



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral

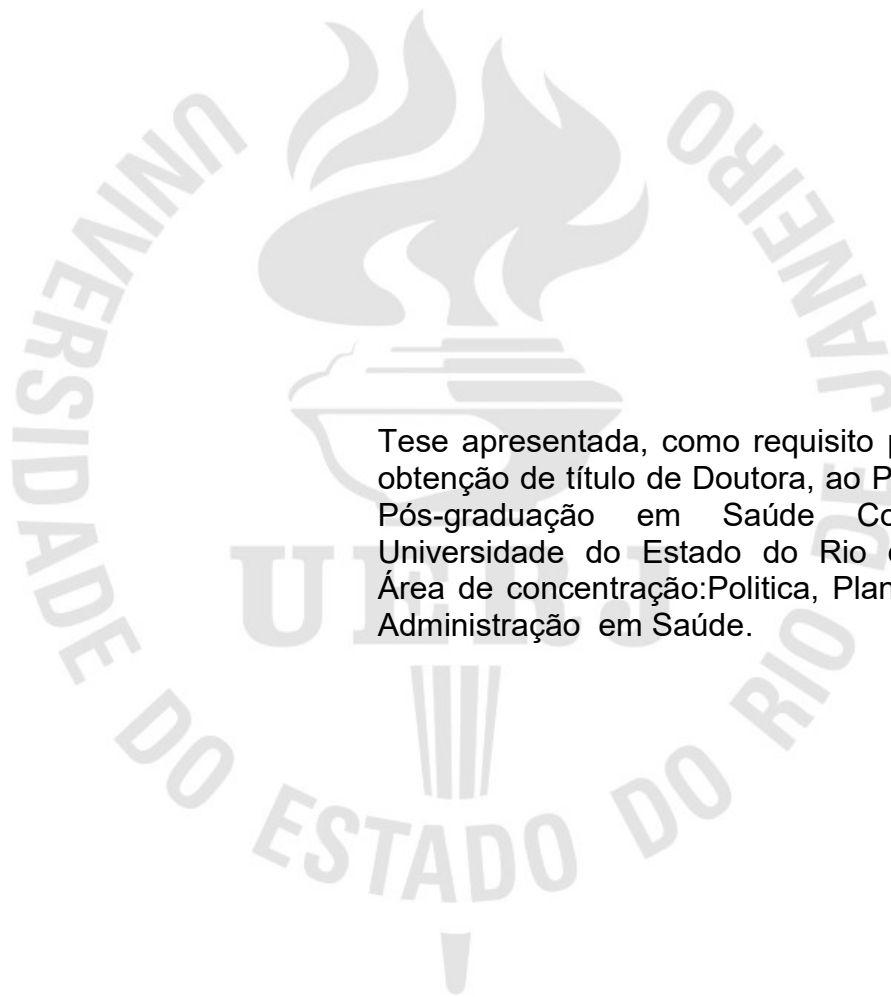
**A judicialização do direito à saúde e o diálogo entre instituições
jurídicas e políticas: um estudo de caso sobre a Defensoria Pública
do Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral

A judicialização do direito à saúde e o diálogo entre instituições jurídicas e políticas: um estudo de caso sobre a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora, ao 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.º Dr. Felipe Dutra Asensi

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

A485	<p>Amaral, Isabela Barboza da Silva Tavares</p> <p>A judicialização do direito à saúde e o diálogo entre instituições jurídicas e políticas: um estudo de caso sobre a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro / Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral. – 2022. 317 f.</p> <p>Orientador: Prof.º Dr. Felipe Dutra Asensi</p> <p>Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.</p> <p>1. Judicialização da saúde – Teses. 2. Direito à saúde – Teses. 3. Rio de Janeiro (Estado). Defensoria Pública – Teses. – Teses. 4. Sistema Único de Saúde – Teses. 5. Gestão em 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 tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral

A Judicialização do Direito à saúde e o diálogo entre instituições jurídicas e políticas: um estudo de caso sobre a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora, ao 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 16 de setembro de 2022.

Banca

Examinadora: _____

Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi (Orientador)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Klever Paulo Leão Filho

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Fabianne Manhães Maciel

Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Arthur Bezerra de Souza Junior

Universidade Paulista

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Àqueles que constroem o SUS no dia a dia, nos campos: da gestão e da assistência à saúde, da formação profissional e acadêmica, dos Poderes Judiciário e Executivo, da luta pela concretização da saúde como direito social no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Como ser humano, acredito que não só o conhecimento mensurável e científico, mas também a nossa fé é, sem dúvida, parte daquilo que nos tornamos ao longo da vida. Por isso, dedico maior gratidão ao meu Deus, que é o Princípio, Meio e Fim de todas as coisas. E sem Ele nenhuma conquista faria qualquer sentido para mim nesse mundo passageiro.

Aos meus pais por serem sempre uma fonte de inspiração e cujas histórias refletem garra, dedicação e persistência.

Ao meu esposo Rodrigo pelo apoio incondicional ao longo dessa jornada.

Ao meu Orientador Felipe Asensi por me receber no IMS naquele ano onde o Doutorado era apenas um plano na minha cabeça, um objetivo ainda não alcançado. Obrigada por acreditar no meu potencial, viabilizando a concretização de mais essa etapa na minha vida profissional.

Ao Dadá, pela honra de poder aprender com toda sua experiência e conhecimento acumulado. Foi o melhor presente que o IMS me proporcionou. Sua dedicação e o modo com que coloca seu coração naquilo que faz é inspirador para todos nós alunos e particularmente para mim também enquanto Docente. Hoje percebo muito de você nas minhas aulas e na forma como compreendo o SUS.

À Rosana Kuschinir, que mesmo sem saber, teve a voz ecoando na minha cabeça por diversas vezes enquanto eu escrevia a tese, me fazendo refletir sobre minha própria escrita. Além disso, suas ideias tiveram importante papel em reflexões tecidas ao longo da construção desta tese.

À Roseni Pinheiro cujas reflexões compartilhadas nos espaços em que ocupou foram muito importantes nas etapas iniciais da minha vida acadêmica e profissional; como Enfermeira na Saúde Coletiva que freqüentava os seminários do LAPPIS e reconhecia nesses espaços de produção de conhecimento, verdades que atravessavam meu dia a dia no SUS. Grata pela honra de ter podido contar com seu olhar na construção teórica desta Tese.

À Thaísa Guerreiro, Jéssica Vargas, Rita Mello e Marcela Caldas, que durante o período de coleta de dados foram cruciais para que este estudo de caso pudesse ser construído.

A Laisa Eusébio por dividir comigo as alegrias e os obstáculos dessa jornada no IMS.

Aos professores que participaram das bancas de qualificação e defesa dessa Tese, especialmente ao Professor Ronaldo Teodoro pelo aceite ao convite a ser ledor do trabalho mais importante da minha vida acadêmica até aqui.

E por último, mas nem de longe menos importantes, aos “amigos mais chegados que irmãos” Tiago Souza e Fernanda Teles, que a UFRJ- Macaé me presenteou, e sem os quais esse caminho do Doutorado seria muito complicado e difícil. Obrigada pela parceria de sempre e por trazerem leveza nas fases mais pesadas. E também a toda área de saúde coletiva do Instituto de Enfermagem da UFRJ-Macaé, pelo partilhar da trajetória e pelo apoio.

RESUMO

AMARAL, Isabela Barboza da Silva Tavares. *A Judicialização do Direito à saúde e o diálogo entre instituições jurídicas e políticas: um estudo de caso sobre a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro*. 2021. 317f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Considerando a importância de arranjos capazes de viabilizar o diálogo institucional que possibilite mitigar impactos negativos do fenômeno da judicialização da saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o objetivo principal do presente estudo consiste em analisar o projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” (DPERJ), visando compreender se o arranjo institucional proposto tem potencial para fortalecer a gestão e as redes de atenção à saúde em municípios metropolitanos. Optou-se pelo método estudo de caso único integrado do tipo explicativo. A coleta dos dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2021, englobando, portanto, o período da pandemia de COVID-19. Foi realizada através de pesquisa de campo por meio de entrevistas semi-estruturadas com profissionais da área da saúde e do direito, pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. O projeto em análise nasce visando à interiorização das ações da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), em parceria com Secretarias Municipais de Saúde (SMSs), e suas atividades estão vigentes em 15 municípios do estado do Rio de Janeiro. O cenário de pesquisa foi constituído por 6 dos municípios da região metropolitana. A técnica utilizada para identificação dos sujeitos foi a de cadeia não probabilística em *Snowball*. No aspecto da Defensoria, podem-se pontuar dois resultados significativos obtidos mediante a experiência; a ampliação de possibilidade de ação da DPERJ na efetivação das políticas públicas e a promoção da ideia de estarem todos (Poder Executivo, Judiciário e DPERJ) no mesmo “time”. No aspecto da gestão municipal do SUS, o projeto melhora a comunicação entre DPERJ e SMSs e consolida diálogo institucional, potencializando a capacidade de dar transparência a todo o aparato jurídico-administrativo que rege a operacionalização do SUS. Há um potencial subutilizado no convênio que poderia auxiliar no fortalecimento das redes de atenção à saúde, principalmente a nível municipal. Os desafios apresentados como sendo da experiência em si, são reflexos de fragilidades estruturais da consolidação do SUS enquanto política pública no país. Conclui-se que a judicialização não é o gargalo em si, mas aponta para os gargalos do sistema, pois pode auxiliar o reconhecimento de aspectos da operacionalização do direito à saúde, que precisam ser resolvidos ou melhorados. Portanto, é preciso que haja mudança do olhar para a judicialização; de “compreendê-la como algo que precisa ser combatido” para: “compreendê-la como algo que precisa ser manejado adequadamente”, e que pode ser um aliado na sinalização dos gargalos da rede, no sentido de onde concentrar esforços para

garantia do direito à saúde.

Palavras- chave: Direito à saúde. Judicialização da saúde. Gestão em saúde.

Sistema Único de Saúde. Diálogos institucionais.

ABSTRACT

AMARAL, Isabela Barboza da Silva Tavares. *The Judicialization of the Right to Health and the dialogue between legal and political institutions: a case study of the Public Defender's Office of the State of Rio de Janeiro*. 2021. 317f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Considering the importance of arrangements capable of enabling institutional dialogue that makes it possible to mitigate negative impacts of the phenomenon of judicialization of health in the management of the Unified Health System (SUS), the main objective of the present study is to analyze the Project "Building the SUS with the Public Defender's Office of the State of Rio de Janeiro" (DPERJ), aiming to understand if the proposed institutional arrangement has the potential to strengthen the management and health care networks in metropolitan municipalities. We opted for the single integrated explanatory case study method. Data collection took place between August and December 2021, thus encompassing the period of the COVID-19 pandemic. It was carried out through field research by way of semi-structured interviews with health and law professionals, bibliographic research and documental research. The project under analysis was born with the objective of internalizing the actions of the Health Litigation Resolution Chamber (CRLS), in partnership with Municipal Health Departments (SMSs). Its activities are in force in 15 municipalities in the state of Rio de Janeiro. The research scenario consisted of 6 of the municipalities in the metropolitan region. The technique used to identify the subjects was the nonprobabilistic chain in Snowball. In terms of the Public Defender's Office, two significant results obtained through the experience can be highlighted: the expansion of the possibility of action by the DPERJ in the implementation of public policies and the promotion of the idea of being all (executive, judiciary and DPERJ) on the same "team". In terms of municipal management of the SUS, the Project improves communication between DPERJ and SMSs and consolidates institutional dialogue, enhancing the ability to provide transparency to the entire legal-administrative apparatus that governs the operation of the SUS. There is an underused potential in the agreement that could help strengthen health care networks, especially at the municipal level. The challenges presented as being from the experience itself are reflections of structural weaknesses in the consolidation of the SUS as a public policy in the country. It is concluded that judicialization is not the bottleneck itself, but points to the bottlenecks of the system, as it can help to recognize aspects of the operationalization of the right to health, which need to be resolved or improved. Therefore, a change in focus is necessary for judicialization; from understand it as "something that needs to be fought" to "something that need to be managed properly", and which can be an ally in signaling bottlenecks of the network, concentrating efforts to guarantee the right to health.

Keywords: Right to health. Health's judicialization. Health management. Unified Health System. Institutional dialogues.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Velhos e novos desafios para o direito à saúde no Brasil.....	43
Figura 2 –	Ambiguidades e contradições da judicialização da saúde.....	80
Figura 3 –	Inter-relação entre os elementos principais da tese.....	100
Figura 4 –	Distribuição dos participantes da pesquisa.....	111
Figura 5 –	Fluxo de atendimento da CRLS Interior.....	150
Figura 6 –	Desafios da Experiência.....	260

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Totais de atendimentos e encaminhamentos administrativos da CRLS Interior entre 2015 e 2021.....	182
Gráfico 2 – Relação entre totais de atendimento, encaminhamentos administrativos e encaminhamentos para ações judiciais.....	184
Gráfico 3 – Percentuais de encaminhamentos administrativos por município do ano de 2019.....	188
Gráfico 4 – Percentuais de encaminhamentos administrativos entre municípios participantes do projeto, no ano de sua entrada e o ano de 2019.....	190

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Os três momentos da concepção do Direito à Saúde.....	34
Quadro 2 – Componentes do estudo de caso proposto.....	103
Quadro 3 – Esquema de análise por construção da explicação, com base nos eixos propostos por Asensi e Pinheiro (2015).....	120
Quadro 4 – Documentos importantes para parcerias institucionais envolvidas na experiência.....	134
Quadro 5 – Resumo da pesquisa bibliográfica.....	141
Quadro 6 – Quantitativo de profissionais da SMS lotados nos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ nos municípios estudados, durante o período da coleta de dados.....	146
Quadro 7 – Exemplos de caminhos administrativos para solução das demandas.....	153
Quadro 8 – Correlação entre propostas da CRLS Interior e dados empíricos.....	159
Quadro 9 – Consolidado dos atendimentos por município participante do estudo de caso.....	185

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CATES	Centro de Apoio Técnico em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COSAU	Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CSSL	Contribuição Social sobre Lucro Líquido
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DPERJ	Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro
DPU	Defensoria Pública da União
EC	Emenda Constitucional
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LME	Laudo para Solicitação de Medicamentos
MS	Ministério da Saúde
MP	Ministério Público
NAT	Núcleos de Apoio Técnico
NOB	Norma Operacional Básica
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSs	Secretarias Municipais de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PPGS	Política, Planejamento e Gestão em Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1	DISCUTINDO O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	23
1.1	Uma sinopse histórica pré- SUS	24
1.2	A universalização do Direito à Saúde	36
1.3	Velhos e novos desafios	41
2	DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE	53
2.1	Reflexões sobre a gestão do SUS e os desdobramentos da municipalização	53
2.2	O direito à saúde na esfera municipal	65
3	A MULTIDIMENSIONALIDADE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	73
3.1	O que é a judicialização?	73
3.2	Ambiguidades e contradições da judicialização	79
3.3	A judicialização como potencial reveladora dos desafios do SUS: problematizando a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde	85
3.4	Diálogos Institucionais e juridicização: um caminho possível	90
4	MÉTODO	102
4.1	Abordagem teórico-metodológica	102
4.2	Cenários do estudo	105
4.3	Sujeitos do estudo	109
4.4	Estratégias de Coleta de dados	113
4.5	Análise dos dados	117
4.6	Questões éticas da pesquisa	121
5	CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROJETO CONSTRUINDO O SUS COM A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	123
5.1	CRLS- Rio de Janeiro: contexto de criação e relação com a experiência em análise	123
5.2	O projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro	128
5.3	Dados da pesquisa bibliográfica	141
6	OPERACIONALIZAÇÃO DO ARRANJO INSTITUCIONAL PROPOSTO...	145

6.1	Aspectos operacionais da experiência nos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ	146
6.2	Aspectos operacionais da experiência na CRLS Interior	157
6.3	Análise comparativa entre CRLS e CRLS Interior	164
7	RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA	177
7.1	Ampliação da resolutividade no manejo das demandas em saúde	177
7.2	Consolidação de diálogos institucionais e promoção de aprendizado sobre a operacionalização do SUS	196
8	DESAFIOS IDENTIFICADOS NA EXPERIÊNCIA E A PARTIR DELA	209
8.1	Desafios ligados ao CATES	210
8.1.1	<u>Defensoria Pública e SMS: peculiaridades do diálogo e necessidade de acompanhamento dos encaminhamentos administrativos</u>	211
8.1.2	<u>Atuação do profissional do CATES: legitimidade na esfera municipal, comunicação prejudicada e divulgação do projeto</u>	221
8.1.3	<u>Recursos humanos da rede municipal de saúde</u>	228
8.1.4	<u>A expectativa da redução do número de ações judiciais versus a racionalidade do manejo das demandas em saúde frente à judicialização</u>	236
8.2	Desafios da CRLS-Interior	249
8.3	Discutindo o potencial da experiência de fortalecer a gestão das redes de atenção à saúde a nível municipal	252
9	IMPLICAÇÕES DA AUTORA E CONTRIBUIÇÕES DA TESE PARA A SAÚDE COLETIVA	262
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	270
	REFERÊNCIAS	273
	APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista	291
	APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	293
	APÊNDICE C- Termo de autorização institucional para uso de documentos	295
	APÊNDICE D- Protocolo do estudo de caso	297
	ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP	309

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A compreensão da saúde, enquanto direito no Brasil, tem seu marco com o movimento de Reforma Sanitária, que viabilizou, em 1988, a inserção do capítulo “Saúde” na Constituição. Desde então, o processo de efetivação desse direito vem se consolidando em paralelo ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Nesse sentido, diversos percalços vêm se colocando nessa trajetória, enquanto complicadores que, somados aos desafios inerentes de “ser Brasil”-como, por exemplo: dimensão territorial, desigualdades sociais e disparidades regionais-tornam a experiência brasileira de um sistema universal de saúde extremamente singular e complexa.

Apesar dos avanços ao longo da história, ainda persiste grande descompasso entre as diretrizes e os princípios do SUS e sua aplicabilidade prática, com grandes entraves em áreas específicas que geram alguns “nós” já bastante conhecidos pela Saúde Coletiva, tais como: as longas filas de espera para alguns serviços de especialidades, as iniquidades no acesso aos serviços e tratamentos, e como uma resultante desses e outros nós do SUS; a judicialização da Saúde.

De forma mais simples, a judicialização da saúde pode ser entendida como “o fenômeno crescente dos números de demandantes que pleiteiam questões relativas à saúde junto ao Judiciário” (CNJ, 2021, p. 13). Porém, em uma concepção mais ampla, o fenômeno da judicialização expressa uma disputa estrutural por recursos escassos de uma sociedade complexa, na determinação do que é prioritário e de quem deve ser o foco das prioridades (CNJ, 2019).

Nesse contexto, a judicialização da saúde vem ganhando destaque no âmbito nacional e trazendo impactos das mais diversas ordens (administrativos, políticos, econômicos ou sociais) para o Poder Executivo. Dados do Conselho Nacional de Justiça apontam aumento de 130% no período entre 2008 e 2017, no número de demandas judiciais referentes à saúde (CNJ, 2019). Este quadro remonta à necessidade eminente de aproximação entre o direito e a saúde enquanto áreas de conhecimento.

Além disso, diante de um cenário econômico complexo que o país atravessa, tem emergido enquanto discussão o tema da sustentabilidade do SUS. Nesse contexto, a judicialização da saúde enquanto um sintoma dessa aparente

“insustentabilidade do sistema”, tem, por muitas vezes, canalizado foco do trabalho da gestão do SUS para lidar com os impactos gerados entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo. Destaca-se que o fenômeno da judicialização da saúde, além de ser considerado um grande nó, também tem trazido à tona outros diversos nós que os mais de 30 anos de maturação do SUS ainda não deram conta de desatar. Até porque alguns foram formados ao longo desse caminho. Esses “nós” denotam fragilidades estruturais importantes que tem contribuído para a consolidação de imbróglios que põem hoje em xeque a sustentabilidade do sistema e sua legitimidade perante a sociedade, como por exemplo; o crônico subfinanciamento do SUS, a regionalização incipiente em diversos locais do Brasil e a falta de celeridade no provimento de alguns serviços (PAIM J, 2018; LIMA et al., 2012).

Tomando por base Jairmilson Paim, quando em uma discussão acerca dos 30 anos de SUS questiona “que estratégias e táticas podem ser acionadas para viabilizar a consolidação do SUS?” (PAIM J., 2018, p. 1727), empreende-se que a investigação e o compartilhamento de experiências consideradas exitosas como a que abordaremos na presente pesquisa, pode se constituir em uma estratégia potente para fortalecer a consolidação do sistema e a efetivação do direito à saúde no país.

Em consonância com essa premissa, destaca-se ainda o fato de ser fundamental o aprofundamento de estudos e análise de casos onde haja implementação de caminhos que superem a discussão sobre a possibilidade ou não de intervenção judicial no campo das demandas em saúde, conforme apontam Mariano et al (2018).

Nessa perspectiva, Asensi e Pinheiro (2015, p. 46) afirmam que “a efetivação da saúde pode passar também pela incorporação das instituições jurídicas no cotidiano da gestão.” Essa premissa rompe com a ideia de contraposição entre essas partes, tão essenciais para efetivação do direito a saúde. Do contrário, as instâncias jurídicas acabam absorvendo continuamente demandas individuais, e emitindo decisões, sem necessariamente terem acesso ao conhecimento sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como das suas fragilidades, e sobre os limites daquilo que se prevê enquanto insumos e medicamentos a serem fornecidos pelo poder público. Esse desconhecimento por parte das instituições jurídicas pode levar, muitas vezes, a uma atitude que mais fomenta a indução do aumento da judicialização do que contribui para resolução dos

problemas abordados.

Os diálogos institucionais têm sido nesse sentido, um caminho apontado por vários estudos como um meio eficaz para melhoria da articulação entre o Poder Executivo e o Poder Judiciário, para o alcance de medidas mais efetivas, evitando o caminho judicial para garantia do direito à saúde (ASENSI, 2010a; OLIVEIRA et al. 2019). Principalmente tendo em vista que se trata de um fenômeno multidimensional e que requer, portanto, abordagens capazes de dar conta de sua complexidade.

Entretanto, cabe destacar que o uso do termo “direito à saúde” no presente estudo faz referência ao direito aos meios (inerentes ao setor saúde) para se alcançar saúde, seja do ponto de vista coletivo ou individual. Sendo assim, a utilização dessa expressão não projeta o alcance da saúde como um fim, tendo em vista que ela é definida por amplo conceito que envolve aspectos biológicos, psíquicos e sociais, que vão além da conotação que se pretende aqui alcançar a partir do referido termo.

O caso a ser analisado na presente tese baseia-se na experiência do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, com início no ano de 2015, que representa uma experiência envolvendo instituições jurídicas e políticas na viabilização da efetivação do direito à saúde.

A ideia na qual se concentram os principais esforços da experiência em si é a ampliação do acesso a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde do Rio de Janeiro (CRLS) para apoio a outros municípios do estado além da capital, onde foi concebida e onde opera a câmara. Para tal, propõe um arranjo institucional que permite o acolhimento do usuário nas comarcas através de profissionais indicados pela gestão municipal, de modo que seja realizado o encaminhamento da demanda para a CRLS Interior. Esta tem o principal objetivo de promover o atendimento pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPERJ) para aquelas demandas que envolvam prestação de serviço de saúde, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento clínico, cirúrgico, consultas e exame médico, evitando assim o ajuizamento de ações (RIO DE JANEIRO, 2021).

Tendo em vista esse apontamento, é importante entender como se originou a ideia do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, iniciado em 2015 e de que modo ele se articula intrinsecamente a CRLS.

A CRLS em si, nasce a partir da integração do Estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro com a Defensoria Pública do Estado e da União, com as

Procuradorias Gerais (estado e município) e também com o Tribunal de Justiça do Estado, tendo seu projeto piloto iniciado em setembro de 2013, envolvendo atendimentos que buscavam na DPERJou na Defensoria Pública da União (DPU) a resolução de problemas de acesso a medicamentos padronizados pelo SUS ou insumos terapêuticos para diabetes mellitus, sendo esse escopo de atendimentos ampliado em 2014 para quaisquer demandas de ações e serviços de saúde dos municípios do Rio de Janeiro nos atendimentos da DPERJ e ainda, no caso da DPU, também de municípios de Seropédica e Itaguaí(RIO DE JANEIRO, 2021).

Vale ressaltar, que anteriormente à CRLS, houve outras medidas de enfrentamento ao problema do crescimento das ações judiciais envolvendo a saúde no estado do Rio de Janeiro: a criação da Central de Atendimento a Demandas Judiciais em 2007 que recebia mandados tanto contra o Estado quanto contra o Município do Rio de Janeiro e a criação do Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT) no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ-RJ) em 2009 para dar subsídios técnicos aos magistrados da comarca da capital (RIO DE JANEIRO, 2021). Entretanto, a ideia da criação da CRLS se diferencia no sentido de propiciar uma atuação que anteceda a propositura de ações, diferentemente das medidas anteriores.

A história do projeto emerge de uma inquietação com a observação de elevados números de pedidos de internação em Centro de Terapia Intensiva (CTI), advindo de pacientes que aguardavam leitos, normalmente em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o que moveu a então coordenação da Saúde e Tutela Coletiva da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro a entender o que estava por trás daqueles números. A partir daí, houve uma aproximação por parte da referida coordenação com os cenários de prática da gestão da assistência à saúde, para melhor compreensão do problema que se configurava e para busca de soluções. Nesse sentido, essa aproximação acabou por trazer a possibilidade de algumas resoluções, sem a necessidade de se mover uma ação judicial.

O seguinte caminho processual originou a ampliação do atendimento da CRLS para o interior:

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 o apoio do estado 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). Nesse

momento, foi estabelecida uma assessoria técnica que era realizada pelo NAT – Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde da SES/RJ. Posteriormente, foi celebrado o Termo Aditivo ao Convênio nº 002/2015 entre a SES/RJ e a DPE/RJ e a partir desse aditivo, a coordenação do projeto foi alterada e seus técnicos passaram a fazer parte da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde – CRLS, visto que o atendimento realizado pelos técnicos visa os mesmos objetivos já propostos no modelo da CRLS. [...] A proposta da CRLS Interior é de: Especialização e personalização do atendimento do assistido (DPE) nas demandas relativas à saúde, visando a garantia do acesso de forma administrativa, através do retorno ou da inserção do assistido no SUS; Acesso mais célere e resolutivo; Diminuição do número de novas ações; Racionalidade nas ações necessárias; Sugerir avaliação médica para utilização das tecnologias disponíveis; Espaço de avaliação de incorporação de tecnologia; Orientação 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. (RIO DE JANEIRO, 2021, não paginado).

Ressalta-se ainda que em 2017 o Ministério da Saúde foi inserido no Convênio da CRLS, o que tornou disponíveis os profissionais a prestarem apoio aos assuntos referentes às Unidades Federais, sendo este também um avanço importante no desenvolvimento do trabalho da CRLS do Rio de Janeiro com o passar dos anos (RIO DE JANEIRO, 2021).

A experiência em questão foi considerada em 2017, uma estratégia com potencial de ser replicada em âmbito internacional, em países da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), quando em discussão no "Foro Internacional acerca de los Derechos en el Acceso a Medicamentos: La Judicialización de la Salud", o modelo foi visto com significativo interesse por países preocupados com o fenômeno da judicialização da saúde (DPERJ, 2017a).

Nesse contexto, destaca-se a observação de que o crescimento da judicialização “trouxe à tona as dificuldades dos profissionais do direito em lidar com a complexidade da matéria, o que, muitas vezes, pode conduzir a decisões equivocadas, em descompasso com a própria legislação e as políticas públicas de saúde” (SOUZA T., 2018). Portanto, experiências que possam promover de alguma forma um trabalho integrado entre qualquer um dos níveis da gestão do SUS, e instituições jurídicas ou mesmo o Poder Judiciário, podem representar um grande avanço em termos da necessária aproximação do direito e da saúde enquanto áreas de conhecimento, para aprimoramento do manejo da judicialização.

Busca-se responder através da presente pesquisa a seguinte questão norteadora: Como se constituiu e desenvolveu o projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, entre 2015 e 2021, em municípios

da região metropolitana do Rio de Janeiro?

Tendo em vista a importância do desenvolvimento de arranjos capazes de viabilizar o diálogo institucional que possibilite a mitigação dos efeitos do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, o objetivo principal do presente estudo consiste em analisar o projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, visando compreender se o arranjo institucional proposto tem potencial para fortalecer a gestão e as redes de atenção à saúde em municípios metropolitanos do estado.

Os objetivos específicos consistem em:

- Investigar as práticas dos atores envolvidos na experiência em questão;
- Analisar de que modo a efetivação do arranjo institucional proposto pode apresentar potencial para fortalecer as redes de atenção à saúde em municípios metropolitanos;
- Conhecer em que aspectos a experiência modificou os processos de trabalho dos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ no que tange às demandas em saúde;
- Evidenciar os desafios da operacionalização do arranjo institucional proposto entre a gestão municipal do SUS e a DPERJ no âmbito da região metropolitana do Rio de Janeiro para a efetivação judicial e extrajudicial do direito à saúde.

Tendo em vista todos os apontamentos até aqui descritos, esta pesquisa tem como justificativa a necessidade da investigação de experiências que possam representar o uso de diálogo institucional como caminho de manejo mais adequado da judicialização da saúde, e que considerem os atores da gestão municipal, de forma que as decisões no âmbito jurídico estejam *pari passu* aos modos como o SUS vem sendo planejado e implementado na prática.

Além disso, destaca-se a ampliação de análises que fomentem reflexões sobre o fenômeno da judicialização da saúde, sua relação com a gestão do SUS e como ele pode ser um meio possível para identificação de fragilidades estruturais do SUS, principalmente tendo em vista a previsão de agravamento das mesmas em face da austeridade de longo prazo adotada no Brasil (OPAS, 2018). Leva-se em conta ainda, a manutenção de alguns nós que internamente não conseguimos desatar. Como por exemplo, pode-se citar as limitações do processo de regionalização e os consequentes impactos no acesso aos serviços pelos usuários do SUS, bem como a falta de diálogo entre a gestão da saúde, as instâncias jurídicas e o Poder Judiciário.

E a judicialização é apenas uma das maneiras com que esses nós acabam vindo à tona. Esse quadro demonstra fragilidade nos canais de comunicação entre os atores envolvidos, além de representar culturas institucionais e concepções distintas sobre a forma de construção e efetivação de direitos.

A experiência aqui analisada pode nortear reflexões sobre elementos importantes no campo teórico e nas práticas instituídas na esfera jurídica e da gestão do SUS. De modo que contribuam para melhor compreensão dos principais entraves para efetivação do direito à saúde e, conseqüentemente, para o apontamento de caminhos possíveis para seu alcance.

Entende-se que é na arena do cotidiano das instituições, onde por vezes, as adequações e inadequações dos mecanismos normativos ganham forma e desdobramentos, mas também é nela onde arranjos e processos de trabalho (re)configuram novas possibilidades de manejo dos obstáculos para efetivação de políticas públicas. Portanto, do ponto de vista da contribuição ao campo da saúde coletiva, espera-se que o presente estudo de caso possa viabilizar uma análise sobre a práxis no contexto do direito à saúde, tendo em vista as correlações que se estabelecem no campo político e institucional, a partir da experiência analisada.

De modo a discutir as temáticas essenciais para o desenvolvimento do estudo de caso aqui proposto, os três primeiros capítulos são destinados à apresentação dos pressupostos teóricos. Neles serão abordados elementos cruciais para a compreensão do contexto em que o caso se dá. Pois, na realidade, o fenômeno e o contexto não são sempre discerníveis (YIN, 2015), mas imprescindíveis para a plena compreensão da experiência como um todo. As proposições teóricas que sustentam o presente estudo de caso permeiam conceitos de direito à saúde, descentralização e gestão em saúde, judicialização da saúde, juridicização e diálogos institucionais, sendo estes explanados nos capítulos 1, 2 e 3.

O capítulo 1, intitulado “Discutindo o direito à saúde no Brasil”, discutirá o direito à saúde no país englobando uma sinopse histórica que vai do Brasil-colônia até a concepção do SUS. Abordar-se-á as modificações acerca da compreensão da saúde ao longo do tempo na sociedade brasileira e alguns conceitos importantes sobre o direito à saúde. Este capítulo também revela quanto das concepções anteriores influenciaram mesmo determinam desafios para a efetivação desse direito, que nos acompanham ao longo do tempo.

O capítulo 2, intitulado “Descentralização e gestão em saúde”, aborda a

descentralização como eixo principal para a compreensão sobre a gestão do SUS, e seus desafios. Destacam-se nesse capítulo os desafios inerentes ao financiamento do sistema e sua consolidação, articulando os desafios da efetivação do direito à saúde, do ponto de vista da esfera municipal da gestão do sistema. É ainda incluída no bojo dos desafios debatidos, a judicialização da saúde, introduzindo a problematização de alguns elementos considerados intervenientes neste fenômeno.

O capítulo 3, intitulado “A multidimensionalidade da judicialização da saúde” toma a judicialização da saúde como fenômeno multidimensional, e discute-a, portanto, em seus aspectos teóricos, suas ambiguidades e contradições no sentido da garantia do acesso aos serviços de saúde, apontando-se inclusive para a configuração de um campo de disputa entre os Poderes Judiciário e Executivo. Além disso, a judicialização é discutida enquanto possibilidade reveladora dos desafios do SUS, e são debatidos à luz da literatura, a ideia da juridicização e dos diálogos institucionais como possibilidade para efetivação do direito à saúde.

Posteriormente aos 3 capítulos dos pressupostos teóricos, tratar-se-á no quarto capítulo, das considerações metodológicas da presente pesquisa, com abordagem de informações fundamentais para a compreensão da trajetória do estudo, contextualizando os cenários onde a experiência se desenvolveu, bem como os indivíduos que protagonizaram-na em sua concepção.

No capítulo 5, inicia-se então a análise dos dados obtidos a partir da presente pesquisa, configurando a etapa empírica dela. Neste capítulo, então intitulado “Construção e desenvolvimento do projeto Construindo o SUS com a DPERJ”, a trajetória da construção e desenvolvimento do projeto é apresentada de modo a elucidar os caminhos que levaram a sua implantação nos municípios, incluindo também a descrição do contexto da criação da CRLS no estado do Rio de Janeiro.

O capítulo 6 intitulado “Operacionalização do arranjo institucional proposto” traz foco à operacionalização do arranjo proposto pelo projeto em questão, a partir dos campos analisados e de modo a permitir uma compreensão mais aprofundada da experiência em si.

No capítulo 7 intitulado “Resultados da experiência” apresentam-se os resultados alcançados que foram evidenciados a partir do caminho metodológico percorrido ao longo desta pesquisa considerando os padrões previstos estabelecidos na etapa metodológica da presente tese e as realidades desveladas por meio da coleta dos dados.

O capítulo 8 tem por título “Desafios identificados na experiência e a partir dela”. É destinado a elucidar os desafios postos ante a implementação da experiência, que certamente, refletem os desafios da efetivação do direito à saúde de um modo geral, em que pese, obviamente, as singularidades dos cenários de pesquisa, inerentes ao estudo de caso. Este capítulo também discute, no plano dos desafios, o potencial da experiência em fortalecer a gestão das RAS em nível municipal enquanto um padrão previsto estabelecido na etapa metodológica do presente estudo de caso.

O capítulo 9 apresenta, por fim, uma breve síntese das implicações da autora, e resume aquilo que se espera enquanto contribuições da pesquisa para o campo da saúde coletiva, mais especificamente para a área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS). A este capítulo, nomeou-se “Implicações da autora e contribuições da Tese para a Saúde Coletiva”.

1. DISCUTINDO O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A narrativa histórica mais bem fundamentada do nascimento do SUS é aquela que o vincula à máxima afirmação dos direitos públicos do povo brasileiro, no momento decisivo de refundação da democracia. É essa grande narrativa histórica – que solda o destino do SUS ao destino da democracia – que precisa ser agora retomada.

Juarez Rocha Guimarães e Ronaldo Teodoro dos Santos

A saúde é considerada no Brasil um direito social e um dever do Estado, desde a Constituição de 1988 que alterou drasticamente a oferta dos serviços de saúde no país. Esta entrada do capítulo “Saúde” na Constituição de 88 foi uma conquista resultante de um intenso processo de lutas pela democratização da saúde, tendo como marco histórico a Reforma Sanitária Brasileira.

Tendo em vista que o elemento principal que constitui o cerne da presente pesquisa consiste no direito à saúde, o presente capítulo visa abordá-lo do ponto de vista histórico e conceitual, além de trazer reflexões teóricas acerca da sua operacionalização, bem como os desafios estruturais que ela apresenta.

Este capítulo divide-se, portanto em 3 partes, onde na primeira, é apresentada uma sinopse histórica sobre a concepção da saúde no Brasil, em contexto anterior a criação do SUS, bem como expressão da oferta dos serviços de saúde nesse recorte histórico. A segunda parte aborda o direito à saúde de forma mais conceitual e sua universalização, apoiado em referenciais teóricos que contribuem para a construção de uma perspectiva desse conceito que coaduna com os objetivos da presente tese. Já a terceira parte do capítulo, se ocupa em descrever alguns dos desafios do direito à saúde, bem como qualificá-los quanto a sua natureza. Desde os mais antigos que remontam o século passado, e refletem ambiguidades que complexificam a relação entre o “Estado provedor” e as demandas sociais, até os desafios mais atuais, decorrentes de inúmeras mudanças pelas quais a sociedade brasileira tem passado nos últimos anos.

1.1 Uma sinopse histórica “pré-SUS”

A história da conquista do direito à saúde no Brasil abarca o processo de concepção e institucionalização do SUS. Essa trajetória já foi contada e recontada sob diversos aspectos por ampla literatura científica do campo da saúde coletiva. O objetivo desse primeiro ponto, porém, não é descrevê-la através de uma coletânea de citações que traduzam necessariamente todos os acontecimentos desse percurso. Além disso, a pontuação de detalhes históricos de todo o processo de lutas e reivindicações sociais que basilarão o movimento de Reforma Sanitária, que impulsionou a entrada do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, não é foco do presente estudo.

Entretanto, a discussão aqui proposta toma por base a ideia da concepção social do direito à saúde em si, e como ela se desenvolveu nesse caminho *pari passu* ao avanço da compreensão do que é saúde em âmbito nacional até a institucionalização do nosso Sistema Único de Saúde. Entende-se que essa perspectiva traz aspectos que serão de valia essencial para a compreensão dos elementos que compõem as argumentações tecidas ao longo da análise do estudo de caso abordado na presente tese.

Sendo assim, a sinopse histórica concebida neste estudo, é localizada entre os séculos XVI e final do séc. XX. Embora contemple uma série temporal bastante longa, optou-se por simplificá-la basicamente em três momentos: 1- Do Brasil-colônia até as últimas décadas do século XIX que retrata um extenso período onde inexistia a concepção de saúde enquanto um direito, sendo ela nesse primeiro contexto, uma questão basicamente estimulada pela necessidade de sustentação da economia, quando a saúde era concebida enquanto acesso aos serviços de assistência e garantida por meio de favor ou poder de compra de acordo com as condições sociais dos indivíduos; 2- Do final do século XIX até os anos 70 do século XX, onde há concepção de saúde em certo sentido, para um direito, ainda que não-universal ou integral, existindo ações preventivas em “massa” mantendo-se a associação da preservação dela a uma questão de desenvolvimento econômico, e onde serviços de assistência eram garantidos por meio de favor ou poder de compra dos indivíduos ou ainda, mediante a comprovação de vinculação empregatícia formal; 3- Do final dos anos 70 do século XX até a concepção do SUS em 1990,

onde os acontecimentos políticos e sociais confluíram para a conquista da saúde como direito de todos na Constituição de 88, que inclui conceitualmente os fatores determinantes sociais e as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, garantida por meio do cumprimento do dever do Estado.

É importante aqui destacar que para a delimitação temporal desses três momentos foram apenas consideradas mudanças essenciais no que tange a concepção da saúde na sociedade brasileira e como ela se organizava no conjunto de suas práticas. Excluindo-se, por exemplo, uma distribuição linear dos séculos entre os três momentos definidos.

No primeiro contexto, aqui delimitado como o período que vai do Brasil-colônia até as últimas décadas do século XIX, a concepção de saúde era bastante restrita ao acesso aos serviços de assistência, garantida por meio de favor ou poder econômico. Essa caracterização pode ser delimitada ao contexto do Brasil-colônia (a partir de 1500), quando o acesso aos serviços de assistência era limitado à elite colonial de modo bastante segregado.

Vale citar a tentativa do apagamento das concepções de saúde e assistência vinculadas às culturas dos povos originários. Nesse sentido Edler (2010), ressalta que a ordem religiosa dos jesuítas foi fundamental enquanto aliada na consolidação da medicina oficial, delatando outros tipos de práticas curativas populares como “demoníacas”. Nessa configuração de práticas curativas, além dos padres, que cuidavam do campo da alma, os agentes da “medicina metropolitana” eram boticários, físicos e cirurgiões que empregavam seus conhecimentos para atenuar o sofrimento das pessoas. Entretanto, as outras práticas terapêuticas permaneceram em coexistência oscilando entre momentos de aceitação e intolerância por parte dos colonizadores (EDLER, 2010).

