância com as diretrizes das diversas instâncias governamentais na área de Saúde, para o encaminhamento das demandas descritas nos pareceres;
- Realização de articulação com as Defensorias (DPE e/ou DPU) para quaisquer esclarecimentos e/ou orientações quanto aos fluxos de atendimento/agendamento, emissão de documentos (Ofícios), dentre outras questões consideradas indispensáveis para a otimização dos processos de trabalho e atendimento aos assistidos;
- Realização de articulação com o Setor de Análise Técnica para esclarecimentos e/ou orientações quanto aos pareceres emitidos no intuito de promover a melhor compreensão e repasse de informações aos assistidos nas dúvidas e questionamentos que porventura sejam apresentados, bem como para ciência da equipe do setor de Retorno da Análise sobre os novos protocolos e fluxos adotados;
- Realização de articulação com os demais setores da CRLS para situações de apoio geral no atendimento prestado aos assistidos.

Cumpra esclarecer ainda, no que se refere aos processos de trabalho e atividades desenvolvidas, que as informações prestadas aos assistidos quando da apresentação do resultado dos pareceres e encaminhamentos requerem alguns procedimentos caracterizados de forma padronizada para otimização e melhoria de processos e fluxos, apresentando-se como rotina padrão das equipes. Emitidos os pareceres pela equipe de análise técnica, o assistido é chamado novamente à área de atendimento, localizada na loja, sendo que o desdobramento deste atendimento se dá de acordo com a “Análise Técnica” realizada e parecer emitido, podendo possuir desfechos conforme os descritos abaixo:

- a) Parecer com encaminhamento para a Defensoria: prestar os esclarecimentos necessários ao assistido e/ou representante com a orientação da necessidade de entrega do parecer e adoção de medida judicial junto à Defensoria Pública correspondente, considerando a indisponibilidade legal e/ou técnica de atendimento da demanda apresentada.

- b) Parecer com encaminhamento para a Equipe/Unidade de Assistência à Saúde (rede pública, conveniada e/ou privada, conforme a demanda): prestar os esclarecimentos necessários ao assistido e/ou representante com a orientação da necessidade de comparecimento e entrega do parecer à unidade e/ou equipe/profissional de referência, conforme descrição da análise técnica, que pode ser para atendimento extrajudicial da demanda apresentada, como para adequação/revisão de documento médico, dentre outras questões que possam implicar retorno do assistido para nova análise da demanda.
- c) Parecer com indicação de avaliação para substituto terapêutico (medicamento) disponível no SUS: prestar os esclarecimentos necessários ao assistido e/ou representante com a orientação quanto à possibilidade de reavaliação, pelo profissional de referência e/ou equipes assistentes, sobre o uso de alternativa terapêutica disponível no SUS pela REMUME ou CEAF, por meio da disponibilização de formulário padrão ao assistido, com a indicação de que o mesmo deverá ser preenchido pelo médico assistente, com retorno à CRLS para nova análise em caso de não adesão a alternativa terapêutica indicada. Caso contrário, o assistido deverá ser orientado a comparecer à unidade de atenção básica de referência do seu domicílio ou RioFarmes para a dispensação do produto pleiteado.
- d) Parecer com substituto terapêutico disponível no SUS, medicamento especializado, do CEAF (RioFarmes): prestar os esclarecimentos necessários ao assistido e/ou representante sobre o acesso à dispensação de medicamentos pela RioFarmes, que pressupõe cadastro no sistema HORUS (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica), apresentação de Laudo de Medicamento Especializado (LME), dentre outros documentos. Os assistidos não cadastrados no sistema supracitado são encaminhados para a RioFarmes com a lista de documentos exigidos para que possam efetivar seu cadastro e, assim, se manterem vinculados à unidade para a retirada dos medicamentos solicitados. E aqueles que já possuem cadastro são encaminhados e orientados a comparecer igualmente na RioFarmes com a documentação informada para acesso à dispensação dos produtos requeridos.

- e) Parecer com substituto terapêutico disponível no SUS, medicamento da atenção básica (REMUME): prestar os esclarecimentos necessários ao assistido e/ou representante sobre o acesso à dispensação de medicamentos descritos na REMUME, com a indicação da documentação necessária para comparecimento à unidade de atenção básica de referência no seu território de domicílio para dispensação do medicamento.
- f) Parecer com solicitação registrada no SISREG e prazo expirado: prestar os esclarecimentos necessários ao assistido e/ou representante, destacando que o SISREG possui protocolos de classificação de risco com prazos determinados e que com vistas à resolução administrativa e esgotada todas as possibilidades de resolução extrajudicial, será necessário aguardar o prazo padrão de sete dias úteis estipulado pela SMS, com entrega do parecer na unidade de atenção básica de referência, conforme análise da CRLS. Deste modo, recomenda-se que após o prazo acordado para resolução administrativa em que não haja retorno favorável para atendimento da solicitação, o assistido e/ou representante deverá retornar para atendimento com a Defensoria, análise pela CRLS e a adoção das medidas judiciais cabíveis.

Em toda e qualquer situação exposta anteriormente, o parecer técnico, realizado pela equipe de Análise Técnica é impresso através do sistema CS pela equipe do setor de Retorno da Análise, é entregue ao assistido ou seu representante legal. Não se faz necessária a tramitação do procedimento, nos casos de falha em resolução extrajudicial à Defensoria Pública da União em atuação na CRLS, vez que o acompanhamento já é realizado através dos Processos de Assistência Jurídica correspondente e os pareceres são obtidos através do sistema Câmara de Saúde. O retorno quanto à tramitação do procedimento é dado pela DPU, posteriormente, através de contato telefônico ou meio eletrônico.

4.2 A atuação da CRLS em tempos de pandemia da covid-19

4.2.1 A pandemia da covid-19 e estratégias de reestruturação dos atendimentos

O enfrentamento da pandemia da covid-19 atingiu todas as esferas da sociedade brasileira e do mundo, trazendo, além da crise humanitária, múltiplos impactos no cenário global, tanto sociais, políticos, econômicos, ambientais etc., com consequências inesperadas e imprevisíveis. Diante da recomendação mundial das autoridades sanitárias e da Lei nº 13.979/2020, que tratou justamente das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, determinando, em síntese rasa, a imprescindibilidade de isolamento social para mitigar os riscos de contágio, bem como a determinação do Decreto nº 46.973, de 16 de março de 2020, que orientou para a adoção de medidas governamentais para enfrentamento da pandemia de covid-19, como o isolamento social, várias mudanças repentinas foram necessárias na prestação de serviços e implantação de novas metodologias de trabalho. Houve a necessidade de criação de alternativas capazes de manter os serviços públicos essenciais prestados pelas instituições, com a reinvenção dos fluxos de trabalho e emprego de medidas inovadoras e tecnológicas para a continuidade da prestação. Uma pesquisa empírica realizada pela *Global Access to Justice Project* em 2020 (Figura 14), com 51 países, para avaliar os impactos causados pela covid-19 nos sistemas de assistência jurídica, evidenciou que os serviços jurídico-assistenciais aderiram em grande medida ao trabalho remoto (53%) e ao uso de tecnologias (71%) para garantir a continuidade do atendimento à população.

Figura 11. Medidas especiais adotadas pelos sistemas de assistência jurídica durante a covid-19



Fonte: Site *Global Access to Justice Project*

Em consonância com as medidas mundiais de adoção de estratégias para atendimento aos usuários, a CRLS, em março de 2020, alterou totalmente a sua forma de realizar os atendimentos, reestruturando a unidade e serviços de maneira a não comprometer as atividades desenvolvidas e dar continuidade à prestação de serviços aos usuários.

Assim, o tradicional atendimento presencial de portas abertas, sem limitação de senhas, acabou sendo severamente restringido pelas recomendações sanitárias da OMS, do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. Os gestores das Defensorias, juntamente com a coordenação da CRLS, buscaram mecanismos alternativos e inovadores para viabilizar a continuidade dos serviços jurídico-assistenciais prestados, ainda que na modalidade remota. Os atendimentos foram adequados para que o acesso passasse a ser realizado por telefone, *e-mail* ou aplicativo de mensagens, atuando de forma totalmente online a partir de abril de 2020, conforme descrição detalhada no capítulo a seguir. As medidas foram sendo prorrogadas no decorrer do período de estudo, considerando a complexidade da pandemia e os números elevados de morbidade e mortalidade causados pelo coronavírus.

4.2.2 Medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos durante a pandemia da covid-19

4.2.2.1 Informações para acesso à CRLS

A captação dos usuários durante o período da pandemia da covid-19 teve alteração significativa com o advento das restrições de circulação. Para evitar o contágio, os atendimentos presenciais durante todo o período estudado estiveram suspensos e desta forma, não houve atendimento local na CRLS para os assistidos, da mesma forma, os atendimentos presenciais nas sedes de atendimentos das Defensorias foram suspensos. A atuação passou a ser remota e totalmente *on-line*, mas sempre visando à continuidade da prestação dos serviços aos cidadãos. No entanto, como a instituição não tinha experiência em atendimento à distância até

aquele momento, do começo de março até meados de maio, houve atendimento *on-line* apenas para casos urgentes, até que as instituições (DPE/DPU) adotassem um método adequado de atendimento.

Como forma de direcionamento e informação aos assistidos que buscaram o atendimento no local da CRLS, foram afixados cartazes (Figuras 12 e 13) informativos no local, com os meios corretos de atendimento remoto (*e-mail*, telefone, WhatsApp). As páginas de acesso aos *sites* das Defensorias também direcionaram para informações acerca dos meios de contato para a prestação dos atendimentos remotos. Os contatos dos 110 Polos de Atendimento Remoto da DPE ficaram disponíveis no site <https://coronavirus.rj.def.br/>, e os canais de Ouvidoria e Central de Relacionamento com o Cidadão permaneceram funcionando de forma remota pelo número de utilidade pública gratuito 129. Durante o período de pandemia, ainda em 2020, a Defensoria Pública do Estado desenvolveu uma ferramenta através de um aplicativo, visando possibilitar a utilização de mais esta ferramenta para o atendimento remoto. No entanto, para os casos de saúde, não houve aplicabilidade efetiva para a utilização por parte dos usuários.

Figura 12. Cartaz com informações de atendimento da DPE durante a pandemia da covid-19



Fonte: A autora.

Figura 13. Cartaz com informações de atendimento da DPU durante a pandemia da covid-19



Fonte: A autora.

Os cartazes foram sendo renovados, conforme necessidade de atualização de informações contidas nas portarias e decretos que norteavam o atendimento remoto.

Casos muito específicos e raros, em que a assistência à distância pelo WhatsApp não foi compreensível após inúmeras tentativas, foram agendados para atendimento presencial para a resolução do problema.

4.2.2.2 Porta de entrada/ acesso dos usuários

A pandemia da covid-19 introduziu o trabalho remoto no fluxo dos atendimentos da CRLS, e sua continuidade demandou adaptações na rotina e na execução das atividades antes exercidas de forma presencial. Diante desse panorama e nova configuração, de março de 2020 até junho de 2021, período deste estudo, as atividades realizadas pela equipe de assistentes sociais da triagem foram reestruturadas, sendo executadas da seguinte forma:

- Recebimento da demanda por correio eletrônico (e-mail);

- Avaliação da documentação exigida e apresentada pelos assistidos e/ou representantes para posterior análise;
- Inserção do arquivo correspondente à documentação em pasta compartilhada para acesso, avaliação e análise pelos demais setores;
- Cadastramento do assistido no Sistema da CRLS, seguindo o fluxo previsto e descrito no item 4.1.3.1, comportando desde a geração de senha a inserção dos dados do assistido no sistema Câmara de Saúde - CS, pelas assistentes sociais lotadas neste órgão;
- Encaminhamento dos assistidos para atendimento nas Defensorias Públicas do Estado ou da União, de acordo com a demanda identificada e descrita no e-mail de origem.

Com o cadastro dos assistidos no sistema Câmara de Saúde, houve a geração automática de número de procedimento, que serve de registro, acompanhamento e histórico do assistido na CRLS. Visto que não havia a presença de assistidos no setor, critérios como o de prioridade foram inabilitados no uso diário, sendo registradas no sistema apenas as demandas como primeiro atendimento, retorno e urgência.

Cabe uma ressalva nesta categoria, uma vez que para que as demandas chegassem até a equipe da CRLS de triagem, após o ponto anterior de captação do usuário, o acesso remoto implicou a atuação de figuras e etapas que até então não eram realizadas por nenhum colaborador ou ente da CRLS, havendo a necessidade de redefinição da forma de atendimento até então realizada. O atendimento de triagem que era realizado por assistentes sociais nos atendimentos presenciais, implicando acolhimento, escuta qualificada e orientações diversas de temas de saúde, com o atendimento remoto passou a ser realizado por administrativos vinculados às Defensorias (DPE/DPU). Desta forma, os administrativos realizaram o atendimento através dos canais digitais (*e-mail*, WhatsApp) disponibilizados pelas Defensorias (DPE/DPU), compreendendo e triando a demanda, com os critérios mínimos de:

- Conferência acerca do tipo de demanda, verificando tratar-se de pleito relacionado à área da saúde;
- Verificação do município de residência, para definição de competência previstas, de acordo com as áreas de atuação das Defensorias (DPE-

munícipes do Rio de Janeiro; DPU-munícipes do Rio de Janeiro, Itaguaí e Seropédica);

- Origem da receita ou laudo médico, para atendimento a divisão das atribuições de DPE e DPU, conforme descrito no Quadro 1;
- Documentação mínima exigida (Identidade, CPF, comprovante de residência, comprovante de renda e documentos que comprovem a pretensão da solicitação de saúde, além de um telefone de contato).

Assim, os assistidos apresentavam suas demandas às Defensorias (DPE/DPU) através do acesso remoto, e após a conferência realizada pelos atendentes administrativos das defensorias, o arquivo e/ou imagens eram encaminhados à coordenação da CRLS.

Neste ponto, as Defensorias atuaram de formas distintas. A DPU realiza o encaminhamento de cada demanda através de arquivo no formato pdf, com todos os documentos do assistido anexados, encaminhando para o *e-mail* desenvolvido pela coordenação, durante a pandemia, para o recebimento de demandas de saúde à CRLS. A DPU ficou responsável por descrever no “corpo” do *e-mail* a pretensão de saúde compreendida no contato realizado com o usuário. O fluxo adotado pela DPE compreendeu encaminhar, através de WhatsApp, as imagens/documentos recebidos dos assistidos, para o WhatsApp da coordenação da CRLS, ficando esta responsável por converter as imagens/documentos em arquivo único no formato pdf e enviar através de *e-mail* para o endereço criado pela coordenação da CRLS para recebimento das demandas de saúde da CRLS, com a descrição da pretensão informada pelo atendente da DPE no WhatsApp.

Não houve limitação, durante este período, do número de atendimentos/dia aos assistidos; as demandas foram limitadas aos horários fixados para atendimento remoto pelas Defensorias. Na estrutura física da CRLS, o fluxo para atendimento das demandas de saúde só se inicia após o recebimento do *e-mail* pela equipe de assistentes sociais da triagem, com posterior inserção dos dados e documentos no sistema Câmara de Saúde, dando seguimento ao fluxo já descrito nos atendimentos anteriores ao período pandêmico.

4.2.2.3 Fluxo de atendimento e análise técnica

A área de atendimento, designada na unidade como “Primeiro Atendimento” da CRLS, descrita detalhadamente no item 4.1.3.3, teve seu fluxo alterado durante a pandemia da covid-19, visto que não houve atendimentos presenciais durante o período de estudo, somente os atendimentos remotos. Desta forma, não havia o assistido aguardando seu atendimento no subsolo para comparecer à Área de Atendimento, localizada na loja da CRLS, nem a troca de informações e melhor compreensão da demanda de saúde, necessárias e frequentes ocorridas antes da pandemia.

Apenas a equipe administrativa que realiza a inserção das demandas na área de atendimento vinculadas à SES-RJ e previamente disponibilizadas para esta função à DPE, permaneceram trabalhando presencialmente durante todo o período da pandemia da covid-19. Os atendentes da DPU tiveram seus trabalhos regulamentados para estritamente remoto durante toda a vigência deste estudo. Visando à manutenção de dados no sistema, ferramenta que possibilita extração de informações para a gestão da CRLS, bem como possibilita uma base de dados importante para os entes participantes do convênio, a coordenação da CRLS manteve a inserção de todas as demandas no sistema Câmara de Saúde. Desta forma, tanto as demandas oriundas da DPE, quanto as demandas originárias da DPU foram registradas no sistema CS pela equipe administrativa da SES-RJ.

A equipe técnica de atendimento realizava a complementação dos dados do assistido no sistema Câmara de Saúde, com a digitalização dos documentos apresentados pelo assistido – identidade, CPF, comprovante ou declaração de residência, comprovante de renda (se não o possuir, deverá ser preenchida e assinada a declaração de renda não comprovada), laudos médicos, receituários médicos e telas do sistema de regulação, se houvesse. Os documentos mínimos necessários já haviam sido verificados pelos atendentes remotos da DPE/DPU, cabendo aos administrativos apenas a inserção no sistema. A demanda necessária (produto), a qual seria encaminhada a análise técnica, era verificada e cadastrada no sistema de acordo com a descrição realizada no *e-mail* de demandas encaminhado pelas Defensorias.

Após o preenchimento no sistema, pelo administrativo da SES, de todos os dados cadastrais pessoais e requerimento necessário, este então tramitava o procedimento instaurado à equipe de análise técnica.

A rotina de atendimento se manteve basicamente a mesma para as duas defensorias: registro da demanda do usuário – preenchida em um campo do sistema denominado “produto” –, digitalização dos documentos e envio da solicitação para o setor de análise técnica. Contudo, visando manter informações corretas da Defensoria de origem, os administrativos da SES, realizaram seus *logins* no sistema com a denominação de origem de cada defensoria (DPE/DPU), assim possibilitando a emissão de relatórios gerenciais, determinação do quantitativo de demandas oriundas por período e por defensoria de origem.

Os atendimentos para emissão de ofício para laudo médico ou os de retorno informação, para acompanhamento processual da demanda já judicializada pela DPU, não foram encaminhados à CRLS e desta forma, não tiveram seus registros realizados no sistema.

Após o atendimento nos guichês de primeiro atendimento (DPE/DPU), os documentos digitalizados foram enviados para o setor de análise técnica. As Secretarias procederam à análise técnica, em atenção aos documentos médicos acostados, tais como laudo médico, receita médica, telas de sistema de regulação, guias de referência e contrarreferência etc., acerca da pretensão das demandas inseridas no sistema. Como as demandas foram estritamente remotas, em casos de dificuldade de entendimento da demanda, a equipe de análise técnica não podia conversar com o assistido e ter um melhor entendimento, conforme ocorre quando dos atendimentos presenciais.

A equipe de análise técnica, a qual permaneceu durante todo o período pandêmico atuando na estrutura física da CRLS, ao receber a documentação do assistido através do sistema, manteve o mesmo fluxo de antes da pandemia da covid-19, realizando conferência de dados, identificando a unidade de referência na plataforma da SMS-RJ (Onde Ser Atendido), para que o mesmo fosse encaminhado e acolhido na unidade de seu território de referência, nos casos em que houvesse encaminhamento administrativo. Em todas as demandas, eram analisados os documentos médicos apresentados, para definição do encaminhamento pertinente a cada caso, e a necessidade de complementação da documentação apresentada. Os pareceres técnicos foram realizados de forma individualizada, por produto solicitado,

considerando as características da demanda solicitada, bem como os documentos apresentados, e de forma geral, estes seguiram os mesmos parâmetros básicos descritos no item 4.1.3.3.