Sobre as condições de saúde da população branca no país àquela época, Edler (2010) destaca que a diversidade de situações em que se encontrava nesse período era tão intensa, que se torna impossível uma generalização de suas condições. O autor ainda acrescenta nesse contexto histórico sobre as condições de saúde da população branca que:

Ser nobre ou plebeu, viver nos grandes centros urbanos ou refugiado em engenhos e fazendas, ser homem de negócios, médico, advogado, pertencer ao clero regular, morar em conventos ou aldeias no sertão, instalar-se em zona de mineração, conduzir tropas de gado, tudo isso afetava o ritmo de vida, o regime alimentar e o padrão de salubridade, não importando a posição social ocupada. Está claro que barnabés (funcionários

públicos de baixo escalão), mascates, artesãos, oficiais mecânicos, carreiros, feitores, capangas, soldados de baixa patente, mendigos e pobres situados não viviam em condições muito melhores que algumas categorias de escravos e se distanciavam muito da elite branca, de senhores de engenho, fidalgos, clérigos e comerciantes. Durante os três primeiros séculos da colonização brasileira, a sociedade branca recorreu indiferentemente às formas de cura trazidas da Europa ou àquelas a que diversas etnias, com as quais se manteve em constante contato, utilizavam para lutar contra os males que as acometiam. Mesmo os portugueses opulentos, muito embora se tratassem com seus médicos, cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, não hesitavam, quando precisavam curar suas feridas, em se servir do óleo de copaíba utilizado pelos indígenas para esse fim (EDLER, 2010, p. 31).

Nesse contexto, à exceção da elite colonial, as demais camadas da população ficavam à mercê das Santas Casas de Misericórdia. No Brasil, segundo a Confederação das Santas Casas de Misericórdias elas foram criadas antes mesmo da organização jurídica do Estado brasileiro (CMB, 2020).

Inspirada no modelo da Casa-mãe de Lisboa, fundada em 1498 por iniciativa real, a Irmandade de Misericórdia chega ao Brasil em 1543 com a fundação da Santa Casa de Santos, por Braz Cubas. Em seguida espalhou-se, criando vários hospitais e se constituindo na base assistencial hospitalar da colônia, além de servir, mais tarde, como espaço de treinamento para a formação dos primeiros médicos brasileiros (FIGUEIREDO, 2000, p. 133).

Destaca-se, porém, que as Santas Casas, incumbidas de gerir os bens da caridade no Brasil colônia, eram destinadas a um tipo específico de pobreza, não incluindo, por exemplo, os indígenas (GONÇALVES, 2014), e por vezes os negros também. O acesso aos serviços de saúde em si, era segregado e muito ligado às práticas religiosas.

Outro elemento importante a ser considerado é que no processo de formação do Brasil enquanto colônia, a preocupação econômica, e da exploração dos recursos naturais se sobrepunham a quaisquer outras motivações na priorização das tomadas de decisão. Nesse sentido, Neto Aguiar (2015, p. 18) destaca que: “Não se pode falar da existência de uma política de saúde no período colonial e imperial”, e que todas as medidas tomadas no campo da saúde visavam mitigar os impactos dos problemas da saúde pública na produção econômica e no comércio internacional.

Apenas traçando um paralelo, há um exemplo da postergação pelos séculos seguintes dessa valorização dos aspectos econômicos, enquanto principal motivação na condução da prestação de ações e serviços de saúde; a criação da polícia sanitária e da Junta Central de Higiene Pública no meado do século XIX. Esta centrava suas ações no bom funcionamento sanitário dos portos (BRASIL, 1851), que eram locais de circulação de bens e serviços. Em suma, a concepção de saúde

como um direito humano simplesmente não existia, pois até a própria condição de ser humano de fato, era questionada quando se tratava das diferenciações culturais e inclusive raciais existentes entre os povos.

Vale ressaltar, porém, que esta perspectiva de articulação entre saúde e economia, apesar de principiar tomadas de decisão política no âmbito da saúde pública, não era suficientemente significativa no sentido da priorização da melhoria da qualidade de saúde da população e dos fatores nela intervenientes, o que se postergou ao longo dos séculos posteriores. Era apenas, como já foi dito, uma tentativa de mitigar os problemas nas atividades econômicas, decorrentes de questões ligadas à saúde pública.

Salienta-se ainda que a Constituição Brasileira de 1824 só mencionava a palavra saúde no título oitavo “das Disposições Gerais, e Garantias dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros” em seu artigo 179 que trata sobre a inviolabilidade dos direitos civis, e políticos. Nesse fragmento menciona-se que: “Nenhum gênero de trabalho, de cultura, indústria, ou comercio pode ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes públicos, a segurança, e saúde dos Cidadãos” (NOGUEIRA, 2012). Ou seja, a saúde só é citada no rol dos itens sobre os quais as atividades de indústria, comércio, cultura e trabalho não poderiam se opor.

Sobre o Brasil nos tempos do Império, São Vicente (1857) aponta que a chamada Secretaria de Estado de Império estava assoberbada com a concentração de trabalho relacionado a áreas muito heterogêneas que envolviam além da saúde pública: as relações com os serviços da corte, a casa imperial, os títulos, a catequese, os correios, a colonização, dentre outros. A saúde pública aqui dizia respeito às ações de instituições de vacina, quarentena, inspeção de saúde dos portos, salubridade de hotéis, regulamento sobre cemitérios etc. (SÃO VICENTE, 1857).

Dando seguimento ao momento 1 aqui delimitado como envolvendo o período compreendido do Brasil-colônia até o final do século XIX, destaca-se que o caminhar do país nas últimas décadas do século XIX albergou importantes modificações na concepção social sobre a vida e a organização política do país, com o fim da escravidão em 1888 e o início da República em 1889.

Ao final do século XIX, o Rio de Janeiro enquanto capital do império remontava um quadro sanitário bastante caótico e insalubre fazendo com que a

máquina estatal precisasse se reestruturar no âmbito da saúde pública, trazendo à tona o forte poder de intervenção da medicina na sociedade, “diferenciando-se, cada vez mais, do vasto grupo de pessoas (curandeiros, parteiras, benzedeadas, rezadeiras, pajés, entre outros) que se dedicavam ao ofício da cura e dos cuidados aos enfermos” (PONTE, 2010 p. 49).

Nesse mesmo período as ações de saúde pública deixavam de ter foco maior nos ambientes e passavam a se concentrar também nos corpos sociais. Nesse aspecto Ponte (2010) aponta que as concepções e diagnósticos médicos passavam a sustentar e dar legitimidade às ações do Estado diante da opinião pública. Nesse contexto o avanço da microbiologia de Pasteur ganhava corporeidade na modificação dos hábitos sociais.

Avançamos historicamente para a segunda década do século XX, e adentramos então no segundo momento aqui delimitado como aquele que contempla o período compreendido entre final do século XIX até os anos 70 do século XX. Neste período a saúde passa a ser em certo sentido, um direito não-universal e não-integral.

É importante compreender que no início do século XX, em razão dos problemas acometidos à economia cafeeira, os cuidados estatais com a saúde pública precisaram se intensificar, e nesse aspecto, “[...]o Estado chama a si a responsabilidade pelo combate aos males que travavam o desenvolvimento do setor agroexportador” (PONTE; REIS; FONSECA, 2010, p.113). Sendo assim, o foco do Estado foi visar o combate às doenças transmissíveis, principalmente as epidêmicas com potencial de comprometer a ordem econômica, por atingir muitas pessoas (PONTE; REIS; FONSECA, 2010).

Destaca-se que as ideias advindas da microbiologia de Pasteur no sentido do reconhecimento da fundamentalidade de se conduzir mudanças nos hábitos sociais para melhoria das condições de saúde, no Brasil ganham força principalmente com Oswaldo Cruz no início do século XX, e posteriormente, com seu sucessor Carlos Chagas.

Vale mencionar a revolta da vacina enquanto um importante evento desse período caracteristicamente marcado por ações campanhistas do Estado, que ficou conhecido como a era do sanitarismo campanhista. Essa revolta materializou a insatisfação popular mediante a obrigatoriedade da vacinação contra varíola, em 1904. Nesse contexto, Neto Aguiar (2015, p. 21) ressalta que “A população estava

insatisfeita com as medidas autoritárias e policiaescas das campanhas sanitárias comandadas por Oswaldo Cruz para combate de várias epidemias”.

A inovação do modelo campanhista de Oswaldo Cruz só acontece a partir de 1920 quando Carlos Chagas assume o Comando do Departamento Nacional de Saúde e cria alguns programas que introduziam a educação sanitária da população como um meio de prevenção de doenças (NETO AGUIAR, 2015). Destaca-se ainda que a compreensão quanto aos determinantes sociais da saúde também evoluiu, de modo que a comunicação com a população foi moldando ações de caráter tipicamente mais intervencionista do sanitarismo campanhista para ganhar nuances de cunho mais educativo, ou minimamente informativo, do que impositivo ao longo dos anos.

Entretanto, vale ressaltar que a era conhecida como sanitarismo campanhista, trouxe avanços para a época, no que tange a compreensão de como o ambiente e o modo de vida da sociedade podem afetar as condições de saúde da população. Destaca-se ainda, como o controle do ambiente tornou-se crucial para contenção da propagação de doenças que atingiam a sociedade.

Em 1923 a Lei Elói Chaves inaugura no Brasil a ideia de seguro social, a partir da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, trazendo importantes aspectos ligados aos direitos trabalhistas e incluindo-se a garantia da assistência médica àqueles trabalhadores formais.

Avançando alguns anos para o período da era Vargas no Brasil, define-se enquanto marco da construção da saúde pública como política estatal; a gestão de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), ocorrida entre 1934 e 1945 (HOCHMAN, 2005). Segundo um estudo que abordou a extensão das mudanças no campo da saúde pública operadas pelo regime varguista, neste período de tempo foram definidos os “rumos para a política de saúde pública, reformulando e consolidando a estrutura administrativa e adequando-a aos princípios básicos que haviam definido a política social do Estado Novo” (HOCHMAN, 2005, p. 131).

Além disso, o mesmo autor aponta ainda a criação dos Serviços Nacionais em 1941, que promoveu a verticalização das campanhas de combate às grandes endemias e às doenças específicas, consolidando uma estrutura de ações de saúde que permaneceu inalterada até 1953 com a criação do Ministério da Saúde, e, de certa forma, até o fim dos anos 80, também do ponto de vista administrativo e

institucional(HOCHMAN, 2005). Os serviços Nacionais tinham seus focos de atuação distribuídos conforme constam a seguir: Peste; Tuberculose; Febre Amarela; Câncer, Lepra, Malária, Doenças Mentais, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Saúde dos Portos, Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Federal de Águas e Esgotos (HOCHMAN, 2005).

É de grande importância também destacar que no governo de Getúlio Vargas, a assistência médica aos trabalhadores formais tem alterações em sua organização, cuja provisão anteriormente se operacionalizava através das já mencionadas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS). Em 1933 as CAPS, então consideradas “embriões” da previdência (NETO AGUIAR, 2015) são transformadas nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Nos IAPs o financiamento era tripartite (empregados, empregadores e Estado) e a provisão da assistência à saúde era ofertada por categorias profissionais, e não mais por empresas.

Vale ressaltar ainda que as reformas da saúde pública nesse período espelhavam os ideais da política varguista centralizadora de verticalização das ações estatais (HOCHMAN, 2005). Sendo assim, a ideia de ampliação da presença do Governo Federal nas oito regiões do país, em 1937, pôde ser viabilizada através da criação das Delegacias Federais de Saúde, que acabou por reformular a relação entre os estados e a União, e que possuíam como função: “supervisionar as atividades necessárias à colaboração da União com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social e com instituições privadas, além da inspeção dos serviços federais de saúde” (HOCHMAN, 2005, p. 132).

Além disso, outro marco importante do mesmo período refere-se à instituição das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), através da Reforma de 1937, que reuniam periodicamente as delegações de todos os estados em um fórum de caráter oficial para discutir os temas de saúde pública no âmbito nacional, de modo que o governo Federal pudesse tomar conhecimento e orientar o desenvolvimento das ações de saúde nos territórios dos estados (HOCHMAN, 2005).

Mantendo a localização temporal ainda na primeira metade do século XX, pode-se inferir que a concepção da diferenciação do acesso aos serviços de saúde de acordo com as condições sociais, apesar de ganhar “nova roupagem” é algo que se perpetuou. Resguardadas as devidas proporções em que pese à diferença entre ser cidadão-trabalhador no século XX e o panorama das relações súdito/ servo/ escravo estabelecido no século XIX. Se no primeiro momento descrito, a condição

social do indivíduo determinava o tipo de assistência médica que ele teria acesso, nesse segundo momento, não há mudanças nesse sentido da perpetuação de diferenciações no plano social.

Em 1966, os IAPs então se unificam no Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social, subordinado ao Ministério do Trabalho e Assistência Social, e responsabilizando-se pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e aos seus familiares (NETO AGUIAR, 2015). Acerca desse quadro, Escorel (2008, p. 386) aponta que:

A partir da criação do INPS, alegando a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros. Essa tendência de abandono das ações executivas, em benefício do setor privado foi estabelecida para todos os ministérios, nas Constituições de 1967 e de 1969, bem como no decreto-lei 200/1968.

Já em 1977, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, a assistência médica aos trabalhadores se consolidaria a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja prestação de assistência médica individual e curativa aos trabalhadores urbanos e rurais era realizada através de serviços privados contratados e conveniados (NETO AGUIAR, 2015).

Vale ressaltar que nesse período, além do fato de trabalhadores com vínculo empregatício terem garantia de acesso aos serviços de assistência médica, alguns serviços de cunho preventivo ou curativos voltados para o controle de doenças infecciosas mais comuns eram agora acessíveis a população em geral em nome da boa ordem sanitária no país. Sendo assim, apesar da manutenção da diferenciação do acesso aos serviços de saúde e as limitações resultantes dessa configuração sistêmica, destaca-se que nesse período há modificações de escala histórica do ponto de vista da organização dos serviços de atenção à saúde no Brasil.

Nessa perspectiva Escorel (2008) relata que os indivíduos que não contribuíam para a previdência social também conseguiam obter acesso a atenção à saúde em serviços filantrópicos, em consultórios e clínicas privadas (para os que dispunham de recursos financeiros para pagar), ou ainda, esse acesso poderia ser obtido condicionado ao fato de o indivíduo integrar necessariamente o perfil dos programas (materno- infantil, tuberculose, hanseníase etc.).

Por esses motivos neste segundo momento que estamos tratando aqui

temporalmente entre o final do século XIX até o final dos anos 70, caracterizamos como um período em que a concepção de saúde evolui para um direito, ainda que este seja restrito no sentido de não ser universal nem integral como conhecemos hoje. Essa perspectiva toma por base o fato de que há avanços acerca da concepção social e das práticas instituídas pelo Estado na organização dos serviços prestados nesse âmbito, principalmente no que tange as ações de cunho coletivo.

De outro modo, vale considerar que a forma de contratação e pagamento por serviços de assistência prestados por empresas privadas favoreceu um processo de corrupção que resultou em desfalque ao orçamento da previdência, havendo nesse período importante expansão de clínicas e hospitais privados construídos então com os recursos previdenciários (NETO AGUIAR, 2015).

Avançamos agora para o terceiro momento de início aqui definido ao final dos anos 70 do século XX e se estendendo até a concepção do SUS em 1990. Ao final dos anos 70, há um aprofundamento da crise do modelo de saúde previdenciária, que foi favorecida pelos elevados custos da assistência prestada a moldes pouco resolutivos e insuficientes, pelo desvio de recursos e pela menor arrecadação financeira decorrente dos tempos de crise econômica (NETO AGUIAR, 2015).

Nesse período, diante de toda instabilidade política e econômica desse contexto histórico, a ideia de saúde passa a ser reivindicada por movimentos sociais como direito de todos. Acompanhando os caminhos trilhados em prol do processo de redemocratização do país, “o movimento social mantém-se articulado e pressiona o governo por mudanças no modelo de assistência previdenciário em crise crescente [...]” (NETO AGUIAR, 2015, p. 34).

A concepção de saúde passa aos poucos a incluir conceitualmente os fatores determinantes sociais e as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, precisando ser provida por meio do cumprimento do dever do Estado, mas sendo muitas vezes na prática, garantida ainda por meio do poder de compra dos indivíduos.

Embora seja um quadro já iniciado no segundo momento anteriormente delimitado, mas que adentra a década de 80 já nesse terceiro momento, vale salientar que a característica de assistência médica curativa marcadamente atrelada ao setor privado eminentemente excludente, pouco resolutivo e dispendioso conformou o cerne contra o qual as reivindicações do movimento de reforma sanitária, articulado ao longo dos anos 70 e 80 lutou (NETO AGUIAR, 2015). Nesse

sentido, Falleiros e Lima (2010) acrescentam ainda nesse contexto que o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), criado em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979, tiveram destacada relevância no contexto dos enfrentamentos pela democratização da saúde e da sociedade no Brasil.

Sobre os avanços no processo de discussão sobre saúde no país no período de transição democrática a partir de 1985, Escorel (2008, p. 391) ressalta que:

A nomeação de representante do movimento sanitário para importantes cargos no MS possibilitou ratificar as AIS como estratégia de reorientação setorial e tornaram-se a política do Inamps. A proposta de unificação do sistema de saúde, entretanto, embora aparentemente consensual, enfrentou resistências e divergências até no próprio movimento sanitário. Como solução, foi convocada a 8ª. Conferência Nacional de Saúde que, pela primeira vez, incluiu a participação de usuários do sistema de saúde. Seu relatório final continha a aprovação da unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado e a elaboração de novas bases financeira do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social.

Abrindo um rápido parêntese, no sentido de compreender as origens daquilo que passou a refletir no Brasil como um desdobramento de processos já ocorridos no exterior se destacam a seguir, dois marcos importantes para esse alargamento da compreensão da sociedade acerca da saúde. O primeiro deles, a Declaração Universal de Direitos Humanos que abordava 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” (DUDH, 1948). Em segundo lugar, destaca-se também a Declaração de Alma-Ata, emitida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida na antiga União Soviética em setembro de 1978 que pautava dentre outros aspectos que:

(...)a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978)

Essa ampliação da ideia de saúde enquanto um direito social, cujo alcance se atrela a aspectos intersetoriais, influencia e determinam mudanças que ocorrem na organização dos serviços de saúde no Brasil ao final do século XX, quando por fim, a conquista do direito a saúde é manifestada na inserção da Seção II referente à

saúde no art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 que define Saúde como direito de todos e dever do Estado. Abrindo então caminho para o nascimento do Sistema Único de Saúde, em 1990, o que fecha o nosso terceiro momento da perspectiva aqui discutida acerca da concepção do acesso à saúde no Brasil.

Se fôssemos imaginar esses três momentos como conjuntos de características, poderíamos observar que várias delas acabam se repetindo, atravessando os séculos, ainda que, agregando novas características.

Quadro 1- Os três momentos da Saúde no Brasil

	Momento 1 <i>(Brasil de 1500 às últimas décadas do século XIX)</i>	Momento 2 <i>(Brasil do final do séc. XIX ao final dos anos 70 do século XX)</i>	Momento 3 <i>(Brasil do final dos anos 70 ao final do século XX)</i>
Ações de saúde mais focadas no ambiente	X	X	-----
Assistência à saúde como um favor, caridade	X	X	-----
Acesso aos serviços de saúde, separados conforme condições sociais do indivíduo	X	X	X
Preocupações econômicas como motivador das decisões políticas em Saúde	X	X	X
Ações de saúde focada nos corpos, de caráter coletivo para controle epidemiológico	-----	X	X
Saúde como direito humano e dever do Estado	-----	-----	X

Fonte: a autora, 2021

Olhando para essa simples representação acima, pode-se perceber que as preocupações econômicas como motivadoras das tomadas de decisão política no campo da saúde pública é uma concepção permanente no decorrer dos séculos. Embora seja importante reconhecer que em todos esses anos, essas preocupações econômicas não tenham sido suficientemente essenciais a ponto de trazer a esfera da saúde como eixo prioritário de investimento público no país.

Outra característica que não muda é a existência da diferenciação social no acesso aos serviços de saúde. É perceptível que o acesso ainda não se dá de forma igualitária, embora seja essa a defesa feita enquanto um princípio trazido na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BRASIL, 1990). Vale ressaltar que esse acesso diferenciado aos serviços não deixa de existir, nem mesmo quando a concepção da saúde ganha status de direito social, sendo este apenas um reflexo das desigualdades sociais enraizadas no país, percebido certamente não apenas no setor saúde.

A própria existência da judicialização da saúde pode ser considerada amaterialização de que a efetivação do direito à saúde, principalmente no que tange ao acesso aos serviços de assistência, ainda não se dá de forma igualitária e satisfatória. Não entrando aqui no mérito do pleito, nem da compreensão do conceito ampliado de saúde, nem mesmo do que vem a ser necessidades e demandas de saúde, mas apenas na constatação de que há ainda hoje (como sempre houve) profundas assimetrias no que tange à efetivação do direito a saúde no Brasil. Nesse sentido, destaca-se ainda, o grande desafio de transformar as conquistas sociais em práticas concretas que efetivamente configurem o cotidiano das instituições de saúde, das pessoas e dos serviços prestados à população (PINHEIRO R. et al., 2010).

Finda-se este tópico com uma reflexão de Felipe Asensi que traduz um panorama bastante atual desta discussão, resignificando as práticas sociais nesse contexto: “A construção do direito à saúde não se dá mais na forma da lei ou nos limites da legalidade; ela extrapola o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir seu sentido. Não se trata mais de se ter o direito, mas de exercê-lo” (ASENSI, 2007, p.80). Apesar de termos alcançado a ampliação do acesso aos serviços de saúde ao longo dos anos após a Carta Constitucional que universalizou o direito à saúde e a

criação do SUS, observa-se claramente o comprometimento do acesso igualitário às ações e serviços de saúde no país.

1.2 A universalização do direito à Saúde

A partir do exposto anteriormente percebe-se no contexto brasileiro uma mudança histórica sem precedentes no âmbito da democratização da saúde a partir da Constituição de 1988. Nela, a saúde foi definida como: “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, p. 118-119). Além disso, em seu artigo 198 fica definido que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC nº 29/2000, EC nº 51/2006, EC nº 63/2010 e EC nº 86/2015) 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 (BRASIL, 1988, p. 119).

As Leis orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) são os outros elementos que constituem base legal da saúde como direito no Brasil, e alicerces do SUS. A lei 8080 apresenta os princípios e diretrizes do SUS, neles incluídos: a universalidade, no sentido do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência; a integralidade “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” (BRASIL, 1990), e a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Já a lei 8142/90 abrange os mecanismos de participação popular para o controle social do SUS, bem como dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde, tendo em vista o preconizado financiamento tripartite do SUS: União, estados e municípios.

Para Matta (2007), os princípios organizativos representam a forma como se organiza e como opera o sistema, sendo núcleo comum de valores e concepções que se traduzem enquanto base para os SUS. No âmbito do que se consolidou

enquanto “princípios doutrinários do SUS”, segundo o mesmo autor, “a ideia de doutrina, ao mesmo tempo que, identifica um conjunto de elementos comuns que justificam ou embasam um sistema ou uma teoria, pressupõe também a ideia de que só exista um único modo de compreensão desse sistema ou dessa teoria” (MATTA, 2007, p. 65). Sendo assim Matta (2007) aponta três elementos que compõem a base cognitiva, ideativa e filosófica do sistema brasileiro e que foi inscrita na Constituição Federal de 1988: Universalidade, Equidade, e Integralidade, sendo estes os então chamados princípios doutrinários.

O princípio da universalidade segundo Matta (2007) apresenta-se não apenas como o direito garantido mediante políticas públicas de saúde, mas também aponta para o direito à vida e à igualdade de acesso sem qualquer distinção ou forma de discriminação, seja por sexo, religião ou qualquer outra. Além disso, para ele, há dois desafios então postos por este princípio: “A universalidade do acesso às ações e serviços de saúde; A universalidade das condições de vida que possibilitem boas condições de saúde” (MATTA, 2007, p. 69).

Já acerca da integralidade, Mattos (2010) identifica três conjuntos de sentido: a expressão de boas práticas de saúde- envolvendo o esforço de compreensão do sofrimento desencadeado pela doença e das propostas terapêuticas no contexto de vida de cada sujeito-; um modo de organização dos serviços de saúde, e um atributo das políticas governamentais enquanto respostas do governo a certos problemas de saúde.

Em continuidade a breve apresentação desses três princípios, ressalta-se que um estudo reflexivo acerca do conceito de equidade, Campos (2006) aponta que há dois principais sentidos para o conceito de equidade: “um genérico e equivalente ao de justiça e igualdade; e o segundo, mais específico, pelo qual equidade se refere à capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação” (CAMPOS, 2006, p. 23). Para o mesmo autor, tomando a noção de equidade nesse duplo sentido; sua construção “[...] dependeria tanto de leis e de políticas voltadas para o coletivo, quanto da instituição de mecanismos singulares que permitisse regular e até mesmo alterar a aplicação dessas diretrizes coletivas aos casos particulares ou individuais” (CAMPOS, 2006, p. 26). De toda forma, esse princípio organizativo parece apontar um caminho capaz de tornar concreto o acesso igualitário à saúde, diante de uma conjuntura tão desigual do país.

Sendo assim, em linhas gerais, o direito à saúde no Brasil é universal, integral, e a política de saúde considera o princípio da equidade em sua organização e oferta dos serviços, obedecendo ao princípio da descentralização político-administrativa de um sistema único financiado pelas três esferas de governo.

Sendo a saúde um direito do cidadão, não deve, portanto, ser apreendida enquanto bem de consumo com valor mercadológico, embora o Art. 199 da Constituição da República Federativa do Brasil assegure que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988). Conforme apontam Amaral I. e Asensi (2019) esse paradoxo validado constitucionalmente tem então direcionado as relações de poder entre os setores público e privado na esfera da gestão do SUS, interferindo diretamente na garantia do acesso à saúde pela população brasileira.

Nesse aspecto, Ocké-Reis (2012) defende que essa relação entre setor público e privado se caracteriza muito mais enquanto um paralelismo concorrente que acaba por alimentar um endógeno crescimento do mercado de planos de saúde, do que de fato, vem a ser uma sinergia que contribua para a consolidação do universalismo na saúde. Afinal, conforme questionam Amaral I. e Asensi (2019, p. 623):

Se, entendemos que a lógica de mercado é inerente ao funcionamento do setor privado, e o fim máximo da prestação de serviços nessa esfera consiste na obtenção de lucro, como equacionar nesse contexto o dever do Estado de prover a Saúde enquanto um direito garantido constitucionalmente ao cidadão, na perspectiva de um sistema universal?

É essencial a compreensão de que elevar a saúde a ocupar posição de dever do Estado traz implicações diretas na organização política e econômica do país, além de desdobramentos diretos nas práticas sociais. Dentro dessa perspectiva, Asensi (2010a) afirma que a ideia de um direito que se molda às práticas sociais recebeu significativo destaque no contexto pós-positivista do século XX, mas que não é em si uma ideia recente, citando Karl Marx, Émile Durkheim e Max Weber como estudiosos que já pensavam direito enquanto ação.

Além disso, Asensi (2010a) destaca ainda a distinção entre o direito positivo e o direito vivo de Eugen Ehrlich como importante reflexão à compreensão do direito por meio das práticas cotidianas, enquanto dinâmica social, em transformação constante. Para Ehrlich (1980 apud ASENSI 2010a), o direito positivo seria necessariamente o direito positivado como texto na norma jurídica, já o direito vivo

extrapola o raciocínio tipicamente positivista, fincado na lei e nos livros, uma vez que assume o direito enquanto um fenômeno social.

É essa a concepção de direito que se pretende aplicar neste estudo, tendo em vista a complexidade dos contextos históricos e dos fatores sociais que configuram o direito à saúde enquanto um fenômeno social no país. Fenômeno este que, embora forjado em robusto arcabouço jurídico, o direito à saúde, na prática, nem sempre corresponde necessariamente àquilo que se cristalizou enquanto norma. Seja na própria Constituição, ou ainda nos textos infraconstitucionais.

Nesse aspecto, há o reconhecimento de uma força normativa em contraposição às normas constitucionais (BARROSO, 2009) e destaca-se a Doutrina brasileira de efetividade. Nela, o argumento central consiste na constatação de que para além da eficácia jurídica da norma, é necessário o aprofundamento sobre a eficácia social no sentido do quanto ela é capaz de produzir efeitos concretos no cotidiano da sociedade (ASENSI, 2010a). E é nesse sentido que o termo “efetividade”, relacionado ao direito à saúde, é empregado na presente tese.

Sobre a referida Doutrina brasileira de efetividade, Luís Roberto Barroso (2009), afirma que a mesma busca superar o que ele chamou de disfunções crônicas da formação nacional, que se concretizam em certa insinceridade normativa acerca do uso da Constituição como uma mistificação ideológica e na ausência de determinação política em garantir o cumprimento dela. No mesmo âmbito, Barroso e Barcellos (2003, p. 26) defendem que:

Prevaleceu entre nós a tradição europeia da primeira metade do século, que via a lei fundamental como mera ordenação de programas de ação, convocações ao legislador ordinário e aos poderes públicos em geral. Daí porque as Cartas brasileiras sempre se deixaram inflacionar por promessas de atuação e pretensos direitos que jamais se consumaram na prática. Uma história marcada pela insinceridade e pela frustração. O desrespeito à legalidade constitucional acompanhou a evolução política brasileira como uma maldição, desde que D. Pedro I dissolveu a primeira Assembleia Constituinte.

Por outro lado, Lynch e Mendonça (2017) tecem críticas a doutrina da efetividade ao nosso passado constitucional ressaltando, dentre outros aspectos que: “o exame da efetividade no passado não pode ser orientado pelos critérios das democracias contemporâneas” (LYNCH E MENDONÇA, 2017, p. 996). Os autores acrescentam ainda que:

A hipótese da insinceridade normativa pressupõe a existência de uma única interpretação constitucional legítima da constituição: aquela que é impedida pelas elites. Entretanto, textos jurídicos - e textos constitucionais ainda mais

- raramente gozam de consenso hermenêutico. Há sempre disputas, motivadas por diferentes interesses e valores, em torno do significado de seus dispositivos (LYNCH E MENDONÇA, 2017, p. 997).

Em que pese à característica anacrônica do texto constitucional de 88 e a complexidade hermenêutica das normas positivadas nos textos constitucional e infraconstitucionais, considera-se que de fato, o direito vivo nem sempre corresponde ao direito positivo, o que necessariamente implica no reconhecimento de algumas “insinceridades normativas” e alguns casos de não observância da legalidade constitucional.

Além disso, outro aspecto a ser considerado, é a compreensão de que “ausência vontade política” é uma percepção reducionista que não justifica com a clareza necessária a confluência dos elementos sociais, ideológicos, políticos e econômicos inerentes a determinado período histórico, que permeiam as tomadas de decisão no Estado brasileiro.

Uma visão interessante acerca dessa contraposição entre o que se identifica enquanto aplicação prática da norma jurídica, envolta em seus limites e materializações de poder e o que se tem positivado no texto constitucional é o questionamento feito por Ferdinand Lassale (1993, p. 35):

Quando podemos dizer que uma Constituição escrita é boa e duradoura? A resposta é clara é parte logicamente de quanto temos exposto: Quando essa Constituição escrita corresponder à Constituição real e tiver suas raízes nos fatores do poder que regem o país. Onde a Constituição escrita não corresponder à real, irrompe inevitavelmente um conflito que é impossível evitar e no qual, mais dia menos dia, a Constituição escrita, a folha de papel, sucumbirá necessariamente, perante a Constituição real, a das verdadeiras forças vitais do país.

Transportando essas reflexões especificamente para o campo do direito à saúde, é possível identificar dois tipos de conflitos distintos imanentes desta polarização; ora descrita como “direito vivo” versus “direito positivo” (EHRlich, 1980 apud ASENSI, 2010a), ora admitida ainda como “*Law in book*” versus “*Law in action*” (HOLMES apud ASENSI, 2010a), ora também materializada especificamente enquanto “Constituição escrita” versus “Constituição real” conforme citação acima de Ferdinand Lassale. O primeiro conflito tem sua raiz mais bem delimitada no sentido do não cumprimento explícito da norma. Por exemplo: se algum dos estados da Federação simplesmente deixa de aportar recursos para financiar a saúde, e em seu território os serviços de saúde passam a ser financiados apenas com verbas próprias dos municípios e aquelas repassadas pela União, temos a identificação de

um não cumprimento da norma jurídica, uma vez que no parágrafo primeiro do Art. 198 se encontra definido que o financiamento do sistema de saúde deverá contar com recursos da União, dos estados e dos municípios.

Já o segundo tipo de conflito tem um contorno caracteristicamente mais indefinido, pois sua origem repousa naquilo que é expresso de forma mais “genérica” ou pouco precisa, seja no texto constitucional ou nos instrumentos jurídicos infraconstitucionais. Podemos citar, por exemplo, que do ponto de vista do amplo conceito de saúde que envolve condições dignas de vida¹, no texto constitucional, apesar de ter incorporado o reconhecimento do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços do setor saúde, todos os demais deveres do Estado para com o direito à saúde aparecem “pela genérica expressão de que o Estado deve garantir políticas econômico-sociais voltadas à redução do risco de doenças e outros agravos” (MATTOS, 2010, p. 37).

Esse segundo tipo de conflito representativo do hiato entre o que se propõe na norma jurídica e sua concretude e efetividade no contexto das práticas sociais, é o que tenciona a maior parte dos desafios no campo do direito à saúde. Nessa perspectiva abordar-se-á a seguir, o que se considera enquanto principais desafios no âmbito do direito à saúde no Brasil, tomando enquanto marco temporal para esse momento de discussão teórica; a Constituição de 88.

1.3 Velhos e novos desafios

O Relatório da marcante da decisiva Conferência Nacional de Saúde de 1986 já deixava claro que o direito à saúde não se materializa apenas por estar formalizado no texto constitucional, mas que o Estado precisa assegurar os meios de efetivação da política de saúde, de forma integrada às demais políticas sociais e econômicas (CNS, 1986)¹. Além disso, o documento também já indicava uma série

¹Segundo o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o “Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (CNS, 1986, p. 4).

de desafios de natureza estrutural para o desenvolvimento e aplicação do direito à saúde no Brasil, como conforme identificados a seguir:

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária [...] As desigualdades sociais e regionais existentes refletem essas condições estruturais que vem atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviço e socialmente adequada. [...] Na área da saúde verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predomina o interesse de empresários na área médico-hospitalar. O modelo de organização de setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população. Este quadro decorre basicamente do seguinte: - não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluída a saúde, privilegiando outros setores, como por exemplo o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa; - vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidente com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da Saúde; - debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde; - modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizadora e corruptor; - falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o seu uso dispersivo, sem atender as necessidades da população; - inadequada formação dos recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos éticos e de consciência social associada a sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho; - controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais [...], - interferência clientelística no que se refere a contratação de pessoal [...] (CNS, 1986).

Interessante ressaltar, entretanto, que a maioria daqueles desafios permanece enquanto percalços importantes até os dias atuais. Sem intencionalidade de esgotar o tema dos desafios do direito à saúde no Brasil, estrutura-se na Figura 1, alguns deles, que podem ser percebidos desde o contexto histórico de 1988 e até mesmo anterior a ele, os quais se definem aqui enquanto “Velhos desafios”. E outros, que passam a ganhar mais destaque nas últimas décadas, em contexto posterior a Constituição de 88, aos quais se denominou para fins do presente estudo de: “Novos desafios”. É importante salientar que essa classificação toma por base apenas um contexto mais ou menos distante de origem do ponto de vista dos dias atuais, não havendo qualquer intencionalidade em transmitir uma ideia irreal de que os velhos desafios deixaram de existir, pois ainda convivemos com todos eles; sejam os velhos ou os novos desafios.

Figura 1: Velhos e novos desafios para o direito à saúde no Brasil

"Velhos desafios"	"Novos desafios"
<ul style="list-style-type: none"> • Acesso aos serviços de saúde • Descentralização • Dimensão e heterogeneidade territorial • Desigualdades sociais • Vicissitudes da formação da burocracia estatal brasileira • Financiamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporação de novas tecnologias • Judicialização da saúde • Coexistência da natureza lucrativa do setor privado com a ideia de saúde enquanto um direito social • fomento à focalização dos serviços públicos

Fonte: A autora, 2021

A questão do acesso aos serviços de saúde no Brasil parece já ser parte de um “senso comum”, traduzido nas “longas filas de espera” que protagonizam notícias veiculadas pela imprensa, e que permeiam o imaginário social na associação ao serviço público no Brasil de um modo geral. Sabe-se que “Embora seja instituído constitucionalmente desde 1988 o acesso universal aos serviços e ações de saúde ainda encontra dificuldades de ser materializado nas instâncias de gestão das políticas de saúde” (MACHADO F., PINHEIRO, GUIZARDI, 2010, p. 49-50).

Considerando a coexistência do SUS com os chamados Planos de Saúde, que hoje atendem a 24,9% da população brasileira (ANS, 2021) em termos dos serviços de saúde disponíveis de um modo geral, conforma-se um acesso extremamente segmentado da população com diferenciadas condições e utilização dos serviços, além da segregação e estratificação da população de acordo com sua classe social, renda, condição socioeconômica, capacidade de pagamento, inserção no mercado formal de trabalho, origem étnica e urbanidade/ ruralidade, refletindo características estruturais dos sistemas de saúde da América Latina, já plenamente consolidadas na década de 1970 (LEVCOVITZ E COUTO, 2018).

Sendo assim, a desigualdade no acesso aos serviços pode ser analisada tanto do ponto de vista da coexistência dos sistemas: público e privado e da localização territorial de onde se vive quanto do ponto de vista da suficiência de disponibilidade da oferta dos serviços. Ressalta-se ainda que o fator “localização territorial de onde se vive” pode determinar que tipos de serviços de saúde são ou não acessíveis em tempo oportuno de preservação da vida.

Nesse sentido, Amaral M. (2018, p. 15) afirma que além da autonomia dos entes da federação, “[...] os problemas e a consequente fragmentação na oferta real e na capacidade de ofertar ações e serviços de saúde vêm contribuindo para a existência de iniquidade no acesso à saúde, judicialização e piores indicadores de saúde.” Para ela, a universalidade do acesso à saúde e a proposta de integralidade da atenção, incluídas na Constituição de 1988 acabaram carecendo de regulamentação por longo período, contribuindo para intensa judicialização do acesso às ações e serviços de saúde (AMARAL M., 2018).

Ressalta-se aqui que a descentralização e a judicialização da saúde serão objetos de discussão nos capítulos *a posteriori*. Entretanto é importante reconhecer que ambas, além das próprias dificuldades do acesso aos serviços de saúde guardam interface direta com todos os outros desafios aqui apontados, sejam os velhos ou os novos.

A dimensão e heterogeneidade territorial do Brasil imprimem características peculiares no que tange ao desenvolvimento de qualquer política pública, tendo em vista os contornos singulares que adquirem em sua operacionalização em contextos tão diversos, e muitas vezes adversos. Daí a já mencionada articulação direta com o desafio do acesso aos serviços de saúde. Como garantir um acesso universal e igualitário em um país com 5570 municípios de características socioeconômicas e capacidades de gestão tão diferentes? Há de se admitir, que no Brasil, faz diferença onde você adoece, uma vez que a distribuição dos serviços no SUS se consolida de forma tão desigual no território nacional.

Destaca-se que o nosso país é o único “com sistema nacional de saúde que alcançou alto grau de descentralização de competências sanitárias, sem levar em consideração o porte dos municípios, do ponto de vista populacional e da capacidade de assegurar seu papel constitucional” (AMARAL M., 2018, p.15).

Nesse aspecto, as nossas desigualdades sociais historicamente enraizadas se refletem como um duplo desafio para o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil. Primeiro porque elas determinam processos de adoecimento, uma vez reconhecidos os fatores determinantes sociais da saúde, impactando fundamentalmente nossos dados epidemiológicos. Sob esta perspectiva, um recente estudo sobre a morbimortalidade no Brasil no contexto dos 30 anos de SUS, aponta que:

[...] há uma polarização geográfica, indicando a existência de regiões com distintos padrões de saúde, com algumas delas se assemelhando aos países desenvolvidos, e outras mais próximas dos países em desenvolvimento. Esta segregação espacial é resultado de uma polarização social que é marcada pela distinção na magnitude dos indicadores de morbimortalidade entre grupos populacionais, ainda que pertencentes a uma mesma região, estado ou cidade. Trata-se, pois, de uma manifestação das desigualdades de renda e de acesso a bens essenciais, como moradia, educação, saneamento e acesso aos serviços de saúde (MARTINS et al, 2021).

Em corroboração a essas ideias, cabe citar Ocké-Reis quando argumenta que “não há espaço para a afirmação do SUS se a pobreza, a desigualdade, a violência social e os baixos níveis educacionais e culturais da sociedade brasileira continuarem batendo a sua porta” (OCKÉ-REIS, 2012, p.14).

Em segundo lugar, as desigualdades sociais se refletem também na capacidade de gestão dos serviços de saúde entre os diferentes municípios, quando aqueles com mais recursos, conseguem melhores resultados na oferta e qualidade dos serviços prestados à população.

Araújo, Gonçalves e Machado (2017) apontam que os municípios demonstram condições concretas muito distintas para o cumprimento de seu papel no sistema de saúde, salientando também que alguns estudos têm relatado variações no que tange à alocação orçamentária no setor da saúde dos municípios, dada a diversidade socioeconômica e os diferentes tipos de responsabilidades assumidas quanto à oferta de serviços, resultando iniquidades entre os mesmos, incluindo-se aí também, as dificuldades de municípios em contratar trabalhadores de nível superior e médio na área da saúde.

Ainda no âmbito dos velhos desafios, vale à pena destacar dentre as adversidades da formação da burocracia estatal brasileira, que é possível perceber que ao longo da história do Estado no Brasil não houve perdas totais das marcas do clientelismo político, do coronelismo, da era escravocrata, da patronagem e da meritocracia, vivenciadas desde o descobrimento do país. Consequentemente, os *modus operandi* do Sistema Único de Saúde, nos mais diversos municípios, tem se configurado desde sua concepção enquanto um mosaico de heranças da história da administração pública brasileira.

Destaca-se que apesar dessas características jamais abandonarem as concepções do funcionamento da burocracia estatal no Brasil, houve prevalência de algumas delas ao longo dos períodos históricos. E que permaneceram mesmo após

o advento da Reforma da Administração Pública brasileira, que por sua vez veio em resposta à crise do Estado dos anos 80 e à globalização da economia, baseada nas ideias da administração pública gerencial (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Há municípios onde, por exemplo, o modelo tradicional burocrata deixou marcas mais fortes e majoritárias quando comparadas às influências das ideias do gerencialismo na condução das políticas públicas de saúde no seu território. Já em outros municípios, a visão de administração pública contida no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado do início da década de 90, que protagonizou a reforma da administração pública brasileira parece ser muito mais facilmente identificada na vivência de gestores, profissionais da assistência e dos usuários do SUS. Portanto, destaca-se que há um descompasso dos cenários de práticas de saúde com a ideia proposta do “Sistema ser de fato Único”.

Traduzindo essa configuração de características tão diversas da administração pública no Brasil para o contexto do SUS, é possível traçar um paralelo importante para com o clientelismo intensamente presente na esfera da gestão das redes de atenção à saúde. Como exemplo pode-se citar a esfera municipal onde cargos de secretários e coordenadores de programas/ linhas de cuidado, massivamente distribuídos por indicação nem sempre baseada em competência técnica, figuram um típico cenário clientelista. Ou ainda o patrimonialismo que faz a cooptação de diversos atores na sustentação de políticas de governo que nem sempre respondem aos desígnios da sociedade. Nesse sentido é inevitável pensar na heterogeneidade da configuração do SUS, tão variável quanto às capacidades político-administrativas e econômicas dos 5570 municípios brasileiros.

A heterogeneidade entre os diversos municípios, que se traduz em desigualdades no acesso aos provimentos e serviços de saúde traz à tona disparidades na capacidade de gestão, na capacidade orçamentária, e na própria infraestrutura e disponibilidade de serviços nas RAS do ponto de vista municipal e regional.

Por fim, fechando o conjunto dos “velhos desafios”, ganha destaque ainda, a questão do financiamento da saúde. Esse aspecto será mais bem debatido no capítulo seguinte, que abordará a “descentralização e Gestão em saúde”. Contudo vale aqui ressaltar que um sistema público gratuito e universal, em um país de proporções geográficas continentais, e alta prevalência de desigualdade social,

requer um sistema de financiamento que sustente a garantia do direito ao acesso à saúde, consolidada na Constituição Federal em 1988 enquanto dever do Estado. Passados dezessete anos desde a concepção do SUS, Daim (2007, p. 1852) já afirmava que:

Do ponto de vista da necessidade incontornável da população por mais e melhores ações e serviços públicos de saúde, é essencial que o SUS possa alcançar novo patamar de gastos, compatível com a superação dos vazios sanitários e com as desigualdades regionais e setoriais que ainda caracterizam o acesso e a utilização de serviços produzidos pelo sistema.

Embora já se tenham passado quase quinze anos dessa afirmação da autora, ainda almejamos alcançar um novo patamar de gastos públicos em saúde, compatíveis com a superação de nossas mazelas sociais. De igual modo, observa-se que a administração pública não tem conseguido atender plenamente aos cidadãos segundo diretrizes constitucionais e legais, diante das grandes dificuldades enfrentadas pelo Estado, principalmente quanto ao subfinanciamento crônico de um sistema de saúde eminentemente universal (LOPES; ASENSI; SILVA JÚNIOR, 2017).

Pondera-se apenas aqui se o Estado de fato enfrenta essas grandes dificuldades, ou ele acaba forjando caminhos para criá-las com ou sem intencionalidade para tal. De toda forma, o que se percebe na literatura científica acerca do financiamento do SUS, são registros de um subfinanciamento crônico, ao qual Paim J. (2018) identifica como um “boicote passivo” do Estado ao sistema, fortalecendo a ideologia da privatização e a decisão de compra de serviços no setor privado. Importante nesse sentido retormar-se a citação de Escorel (2008) quando corrobora a tendência de abandono das ações executivas em prol do setor privado, quando da priorização da contratação de serviços de terceiros, desde o INPS, alegando a incapacidade da rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários.

Alterando o rumo da presente discussão, agora considerando o que aqui denominou-se de “novos desafios”, a incorporação de tecnologias no SUS tem sido cerne de intensos debates na área da saúde coletiva, e que possui interface direta com as questões concernentes à judicialização da saúde.

É fato que com o acelerado avanço científico, o surgimento de novas tecnologias em escala exponencial dificulta o acompanhamento do sistema de saúde com relação aos processos de análise e incorporação para disponibilização. E

essa situação traz desdobramentos importantes quando são consideradas: segurança de uso, precificação dessas tecnologias e análise da capacidade de incorporação delas, na perspectiva do debate jamais concluído entre a priorização de saúde individual versus a saúde da coletividade. Se é que nesse contexto, de fato há um “versus” do ponto de vista prático.

Mattos (2010, p. 43) pondera nesse sentido que “a eficácia da tentativa de regular a incorporação de tecnologia depende em grande parte da correlação de forças na sociedade” e que a saúde enquanto um direito implica a luta pelo fortalecimento de instâncias de regulação que possam analisar de modo prudente, as justificativas para introdução de qualquer nova tecnologia em saúde.

Destaca-se nesse âmbito a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada para prestação de assessoria ao Ministério da Saúde que tange a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, além de também ter prerrogativa para constituir ou alterar Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (XAVIER, 2018). Foi criada pela Lei nº 12.401/2011 e é “formada por uma equipe multidisciplinar e interfederativa, que faz uma análise técnica detalhada, levando em consideração critérios de eficácia, efetividade, custo-efetividade, segurança e outros.” (XAVIER, 2018, p. 58)

Em continuidade aos novos desafios aqui elencados, observa-se ainda a coexistência da natureza lucrativa do setor privado com a ideia de saúde enquanto um direito social. Apesar da delimitação desse problema ser basicamente autoexplicativa, vale citar a reflexão de Ocké-Reis (2012) de que há uma contradição que nasce na própria Constituição com os artigo 196 garantindo a saúde como um direito social, e o artigo 199 que considera a saúde livre à iniciativa privada: a contradição entre o modelo redistributivo definido constitucionalmente e o nível do gasto público com saúde que deixa margem para o fortalecimento do mercado de planos de saúde. Acrescenta-se ainda que “os planos de saúde foram patrocinados pelo padrão de financiamento público (isenções fiscais) desde 1968, seguindo, nesse aspecto, o modelo liberal dos Estados Unidos [...]” (OCKÉ-REIS, 2012, p. 24).

Outro desafio importante de ser mencionado é o fomento a focalização dos serviços públicos, no sentido do fortalecimento da ideia de um “SUS pobre para pobres”. Deste modo, tem sido destacado na literatura o papel do Banco Mundial e suas intencionalidades muitas vezes veladas em discursos que remetem ao desenvolvimento econômico e solidário, no direcionamento da política de saúde em

países “em desenvolvimento” como o Brasil. Sob o mesmo ponto de vista, Rizotto e Campos (2016, p. 264) apontam que:

O direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco. Para esse pensamento, a saúde é considerada um bem de consumo e deve ser oferecida pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo; a intervenção do Estado deveria ocorrer apenas para regular a oferta e garantir “mínimos essenciais”, organizando ainda um aparato público reduzido que desenvolvesse ações tradicionais de saúde pública, controlando epidemias e riscos tendentes a desestruturar o mercado (RIZOTTO E CAMPOS, 2016, p. 264).

Essa percepção fica clara com a propagação das ideias acerca da cobertura universal versus direito universal à saúde, que tem mobilizado intensos debates no campo da saúde coletiva no Brasil nos últimos anos. O conceito de cobertura universal de saúde foi proposto inicialmente em 2005, pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde (BARROS, DELDUQUE e SANTOS, 2016) e consiste basicamente em desenvolver sistemas de financiamento da saúde, que permitam as pessoas a acessarem os serviços sem sacrifícios financeiros muito significativos para pagá-los (OMS, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010, p. 17) afirma ainda que: “Quando a população tem acesso a mecanismos de pré-pagamento e distribuição de risco, o objetivo da cobertura universal torna-se mais realista.” E segue explicando que estes mecanismos são baseados na efetuação de pagamentos de forma independente do estado de saúde do pagador, sendo distribuídos ao longo da vida e, ao mesmo tempo, são usados para financiar serviços de saúde para todos os que estão cobertos.

De imediato pode-se perceber que essa ideia de sistema já pressupõe que uma parcela (os não pagadores, no caso) não estará coberta. Apesar de reconhecer que há pessoas muito pobres, incapazes de arcar com qualquer custo e nesse caso, havendo apenas algumas bolsas de exclusão, o país poderia então decidir por uma abordagem em alvos delimitados, a partir da identificação dos excluídos e caminhando no sentido de assegurar que possam ser cobertos (OMS, 2010). Nessa situação, a OMS indica que “os países podem aumentar os serviços para os pobres e/ou cobrir uma proporção maior dos seus custos” (OMS, 2010, p.19).

Nesse aspecto BARROS, DELDUQUE e SANTOS (2016) corroboram que a palavra “cobertura” tem perspectiva de indicar a possibilidade de obter uma prestação positiva, condicionado ao cumprimento de condições, podendo-se citar:

desembolso direto, contratação de seguros ou plano de saúde, contribuição, dentre outras, sendo assim, mais íntima dos sistemas privados de saúde.

Os mesmos autores conduzem ainda uma defesa enfática da crítica a essa linha de pensamento no âmbito do financiamento do sistema para garantia do direito à saúde, conforme apontado a seguir:

Contudo, parece frágil a justificativa na qual se baseia o conceito de cobertura universal, na medida em que responsabiliza o indivíduo pelos custos oriundos da proteção à saúde. Tornar majoritária a lógica do mercado e deslocar o Estado às sombras, ao papel coadjuvante, quiçá caritativo, é alterar a compreensão posta para direito humano, para direito fundamental e para o direito à saúde (BARROS, DELDUQUE e SANTOS, 2016).

Esse termo “cobertura universal” também é utilizado em um documento publicado pelo Banco Mundial em 2019, intitulado: “Propostas de Reformas para o SUS”, mas aparentemente em um sentido de equivalência a ideia de direito universal, pois afirma que a criação do SUS estabeleceu a cobertura universal à saúde, o que por si só, já nos sinaliza uma associação no mínimo perversa e mal intencionada, uma vez que a criação do SUS inaugura a operacionalização do direito universal à saúde no país, que não coaduna com a ideia de cobertura universal, já explicada.

Um aspecto curioso é que esse documento do Banco Mundial, apesar de apresentar algumas duras verdades sobre o SUS (como, por exemplo, a fragmentação dos cuidados em saúde, os desafios da distribuição da força de trabalho no setor, etc.), ao mesmo tempo entremeia uma série de recomendações minimamente duvidosas ou mesmo perigosas do ponto de vista do fortalecimento da política nacional de saúde no Brasil. Dentre essas recomendações, destacam-se: a qualificação da existência de “rigidez imposta por regras estritas de administração pública”, associando-se a expansão dos sistemas de gestão por Organizações Sociais como um caminho para a melhoria dos resultados; fomento a criação de um pacote de benefícios claramente definidos em termos de acesso a medicamentos e procedimentos que atendam a padrões de qualidade e ofereçam melhor valor por seu custo, e por fim, mas não menos importante, destaca-se a explícita recomendação de racionalização da prestação de serviços especializados através da APS (BANCO MUNDIAL, 2019).

Em contribuição a essa perspectiva, Rizotto (2012) em seu livro: “Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do

SUS”, em que tece uma crítica às políticas de saúde no Brasil, aponta essenciais reflexões conforme pode ser visto a seguir:

No campo da saúde, parece que se quis habilitar, para os pobres, um modelo de atenção focalizado na atenção primária em saúde, com o argumento de que o modelo médico hegemônico, centrado em serviços médico-hospitalares, estaria favorecendo as classes média e alta, enquanto a população pobre estaria sem atendimento em suas necessidades básicas de saúde. [...] Parece que para alguns era suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral, ou o arcaico, e, para outros, os mais privilegiados, os que tivessem acesso à riqueza material e pudessem pagar pelos serviços de saúde estes poderiam usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno (RIZOTTO, 2012, p. 228).

Além disso, outra contribuição da autoranessa reflexão sobre o fomento do Banco Mundial a um sistema focalizado para a população pobre, diz respeito à dicotomia entre prevenção e cura, atenção primária e terciária, sem levar em consideração o quadro sanitário atual, uma vez que tanto doenças infectocontagiosas quanto doenças crônico-degenerativas (que acabam por exigir uso de tecnologias mais onerosas e intervenções classificadas como curativas), atingem ambas, predominantemente, os mais pobres (RIZOTTO, 2012). Até por que são maioria e mais vulneráveis, não dando conta da realidade, portanto, o pacote de serviços clínicos essenciais e de saúde pública proposto pelo Banco Mundial (RIZOTTO, 2012).

Corroborando ainda nesse debate, a visão compartilhada por Ocké-Reis (2012) sobre o fato de não ter sido possível ao SUS atrair a classe média e o polo dinâmico da força de trabalho (principalmente em razão dos poucos recursos financeiros), quando um movimento iniciado em 1968 permitiu com que os assegurados do INPS passassem a ter cobertura por planos privados, concluindo o que o autor chama de privatização do seguro social que contribuiu para interdição do projeto estratégico do SUS, aquele da reforma sanitária.

Em suma, são muitos os desafios para o desenvolvimento pleno do direito à saúde no Brasil, e estes, vêm se acumulando ao longo dos anos, exigindo esforços do Estado e da sociedade no sentido da construção de caminhos que favoreçam a superação dos mesmos, e priorizem a operacionalização das diretrizes das ações e serviços públicos de saúde conforme constam na Constituição, a saber: a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

É inegável que tenhamos evoluído drasticamente no aspecto das concepções acerca da saúde no país desde o período Brasil-colônia até os dias atuais, e que o engajamento político e participação popular foram cruciais nos caminhos para o alcance da saúde enquanto um direito social e um dever do Estado acompanhando as mudanças estruturais democráticas pelas quais o país passou.

Entretanto, ao figurar o campo dos direitos sociais, a efetivação do direito à saúde, no sentido do direito vivo (EHRlich, 1980 apud ASENSI 2010a) tem-se encontrado inúmeros desafios que podem muitas vezes, apenas refletir conflitos estruturais entre Estado e sociedade inseridos em um contexto histórico, político e econômico, cujas nuances interferem, ou mesmo determinam o *modus operandi* e o grau de efetividade das políticas públicas de um modo geral. Paim J. (2009, p.128) corrobora nesse sentido afirmando que “A difusão da consciência do direito à saúde na população, mesmo que reconhecendo a distância entre a formalização jurídica e a garantia concreta, pode ser considerada outro avanço, capaz de ensejar novas lutas [...]”.

É preciso reconhecer que os diferentes níveis de governo evidenciam distintas dimensões dos desafios aqui debatidos, e que se fazem, portanto, necessários cada vez mais estudos que contribuam para melhor compreensão destes, de modo a fornecer bases científicas robustas, capazes de fortalecer a gestão pública do sistema de saúde no Brasil.

Por isso, o próximo capítulo se destinará a debater os principais aspectos que envolvem a gestão do SUS com ênfase na esfera municipal, trazendo à tona alguns tensionamentos gerados a partir do modo como se operacionaliza a descentralização do sistema e os desafios iminentes dessa diretriz, do ponto de vista da gestão.

2.DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE²

“Ausência vontade política” é uma percepção reducionista que não justifica com a clareza necessária a confluência dos elementos sociais, ideológicos, políticos e econômicos inerentes a determinado período histórico, que permeiam as tomadas de decisão no Estado brasileiro.

Isabela Tavares Amaral

Tendo em vista o entendimento conformado no Brasil de que o município é, majoritariamente, o núcleo básico organizacional do sistema de saúde (SANTOS L. e CAMPOS, 2015), e que a experiência que constitui foco do estudo de caso proposto opera na relação com a gestão municipal, optou-se por trazer foco ao debate sobre os desafios da gestão à saúde nessa esfera, conforme será visto no presente capítulo.

Primeiramente, porém, serão abordadas reflexões sobre a gestão do SUS, aspectos históricos de seu financiamento e os desdobramentos do processo de municipalização do SUS, do ponto de vista da consolidação dele. O segundo tópico do presente capítulo trará luz aos desafios da efetivação do direito à saúde na esfera municipal, com o objetivo de problematizar, de antemão, alguns dos elementos intervenientes no fenômeno da judicialização da saúde.

2.1 Reflexões sobre a gestão descentralizada do SUS, seu financiamento e os desdobramentos da municipalização

Primeiramente, refletindo acerca do que é gestão em saúde no Brasil, ou ainda, mais especificamente, refletindo acerca do que é ser gestor do SUS, destaca-se que o CONASEMS (2021a, p. 16), embora se tratando do gestor municipal,

²Alguns parágrafos deste capítulo fizeram parte do texto: “A descentralização e o drama da esfera municipal na busca pela institucionalização do SUS no contexto da crise”, escrito em período de elaboração do estado da arte para produção da presente tese e publicado como capítulo do livro: Direitos Sociais e Efetividade, pela editora Ágora 21, Grupo Multifoco, Rio de Janeiro, 2019.

aborda perspectivas que podem, sem sombra de dúvidas, traduzirem-se para os demais níveis de gestão do SUS, conforme visto a seguir:

Responsabilizar-se pela garantia do direito à saúde significa que o gestor do SUS possui a autoridade sanitária em cada esfera de governo, capaz de agir pautado por princípios éticos – políticos - educativos orientados pela Lei Orgânica da Saúde, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade. Trata-se de cumprir um dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o direito à saúde que se ancora na luta da sociedade brasileira pela Reforma Sanitária, na década de 80, do século XX, cujo legado consistiu em atender o anseio popular de justiça social. Como autoridade sanitária, o gestor assume uma responsabilidade pública de agir na garantia da continuidade e consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS, e que, portanto, não se encerra no período de um governo. Praticar a responsabilidade coletiva significa dizer que Ser Gestor (a) do SUS, exige um agir político de mediação e diálogo permanente[...] (CONASEMS, 2021a, p. 16).

Inegável relevância de papel tem, portanto, o gestor público na operacionalização da política pública de saúde. E essa operacionalização abrange diversas vertentes como, por exemplo: o fortalecimento da regionalização na perspectiva da organização das redes de atenção à saúde, o manejo adequado dos instrumentos de gestão, um sistema adequado de financiamento que possa viabilizar possibilidades que garantam a prestação dos serviços de saúde à população conforme suas necessidades, os desafios que perpassam a descentralização do sistema, a necessidade de diálogos institucionais para resolução de conflitos intra e intersetoriais, inclusive envolvendo outras esferas de governo e de poder do Estado, dentre outras.

Admitindo, portanto, a diversidade de dimensões que envolvem a gestão pública da saúde no Brasil e seus múltiplos desafios, o presente tópico se limitará a abordar essencialmente a descentralização do sistema e os desafios iminentes dessa diretriz, o que envolve diretamente a compreensão histórica de alguns aspectos do financiamento público da saúde no Brasil.

Entende-se que a descentralização é a diretriz constitucional da organização do Sistema Único de Saúde, e que ela pode denotar formas diferenciadas de apropriação nas práticas de gestão, que de uma forma ou outra vão apontar para a desconcentração político-administrativa da gestão do sistema. De acordo com Lima et al (2012) a descentralização da política de saúde acompanha necessariamente o desenho federativo brasileiro, com foco na transferência de poder decisório, e na transferência das responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, especialmente, os municípios.

Veremos a seguir, duas possíveis maneiras de apreensão da ideia da descentralização. Como a municipalização é uma das resultantes possíveis da apreensão da ideia de “descentralização” enquanto um traço fortemente forjado pelo *modus operandi* da gestão pública da saúde no Brasil e é o que mais nos interessa aqui discutir, ela será aprofundada após tratarmos acerca da primeira possibilidade de apreensão da ideia de descentralização.

A primeira maneira aqui considerada para se compreender a descentralização é entendê-la como transferência do Estado para o setor privado ou para o setor público não-estatal da função de executar serviços que não envolvem a questão do exercício de poder pelo Estado, mas precisam ser subsidiados por ele, como é o caso da saúde (BRASIL, 1995). Em que pese às diferenças operacionais entre setor privado e setor público não estatal, ambos serão considerados como a primeira forma aqui tratada como possibilidade de descentralização.

Destaca-se que o aumento de demandas sociais relacionadas ao campo do direito à saúde, somado a conjuntura social influenciada também pela globalização resultou, dentre outros aspectos, na adoção de formas de gestão privada no SUS, talvez numa tentativa de alcançar soluções menos burocráticas capazes de responder, a priori, ao aumento dessa demanda (RIBEIRO, 2018).

Nesse sentido, por exemplo, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado tem sido apontada como possibilidade de um caminho minimamente defensável em detrimento da crescente “proliferação de privatizações, terceirizações, organizações sociais e outras formas de delegação de responsabilidade sobre a gestão de programas, serviços e recursos do SUS, que tendem a provocar sua fragmentação e desmonte” (PAIM J. e TEIXEIRA, 2007, p. 1824).

Este quadro faz parte da realidade de diversos municípios que justificam esses meios de contratações de serviço através da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que impõem um tipo de controle do gasto público condicionado à capacidade de arrecadação fiscal dos entes federativos. A Lei de Responsabilidade Fiscal foi aprovada em 2000, “Ao fixar o teto de despesas com pessoal na administração direta em 60%, a LRF empurrou massivamente os gestores da saúde para uma realidade agressiva aos propósitos sanitários” (GUIMARÃES J.; SANTOS, 2019, p. 227). Essa lei, juntamente com a já citada reforma administrativa de Bresser- Pereira

trouxe, portanto, uma série de impactos para as normas de operacionalização da gestão do SUS (GUIMARÃES J.; SANTOS, 2019).

Sobre essas tangentes relacionadas à administração pública dos serviços prestados pelo Estado, Bresser-Pereira (2002), idealizador do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), dicotomiza da seguinte forma: as opções voltadas à privatização e terceirização do serviço público, ele chama de modo Ultraliberal de se apropriar da reforma gerencial proposta; e as opções voltadas a Reforma do Estado que envolvem a reforma do serviço público através da descentralização do serviço para o setor público não estatal, ele chama de um modo social-democrata de se compreender a reforma da gestão pública proposta.

Por outro lado, a adoção de alternativas como as organizações sociais, que poderiam ser traduzidas dentro da citada perspectiva social-democrata, tem protagonizado denúncias de má gestão, má utilização e de desvio dos recursos públicos (RODRIGUES P., 2016).

Vale ressaltar ainda, que as reformas do Estado empreendidas no governo Fernando Henrique Cardoso, especificamente o PDRAE, se orientaram, sobretudo pela desestatização em seu triplo sentido de: privatização, publicização e terceirização, na tentativa de enfrentar apenas o esgotamento financeiro do Estado brasileiro, com soluções conjunturais a problemas estruturais do processo de extração e alocação de recursos, sendo incapaz de alterar relações entre Estado e sociedade e de mudar o sentido de responsabilidade pública (COSTA, 2006).

Nesse sentido, Paim J. e Teixeira (2007, p. 1828) defendem que: essa "Reforma do Estado", então engendrada nos anos 90 "para torná-lo "gerencial", **regulador**, fora da produção econômica e da prestação de serviços é distinta de uma **Reforma Democrática do Estado** para torná-lo efetivamente público". Em corroboração às reflexões necessárias acerca desta Reforma do Estado então empreendida nesse contexto histórico, Cordeiro (2001, p. 323) ressalta que:

As "reformas do Estado", assim denominadas e que encerram uma concepção instrumentalista dos aparelhos de governo, se tornariam inevitáveis, em função dos novos padrões de competitividade internacional, da eficiência produtiva, da dinâmica do mercado de capitais, das exigências da flexibilidade laboral e da privatização dos ativos estatais. Portanto, era necessário mudar o Estado, que não correspondia mais a uma garantia eficaz de suporte e promoção social. As instituições formuladoras e implementadoras de políticas sociais estavam defasadas, desajustadas historicamente em relação ao papel do Estado no mundo globalizado. Já não se tratava de colocar em prática utopias universalizantes nem políticas

focalizadas em grupos sociais carentes. O projeto era estabelecer uma nova racionalidade na gerência pública capaz de conviver com as políticas macroeconômicas que implicam a redução do papel do Estado (de novo, visto como uma “coisa”, um instrumento), concentrando-o em funções regulatórias, retirando-o da prestação direta de serviços, separando funções de financiamento e de provimento de serviços.

Essa redução do papel do Estado provoca alterações na configuração do Sistema de saúde, que vão se consolidando ao longo dos anos posteriores, seja diretamente na assistência ou nas formas de gestão do sistema nas três esferas de governo e dos serviços.

A segunda maneira de apreendermos a ideia de descentralização é justamente aquela que nos ateremos mais a refletir; a descentralização de que trataram as Normas Operacionais Básicas (NOBs) na década de 90 e as posteriores Normas Operacionais da Assistência à saúde. Esses documentos traduziram diversas configurações e pactuações entre as três esferas de governo que culminaram no aumento da responsabilização da gestão dos serviços de saúde pelos próprios municípios. Aqui, vincula-se a descentralização ao ato de municipalizar, regionalizar a gestão da saúde. A lei 8080/90 destaca em seu art. 7º Inciso IX a ênfase na descentralização dos serviços para os municípios (BRASIL, 1990). Cabe aqui ressaltar que o Brasil é o único país no mundo a fazer essa opção enquanto sistema público de saúde (RODRIGUES P., 2014; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

O setor saúde no Brasil absorveu a ideia de descentralização na gestão de forma mais marcante através das NOBs, que catalisaram o processo descentralizador na esfera administrativa do SUS. A descentralização proposta por elas teve foco na operacionalização do financiamento do Setor Saúde, e na municipalização dos serviços, o que gerou desdobramentos que consolidaram a lógica da operacionalização das políticas de saúde no Brasil até os dias atuais, como veremos um pouco mais a frente neste tópico. Esse processo de municipalização dos serviços tornou os municípios os principais responsáveis não só pela execução, planejamento, organização dos serviços de saúde e gestão de políticas públicas, mas também pelo custeio de significativa parte de suas ações em saúde.

Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, Kuschinir, Chorny e Medeiros (2014, p. 46) destacam que:

A construção de redes de serviços é um desafio de enorme complexidade que envolve uma gama muito ampla de dimensões, que vai desde a definição do “desenho” da rede, compreendendo várias unidades, seus

diferentes perfis assistenciais e a articulação funcional entre elas, até os mecanismos de gestão, financiamento e avaliação de resultados.

Os mesmos autores definem ainda que a rede “constitui-se num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada e responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população de sua região” (KUSCHINIR; CHORNY; MEDEIROS, 2014, p. 50) e que para que haja a constituição de uma rede, duas questões se fazem centrais: “a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação efetiva entre as unidades para garantir à população não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado” (KUSCHINIR; CHORNY; MEDEIROS, 2014, p. 50).

E tratar-se de continuidade de cuidado em um sistema de saúde universal das proporções territoriais e de conjunturas sociais e político-econômicas tão heterogêneas como no Brasil, já aponta para uma complexidade peculiar na organização de redes de atenção à saúde que sejam de fato integradas. Nesse sentido, Miranda, Mendes e Silva (2017, p. 333) ressaltam que “A disparidade existente entre a capacidade de governança dos municípios tem repercutido negativamente na organização do sistema de saúde.”

Em corroboração a essa premissa, Mello et al (2017) ressaltam que somos o único país com mais de cem milhões de habitantes a ter um sistema universal de saúde, e salientam além disso que, no Brasil: “A desigualdade na distribuição dos equipamentos de saúde é uma realidade antiga e comum nos contextos mais variados [...]” (MELLO et al, 2017, p. 1292). Vale também destacar que dentre os países com sistemas universais, “o planejamento e a gestão do sistema de saúde são regionais, não havendo nenhuma descentralização em nível municipal. Na Espanha, por exemplo, atinge o nível estadual, e na Itália, em regiões” (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017, p. 332).

Os desafios mais específicos da organização descentralizada dos serviços de saúde serão um pouco mais trabalhados no segundo tópico do presente capítulo, que discute a efetivação do direito à saúde na esfera municipal, mas em geral, a constituição de redes integradas e regionalizadas (tomando a regionalização como um caminho de fortalecimento da gestão do SUS) tem sido um desafio para o sistema de saúde como um todo. Desde a assistência direta dos usuários do SUS, que transitam entre os fluxos de referência e contrarreferência, nem sempre tão bem consolidados nas práticas assistenciais e nem sempre tão providos das informações

necessárias a garantia do seu acesso aos serviços, até a efetivação dos processos de regionalização nos espaços intergestores de pactuações, instituídos para planejamento e operacionalização da Política Pública de Saúde.

Nesse aspecto, é inegável que o financiamento impacta diretamente as capacidades de ofertas de serviços na rede, no sentido da provisão da atenção às necessidades em saúde da população. Como exemplo disto, sabe-se que os estabelecimentos municipais de saúde cresceram exponencialmente entre os períodos de 1987/ 1992 e 1992/ 99, de forma muito superior quando comparado a outros tipos de unidades de saúde, passando a representar naquela época, 92% da oferta de serviços públicos (SIQUEIRA et al, 2002).

Portanto, em continuidade ao objetivo do presente tópico, que inclui a promoção de reflexões acerca do financiamento da saúde no Brasil, adentraremos um pouco acerca de sua evolução histórica e como o impacto das mudanças ocorridas nesse âmbito reverberaram na perspectiva da gestão municipal do sistema e na sua capacidade de garantir o direito à saúde. Sendo assim, aborda-se nos parágrafos seguintes alguns marcos importantes nesse sentido do financiamento do SUS, desde a sua regulamentação.

Quando em 1990, o SUS foi regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, definiram-se o comprometimento das três esferas governamentais com o financiamento das ações de saúde e critérios de rateio. Instituiu-se assim, ainda que em teoria, o processo de planejamento de saúde ascendente, com foco na descentralização além do estabelecimento de instrumentos de gestão para definições orçamentárias, condicionalidades e fiscalização da movimentação financeira pelos Conselhos de Saúde.

A princípio, ao menos teoricamente, o Orçamento da Seguridade Social (OSS), composto por tributos federais, como por exemplo; a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL) deveriam configurar o “bolo” a ser repartido entre as partes. Nesse caso, a “fatia do bolo” referente ao setor saúde, foi estabelecida no Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal que definia 30% do OSS para a saúde, até que por Lei de diretrizes orçamentárias fosse definido um valor mais específico.

Sendo assim, na tentativa de conduzir um processo de democratização da saúde no país, NOBs surgem na década de 90 quando o “nível Federal ampliou seu

poder indutor e regulador ao introduzir novos mecanismos de transferências vinculados às ações e programas assistenciais” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 286). É inegável que, nesse período, as induções geradas pelo financiamento foram efetivamente o que conduziram mudanças na configuração da prestação de serviços no SUS, e induziu o comprometimento da gestão local para com os serviços de saúde. Dentro dessa perspectiva, Cordeiro (2001, p. 324) destaca que: “O projeto de descentralização no período Collor de Melo, a partir de 1990, representa uma estratégia de “municipalização tutelada”, com grande poder normativo e de alocação de recursos pelo Governo Federal”.

As NOBs vieram então consolidar o processo de descentralização político-administrativa no Brasil, no sentido já discutido da municipalização dos serviços de saúde no SUS, que desde a sua concepção, vinha esbarrando em limitações financeiras, institucionais e sobrevivendo dentro de um contexto político econômico bastante paradoxal de afirmação da economia liberal. Nesse aspecto, Cordeiro (2001, p. 321) aponta que: “As propostas da Constituição de 1988 estiveram bem distantes das propostas internacionais e nacionais das políticas de ajuste.” E como a ideia principal das NOBs era justamente tornar operacionalizáveis os ideais da Constituição e das Leis orgânicas, a coexistência do contraditório foi perceptível.

Se pararmos para pensar é contraditório um Estado forte e centralizador na indução de políticas públicas de saúde em um período em que o país dava largos passos em direção a Reforma do Aparelho do Estado, uma vez que esta reforma direcionava um tipo de modelo de administração pública mais desconcentrada do Estado, de caráter mais gerencial, objetivando a desburocratização do aparelho Estatal.

Nesse sentido, a NOB 93 foi marcada pela “ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, principalmente fortalecendo a questão da municipalização do SUS. Já a NOB 96 avançou de modo marcante estabelecendo duas modalidades de classificação de estados e municípios de acordo com suas condições de gestão do sistema de saúde, a saber: os estados poderiam estar em condições de gestão avançada ou plena do sistema estadual e os municípios poderiam estar em condições de gestão plena da Atenção Básica ou gestão plena do sistema municipal. Além disso, para cada uma dessas condições foram previstas modalidades de transferência de recursos do nível federal, direcionadas a três

blocos de financiamento: da assistência hospitalar e ambulatorial, das ações de vigilância sanitária e das ações de epidemiologia e de controle de doenças.

Entretanto, aponta-se que apesar de ter sido elaborada em 1996, a NOB 96 só foi implantada em 1998, e mesmo assim, o Ministério da Saúde (MS) alterou significativamente o conteúdo dela através da emissão de portarias entre 1997 e 1998, o que de certa forma, possibilita a conclusão de que a NOB 96 nunca foi implementada em seu modelo original (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Paralelamente à elaboração das NOBs, o setor saúde já vinha sofrendo cortes de orçamento e não observância do aporte de 30% do OSS destinado à saúde. Por isso, na segunda metade da década de 90, o Ministério da Saúde (MS) defende a criação de uma fonte específica de financiamento para a Saúde, nesse caso materializando-se na criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) (DAIN, 2007). Implantada em 1997, a CPMF não gerou significativo impacto no aumento da captação de recursos financeiros no MS, uma vez que houve a redução da importância da CSLL e da COFINS no orçamento da saúde (DAIN, 2007). Logo, a lógica substitutiva da fonte, obviamente não gerou resultado esperado.

Nesse cenário surge então a Emenda Constitucional (EC) 29 do ano de 2000 como uma solução, que posteriormente tornou-se um problema. A EC 29 chegou a trazer alguma estabilidade ao financiamento da saúde. Ela estabeleceu a participação mínima das três esferas governamentais no investimento das ações e serviços públicos de saúde, definindo um percentual mínimo de 15% do produto da arrecadação de impostos, no caso dos municípios; 12% do produto da arrecadação de impostos no caso dos estados, e a União, deveria aplicar o mesmo montante aplicado no ano anterior corrigido em 5% no ano 2000 e corrigido pela variação nominal do PIB, a partir de 2001, fixando destino de 15% desse montante a ser aplicado nos municípios de acordo com critérios populacionais em serviços básicos de saúde (BRASIL, 2000).

Acerca dessa EC, Sulamis Dain (2007, p. 1857) aponta o destaque para ampliação dos gastos com saúde pelas esferas estaduais e municipais, em detrimento da participação da União no gasto total, conforme apontado a seguir:

Na vigência da EC 29, o crescimento do gasto deveu-se principalmente à participação de estados e municípios. Para o crescimento nominal da ordem de 120% dos recursos totais para a saúde, estados e municípios apresentaram um crescimento superior a 170%. Com isso, a participação da União no gasto total, que chegou a ser de 70%, declina e se aproxima de

50%. Ou seja, em que pese à dificuldade de financiamento no plano da base tributária própria dos estados e municípios, a força de EC 29 para solidificar o sistema único foi decisiva.

Acerca do quadro acima exposto de recuo da participação da União nos gastos total em saúde, Guimarães J. e Santos (2019, p. 226) corroboram ainda que: “[...]com a aprovação da EC 29, o ganho histórico alcançado acumulou, todavia, deformações que decorreram da sua parcialidade ao vincular apenas a receita dos Estados e Municípios nos gastos da saúde.” Não resta dúvida que essas “deformações” reverberam ainda hoje a conformação do subfinanciamento da saúde pública no Brasil.

Salienta-se que durante a década de 90, já ocorria um significativo “subfinanciamento do setor que acompanhado de ênfase na descentralização que, na falta de incremento real de recursos, correspondeu fundamentalmente a uma desoneração de obrigações por parte da União” (FIOCRUZ, 2012, p. 58). Essa participação da União com os gastos em saúde chegou a 45% em 2014, enquanto estados e municípios sustentavam 55% (SENADO FEDERAL, 2014).

Houve, entretanto, certa subjetividade de interpretação que permeava a definição de ações e serviços de saúde às quais a EC se referia, dando margem ao uso indevido de recursos que deveriam ser destinados à saúde mais uma vez na história. Dessa vez tomando por base ironicamente o próprio conceito ampliado de saúde, que um dia refletiu vitória no processo de conquista da democratização da saúde no país e favoreceu a apreensão de um conceito de saúde mais coeso com os princípios do SUS.

De igual forma, a EC 29 que também deveria ser uma solução para melhoria do financiamento do setor saúde, tornou-se um problema, frente ao uso indevido dos recursos pela falta de consenso entre os entes federados no sentido de tentar homogeneizar as interpretações acerca da EC (BRASIL, 2012). Como exemplo desse fato, uma nota técnica da Câmara dos deputados em 2012 apontou que:

Por conta dessas divergências, havia Estados, por exemplo, que incluíam no orçamento da saúde despesas com pagamento de planos médicos privados para servidores públicos, saneamento, alimentação e assistência social, dentre outras não consideradas como gastos de saúde pela citada Resolução (BRASIL, 2012, p.7- nota de rodapé).

Ressalta-se o problema da ausência de um artigo que definisse claramente em que consistiam as ações de saúde pública, o que levava a argumentações, por

exemplo, como: “a merenda escolar e os restaurantes populares poderiam ser considerados saúde pública porque a alimentação ajuda a manter as pessoas saudáveis” (SENADO FEDERAL, 2014, p. 47). Nesse aspecto, (DAIM, 2007, p. 1858) versando sobre a EC 29 destacou que: “Quanto à definição constitucional de Ações e Serviços Públicos de Saúde, parece essencial reforçar as vedações, em particular quanto aos encargos previdenciários e aos gastos com saneamento [...]”.

Houve uma tentativa de se homogeneizar essas interpretações com a Resolução 322 de 2003 do Conselho Nacional de Saúde. Porém, além de ter sido objeto de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI nº 2.999) e não conhecida da referida ação pelo Supremo Tribunal Federal, ainda se fazia necessário uma lei complementar, já anteriormente prevista na Constituição, de forma a garantir a uniformidade que a matéria exigia, tendo em vista que a citada Resolução, não tenha alcançado a eficácia esperada (BRASIL, 2012).

Sendo assim, foi promulgada doze anos depois- prazo este de justificativa um tanto quanto questionável na literatura- a Lei complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, que veio a definir com bastante precisão o que de fato configuraria gasto em saúde, excluindo, por exemplo, despesas com saneamento e resíduos sólidos.

Cabe ainda ressaltar que, antes mesmo da regulamentação da EC 29, em 2006 o pacto de Gestão do SUS que pretendia radicalizar a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para estados e municípios, havia estabelecido o repasse fundo a fundo dos recursos do governo federal em cinco blocos de custeio: Atenção Básica (composto pelo PAB fixo e PAB variável); Atenção de Média e Alta complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2006). Esse modo de repasse seria em 2017 alterado pela Portaria 3992, conforme será visto à frente.

Avançando dez anos na história, em 2016, temos então o surgimento da EC 95, que fixou o financiamento da saúde por vinte anos, com correção não mais atrelada ao PIB, conforme consistia na EC 29, mas uma correção agora determinada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que reflete no país nada mais além do que a própria inflação. Visto isso, torna-se fácil a percepção de que essa emenda será responsável por lesar significativamente o SUS, alargando mais a distância entre nosso sistema de saúde e o lugar das prioridades de financiamento pelo Estado. Ressaltando-se aqui que esse lugar de prioridade financeira jamais foi de fato ocupado pelo SUS. Basta olharmos um pouco para cada

fase da história do subfinanciamento crônico da saúde no Brasil que perpassou todos os governos.

No ano seguinte, a Portaria 3992 de 28 de dezembro de 2017 constituiu um marco definido pelo próprio MS como “SUS Legal”, configurando um novo modelo de repasse de recursos federais do SUS, sob a alegação de que há uma enorme quantia que ficava “sem uso” dentro das “caixas de financiamento” dos municípios definidas pelo Pacto de Gestão do SUS. Acrescentou-se também a justificativa de consequentemente gerar maior autonomia no uso das verbas para custeio das ações em saúde que o gestor local considerar mais adequadas (CONASEMS, 2017).

Cabe aqui refletir, entretanto, que, de certa forma, poderia ser exatamente essa divisão nas tão “criticadas caixinhas” que, em um território tão heterogêneo em termos de conjuntura política, econômica e social, sustentava a contemplação do financiamento de alguns serviços e ações no campo da saúde, e que de algum modo não permitia um retrocesso no modelo de Atenção à Saúde, cujo avanço, apesar de tão lento e gradual, vinha se dando no âmbito do SUS no Brasil.

Como foi visto, a forma de financiamento estritamente por procedimento que vigorava na NOB 91, foi gradativamente moldada pela apropriação da concepção ampla da saúde e pelo crescimento do grau de importância do fortalecimento da Atenção Básica, podendo-se inferir que o desenho do financiamento de um Sistema Público de Saúde é de fato um “fio condutor” de mudanças na configuração dos serviços.

A falta de prioridade política em organizar a distribuição do recurso público, que induziu o subfinanciamento crônico do setor saúde, foi e é uma constante que transversaliza cada fase dessa história. Ora percebida pelo OSS nunca efetivamente implantado (CORDEIRO, 2001); ora pela morosidade de estabelecimento de uma lei que garanta o mínimo de investimento no setor de forma definida em cada esfera de governo, ora percebida ainda pela leviana interpretação da lei de modo a prejudicar o investimento e custeio dos serviços de saúde em detrimento de outras frentes da proteção social, além do recuo da participação da União e comprometimento do orçamento municipal para com a saúde, cada vez mais crescente.