4.2.2.4 Deslinde da demanda

O deslinde da demanda é apresentado como o esclarecimento dos desfechos possíveis após o cumprimento das etapas anteriores, com elucidação dos encaminhamentos e orientações necessárias para acompanhamento da solicitação, durante o período pandêmico, assim como o ocorrido na porta de entrada/acesso dos usuários. Esta etapa apresenta as maiores alterações no seu itinerário interno.

O setor de Retorno da Análise, que se insere no contexto final de análise das demandas de saúde apresentadas pelo público que busca atendimento na CRLS, tem em seu processo de trabalho principalmente a identificação e a compreensão/interpretação dos pareceres elaborados pela equipe de apoio (Setor de Análise Técnica). Estes, aliados ao conhecimento da equipe multidisciplinar sobre os fluxos e da Rede de Serviços do SUS nas instâncias municipal, estadual e federal, bem como dos principais trâmites jurídicos e administrativos empreendidos pelas Defensorias (DPE e DPU), possibilitam prestar todas as informações necessárias, a partir da compreensão sobre o contexto em que aquela demanda está inserida, quais medidas podem e/ou devem ser adotadas para a resolução administrativa e efetividade da judicialização da demanda, conforme pareceres emitidos pela CRLS.

No contexto da pandemia, em que os assistidos encaminharam suas demandas pelos canais de atendimento disponibilizados pelas Defensorias, a equipe do setor de Retorno da Análise teve sua atuação restrita ao encaminhamento das respostas e pareceres técnicos elaborados pela equipe de análise técnica via *e-mail* institucional de respostas da CRLS, para as Defensorias de origem da demanda de saúde. Procedimentos que já eram adotados pela equipe de retorno da análise – preenchimento de formulário de alternativa terapêutica, emissão formulário da LME para preenchimento pelo médico assistente, relação de documentos necessários para inscrição em programas específicos – continuaram a ser realizados e

encaminhados nos *e-mails* de retorno, juntamente com o envio dos pareceres técnicos em formato pdf às Defensorias.

O retorno propriamente dito aos assistidos, com esclarecimentos e elucidação dos encaminhamentos e orientações necessárias para acompanhamento da solicitação, durante todo o período de atendimento remoto realizado pelas Defensorias, passou a ser realizado pelos administrativos vinculados às Defensorias (DPE/DPU), através dos canais (*e-mail*, WhatsApp) por eles disponibilizados.

4.2.3 Consolidado com medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19

A pandemia da covid-19 se apresentou como um evento de proporções globais, tendo profundo impacto na dinâmica de todos os países, causando profundas mudanças no *modus operandi* social e econômico. Após a declaração, pelo Ministério da Saúde, da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (03/02/2020), tornou-se ainda mais intensa a discussão sobre a possibilidade de adoção de medidas de restrição. Nesse contexto, a adoção do trabalho remoto, imposta pela necessidade de distanciamento social, fez surgir formas alternativas de atendimento, ativando e intensificando o uso de canais virtuais.

Diante da necessidade de adequação, a CRLS precisou reestruturar o serviço para manter os atendimentos aos assistidos, com alternativas capazes de manter os fluxos de trabalho e com o emprego de medidas inovadoras e tecnológicas para a continuidade da prestação. Com o objetivo de apresentar aos leitores uma forma consolidada das principais alterações ocorridas na comparação dos dois períodos propostos no estudo, o Quadro 2 traz os dados referentes ao itinerário do usuário na CRLS, à luz dos índices ou categorias descritos. Visa possibilitar ao leitor, através da comparabilidade, uma visão mais geral e abrangente e melhor compreensão para as proposições sugeridas no capítulo que se seguirá, acerca de pontos de melhoria, adequação e aperfeiçoamento no processo de trabalho e fluxos administrativos da CRLS para o pós-pandemia covid-19.

A fim de lembrar o leitor quanto às categorias utilizadas no trabalho para descrever o itinerário do assistido no acesso à CRLS, descrevemos as mesmas abaixo, com a exposição de sua característica utilizada no trabalho:

- a. Informações para acesso à CRLS: aqui entendidas como as formas de divulgação e difusão de informações para acesso dos assistidos a assistência e orientação jurídica, previstas pelas Defensorias atuantes na CRLS da Capital, aos cidadãos hipossuficientes e hipervulneráveis.
- b. Porta de Entrada/ Acesso dos Usuários: formas de acesso à triagem, realizadas pela CRLS (Defensorias), para a aludida efetividade do direito de acesso à Justiça.
- c. Fluxo de atendimento: descrição das etapas de atendimento à população assistida pelas Defensorias, no contexto do convênio existente com a CRLS.
- d. Deslinde da demanda: esclarecimento dos desfechos possíveis após o cumprimento das etapas anteriores, com encaminhamentos e orientações necessárias para acompanhamento do pleito.

Quadro 2. Consolidado dos fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19 (continua)

Fluxo de Processo	Período pré-pandemia covid-19	Período pandemia da covid-19
Informações para acesso à CRLS	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento pelos núcleos de atendimento e sede das defensorias. • Informações pelos canais de comunicação/informação das defensorias (DPE/DPU-RJ). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartazes informativos no local (CRLS), com os meios corretos de atendimento remoto (e-mail, telefone, WhatsApp etc.). • Informações nos sites das Defensorias, com contatos dos 110 Polos de Atendimento Remoto da DPE, disponibilizados no site https://coronavirus.rj.def.br/. • Canais de Ouvidoria e Central de Relacionamento com o Cidadão funcionando pelo número de utilidade pública gratuito 129 para direcionamento.

Quadro 2. Consolidado dos fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19 (continua)

<p>Porta de Entrada/ Acesso dos Usuários</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento somente presencial: segunda a sexta-feira, das 10h às 15h, para qualquer demanda de saúde, sem limitação do número de senhas, havendo extensão deste horário até às 16h30, para urgências. • Triagem realizada pelas Assistentes Sociais, com: <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da documentação exigida e apresentada pelos assistidos e/ou representantes para posterior análise; - Acolhimento e escuta qualificada das demandas apresentadas pelos assistidos e/ou representantes; - Orientações sobre a documentação necessária para o atendimento, dirimindo eventuais dúvidas, caso o assistido não esteja em posse da mesma ou esteja incompleta; - Cadastro do assistido em Sistema próprio da CRLS, sendo inserido no sistema o nome do autor da solicitação, número do CPF e telefone de contato ou outro meio de contato; - Encaminhamento dos assistidos e/ou representantes para atendimento nas Defensorias Públicas do Estado ou da União, de acordo com a demanda identificada e a origem da documentação médica; - Orientações sobre outras demandas que são trazidas pelos assistidos e que não estejam exclusivamente no escopo da área da saúde; - Articulação com os demais setores de trabalho e equipes de saúde lotadas na CRLS, na perspectiva de esclarecer dúvidas e orientações relativas a cada demanda para um melhor encaminhamento das mesmas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento somente remoto: segunda a sexta-feira, das 10h às 15h, para qualquer demanda de saúde, sem limitação do número de demandas, havendo extensão deste horário até às 16h30, para urgências. • Administrativos das defensorias (DPE/DPU) realizam triagem das demandas recebidas através dos contatos realizados pelos meios digitais (e-mail, whatsapp, etc.); <ul style="list-style-type: none"> - <u>Demandas DPE</u>: administrativo encaminha demanda, com especificação da solicitação, através do aplicativo de whatsapp para coordenação da CRLS; - Coordenação da CRLS transforma imagens de documentos recebidos em arquivos formato pdf., encaminhando para e-mail institucional criado para demandas da CRLS; - <u>Demandas DPU</u>: administrativo encaminha demanda, com especificação da solicitação, para e-mail institucional criado para demandas da CRLS; • Triagem realizada pelas Assistentes Sociais, com: <ul style="list-style-type: none"> - Recebimento da demanda por correio eletrônico (e-mail); - Avaliação da documentação exigida e apresentada pelos assistidos e/ou representantes para posterior análise; - Inserção do arquivo correspondente à documentação em pasta compartilhada para acesso, avaliação e análise pelos demais setores; - Cadastramento do assistido no Sistema da CRLS, seguindo o fluxo previsto e já realizado antes da pandemia; - Encaminhamento dos assistidos para atendimento nas Defensorias Públicas do Estado ou da União, de acordo com a demanda identificada e descrita no e-mail de origem.
--	---	---

Quadro 2. Consolidado dos fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19 (continua)

<p>Fluxo de atendimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O assistido que aguarda o seu atendimento no subsolo, é chamado através do display, para comparecer a Área de Atendimento; • Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> - O atendente da DPU/DPE (administrativos) realiza a complementação dos dados do assistido no sistema Câmara de Saúde, com a digitalização dos documentos (Identidade, CPF, comprovante ou declaração de residência, comprovante de renda, laudos médicos, receituários médicos e telas do sistema de regulação); - Verificação dos documentos mínimos necessários; - A demanda necessária (produto), a qual será encaminhada a análise técnica, é verificada e cadastrada no sistema; - Tramitação do procedimento instaurado à equipe de análise técnica. • Análise Técnica: <ul style="list-style-type: none"> - Recebe a documentação do assistido, através do sistema, realizando conferência de dados, identificando a unidade de referência na plataforma da SMS-RJ (Onde Ser Atendido), para que o mesmo seja encaminhado e acolhido na unidade de seu território de referência, nos casos em que houver encaminhamento administrativo; - Todas as demandas são analisadas os documentos médicos apresentados, para definição do encaminhamento pertinente a cada caso, e a necessidade de complementação da documentação apresentada; - Casos de dúvidas quanto à demanda, o profissional da equipe de análise técnica conversa pessoalmente com o assistido, para compreensão e esclarecimentos que se fizerem necessários à resolução do caso; - Pareceres técnicos são realizados de forma individualizada, por produto solicitado, considerando as características da demanda solicitada, bem como os documentos apresentados. 	<ul style="list-style-type: none"> • O assistido aguarda contato pelos canais digitais, a ser realizado pelos administrativos das Defensorias; • Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> - Realizado somente pela equipe de administrativos vinculados à DPE, que realiza a complementação dos dados do assistido no sistema Câmara de Saúde, com a digitalização dos documentos (Identidade, CPF, comprovante ou declaração de residência, comprovante de renda, laudos médicos, receituários médicos e telas do sistema de regulação); - Verificação dos documentos mínimos necessários atendentes, realizada pelos atendentes remotos da DPE/DPU; - A demanda necessária (produto), a qual será encaminhada a análise técnica, era verificada e cadastrada no sistema de acordo com a descrição realizada no e-mail de demandas encaminhado pelas Defensorias; - Tramitação do procedimento instaurado à equipe de análise técnica. • Análise Técnica: <ul style="list-style-type: none"> - Recebe a documentação do assistido, através do sistema, realizando conferência de dados, identificando a unidade de referência na plataforma da SMS-RJ (Onde Ser Atendido), para que o mesmo seja encaminhado e acolhido na unidade de seu território de referência, nos casos em que houver encaminhamento administrativo; - Todas as demandas são analisadas os documentos médicos apresentados, para definição do encaminhamento pertinente a cada caso, e a necessidade de complementação da documentação apresentada; - Pareceres técnicos são realizados de forma individualizada, por produto solicitado, considerando as características da demanda solicitada, bem como os documentos apresentados.
-----------------------------	--	---

Quadro 2. Consolidado dos fluxos de processos antes e durante a pandemia da covid-19 (final)

Deslinde da demanda	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de profissionais da área da saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento (via sistema Câmara de Saúde) das análises/pareceres emitidos pela equipe de referência para impressão e chamamento dos assistidos para atendimento; - Realização de acolhimento e atendimento aos assistidos e/ou representantes sobre o resultado final da análise das demandas, a fim de prestar os esclarecimentos necessários sobre os fluxos, procedimentos e encaminhamentos relacionados a cada produto solicitado, com atenção para a disponibilidade de uma escuta qualificada; - Adoção dos procedimentos administrativos cabíveis para viabilizar o cumprimento dos protocolos padronizados estabelecidos pela CRLS em consonância com as diretrizes das diversas instâncias governamentais na área de Saúde, para o encaminhamento das demandas descritas nos pareceres; - Realização de articulação com as Defensorias (DPE e/ou DPU) para quaisquer esclarecimentos e/ou orientações quanto aos fluxos de atendimento/agendamento, emissão de documentos (Ofícios), dentre outras questões consideradas indispensáveis para a otimização dos processos de trabalho e atendimento aos assistidos; - Realização de articulação com o Setor de Análise Técnica para esclarecimentos e/ou orientações quanto aos pareceres emitidos no intuito de promover a melhor compreensão e repasse de informações aos assistidos nas dúvidas e questionamentos que porventura sejam apresentados, bem como para ciência da equipe do setor de Retorno da Análise sobre os novos protocolos e fluxos adotados; - Realização de articulação com os demais setores da CRLS para situações de apoio geral no atendimento prestado aos assistidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de profissionais da área da saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Atuação restrita ao encaminhamento das respostas e pareceres técnicos elaborados pela equipe de análise técnica via e-mail institucional de respostas da CRLS, para as Defensorias de origem da demanda de saúde. - Adoção dos procedimentos administrativos cabíveis para viabilizar o cumprimento dos protocolos padronizados estabelecidos pela CRLS em consonância com as diretrizes das diversas instâncias governamentais na área de Saúde, para o encaminhamento das demandas descritas nos pareceres, através de e-mail, tais como: preenchimento de formulário de alternativa terapêutica, emissão formulário da LME para preenchimento pelo médico assistente, relação de documentos necessários para inscrição em programas específicos, continuaram a serem realizados • Administrativos das defensorias (DPE/DPU) realizam o retorno propriamente dito aos assistidos, com esclarecimentos e elucidação dos encaminhamentos e orientações necessárias para acompanhamento da solicitação, através dos contatos realizados pelos meios digitais (e-mail, WhatsApp etc.).
---------------------	--	---

Fonte: A autora.

Observa-se, no quadro acima, que quando comparadas as características dos dois períodos de estudo, as maiores alterações nos fluxos se deram nas categorias de “Porta de entrada/acesso dos usuários” e “deslinde da demanda”. Torna-se necessária uma atenção mais pormenorizada e objeto de reavaliação, podendo

promover redirecionamentos e aperfeiçoamentos a serem implementados, em que o foco deva ser a concretização do direito à saúde, sobretudo com atenção ao usuário.

4.3 Proposições para adequação e aperfeiçoamento no cumprimento do direito à saúde no pós-pandemia covid-19

4.3.1 A CRLS no pós-pandemia da covid-19: proposições para um atendimento híbrido

O perfil da população atendida pela CRLS compreende várias situações, que não se referem exclusivamente às questões de saúde, mas também às mais diversas expressões da questão social: pessoas em situação de vulnerabilidade social, dificuldades de locomoção e acesso, transtornos mentais, idosos com comorbidades, pessoas em situação de rua, dentre outros. É possível afirmar que a realização do atendimento remoto não apenas resguardou o público assistido, contribuindo para a prerrogativa do isolamento recomendado pela OMS, como também garantiu o acesso às Defensorias Públicas da União e do Estado (DPU e DPE) da população usuária acima caracterizada durante todo o período pandêmico.

Pesquisa realizada no âmbito Nacional, por Amostra de Domicílios Contínua e números de 2019, divulgada pelo IBGE em 2021, apontou que houve crescimento na proporção de domicílios brasileiros com acesso à internet, tendo o índice subido de 79,1% para 82,7%, na comparação com 2018, um aumento de 3 pontos percentuais. No entanto, a mesma pesquisa realizada por este Instituto aponta que 40 milhões de pessoas não têm acesso no país. Com a popularização do uso dos meios eletrônicos, mesmo aquelas pessoas com maior dificuldade de locomoção ou seus representantes puderam acessar este direito de forma não presencial.

Apesar da identificação como positiva ao atendimento remoto durante o período de isolamento social, também se constata, a partir do número reduzido de atendimentos realizados neste estudo, que parte considerável da população assistida pela CRLS, não tendo acesso aos recursos que permitam o atendimento

de modo virtual, pode ter ficado prejudicada quanto ao serviço prestado por este órgão. Muitos assistidos não têm acesso a telefone celular, tampouco à internet, assim como muitos possuem dificuldades no manuseio destes recursos, o que pode ter inviabilizado o encaminhamento das demandas de saúde para muitas pessoas no período de atendimento somente de forma virtual.

Considerando os pontos acima elencados e tendo como fundamento as experiências vivenciadas até o momento neste contexto pandêmico, é notório que a oferta do atendimento híbrido na CRLS representaria a garantia da resposta às demandas de saúde de forma mais efetiva. Desta forma, poderiam ser utilizados ambos os recursos para este fim: tanto o presencial, quanto o virtual. A adesão ao modelo híbrido, já implementado em outras instituições com resultados positivos, possibilitaria o atendimento integral da população que precisa acessar os serviços oferecidos pela CRLS, além de contribuir para a celeridade e a qualidade do atendimento neste órgão.

Considerando esse cenário, novas proposições para serem adequadas no pós-pandemia da covid-19 abrangeriam a necessidade de inclusão digital dos usuários vulneráveis pela falta de acesso aos meios digitais. Haveria manutenção das atividades com presença física, essencialmente para a parcela da população vulnerável e com demandas urgentes, e aperfeiçoamento dos canais de atendimento virtual como alternativas para atender às pessoas que utilizam os serviços da Defensoria Pública, otimizando o acesso aos serviços de assistência jurídica.

A experiência vivenciada até o momento demonstra que, para as demandas de saúde, a atividade presencial é essencial e inafastável para o desempenho de algumas funções e para parte dos assistidos, especialmente idosos, situações urgentes, pessoas em situação de rua, entre outros. Entretanto, para outra parcela, os meios virtuais potencializam a redução do custo inerente ao deslocamento físico, a maximização do tempo gasto na prestação de atendimento, além de facilitar a superação de obstáculos geográficos que poderiam dificultar o acesso das classes mais pobres à CRLS. Ademais, considerando o percentual alto da população com acesso à internet, com o crescente uso de aplicativos de mensagens e de redes sociais, a presunção de atendimentos híbridos, com qualidade nos atendimentos remotos, se mostra um ambiente bastante favorável para a inovação e permanência do fluxo de atendimento e na aplicação de ferramentas tecnológicas.

Como proposição, entende-se que o retorno das atividades das Defensorias poderá ocorrer em um modelo de retomada gradual, com reavaliações periódicas, em intervalos de poucas semanas, determinando o recuo ou avanço de fases de acordo com análises sistemáticas do êxito dos fluxos adotados. Nesta proposta para o período pós-pandêmico, o itinerário interno da CRLS adotado para os assistidos pelas Defensorias compatibilizaria o atendimento remoto coexistindo com o atendimento presencial, em que a manutenção e o respeito aos protocolos de segurança sanitária para a prevenção ao contágio pelo coronavírus permaneçam presentes entre usuários do serviço e profissionais.

A dinâmica de atendimento híbrido na CRLS evitaria a grande circulação de pessoas e a aglomeração espacial, entendendo que a estrutura da CRLS, embora tenha a circulação de pessoas com questões de saúde, muitas vezes graves, e com perfil de risco, não se caracteriza como um espaço de oferta de serviços de atenção à saúde, tais como clínicas da família, hospitais, unidades de pronto atendimento etc. Isso mitigaria os riscos de saúde para todos os envolvidos e mantendo as condições laborais dos profissionais (saúde física e mental), de salubridade do espaço físico e de bem-estar para todos aqueles que necessitam acessar o serviço e os que trabalham neste órgão arduamente na perspectiva da defesa e efetivação do direito público e universal à saúde.