Vale destacar ainda que a descentralização, inicialmente, recebeu apoio do Banco Mundial, que a associava à privatização, ao funcionamento descentralizado do mercado além da ideia de deslocar o poder do nível central para as instâncias

subnacionais, conforme apontam Rizzotto e Campos (2016). Entretanto, o fato de o processo de descentralização resultar em uma municipalização do sistema gerou o seguinte desdobramento: “o Banco passou a fazer ressalvas pelo suposto equívoco também neste aspecto da reforma sanitária brasileira, alegando que a descentralização teria sido demasiada com pequeno grau de privatização da prestação de assistência [...]” (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 265).

Mais uma vez, ressalta-se que esse tipo de descentralização, apreendida como municipalização no âmbito da gestão dos serviços de saúde implica num aumento concomitante de autonomia gerencial, e oneração financeira em crescimento exponencial dos municípios para com o setor saúde. Para muitos desses municípios, essa responsabilidade financeira configura fator determinante a não obtenção de alta qualidade nos serviços prestados, ou mesmo a dificuldade em garantir o direito de acesso aos serviços básicos de saúde a toda sua população, visto a precariedade das situações socioeconômicas de grande parte dos municípios brasileiros.

Em analogia a um típico caso clínico, a apatia do orçamento público no investimento do setor saúde ao longo dos anos, em todas as “eras de poder partidário”, acabou por gerar uma grave complicação decorrente de uma condição crônica de subfinanciamento da saúde que o SUS já vinha sofrendo desde o seu nascimento. Essa complicação tem levado nosso sistema a um estado que inspira cuidados críticos, e nesse contexto, é mais fácil perceber a defesa do SUS vinculada a posicionamentos político-partidários (o que reforça a ideia do SUS como política de governo), do que perceber soluções efetivas para reversão desse quadro, de modo a elevá-lo enquanto de fato uma política de Estado.

Uma vez compreendidos os aspectos históricos da descentralização do SUS e como o processo de municipalização foi decisivo no ordenamento do financiamento do SUS, e que este por sua vez pode condicionar o direcionamento do modelo de atenção à saúde, o próximo tópico buscará tratar sobre os desafios da efetivação do direito à saúde nos municípios.

2.2 O direito à saúde na esfera municipal

No âmbito da então discutida lógica da ampliação da autonomia de gestão atrelada a um aumento de responsabilidade financeira dos municípios para com o financiamento dos seus serviços de saúde, estudos têm apontado aspectos desfavoráveis nesse contexto (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016; MOTTA; SILVA; LIMA, 2015). A incorporação dessa responsabilidade financeira fixa um valor mínimo de investimento financeiro em um maior percentual contributivo quando comparado às outras esferas de poder. Esse fato pode ser apontado como grande entrave para efetivação do direito a saúde e ampliação da oferta de serviços de qualidade no âmbito municipal, principalmente na Atenção Básica, uma vez que a gestão dos serviços organizados nesse nível de atenção é responsabilidade dos próprios municípios. Em que pese ainda, o fato de a Atenção Básica ser considerada porta de entrada do sistema, com altas expectativas de resolutividade.

Nesse sentido, a OPAS (2018) destaca no elenco de recomendações relevantes para o alcance da agenda 2030, que já tem permeado grandemente os debates na área da saúde pública, a “necessidade de reduzir a fragmentação do SUS, com o aperfeiçoamento dos arranjos interfederativos, na busca de soluções que preservem a autonomia dos municípios, e, também facilitem a regionalização dos serviços [...]” (OPAS, 2018, p. 6). Todavia, há que se ponderar que a autonomia dos municípios precisa ser desenvolvida dentro de uma perspectiva de coordenação estadual e regional, sem as quais a fragmentação do sistema poderá conseqüentemente, ser ainda mais profunda.

Além disso, sabe-se que o caminho para incorporação de recomendações ou diretrizes nos processos de trabalho que constituem os cenários de práticas do SUS, tem maturação nem sempre tão célere quanto às necessidades que remontam a democratização do acesso à saúde no país nos apontam que deveria ser, principalmente tendo em vista a amplitude das desigualdades de conjuntura entre os municípios do Brasil.

Segundo o IBGE, em 2018, 57,0% da população brasileira vivia em apenas 5,7% dos municípios (317), que são aqueles com mais de 100 mil habitantes. Em contrapartida, a maior parte dos 68,4% dos municípios brasileiros possui até 20 mil habitantes, abrigando apenas 15,4% da população do país (IBGE, 2018), o que revela de certa forma, a existência de “muitos Brasis”. Esse quadro, certamente configura fator agravante para obtenção de êxito na consolidação de um sistema público de saúde de fato único.

Também vale ressaltar que a compreensão das bases da administração pública genuinamente brasileira precisa considerar os mais de 300 anos de colonização cuja marca característica mistura o patrimonialismo local com um centralismo excessivamente regulamentador e, geralmente, de baixa efetividade (ABRUCIO; PEDROTI; PÓ, 2010). Esse quadro acaba por determinar em muitos aspectos a reprodução em diferentes escalas, de padrões clientelistas que determinam a cooptação das políticas de Estado travestidas de política de governo na tentativa de conferir legitimidade ao poder local. É inegável, porém, que essas características mencionadas podem ser percebidas nas três esferas de governo. Levando a um quadro bastante conhecido da esfera pública nacional:

Em nome da governabilidade, os gestores repartem entre os partidos aliados os diversos setores da administração pública e, assim, a saúde se torna refém do clientelismo nos cargos de confiança, negligenciando o mérito, o profissionalismo, a competência técnica e a qualidade dos condutores da política de saúde (CEBES, 2012a, p.317).

A principal consequência da municipalização dos serviços públicos de saúde talvez seja que até hoje ainda não se consolidou um SUS que funcione efetivamente enquanto um sistema de fato regionalizado e integrado (RODRIGUES P., 2014), dificultando inclusive, o provimento de ações e serviços de saúde de forma resolutiva e em tempo oportuno (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Além disso, o processo de municipalização em um país de dimensões continentais e de realidades tão heterogêneas como o Brasil, acaba por gerar resultados bastantes variáveis na experiência dos serviços públicos de saúde. Santos, L. e Campos (2015) salientam a necessidade de se discutir como é inconcebível um SUS que se fraciona em 5570 subsistemas municipais e 27 estaduais, conforme visto anteriormente. E nesse mesmo sentido, defende-se que essa conjuntura de gestão descentralizada somada ao modelo Federalista brasileiro, possibilita a ocorrência de alterações na configuração do SUS (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016), que embora se pretenda único, acaba por se configurar de maneiras diversas no cotidiano da população, dependendo do lugar onde se vive.

Nos municípios onde as estruturas política e econômica são desfavoráveis ao desenvolvimento de serviços de saúde eficientes e resolutivos vem se instalando uma conformação fragmentada de sistema de saúde, que em nome da autonomia municipal é definida sua própria política de gestão e de atenção à saúde, gerando iniquidades, desigualdades e comprometendo grandemente a sustentabilidade do

SUS (SANTOS, L.; CAMPOS, 2015). As instâncias municipais, conforme processo histórico citado, foram privilegiadas como principais interlocutoras do nível federal, acarretando um esvaziamento do papel das instâncias estaduais e seu poder de negociação (SIQUEIRA et al., 2002).

Nesse aspecto, há que se fazer uma reflexão importante acerca do desequilíbrio na forma como foi incorporada a municipalização, no sentido de certa ausência de uma coordenação e apoio suficientemente forte de estados e um direcionamento mais veemente da União, de modo que fosse possível garantir um sistema de saúde coeso e eficiente em cada um dos municípios brasileiros. O que pode ser justificado e muito pela profunda fragilização na montagem de redes no processo de regionalização do SUS (PAIM J., 2018). E, pelas dificuldades de recursos humanos e outros desafios inerentes às três esferas de governo, certamente decorrentes da não priorização do setor saúde no financiamento público conforme discutido.

Nesse contexto, Carvalho A.; Jesus; Senra (2017, p. 1158) apontam que “a regionalização pode ser considerada como uma diretriz estruturante da descentralização das ações e dos serviços de saúde no SUS, construída na perspectiva de se garantir o direito à saúde por meio do acesso resolutivo.” Além disso, é importante salientar que: “A regionalização no SUS não é uma escolha, é uma determinação constitucional e legal – e uma necessidade” (SANTOS, A; ALMEIDA; TERRAZAS. 2020, p. 28).

Portanto, argumenta-se que através do fortalecimento da regionalização torna-se possível prospectar a mitigação de iniquidades decorrentes das desigualdades de capacidade de gestão político-administrativa, além de disparidades econômicas e sociais presentes entre os diversos municípios do Brasil. E também daquelas decorrentes das desigualdades na distribuição territorial dos serviços, que interferem diretamente no acesso à saúde pela população.

A constituição de Regiões de Saúde com função de gestão da rede é trazida por Campos (2018) como tema crucial para adequação da dialética centralização e descentralização no SUS. Partindo da essencialidade desse fortalecimento, o autor propõe o estabelecimento de um Fundo Regional de Saúde com orçamento próprio além da criação de uma Autoridade Sanitária em cada Região de Saúde. Projeções possíveis, entretanto, aparentemente ainda muito distantes da realidade atual brasileira e pouco prováveis de atingirem uma via de concretização, quando

olhamos para o contexto da maioria dos municípios.

Retomando brevemente a discussão acerca da focalização do sistema enquanto um desafio para a consolidação do direito à saúde discutida no capítulo anterior, parece haver uma articulação intrínseca entre o modelo de atenção focalizado, enquanto um “SUS pobre para pobres”, e o modo como apreendemos a municipalização no Brasil. Principalmente levando-se em conta as assimetrias sociais, as distintas capacidades de gestão e orçamentária, além das disparidades de porte populacional dos municípios do Brasil.

Nesse sentido, embora tratando-se de um cenário dos anos 90, o trecho abaixo traz questões que condicionam até hoje os processos de cuidado estabelecidos no SUS, seja no aspecto macropolítico, ou no aspecto das relações entre usuários e profissionais de saúde, que reflete ainda em grande parte o cenário atual da saúde no Brasil.

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão focalista onde o “local” é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais “eficientes” e acordes às necessidades da população. Retrocedemos a uma visão “comunitária” onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar. Por trás de um falso e importado conceito de *empowerment* está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza. (NORONHA e SOARES, 2001, p. 446)

É como visualizar uma transferência consecutiva entre “diversas camadas” do referido “local” de responsabilização pela efetivação do direito à saúde, afastando-se cada vez mais da “camada central da União” em direção ao indivíduo. A perspectiva “local” emerge como uma ideia tão potente e definitiva nos padrões de alcance da saúde, que parece superar o propósito da solidez de uma política nacional bem coordenada e adequadamente financiada. Como se o fortalecimento das bases locais de operacionalização do sistema de saúde, seja do ponto de vista das relações interfederativas, do controle social, ou mesmo da corresponsabilização dos usuários, neutralizasse as necessidades de maior aporte e suporte técnico e orçamentário da União, de efetiva coordenação pelos estados e do fortalecimento da regionalização.

É impossível esperarmos que haja efetivação do direito a saúde na esfera municipal dos serviços, se abrimos mão dessas dimensões. Não descartando a relevância do fortalecimento das bases, no sentido da “camada mais local” de

operacionalização do SUS, que é sim de grande importância, entretanto, as dimensões citadas, enquanto “camadas mais centrais” da operacionalização da Política de saúde, justamente são as que podem determinar condições mais adequadas para que se desenvolva esse fortalecimento.

Por exemplo, podemos imaginar como seria se a cada mudança de governo nos municípios, não houvesse mudança de cor das paredes das unidades básicas, não houvesse mudança de símbolos ou marcas e cores dos uniformes dos profissionais da Atenção Básica, pois a Atenção Básica é parte do SUS que é por sua vez uma política de Estado. Como seria se absolutamente todas as unidades básicas de saúde tivessem a mesma disponibilidade de oferta de ações e serviços de saúde, e não houvesse algumas funcionando em casas improvisadas, sem haver sequer um espaço adequado para atendimento à população, enquanto outras unidades esbanjam até usufruir de serviços de paisagismo e jardinagem? Como seria se os prontuários eletrônicos em operação nas Unidades Básicas, escolhidos mediante critérios de contratação distintos em cada município, não fossem múltiplos sem qualquer interface de comunicação com a rede de saúde enquanto parte de um sistema nacional e único? Podemos imaginar um financiamento do sistema de saúde, que minimamente acompanhe o gasto do PIB referente à parcela pública, quando comparado ao de outros países que de igual forma possuem um sistema universal? Tendo em vista que o Brasil vem mantendo um gasto público do PIB em percentual menor do que o de outros países europeus com sistemas universais (MENDES, 2017; OCKÉ-REIS, 2012; DAIM, 2007).

Talvez, principalmente por admitirmos essas fragilizações, o SUS ainda conviva com cenários de baixa resolutividade, e que no aspecto da configuração dos processos de trabalho e da qualidade dos serviços prestados ele seja tudo, menos único. Esse cenário, certamente contribui para tornar ainda mais difícil a efetivação do direito social à saúde na sua plenitude. Por sua vez, essa consequente baixa resolutividade tem alimentado o fenômeno de judicialização no âmbito da saúde, ampliando a vulnerabilidade da já difícil organização sistêmica do SUS (SANTOS, L.; CAMPOS, 2015).

A judicialização da saúde será melhor tratada no capítulo posterior, entretanto, este fenômeno tem impactado tanto a esfera municipal de gestão do SUS, que em 2021 o CONASEMS lançou uma série de manuais chamada: “Judicialização da saúde nos municípios: como responder e prevenir”, onde destaca-

se que: “Ordens judiciais para fornecimento de tratamentos podem ter um impacto proporcionalmente muito maior em municípios, que geralmente possuem orçamentos muito menores que o de estados ou do governo federal” (CONASEMS, 2021b, p. 3). Em que pese, obviamente, as proporções das responsabilidades de cada ente. Embora não se intente aqui discutir o teor do conteúdo apresentado no material publicado pelo CONASEMS, essa é uma iniciativa que reflete a fundamentalidade da abordagem da temática do direito à saúde e da judicialização da saúde, na perspectiva da esfera municipal.

Reforçando a significativa relevância da esfera municipal no âmbito da garantia do direito à saúde, a Procuradoria Geral de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (2010, p. 14) afirma que: “o Município é o gestor do sistema local de saúde e responsável pelo cumprimento dos princípios da atenção básica, devendo, para tanto, coordenar, articular, negociar e planejar o sistema de saúde dentro do seu território de forma universal.”

Desse modo, a gestão do SUS a nível municipal, para além do campo teórico, tem implicações na forma como se estabelece o cuidado em saúde nos diferentes territórios e na forma como as políticas públicas e suas diretrizes orçamentárias potencializam ou limitam essa gestão.

É preciso encontrar meios de fortalecimento, inclusive financeiro da gestão pública municipal e estadual. Reforça-se aqui que, a adoção de medidas eficientes que resultem em melhores práticas no SUS deve levar em conta, inclusive, a possibilidade de aumento dos gastos no setor saúde, e não uma contenção de investimentos, conforme perversa opção estatal legitimada na EC 95.

O uso da austeridade fiscal na gestão dos recursos limita os avanços obtidos com as políticas sociais de caráter universal, além de ter um efeito de desacelerar a retomada do crescimento da economia, afetando drasticamente o presente e as perspectivas futuras das sociedades que lançam mão dessa política de austeridade tomada por alguns autores como “austericídio” (VIEIRA; OCKE-REIS; RODRIGUES, 2018).

É preciso, ainda que por um momento, direcionar a criticidade para além dos horizontes ideológicos que dicotomizam períodos da história da gestão pública da saúde no Brasil, para compreender que a descentralização tem sido em muitos sentidos, um caminho sem volta, trilhado pelos mais diversos governos. Um caminho

capaz de gerar, tanto atalhos produtivos, como marcantes percalços para administração pública com os quais ainda precisamos aprender a lidar.

Daí a importância de se olhar para as práticas consolidadas na esfera política e administrativa do sistema de saúde de um modo geral, mas principalmente no âmbito municipal, tendo em vista que o direcionamento engendrado pelo arcabouço jurídico do SUS tem apontado para competências essencialmente mais executivas nessa esfera da federação brasileira.

Destaca-se a urgência da necessidade de equilíbrio e equidade na distribuição das responsabilidades administrativas e investimentos financeiros entre as três esferas públicas da gestão (federal, estadual e municipal) no que diz respeito ao SUS, com fortalecimento do papel dos estados na medida necessária à garantia de uma gestão coesa pelos municípios, ampliando a capacidade governamental de se garantir a efetivação do direito à saúde, considerando a necessidade de se reduzir as assimetrias regionais das ofertas de serviços de saúde. Assimetrias essas que certamente contribuem para o aumento de demandas não solucionadas pelas vias administrativas do SUS, e que acabam conseqüentemente por se tornarem demandas judiciais que retornam por outras vias a rede de atenção à saúde para serem solucionadas.

Nesse sentido, e tomando por base o entendimento de que a judicialização da saúde é um fenômeno que envolve vários elementos causais, fatores intervenientes, e pode ter desdobramentos significativos que impactam a vida de indivíduos, famílias, comunidades e instituições, busca-se no próximo capítulo discutir a ideia de judicialização no contexto da saúde e como ela se manifesta nos cenários de prática da gestão do SUS.

3. A MULTIDIMENSIONALIDADE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Admitir o usuário como um demandante do poder público, não revela a condição cidadã que a saúde possui no Brasil.

Felipe Dutra Asensi

Este capítulo está dividido em 3 tópicos cujos conteúdos foram organizados de modo a facilitar a compreensão da problematização proposta sobre a temática da judicialização da saúde.

Especificamente no primeiro tópico, objetiva-se apresentar a ideia de judicialização da saúde a luz de alguns autores, seguido da discussão acerca da judicialização da saúde no Brasil especificamente. No tópico que se segue, discutir as ambiguidades e contradições de sua manifestação nos sentidos da garantia do acesso, da equidade e da constituição de um campo de disputa entre os Poderes Judiciário e Executivo. Na terceira parte deste capítulo a judicialização é discutida enquanto possibilidade reveladora dos desafios do SUS. Nesse sentido, problematiza-se a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde e alguns dos entraves para sua consolidação efetiva. Já a quarta parte deste capítulo, aborda a ideia da juridicização e os diálogos institucionais como possibilidade para efetivação do direito à saúde, sem deixar de lado os desafios inerentes à pluralidade de atores e instituições cujas ações interferem na efetivação do direito a saúde.

3.1 O que é a judicialização?

A ideia de judicialização é delimitada por Alec Stone Sweet, considerando as relações em duas ou três partes que constituem instituições sociais ou mesmo relações humanas básicas. O autor toma como exemplo a relação díade entre o capital e o trabalho (na produção industrial), aliados e inimigos (nas relações internacionais), partido de governo e partido de oposição (nas democracias parlamentares), dentre outros. E ele define enquanto “resolução triádica de disputas”

aquela que envolvem as duas partes mais uma terceira parte encarregada de resolver a disputa entre ambas. Para ele, a judicialização consiste então em um processo político que é sustentado pela interdependência das relações diádicas e triádicas, de regras e comportamentos estratégicos (STONE SWEET, 1999). O autor explica ainda que a “judicialização da resolução de disputas” é o processo por meio do qual o mecanismo da chamada “resolução triádica de disputas”, aparece, estabiliza e desenvolve um tipo de autoridade sobre a estrutura normativa vigente nas relações de troca em uma determinada comunidade (STONE SWEET, 1999).

Sobre a ampliação do Poder Judiciário na vida em sociedade e na própria política, Vianna, Burgos e Salles (2007) explicam que desde o segundo pós-guerra, a partir do advento do Welfare State com suas intenções de organizar o capitalismo e trazer harmonia entre as classes sociais, o direito tem sido trazido para o centro da vida social. Para os mesmos autores, as reformas neoliberais enquanto resposta radical a crise do Welfare State na década de 70, “[...] afrouxam, quando não retiram de cena as escoras que asseguravam direito a amplos setores sociais [...] Sem Estado, sem fé, sem partidos e sindicatos, suas expectativas de direitos deslizam para o interior do Poder Judiciário” (VIANNA; BURGOS; SALLES, 2007, p. 40). E assim, “o *boom* da litigação” tem sido um fenômeno mundial que vem “convertendo a agenda do acesso à justiça em política pública de primeira grandeza” (VIANNA; BURGOS; SALLES, 2007, p. 40).

Para Vallinder (1995 apud CARVALHO ERNANI, 2004) há dois tipos de judicialização:

1) “*from without*”, que é a reação do Judiciário à provocação de terceiro e que tem por finalidade revisar a decisão de um poder político tomando como base a Constituição. Ao fazer a revisão, o Judiciário ampliaria seu poder frente aos demais poderes; 2) “*from within*”: é a utilização do aparato judicial na administração pública; portanto, juntamente com os juízes vão os métodos e procedimentos judiciais que são incorporados pelas instituições administrativas que eles ocupam. A forma mais difundida de judicialização da política, que pode ser generalizada a todos os casos, é a *from without*, ou seja, o controle jurisdicional de constitucionalidade (VALLINDER, 1995 apud CARVALHO ERNANI, 2004).

No Brasil, estudos da judicialização da política passam a se consolidar enquanto perspectiva teórica e analítica, principalmente a partir da década de 90, passando a desempenhar um papel de agente ativo na implementação de políticas

públicas e efetivação de direitos (ASENSI, 2010a). É então, a partir do reconhecimento do Judiciário enquanto responsável pelo controle da constitucionalidade das leis, que surgem os processos de judicialização de demandas em saúde (ASENSI, 2010b).

É importante localizar a temporalidade da relação entre direito e saúde no país, cuja “versão atual” data a partir da Constituição de 1988, com sua cristalização, sendo fruto de amplos debates envolvendo grupos de pressão, sociedade civil e o Estado (ASENSI e PINHEIRO, 2015). Por isso, é correta a compreensão de que a história do direito à saúde no Brasil “se confunde” ou está literalmente contida na história da concepção do SUS, enquanto desdobramento do movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

Baptista, Machado e Lima (2009) apontam que desde a promulgação da Constituição Federal de 88, expressivo conjunto de leis, portarias ministeriais incluindo ações de cunho administrativo objetivaram viabilizar o projeto político desenhado e, paralelamente, entre 1990 e 2000, observa-se a expansão do número de mandados judiciais cujas demandas relacionam-se ao direito à saúde.

Sendo assim, uma vez que a ideia da saúde agora ocupa o lugar de direito social e dever do Estado, depreende-se que sua garantia seja viabilizada então mediante políticas públicas. Entretanto, uma vez que o cidadão não identifica a efetivação desse direito, passa a ver no acionamento Judiciário do Poder Executivo, uma opção considerável para dirimir situações de injustiça que figuram no campo da saúde na sociedade.

A seguir, destaca-se um marco histórico da judicialização da saúde no Brasil que abriu precedente para ajuizamento de diversas outras demandas no campo da saúde. Uma das primeiras ações do país a conseguir então uma liminar favorável em 1996, com determinação de fornecimento imediato da medicação solicitada, foi a movida por Áurea Celeste da Silva Abbade (advogada do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids de São Paulo. A ação contra o Estado de São Paulo, teve por base o 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 – AZT e o ddl – não produziam mais efeitos” (BRASIL, 2005, p. 24-25).

Trazendo algumas ideias sobre definição de judicialização da saúde; segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, ela pode ser entendida como “o fenômeno das ações judiciais contra o Sistema Único de Saúde (SUS) que

demandam o fornecimento de tratamentos médicos com base no direito constitucional à saúde” (CONASEMS, 2021b, p. 3). Entretanto, o principal problema dessa noção de judicialização da saúde está na delimitação específica da demanda como “fornecimento de tratamentos médicos”. Além de expressar uma visão extremamente centrada num modelo já superado de atenção à saúde, o usuário do SUS pode sustentar demandas com base no conceito ampliado de saúde, inclusive de insumos que não necessariamente se configurem diretamente em um tipo de “tratamento médico”, mas que corrobore para o alcance de um padrão de saúde. Outro problema com esse conceito é que a judicialização da saúde admite também a existência de ações judiciais contra planos e seguros de saúde privado, por exemplo.

Vale retomar-se aqui a ideia de judicialização expressa como uma disputa estrutural por recursos escassos de uma sociedade complexa, na determinação do que é prioritário e de quem deve ser o foco das prioridades (CNJ, 2019). Essa visão pode ser articulada com a ideia desenvolvida por Taylor (2007) quando em um estudo acerca do papel do Judiciário na formulação de políticas públicas defende que: “o grau com que o Judiciário é invocado para servir como árbitro nos conflitos entre as forças ou instituições políticas depende não apenas da força dos tribunais, mas também, de forma mais abrangente, dos padrões da disputa política” (TAYLOR, 2007, p. 231).

Pelo viés da saúde, o que se pode definir hoje enquanto padrões de disputas políticas que interferem no grau de litigiosidade judicial no campo do direito à saúde? Qual seria efetivamente a natureza do conflito? Há que se considerar primeiramente, que o grau de judicialização no sentido do acionamento do Judiciário para resolução dos conflitos é diferentemente afetado por diversos fatores inerentes ao contexto social, como pode ser compreendido na citação de Santos B., Marques e Pedroso (1996):

Por um lado, o nível de desenvolvimento condiciona o tipo e o grau de litigiosidade social e, portanto, de litigiosidade judicial. Uma sociedade rural dominada por uma economia de subsistência não gera o mesmo tipo de litígio que uma sociedade fortemente urbanizada e com uma economia desenvolvida. Por outro lado, embora não se possa estabelecer uma correlação linear entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento político, os sistemas políticos nos países menos desenvolvidos ou de desenvolvimento intermédio têm sido, em geral, muito instáveis, com períodos mais ou menos longos de ditadura alternados com períodos mais ou menos curtos de democracia de baixa intensidade. Esse fato não pode deixar de ter um forte impacto na função judicial. Tal como sucede entre os países centrais, esses fenômenos interagem de maneira muito diferente de

país para país, quer entre os países menos desenvolvidos ou periféricos, quer entre os países de desenvolvimento intermédio.

Na presente tese a compreensão da judicialização da saúde configura-se a partir da concepção mais ampla do termo conforme supracitado, entendendo que ela é a materialização em ação judicial, de algumas das demandas sociais não atendidas por meio da execução das políticas públicas de saúde, vocalizadas por meio do Poder Judiciário.

Percebe-se que a expansão do Poder Judiciário em relação às Políticas Públicas é uma situação que tem sido observada em outros regimes democráticos já há algumas décadas, e apesar de ser um fenômeno tipicamente encontrado nos séculos XX e XXI, é possível identificar traços da judicialização ainda no século XIX (MACHADO F. e DAIN, 2012). Entretanto, essa imbricação entre Poder Executivo e Poder Judiciário apresenta algumas tensões no âmbito da efetivação do direito à saúde. Há diversas críticas direcionadas à legitimidade do Poder Judiciário no efetivo desempenho de papel no campo da saúde (MACHADO F. e DAIN, 2012).

Podemos delimitar a partir deste entendimento, um importante desdobramento da judicialização da saúde: o tensionamento, ainda que abstrato, entre Poder Judiciário e Executivo. A indicação de abstração se refere ao fato de que ambos configuram poder público do Estado destinado a “serviço do cidadão” e que, portanto, os tensionamentos não deveriam representar oposição entre um e outro poder. Inclusive tanto um quanto outro parece representar socialmente uma forma de certo “poder de concessão”, na perspectiva da efetivação dos direitos para o cidadão brasileiro.

Nesse sentido, Asensi e Pinheiro (2016, p. 50) defendem que “no Brasil, foi constituído um modo de sociabilidade em que a centralidade do Estado influenciou decisivamente a forma como os atores sociais concebem seu direito e o reivindicam.” Acerca deste quadro, Amaral I. et al. (2021) referem que há certa concepção paternalista da sociedade brasileira que reflete muito o olhar histórico da saúde e dos direitos sociais no geral, mais enquanto favor do que uma conquista democrática.

Na perspectiva dos tensionamentos entre Poder Executivo e Judiciário, Santos B., Marques e Pedroso (1996, p. 3) defendem que o protagonismo do Judiciário:

[...] traduz-se num confronto com a classe política e com outros órgãos de poder soberano, nomeadamente com o Poder Executivo. E é, por isso que, tal como anteriormente, se fala agora da judicialização dos conflitos políticos. Sendo certo que na matriz do Estado moderno o Judiciário é um poder político, titular de soberania, a verdade é que ele só se assume publicamente como poder político na medida em que interfere com outros poderes políticos. Ou seja, a política judiciária, que é uma característica matricial do Estado moderno, só se afirma como política do Judiciário quando se confronta, no seu terreno, com outras fontes de poder político. Daí que a judicialização dos conflitos políticos não possa deixar de se traduzir na politização dos conflitos Judiciais.

Talvez o principal aspecto da natureza do conflito em questão, no sentido da judicialização da saúde, se traduza então com o segundo tipo de conflito entre o direito vivo e o direito positivo novamente em referência a Ehrlich (1980 apud ASENSI, 2010a), conforme já delimitado no cap. 1 da presente tese, como sendo aquele conflito entre o que é previsto em lei e o que efetivamente se concretiza na prática, cuja origem repousa naquilo que é expresso de forma não tão precisa, tanto no texto constitucional ou nos instrumentos jurídicos infraconstitucionais.

Sendo assim, considera-se no presente estudo que a natureza do conflito da judicialização da saúde precisa levar em conta:

- a) Disputas políticas no campo social: podendo abranger a questão das tecnologias de saúde, e todo arcabouço do complexo médico-industrial que esta temática tenciona, interesses partidários, relações público-privado, relações clientelistas no campo da gestão que inviabilizam a concretização de uma rede de atenção à saúde efetivamente regionalizada que dê conta do atendimento integral dos cidadãos, gerando demandas judiciais desnecessárias, dentre outros;
- b) Fatores intervenientes no cumprimento do papel do Estado: envolvendo o discurso da reserva do possível historicamente colidente com a ideia da garantia do mínimo existencial nas disputas judiciais no campo da saúde, a notável debilidade no financiamento público das ações e serviços de saúde no país, a distribuição nem sempre tão clara entre o que conformam as competências de cada esfera de governo, dentre outras questões, mas talvez a mais significativa, seja a falta de consenso sobre a existência ou não dos limites da provisão do Estado no que tange ao direito à saúde, levando-se em conta a natureza abrangente e intersetorial que sua correta compreensão e manejo requerem.

Vale ressaltar ainda que o conceito de saúde na sua amplitude e definição multifatorial, em tese pode comportar de fato um número praticamente ilimitado de demandas a ela associadas. Amaral I. et al. (2021, p. 171) afirmam que “O alargamento da compreensão da sociedade acerca dos determinantes sociais da saúde expande os limites daquilo que, com razão, pode ser reivindicado enquanto necessidade de saúde”. Por outro lado, vale lembrar que o que move essa engrenagem, não é apenas o compromisso com a vida, mas “Pelo contrário, há uma guerra de gigantes travada pelos laboratórios multinacionais, que visam o lucro e usam de todas as armas disponíveis no mundo capitalista e globalizado” (BRASIL, 2005, p. 11).

Visto isso, no próximo tópico a complexidade da judicialização da saúde será abordada no horizonte de suas ambiguidades e contradições, nos seguintes aspectos: garantia do acesso, equidade e constituição de um campo de disputa entre os Poder Judiciário e Poder Executivo. Não havendo qualquer intencionalidade em reduzir a compreensão da judicialização da saúde a esses aspectos, mas buscando a direção de compreendê-la dialeticamente.

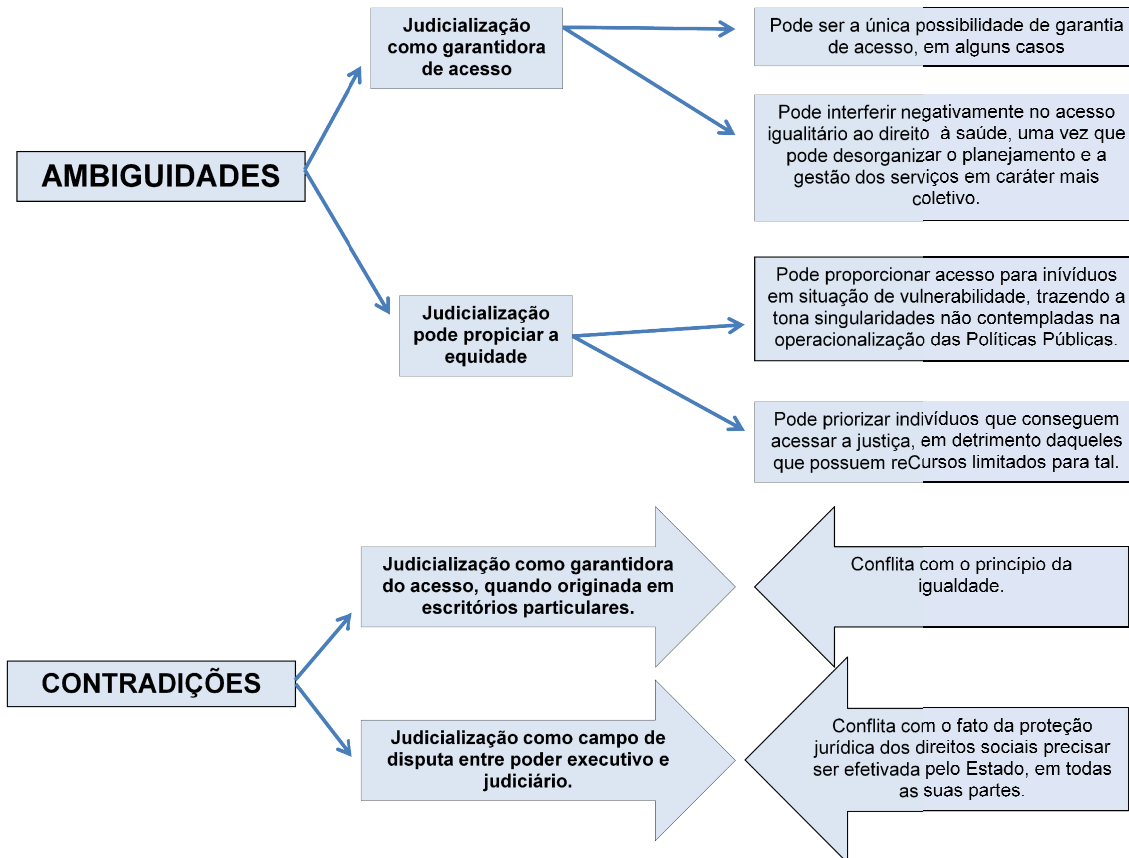
3.2 Ambiguidades e contradições da judicialização

Primeiramente, vale ressaltar o que se constitui enquanto ambiguidade e o que pode ser considerado enquanto uma contradição. Ambiguidade é tudo aquilo que de alguma forma pode ser entendido ou interpretado de maneiras diferentes, sem necessariamente constituir uma contradição entre uma maneira e outra. Um “duplo sentido” por assim dizer. Já em uma contradição, há necessariamente uma oposição, ou mesmo uma incompatibilidade de ideias, onde uma determinada compreensão diverge da outra.

Nesse aspecto, e compreendendo que a natureza dialética de uma análise traz ênfase à dissensão, à diferença, ao contraste e à ruptura de sentido (TAQUETE e BORGES, 2020), o que se pretende no presente tópico é a aplicação dessa perspectiva para o fenômeno da judicialização da saúde. Sendo assim, configura-se

abaixo um pequeno esquema que sintetiza os aspectos aqui tomados como ambiguidades e contradições da judicialização da saúde:

Figura 2: Ambiguidades e contradições da Judicialização da saúde



Fonte: A autora, 2021.

Os apontamentos apresentados na figura acima serão discutidos nos próximos parágrafos. Conforme visto, as questões apresentadas como ambigüidades apontam para duas possibilidades de sentido, não necessariamente contraditórias. E as questões apresentadas como contradições são aspectos que conflitam diretamente com outras questões.

Uma análise bibliométrica acerca da judicialização da saúde no Brasil apontou que enquanto consequências do fenômeno, as categorias analíticas utilizadas no estudo corresponderam a dois aspectos, aparentemente contraditórios: a judicialização como prejuízo de acesso igualitário aos serviços de saúde e como garantia de acesso à saúde (AMARAL I. et al., 2021). Entretanto, tomando por base os conceitos apresentados de ambiguidades e contradições, pode-se afirmar que na

verdade, os aspectos apresentados no referido estudo são ambíguos e não contraditórios. Essa visão pode ser defendida uma vez que a promoção do acesso aos serviços de saúde, não necessariamente se opõe ao prejuízo do acesso igualitário aos mesmos. Até porque se faz necessário especificar-se de que ponto de vista de quem ou de qual situação está sendo considerada a questão do acesso.

Podemos citar como um exemplo hipotético uma situação em que o acesso a determinado tratamento de alto custo pode ser imprescindível para a garantia da sobrevivência de um indivíduo, e esse acesso só possa ser efetivado mediante uma ação judicial. Ao mesmo tempo, esse elevado custo, se colocado a cargo de um ente federativo sem previsão de recurso orçamentário suficiente para tal, por exemplo, um determinado município, este precise usar de finanças públicas que seriam destinadas a outro fim no setor saúde. Hipoteticamente, esse outro fim poderia ser a expansão de cobertura de Estratégia Saúde da Família para determinado bairro de alta vulnerabilidade social, onde não haja nenhuma equipe de saúde da família para atender a população. Esse caso, necessariamente ocasiona prejuízo de acesso igualitário a serviços de saúde - considerando que o município possui bairros cobertos e não cobertos por equipes de Saúde da Família- em prol de garantir o acesso ao tratamento mencionado, primordial para garantia da sobrevivência do indivíduo que pleiteou a judicialização.

A judicialização do ponto de vista da garantia do acesso pode ser considerada um fator positivo no aspecto da efetivação do direito à saúde de quem demanda a ação. Ao mesmo tempo em que se questiona até que ponto a garantia de direitos individuais pode, de alguma forma, pôr em xeque o direito coletivo à saúde, uma vez que decisões judiciais favoráveis ao indivíduo que demanda, podem impactar negativamente o acesso igualitário aos serviços (AMARAL I. et al., 2021).

Há nesse sentido, um debate talvez pouco enfrentado sobre o direito individual e coletivo ao acesso às ações e serviços de saúde. Ressalta-se que o aumento de gastos públicos com decisões judiciais, que por sua natureza dificilmente é possível contar com previsibilidade e reorganizações adequadas ao planejamento dos gestores, pode de fato em alguns casos, prejudicar a implementação de políticas públicas que atendam às necessidades em saúde de caráter mais coletivo.

Sendo assim, é preciso de fato admitir que a judicialização pode ser um caminho profícuo na efetivação do direito à saúde, principalmente levando-se em

conta os cenários de concretização deficitária das políticas públicas espalhados nos desiguais contextos territoriais do país. E nesses casos, é indubitável que as instituições jurídicas exercem papel fundamental.

Em explanação acerca de uma experiência de efetivação de direito à saúde que envolvia o Ministério Público (MP), Asensi (2010a, p. 148) argumenta que a proeminência desta instituição jurídica reside na “possibilidade de servir como eco das demandas construídas na interface com a sociedade civil”. E nesse aspecto, a Defensoria Pública também pode ser considerada uma instância de potencial identificação das demandas sociais dos segmentos economicamente mais vulneráveis.

Ainda no campo das questões referentes às desigualdades sociais e como elas condicionam as demandas em saúde, há também um debate entre a igualdade no acesso e a equidade reconhecida enquanto um princípio do SUS, mas não expressa *ipsis literis* no conteúdo textual da Constituição ou das Leis Orgânicas da Saúde. Pode-se em certo nível, compreender a equidade como um caminho fundamental para a garantia da igualdade de acesso, em um país tão heterogêneo e desigual como o Brasil. Nesse aspecto, em uma discussão acerca do conceito de equidade, Porto (1995, p. 133) afirma que:

[...]pode-se afirmar que atualmente as tendências preponderantes reconhecem como pilares principais do conceito de equidade a distribuição de recursos através de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades que resultam de fatores que estão fora do controle individual. Ao mesmo tempo cabe reiterar que a aceitação, quase consensual, de princípios equitativos permanece restrita exclusivamente à definição formal de um direito, sem que na realidade seja assegurado seu efetivo exercício.

Essa última afirmação da citação, em muito se articula com a já discutida diferença entre aquilo que se tem positivado e aquilo que se concretiza efetivamente na prática social, cercada por suas limitações e desafios.

Em síntese, até aqui foi possível identificar com clareza que a judicialização como garantidora de acesso é uma ambiguidade, pois do ponto de vista da gestão em saúde, dependendo dos desdobramentos que ela possa trazer, o acesso coletivo a alguns serviços pode ser prejudicado em prol da garantia do acesso de quem demanda a ação. Mas ao mesmo tempo, é inegável que a judicialização pode sim garantir acesso e sobrevivência de indivíduos que não conseguem ter suas necessidades atendidas mediante o andamento do fluxo usual de atendimentos na

rede de atenção à saúde, e é preciso reconhecer que há falhas na provisão do Estado, e que muitas vezes, mover uma ação judicial para obtenção do acesso acaba sendo um caminho necessário para efetivação do direito. Por exemplo, quando indivíduos encontram entraves para obterem transferências para unidades de alta complexidade e isso põe em xeque sua própria possibilidade de sobrevivência.