4.3.1.1 Informações para acesso à CRLS

A captação dos usuários que durante o período da pandemia da covid-19 teve alteração significativa com o advento das restrições de circulação, visto que a atuação passou a ser remota e totalmente *on-line*. Para um pós-pandemia, como proposição para um atendimento híbrido a ser realizado pelas Defensorias (DPE e DPU), deverá haver ampla divulgação, através de cartazes locais, afixados do lado de fora da porta de entrada da CRLS, contendo informativos gerais das formas de atendimento presencial e remoto (*e-mail*, WhatsApp, telefone, aplicativo), além de especificações dos documentos essenciais ao correto atendimento. As páginas de acesso aos *sites* das Defensorias também deverão conter com destaque

informações sobre os meios de contato para a prestação dos atendimentos remotos e presenciais. Os contatos dos Polos de Atendimento Remoto das Defensorias, bem como canais de Ouvidoria e Central de Relacionamento com o Cidadão, também deverão funcionar como meios de divulgação e esclarecimento de possibilidades de atendimentos presenciais e remotos.

Visando dar agilidade aos atendimentos realizados na estrutura física da CRLS, todos os atendimentos de retorno informação, os quais são essencialmente para acompanhamento processual realizado pela DPU ou recebimento do número de processo após a distribuição da ação realizada pela DPE, os quais perfazem cerca de 35% dos produtos cadastrados no sistema, conforme demonstrado na Tabela 5, serão realizados exclusivamente de forma remota, através dos canais digitais disponibilizados pelas Defensorias.

4.3.1.2 Porta de entrada / acesso dos usuários

Como forma de compatibilização e conciliação dos atendimentos presenciais e remotos, já desempenhados de forma separada, nas fases de pré-pandemia da covid-19 e durante a pandemia, diante de um panorama de atendimento híbrido deverá ser realizada uma nova configuração da equipe da CRLS, visando adequar as atividades realizadas pela equipe de assistentes sociais da triagem. Desta forma, em um primeiro momento, com base no quantitativo de atendimentos remotos realizados durante a pandemia da covid-19, apenas um(a) dos profissionais da equipe de assistentes sociais escalados para atuação no plantão diário ficaria responsável pelos atendimentos remotos de triagem, recebendo as demandas através de canais digitais disponibilizados pelas Defensorias, esclarecendo dúvidas e realizando as orientações pertinentes.

Visto que os atendimentos realizados aos assistidos de forma presencial ou remoto são direcionados às Defensorias (DPE/DPU), nos casos de atendimento remoto, faz-se necessário que uma pré-triagem seja realizada por profissionais vinculados à Defensoria. O objetivo é que não haja nenhuma interferência indesejada que atrapalhe a transmissão de uma informação e responsabilização dos profissionais de assistência social da triagem, os quais são vinculados à Secretaria

de Estado de Saúde – SES/RJ. Desta forma, os assistidos apresentarão suas demandas às Defensorias (DPE/DPU) através do acesso remoto, e após uma conferência básica quanto à competência de atuação, realizada pelos atendentes administrativos das defensorias, o arquivo e/ou imagens serão encaminhados ao profissional de assistência social da CRLS, para que proceda às etapas necessárias para acolhimento, escuta qualificada e orientações diversas de temas de saúde. Nos casos de dificuldade de compreensão da demanda pretendida ou no recebimento das documentações digitais, a mesma realizará contato telefônico com o usuário, visando melhor compreensão da necessidade. Nos casos em que ainda não for possível um esclarecimento adequado, o usuário será instruído a comparecer no local de atendimento presencial da CRLS, para um atendimento mais completo e adequado acerca da sua solicitação.

Os profissionais de assistência social escalados para os atendimentos presenciais permanecerão cumprindo as funções já definidas nos atendimentos, conforme fluxo descrito no item 4.1.3.2. O profissional de assistência social escalado para o atendimento remoto realizará a triagem das demandas, respondendo e realizando orientações através dos canais digitais. Nos casos de adequada demanda de saúde, com documentação pertinente para tramitação à equipe de análise técnica, procederá às etapas necessárias, conforme descrito no item 4.2.2.2, viabilizando que a demanda digital seja inserida no sistema Câmara de Saúde.

Com o cadastro dos assistidos no sistema Câmara de Saúde, tanto os atendimentos remotos, quanto os atendimentos presenciais possibilitarão a geração automática de número de procedimento para registro, acompanhamento e histórico do assistido na CRLS. Com a realização de atendimentos híbridos, e desta forma a presença de assistidos nas dependências da CRLS, os critérios para atendimento selecionados no sistema, como primeiro atendimento, retorno, atendimento prioritário e urgência serão novamente habilitados. Para os atendimentos remotos, à exceção dos pedidos com critérios de urgência (internação ou transferência hospitalar), serão todos cadastrados como atendimentos normais, sem priorização no sistema Câmara de Saúde.

4.3.1.3 Fluxo de atendimento e análise técnica

A área de atendimento, designada na unidade como “Primeiro Atendimento” da CRLS, descrita detalhadamente no item 4.1.3.3, teve seu fluxo alterado durante a pandemia da covid-19, visto não haver atendimentos presenciais durante o período de estudo, somente remotos. Ademais, apenas a equipe administrativa que realiza a inserção das demandas na área de atendimento, vinculada à SES-RJ e disponibilizada para esta função à DPE, permaneceu trabalhando presencialmente durante todo o período da pandemia da covid-19. A coordenação da CRLS, visando à manutenção de dados no sistema, manteve a inserção de todas as demandas no sistema Câmara de Saúde e, desta forma, tanto as demandas oriundas da DPE, quanto as originárias da DPU foram registradas no Sistema CS pela equipe administrativa da SES-RJ.

Com os atendimentos híbridos e retorno dos atendedores da DPU, as equipes técnicas de atendimento procederão à complementação dos dados do assistido no Sistema CS, já iniciada na triagem tanto para os atendimentos presenciais quanto os remotos. Neste ponto do atendimento, a principal diferenciação se dará na presença do assistido que acompanhará, nos casos presenciais ou não, nos casos de atendimento remoto, a inclusão de sua demanda no sistema, podendo esclarecer dúvidas que possam surgir pelos atendedores quando da verificação dos documentos. Nos casos de atendimentos remotos, em situações de divergências na pretensão e na documentação apresentada, estas serão sinalizadas a equipe de análise técnica, com um breve resumo que será acostado juntamente com os documentos digitalizados, para que a equipe de análise técnica compreenda o teor da demanda ou a necessidade de contato telefônico com o assistido, visando dirimir dúvidas quanto à pretensão.

As etapas a serem cumpridas no atendimento cumprirão as sequências já descritas nos itens 4.1.3.3 e 4.2.2.3, quando da descrição do fluxo de atendimento e análise técnica antes da pandemia da covid-19 e durante a pandemia, respectivamente, que de forma muito resumida consistirá em proceder à digitalização dos documentos apresentados pelo assistido: identidade, CPF, comprovante ou declaração de residência, comprovante de renda, laudos médicos, receituários médicos e telas do sistema de regulação, se houver. Após o

preenchimento no sistema pelas equipes de atendimento da DPE e DPU, de todos os dados cadastrais pessoais e requerimentos necessários, elas tramitarão o procedimento instaurado à equipe de análise técnica.

A rotina de atendimento se manterá basicamente a mesma para as duas defensorias: registro da demanda do usuário – preenchida em um campo do sistema denominado “produto” –, digitalização dos documentos e envio da solicitação para o setor de análise técnica.

Os atendimentos para emissão de ofício para laudo médico, de assistidos que buscarem atendimento presencial na CRLS, essencialmente no que concerne à necessidade de transferência hospitalar, continuarão seguindo os fluxos realizados do período anterior à pandemia. Ou seja, após os atendimentos dos setores de triagem e primeiro atendimento, serão encaminhados aos guichês das Defensorias, para emissão de ofício à unidade onde o mesmo se encontra internado. Os atendimentos de retorno/informação, para acompanhamento processual da demanda já judicializada pela DPU ou para acesso ao número de processo gerado após a distribuição da petição judicial pela DPE, serão orientados, ainda quando de seus atendimentos na CRLS (primeiro atendimento) a utilizarem as plataformas digitais para realizar as consultas e informações que se fizerem necessárias, bem como para procederem à complementação de documentos que tenham sido pendenciados nos seus atendimentos presenciais. A princípio, não serão realizados acompanhamentos processuais presenciais na unidade da CRLS. Casos de retorno/informação em que for identificada hipossuficiência digital, ou seja, dificuldade ou não saber manusear sistemas e procedimentos digitais através de computadores, celulares, tablets, serão atendidos presencialmente na CRLS, com agendamento prévio realizado através de contato telefônico.

Após o atendimento nos guichês de primeiro atendimento (DPE/DPU), os documentos digitalizados serão encaminhados para o setor de análise técnica. As Secretarias procederam à análise técnica, em atenção aos documentos médicos acostados, tais como laudo médico, receita médica, telas de sistema de regulação, guias de referência e contrarreferência etc., acerca da pretensão das demandas inseridas no sistema. Para as demandas presenciais, em caso de dúvidas quanto à pretensão, a equipe técnica precisa descerá até o subsolo, onde o assistido aguardará o novo chamado para o setor de Retorno da Análise, para conversar e ter um melhor entendimento da demanda requerida. Nos casos de dúvidas quanto a

pretensão e/ou documentação, em que o atendimento foi realizado de forma remota, a equipe de análise técnica realizará contato telefônico com o assistido, visando compreender o teor da demanda e dirimir dúvidas quanto à pretensão.