Também pode ser considerada uma ambiguidade a defesa generalista de que a judicialização promove um acesso mais equitativo à saúde, pois aí, precisa-se analisar a origem dessa judicialização. Conforme já visto, um lado é aquele cujas demandas originam-se de instituições jurídicas como a DP, cujo atendimento é voltado para pessoas em condições de hipossuficiência. E mesmo nesses casos, cabe questionar-se até que ponto todos aqueles cidadãos em vulnerabilidade que precisam de fato dessa assistência tem informações e condições de esclarecimento suficiente para procurar a DP, além de condições de deslocamento que pode incluir também a disponibilidade de recursos para tal.

Nesse sentido o CONASEMS (2021) aponta a existência de uma dupla porta no SUS: aqueles que entram pela via do Judiciário, obtendo acesso irrestrito aos recursos públicos e aqueles que têm acesso a um conjunto limitado de ações e serviços de saúde. Nesse aspecto, há que se considerar ainda a litigação proveniente também de escritórios particulares de advocacia, o que pode incluir indivíduos que possuem plano de saúde, e portanto, contribuindo para manutenção das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Nesse caso especificamente a judicialização como promotora do acesso à saúde se torna uma contradição, na perspectiva de contrariar o princípio da igualdade, uma vez que só promove o acesso de quem obtém meios para acessar o Judiciário.

Nesse aspecto vale considerar a tese de Camargo (2017) cujo ensaio teórico apresentou três tipos de judicialização, uma delas sendo denominada judicialização-iniquidade, acerca da qual o autor afirma que:

“É bom para alguns indivíduos acessarem o direito de saúde, mesmo por via judicial; não obstante, é ruim para outros grupos nas mesmas condições não alcançarem tal efetividade, ou serem prejudicados pela prioridade orçamentária à determinação judicial em detrimento das prioridades políticas estabelecidas pela gestão de saúde.[...] Esta modalidade de judicialização não almeja garantir a universalidade da norma *in abstracto*, mas se contenta em aplicá-la pontualmente, *in concreto*, ao caso específico; não por princípio, mas por utilidade, para que sua eficácia produza ao menos efeitos inter partes (lat. restrito às partes da relação jurídica) – e alcancem apenas os indivíduos que demandaram o juízo pela prestação

sanitária. Representa a judicialização que não realiza a equidade, mas mantém a desigualdade social. Nesse sentido, sinteticamente: judicialização-desigualdade (CAMARGO, 2017, p. 214).

Portanto, este pode ser considerado um aspecto ambíguo do ponto de vista da possibilidade da geração de equidade a partir da judicialização.

Uma segunda contradição que pode ser considerada no sentido da judicialização da saúde é o fato dela transparecer um campo de disputas entre o Executivo e o Judiciário, quando, conforme já mencionado anteriormente, ela deveria representar na verdade uma questão de manejo comum entre as partes que compõem o Estado, cuja natureza da “coisa pública” existe essencialmente em prol do cidadão, em prol da sociedade.

Pode-se citar nesse contexto a reflexão de Santos B., Marques e Pedroso (1996) quando tratando acerca da juridificação da justiça distributiva em relação à consagração constitucional dos direitos sociais e econômicos, aí incluído o direito à saúde, afirmam que a liberdade a proteger juridicamente só consegue se efetivar mediante prestações do Estado, reforçando ser essa uma liberdade que está longe de ser exercida contra o Estado, mas que precisa ser exercida pelo Estado. “O Estado assume assim a gestão da tensão, que ele próprio cria, entre justiça social e igualdade formal; dessa gestão são incumbidos, ainda que de modo diferente, todos os órgãos e poderes do Estado” (SANTOS B; MARQUES; PEDROSO, 1996).

Sendo assim, é preciso compreender a judicialização da saúde como um complexo fenômeno que não pode ser rotulado como benéfico ou maléfico, nem mesmo quando se identifica do ponto de vista de quem se quer caracterizá-la, pois o cidadão é parte de toda uma sociedade, assim como o Poder Judiciário ou o Executivo são partes do Estado e este existe em prol da sociedade. E todas essas partes são importantes “peças” na engrenagem do nosso SUS, ainda que por vezes, existam conflitos de complexo manejo.

Esse tipo de abordagem é essencial para que a judicialização, deixe de ser vista como um “mal a ser combatido ou exterminado. Porque em muitos momentos, o contexto democrático precisa acomodar o contraditório, e o ambíguo. O que se deve buscar são meios de evidenciar a potencialidade que há nisso tudo. Como transformar um fenômeno como a judicialização, em uma ferramenta que aponte os desafios que precisam ser enfrentados?

No próximo tópico buscar-se á o aprofundamento dessa possível dimensão da judicialização da saúde. Aquela que revela os desafios do sistema de saúde trazendo à tona gargalos importantes, podendo assim ter, inclusive, um caráter pedagógico para aqueles que lidam diretamente com a gestão e o planejamento nos serviços de saúde em qualquer nível federativo.

3.3 A judicialização como potencial reveladora dos desafios do SUS: problematizando a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde

Há que se reconhecer que a judicialização pode influenciar o aprimoramento de políticas públicas, no sentido de trazer à tona aquilo que, de alguma maneira, vem se constituindo enquanto percalços no seu funcionamento, podendo mobilizar formas de superá-los, o que muitas vezes, inclui a criação de novas políticas públicas. Nesse aspecto, Mattos (2010) afirma que as pessoas que saúdam esse crescimento do acionamento do Estado pela via judicial, vislumbram um setor saúde em cujo Executivo haja “[...]técnicos mais dispostos a defender alocação dos recursos indispensáveis à concretização dos deveres do Estado do que a estabelecer prioridades para os recursos absolutamente insuficientes para as necessidades da população” (MATTOS, 2010, p. 40).

A judicialização da saúde pode apresentar esse caráter de trazer a luz os percalços da operacionalização das políticas públicas, sejam eles problemas sensíveis à organização das redes, como falta de integração entre os níveis de atenção ou baixa capacidade de articulação regional. Ou ainda, problemas de ordem mais estrutural como ineficiência na oferta de serviços ou inadequação do financiamento do sistema, seja por escassez de recurso ou desajustes na alocação deles. Mas será que toda ação judicial no campo da saúde tem esse potencial? Será que tudo aquilo que demanda o movimento de ações judiciais contra o Poder Executivo se traduz na justificativa de gargalos que existem nas práticas enquanto problemas reais? Ou talvez muitas vezes o que demandou uma ação judicial pode refletir apenas uma falta de informação ou comunicação? Tanto entre o cidadão e o profissional de saúde, como entre este e a gestão, ou entre essa gestão e o Poder Judiciário ou mesmo entre o Poder Judiciário e o próprio cidadão.

Nessa perspectiva, há um conceito chamado “judicialização residual”, cunhado recentemente em uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-Fiocruz) da autora Thaísa Guerreiro de Souza, que associou essa judicialização ao grau de desempenho dos serviços públicos de saúde e a própria efetividade do Direito à saúde (SOUZA T., 2018). Nesse estudo, conceituou-se chamar de judicialização residual uma judicialização que persiste apesar das tentativas oficiais de resolução administrativas, que acabam variando de acordo com as características políticas, sociais, econômicas e conforme a configuração do sistema de saúde local (SOUZA T., 2018).

Ou seja, se falamos de uma judicialização já um tanto quanto qualificada no sentido de já ter ocorrido um esforço em buscar caminhos extrajudiciais de resolução, lançando-se mão de fluxos e protocolos já existentes na operacionalização do SUS, e ainda assim, ela se torna necessária, essa judicialização residual pode ter potencial de apontamento dos gargalos do sistema de saúde. Em que pese o já discutido aspecto de é preciso reconhecer que nem toda necessidade em saúde não atendida irá chegar até o Judiciário, ou mesmo a uma instituição jurídica.

Cabe destacar ainda, que em certa medida, pode-se dizer que o crescimento do fenômeno da judicialização da saúde vem sendo fortalecido por uma ideia ao mesmo tempo em que a fortalece; a ideia de que o SUS enquanto um Sistema de Saúde mostra-se ineficiente e insuficiente. Essa ideia configura um caminho no mínimo preocupante, do ponto de vista da conjuntura política atual que mais promove a desvalorização das políticas públicas sociais do que trabalha na identificação de fragilidades e superação dos desafios estruturais existentes.

Nesse sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicou em 2018 uma pesquisa feita com 86 atores que englobavam dentre eles: gestores do SUS e do setor privado, acadêmicos, parlamentares e especialistas em diferentes áreas da saúde pública, apontando a judicialização da saúde enquanto um “gargalo” do sistema (OPAS, 2018).

Entretanto, defende-se na presente tese que a judicialização não é o gargalo em si, mas aponta para os gargalos do sistema, se observada enquanto judicialização residual, conforme anteriormente mencionado. Uma vez que sendo qualificada essa judicialização, pode auxiliar o reconhecimento de aspectos da

operacionalização do direito à saúde, que precisam ser resolvidos ou melhorados. Para isso, apesar de talvez não constituir uma proposta tão simples, é preciso haver uma mudança radical, principalmente do olhar dos gestores para a judicialização. A mudança de compreendê-la como “algo que precisa ser combatido” para: “algo que precisa ser manejado adequadamente”, e que pode ser um aliado na sinalização dos gargalos da rede, no sentido de onde a gestão precisa concentrar esforços para garantia do direito à saúde.

O mesmo estudo da OPAS também salientou que a participação forte do setor privado na indução do uso de novas tecnologias e o fato do Poder Judiciário muitas vezes determinar ao poder público a prestação de serviços não previstos a partir do acolhimento de demandas individuais, tomando por base o amplo conceito de universalidade e integralidade com base nos quais opera o SUS (OPAS, 2018).

Portanto, a judicialização da saúde tem aparecido como um sintoma das questões que atravessam a ideia da insustentabilidade do SUS, na sua forma atual, que inclui fragilidades importantes em seu financiamento. Um sintoma que repercute em graves impactos no planejamento da gestão do SUS nas três esferas de governo.

De fato, a questão da sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) parece estar em voga nas mais variadas formas de discursos e documentos publicados nos últimos anos. Desde aqueles emitidos por Instituições como o Banco Mundial em “Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde brasileiro” (BANCO MUNDIAL, 2019) até documentos emitidos pelo próprio Ministério da Saúde, como a versão para consulta pública da “Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde brasileira” (BRASIL, 2019). Esta destaca enquanto justificativa de sua elaboração, a necessidade de garantia da sustentabilidade do SUS. Pode-se exemplificar também o próprio documento da OPAS: “SUS 30 anos, Que SUS para 2030?” (OPAS, 2018) onde se aborda criticamente a existência de um cenário difícil para que o Estado mantenha um Sistema de caráter universal, e a própria sustentabilidade do SUS, parece ser colocada em xeque.

De alguma maneira, o cenário dos serviços públicos de saúde no Brasil parece estar sendo questionado quanto à sua capacidade de sustentação. Apontam-se enquanto fatores determinantes, em meio a teses distintas, mas com algumas aproximações diagnósticas do sistema: as desigualdades no acesso aos serviços, os problemas do modelo de financiamento e a escassez e/ou má aplicação de

recursos, problemas crônicos na gestão do sistema, aumento do envelhecimento populacional, crescente carga de doenças crônicas, o não acompanhamento dos serviços na incorporação do uso das tecnologias disponíveis, as dificuldades na efetivação da regionalização, a reprodução do modelo médico- hegemônico, dentre outras situações (FIOCRUZ, 2012; OPAS, 2018; BANCO MUNDIAL, 2019; PAIM J., 2018; SANTOS, N. 2018).

A configuração dessa dada realidade parece pesar em desfavor à manutenção de um sistema universal que pauta a assistência à saúde sob a égide da integralidade. Entretanto, as discussões em torno desses fatores remontam as críticas feitas ao SUS ao longo dos anos. Ainda assim, parecem ser cada vez mais necessárias propostas direcionadoras de práticas no sentido da efetivação do direito ao acesso aos meios adequados para se alcançar um estado de saúde com qualidade, de modo a apontar para possibilidades de um SUS mais sustentável.

Defende-se serem necessários, talvez mais do que nunca, alguns questionamentos como: onde foi que os percalços e desafios se enraizaram de modo a obstruir o desenvolvimento da consolidação do SUS? O que será que de fato se interpôs no caminho dessa consolidação no país, visto que apesar de criado, o SUS ainda não foi consolidado? (PAIM J., 2018). Teria sido o excesso de municipalização na gestão dos serviços que inviabilizou a construção de um sistema de fato único que garantisse a oferta de ações e serviços de saúde de modo resolutivo? (AMARAL M., 2018; MELLO et al. 2017). A falta de clareza na diferenciação em termos de autonomia dos entes federativos pode de fato ser um elemento complicador da organização das redes de atenção à saúde no país? (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017; MELLO et al., 2017). Conseguimos enfrentar resolutivamente o debate do direito individual e coletivo no acesso à saúde? Ou de fato temos aprisionado o direito social (aqui entendido do ponto de vista da coletividade) e realçado o direito individual no âmbito da saúde? (SCAFF, 2010 apud CAMARGO, 2017).

Além disso, problemas enfrentados na infraestrutura pública e na configuração de redes no processo de regionalização também são identificados por Paim J., (2018) como fatores desse comprometimento. No aspecto do processo de regionalização do SUS, ressaltam-se desafios como a fragmentação do sistema, a deficiência histórica de planejamento além da necessidade de superação da cultura política burocrática, que prioriza a negociação de tendência clientelista em

detrimento do próprio planejamento (MELLO et al., 2017).

Todos estes desafios podem em alguma medida, representar características que tensionam a busca dos usuários pela via judicial para a efetivação do que se entende por seus direitos no campo da saúde. Não é objetivo do presente tópico, entretanto, responder a todos eles. Todavia, intentou-se aqui destacar algumas das questões que se entremeiam na complexa operacionalização da gestão do SUS e nos elementos que interferem nas investigações no campo do direito à saúde no Brasil, e mais especificamente, do fenômeno da judicialização.

Argumenta-se nesse sentido, que as fragilidades na concretização da mais uma vez mencionada diretriz da regionalização, constituem importante “nó” do SUS. Quando levamos em conta um cenário amplamente heterogêneo no que tange a oferta de serviços por todo o país, entendemos que a possibilidade de incorporação dessa diretriz no âmbito das práticas da gestão em saúde, pode apontar mudanças positivas que gerem melhoria no acesso aos serviços e resulte em ações que de fato promovam a efetivação do direito à saúde. Dessa forma, em tese, as demandas judiciais tencionadas pelas barreiras de acesso aos serviços de saúde poderiam ser reduzidas.

Conclui-se que olhar para o fenômeno da judicialização nos conduz a reflexões acerca, principalmente, das conformações do direito vivo à saúde (anteriormente apresentado), revelando fragilidades que podem e precisam se tornar foco de investigações científicas e busca de soluções, no sentido de avançarmos na consolidação do SUS. As fragilidades da operacionalização do sistema na garantia do acesso podem estar representadas não somente no conteúdo direto das demandas judiciais, mas podem apontar, indiretamente; falhas de comunicação nos processos de trabalho sejam da própria rede de atenção à saúde, da gestão, do Judiciário e instituições jurídicas ou mesmo a falta de informações dos usuários.

De todo modo, a sustentabilidade do SUS requer primeiramente, o reconhecimento do que de fato deve ser “colocado em xeque”, no sentido da concentração esforços para enfrentamento ou modificações necessárias. Nesse aspecto, definitivamente o caráter universal do sistema não é o ponto focal que carece de mudanças. Pelo contrário, a universalidade é justamente o que precisa ser defendido a todo custo, pois ela reflete genuinamente o “direito de todos e dever do Estado” mencionado na Constituição. Talvez sejam justamente as fragilidades no financiamento, na regionalização e em outros fatores aqui descritos que direta ou

indiretamente garantem o cumprimento deste princípio, que requeiram mudanças ou intervenções estruturais, para garantia da sustentabilidade do nosso sistema de saúde.

E nesse viés, a busca por mecanismos que favoreçam uma judicialização residual, pode tornar este fenômeno muito mais como um “termômetro” que sinalize os “nós” que requerem concentração de esforços do Estado para resolução, do que um problema que simbolize um “gargalo” de desdobramentos nocivos à gestão pública da saúde no país.

3.4 Diálogos Institucionais e juridicização: um caminho possível

A efetivação do direito à saúde perpassa necessariamente pela atuação dos três poderes, além de instâncias jurídicas e de participação popular, porém, guarda relação de dependência mais direta entre a articulação do Poder Executivo e Judiciário. Considerando a pluralidade de atores envolvidos nessas relações que interferem e determinam a efetivação do direito à saúde no Brasil, salienta-se que os processos comunicativos materializados nos diálogos institucionais são essenciais para a efetivação desse direito, em um país de conjuntura democrática exacerbadamente normativa e de descentralização federativa como o Brasil.

Nessa direção, a promoção do diálogo entre as partes envolvidas na efetivação do direito à saúde figura como um catalisador de alternativas à via judicial, que sejam promissoras. Ferreira, Lyra e Chaves (2018, p. 36) apontam que:

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

Enquanto uma via alternativa às ações judiciais, a juridicização consiste na discussão de um conflito sob a perspectiva jurídica, sem necessariamente ser levado ao Judiciário na forma processual (ASENSI, 2010b). Ela envolve necessariamente uma discussão do ponto de vista jurídico da questão, sem que haja abertura do processo judicial em si. O que no campo das demandas em saúde,

podem ser consideradas como resoluções administrativas.

Nessa vertente, para Asensi (2011, p.72,73) a juridicização desenvolvida pelo MP exerce fundamental papel em pelo menos cinco dimensões, conforme citado a seguir:

a) na ênfase à ideia de consenso pelo diálogo, ou seja, na valorização do processo de negociação, pactuação e concessão recíproca entre os diversos atores cujo resultado é construído consensualmente; b) a tentativa de estabelecer estratégias de execução proativa de políticas públicas, de modo a consolidar recursos, diretrizes e compromissos a ser implementados num dado tempo pactuado; c) a incorporação da sociedade civil como pressuposto para a formulação de consensos efetivamente plurais; d) a pluralidade de atores e instituições no processo de interpretação constitucional, que não se restringe somente à interpretação oficial, geral ou abstrata de um tribunal; e) a constituição de um cenário que busca, por princípio, considerar as especificidades dos contextos em que as demandas estão inseridas para estabelecer estratégias mais efetivas para a sua satisfação (ASENSI, 2011, p.72,73).

Desse modo, é possível alargar possibilidades de atuações dos mais diversos atores envolvidos nos cenários de prática que interferem direta ou indiretamente na efetivação do direito à saúde. Além disso, a ideia de priorização do caminho da juridicização pode favorecer a resolução de conflitos, muitas vezes com maior celeridade para o assistido, e com menores impactos negativos na gestão do SUS.

Tomando por base favorecimento de mecanismos e espaços de pactuações, o diálogo institucional tem sido apontado como uma oportunidade de aprendizado mútuo entre o Executivo e o Judiciário possibilitando a atuação preventiva na resolução de conflitos e na efetivação do direito à saúde (ASENSI; PINHEIRO, 2016). Nessa vertente, o termo “diálogo” tem sido amplamente utilizado para descrever a natureza das interações entre tribunais e ramos políticos do governo, no campo das tomadas de decisão, particularmente em relação à interpretação dos direitos constitucionais (BATEUP, 2006).

Torna-se, portanto, imprescindível a incorporação de elementos do da área do direito no cotidiano da gestão da saúde, e do mesmo modo, a ampliação de conhecimentos acerca da gestão em saúde é fundamental para o melhor manejo das questões referentes à saúde, no dia a dia de instituições jurídicas e do Poder Judiciário. Nesse ponto, muitas vezes a interpretação constitucional atrelada aos limites da operacionalização do sistema, se traduz em ponto nevrálgico que requer

abertura de canais de diálogos que possibilitem a troca de conhecimento e o compartilhamento de pontos de vista, ainda que distintos entre todas as partes envolvidas.

Por conseguinte, podemos aqui citar a abordagem de Cristine Bateup (2006) acerca do poder da participação interdependente no diálogo. Este fenômeno por ela denominado de diálogo constitucional se faz importante para viabilizar o debate, além de propiciar a modificação ou adaptação de pontos de vistas com relação à interpretação da constituição, sejam de atores pertencentes ou não ao Poder Judiciário.

Na sua teoria do equilíbrio, a mesma autora destaca o Poder Judiciário como importante fomentador e facilitador do debate constitucional em toda a sociedade. Por outro lado, sua teoria da parceria refuta o monopólio do Judiciário no que tange a interpretação da constituição, ressaltando a importância do papel de outros atores no processo de interpretação constitucional. Para ela, a melhor compreensão do que vem a ser o diálogo constitucional, envolve a fusão dinâmica e a sistematização dos modelos dialógicos advindos da teoria do equilíbrio e da teoria da parceria (CARDOSO, 2014).

Nesse sentido, Cardoso (2014, p. 223) ainda ressalta que:

Para que a tradicional concepção monológica de interpretação constitucional, adstrita ao Poder Judiciário, possa ser superada, o grande desafio é identificar modelos institucionais criativos que possam permitir o diálogo constitucional entre todos os atores políticos.

Para fins de discussão no presente trabalho, optou-se pela denominação de diálogos institucionais para caracterizar essa ferramenta importante de abordagem dos conflitos através da promoção do diálogo entre as diferentes partes envolvidas. Aqui então se tratando, mais especificamente, dos conflitos instaurados no campo do direito à saúde.

Adentrando um pouco mais essa seara das teorias dos diálogos institucionais, há quem aponte que elas são muito mais uma descrição do “estado das coisas” do que necessariamente uma solução para todos os desafios que se interpõem entre o direito e a política no âmbito da judicialização (RODRIGUES D.; LIMA, 2020). Entretanto há aspectos que valem a pena serem explorados no sentido de como essas teorias refletem a possibilidade de haver maior porosidade entre os poderes, e como suas ações afetam a sociedade e como por ela são afetados.

Nesse sentido, Bateup (2006), quando apresentando a descrição de Barry Friedman para o “judicial review” nos Estados Unidos como uma forma de promoção do diálogo, aborda a ideia de uma dinâmica constante disparada por decisões no âmbito do Poder Judiciário. Essas decisões, para a autora, podem afetar e serem afetadas pela opinião pública, movendo o legislativo, que por sua vez, pode disparar novos desafios do ponto de vista jurídico, que podem provocar, até mesmo, uma reconsideração das decisões do Poder Judiciário. Ou seja, a interpretação constitucional acaba sendo cíclica (BATEUP, 2006).

De certa forma, essa constante imbricação entre os poderes e a sociedade, torna clara e aparentemente positiva a possibilidade de uma interlocução dialógica em espaços institucionalizados com a finalidade de mitigar os danos que as intervenções estanques poderiam disparar. Ao mesmo tempo, essa relação também transparece a tenuidade de um limiar muitas vezes pouco definido da atuação entre essas partes de modo a não haver sobreposições e interferências danosas à sociedade.

Além disso, é importante destacar como arranjos institucionais são necessários para garantia da viabilização desse diálogo em uma sociedade onde o Poder Judiciário acaba incorporando a representação de tutela dos direitos sociais. Em conformidade a essa premissa, Asensi (2010a) defende que há um imaginário tutelar por parte de alguns membros do MP e dos usuários do SUS configurando uma complexidade que direciona o surgimento de novas estratégias para resolução de conflitos e efetivação de direitos, além de reforçar a necessidade dos debates sobre a judicialização da política, incluindo também a judicialização das relações sociais no contexto da saúde.

Importante ressaltar, que o aumento de mandados judiciais relacionados ao direito à saúde tem “revelado inconsistências e contradições no âmbito legal e normativo do SUS, bem como problemas não equacionados pela política de saúde, questionando a atuação do Executivo e criando novas demandas por legislação” (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009, p. 830). Visando buscar um equilíbrio na interpretação constitucional incluindo os poderes estatais extrajudiciais e viabilizando que outros entes políticos participem na definição dos significados da constituição, destaca-se que “a participação da pluralidade de atores sociais configura-se um fator fundamental dirigido a contrabalançar a alta carga volitiva dos tribunais constitucionais” (RESENDE; VIEIRA, 2016, p. 423).

A falta de limites claros para o dever do Estado na garantia da saúde à população mediante a execução de políticas públicas, ou mesmo a falta de mecanismos majoritariamente uniformes para que ele possa exercer seu dever, pode contribuir para a manutenção dos tensionamentos existentes entre os três poderes e com a sociedade, mas principalmente entre o Judiciário e o Executivo.

Nesse contexto vale problematizar a seguinte afirmação: “Sem sombra de dúvidas, definir judicialmente a prestação devida pelo estado fora dos parâmetros da política de saúde constitui flagrante descon sideração da natureza eminentemente pública do direito sanitário” (BISOL; REY FILHO, 2020, p. 16). Questiona-se aqui o que são de fato os parâmetros da política de saúde no Brasil? Há clareza na definição daquilo que está dentro ou fora do conjunto dos insumos, ações e/ou serviços, em tese, garantidos pelo Estado? Porque, se há a afirmação de que se constitui descon sideração à natureza pública do direito sanitário a definição judicial daquilo que o Estado precisa garantir, de forma arbitrária aos “parâmetros da política de saúde” brasileira, parte-se então do pressuposto de que há de fato clareza na definição desses parâmetros.

Entretanto, olhando para o dever do Estado em garantir saúde segundo o artigo 196 da Constituição Federal, vê-se que a garantia da saúde por meio de “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, 2016), não sugere parâmetros substancialmente específicos para atuação do Estado.

O desafio se mantém quando olhamos também para a norma infraconstitucional, quando nesse sentido, a lei 8080/90 afirma no parágrafo único do art. 3º que as ações de saúde também envolvem aquelas que se destinam a garantir as condições de bem-estar físico, mental e social para as pessoas e coletividade, estando essa menção articulada aos fatores determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990). Além disso, conforme já mencionado, segundo a teoria dos diálogos institucionais, essa interpretação constitucional ocorre sempre em ciclos que se reiniciam (RODRIGUES D.; LIMA, 2020; ESCOSSIA, 2016), não havendo, portanto, uma interpretação finalística, o que torna toda a conjuntura ainda mais complexa.

Diante desse contexto de expansão do acesso aos serviços de saúde, somada a conjuntura de inadequado financiamento do setor saúde, Mattos (2010)

afirma que alguns gestores passam a adotar práticas de racionamento da oferta dos insumos e serviços, o que leva indivíduos, sentindo-se privados de seu direito ao acesso a esses serviços dos quais supostamente precisam, a acionarem judicialmente o Estado. O mesmo autor ainda destaca a transformação da via judiciária em uma arena de luta contra a desresponsabilização do Estado com suas obrigações, o que “[...] indica dificuldades dos gestores e dos profissionais de saúde para estabelecer, no diálogo com a sociedade, consensos mínimos sobre o que é ou não necessário em cada caso” (MATTOS, 2010, p. 38).

Adensando o debate acerca da complexidade do tratamento jurídico da matéria de saúde no Brasil, Romero (2020) aborda a “copiosa produção normativa” nacional acerca dessa questão a partir de 1990, apontando, todavia, a contribuição marginal desse fato para a efetivação do direito à saúde na dimensão das políticas sociais e econômicas no país, uma vez compreendida a ideia da dependência da formulação de políticas externas ao setor saúde. Somando-se a essa complexidade, e a essa falta de clareza dos limites da atuação do Estado na garantia da saúde, a interpretação constitucional dos direitos sociais, se desloca para a dimensão das formas de implementação da política pública, trazendo o Ministério Público e a Defensoria Pública como importantes atores nesse diálogo (ESCOSSIA, 2016).

Cabe aqui destacar que o papel do MP se afasta da estrutura similar ao funcionamento do Poder Judiciário, sendo uma instituição autônoma que, no âmbito da saúde, “tem se configurado como um eficaz articulador na resolução de conflitos e definição de políticas públicas, buscando conjugar esse direito constitucionalmente garantido às práticas sociais” (ASENSI, 2010a, p. 70). Sendo assim é importante ressaltar que instituições jurídicas como Ministério Público (MP) e a Defensoria Pública, que compõem as funções essenciais da justiça, embora, não constituam em linhas gerais o Poder Judiciário, podem contribuir de forma elementar para mitigar os efeitos da judicialização da saúde no país.

O diálogo é considerado estratégia privilegiada do MP, e um mecanismo importante para resolução de conflitos por parte da Defensoria Pública, de modo a evitar a judicialização do caso, através da juridicização (ASENSI, 2010b) já anteriormente discutida. Além disso, as decisões tomadas de forma estanque pelo Judiciário, normalmente tendem a não considerar os modos de organização das redes de atenção à saúde no âmbito local, ou mesmo implicar em decisões que oneram diretamente cofres públicos sem considerar o arcabouço de instrumentos de

planejamento da gestão pública da saúde, como por exemplo, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e os Planos Plurianuais. Ressalta-se aqui o desafio de alcançar a efetivação de direitos sociais sem que haja desequilíbrio nas relações entre os poderes.

Mariano et al. (2018, p. 171) apontam nesse sentido, que “a proteção ao direito à saúde pelo Poder Judiciário não pode ocorrer de modo a substituir as funções de gestão do sistema público de saúde do Poder Executivo”, mas que o Judiciário precisa buscar colaboração dos gestores públicos de forma contínua para resolução das demandas, reforçando mais uma vez a já discutida importância dos diálogos institucionais.

Corroborando ainda com a ideia dos limites e das imbricações entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, Luna (2012) defende que a legalidade da ação estatal dentro de uma política pública, deve resultar em limitação para o controle jurisdicional sobre a própria política pública, pois a partir do momento em que o controle judicial passa a avaliar a escolha política realizada na ação estatal na qualidade do seu mérito, desenvolve-se assim uma análise que vai para além da conformação legal da ação estatal, e nesse caso, o Judiciário estaria efetuando suas próprias escolhas políticas.

A interferência do Poder Judiciário no âmbito das tomadas de decisão na gestão em saúde também tem sido discutida no sentido de minimizar os impactos orçamentários no planejamento da saúde pública. Muitos locais do país têm sido palcos de iniciativas para melhor lidar com essas questões, por exemplo, a criação do Núcleo de Apoio Técnico pelo município de Araguaína (TO), com funções de consultoria e intervenções preventivas que tornou a litigiosidade em saúde fortemente residual e incorporou o Ministério Público e a Defensoria Pública na gestão compartilhada entre o Poder Executivo e o Judiciário num intenso movimento de diálogo interinstitucional (ASENSI e PINHEIRO, 2015).

Acerca dessa experiência Asensi e Pinheiro (2015, p. 74-75) ressaltam que:

A análise comparativa de 2011 a 2013 revela o decréscimo relevante de demandas, com redução de 45% no total de demandas apresentadas pela Defensoria Pública e de 56% nas demandas provenientes do Ministério Público. Esta redução foi potencialmente motivada pelo fato de essas instituições passarem a orientar os usuários a procurar previamente a via administrativa da Ouvidoria. Na tabela 2, observa-se que no ano de 2013 houve aumento de 153% na demanda em relação ao período de 2011 na Ouvidoria. Isto fez que a Ouvidoria se tornasse um órgão relevante na efetivação extrajudicial da saúde no município. É importante destacar o decréscimo de 48% de demandas judicializadas em 2013 em relação a

2011. Em 2011, foram judicializadas 40 demandas, o que representou 9% do total de demandas solicitadas no período, enquanto em 2013 houve apenas 21 demandas, representando somente 4% em relação ao total de demandas solicitadas. Isto reforça a resolutividade do NAT. [...] Observa-se, ainda, que a maioria das 119 demandas encaminhadas pela Defensoria e Ministério Público no primeiro semestre de 2013 foi solucionada administrativamente pelo NAT, com a participação interativa da Ouvidoria, que fez o trabalho de recepção e encaminhamento das demandas para os setores responsáveis.

Além disso, tem-se também a experiência de Lages (SC) cujo desenvolvimento permitiu uma transição do uso de estratégias formais para informais na resolução dos conflitos e na condução do diálogo entre o Poder Executivo e o Judiciário, potencializando as ações das diversas instituições e propiciando ambiente favorável à gestão compartilhada do SUS no município (ASENSI; PINHEIRO, 2017). O diálogo institucional no campo da prevenção da judicialização tem apresentado resultados positivos na construção do conhecimento acerca do funcionamento do SUS, e, na celeridade na efetivação do direito à saúde, além de trazer à tona o fato do cotidiano se mostrar enquanto potente espaço para criação de estratégias informais e eficientes (OLIVEIRA et al., 2019)

Paralelamente ao contexto de possibilidades de superação dos problemas da institucionalização do SUS no âmbito dos atores envolvidos na efetivação do direito à saúde, a gestão da saúde pública representada na figura do Poder Executivo toma lugar de destaque nessa seara, e enfrenta desafios na perspectiva do estabelecimento de diálogos, ainda que para dentro do próprio setor saúde.

Apesar de ter a seu favor a prerrogativa de ser eleito democraticamente, o Poder Executivo tem incorporado grande fragilidade nos seus processos de trabalho no âmbito da saúde, uma vez que além dos secretários de saúde outros vários cargos de gestão do SUS, são indicações do chefe do Executivo em cada esfera de governo e estão, portanto, suscetíveis a uma série de pressões políticas no sentido das relações de poder estabelecidas.

Nesse aspecto, Mello et al. (2017) destacam enquanto resultados empíricos de sua revisão sistemática sobre regionalização do SUS, a presença da alta rotatividade de gestores que resultam em uma descontinuidade política, além de apontar a fragilidade técnica como um ponto de vulnerabilidade no âmbito das secretarias municipais de saúde. Essa situação contribui para a manutenção da fragmentação do sistema, dificulta a continuidade de medidas capazes de mitigar os efeitos da judicialização da saúde ou mesmo reduzi-la, além de prejudicar os

diálogos institucionais, trazendo a necessidade de repactuações ou interrompendo importantes parcerias e canais de comunicação, que acabam precisando ser reestabelecidos, implicando em perdas nem sempre recuperáveis.

Uma série de dispositivos, entretanto, já existe para viabilizar a superação da fragmentação das esferas de governo, como as Comissões Intergestores Regionais, as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Destaca-se que estes conselhos tiveram na década de 90, importante protagonismo na implantação dos conselhos estaduais e municipais de saúde, garantindo ampliação da base de apoio social e político do SUS (PAIM J., 2018). Essas instâncias de base têm o potencial de promoverem diálogos para dentro das instituições envolvidas na operacionalização do Sistema, além de garantirem a permeabilidade das três esferas de governo na condução das políticas públicas de saúde no país.

Todavia, destaca-se que os próprios espaços institucionalizados para se discutir gestão em saúde numa perspectiva regional, como as Comissões Intergestores Regionais têm sido apontada como espaços onde as pactuações se dão de modo “vinculado a recursos financeiros, questões políticas, acordos tácitos ou para acomodar animosidades, mas que no cotidiano, após aquele espaço formal de decisão, não seriam cumpridos” (BISCARDE; VILASBÔAS; TRAD, 2019, p. 4523). Os mesmos autores evidenciam ainda que durante as reuniões dessas comissões:

[...] a base da negociação e do consenso delineados no processo de pactuação de serviços e procedimentos é capitaneada pela intencionalidade político-partidária eleitoral e financeira, em detrimento de princípios basilares como o acesso universal dos cidadãos aos diferentes níveis de densidade tecnológica do SUS (BISCARDE; VILASBÔAS; TRAD, p. 4525).

Já os conselhos de saúde, apesar da relevante função, na perspectiva das discussões na luta coletiva pelo direito à saúde diante da gestão de recursos escassos, não exercem papel principal na mediação do embate, sendo muitas vezes, inoperantes, aparelhados, ou ainda ignorados nesse contexto, não minimizando, obviamente, sua importância em outras funções e situações em que exercem papel central (MACHADO, 2013).

Empreende-se que esses embaraços do SUS, diretamente ligados a operacionalização dos seus princípios e diretrizes, comprometem o direito a saúde

das pessoas no seu sentido mais concreto, afetando a capacidade individual e coletiva de exercê-lo. Sendo assim ressalta-se a plasticidade das interpretações destes mesmos princípios nas práticas instituídas nos cenários da gestão e da assistência à saúde. Em outras palavras: “Os princípios se configuram enquanto elementos valorativos que são reinterpretados a todo momento a partir das práticas sociais” (ASENSI, 2007, p.87).

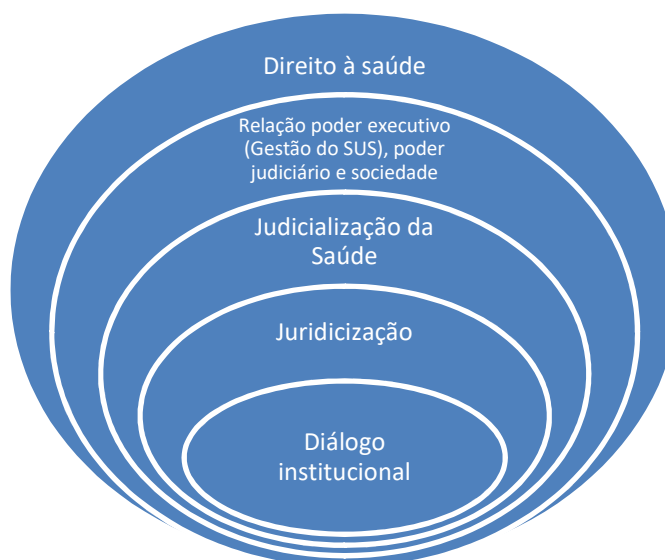
Cabe aqui ressaltar que são efetivamente nas práticas sociais onde espera-se encontrar a efetivação do direito a saúde no seu estado de “normalidade”, pois a normalidade dessa efetivação é essencialmente forjada no campo da política, intervindo o Direito apenas quando necessário à sua manutenção (BISOL; REY FILHO, 2020). Nesse sentido;

Ora, os direitos públicos se efetivam pela atividade político-administrativa, isto é, pela gestão. Esta percepção fundamental da função social do direito denuncia a imensa ingenuidade de supor que é possível efetivar uma política pública pela via judicial. O único caminho de efetivação é o caminho da gestão, que se realiza no plano político-administrativo. Se a política pública de saúde enfrenta imensos desafios no âmbito de seu financiamento, da definição de modelos de gestão, da incorporação de tecnologias, da definição de um modelo de atenção, dentre tantos outros, as respostas que precisamos para superá-los estão exclusivamente no campo político – e não judicial. (BISOL; REY FILHO, 2020, p.10)

Somando-se a esses fatos, há ainda a defesa de que a desigualdade social no Brasil pode ser considerada o maior desafio para a mediação da teoria dialógica normativa para o Brasil (ESCOSSIA, 2016). O mesmo autor ressalta que as dimensões da democracia, do povo e da desigualdade precisam ser contempladas no arcabouço da teoria dialógica, e constituir pano de fundo para operacionalização dos diálogos institucionais. Nesse aspecto, embora a experiência a ser analisada no presente trabalho não tenha foco na redução das desigualdades sociais, acredita-se que ela leva em conta a democratização da instituição política do Poder Executivo. Vale lembrar que atendimentos realizados pela Defensoria Pública contemplam pessoas hipossuficientes em termos de renda, e, portanto, mais vulneráveis.

De modo a articular os elementos até aqui discutidos essenciais a fundamentação do estudo de caso proposto na presente tese, segue abaixo uma figura que remete a inter-relação entre eles:

Figura 3: Inter-relação entre os elementos principais da tese



Fonte: A autora, 2021.

Em suma, olhando-se para a figura acima a partir do elemento mais central: o diálogo institucional é um meio de juridicizar. A juridicização, por sua vez, pode ser considerada um caminho para o manejo mais adequado do fenômeno da judicialização da saúde. Fenômeno este que transversaliza as práticas da gestão da saúde pública, nas três esferas de governo, ganhando grande complexidade em se tratando das esferas municipais- tendo em vista a descentralização do sistema que as tornou principais executoras das ações e serviços de saúde. Esse fenômeno por vezes reflete ou mesmo determina conflitos existentes entre o Poder Judiciário, o Poder Executivo e a sociedade. E todos esses elementos figuram como essenciais à compreensão da efetivação do direito à saúde, e todos os desafios que dela advém.

Por fim retomando novamente o conceito de judicialização de Stone Sweet (1999) abordado no início do presente capítulo, enquanto um processo político que é sustentado pela interdependência de relações entre duas ou três partes, e caracterizamos especificamente essas partes como sendo: o Poder Executivo, a sociedade, e o Poder Judiciário. A Defensoria Pública, por sua vez, pode ser identificada nas interfaces da sociedade, pois é, sem dúvidas, “[...] o imprescindível megafone que torna audíveis e amplificadas as vozes que querem se fazer ouvir e compreender, e as demandas que lhe são trazidas” (MAGNO e FRANCO, 2015).

Considera-se que a experiência que constitui objeto da presente pesquisa tem potencial de trazer por meio do arranjo por ela proposto, uma racionalidade que permite a identificação de mal funcionamento de algum fluxo, protocolo ou

dispositivo das RAS, podendo trazer a luz alguns dos entraves no acesso ao direito à saúde pela população, através da promoção de diálogo institucional entre a DP e a gestão do SUS, principalmente a nível municipal.

Nessa perspectiva, tem grande relevância a investigação de experiências dessa natureza, de forma a abranger suas potencialidades, mas também seus desafios e limitações, no âmbito da efetivação do direito à saúde. Além disso, retomando-se a justificativa da presente pesquisa; há relevância na investigação de experiências que possam representar o uso de diálogo institucional e que considerem os atores da gestão municipal, de forma que as decisões no âmbito jurídico estejam *pari passu* aos modos como o SUS vem sendo planejado e implementado na prática, propiciando acesso à saúde de forma mais efetiva pela sociedade, e garantindo que a juridicização seja um caminho possível nesse contexto.

4. MÉTODO

[...] o fenômeno e o contexto não são sempre claramente distinguíveis nas situações do mundo real.

Robert Yin

O presente capítulo busca apresentar as considerações sobre o metododirecionador da trajetória que embasou o desenvolvimento da presente pesquisa. Além disso, enfoca o estudo de caso enquanto caminho escolhido e explica como se definiu a opção pelo projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” e descreve a conjuntura local onde a experiência se desenvolveu.

Para tal, o primeiro tópico aborda especificamente o método escolhido. O segundo tópico traz apontamentos importantes sobre o cenário do estudo, descrevendo a aproximação com a experiência em análise e delimitando os municípios selecionados para comporem o estudo de caso. O terceiro tópico versa sobre os participantes da pesquisa, descrevendo os caminhos trilhados para identificação e aproximação com os mesmos. Em seguida, as estratégias de coleta de dados e a análise de dados, e também as questões éticas de pesquisa são apresentadas respectivamente no quarto, quinto e sexto tópico.

4.1 Abordagem metodológica

Tendo em vista o alcance do objetivo principal da presente pesquisa, optou-se pelo método do estudo de caso único integrado do tipo explicativo. Para Yin (2015) o estudo de caso consiste em uma boa opção estratégica para investigação de fenômeno contemporâneo em profundidade, e dentro do contexto do mundo real.

O estudo de caso aqui elaborado é único por se tratar de um projeto concebido pela DPERJ, e integrado por envolver unidades de análise em mais de um nível, não se atendo apenas a natureza global da experiência, mas permitindo uma análise mais aprofundada de sua operacionalização, nesse caso junto aos

municípios participantes da experiência. Estes municípios estão localizados na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. São eles: Belford Roxo, Nova Iguaçu, Japeri, São Gonçalo, Magé e Mesquita.

Os municípios de Duque de Caxias e Nilópolis, apesar de serem pertencentes a essa região e utilizarem o sistema da CRLS, não fazem parte da experiência propriamente dita, pois não foram conveniados até o período de coleta de dados, e, portanto, não se utilizavam do arranjo proposto entre gestão municipal e DPERJ. Por essa questão, não foram considerados para o cenário da presente pesquisa.

De acordo com Robert Yin (2015, p.31) há cinco componentes especialmente importantes na pesquisa de estudo de caso:

1. as questões do estudo de caso;
2. as proposições, se houver;
3. a(s) unidade (s) de análise;
4. a lógica que une os dados às proposições; e
5. os critérios para interpretar as constatações.

Dessa forma, foram consideradas proposições traduzidas no que o autor chama de “padrões previstos”, cuja natureza será mais bem detalhada no tópico de análise dos dados. A partir desses componentes, foi organizado o quadro abaixo em consonância aos componentes supracitados, onde a primeira coluna abrange os citados componentes do estudo de caso e segunda coluna relaciona ideias mencionadas na presente tese e proposições construídas com base nelas.

Quadro 2- Componentes do estudo de caso proposto

1. Questão do estudo	“Como se constituiu e desenvolveu o “Projeto Construindo o SUS com a DPERJ”, entre 2015 e 2021, em municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro?”
2. Proposições (padrões previstos)	<p>- A Judicialização da saúde repercute em graves impactos no planejamento da gestão do SUS na esfera municipal de municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro.</p> <p>- A concepção de direito à saúde dos atores envolvidos na experiência foi importante para o desenvolvimento da experiência.</p> <p>-Práticas dialógicas entre os atores jurídicos e políticos</p>

	<p>podem contribuir para o êxito de experiências no campo do manejo do fenômeno da judicialização da saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arranjos que favoreçam o diálogo institucional entre atores da esfera jurídica e política podem melhorar o manejo das demandas em saúde que chegam à DPERJ, e, conseqüentemente, mitigar impactos negativos da judicialização para o planejamento em saúde na esfera municipal. - Ter um profissional da esfera municipal trabalhando diretamente com as questões de saúde que chegam nas Defensorias pode facilitar para o município; a percepção dos principais “nós” da rede de atenção à saúde e da efetivação do direito à saúde, podendo movimentar a gestão no sentido da busca por caminhos de resolutividade das demandas em saúde mais persistentemente não equacionadas nos fluxos rotineiros da rede.
3. Unidades de análise	<p>Elementos do caso, a serem analisados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - concepções - práticas - operacionalização do arranjo institucional - resultados da experiência - desafios da experiência
4. Lógica de união entre dados e proposições	<p>- As proposições serão observadas ao longo da análise dos dados emanados da pesquisa documental, bibliográfica e das entrevistas. A análise será efetuada mediante a construção da explicação (YIN, 2015).</p>
5. Critérios de interpretação das constatações	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de explicações rivais para os achados (YIN, 2015). - Cruzamento de evidências advindas das entrevistas e da pesquisa documental e bibliográfica.

Fonte: a autora, 2021, com base em Yin, 2015

O enfoque do presente estudo é qualitativo, tendo em vista à natureza das questões abordadas a partir da experiência analisada, ressaltando-se nesse aspecto, a relevância dos diálogos institucionais entre a esfera política e jurídica

para a efetivação da saúde enquanto um direito social e as implicações da judicialização para a gestão do SUS na esfera municipal do Sistema.

4.2 Cenário do estudo

A primeira etapa, de seleção da experiência, se deu a partir da Pesquisa “Judicialização da saúde e diálogo institucional: uma análise das estratégias de efetivação do direito à saúde desenvolvidas por instituições jurídicas e políticas no Estado do Rio de Janeiro”, desenvolvida no âmbito da FAPERJ, que utilizou enquanto base de dados as inscrições do prêmio Innovare -edição XI - ano 2014, para experiências em curso na área do direito e saúde no estado.

O prêmio Innovare foi criado para identificar, premiar e divulgar práticas inovadoras do Poder Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública e da Advocacia que tenham contribuído para a modernização dos serviços da Justiça. Possui em seu banco de dados online mais de 3000 experiências inovadoras inscritas em todo país sobre as instituições jurídicas.

Para a presente pesquisa, buscou-se uma experiência que integrasse de alguma forma instituições jurídicas à gestão do SUS com vistas à efetivação do direito à saúde através de arranjos institucionais que priorizassem o diálogo com o nível de gestão municipal do SUS, na busca por soluções efetivas para o manejo da judicialização da saúde.

Então, a primeira etapa, partindo do conhecimento da pesquisa anteriormente citada em atividade de uma disciplina ofertada no Programa de Doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ e que propiciou uma aproximação exploratória com o cenário onde o projeto em si foi concebido. Nessa aproximação, verificou-se que a experiência propõe a materialização de um arranjo que favorece o diálogo institucional entre atores da esfera jurídica e política, abrindo caminhos para que o manejo das questões que envolvem o direito à saúde estejam *pari passu* a forma como o SUS vem sendo planejado, e implementado na prática.

Nesse momento mais exploratório, constatou-se que o projeto teve início em 2015 a partir da Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da DPERJ, que objetivou ampliar o atendimento da CRLS para o interior do estado do Rio de Janeiro, a partir

das solicitações de apoio do estado, por parte dos municípios, devido à conjuntura de número crescente de mandados judiciais no âmbito da saúde.

Na segunda etapa, um projeto de pesquisa específico para analisar a experiência do projeto: “Construindo o SUS com a DPERJ” foi criado. Este projeto foi então intitulado: “Judicialização da saúde e diálogo institucional: uma análise das estratégias de efetivação do direito à saúde desenvolvidas por instituições jurídicas e políticas no Estado do Rio de Janeiro”, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ em agosto de 2021, conforme será detalhado no último tópico deste capítulo.

As atividades do projeto “Construindo o SUS com a DPERJ” estão vigentes até a contemporaneidade do período de coleta de dados da presente tese, ano de 2021, em 15 municípios do estado do Rio de Janeiro, embora pelo fato de nem todos possuírem convênio assinado com a gestão do município (como os mencionados casos de Nilópolis e Duque de Caxias) a configuração da experiência se concretize de forma diferente. No referido projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, a análise do desenvolvimento do projeto no estado do Rio de Janeiro foi dividida entre municípios conveniados da região metropolitana (I e II) e demais municípios, estando a presente tese, focada no olhar para os municípios da metropolitana, e onde efetivamente a DPERJ possui convênio com a gestão municipal, permitindo que a experiência funcione em seu “formato completo” como será esclarecido na análise dos dados.

No sentido da divisão regional do estado, os municípios são distribuídos em nove regiões de saúde, havendo duas delas denominadas de Regiões Metropolitanas (I e II). A Região Metropolitana I concentra mais de 9 milhões e meio de habitantes e a Região Metropolitana II quase 2 milhões de habitantes, segundo dados do último censo, de 2010 do IBGE.

Segundo o IBGE (2020) na última década, tem-se estimado ampliação gradativa do número de grandes municípios no país:

No Censo de 2010, somente 38 municípios tinham população superior a 500 mil habitantes, e apenas 15 deles tinham mais de 1 milhão de moradores. Já em 2020, eram 49 os municípios brasileiros com mais de 500 mil habitantes, sendo 17 os que superavam a marca de 1 milhão de habitantes (IBGE, 2020).

O estado do Rio de Janeiro possui 6 municípios com mais de 500 mil habitantes, segundo estimativa atual do IBGE, sendo 4 deles localizados nas regiões

metropolitanas I e II. Além disso, 10 municípios pertencentes a essas regiões atingem o parâmetro de mais de 100 mil habitantes, considerado mínimo para serem denominados de municípios de grande porte.

No geral, os municípios de grande porte concentram a maior parte dos desafios para a redução das desigualdades na oferta de serviços de saúde e apresentam maior dificuldade no alcance de melhoria das condições de acesso a esses serviços pela população (SENNA; COSTA; SILVA, 2010). Dos seis municípios selecionados para presente pesquisa todos possuem mais de 100 mil habitantes, segundo estimativa atual do IBGE, sendo os mais populosos: São Gonçalo com mais de 1 milhão e Nova Iguaçu com mais de 800 mil.

Para fins do presente trabalho consideraremos Região Metropolitana do estado as delimitações da divisão das Regiões de saúde denominadas Metropolitana I e Metropolitana II. Dentro da conjuntura específica desse perfil de municípios, a efetivação do direito à saúde torna-se, portanto, ainda mais permeada de elementos complexos no contexto da gestão municipal da saúde.

Atualmente 15 municípios fora a capital do Estado utilizam o sistema da CRLS, sendo 8 deles localizados na Região Metropolitana do estado, a saber: Magé, Mesquita, São Gonçalo, Nilópolis, Japeri, Belford Roxo, Duque De Caxias e Nova Iguaçu (RIO DE JANEIRO, 2021). Desses, 6 possuem convênio com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro DPE/RJ (excetuando-se Nilópolis e Duque de Caxias).

A existência ou não do convênio determina o funcionamento do Centro de Apoio Técnico em Saúde (CATES) no município, conforme será detalhado na análise de dados, mas que em síntese, consiste num arranjo institucional que proporciona a alocação de pelo menos um profissional indicado pela secretaria municipal de saúde para atuar no atendimento às demandas de saúde que chegam nos núcleos de primeiro atendimento da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.

Com relação ao perfil do acionamento judicial para resolução de demandas em saúde, é possível constatar segundo o relatório da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde- Interior- agosto 2021 (RIO DE JANEIRO, 2021):

O pequeno número de ações impetradas contra a Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ), bem como, nos municípios do interior do estado na década de 1990 deu lugar a um crescente número de mandados a partir de 2000. O crescimento de ações judiciais envolvendo questões de saúde sinalizou que o modelo de atuação dos órgãos do

sistema de justiça deveria se adequar a essa nova realidade, porque evidenciado que o processo judicial, embora impusesse aos entes públicos obrigações de entrega de medicamentos, internação e a realização de procedimentos, não conseguia atender a dinâmica e a urgência de tratamentos médicos contínuos. A massificação das demandas judiciais de saúde resultou em um processo de concessão indiscriminada de medicamentos, sem o sistema de saúde pudesse avaliar os riscos sanitários das ordens judiciais e o impacto nas políticas públicas em curso (RIO DE JANEIRO, 2021).

No caso do município do Rio, onde iniciou-se o projeto em 2015, cerca de 22 mil ações que envolviam alguma demanda de saúde deixaram de ser ajuizadas desde sua concepção em um período de quatro anos(DPERJ, 2017b). Dados de 2016 já apontavam um índice de resolução administrativa de 53,82% dentre as demandas solicitadas (DPERJ, 2018).

Carvalho Eloá (2017) aponta nesse aspecto, que com a criação da CRLS é possível prover racionalidade ao manejo das demandas em saúde frente o fenômeno da judicialização, reduzindo-se os excessos e atendendo de forma mais célere demandas imperativas que não puderam ser anteriormente alcançadas pelo SUS, ratificando a importância do permanente diálogo entre os Poderes Executivo e Judiciário. Vale ressaltar que o termo “racionalidade” aplicado ao fenômeno da judicialização, talvez possa, no contexto da presente tese ser melhor expressado por “maior qualificação do manejo das demandas em saúde frente ao fenômeno da judicialização”. Principalmente tendo em vista a possibilidade de melhor instrumentalização dos processos a partir da atuação da CRLS, quando há necessidade de se recorrer à via judicial enquanto caminho para efetivação do direito à saúde, conforme será visto.

Conforme já salientado anteriormente, apesar do presente estudo buscar olhar para 6 diferentes municípios da Região metropolitana do estado, esses mesmos estão unidos pelo elo em comum que consiste na participação da experiência aqui analisada, proveniente da DPERJ, reforçando assim a caracterização de um estudo de caso único integrado.

Portanto, não há pretensão de aprofundamento ou detalhamento das especificidades de cada uma das realidades dos seis municípios. Mas, à luz do referencial metodológico descrito, buscar-se-á olhar para a experiência do projeto “Construindo o SUS com a DPERJ” na perspectiva de sua implementação nos seis municípios pertencentes à região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, sendo eles conforme já mencionado: Belford Roxo, Nova Iguaçu, Japeri, São Gonçalo,

Magé e Mesquita.

4.3 Participantes da Pesquisa

Tendo em vista o contexto da pandemia de COVID-19 que perdurou no período de coleta de dados, todos os contatos para viabilização da pesquisa de campo foram realizados através de chamadas telefônicas, contato via aplicativo de mensagem Whatsapp®, via e-mail/ou através de reuniões virtuais para, primeiramente, explicar do que se tratava a pesquisa.

Esse cenário dificultou um pouco a aproximação com alguns campos e visando mitigar os aspectos desfavoráveis dessa “abordagem não-presencial” entre pesquisador e participantes da pesquisa, foi lançado mão de duas parcerias que se tornaram essenciais para viabilização do contato com os participantes: o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) e a Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da DEPERJ.

O caminho até o COSEMS foi pavimentado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) ao tomarem conhecimento do projeto em questão, através de contato telefônico e email. Esse apoio foi essencial na disponibilização de contatos institucionais importantes para viabilização da anuência das Secretarias Municipais de Saúde. Principalmente, porque a tentativa por parte da pesquisadora de identificar telefones e e-mails institucionais nas páginas oficiais das prefeituras dos municípios participantes, não galgaram êxito, sendo a maioria das informações desatualizadas, ou inexistentes. Além disso, foi aberto um espaço em reunião ordinária do mês de setembro do ano de 2021 do COSEMS-RJ, para que a pesquisadora apresentasse de forma sucinta o projeto de pesquisa e deixasse seu contato aos gestores.

A Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva auxiliou no contato junto aos Defensores das Comarcas que atendem aos municípios selecionados, sendo possível o agendamento das reuniões virtuais necessárias a apresentação da pesquisa, o convite à participação na mesma e a viabilização da coleta de dados a partir de então.

Reconhecendo a importância do seguimento das normativas institucionais no

desenvolvimento de pesquisas científicas no âmbito da saúde, e de modo a não haver incoerência entre a condução do trabalho de campo pela pesquisadora e o fato da presente tese trazer ao centro do debate enquanto um dos seus principais elementos o diálogo institucional, foram seguidos todos os caminhos institucionais disponíveis para obtenção das anuências necessárias junto a SES-RJ. Tendo em vista que, segundo as normas vigentes³ durante o período de coleta de dados deste estudo, as pesquisas feitas na CRLS precisavam obter anuência da Superintendência de Educação em Saúde da SES-RJ, considerando a Resolução SES Nº 2361 de 30 de julho de 2021⁴ que regulamenta e normatiza o fluxo a ser observado para a realização de pesquisa no âmbito da SES-RJ.

Como o projeto “Construindo o SUS com a DPERJ” envolve a CRLS e é essencialmente interinstitucional, além da busca das autorizações das secretarias municipais de saúde, foi necessário obter autorização da própria Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, para a coleta de dados nos núcleos de primeiro atendimento, e da SES-RJ para coleta de dados na CRLS.

Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram:

- serem profissionais pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde, atuantes no primeiro atendimento dos usuários com demandas em saúde, nas Defensorias Públicas dos 6 municípios participantes, ou, seja no CATES, ou;
- serem gestores ou advogados públicos destes mesmos municípios que lidem com demandas de judicialização da saúde em qualquer instância da gestão municipal, ou;
- serem defensores e/ou outros servidores das Defensorias que atuem nos Núcleos de primeiro atendimento dos municípios selecionados, ou;
- outros profissionais que forem considerados importantes na implementação e/ ou operacionalização atual do projeto nos municípios e;
- que aceitem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou mediante consentimento verbal gravado no ato do início da entrevista após leitura do mesmo documento na íntegra.

Estes profissionais considerados importantes na implementação e/ ou

³Disponível no endereço eletrônico: <https://www.saude.rj.gov.br/educacao-e-formacao-em-saude/solicitacao-de-pesquisa>

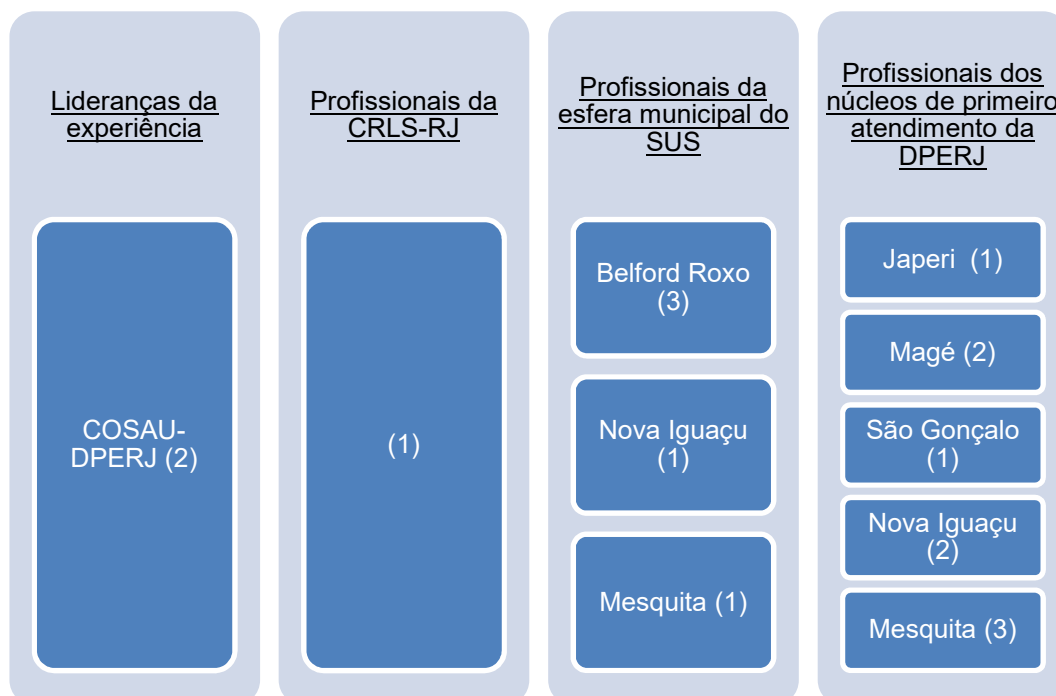
⁴Disponível no endereço eletrônico: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/resolucao-ses-no-2361/>

operacionalização atual do projeto podem também abranger profissionais da DPERJ e da CRLS.

Devido ao fato da interlocução com as secretarias municipais de saúde e com as comarcas terem desdobramentos diferentes e em tempos diferentes, não houve homogeneidade dos profissionais que foram ouvidos entre os municípios. Sendo assim, dentro do prazo estipulado para coleta de dados do projeto de pesquisa, foi possível obter anuência de 3 secretarias municipais de saúde, sendo: Mesquita, Belford Roxo e Nova Iguaçu, o que nos permitiu ouvir profissionais ligados a esfera municipal nesses contextos. Por outro lado apenas no município de Belford Roxo não foi possível entrevistar nenhum profissional do núcleo de primeiro atendimento da DPERJ.

Para melhor visualização da distribuição dos entrevistados nos municípios selecionados, foi elaborada a figura abaixo que representa a distribuição dos participantes da pesquisa de campo, e o número de entrevistas correspondentes realizadas entre parênteses.

Figura 4: Distribuição dos participantes da pesquisa



Fonte: A autora, 2022.

Como é possível perceber, apenas em Nova Iguaçu e Mesquita foi possível proceder à coleta de dados tanto no âmbito do núcleo de Defensoria responsável

pelo atendimento nesses municípios, como no âmbito da própria esfera municipal, ouvindo profissionais ligados a gestão do SUS no município. Entretanto, considera-se que todos os entrevistados exerceram ou exercem papel essencial na construção e/ou desenvolvimento da experiência analisada, e/ou acumulam experiência em processos de trabalho ligados às questões referentes à judicialização da saúde nos municípios estudados, conformando, portanto, 17 entrevistas que representaram uma rica fonte de dados para a presente pesquisa.

Vale ressaltar que os nomes dos participantes foram omitidos sendo utilizada a combinação de iniciais D para profissionais da área do direito e S para profissionais da área da saúde com números seqüenciais em ordem crescente (ex. D1, D2, S1, S2 etc). E também os nomes próprios (tanto de indivíduos quanto de municípios) citados nas entrevistas foram da mesma forma omitidos, sendo estes substituídos por combinações e escolhas aleatórias de duas letras (no caso de referências à pessoas específicas) ou apenas uma letra (no caso dos municípios), de modo a manter o anonimato dos mesmos nos relatos dos participantes.

4.4 Estratégias de coleta dos dados

Inicialmente foi realizada uma pesquisa exploratória através de contato direto com a liderança da experiência na DPERJ, a partir do qual se desenvolveu a ideia do projeto da presente pesquisa em olhar especificamente a operacionalização dela em municípios da região metropolitana.

A coleta dos dados foi realizada em três partes para atingir os seguintes objetivos específicos: investigar as práticas dos atores envolvidos na experiência em questão; analisar de que modo a efetivação do arranjo institucional proposto pode apresentar potencial para fortalecer as redes de atenção à saúde em municípios metropolitanos; conhecer em que aspectos a experiência impactou na gestão municipal da saúde dos municípios metropolitanos envolvidos; evidenciar os desafios da operacionalização do arranjo institucional proposto entre a gestão municipal do SUS e a DPERJ no âmbito da região metropolitana do Rio de Janeiro para a efetivação judicial e extrajudicial do direito à saúde.

A primeira parte foi realizada através de pesquisa de campo, a segunda parte

foi realizada a partir de pesquisa documental e a terceira parte mediante pesquisa bibliográfica.

Na pesquisa de campo, a técnica utilizada para identificação dos sujeitos foi a de cadeia não probabilística em *Snowball* (também chamada amostragem em bola de neve), de modo que os participantes selecionados por apresentarem papel fundamental no desenvolvimento da experiência indicam outros sujeitos que consideram ter desempenhado papel essencial no projeto em questão.

Nesse sentido, Vinuto (2014, p. 203) afirma que:

A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador (VINUTO, 2014, p. 203).

A pesquisa de campo envolveu o contato virtual via email e telefônicovia chamada de voz ou aplicativo de mensagem Whatsapp® com os participantes de modo a trazê-los ao conhecimento do projeto de pesquisa desenvolvido e a facilitar o agendamento das entrevistas. A condução não presencial dos contatos se desenvolveu devido ao período pandêmico que transversalizou o cenário de coleta de dados da pesquisa conforme já exposto anteriormente.

As entrevistas foram semi-estruturadas, conforme roteiro localizado no Apêndice A desta tese, e ocorreram entre os meses de agosto a novembro de 2021, em ambiente virtual através de plataforma virtual gratuita Google Meet®, com gravação de áudio por aparelho gravador externo ao computador utilizado pela pesquisadora, mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE B). A gravação do áudio foi necessária para viabilizar posterior transcrição.

O roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) foi organizado em dois eixos: o primeiro envolveu questões profissionais acerca das perspectivas do sujeito sobre o direito à saúde e o papel da sua esfera de atuação na efetivação desse direito. E o segundo eixo foi referente às questões da experiência em si, de modo a facilitar compreensão do processo de desenvolvimento da mesma e os impactos do arranjo institucional proposto para o manejo das demandas que envolvem a saúde

na gestão municipal.

A pesquisa documental também ocorreu entre os meses de agosto a novembro de 2021 paralelamente a pesquisa de campo e envolveu Convênio nº 002/2015 (celebrado para prestação de assessoria técnica aos núcleos de primeiro atendimento das comarcas da DPERJ) e seu Termo Aditivo, um convênio celebrado com um dos municípios estudados e o relatório da Câmara de Resolução de Litígio de Saúde – CRLS INTERIOR, emitido em agosto de 2021. Nessa etapa, além da autora desta Tese, houve participação de mais uma pesquisadora da equipe do projeto de pesquisa aprovado pelo CEP.

O citado relatório da Câmara de Resolução de Litígio de Saúde – CRLS INTERIOR, emitido em agosto de 2021 traz dados consolidados de 2015 a 2021, de quantitativo de pareceres, solicitações e encaminhamentos administrativos, dentre outras informações importantes para a presente análise.

Para acesso aos documentos foi utilizado um termo específico para pesquisa documental, conforme orientação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (APÊNDICE C).

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida com um levantamento de publicações com base nas buscas realizadas em repositórios⁵ de Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro, além da Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual de Campinas e, também, via Google Scholar no período de março a maio de 2022, pela pesquisadora autora desta Tese.

A pesquisa nos repositórios destas Universidades foi realizada a partir dos termos de busca por assunto: “Judicialização da saúde”, projeto “Construindo o SUS com a Defensoria” e “Câmara de Resolução de Litígios em Saúde”. Em alguns repositórios foi preciso fazer pequenas variações desses termos de busca, omitindo algumas palavras das combinações, de modo a buscar-se algum resultado significativo.

Além disso, foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

⁵Foram utilizados os seguintes links de busca:
<https://app.uff.br/riuff/handle/1/90>
<https://www.bdtd.uerj.br:8443/>
<https://pantheon.ufrj.br/>
<http://www.pgcl.uenf.br/acervo/dissertacoes>
<http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/>
<https://repositorio.unicamp.br>
<https://repositorio.ufba.br>

- pesquisas publicadas dentro do marco temporal: 2013-2021 (para abranger trabalhos a partir da criação da CRLS);
- apenas dissertações e tese;
- trabalhos cuja abordagem da judicialização da saúde, pudesse agregar elementos relevantes à discussão do estudo de caso analisado na presente tese.

Foram considerados ainda os seguintes critérios de exclusão:

- casos específicos fora do estado do Rio;
- trabalhos que versavam apenas sobre a rede privada.

Por fim, apenas 4 trabalhos foram utilizados a partir dessas buscas nos repositórios citados, conforme será visto no capítulo seguinte.

A pesquisa via Google Scholar foi feita em março de 2022 pela autora desta Tese, a partir dos seguintes termos de busca: projeto “Construindo o SUS com a Defensoria” e “Câmara de Resolução de Litígios em Saúde”, sendo essa a via de busca que gerou maior número de resultados, sendo 14 publicações utilizadas, totalizando 18 publicações resultantes da pesquisa bibliográfica. Maiores detalhes destes resultados serão apresentados no próprio capítulo dentro do tópico intitulado “Dados da Pesquisa Bibliográfica”.

Além disso, visando enriquecer a fonte de informações que pudessem contribuir para análise dos dados e construção deste estudo de caso, buscou-se por divulgação da CRLS ou do projeto em si nos sites oficiais das instituições envolvidas. Sendo assim, foram consultados textos acadêmicos e não acadêmicos; além de dissertações de mestrado e teses de Doutorado disponíveis na íntegra, e que tomaram a CRLS como objeto de investigação, ou que tenham mencionado a própria CRLS ou mesmo o projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, de modo a trazer contribuições significativas quanto à compreensão do fenômeno da judicialização da saúde no estado, ou ainda, outras informações relevantes para a presente pesquisa.

A sistematização da coleta de dados seguiu conforme os quatro princípios propostos por Yin (2015) para o desenvolvimento de um estudo de caso que garanta confiabilidade: 1- o uso de várias fontes de evidência; 2- Criação de um banco de dados para o estudo de caso; 3- Manutenção do encadeamento das evidências; 4- o cuidado no uso de dados de fontes eletrônicas de evidência.

Para o cumprimento do primeiro princípio a presente pesquisa se utilizou de entrevistas a indivíduos que desempenharam papéis diferentes nas diversas frentes

e participaram em momentos diferentes da experiência analisada; a saber, sujeitos pertencentes a instituições jurídicas atuantes nos municípios selecionados e pertencentes ao Poder Executivo no âmbito da esfera municipal daqueles municípios onde foi possível obter a anuência, conforme informado anteriormente (Mesquita, Belford Roxo e Nova Iguaçu). Também nesse sentido foram analisados estudos e documentos provenientes respectivamente das pesquisas bibliográfica e documental, que forneceram registros relevantes para compreensão e análise dos elementos que conformaram experiência retratada.

Com vistas ao alcance do segundo princípio, a criação de um banco de dados para o estudo de caso se deu através das gravações e transcrições das entrevistas, da organização e armazenamento virtual dos registros, incluindo aqueles documentais e dos estudos advindos da pesquisa bibliográfica, disponibilizados para a análise.

Quanto às evidências oriundas do processo de coleta de dados, foram organizadas de acordo com a identificação de elementos de interesse para respostas à questão norteadora do presente estudo, sendo eles também já anteriormente apontados no quadro 2, a saber:

1. Elementos que versem sobre as concepções dos profissionais da esfera municipal e na Defensoria pública atuantes na experiência, acerca do direito à saúde e a judicialização.
2. Elementos que apontem quais foram as principais práticas desses atores na experiência retratada.
3. Elementos que indiquem como se desenvolveu a operacionalização do arranjo institucional proposto nos municípios estudados
4. Elementos que representem quais foram os resultados da experiência nas práticas do manejo da judicialização da saúde em municípios metropolitanos envolvidos.
5. Elementos que apontem para os desafios resultantes da experiência.

Uma vez identificados, estes elementos foram organizados de modo a possibilitar a compreensão de como se desenvolveu a experiência em questão na perspectiva da efetivação do direito à saúde e como ela impactou o trabalho em saúde nos municípios metropolitanos onde ela ocorreu.

Com vistas a manter o encadeamento de evidências, que consiste no terceiro princípio para sistematização da coleta de dados proposta por Yin (2015), buscou-se clareza na exposição dos dados citados ao longo do trabalho e a consistência das conclusões para garantir a validade dos constructos (que será mais bem explicada no tópico seguinte). Dessa forma, permite-se que “[...] um observador externo- nesta situação, o leitor do estudo de caso- siga a derivação de qualquer evidência das questões de pesquisa iniciais para finalizar as conclusões do estudo de caso” (YIN, 2015, p.131).

Sobre o quarto princípio que diz respeito ao uso de dados de fontes eletrônicas, Yin (2015) sinaliza a importância de manter o cuidado na condução de entrevistas online como foi o caso da presente pesquisa, tendo em vista o contexto pandêmico de COVID-19, no sentido de estabelecer prioridades e focar na centralidade da informação necessária para a pesquisa, não se perdendo na riqueza de informações disponíveis.

Vale ainda ressaltar que foi utilizado um protocolo de estudo de caso (APÊNDICED) desenvolvido pela autora da presente Tese, com base em Yin (2015) e Toledo e Shiaishi (2009). Segundo Yin (2015) o protocolo do estudo de caso é uma forma significativa de aumento da confiabilidade da pesquisa de estudo de caso, e objetiva direcionar o pesquisador durante a coleta de dados. O protocolo é, para o pesquisador, uma agenda padronizada para sua linha de investigação, permitindo que outros pesquisadores identifiquem o caminho seguido na investigação possam inclusive refazer o percurso (YIN, 2015).

O protocolo desenvolvido para este estudo que aborda 12 questões que direcionaram de modo geral o processo de coleta de dados. Essas questões são perguntas direcionadas ao pesquisador e não aos participantes, para que ele as tenha em mente durante o estudo, de modo a mantê-lo “no rumo” à medida em que a coleta de dados acontece (YIN, 2015).

4.5 Análise dos dados

A técnica analítica selecionada foi a chamada construção da explicação, que segundo Yin (2015) tem como objetivo analisar os dados do estudo de caso

construindo uma explicação acerca dele, estipulando um conjunto presumido de elos causais sobre o fenômeno em questão. O autor ainda ressalta que essa técnica é como uma etapa mais aprimorada da técnica de combinação de padrões, pois dela se utiliza do fato de considerarem-se padrões previstos, ou seja, proposições do que se espera desvelar antes do momento da coleta de dados- o que aqui foi também destacado no quadro 2- e padrões empíricos, ou seja, aquilo que efetivamente emana dos dados coletados.

Partindo dessa combinação, é possível comparar o que os dados empíricos apontam a partir do que se esperava encontrar. Sendo assim, as análises são tecidas de modo a construir-se uma explicação final do fenômeno estudado no sentido do “como” ou “por que” ele aconteceu.

Enquanto limitações dessa técnica de análise são apontadas: a necessidade de sensibilidade do construtor da explicação e o risco de um viés seletivo indesejado levando a cobertura de dados-chave (YIN, 2015). Para minimização desse risco argumenta-se que é importante que o pesquisador retome em cada etapa da pesquisa, os objetivos estabelecidos e a pergunta norteadora, além de organizar um banco de dados específico para o estudo de caso, de modo que o mesmo possa ser consultado inclusive por terceiros, e que através da ordenação desses dados se mantenha o encadeamento de evidências.

Além disso, buscou-se a determinação da validade dos constructos. Yin (2015) aponta que este é um modo de aumentar a qualidade geral do estudo de caso como um teste a ser aplicado, cujas táticas envolvem: o uso de múltiplas fontes de evidências (no caso da presente tese: entrevistas com profissionais da esfera municipal da saúde e das instituições jurídicas envolvidas no projeto, além de pesquisa documental e bibliográfica) e o estabelecimento de encadeamento de evidências, e uso de informantes-chave para revisão do rascunho do relatório do estudo de caso.

A estratégia de produzir um relatório do estudo de caso foi utilizada ao final da redação da presente tese, onde o documento desenvolvido, foi composto por uma síntese da presente tese e foi encaminhado no mês de maio de 2022 para leitura de 3 informantes-chave; sendo eles pertencentes ao mesmo grupo dos entrevistados. Foi solicitado que estes procedem a leitura com olhar sensível a alguma não conformidade dos achados e devolvessem um feedback acerca do documento.

A apresentação dos resultados da pesquisa no relatório em questão foi estruturada no formato perguntas e respostas, sendo este uma possibilidade apontada para construção de relatório segundo Yin (2015). As 10 perguntas utilizadas na organização dos resultados no relatório se encontram disponíveis no item 4 do Protocolo do estudo de caso (Apêndice D).

De modo a tornar a aplicação da técnica de construção da explicação um pouco mais específica para o estudo de caso em questão considerou-se também os eixos utilizados por Asensi e Pinheiro (2015) para analisar experiências da mesma natureza da que constitui cerne do presente estudo. Os referidos autores consideraram três eixos em sua análise:

a) o primeiro trata da construção de categorias (direito, cidadania, acesso e integralidade), na perspectiva dos atores envolvidos em cada uma das experiências selecionadas; b) o segundo analisa a forma como os atores sociais, políticos e jurídicos lidam em suas práticas com essas categorias assim construídas; c) o terceiro examina comparativamente os pontos de intersecção e divergências, concordâncias e discordâncias, contradições e conflitos entre essas práticas e a política de saúde adotada nas experiências (ASENSI; PINHEIRO, 2015, p. 27).

No contexto da presente pesquisa a estruturação dos eixos utilizados foi definida da seguinte forma:

- a) Construção de categorias: direito à saúde, descentralização e judicialização da saúde;
- b) Análise da forma como os atores sociais, políticos e jurídicos lidam em suas práticas com essas categorias assim construídas;
- c) Investigação das potencialidades, desafios, contradições e conflitos apresentados no arranjo proposto, bem como as mudanças a partir dele desencadeadas.

A forma de construção de categorias (letra a) aponta para as direções principais das dimensões de investigação que dão base ao presente estudo de caso. E também, se articulam a construção da explicação conforme descrito a seguir.

Na aplicação de todos esses três eixos dentro da proposta do presente estudo de análise por construção da explicação pode-se visualizar a articulação dos capítulos de análise construídos com os padrões previstos abordados, os eixos propostos, e os elementos extraídos dos dados para análise, no quadro a seguir:

Quadro 3: Esquema de análise por construção da explicação, com base nos eixos propostos por Asensi e Pinheiro (2015)

Capítulo da Análise	Padrões previstos abordados	Eixo de análise	Principais elementos para análise
Construção e desenvolvimento do projeto construindo o SUS com a Defensoria pública do Estado do Rio de Janeiro	- A concepção de direito à saúde dos atores envolvidos na experiência foi importante para o considerado êxito alcançado.	(a)	-concepções
	- A judicialização da saúde repercute em graves impactos no planejamento da gestão do SUS nas esferas municipais da região metropolitana do Rio de Janeiro.	(b)	-práticas
Operacionalização do arranjo institucional proposto	- Arranjos que favoreçam o diálogo institucional entre atores da esfera jurídica e política podem melhorar o manejo das demandas em saúde que chegam à DPERJ, e, conseqüentemente, mitigar impactos negativos da judicialização para o planejamento em saúde na esfera municipal.	(b)	-práticas
Resultados da Experiência	-Práticas dialógicas entre os atores jurídicos e políticos podem contribuir para o êxito de experiências no campo do manejo do fenômeno da judicialização da saúde	(c)	-resultados da experiência
Desafios identificados na experiência e a partir dela	A heterogeneidade entre os diversos municípios, que se traduz em desigualdades no acesso aos provimentos e serviços de saúde traz à tona disparidades na capacidade de gestão, na capacidade orçamentária, e na própria infraestrutura e disponibilidade de serviços nas redes de atenção à saúde do ponto de vista municipal e regional.	(c)	-desafios da experiência
	- Ter um profissional da esfera municipal trabalhando diretamente com as questões de	(c)	-operacionalização do arranjo institucional

	saúde que chegam nas Defensorias pode facilitar para o município; a percepção dos principais “nós” da rede de atenção à saúde e da efetivação do direito à saúde, podendo movimentar a gestão no sentido da busca por caminhos de resolutividade das demandas em saúde mais persistentemente não equacionadas nos fluxos rotineiros da rede.		
--	--	--	--

Fonte: A autora, 2021.

Dessa forma, o quadro acima representa o esquema que baseou a análise dos dados por construção da explicação de modo a manter o encadeamento de idéias necessário a tal desenvolvimento.

4.6 Questões éticas da pesquisa

A presente pesquisa compõe o projeto intitulado “Judicialização da saúde e diálogo institucional: uma análise das estratégias de efetivação do direito à saúde desenvolvidas por instituições jurídicas e políticas no Estado do Rio de Janeiro” submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em junho de 2021, com aprovação em agosto de 2021, sob o nº CAAE: 48151521.1.0000.5260 (ANEXO A).

Conforme já apontado, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para pesquisa de campo com os participantes e o Termo de autorização institucional para uso de documentos (APÊNDICE C) na etapa da pesquisa documental. Também foram obtidas as devidas anuências das instituições envolvidas. Salieta-se que os municípios que não retornaram com as anuências assinadas, não tiveram entrevistados os profissionais atuantes no CATES, ou na gestão municipal na contemporaneidade do período de coleta de dados da pesquisa. Apenas àqueles pertencentes à própria DPERJ, cuja anuência foi obtida via COSAU, conforme também já sinalizado.

Este estudo segue todas as diretrizes recomendadas pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução nº 510

de 07 de abril de 2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis, ou ainda, que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

5. CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROJETO CONSTRUINDO O SUS COM A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O SUS não foi pensado para dar certo de modo compartimentalizado no Executivo, pois o cerne da efetivação do direito à saúde precisa estar no espaço público onde a política pública é concretizada e onde há potencialidade para o aprendizado social e exercício da cidadania.

Isabela Tavares Amaral

Em atendimento a primeira parte do objetivo principal da presente Tese, de como se constituiu a experiência do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, entre 2015 e 2021, em municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, este primeiro capítulo empírico, se destina a relatar os caminhos iniciais que levaram a consolidação do projeto ao longo desses anos junto às secretarias municipais de saúde participantes.

Para tanto, o primeiro tópico está destinado a localizar o contexto da criação da CRLS no Estado do Rio de Janeiro, e o cenário de judicialização da saúde em resposta ao contexto crescente de crescimento do fenômeno. E o segundo tópico descreve o início do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” e como o mesmo se desenvolveu ao longo do tempo.

Apesar de haver dados da pesquisa bibliográfica ao longo de toda a análise, o terceiro tópico apresentará de modo mais sistemático os resultados da pesquisa bibliográfica, do ponto de vista da compreensão da experiência em análise. Vale ressaltar que tanto a pesquisa de campo como a pesquisa documental auxiliaram de forma mais significativa o entendimento acerca das atribuições das partes que compõem a experiência e o funcionamento dos processos de trabalho mais macro que vinculam a CRLS, os núcleos de primeiro atendimento da DPERJ e as secretarias municipais de saúde conveniadas, conforme será visto no presente capítulo.