A equipe técnica, ao receber a documentação do assistido através do sistema, manterá o mesmo fluxo já realizado antes e durante a pandemia da covid-19, realizando conferência de dados, identificando a unidade de referência na plataforma da SMS-RJ (Onde Ser Atendido), para que o mesmo seja encaminhado e acolhido na unidade de seu território de referência, nos casos em que houver encaminhamento administrativo. Em todas as demandas, serão analisados os documentos médicos apresentados, para definição do encaminhamento pertinente a cada caso, e a necessidade de complementação da documentação apresentada. Os pareceres técnicos serão realizados de forma individualizada, por produto solicitado, considerando as características da demanda solicitada, bem como os documentos apresentados, e de forma geral estes seguirão os mesmos parâmetros básicos descritos no item 4.1.3.3.

4.3.1.4 Deslinde da demanda

O deslinde da demanda que é apresentado como o esclarecimento dos desfechos possíveis após o cumprimento das etapas anteriores, com elucidação dos encaminhamentos e orientações necessárias para acompanhamento da solicitação. Esta talvez seja a fase do itinerário dos usuários atendidos de forma remota com maiores desafios para contemplar suas funções de forma adequada, mantendo o foco no usuário.

O setor do Retorno da Análise se insere no contexto final de análise das demandas de saúde apresentadas pelo público que busca atendimento na CRLS. Tem em seu processo de trabalho, principalmente, a identificação e a compreensão/interpretação dos pareceres elaborados pela equipe de apoio (Setor de Análise Técnica), que aliadas ao conhecimento da equipe multidisciplinar acerca dos fluxos e da Rede de Serviços do SUS nas instâncias governamentais de âmbito municipal, estadual e federal, bem como dos principais trâmites jurídicos e administrativos empreendidos pelas Defensorias (DPE e DPU), possibilita prestar

todas as informações necessárias. A partir da compreensão sobre o contexto em que aquela demanda está inserida, compreendem-se quais medidas podem e/ou devem ser adotadas para a resolução administrativa e a efetividade da judicialização da demanda, conforme apontamentos contidos nos pareceres emitidos pela CRLS.

No contexto dos atendimentos presenciais, o fluxo de atendimento seguirá as mesmas etapas já descritas no item 4.1.3.4. No entanto, para os atendimentos ocorridos de forma remota, serão necessários ajustes nos “retornos da análise” ocorridos no contexto da pandemia. Durante os atendimentos em que os assistidos encaminharam suas demandas pelos canais de atendimento disponibilizados pelas Defensorias, a equipe do setor de Retorno da Análise teve sua atuação restrita ao encaminhamento das respostas e pareceres técnicos elaborados pela equipe de análise técnica via *e-mail* institucional de respostas da CRLS, para as Defensorias de origem da demanda de saúde. Procedimentos que já eram adotados pela equipe de retorno da análise, tais como: preenchimento de formulário de alternativa terapêutica, emissão formulário da LME para preenchimento pelo médico assistente, relação de documentos necessários para inscrição em programas específicos, continuaram a ser realizados e encaminhados nos *e-mails* de retorno, juntamente com o envio dos pareceres técnicos em formato pdf às Defensorias.

No entanto, os retornos propriamente dito aos assistidos, com esclarecimentos e elucidação dos encaminhamentos e orientações necessárias para acompanhamento da solicitação, durante todo o período de atendimento remoto realizado pelas Defensorias, foram realizados pelos administrativos vinculados às Defensorias (DPE/DPU), através dos canais (*e-mail*, WhatsApp) por eles disponibilizados. A proposição para o período com atendimentos híbridos é de que este “retorno da análise” aos atendimentos remotos seja realizado pelos profissionais que já atuam no setor e que possuem *expertise* para o esclarecimento das dúvidas, bem como explicações mais detalhadas dos caminhos a serem percorridos para atendimento de sua pretensão.

Desta forma, os pareceres técnicos serão encaminhados pelos canais digitais de contato do assistido, o mesmo utilizado por este para solicitação de assistência jurídica. Contudo, a resposta não se restringirá apenas ao envio do arquivo com o parecer técnico realizado pela CRLS; o profissional da área do “retorno da análise” procederá a contato telefônico com o assistido, após o envio do arquivo digital, considerando as particularidades e complexidades que tal atendimento requer, para

adoção dos procedimentos administrativos cabíveis para viabilizar o cumprimento dos protocolos padronizados estabelecidos pela CRLS em consonância com as diretrizes das diversas instâncias governamentais na área de Saúde e para o encaminhamento das demandas descritas nos pareceres. O retorno da análise realizado por profissionais da saúde é fundamental e permite que, com suas formações, possam conversar com assistidos e familiares, designadamente, sobre danos, viabilizando uma comunicação ajustadas a facilitação, negociação e mediação.

Nos casos de atendimento remoto, em que o deslinde da demanda for de falha na resolução extrajudicial, as etapas anteriores realizadas pela equipe do Retorno da Análise serão cumpridas, acrescidas da informação de que as Defensorias realizarão contato telefônico ou meio eletrônico para retorno quanto a tramitação do procedimento e ajuizamento de ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, a análise dos atendimentos e das principais demandas de saúde da CRLS da Capital revelou que:

- houve aumento expressivo, de 124% no quantitativo de atendimentos realizados pela CRLS, dos anos de 2014, quando da ampliação do projeto, até 2019, período anterior à pandemia da covid-19;
- a análise comparativa do primeiro (pré-pandemia) e segundo período (vigência da pandemia) objetos deste estudo, demonstrou queda acentuada no número de atendimentos realizados pela CRLS, com redução de 76% dos produtos avaliados pela equipe de análise técnica da CRLS;
- quando analisados os encaminhamentos administrativos do período pré-pandemia e em vigência da pandemia, estes demonstram redução acentuada nos percentuais de encaminhamento administrativo. Durante todo período pré-pandemia, os encaminhamentos administrativos permaneceram com percentuais acima de 65%; já durante a pandemia, a variação nestes percentuais é de 30,77% a 55,83%, demonstrando que mesmo o maior valor percentual de encaminhamento administrativo do período pandêmico é ainda bem inferior aos menores valores de encaminhamento administrativo apresentados no período anterior à pandemia;
- não foi possível estabelecer correlações nas reduções de atendimentos ocorridos durante o período de pandemia com o agravamento de casos da covid-19 no município do Rio de Janeiro;
- as solicitações por transporte destacam-se como o único produto com crescimento tão acentuado, quando comparados os dois períodos, apresentando aumento de 122% de demandas à CRLS. Destaca-se ainda a redução pouco significativa (12%) de solicitações por transferências durante o período pandêmico, destoando da redução geral (76%) das demandas, podendo-se inferir um aumento por solicitações de transferências no período pandêmico;
- o impacto na redução do percentual geral de encaminhamento administrativo durante o período de pandemia da covid-19 se deu devido ao aumento percentual de solicitações por transportes e aumento relativo por solicitações por

transferências, demandas submetidas à CRLS com características de pouca ou quase nula resolução extrajudicial.

Como se viu, os novos contornos das relações entre os assistidos e as Defensorias Públicas (DPE e DPU) no contexto da pandemia trouxeram à tona alterações no perfil das demandas analisadas, nas possibilidades de resoluções extrajudiciais, bem como no quantitativo de pessoas acessando a assistência jurídica gratuita oferecida pelas Defensorias. Impôs-se, assim a necessidade de análise empírica e epistemológica sobre a adoção de novas tecnologias pelo sistema de justiça. No entanto, os resultados expostos neste estudo em nada maculam a competência dos profissionais atuantes na CRLS e aqueles que estão a serviço das Defensorias.

De um modo geral, a análise do itinerário do usuário no âmbito da CRLS da Capital antes e durante a pandemia da covid-19, especialmente no que concerne ao processo de trabalho e fluxos administrativos, demonstrou que o atendimento realizado pelas Defensorias, as quais mantiveram os serviços de atendimento em tempos de calamidade pública, na implementação de uma nova rotina de atendimento, não pode ignorar a parcela significativa da população que ainda não possui acesso à internet e que, mesmo possuindo acesso, enfrenta dificuldades em utilizar os sistemas/ferramentas remotos.

A realização deste estudo foi de suma importância, justamente por conta do papel fundamental que as Defensorias Públicas desempenham na garantia do direito de acesso à justiça da população hipossuficiente e vulnerável. Ademais, a análise do atendimento remoto desse período possibilita um panorama do grau de efetividade do uso da tecnologia no atendimento ao público e as possibilidades de adequação para uma assistência jurídica eficiente.

Conforme sinalizam os resultados da pesquisa e as possíveis inferências que se podem realizar a partir dela, a utilização de somente formas de atendimento através de tecnologia remota resultou, potencialmente, em uma diminuição do número de atendimentos realizados e distribuídos, ocasionando uma possível relativização do direito fundamental do acesso à justiça e sua precariedade nesse intervalo de tempo. No entanto, é importante esclarecer, como limitação da pesquisa, que a análise foi feita a partir de apenas um aspecto possível da realidade, que foi a quantificação e qualificação do perfil de demandas, processos de trabalho e fluxos administrativos no período deste estudo.

Não foram analisadas circunstâncias subjetivas do atendimento aos assistidos durante os atendimentos remotos, que entre outras variáveis, configuram o acolhimento destes com uma escuta qualificada, com orientações diversificadas e minuciosas acerca de pareceres e encaminhamentos até então realizados por profissionais da área da saúde. Destaca-se que a análise destas e outras variáveis é muito relevante, dado que o pleno acesso dos usuários à assistência jurídica humanizada vai muito além de apenas eficiência numérica do trabalho. As Defensorias devem propiciar o mais amplo acesso e a maior abrangência de atuação possível.