5.1 CRLS- Rio de Janeiro: contexto de criação e relação com a experiência em análise

Tendo em vista que o projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” interiorizou as ações da CRLS, antes restrita aos atendimentos da capital, primeiramente, é preciso entender que a experiência da CRLS já era funcionante no município do Rio de Janeiro desde o ano de 2013. A CRLS foi criada pela Procuradoria Geral do Estado (MARINHO, 2018), enquanto medida de atuação que se colocava efetivamente intervindo pré- propositura de ações, para com as demandas em saúde, de acordo com o relatório da CRLS-Interior de agosto de 2021, acessado via pesquisa documental (RIO DE JANEIRO, 2021).

Dentre as iniciativas anteriores, que atuavam pós-propositura de ações, a mais conhecida é o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT) no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJ-RJ). O NAT foi criado no ano de 2009 no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ) com o objetivo de dar subsídio técnico para os juízes da comarca da capital nas ações judiciais envolvendo tratamentos médicos e medicamentos (PINHEIRO M., 2016).

Sobre o cenário pré- CRLS, a pesquisa bibliográfica identificou um estudo que relatou que “A PGE, no período que antecedeu a criação da CRLS, tinha a visão de que o modelo de atuação das instituições integrantes do sistema de justiça precisava ser alterado” (SOUZA A., 2016, p.37). O mesmo autor aborda ainda que:

Na esfera judicial existe uma polarização em que as Defensorias se opõem às secretarias de saúde e às procuradorias, levando em alguns casos à ameaça de prisão de gestores públicos pelo não cumprimento de decisões judiciais. [...] evidenciou-se que o sistema de justiça deveria criar incentivos para a melhoria da atuação administrativa, e não apenas reprimir suas falhas, sendo preciso estruturar rotinas extrajudiciais eficazes na solução dos conflitos relacionados à saúde pública (SOUZA A., 2016, p.37).

Essa descrição configura a atmosfera que possibilitou a criação da CRLS, representando alguns dos ideais que mobilizaram a sua concepção. Estes ideais também refletem as ideias que deram base a mobilização para criação do projeto em análise na presente Tese, conforme veremos mais a frente.

Também foi obtido, através da pesquisa bibliográfica, um artigo de 2015 que apresentou “a situação encontrada na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em início de 2007 e as medidas que foram adotadas a fim de organizar

internamente o órgão para enfrentar a crescente judicialização da saúde” (GUIMARÃES R.; PALHEIRO, 2015, p.3). Esse estudo apontou que:

Até o início de 2007, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro não possuía organização interna para lidar com esse fenômeno, o que, entre outros problemas, levava ao pouco diálogo da Secretaria com o Tribunal de Justiça, Ministério Público e Defensoria, ao descumprimento constante das ordens judiciais e a expedição de mandados de prisão e de multas em face do gestor [...] Em 2007, como um dos primeiros atos, foi realizada uma parceria com entre a Secretaria de Estado de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPGE-RJ) para a tentativa da resolução das demandas que buscavam o fornecimento de medicamentos da competência do Município ou do componente especializado (Estado). Segundo esse acordo, quando o paciente desejasse ingressar com ação pleiteando medicamento ou insumo de saúde de competência do estado ou do Município, a Defensoria Pública deveria exigir laudo médico do Sistema Único de Saúde e antes de protocolizar a ação, enviaria um ofício aos entes federativos questionando se o item pleiteado estava disponível. [...] Apenas diante da resposta negativa dos entes públicos que a ação seria proposta. Desta forma, apesar de não ocorrido uma elevada redução do volume de ações, foi criado um fluxo mais eficiente para atender o usuário do SUS e principalmente se restabeleceu um diálogo com a Defensoria Pública, que no estado do Rio de Janeiro é responsável por mais de 70% das ações de saúde em face do Poder Público. [...] Paralelamente, houve a criação da Central de Atendimento a Demandas Judiciais (CADJ). Esse órgão agrega funcionários do estado e do município do Rio de Janeiro e é responsável, entre outras coisas, por receber as intimações referentes a estes dois órgãos nas ações de saúde, dar cumprimento as decisões judiciais e organizar e controlar o estoque dos medicamentos e insumos destinados ao atendimento das ordens judiciais [...] a CADJ solucionou outro problema existente. O Tribunal de Justiça frequentemente reclamava que a Secretaria de Saúde não prestava qualquer esclarecimento após o recebimento das ordens judiciais. Logo, a CADJ passou a oficiar, assim que intimada, a todos os juizes e desembargadores informando sobre a entrega do item requerido, quando o estoque estava regular e, em caso de ausência deste, sobre a situação do processo de compra e previsão de prazo para satisfação da determinação judicial. Tal fato, apesar de simples, criou um canal de comunicação antes inexistente e contribuiu para recuperar a confiança do Judiciário na Secretaria de Estado de Saúde. Em 2009, para subsidiar tecnicamente os magistrados da Comarca da Capital nas ações judiciais que envolvem fornecimento de medicamentos, insumos para saúde, alimentos e tratamentos médicos, foi implantado o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT) no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ). [...] Ressalta-se que o NAT foi amplamente adotado pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Em 2009 foram proferidas um pouco mais de 900 manifestações, já em 2013 esse número passou para quase 2.800 pareceres (GUIMARÃES R.; PALHEIRO, 2015, p.4).

Conforme visto, a partir de 2007, uma série de iniciativas para melhoria da efetividade da comunicação entre Poder Executivo e Poder Judiciário, no âmbito do manejo das demandas de saúde, tem curso no estado do Rio de Janeiro. Todas as iniciativas acima descritas conformam o cenário “pré-CRLS”. Uma delas é analisada no trabalho de Mariana Faria Teixeira (2011) que estudou o sistema de pedido

administrativo como uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro enquanto alternativa para judicialização da saúde.

Destaca-se ainda, a importância do percentual de responsabilidade das ações em face do poder público no estado do Rio de Janeiro ser da Defensoria em si, enquanto responsável por 70% das ações de acordo com a citação supramencionada, de estudo publicado em 2015. Esse fatojá configura um elemento gerador de reflexão, pois apesar de termos desigualdades sociais e concentração de renda significativa, a massiva representação da Defensoria nas ações de saúde chama atenção.

Uma vez compreendido o cenário pré CRLS, a partir daqui será abordado o início do funcionamento da CRLS. A mesma funciona atualmente no centro da cidade do Rio de Janeiro, na rua da Assembléia, em prédio desapropriado pela PGE para sua instalação, sendo a própria PGE quem “mantém a administração geral do prédio, fornecendo os serviços de limpeza, copa, vigilância e ascensorista” (VASCONCELOS, 2021, p. 934).

A CRLS foi criada através da 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 (PGE), Secretaria de Estado de Saúde (SES), Defensoria Pública Geral do Estado (DPGE) e o Tribunal de Justiça do Estado (TJRJ), o Município do Rio de Janeiro, pela Procuradoria Geral do Município (PGM) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e a União Federal, pela Defensoria Pública da União (DPU).

O relatório da CRLS-Interior de agosto de 2021 acessado pela pesquisa documental aponta que:

No projeto piloto da CRLS, iniciado dia 17 de setembro de 2013, o escopo era a realização de atendimento dos assistidos que vinham procurar a DPGE/DPU em busca de medicamentos padronizados pelo SUS ou insumos terapêuticos para diabetes mellitus. A partir de janeiro de 2014 esse escopo foi ampliado para atendimento de toda demanda de ações e serviços de saúde dos municípios do Rio de Janeiro nos atendimentos da DPGE e no caso da DPU acrescidos de municípios de Seropédica e Itaguaí. No ano de 2017, o Ministério da Saúde, por meio do DGH⁶ foi inserido no Convênio da CRLS, disponibilizando profissionais para prestar apoio aos assuntos referentes às Unidades Federais (RIO DE JANEIRO, 2021).

Como pode-se perceber, o convênio que cria a CRLS, envolve diversas esferas do poder público. No mesmo relatório acessado via pesquisa documental, o

⁶ Departamento de Gestão Hospitalar

destaque para o sucesso da CRLS é atribuído principalmente à reunião em um mesmo espaço físico de todos os atores envolvidos nas demandas sanitárias, pois esse fato propiciou “a compreensão mútua das realidades institucionais e das visões distintas acerca do melhor modo de atendimento dos assistidos” (RIO DE JANEIRO, 2021). Fato este que também pode ser atribuído enquanto contribuição para o êxito da experiência em análise, uma vez que a mesma também propõe a reunião em um único espaço físico de representante da SMS do município atendido pelo núcleo de Defensoria e os profissionais atuantes nessa instituição, facilitando o diálogo e a percepção mútua das dificuldades enfrentadas na efetivação do direito à saúde, conforme será visto em capítulo *a posteriori*.

O já referido estudo de Vasconcelos (2021) que analisou experiências de resposta à judicialização da saúde em 4 estados brasileiros, aponta que o estado do Rio de Janeiro, tanto por conta da CRLS, como por causa do NAT, se destacou significativamente no que tange a alocação de recursos em prol dessas iniciativas, havendo “alocação clara a pactuada de recursos e pessoal entre Justiça e SES” (VASCONCELOS, 2021, p. 937).

Sobre o citado Convênio que cria a CRLS, dados da pesquisa Bibliográfica apontam que:

O objetivo do convênio é solucionar litígios de saúde de maneira conciliadora, privilegiando-se a atuação extrajudicial na efetivação do acesso aos serviços públicos de saúde, reduzindo tempo, custos e aumentando a eficiência dos serviços no atendimento das demandas. O entendimento formal que orienta o convênio é que o governo deve cumprir seu dever de promover a saúde de toda população e que a judicialização é uma possibilidade de responder às necessidades de saúde dos cidadãos (VENTURA e SIMAS, 2021, p. 1996).

A reafirmação de que o convênio é orientado também pela ideia de que a judicialização é necessariamente uma possibilidade de resposta às necessidades de saúde dos cidadãos, conforme acima mencionado, é crucial para a composição de entendimento a partir da análise realizada na presente tese, e de modo a não gerar-se uma interpretação equivocada da finalidade da CRLS, e conseqüentemente, do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”.

Conforme dito, a CRLS já era funcionante quando o projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” foi concebido. Entretanto, o projeto não nasce diretamente ligado a CRLS, apesar de ter no modelo

do funcionamento da Câmara, a mesma ideia de apoio ao manejo mais efetivo das demandas em saúde em momento pré-propositura de ações.

Alguns aspectos mais operacionais da CRLS serão descritos no próximo capítulo. Até aqui foram tratados apenas aspectos essenciais a compreensão do contexto que configurou pano de fundo para a concepção e desenvolvimento do projeto “Construindo o SUS com a DPERJ”, conforme será visto a seguir.

5.2 O Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro

A ideia do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria” é concebida a partir da atuação de uma Defensora no plantão Judiciário da DPERJ, onde, buscando compreender melhor a estrutura de funcionamento da rede de atenção à saúde no estado, passa a se aproximar da Central de regulação, de gestores ligados à esfera estadual, e também de municípios, com vistas a uma atuação mais integrada, conforme demonstrado em fala de uma das entrevistadas, que configura liderança do projeto:

“Eu tenho que também conhecer o outro lado, entender o outro lado né. Quem são essas pessoas que a gente intima toda noite, manda transferir? Por que que não transfere? Qual é a dificuldade? E aí eu visitei de madrugada as centrais reguladoras. E aí conheci os médicos daí conhecendo os superintendentes das secretarias, daí comecei a conhecer toda estrutura de saúde....é das centrais de regulação, tanto dos municípios quanto do estado do Rio de Janeiro, daí eu comecei a atuar coletivamente, me aproximar, e aí lá no plantão a gente começou a resolver as demandas de CTI. Como, né? Como eu tinha essa interlocução muito com eles, a gente conseguia saber se a pessoa estava regulada, se não estava, se tinha uma pendência pra regulação, e aí eu resolvia com o hospital a pendência e aí a pessoa conseguia ser transferida.[...] Então a gente começou a conseguir, entendendo como o sistema estava organizado, né, e de quem era a competência ali dentro. [...] E aí eu comecei a ver que o diálogo, trabalhar em conjunto, tinha uma potencialidade para o defensor que era enorme. Primeiro, que solucionava, né, extrajudicialmente as demandas. Segundo, quando você atuava judicialmente, você atuava de uma forma, é, digamos assim, como se fosse uma política de redução de danos, você atuava de uma maneira que interferia o mínimo, de uma forma qualificada, de uma forma que interferia o mínimo possível no sistema, como o sistema estava organizado, e muitas vezes atuando em conformidade com a própria organização do sistema.” (D1)

A partir dessa atuação mais coletiva, e, também do conhecimento do trabalho já existente da CRLS desde 2013, o projeto passa ser “embrionado”. Nesse sentido, a mesma defensora afirma ainda que:

*“E aí eu comecei a entender a câmara e comecei a fazer essa analogia aí com o meu trabalho que eu já fazia no plantão e a gente começou a atuar.”
(D1)*

Esse trabalho “já feito no plantão” se refere aquela aproximação com gestores e unidades de saúde descrita anteriormente enquanto iniciativa para uma atuação mais integrada da DPERJ junto ao SUS. Essa mencionada atuação, de acordo com os dados levantados, ganha maior amplitude quando a mesma Defensora assume a Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva (COSAU) na DPERJ com o objetivo de fortalecer a atuação da Defensoria Pública a partir de uma política institucional com foco na saúde, priorizando as soluções extra-judiciais.

Para isso, foi pensando um meio de oferecer uma assessoria técnica como àquela existente na CRLS, aos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ nos demais municípios. Estes acabam sendo chamados de “interior”, mas na verdade, esse termo é para fazer referência a qualquer município que não seja a capital. Para isso, o sistema de informação utilizado pela CRLS, foi adaptado para uso pelo NAT, pois nessa configuração inicial de assessoria técnica aos atendimentos da Defensoria no campo da saúde seria realizada pela equipe do NAT.

Visto isso, iniciou-se em meado de 2015, um projeto piloto abrangendo 8 municípios majoritariamente da Região Metropolitana, que começaram então a acessar o referido sistema de informação que comunicava com o NAT- núcleos. E na reconfiguração de objetivo dessa equipe do NAT, uma vez que a partir dessa ideia, passariam então a prestar apoio à Defensoria e em momento pré-propositura de ação e não mais apenas aos magistrados em momento pós-propositura de ação, denominou-se essa estrutura “adaptada” de NAT-Núcleos. Então, “O NAT-Núcleos foi a solução que a Defensoria pública do Estado do Rio de Janeiro encontrou para buscar soluções administrativas para as demandas de saúde dos municípios do interior” (SOARES, 2017, p. 56).

Esse aspecto também foi corroborado pela pesquisa bibliográfica, conforme citação abaixo de uma Dissertação publicada em 2017:

Em 2015, a DPE fez um convênio com outras 8 (oito) Secretarias Municipais de saúde que cederiam um profissional para atuar na DPE assistindo esses conflitos sanitários. As demandas não solucionadas através de diálogos

entre as instituições do próprio município eram encaminhadas para Câmara de Resolução de Litígios de saúde através do próprio sistema, utilizado pela CRLS, entretanto o NAT-Núcleos não era subordinado a este órgão no ano seguinte o NAT-Núcleos passou a ser responsabilidade da CRLS (SOARES, 2017, p. 56).

A informação das oito secretarias municipais de saúde inicialmente conveniadas, foi corroborada pelos dados do Relatório da CRLS/ Interior de agosto de 2021 acessado via pesquisa documental, no qual indica-se que os primeiros municípios com data de início da CRLS/Interior foram: Duque de Caxias, Belford Roxo, Nova Iguaçu, Nilópolis, Japeri, São Gonçalo, Queimados e São João da Barra (inicialmente o único fora da região metropolitana).

A pesquisa de campo, no entanto, esclareceu que esse início é estritamente marcado pelo uso do sistema de informação para envio dos atendimentos e recebimento dos relatórios do assessoramento técnico, não envolvendo ainda nesse momento, um convênio com a esfera municipal.

É então que a liderança da experiência percebe que “falta uma parte” nesse arranjo proposto, uma vez que a equipe do NAT fica limitada às respostas que cabem ao Poder Executivo estadual, mas não conseguem dar conta das especificidades da esfera municipal. Para dar conta de “completar” o arranjo inicialmente proposto pelo projeto “Construindo o SUS com a DPERJ”, passa a ser proposto aos municípios um convênio que vincule a lotação de um profissional representante da SMS para atuação junto ao núcleo de primeiro atendimento do seu município.

A esse novo “braço” do projeto, deu-se o nome de Centro de Apoio Técnico em Saúde (CATES). “O primeiro Centro de Apoio Técnico em Saúde (CATES), análogo à CRLS, foi implantado no Município de São Gonçalo, em outubro de 2015” (SOUZAT., 2018, p.17). Ou seja, o projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, passa a funcionar com objetivo e estrutura similar à CRLS envolvendo o então chamado CATES, que abrange equipe da Defensoria, acrescida de representante da SMS, e o estado respondendo remotamente via assessoria técnica, prestada nesse primeiro momento pelos NAT-Núcleos.

Diferente dos demais 7 municípios participantes do projeto piloto que iniciaram o uso do sistema de informação que vinculava os casos e recebia os relatórios via NAT-Núcleos, São Gonçalo foi o primeiro município que efetivamente

teve a composição de estrutura que incluía a esfera municipal. Ou seja, foi o primeiro município a trazer a figura do profissional da SMS para trabalhar de modo integrado às equipes dos núcleos de primeiro atendimento, compondo assim o CATES.

Dados da pesquisa de campo indicaram inclusive que há municípios como, por exemplo, Duque de Caxias, que apesar de utilizarem o sistema de informação da CRLS Interior e por isso gerar dados de atendimento e receber os relatórios via assessoria técnica, ainda não tinham convênio assinado até o período da coleta de dados desta pesquisa. Isso ocorreu por conta da manutenção do acesso ao sistema ainda da época do projeto piloto. Porém, não possuíam o convênio assinado que viabilizava a estrutura do CATES, ou seja, não contavam com o representante da SMS. Como o critério de inclusão na presente pesquisa era o convênio assinado especificamente para viabilizar esse arranjo institucional, Duque de Caxias foi um município não inserido na coleta dos dados, apesar de ser parte da região metropolitana.

De acordo com a pesquisa de campo, a partir do sucesso do CATES no município de São Gonçalo, ainda no ano de 2015, a Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da DPERJ, passam a visitar os núcleos do interior e também às reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (CIR), para buscar interlocução junto aos gestores e aproximá-los dos Defensores. Além disso, era compartilhada com eles a ideia do apoio técnico necessário a um melhor manejo das demandas em saúde dos usuários que procurassem os núcleos de primeiro atendimento da Defensoria, incentivando-os a replicar em seus territórios o desenvolvimento do apoio às demandas em saúde que já era exercido pelos NAT-Núcleos.

Essa replicação se daria a partir do uso do mesmo sistema de informação que permitia essa comunicação direta com profissionais da SES-RJ, e também através da indicação de um profissional da SMS para fazer essa interlocução junto à Defensoria no atendimento aos usuários, ou seja, compor essa estrutura de assessoramento dentro da Defensoria.

Desse modo, a divulgação e articulação disparada a partir da Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva fizeram com que o projeto fosse ganhando visibilidade e obtendo adesão de municípios. Primeiramente daqueles da região metropolitana do estado, e inicialmente ligado aos NAT Núcleos, conforme explicado.

A entrevista a seguir, com uma participante que atuou nas etapas iniciais da experiência resume alguns dos principais pontos detalhados anteriormente com a clareza de quem acompanhou todo o processo:

“Em 2015 quando começou o projeto de interiorização, ele é um projeto no início de 2015. O projeto piloto que foi feito com a região metropolitana, foi dado login e senha para um sistema que tem que se acessa remotamente. Nesse, nesse contexto lá em 2015 haviam 12 profissionais. O início do projeto para interiorização, ele não começou com a câmara, começou no NAT. Que é um outro convênio, que é o Núcleo de Assessoramento Técnico para os magistrados mas ele começou lá. Não é ... a equipe que atendia o interior não ficava na câmara da capital. Elas ficavam localmente dentro da Defensoria do Estado no prédio do Menezes Côrtes.” (S1)

Conforme mencionado na fala acima, e visando aclarar a estrutura inicial do projeto, o início dessa interiorização da Câmara começou com o NAT a partir dos NAT- Núcleos, que conforme dito anteriormente destinavam-se a assessorar a Defensoria com atendimentos em saúde, em momento pré –propositura de ações, a partir do uso do mesmo sistema de informação da CRLS, porém adaptado ao NAT-núcleos. Desse modo, esse “braço” do projeto se concretizava numa espécie de interiorização da assessoria técnica, similar à da CRLS, estendendo seus objetivos aos demais municípios para além da capital. E o outro “braço” do projeto, o CATES, iniciou conforme já apontado pelo município de São Gonçalo, expandindo-se posteriormente para outros municípios.

A partir de 2016, a assessoria técnica que era realizada pelos NAT-núcleos sofre uma alteração, conforme explica uma das entrevistadas que vivenciou esse processo de mudança:

“Nesse, nesse contexto lá em 2015 haviam 12 profissionais. [...] Eram 12 profissionais, para o início que faziam um assessoramento para Defensoria, atendendo um número X de municípios, no interior. Com a necessidade que teve de otimização da equipe e porque tinha um outro projeto dentro da secretaria de estado, de uma criação que foi do CTS, que fica para Procuradoria, esse número de profissionais que eram 12 foi dividido ao meio, então 6 profissionais. E aí se mudou a forma como a câmara do interior, que até a ocasião estava funcionando junto com o núcleo, passou a funcionar, ou seja, esses profissionais que estavam dentro da Defensoria do Estado lá no Menezes Cortes vieram para a estrutura da câmara da capital.” (S1)

De acordo com a entrevistada os atendimentos que eram então feitos pela referida equipe de 12 profissionais da SES que atuavam no NAT, passam a ser feito por 6 desses profissionais juntamente à equipe da CRLS. Esses profissionais inclusive passam a ser alocados dentro da própria CRLS. Sendo assim, a metade dos profissionais do NAT que atendiam aos convênios assessorando tecnicamente

os núcleos de primeiro atendimento nos municípios do interior, passam a atuar dentro da CRLS. E esta por sua vez, deixa de atender unicamente a capital, para também prestar apoio a esses municípios, nascendo assim, a chamada CRLS Interior.

Esse relato foi corroborado pela pesquisa documental, onde acessando o convênio 02/2015 e o Termo aditivo ao mesmo em 2016, percebe-se a inclusão da CRLS através da prestação de serviços pelos técnicos da área da saúde e, remotamente, pelos técnicos da Secretaria de Estado de Saúde que já trabalhavam na Câmara de Resolução de Litígios.

O mesmo termo aditivo também acrescenta na Cláusula de competências da SES: que a mesma passaria a fornecer pelo menos 06 técnicos da área de saúde para auxiliar nos atendimentos aos Defensores Públicos Estaduais atuantes nos Núcleos de Primeiro Atendimento das Comarcas do Interior da DPGE, cujas solicitações envolvam o fornecimento de medicamentos, insumos para a saúde, exames diagnósticos, tratamentos médicos e fórmulas nutricionais pelo poder público.

Portanto, o projeto em si é concretizado pelos convênios que os municípios assinam com a DPERJ para formalização da parceria institucional, tendo a Procuradoria Geral do Estado como interveniente. E no caso destes municípios conveniados, um profissional da SMS é alocado no núcleo de primeiro atendimento da Defensoria para compor o CATES. Nesse aspecto, uma entrevista realizada com profissional atuante da CRLS informa que:

“O convênio ele é assinado entre a Defensoria do Estado e a Secretaria Municipal ou Prefeitura, né. A SES ela faz...ela tem um outro convênio que a gente chama como se fosse um convênio guarda chuva, que faz o assessoramento para a Defensoria.” (S1)

Segundo a fala supramencionada, além do convênio celebrado entre DPERJ e Secretarias Municipais de Saúde participantes, há o convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ) e a DPERJ, para garantia da assessoria técnica da CRLS aos núcleos de primeiro atendimento das comarcas do interior, ao qual tivemos acesso mediante a pesquisa documental, na versão de 2015. Isso porque, esses profissionais, conforme dito são da SES-RJ.

Para melhor visualização dos documentos de convênio que compõem essa engrenagem, permitindo a concepção e desenvolvimento das parcerias institucionais

que respaldam as práticas geradas no contexto da experiência analisada, segue abaixo um quadro que resume as informações nesse sentido:

Quadro 4: Documentos importantes para parcerias institucionais envolvidas na experiência

Convênio	Finalidade	Partes envolvidas
Termo de Convênio nº 003/0504/2012	Criação da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Estado do Rio de Janeiro, pela Procuradoria Geral do Estado (PGE); • Secretaria de Estado de Saúde (SES); • Defensoria Pública Geral do Estado (DPGE); • Tribunal de Justiça do Estado (TJRJ); • Município do Rio de Janeiro, pela Procuradoria Geral do Município (PGM) • Secretaria Municipal de Saúde (SMS); • União Federal, pela Defensoria Pública da União (DPU).
Termo de Convênio nº 02/2015	Prestação de Assessoria Técnica aos núcleos de Primeiro atendimento das Comarcas do Interior da DPGE	<ul style="list-style-type: none"> • Estado do Rio De Janeiro, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde; • Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.
Termo aditivo ao Convênio Nº02/2015	Alteração qualitativa no Termo de Convênio nº 02/2015 (dentre outras, especifica que a assessoria técnica será realizada por profissionais da CRLS)	<ul style="list-style-type: none"> • Estado do Rio De Janeiro, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde; • Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.
Acordo de Cooperação Técnica	Formalização de parceria institucional para qualificar e otimizar o atendimento dos que procuram a DPERJ em busca de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. • Município X pela respectiva Secretaria de Saúde • Interveniente: Estado do Rio de Janeiro pela Procuradoria Geral do Estado (PGE)

Fonte: A autora, 2022, com base nos dados da pesquisa documental.

Conforme pôde ser observado nos dados da pesquisa de campo e documental, a CRLS- Interior nasce a partir do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, mediante a crescente situação da judicialização no campo da saúde, a necessidade do estado em apoiar os

municípios nesse aspecto, e como um resultado de iniciativa institucional da DPERJ através da Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva.

A CRLS- Interior objetiva a promoção do atendimento das partes assistidas pela DPGE, que demandem especificamente a prestação de serviço de saúde, tendo em vista a prevenção do ajuizamento de ações, buscando soluções administrativas para oferta de medicamento, agendamento de procedimento clínico, cirúrgico, consultas e exame médico (RIO DE JANEIRO, 2021).

Importante ressaltar que os municípios que assinam o acordo de cooperação técnica, se comprometem a disponibilização de um representante de cada SMS para atuar junto ao Núcleo de Primeiro Atendimento das Comarcas do Interior contemplado com o assessoramento técnico. O perfil e as atividades exercidas por este representante da SMS serão discutidos no próximo capítulo.

A pesquisa de campo revelou que no início da divulgação do projeto, houve quem entendesse como se o mesmo preconizasse a “não judicialização”, no sentido de encará-la como algo a ser “combatido”, quando, na verdade, a ideia que permeava o projeto desde sua concepção, demonstrou-se sendo a qualificação dessa judicialização e não apenas pura e simplesmente sua “prevenção”, de forma generalizada. Nesse aspecto, um dos profissionais das Defensorias entrevistados afirmou que:

“O convênio na sua redação no seu contrato tem cláusula expressa dizendo ressaltando a prerrogativa da Defensoria em ingressar com ação judicial né, porque pode parecer que você tá abrindo mão de uma prerrogativa e tá se enfraquecendo como instituição. Alguns colegas podem até ter ... eu até posso ter tido essa visão no início né, de uma coisa que é vista com certa desconfiança, por isso, mas é realmente isso; você tem que separar o joio do trigo o que tá disponível vamos buscar rápido onde tem. O que não está disponível, aí sim, nós vamos buscar na justiça com toda dificuldade e demora que isso possa representar porque o meio que a gente tem para batalhar é esse.” (D3)

Interessante a colocação de como a profissional entrevistada se coloca como no início, ela mesma era uma portadora inicial dessa visão, de que a Defensoria, enquanto Instituição poderia estar abrindo mão de sua prerrogativa de batalhar pela garantia de direitos.

Talvez a menção ao fato de se ter que “separar o joio do trigo” possa ser remetida a uma atitude de não-polarização, como a que se pode observar no antagonismo que paira nos discursos sobre a judicialização como se por um lado fosse um fenômeno taxativamente nocivo ao funcionamento do SUS por meio do

qual se efetiva direito à saúde. Ou por outro lado fosse uma bandeira a ser defendida a todo o custo como um caminho que sempre leva a garantia de acesso ao direito à saúde em todos os sentidos.

Nesse aspecto, Fleury (2012) defende que a judicialização pode ser encarada como sendo a maior aliada do SUS e que as tendências baseadas na ideia da “reserva do possível” devem ser descartadas, pois subordinam direitos sociais à lógica da acumulação financeira, tornando a democracia impossível. Por outro lado, Amaral et al. (2021, p.171) sugerem que “O alargamento da compreensão da sociedade acerca dos determinantes sociais da saúde expande os limites daquilo que, com razão, pode ser reivindicado enquanto necessidade de saúde”, e que além disso:

Se tomarmos a igualdade a assistência enquanto um princípio do SUS citado na Lei Orgânica da Saúde, e tomarmos por base que a judicialização tende a gerar certa assimetria no acesso aos serviços, pode-se inferir que decisões judiciais favoráveis a demandas pontuais que comprometam o orçamento público da saúde vão de encontro a um princípio legislativo do próprio sistema, inclusive distorcendo seus fluxos, como apontado em alguns dos estudos analisados. Constitucionalmente, a saúde é direito de todos e dever do Estado, e o conceito de saúde na sua amplitude e definição multifatorial pode, em tese, comportar um número praticamente ilimitado de demandas a ela associadas (AMARAL I. et al., 2021, p. 170 e 171).

Ou seja, é preciso encarar que há aspectos ambíguos, mas nem sempre contraditórios quanto à judicialização, no sentido da garantia do direito a saúde. E a partir da construção deste estudo de caso, foi identificado que a ideia que impulsionou o desenvolvimento do projeto em análise junto aos municípios, foi justamente ampliar as possibilidades de um manejo mais eficiente desse fenômeno, tendo em vista sereminegáveis os impactos que ele ocasiona no SUS.

Retoma-se aqui o conceito de judicialização residual discutido no capítulo 3, como sendo aquela judicialização que persiste apesar das tentativas oficiais de resolução administrativa, que acabam variando de acordo com as características políticas, sociais, econômicas e conforme a configuração do sistema de saúde local (SOUZA T., 2018).

Nesse aspecto, a lógica de intervenção proporcionada pelo projeto em análise, seria qualificar o atendimento das demandas em saúde que chegam à Defensoria, viabilizando e/ou potencializando as tentativas oficiais de resolução administrativa, através dos encaminhamentos administrativos, quando possível, ou mesmo instrumentalizando as ações judiciais, quando necessárias, de forma mais

efetiva. Ou seja, ampliaria as chances de que as demandas em saúde encaminhadas ao Poder Judiciário reflitam a judicialização residual.

Em resposta a questão sobre o que se atribui ao desenvolvimento da experiência no município em questão, a mesma profissional da Defensoria que verbalizou certo receio em sua percepção inicial sobre o projeto, ressalta acerca dos aspectos que contribuíram para a experiência no município onde atua. Em sua fala, destacada a seguir, o nome de uma das lideranças do projeto é substituído pela sigla DA:

“Em primeiro lugar, essa liderança da coordenação de saúde a intermediação que a coordenação fez junto ao município, porque, por mais que haja um desejo do defensor local de que isso funcione é preciso suporte da própria administração da instituição para buscar os contatos com os secretários de saúde com prefeito [...] porque nós temos o atendimento diário numa demanda enorme, né, para dar conta então é... com certeza a atuação da coordenação de saúde foi fundamental é, o interesse do município também pesou né. [...] Na Secretaria de Saúde, por não conhecer o convênio alguns secretários que passaram ao longo desse tempo às vezes olhavam não com tão bons olhos, né, mas nesse sentido a coordenação de saúde a presença da DA esclarecendo as vantagens e até a intenção do convênio de servir de norte para o município perceber o que está faltando na sua estrutura. [...] Então teve um interesse prático alguma resistência também mas, é, também no final das contas a gente encontrou uma porta aberta, né, que permitiu a celebração do convênio então e vontade também do núcleo, né, nossa, do defensor da equipe também de que aquilo viesse a funcionar” (D3)

Esse aspecto citado acerca da presença mais próxima da Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva é mencionado em outras entrevistas como significativamente importante, não apenas para o desenvolvimento inicial da experiência, mas também para a continuidade dela. Isso inclui o manejo dos percalços gerados ao longo do caminho, como se pode perceber nas seguintes falas, onde nomes próprios foram substituídos, sendo uma letra apenas usada para codificar o nome de município, e duas letras, para codificar o nome da Defensora citada, que configura liderança do projeto em análise:

“Então, a DA ela faz essas reuniões até mesmo pra acompanhar verificar se está sendo cumprido, pra acompanhar mesmo o desenvolvimento do convênio.” (D8)

“Em I durante a pandemia funcionou por um tempo é... estava muito ruim logo que a gente entrou porque não tinha... tinha mudado a administração e a nova administração não sabia do convênio. E...E aí diante ao cenário da pandemia também, estava um pouquinho complicado, mas aí fizemos uma nova reunião a DA foi lá com a assistente jurídica lá do município também e voltaram a enviar 2 funcionários.” (D13)

De acordo com as falas acima, é possível perceber, que a presença da liderança do projeto no município proporcionou a “reativação” do funcionamento do convênio após uma mudança na administração municipal, algo que inclusive apareceu fortemente durante a pesquisa de campo, conforme será tratado no capítulo referente aos desafios da experiência.

Esse quadro inicial do desenvolvimento do projeto reafirma um aspecto tratado ainda na introdução da presente Tese, acerca da citação de Asensi e Pinheiro (2015, p. 46) sobre o fato de que “a efetivação da saúde pode passar também pela incorporação das instituições jurídicas no cotidiano da gestão.” A partir da descrição de uma atuação mais próxima então da DPERJ com instâncias de assistência e de gestão do SUS, fica clara a percepção de que a integração dessas partes através do diálogo institucional é essencial para efetivação do direito à saúde nesse contexto de demandas não atendidas nos fluxos usuais da rede atenção à de saúde. Na ausência deste diálogo as instâncias jurídicas acabam incorrendo no risco de atuar com menor eficiência e resolutividade, na condução das demandas em saúde sem acesso ao conhecimento sobre o funcionamento dessa rede.

Para exemplificar, seguem abaixo fragmentos de entrevistas realizadas a duas profissionais da área do direito, atuantes em diferentes núcleos de primeiro atendimento da DPERJ, em municípios diferentes, em alusão ao trabalho integrado ao funcionário da SMS, que o projeto proporcionou:

“A gente sem o servidor [da SMS, proporcionado pelo projeto] fica no escuro do município.” (D3)

“Quando a SM tira férias que a gente enlouquece né... é um bom parâmetro né... e inclusive ela vai sair na sexta-feira. Está treinando outra pessoa e a gente já está de cabelo em pé, pensando: ‘socorro!’” (D9)

Conforme pode se perceber, o trabalho junto à secretaria municipal de saúde é tão integrado por meio da atuação deste servidor requerido pelo convênio proposto, que a ausência dele reflete um desfalque importante na equipe dos núcleos de primeiro atendimento da Defensoria, impactando os processos de trabalho instituídos em prol do melhor manejo das demandas em saúde. Nesse aspecto, uma das lideranças do projeto compartilha que:

“Existem locais que a pessoa entra de férias e ninguém substitui, então eu fico um mês tendo que judicializar, pois não consigo resolver extrajudicialmente. O ideal é vir mais de uma pessoa. Falta as vezes essa visão de ter um substituto na função.” (D2)

Conforme visto, a ausência do profissional da SMS no CATES impacta diretamente num aumento do número de ações judiciais, segundo o relato acima. Portanto, faz-se necessário que as secretarias municipais de saúde possam estar sempre mantendo ao menos um profissional na função, de modo que não haja retrocessos no ritmo de resoluções extrajudiciais possibilitados pelo projeto.

Por fim, é importante destacar aqui o seguinte padrão previsto, elaborado na etapa metodológica da presente Tese: “A judicialização da saúde repercute em graves impactos no planejamento da gestão do SUS nas esferas municipais da região metropolitana do Rio de Janeiro.” Um dado importante nesse aspecto foi o levantamento de que o projeto iniciou conveniando majoritariamente municípios da região metropolitana conforme já visto no presente capítulo. Esse fato em si, já pode ser considerado um elemento que aponte para esse padrão previsto a partir da coleta de dados. A maior urgência dessa região específica do estado, em mobilizar propostas que atendam a um manejo mais adequado do fenômeno da judicialização da saúde pode ser então uma primeira hipótese explicativa para tal fato.

Uma segunda explicação poderia ser uma maior proximidade das profissionais que constituíram a liderança do projeto aos defensores dessa região, até porque a adesão ao projeto não foi em nenhum momento obrigatória aos núcleos de primeiro atendimento da Defensoria. E sendo facultativo, dependeria de um perfil de Defensor que fosse semelhante ao perfil de atuação da COSAU naquele momento: que priorizasse o diálogo institucional e compreendesse a importância da atuação conjunta com o poder público, em prol de ações mais integradas ao SUS.

Considera-se ainda, uma terceira explicação; como os primeiros passos para divulgação da ideia do projeto envolveram, conforme discutido, a presença da COSAU nas reuniões da CIR, pode ser que o retorno positivo quanto ao interesse no projeto, tenha sido maior por parte de gestores da saúde dessa região naquele ano de 2015.

Outro padrão previsto na metodologia deste estudo de caso que vale a pena ser analisado ainda nesse contexto inicial de concepção e desenvolvimento da experiência é o seguinte: “A concepção de direito à saúde dos atores envolvidos na experiência foi importante para o considerado êxito alcançado.” Primeiramente é importante esclarecer que o êxito aqui atribuído é diretamente ligado ao fato da experiência ter nascido em 2015 e ter se mantido em atividade e expansão desde

então.

Nesse sentido, a pesquisa de campo trouxe dados importantes que transpareceram por parte de todos os entrevistados, uma concepção ampliada com relação ao direito à saúde. Assim como a pesquisa de Asensi e Pinheiro (2015) na qual a visão ampliada dos atores das experiências analisadas de natureza semelhante as do presente estudo no que tange ao diálogo institucional para efetivação do direito a saúde, contribuíram essencialmente para o desenvolvimento das mesmas. No caso da presente pesquisa, essa visão ampliada do direito à saúde pôde ser constatada tanto por parte dos representantes das SMS atuantes nos núcleos de primeiro atendimento quanto por parte dos profissionais do Direito (Defensores, servidores e estagiários) atuantes nos mesmos núcleos, e ainda, por parte das lideranças do projeto na DPERJ.

Alguns fragmentos dessas entrevistas podem ser vistos a seguir:

“O direito à saúde vai abranger não só o atendimento hospitalar, né, como também, é: medicação, psicológico também, que é algo que eu preciso, também, abrir esse leque, né. Eu acho que tudo aquilo que envolve corpo e mente, né, em termos de saúde, né, seja ela mental, psíquica, física.” (D4)

“Considero o direito à saúde um direito humano dos mais fundamentais tanto como os outros muito básicos, né, como direito à sobrevivência, direito à subsistência, padrão de vida adequado, educação, enfim.” (D7)

“Saúde é aquele ‘todo’, né. É, ela engloba saúde física, saúde mental, é...ela envolve o bem-estar de forma geral da pessoa. Não é só a pessoa não ter doença, é a pessoa ter uma condição mínima dentro de um contexto razoável para poder viver. É um pacote completo né? Físico mental e social.” (D5)

Além dessas referências ao conceito de direito à saúde, também cabe mencionar, a compreensão da importância de se instaurar processos de trabalho que sejam efetivamente interdisciplinares, o que transparece a imprescindibilidade da já discutida aproximação entre as áreas do direito e da saúde no manejo adequado das demandas dos usuários.

Portanto, todos esses aspectos de concepção ampliada do direito à saúde, reconhecimento da imprescindibilidade da aproximação entre a DPERJ enquanto instituição jurídica ao poder público enquanto executor das ações e serviços de saúde, principalmente no que tange ao diálogo institucional com a gestão municipal, caracterizam o desenvolvimento dos processos de trabalho instituídos pelo e a partir

do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, conforme visto até aqui.

5.3 Dados da pesquisa bibliográfica

Esperava-se encontrar na pesquisa bibliográfica, elementos que pudessem contribuir de forma mais profunda acerca da compreensão da concepção da experiência em si, porém não foram apontados dados específicos nesse sentido. Por isso, para descrição e análise da concepção e desenvolvimento do projeto “Construindo o SUS com a DPERJ”, lançou-se mão primordialmente de dados resultantes da pesquisa de campo e documental. Esse fato corrobora para o ineditismo do objeto do presente estudo de caso, a saber, o projeto que se concretizou no desenvolvimento da CRLS Interior.