A proposição para uma versão híbrida de atendimento a ser realizado pelas Defensorias, certamente é um desafio, pois necessariamente envolve investimentos financeiros, novas formas de organização, ampliação do quadro de profissionais e transformação digital, visando sempre a inclusão tecnológica/digital, tendo em vista que esta faz emergir mais uma barreira a ser enfrentada tanto pelos usuários (assistidos) quanto pelos profissionais atuantes na efetivação desse direito.

A CRLS é considerada um efetivo instrumento de gestão local do direito à saúde, tendo sido premiada nacionalmente como uma prática que contribui para o aprimoramento da Justiça no Brasil e que, conforme descreveram Pinheiro e Asensi (2015), inspira serviços semelhantes em outros estados brasileiros. Colocam-se como uma alternativa necessária à racionalização mais efetiva e econômica, com redução dos custos sociais e maior rapidez no atendimento das demandas e eficiência dos serviços de saúde. No entanto, no contexto da pandemia, os desafios para um atendimento de inclusão total exigiram formas de adaptar ou reinventar a atuação com o novo paradigma tecnológico, sendo necessárias readequações para que se mantenham a necessária aproximação com os necessitados e a humanização desta relação.

Pesquisa realizada pelo Global Access to Justice Project (2020) demonstrou que a insuficiência de recursos e a adoção de soluções improvisadas, durante a pandemia da covid-19, acabaram comprometendo a capacidade de manter níveis normais de acesso à justiça na maioria dos países estudados (51%). Comparando os dados obtidos com o contexto brasileiro, conclui-se que, no Brasil, o Poder Judiciário brasileiro alinhou-se ao cenário internacional na implementação de medidas para garantir o acesso à justiça, valendo-se, em grande medida, do uso da

tecnologia e do trabalho remoto, incorporando recomendações internacionais para conter o avanço da epidemia em solo nacional.

O produto esperado deste estudo é desencadear reflexões e discussões sobre os fluxos a serem adotados para o período pós-pandêmico, bem como repensar as estratégias, práticas e atitudes que envolvem suas fragilidades e fortalezas em situações de crises, como a enfrentada pela pandemia da covid-19. Os resultados ora apresentados poderão auxiliar os gestores das Defensorias, entes participantes do convênio e coordenação do órgão a realizarem movimento visando à melhoria das atividades da CRLS e, conseqüentemente, um melhor atendimento aos usuários dos serviços de saúde.

Impende ressaltar a potencialidade no redesenho e reestruturação da CRLS da Capital para o período pós-pandêmico, com atendimento híbrido, proporcionando o aperfeiçoamento no sentido de buscar a efetividade do direito à saúde, não só na busca da “desjudicialização”, mas sob a ótica da promoção do acesso aos assistidos. Deste modo, a Câmara deve ser objeto de constante monitoramento e avaliação para identificação e implementação dos necessários aperfeiçoamentos, promovendo um amplo diagnóstico diante do novo contexto, levando em conta os obstáculos e considerando o olhar dos envolvidos, especialmente dos assistidos. Estes devem ser ouvidos como principais interessados, dando enfoque no usuário, nas dificuldades vivenciadas por quem depende dos serviços de saúde pública para preservar sua saúde, sua vida e a de seus familiares. Ademais, dever-se-á atentar para a capacitação dos profissionais para lidar com as dificuldades inerentes à inclusão digital, à sensibilidade das demandas em saúde, buscando promover ambiente acolhedor e acessível para as soluções extrajudiciais.

Seja como for, acredita-se que o estudo foi inovador ao analisar o perfil e itinerário do usuário no âmbito da CRLS da Capital antes e durante a pandemia da covid-19, especialmente no que concerne ao processo de trabalho e fluxos administrativos, com proposições para um atendimento híbrido. Visa resoluções administrativas mais efetivas e céleres, favorecendo, assim, a construção de um atendimento sustentável, resolutivo e justo socialmente, podendo constituir um instrumento efetivo para melhoria do acesso dos usuários às políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, minimizar a judicialização da saúde.

REFERÊNCIAS

- AGGIO, J. O. **Prazer e desejo em Aristóteles**. Salvador: EDUFBA, 2017. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kz4kj/pdf/aggio-9788523220105.pdf>. Acesso em: jan 2022.
- ALBUQUERQUE, A.; SOUZA, C. Corrupção na saúde no Brasil: reflexão à luz da abordagem baseada nos Direitos Humanos. **Revista Brasileira e Bioética**, n. 13, p. 1-17, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7935>> Acesso em: nov 2021.
- ANFIP. **Análise da Seguridade Social 2007**. Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social Brasília: ANFIP, 2007.
- ASENSI, F. D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. Rio de Janeiro: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010.
- ASENSI, F. D. **Saúde, Poder Judiciário e sociedade**: uma análise de Brasil e Portugal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 801-820, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/tjyPSLJWZ4TB5ZQVM5tCxtc/?lang=pt>. Acesso em: jan. 2022.
- ASENSI, F. D.; AIDAR, A.; RAMOS, F.; PINHEIRO, R. Judicialização, direito à saúde e prevenção. **RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde**. jan-mar 2015. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/935/1580>. Acesso em: jan 2022.
- ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. A juridicização da saúde e o Ministério Público. In: ASENSI, F.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Direito sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 532-563.
- ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e Experiências**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2018/02/4292ed5b6a888bdcac178d51740f4066.pdf>>. Acesso em: dez 2021.
- BARROSO, L. R. **Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática**. REDE Edição: 18. abr/mai/jun 2009. Disponível em: < Judicialização, ativismo judicial e legitimidade (tse.jus.br)> Acesso em: nov 2021.
- BARROSO, L. R., **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.

Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em: jan 2022.

BEZERRA, M. **Corrupção**: um estudo sobre poder público e relações pessoais no Brasil. 2a ed. 2018. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens. 265 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/VkgxSGFg3xNMfhszcn7NM3w/?lang=pt>. Acesso em: jan 2022.

BEZERRA, M. O. Corrupção e produção do Estado. **Revista Pós de Ciências Sociais**, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/6407> Acesso em: jan 2022.

BRANDT, B. B. **Transporte sanitário eletivo**: a (i) mobilidade urbana das pessoas com deficiências e/ou doenças crônicas no Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16. Brasília, out. 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/download/894/871/>. Acesso em: jan 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 5 out. 1988.

BRASIL. **Decreto legislativo nº 6, de 20 de março de 2020**. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República. Brasília, DF, 20 mar. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 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. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: dez 2021.

BRASIL. **Emenda Complementar nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: nov 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em: nov 2021.

BRASIL. **Instrução Normativa nº 01/93, de 23 setembro de 1993**. Brasília, Diário Oficial da União, 7 out. 1993.

BRASIL. **Instrução Normativa nº 01/98, de 02 de janeiro de 1998**. Brasília, Diário Oficial da União, 06 jan. 1998.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, 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. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LCP&numero=141&ano=2012&ato=48dETS61kMVpWTa69>. Acesso em: nov 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020.** Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168>> Acesso em: nov 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no sistema único de saúde. Diário Oficial da União, abr. 2002.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, Diário Oficial da União, 7 fev. 2020.

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

BRASIL. **Lei nº 8142, 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. Diário Oficial da União 1990.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União**, v. 26, n. 4, p. 551-556, 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm>. Acesso em: jun 2021.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** NOAS/SUS 01/2002. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Dispõe sobre a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, Diário Oficial da União, 29 jan. 2001.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). **Auditoria operacional:** fiscalização de orientação centralizada. Acórdãos 1.130, 1787 e 1.840/2017 – TCU – Plenário.

Brasília, 2017. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>. Acesso em: jan 2022.

CATLETT, C.; GRION, B. **Corrupção no setor de saúde**: um grande desafio na perspectiva de três grandes países. 2015. Disponível em: <http://www.lecnews.com/artigos/2015/02/25/corruptao-no-setor-de-saude-um-grande-desafio-naperspectiva-de-tres-grandes-paises/>. Acesso em: nov 2021.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COBAITO, F. C.; COBAITO, V. Q. Sistema Único de Saúde: a gênese, contemporaneidade, e os desafios do amanhã. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, v. 5, n. 2 (2020) Disponível em: <http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/450> Acesso em: nov 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Enunciados da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acesso em: jan. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Relatório Analítico Propositivo. São Paulo: Instituto de Ensino e Pesquisa, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização e sociedade**: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade-16072021.pdf. Acesso em: dez. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em Números 2019**. Conselho Nacional de Justiça. Brasília: CNJ, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação nº 31**, de 30 mar. 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>. Acesso em: maio 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 107**, de 06 abr. 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/173>. Acesso em: maio 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Soluções construídas pelo CNJ buscam reduzir judicialização da saúde**. Brasília, 28 out. 2015. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/solucoes-construidas-pelo-cnj-buscam-reduzir-judicializacao-da-saude/>. Acesso em: jul. 2021.

CRUZ, C.; RIBEIRO, U. **Metodologia Científica**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Axel Books, 2003.

CZERESNIA, D.; MACIEL, S.; OVIEDO, R. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. 1 ed. Rio DE JANEIRO: FIOCRUZ, 2013. v. 1, p. 119. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/NSTj5cMPfzhtwPFxYXhzXG/?lang=pt>. Acesso em: out. 2021.

DAVIES, A. C. I. **Limites constitucionais do direito à saúde**: reserva do possível x mínimo existencial. 2013. Disponível em: <<http://anape.org.br/site/wp-content/uploads/2014/01/TESE-6-AUTORA-Ana-Carolina-Izid%C3%B3rio-Davies.pdf>>. Acesso em: nov. 2021.

DELDUQUE, M. C.; CASTRO, E. V. A mediação sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde debate** [on-line]. 2015, v. 39, n. 105, p. 506-513. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200506&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: fev. 2022.

DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **Contexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 2003.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dados/a/Mb6v3F5kTNgVWX6xrkrF3pd/?lang=pt>> Acesso em: set. 2021.

FILPO, K. P. L. Soluções consensuais para demandas de saúde pública no Rio de Janeiro: práticas institucionais sob discussão. **Revista Eletrônica da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jan-abr. 2021. Disponível em: <<https://revistaeletronica.pge.rj.gov.br/index.php/pge>> Acesso em: jul. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GLOBAL ACCESS TO JUSTICE. **Impactos da covid-19 nos Sistemas de Justiça, 2020**. Disponível em: <<http://globalaccesstojustice.com/impacts-of-covid-19/?lang=pt-br>>. Acesso em: maio 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria jurídica. **Relatório Institucional. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde**. Rio de Janeiro, abril de 2021.

GUIMARÃES, R. C. M.; PALHEIRO, P. H. D. Medidas adotadas para enfrentar a judicialização na secretaria de saúde do Estado do Rio De Janeiro e a experiência da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. In: CONASS (Org.). **Direito à saúde**: para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: Conass, 2015.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Novas práticas sociais na constituição do direito à saúde: a experiência de um movimento fitoterápico comunitário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 109-22, jan-mar. 2008. Disponível

em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/7DdSNgdSXfpJZWJJSgkRh/abstract/?lang=pt>>
Acesso em: out. 2021.

HAIR JR, J. F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Bookman, 2003.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A. *et al.* Dissertações produzidas no Programa de Pós-Graduação e Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011.

INSPER. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. n. 23, jun. 2019. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>>. Acesso em: jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>>. Acesso em: nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>. Acesso em: nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por universo de Domicílios Contínua**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101733_notas_tecnicas.pdf. Acesso em: nov. 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1996.

LIMA, F. R. S.; FILHO, O. V. B. Separação de poderes e diálogos institucionais. **Rev. Investig. Const.**, v. 5, n. 1, jan-abr 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/R4B4GNDTY4VZYtVzWYgN9vL/?lang=pt>. Acesso em: jan. 2022.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

MARQUES, A. *et al.* Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. **Saúde Estud. Av.**, v. 33, n. 95, jan-abr 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/Vk9ttT7zmgCTrBW7XhMFsGJ/?lang=pt>. Acesso em: jan. 2022.

MARQUES, S. B. Judicialização do Direito à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-72, jul-out. 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13117/14920>> Acesso em: out. 2021.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 1 v.

MENDES, A.; CARNUT, L. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, 57, p. 174-210, 2020.

MENICUCCI, T.; COSTA, L.; MACHADO, J. A. Pacto pela Saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 29-40, jan. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/nBxQX8FRrFjTs6jb7YSVW6d/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: nov. 2021.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul-set. 1993.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo. Hucitec/Abrasco.1994.

ORELLANA J. D. *et al.* Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, jan. 2021. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1292/excesso-de-mortes-durante-a-pandemia-de-covid-19-subnotificacao-e-desigualdades-regionais-no-brasil> Acesso em: nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio das Nações Unidas**. Nova York, 08 set. 2000. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_milenio_nacoes_unidas.pdf> Acesso em: out 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>> Acesso em: out 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta da Organização Mundial de Saúde**, 1946. Disponível em: <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF2/0902_Constituic%CC%A7a%CC%83o%20da%20Organizac%CC%A7a%CC%83o%20Mundial%20da%20Sa%CC%81de.pdf> Acesso em: jul. 2021.

PEÇANHA, L. O.; SIMAS, L.; LUIZA, V. S. Judicialização de medicamentos no Estado do Rio de Janeiro: evolução de 2010 a 2017. **Saúde debate**, v. 43, n. esp. 4, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xSVJ9NPMjRzy4TqdvkJbwFt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: jan. 2022.

REIS, A. A. C.; MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 58-70, dez 2019.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). **Decreto nº 46.973 de 16 de março de 2020**. Reconhece a situação de emergência na saúde pública do estado do rio de janeiro em razão do contágio e adota medidas enfrentamento da propagação decorrente do

novo coronavírus (covid-19); e dá outras providências. Rio de Janeiro, Diário Oficial, 17 mar. 2020.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). **Lei Estadual nº 4.510, de 13 de janeiro de 2005.** Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus do estado do Rio de Janeiro, para alunos do ensino fundamental e médio da rede pública estadual de ensino, para as pessoas portadoras de deficiência e portadoras de doença crônica de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida, e dá outras providências. Rio de Janeiro, Diário Oficial, 15 jan. 2005.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). **Lei Municipal nº 3167/2000, de 27 de dezembro de 2000.** Assegura o exercício das gratuidades previstas no artigo 401 da lei orgânica do município do rio de janeiro, mediante a instituição do sistema de bilhetagem eletrônica nos serviços de transporte público de passageiros por ônibus do município do rio de janeiro, e dá outras providências. Rio de Janeiro, Diário Oficial do Município, 15 jan. 2005.

ROCHA, R. R. Corrupção: os efeitos deletérios sobre as políticas de saúde. **Revista Universitas Jus.**, v. 27, n. 3, 2016). Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/jus/article/view/4421>. Acesso em: jan. 2022.

RODRIGUES, E. **Os principais desafios enfrentados pelo - SUS Sistema Único de Saúde.** 5 ago. 2019. Disponível em: <https://gestaodesaudepublica.com.br/os-principais-desafios-enfrentados-pelo-sus/> Acesso em: nov. 2021.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. de. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.6, n.1. p. 116. 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/4JwR9thmPLBsYfHKZynbqGt/abstract/?lang=pt>> Acesso em: out. 2021.

SALES, L. M. M.; RABELO, C. M. S. Meios consensuais de solução de conflitos Instrumentos de democracia. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 46, n. 182, p. 75-88, abr-jun. 2009. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/194916/000865481.pdf?sequence=3>. Acesso em: fev 2022.

SANTOS, A. C.; VARGAS, M. A. O.; SCHNEIDER, N. Encaminhamento do paciente crítico para UTI por decisão judicial: situações vivenciadas pelos enfermeiros. **Enfermagem em foco**, v. 1, n. 3, 2010.

SCHEFFER, M.; SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. **O remédio via Justiça.** 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medic_justica01.pdf>. Acesso em: maio 2021.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: out. 2021.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, A. M. C. **O público e o privado no sistema de saúde em Mossoró: as contradições para a efetivação da universalidade**. 2014. 299 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11460/1/Tese%20Aione%20Maria%20Souza.pdf>>. Acesso em: nov. 2021.

SOUZA, T.G. **A judicialização residual da saúde e sua relação com o desempenho dos serviços públicos de saúde e a efetividade do direito à Saúde em dois Municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. 2018.

TANAKA, L. M.; FERREIRA, M. W. **Impacto da pandemia (covid-19) sobre as metas de imunização em crianças no estado do Paraná, Brasil**. Maringá-PR, 2020. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/7613/1/TANAKA%2C%20Larissa%20Munhoz%3B%20FERREIRA%2C%20Mario%20Wesley.pdf>. Acesso em: nov. 2021.

TAVARES, L. L. G. *et al.* **Descrição da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde para concorrer ao Prêmio Inovare 2014, na categoria Advocacia**. Disponível em: <<https://www.premioinnovare.com.br/praticas/l/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls>>. Acesso em: jul. 2021.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?lang=pt>>. Acesso em: jun. 2021.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VIANNA, L. W. *et al.* **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: REVAN, 1999.

VIANNA, L. W.; BURGOS, M. B.; SALLES, P. M. **Dezessete anos de judicialização da política**. *Tempo Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 2, nov. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702007000200002&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 13 jul. 2021.

VIEIRA, F. S. **Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça**. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35360>. Acesso em: jul. 2021.

WANG, D. W. L.; VASCONCELOS, N. P.; OLIVEIRA, V. E.; TERRAZAS, F. V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Rev. Adm. Pública**, n. 48, out 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/5YcctKRJTVmQnp5mRHkBBcj/?lang=pt>. Acesso em: jan. 2022.

WERNER, P. U. P. **Concretização dos direitos fundamentais sociais e a interpretação da constituição**. O direito à saúde: extensão e limites. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/276388972_O_direito_social_e_o_direito_publico_subjetivo_a_saude_o_desafio_de_compreender_um_direito_com_duas_fases>. Acesso em: jun 2021.

ZENOBI, D. Políticas para la tragedia: Estado y expertos en situaciones de crisis. **Iberoamericana**, Estocolmo, v. 46, n. 1, p. 30-41, 2017.

ANEXO A

11/02/2022 14:32

SE/ERJ - 22737324 - Despacho de Encaminhamento de Documento



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria Geral

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA TÉCNICA SES/RJ

Fluxo baseado na Resolução SES/RJ n° 2.361/2021
Carta em concordância com a Carta n°0212/CONEP/CNS/2010
Carta em concordância com a Resolução CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Subsecretaria Jurídica da SES/RJ vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para que a pesquisadora: **Rita de Cássia Mello Guimarães**, da instituição: **“Universidade do Estado do Rio de Janeiro”** para realização da pesquisa intitulada **“Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – CRLS: medidas de resoluções administrativas e fluxos de processos antes e durante a Pandemia do COVID-19”** no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS n° 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente protocolo de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes do projeto de pesquisa nela recrutados dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Declara-se esta autorização está condicionada a realização de pesquisa em banco de dados com restrição de identificações pessoais ou informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, previsto pela legislação de acesso à informação pública - Lei n° 12.527/2011. Caso o pesquisador solicite dados que não estão previstos nesta legislação será necessário que o projeto seja submetido à(aos) Comitê(s) de Ética em Pesquisa pertinentes. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Subsecretário Jurídico
Bruno Fernandes Dias
ID: 4337499-9

Superintendente de Educação em Saúde
Carina Pacheco Teixeira
ID: 5005839

Rio de Janeiro, 27 de setembro de 2021



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira**, Superintendente, em 28/09/2021, às 09:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).

Documento assinado eletronicamente por **Bruno Fernandes Dias**, Procurador, em 28/09/2021, às 16:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).