No quadro 5 são resumidas as principais informações dos trabalhos encontrados que tratavam sobre ou faziam ao menos menção acerca do projeto ou da CRLS especificamente:

Quadro 5:Resumo da pesquisa bibliográfica

Título	Base de busca	Tipo de publicação	Ano	Local de publicação
1. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde do Rio de Janeiro: Reflexões e Perplexidades a partir de uma Aproximação Empírica.	Google Acadêmico	Artigo	2021	Revista Juris Poiesis, Rio de Janeiro
2. Justiça multiportas: uma análise da atuação da câmara de resolução de litígios de saúde (CRLS) em Campos dos Goytacazes – RJ	Google Acadêmico	Artigo	2020	Revista Eletrônica da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro
3. Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça.	Google Acadêmico	Artigo	2021	Revista Direito e Práxis, Rio de Janeiro
4. A judicialização residual da saúde proposta pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro: um forte indicativo do grau de desempenho dos serviços públicos de saúde	Google Acadêmico	Dissertação	2018	ENSP/ Fiocruz

e da efetividade do Direito à Saúde				
5. Atuação da Defensoria Pública para a garantia do direito à saúde: a judicialização como instrumento de acesso à saúde	Google Acadêmico	Artigo	2018	Revista Brasileira de Políticas Públicas
6. Soluções consensuais para demandas de saúde pública no Rio de Janeiro: práticas institucionais sob discussão	Google Acadêmico	Artigo	2021	Revista Eletrônica da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro
7. 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	Google Acadêmico	Artigo	2015	Coleção Para Entender a Gestão do SUS (CONASS)
8. Bases jurídicas e técnicas das sentenças dos Juizados Especiais Fazendários do Rio de Janeiro (RJ), 2012-2018	Google Acadêmico	Artigo	2019	Revista SAÚDE DEBATE. Rio de Janeiro
9. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde	Google Acadêmico	Artigo	2021	Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro
10. Judicialização de medicamentos no Estado do Rio de Janeiro: evolução de 2010 a 2017	Google Acadêmico	Artigo	2019	Revista Saúde em Debate
11. Resolução de conflitos nos centros de conciliação do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro: uma análise da atuação da procuradoria geral do Estado do Rio de Janeiro	Google Acadêmico	Dissertação	2018	Programa de Pós Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
12. Judicialização da saúde: uma análise das decisões da câmara de resolução de litígios de saúde do município de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil	Google Acadêmico	Dissertação	2020	UCAM (Cândido Mendes)
13. A atuação da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS) na Resolução extrajudicial de conflitos sanitários: um estudo dos anos 2014 a 2016	Google Acadêmico	Dissertação	2017	UFF

14. A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro	Google Acadêmico	Dissertação	2016	FGV (Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas)
15. A judicialização na saúde pública: implicações para a enfermagem como prática social.	Banco de Teses e Dissertações UERJ	Tese	2017	Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
16. Judicialização da saúde e a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde do município do Rio de Janeiro: uma análise teórica a partir de perspectivas de diálogos institucionais	Banco de Teses e Dissertações UERJ	Dissertação	2019	Instituto de Medicina Social da UERJ
17. Judicialização das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Fundamentos éticos, políticos, econômicos e jurídicos	Banco de Teses e Dissertações Unicamp	Tese	2017	Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
18. Arranjos e diálogos institucionais para enfrentamento da judicialização da saúde: uma análise dos modelos de assessoramento técnico (NAT's)	Banco de Teses e Dissertações Unicamp	Dissertação	2017	Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP

Fonte: a própria autora

A pesquisa bibliográfica trouxe à tona muitos trabalhos que versam sobre a atuação da CRLS, mas poucos que abordavam diretamente o projeto aqui analisado enquanto parte de seu objeto, apesar de em alguns poucos casos, mencioná-lo. Por exemplo, o artigo de Ventura e Simas (2021) mencionam o projeto: “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, como “exemplo de iniciativa promissora de natureza preventiva e coletiva favorável à garantia do acesso ao direito à saúde no Estado do Rio de Janeiro” (VENTURA e SIMAS, 2021, p. 2008).

O universo inicialmente levantado nessas bases foi de cento e setenta e duas publicações antes da aplicação dos critérios de inclusão mencionados na etapa metodológica e da exclusão de duplicatas. Como pôde ser verificado no quadro acima, restaram apenas dezoito trabalhos para análise, sendo: duas teses, sete dissertações e nove artigos.

Destas dezoito publicações, apenas uma dissertação e um artigo (fruto da referida dissertação) é que englobou diretamente o projeto “Construindo o SUS com a DPERJ” em seu objeto de análise, pois estudou o funcionamento da CRLS em um município fora a capital, no caso: Campos dos Goytacazes. Portanto, foi constatado que dentre os diversos trabalhos escritos acerca da atuação da CRLS, têm número mais significativo àqueles que tratam sobre a atuação dela no município do Rio de Janeiro.

As publicações resultantes da pesquisa bibliográfica somaram muitos aspectos, elementos de diversas ordens conforme será observado também nos próximos capítulos. Entretanto, como inicialmente apontado, poucos elementos extraídos dessas pesquisas contribuíram diretamente para a análise do projeto “Construindo o SUS com a DPERJ” em si.

Os processos de trabalho mais “micro” no que tange a operacionalização direta do convênio nos núcleos de Defensoria nos municípios estudados, serão abordados no próximo capítulo. Nele será detalhada a operacionalização do projeto na dimensão dos núcleos de primeiro atendimento enquanto portas de entrada das demandas em saúde, e, também do ponto de vista da operacionalização do “braço” do assessoramento técnico provido atualmente pela CRLS- Interior.

6. OPERACIONALIZAÇÃO DO ARRANJO INSTITUCIONAL PROPOSTO

A construção do direito à saúde não se dá mais na forma da lei ou nos limites da legalidade; ela extrapola o mundo jurídico para, no mundo social, adquirir seu sentido. Não se trata mais de se ter o direito, mas de exercê-lo.

Felipe Dutra Asensi

Conforme esclarecido na etapa do método da presente Tese, o estudo de caso aqui construído é único integrado por se tratar de um projeto concebido pela DPERJ, mas ao mesmo tempo, envolver unidades de análise em mais de um nível. Não se atendo, portanto, apenas a natureza global da experiência, mas permitindo uma análise mais aprofundada de sua operacionalização. Nesse sentido, Yin (2015) chama atenção para que nesse tipo de estudo, não haja demasiado foco no nível das subunidades, de modo a haver falha em retornar à unidade maior, ou seja, a principal unidade de análise, que no caso da presente tese, se refere à experiência do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”.

Sendo assim, o presente capítulo não pretende discutir os pormenores do desenvolvimento da experiência em cada um dos municípios estudados, abordando em profundidade particularidades específicas de seus contextos, uma vez que esse tipo de escolha conformaria um estudo mais característico de um estudo de caso múltiplo. Porém, busca-se aqui apresentar a forma de operacionalização do projeto a partir dos campos analisados e de modo a permitir uma compreensão mais aprofundada da experiência em si.

Portanto, a organização da análise que se faz no presente capítulo está orientada pelos aspectos revelados na pesquisa que nos ajudam a compreender questões operacionais do arranjo institucional proposto pelo convênio. Assim, o primeiro tópico intitulado “Aspectos operacionais da experiência nos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ”, detalha a experiência do ponto de vista do funcionamento do CATES. Enquanto que no segundo tópico são abordados os aspectos operacionais da experiência ligados diretamente a CRLS Interior. A ideia é permitir a compreensão das duas partes por onde transitam as demandas em saúde

a partir da experiência em análise, conforme os resultados alcançados na etapa da coleta de dados.

Em sequência, o terceiro e último tópico deste capítulo, intitulado: “Análise comparativa entre CRLS e CRLS Interior” trará uma abordagem analítica baseada na comparação de algumas características levantadas na coleta de dados, acerca do funcionamento da CRLS referente à própria capital e do funcionamento da CRLS Interior referente ao projeto em análise. Vale ressaltar que apesar de terem denominações diferentes, possuem mesmo objetivo de fornecer análise técnica para as demandas em saúde que chegam na DPERJ, e ficam lotadas no mesmo endereço. O que muda apenas é sua área de abrangência, sendo a equipe da CRLS responsável pelas demandas da capital e a CRLS Interior, pelas demandas dos demais municípios do estado do Rio de Janeiro.

6.1 Aspectos operacionais da experiência nos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ

Em geral, nos municípios estudados as SMS dispõem de 1 a 2 de seus profissionais para atuação no CATES, ou seja, junto aos núcleos de primeiro atendimento, conforme demonstrado em quadro a seguir:

Quadro 6: Quantitativo de profissionais da SMS lotados nos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ nos municípios estudados, durante o período da coleta de dados

Município	Quantitativo de profissionais da SMS lotados na DPERJ no período da coleta de dados
Magé	2*
Nova Iguaçu	2
Japeri	2
São Gonçalo	1
Mesquita	1
Belford Roxo	0

*1 para cada núcleo de primeiro atendimento, que recebe demandas na área da saúde.

Fonte: A autora, 2022.

Vale ressaltar acerca dos dados acima que: o município de Magé possui dois núcleos de primeiro atendimento que lidam com demandas em saúde, sendo um voltado ao atendimento de duas regionais mais populosas do município e o outro voltado ao atendimento de outras quatro menos populosas. Em Nova Iguaçu, apesar de haver dois profissionais da SMS, ambos estão lotados no mesmo núcleo de atendimento e dividem funções nos processos de trabalho. Em Japeri os dois profissionais também estão lotados no mesmo núcleo, mas se alternam nos dias da semana para atendimento. O município de Mesquita chegou a possuir dois profissionais, mas durante o período de coleta de dados da presente pesquisa havia apenas um.

Já o caso de Belford Roxo, parece apontar para uma relação com o projeto analisado, diferente dos demais municípios. Nesse município, no período da coleta de dados, não havia mais profissionais da SMS atuando junto ao núcleo de primeiro atendimento da DPERJ, e a pesquisa de campo acabou revelando um convênio “não funcionando” naquele momento. Foi revelado ainda que, no período anterior a pesquisa de campo, o município chegou a ter dois profissionais atuantes pelo convênio. Vale ressaltar que não houve êxito nas tentativas de realização da coleta de dados no núcleo da DPERJ nesse município especificamente.

Quanto à categoria destes profissionais das SMSs lotados nos núcleos da DPERJ, parte das entrevistas realizadas apontou a importância de serem necessariamente profissionais com formação na área da saúde. Como a seguinte fala de um dos profissionais da área do direito atuante em um dos núcleos estudados, por exemplo:

“Eu acho que assim....ter uma pessoa que fosse da área da saúde trabalhando, sabe? Geralmente são, né? Uma pessoa com expertise para entender os laudos, né? Isso adianta muito, entende? Pra entender aquela linguagem médica que as vezes não é a melhor.” (D8)

Conforme visto, além de ser desejável que este profissional indicado pela SMS tenha formação na área da saúde, o convênio de um dos municípios analisados via pesquisa documental, indicou a exigência de que o município necessariamente disponibilize profissionais de saúde para atuar no CATES, embora não especifique o tipo de formação em saúde (área de conhecimento ou se formação técnica ou superior). Essa premissa pôde ser confirmada também por

dados das entrevistas, como, por exemplo, ressalta um profissional de saúde da CRLS atuante desde o início da experiência:

“Mas um dos requisitos que se faz quando a gente tem essa conversa, não é que seja apenas um administrativo que fique lotado dentro da Defensoria. É um profissional e aí a gente não faz restrição, ou não determina que formação profissional ele tenha. Pode ser assistente social, pode ser um farmacêutico, pode ser um enfermeiro, pode ser um médico, enfim... mas alguém que tenha boa relação no município porque essa pessoa, ela é fundamental para a origem das informações.” (S1)

Esses dados demonstram certa flexibilidade em relação ao convênio; tanto em quantitativo de profissionais indicados, como em termos de formação desses profissionais destacados para atuarem junto aos núcleos de primeiro atendimento. E esse fator certamente pode ser uma questão importante para os municípios, principalmente aqueles de pequeno porte onde, muitas vezes, o fato de precisar deslocar um profissional específico da equipe técnica de saúde de alguma unidade, ou ter que contratar algum profissional de saúde especificamente para isso, poderia ser decisivo na aceitação ou não da assinatura do convênio.

Em uma das entrevistas realizadas é salientado que a formação profissional dessa pessoa indicada pela SMS naquele município não é da área da saúde, o que aponta para uma não homogeneidade dessa questão entre os municípios. Entretanto, nessa mesma entrevista é indicado que isso não necessariamente configura um problema, conforme pode ser observado abaixo:

“E aí temos o servidor representante do município do convênio que muitas vezes não é propriamente da área da saúde como é o meu o caso. Seria desejável, mas às vezes é um profissional de outra área, né, às vezes até com o nível médio ou da área de serviço social como eu já tive anteriormente no núcleo [...] a secretaria de saúde precisa enviar um representante. Mas eles têm pessoas que tem cargos administrativos também, né. Então... mas isso não chega a ser um empecilho porque essa servidora ela se reporta ao chefe da farmácia ao representante das clínicas especializadas, aos postos de saúde... Então essa servidora, para saber da disponibilidade dos serviços ela precisa ter uma entrada com a rede, conhecer a rede e ter acesso a essas pessoas. Então ela tem uns contatos dos funcionários da Farmácia, dos postos de saúde, do CAPS, dos centros onde são, são feitos os exames, da própria secretaria, setor de transporte, setor de regulação, né, que é muito importante, né, então ela se reporta a esses outros órgãos, mas, dentro da Defensoria, a única pessoa do município é a servidora e ela vai fazendo essa ponte, né.” (D3)

Ou seja, mais importante que a formação profissional dessas pessoas, é o grau de articulação que elas têm na rede municipal de atenção a saúde, ou como colocado na entrevista supracitada: “precisa ter uma entrada com a rede, conhecer a

rede e ter acesso a essas pessoas.” Isso parece ser crucial para a obtenção de êxito no desenvolvimento do projeto nesses municípios.

Ainda no âmbito dos profissionais indicados pelas SMSs para atuarem no CATES, uma profissional atuante em outro núcleo da Defensoria ressalta sobre o profissional atuante em seu núcleo que:

“Ela é, bem, não só dedicada, mas muito articulada, assim, acho que esse é um diferencial que eu tenho com ela também. Se ela não consegue uma resposta direta com o grupo de WhatsApp® do pessoal da Secretaria de Saúde ela vai ligar para o médico que ela conhece e que ela conheceu por que trabalhou com ele no PSF, porque foi assistente social de algum hospital, sabe? Ela corre atrás, liga, às vezes para o assistente social do hospital para saber”. (D4)

Assim como ressaltado em fala acima, por vezes, formas de comunicação não oficiais como trocas de mensagem por aplicativo foram relatadas como meios de obtenção de informações necessárias a continuidade dos atendimentos aos usuários.

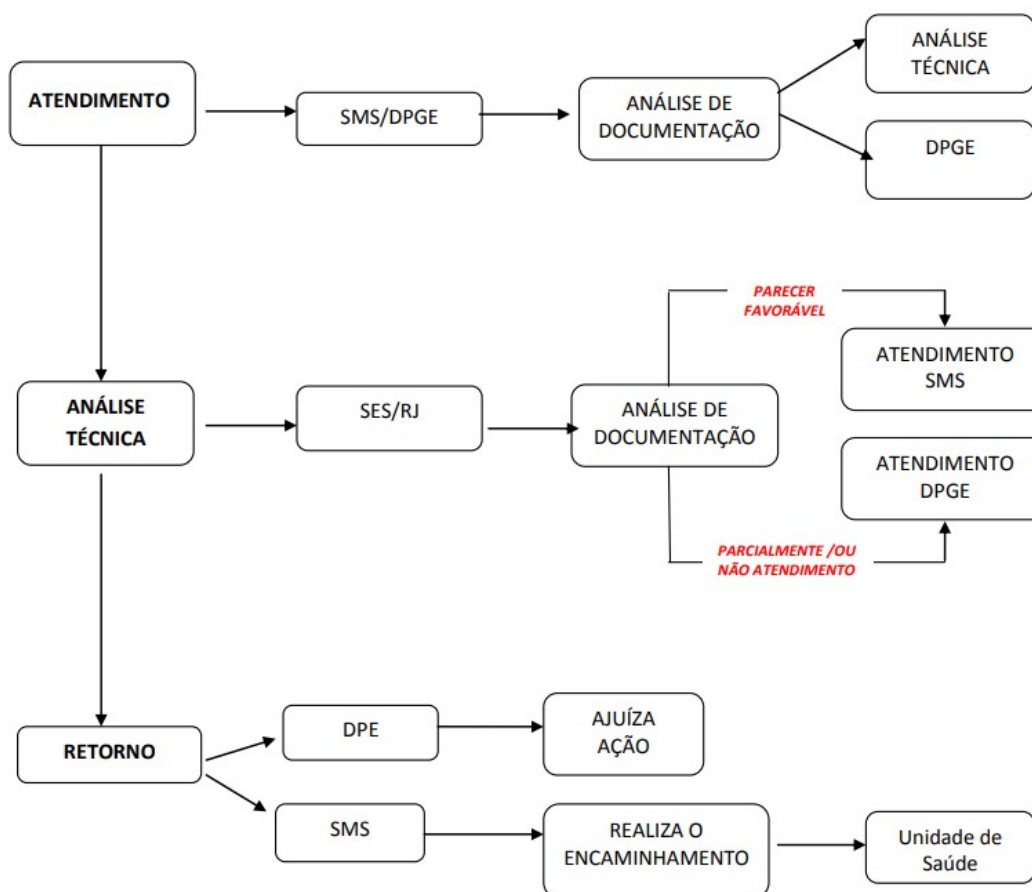
Nesse aspecto, a pesquisa bibliográfica apontou um estudo que analisou experiências institucionais em resposta à judicialização da saúde envolvendo atores do sistema de justiça e profissionais da gestão da saúde em 4 estados brasileiros, sendo: São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A autora deste estudo afirma em menção aos estados analisados que: “Os mecanismos de comunicação informal – como e-mails, telefone e aplicativos de mensagens, são vias importantes a que todos os atores envolvidos na judicialização recorrem constantemente” (VASCONCELOS, 2021, p. 936).

Com relação ao atendimento nos núcleos, referentes às demandas de saúde, há certa uniformidade nos processos de trabalho, embora os fluxos tenham pequenas diferenças com relação à etapa de atendimento inicial do assistido. Principalmente depois da pandemia, onde vários atendimentos passaram a ser remotos ou híbridos, havendo dias específicos para realização de atendimento presencial, por exemplo.

Além disso, há núcleo que, logo após o direcionamento dos usuários pela recepção, opta por concentrar em servidores da própria DPERJ o acolhimento inicial das demandas em saúde, para encaminhamento posterior ao profissional do município. E outros núcleos onde esse primeiro atendimento é feito diretamente com os profissionais da SMS, logo após que o usuário passa pela recepção do órgão.

A pesquisa documental revelou um fluxo já determinado para o funcionamento do atendimento nos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ nos municípios conveniados, conforme segue figura abaixo:

Figura 5- Fluxo de atendimento da CRLS Interior



Fonte: Relatório CRLS Interior- Agosto/ 2021

Como se pode observar no fluxo acima, o atendimento sinalizado por “SMS/DPGE”, deixa aberta a possibilidade de o acolhimento inicial do usuário poder ser realizado em qualquer ordem, sem uma exigência detalhada de como o núcleo deve se organizar para administrar esse fluxo inicial. Até porque, há peculiaridades específicas na distribuição e capacitação desses profissionais das SMSs, conforme visto anteriormente. Porém, na parte escrita do mesmo relatório da CRLS-Interior acessado via pesquisa documental, há a seguinte descrição com relação a essa etapa inicial de atendimento:

O primeiro atendimento é realizado pelo funcionário da Secretaria Municipal de Saúde, acompanhado de servidor da Defensoria do Estado do Rio de Janeiro do Interior. [...] O atendente é responsável pela verificação dos documentos mínimos necessários. Havendo pendências documentais de cadastro identificadas no Atendimento, estas serão informadas ao assistido e a Defensoria, orientando este a atender as exigências técnicas para que haja o encaminhamento posterior à análise técnica com informações para o atendimento. É emitido um “Termo de Documentos Pendentes do Atendimento” com a descrição das pendências a serem sanadas. Inexistindo pendências, o atendente deverá, então, tramitar o procedimento instaurado à SES, para análise técnica das mesmas, e orientar o assistido para que aguardar os trâmites administrativos (RIO DE JANEIRO, 2021).

Esse dado da pesquisa documental torna um pouco mais claro a etapa de análise da documentação. O “atendente” mencionado faz referência ao profissional da SMS destacado para atuação no CATES (ou seja, pelo convênio na Defensoria) e treinado, portanto, para manusear o sistema de informação pelo qual tramitam os atendimentos do núcleo para a CRLS.

Entretanto, conforme identificado nas entrevistas há municípios onde o acolhimento dos usuários que buscam a DPERJ com demandas em saúde é realizado primeiramente por esses profissionais da SMS, e em outros, o primeiro acolhimento é de responsabilidade de algum membro da equipe da própria DPERJ, que aciona o profissional da SMS nos casos necessários.

O ponto comum é o acolhimento dessa demanda por representante da SMS e/ ou da DPERJ e a análise da documentação requerida. Em observância ao desenho do fluxo, após a análise da documentação, a demanda pode ser encaminhada para análise técnica (no caso, feita através da CRLS Interior, via sistema de informação específico), ou pode ser encaminhada diretamente à etapa de ajuizamento da ação. Como ocorre, por exemplo, nos casos de solicitação de leitos de UTI para transferência, e demais casos onde as entrevistas apontaram não haver dúvidas sobre a necessidade de judicializar.

O encaminhamento das demandas para análise técnica é feito via um sistema de informação específico por meio do qual a CRLS recebe os casos e envia os relatórios aos núcleos de Defensoria conveniados. No geral, o manejo desse sistema nos núcleos de primeiro atendimento tem sido feitos através dos profissionais vinculados às secretarias municipais de saúde e indicados para atuação nos núcleos.

A capacitação desses profissionais é de responsabilidade da SES-RJ, segundo o Termo aditivo ao Convênio nº02/2015 que altera, dentre outras, a

cláusula segunda do item I (das competências da SES), acrescentando a cooperação para que novos Núcleos de Primeiro Atendimento possam ser incluídos e contemplados com o serviço de assessoria técnica, incluindo a disponibilização de profissional de informática para a capacitação desses novos usuários. O mesmo termo aditivo também vincula o comprometimento da SES de que nos relatórios emitidos pela CRLS haja a assinatura do técnico de saúde responsável pela elaboração dos mesmos.

Essa capacitação foi mencionada por profissionais da SMS entrevistados, como se pode ver a seguir:

“na verdade o treinamento foi somente o técnico; de como manusear, de como entrar no sistema, e inclusive foram com profissionais técnicos também de auxiliar administrativo que fizeram treinamento.” (S2)

“assim que eu cheguei lá no dia da inauguração eu não tinha ideia de como funcionava E aí foi disponibilizado para a gente um dia de treinamento, ou seja, tive que aprender, no caso, para mexer no sistema, para eu fazer o cadastro” (S3)

Uma vez então capacitados para manuseio do sistema de informação que registra e envia os casos pra CRLSInterior, esses profissionais da SMS atuantes nos núcleos de primeiro atendimento passam a desempenhar suas funções no atendimento a essas demandas em saúde que chegam até a Defensoria em seu município.

Uma observação importante é que com a pandemia de COVID-19 e, conseqüentemente, a instauração de atendimentos remotos, via Whatsapp®, dados das entrevistas apontam que alguns usuários desistiam de dar continuidade aos atendimentos por dificuldades relacionadas ao envio da documentação solicitada, conforme demonstrado abaixo em entrevista a uma servidora de um dos núcleos de primeiro atendimento ouvidos:

“na pandemia teve esse problema agora do atendimento online e muitas pessoas têm dificuldade. Foi primeiro no WhatsApp®, depois e-mail, e aplicativo da Defensoria. Agora a gente está começando a... já um tempo, né, que eu to agendando atendimento presencial, que eu to no presencial, mas tem muito problema de entendimento da pessoa, dos documentos que eu tô pedindo, sabe [...] Pedi os documentos e tal mas ele desistiu tem muita desistência quando eu mando a lista de documentos ou falam que é muita burocracia ou então nem respondem mais.” (D12)

O referido problema de entendimento dos usuários quanto à documentação necessária, é corroborado por outra entrevista realizada com profissional atuante na Defensoria em outro município e que remeteu a mesma dificuldade encontrada:

“[...]A gente fica, né, impactado ali por aquela necessidade da pessoa pobre que tem dificuldade de se deslocar, muitas vezes, até o local para o atendimento, né, tem dificuldade até de compreender quais documentos que ela precisa levar, onde ela precisa ir, né. A questão estrutural pouca instrução e dificuldades de toda ordem que o nosso povo tem.” (D3)

Essa dificuldade é associada pela entrevistada ao fato da pouca instrução e situação de pobreza enfrentada por grande parte dos usuários atendidos na Defensoria. Nesse ponto, valeretomar a ideia trabalhada no capítulo 3, onde a citação de Escossia (2016) nos leva a reflexão de que as dimensões da democracia, do povo e da desigualdade precisam ser contempladas no arcabouço da teoria dialógica, e constituir pano de fundo para operacionalização dos diálogos institucionais.

Retomando a primeira linha do fluxo apresentado na figura 5, cabe ainda ressaltar que há um terceiro caminho não representado na imagem, porém identificado na pesquisa de campo. Esse terceiro caminho seria a via da resolução administrativa pela própria SMS, ou em alguns casos, encaminhamento administrativo da SMS para a rede, sem precisar passar necessariamente antes pela análise técnica da CRLS Interior. Como exemplo de casos que podem seguir esta terceira via, seria uma repetição de casos semelhantes àqueles que já tenham sido anteriormente resolvidos em fluxos internos do próprio município, apenas reinserindo o usuário de forma correta na rede de atenção à saúde.

Dois desses exemplos práticos dados pelos próprios entrevistados de dois núcleos de Defensoria diferentes (cujos municípios de atuação foram omitidos nos trechos de entrevistas selecionados) são destacados no quadro a seguir.

Quadro 7- Exemplos de caminhos administrativos para solução das demandas

Fala dos entrevistados	Problema central demandado pelo assistido	Caminho possibilitado pelo estreitamento da relação Defensoria e Gestão municipal da Saúde
<i>“Muitas demandas a gente tem tido sucesso até mesmo em I, depois que houve é... essa reconexão com a esfera administrativa a gente foi conseguido. Ontem mesmo tinha um assistido que foi lá porque tinha uma consulta e estava sem o carro. O carro né, que o município fornece para o</i>	Necessidade de transporte para uma consulta fora do município	Contato com a assistente jurídica da Secretaria municipal de saúde que providenciou o caminho necessário a obtenção do transporte, sem necessidade de ajuizamento de ação.

<p><i>tratamento era uma consulta em S. E aí eu... é...é aí como é que faz? Aí eu entrei em contato com a assistente jurídica lá [do município]: "não fica tranquila a gente já conseguiu resolver o carro e tal". E enfim então tem, tem todo esse trabalho que às vezes não aparece pela via judicial nem aparece nas ações, mas é que, muitas vezes, são inclusive mais efetivos, né porque a tutela chega imediatamente para o assistido." (D13)</i></p>		
<p><i>"Uma assistida, ela queria lá um tratamento para o ex-marido dela, mas não tinha como ir ao médico para pegar o laudo. Aí eu perguntei para ela "ah, esse laudo aqui tá bom? É antigo." E ela disse: "Não, precisa do laudo tal". Aí eu: "Ah, mas não tem como ter um atendimento domiciliar?" Aí ela me explicou, aí eu já guardei essa informação e daí eu já passei para vários assistidos! [...] Ela também tirava dúvidas com uma funcionária lá da secretaria de saúde. Foi essa funcionária que explicou sobre o "Melhor em casa." (D12)</i></p>	<p>Necessidade de acompanhamento domiciliar</p>	<p>Na comunicação com a profissional indicada pelo município para atuar na Defensoria, a servidora da Defensoria obteve informações acerca da especificidade do laudo e o caminho administrativo para inclusão do usuário no programa de atenção domiciliar existente no próprio município.</p>

Fonte: A autora, 2022, com base nos dados da pesquisa de campo.

No contexto de ambos os casos, havia uma reflexão acerca do que mudou com o convênio nas tratativas para solução das demandas em saúde. E em ambos os casos do quadro, pensando na primeira linha do fluxo anteriormente apresentado na figura 5, não houve seguimento nem para a via da CRLS Interior para análise técnica, e nem para a via da ação judicial.

A operacionalização do projeto em si possibilitou, nesses dois casos, um estreitamento de relações entre a esfera da instituição jurídica e do poder municipal, capaz de viabilizar um caminho para solução da demanda do usuário por uma via diferente da judicialização. Isso transparece a existência de um diálogo mais otimizado com a SMS. Esse aspecto será mais aprofundado no capítulo seguinte referente aos resultados da experiência.

De toda forma, o fortalecimento dessa interlocução é parte da operacionalização dos atendimentos. Nesse sentido, é importante ressaltar que em fala de profissionais de distintos municípios, a figura da pessoa indicada pelo município para atuar junto a DPERJ, é associada a ser uma “ponte” para buscar resolução das demandas que chegam, conforme demonstrado a seguir:

“Então se vem alguém precisando de um laudo médico precisando seja de exame medicação internação transferência o que tiver em relação ao insumo ou em relação à saúde é recepcionado primeiro pela SM, que é essa pessoa destacada pelo convênio. Daí ela passa para o município para atuar em parceria com a Defensoria. Quando ela recebe essa pessoa, ela tem acesso aos sistemas do município e ela vai fazer essa primeira ponte; se ela consegue já marcar consulta, se ela consegue pelo município aquele pleito da pessoa[...].” (D9)

“então ela se reporta a esses outros órgãos, mas dentro da Defensoria a única pessoa do município é a servidora e ela vai fazendo essa ponte né.” (D3)”

Ser essa ponte, também significa encaminhar casos à emissão de análise técnica pela CRLS Interior, como a segunda linha do fluxo mencionado retrata. Porém a operacionalização da demanda por dentro da CRLS Interior será discutido no próximo tópico.

Um aspecto importante a ser ressaltado, é que, considerando a natureza universal do sistema de saúde, segundo dados coletados não há distinção no atendimento de demandas de usuários oriundos da rede SUS ou rede privada. Sendo a esfera pública acionada sempre que necessário para a resolução das demandas, uma vez que o SUS é universal. E, obviamente, nos casos onde a especificidade da demanda está no campo de uma instituição privada, sem ter qualquer relação com o setor público, ou possibilidade de resolução mais ágil através do mesmo, a instituição privada é acionada, seja administrativa ou judicialmente. Houve menção em há situações que podem requerer o acionamento de ambas esferas (pública e privada) paralelamente, tendo em vista o alcance mais rápido da resolução da demanda do indivíduo.

Em suma, conforme já apontado, esse desempenho de funções, não tem um padrão totalmente uniforme, e nem se defende aqui que seria mesmo o ideal que tivesse, uma vez que cada local de atuação e cada equipe de trabalho contém singularidades que distinguirão potencialidades e desafios de cada contexto, o que pode favorecer determinados mecanismos de funcionamento dos atendimentos em detrimento de outros.

De toda forma, a percepção gerada foi a de que unir essas duas esferas (instituição jurídica e o poder público municipal) num mesmo ambiente de trabalho, e (co)responsabiliza-las pelas demandas em saúde da população, criou em alguns casos e fortaleceu em outros, uma atmosfera muito mais propícia ao diálogo institucional, na busca por caminhos de resolutividade dessas demandas em saúde. Caminhos esses onde a via judicial não é uma possibilidade negada, e a via administrativa não é uma opção negligenciada, ou seja, ambas as abordagens são consideradas no atendimento às demandas dos usuários.

Em corroboração a esse achado, a pesquisa bibliográfica identificou uma dissertação que teve como objetivo de estudo, analisar o funcionamento da CRLS no município de Campos dos Goytacazes (ARÊAS, 2020). A referida dissertação menciona que: “Os resultados mostraram que a atuação em rede da CRLS fomentou a resolução administrativa dos conflitos priorizando as políticas públicas existentes sem negligenciar a garantia das necessidades individuais de saúde” (ARÊAS; HASENCLEVER; AHMED, 2020, p.1).

Em que pese à diferença da estrutura operacional do projeto neste município, uma vez que nele há uma Comissão Técnica formada por uma equipe multiprofissional do próprio município para atuar junto ao núcleo de primeiro atendimento da Defensoria. Além disso, Campos dos Goytacazes não pertence à região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Entretanto, o caso também é fruto da interiorização da CRLS a partir do mesmo projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” (ARÊAS; HASENCLEVER; AHMED, 2020).

Retomam-se aqui algumas ideias trabalhadas no capítulo 3. A primeira; de que a efetivação do direito à saúde guarda uma relação de dependência mais direta com a articulação entre Poder Executivo e Judiciário. Nesse aspecto, a experiência analisada refletiu a concretude dessa relação direta. Além disso, possibilitou o estreitamento dessa relação, nos processos de trabalho que envolvem o acolhimento de usuários com demandas em saúde nos núcleos da Defensoria, parecendo apontar para um manejo mais adequado dessas demandas. A segunda ideia é a percepção positiva de que a possibilidade de uma interlocução dialógica em espaços institucionalizados pode mitigar danos que, de outro modo, intervenções estanques, ou seja, na ausência de comunicação e de um trabalho integrado entre Poder Executivo e Poder Judiciário, poderiam disparar.

6.2 Aspectos operacionais da experiência na CRLS Interior

Com relação à composição da equipe técnica da CRLS, a pesquisa documental apontou que a equipe responsável pelos pareceres da CRLS Interior é multidisciplinar e composta por: 04 médicos, 02 farmacêuticos, 01 nutricionista e 01 fisioterapeuta, que se alternam em escala de trabalho ao longo dos dias da semana, somando entre 2 a 4 profissionais disponíveis por dia. Segundo o relatório da CRLS Interior de Agosto de 2022, essa equipe está dimensionada para realizar 10 atendimentos/dia (RIO DE JANEIRO, 2021).

Essa assessoria prestada pela CRLS Interior é realizada a partir da atuação dos profissionais técnicos da SES-RJ, através de relatórios técnicos gerados mediante as demandas encaminhadas dos núcleos de Defensoria que atendem aos municípios participantes. O recebimento dessas solicitações para análise técnica se realiza mediante um sistema de informação específico chamado de NAT.

Para entender melhor essa relação, é importante retomar o que foi relatado no capítulo anterior, sobre a história do início do projeto “Construindo o SUS com a DPERJ”. O mesmo, inicialmente, vinculou o atendimento aos municípios conveniados em 2015 à estrutura do NAT para a realização da assessoria técnica prevista nos convênios. Portanto, o sistema de informação utilizado era do próprio NAT.

Acerca desse aspecto histórico do projeto que impacta na operacionalização da CRLS Interior atualmente, uma das profissionais entrevistadas ligadas ao início da experiência ressalta que:

“Eram 12 profissionais, no início faziam um assessoramento para Defensoria, atendendo um número X de municípios, no interior. Com a necessidade que teve de otimização da equipe e por que tinha um outro projeto dentro da secretaria de estado [...] esse nº de profissionais que eram 12 foi dividido ao meio, então 6 profissionais. E aí se mudou a forma como a câmara do interior, que até a ocasião tava funcionando junto com o outro, passou a funcionar, ou seja, esses profissionais que estavam dentro da Defensoria do Estado lá no Menezes Cortes vieram para a estrutura da câmara da capital, que é ali na Rua da Assembléia, só que somente 6, isso foi em 2016, tá.” (S1)

Embora haja vista a informação supracitada, durante a pesquisa de campo foi constatado que apesar do assessoramento já ser realizado atualmente pela CRLS, e não mais pelo NAT desde 2016, o sistema pelo qual as demandas são enviadas dos

núcleos de primeiro atendimento e por meio do qual são emitidos os relatórios da CRLS, continua sendo o mesmo sistema de informação do NAT.

Essa ligação inicial como NAT e a permanência do mesmo sistema, parece determinar um fato curioso observado durante a pesquisa de campo: alguns entrevistados mencionam o NAT referindo-se a própria CRLS Interior, conforme se pode observar nos seguintes relatos:

“Olha, no relatório do NAT, diz que o medicamento é obrigação do município, mas tá em falta, então o que eu faço?” (D8)

“[...] eu tenho o NAT, que pode conseguir sem o processo, de uma forma administrativa que vai ser muito mais rápido vai ser menos trabalhoso.”(S4)

Durante a pesquisa de campo, foi esclarecido que o “sistema NAT- núcleos” permanece com essa denominação apenas por questões administrativas no contrato dos desenvolvedores do sistema. E também, que desde 2019, os relatórios emitidos pelo sistema aos núcleos de primeiro atendimento já possuem no seu cabeçalho, o nome “CRLS Interior”, e não mais “NAT-núcleos”, embora a denominação “NAT-núcleos” permaneça no ícone de acesso ao sistema, e como visto, também nas falas de alguns profissionais.

Nesse aspecto, de acordo com a informação constante no Relatório da CRLS Interior 2021, o qual foi obtido mediante a pesquisa documental, o objetivo da CRLS Interior é:

[...] promover o atendimento de partes assistidas pela DPGE que demandem prestação de serviço de saúde, de modo a evitar o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa para oferta de medicamento, agendamento de procedimento clínico, cirúrgico, consultas e exame médico (RIO DE JANEIRO, 2021).

Acerca da operacionalização dos atendimentos pela CRLS Interior, e de modo a dar concretude aos objetivos supracitados, uma entrevista realizada com profissional atuante na CRLS revelou que:

“A gente sabe que a gente não tem uma regulação unificada, principalmente no estado. A gente não tem um sistema único onde a gente consiga visualizar as informações, e, cada município, ele tem sua forma de regular diferente, tem a sua REMUME, tem algo que é fora da REMUME, mas que eles fornecem, então essas informações, esse profissional que fica lotado lá dentro da Defensoria ele se torna fundamental para passar essas informações. A equipe que fica aqui centralizada, ela seria mais no sentido de revalidar essas informações, de apoiar com informações que eles não tem acesso ou que eles as vezes não conseguem realizar uma articulação. E aí, eu vou dar exemplos assim: medicamentos do componente especializado, que esse profissional precisa saber se está abastecido ou desabastecido. E aí são informações que eles não têm, eles conseguem saber se é o medicamento do CEAF, mas eles não têm a informação: se o

paciente às vezes já está cadastrado ou não está cadastrado; se era contemplado ou não é contemplado; quais são as pendências que têm; ou se já tá cadastrado, mas tá desabastecido Essas são informações que a equipe que tá centralizada aqui tem, ou faz articulação até com a regulação pra saber.” (S1)

O CEAF mencionado na entrevista acima se refere ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que é atualmente regulamentado pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 (regras de financiamento e execução) e pela Portaria de Consolidação nº 06 (regras de financiamento), ambas de 28 de setembro de 2017 e retificadas no Diário Oficial da União de 13 de abril de 2018 e segundo dados do Ministério da Saúde, atende atualmente 102 condições clínicas preconizadas em 93 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2022).

De acordo com a pesquisa documental, a proposta de atuação da CRLS Interior é configurada pelos seguintes pontos:

-Especialização e personalização do atendimento do assistido (DPE) nas demandas relativas à saúde, visando a garantia do acesso de forma administrativa, através do retorno ou da inserção do assistido no SUS; Acesso mais célere e resolutivo; -Diminuição do número de novas ações; - Racionalidade nas ações necessárias; -Sugerir avaliação médica para utilização das tecnologias disponíveis; -Espaço de avaliação de incorporação de tecnologia; Orientação 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 (RIO DE JANEIRO, 2021, p. 10).

De modo a compreender se essas propostas da CRLS Interior se efetivam no contexto dos municípios participantes do presente estudo de caso, foi elaborado um quadro que permitisse a melhor visualização de dados que correspondesse a validação dessas propositivas na prática:

Quadro 8- Correlação entre propostas da CRLS Interior e dados empíricos

Proposta da CRLS Interior (Pesquisa Documental)	Dados correspondentes (entrevistas)
-Especialização e personalização do atendimento do assistido (DPE) nas demandas relativas à saúde, visando à garantia do acesso de forma administrativa, através do retorno ou da inserção do assistido no SUS	<i>“A gente acolhe no início, a gente é o início, né. A gente no núcleo de primeiro atendimento, a gente é a porta de entrada né a gente procura, a gente fica com aquela pessoa, a gente conversa, a gente manda ofício, a gente fala com o médico, a gente fala com a secretária e a gente vai tentando</i>

	<p>resolver.” (D7)</p> <p>“Por que ficam representantes das unidades de saúde em contato direto com a gente então fica assim: nós da Defensoria, a secretaria de saúde, a farmacêutica, o pessoal da Secretaria de Saúde, o pessoal na estratégia de saúde da família[...] É como uma ponte mesmo. Faço a ponte. E o nosso objetivo ali na verdade é evitar a judicialização, né. Evitar os processos tentar conseguir tudo que o paciente precisa de forma administrativa.” (S4)</p>
<p>-Diminuição do número de novas ações</p>	<p>“Melhorou totalmente. Diminuiu a judicialização [...] sei lá, por exemplo, de 1000 formulários que a gente envia a gente consegue solucionar administrativamente quase 900”. (S4)</p> <p>“A resolução extrajudicial, ela acontece sim. A gente tem hoje, né, a gente vê que 60% né, 50% a 60% das demandas estão sendo solucionadas extrajudicialmente.” (D1)</p> <p>*OBS: Há dados da pesquisa documental que traduzem bem este tópico e são abordados no capítulo 7, referente aos resultados da pesquisa.</p>
<p>-Racionalidade nas ações necessárias</p>	<p>“É algo que assim... até me emociona porque hoje eu faço uma prestação do meu serviço de uma maneira muito mais eficiente! Muito mais eficiente! Com menos tempo, por menos desgaste emocional, de material, de pessoal. É como se a gente entrasse... desde que isso aconteceu, numa outra... eu entrei num outro universo em termos de judicialização da Saúde. [...] eu economizei tempo. Mas o grande ganhador aí foi quem tá pra ser atendido por que essa pessoa iria esperar todo meu procedimento, depois aguardar todo o procedimento de cartório e tal depois a</p>

	<i>decisão judicial então assim... é... a eficácia mesmo veio de quem tem... pra quem realmente tem que ter, que é aquele que recebe o serviço público. Então assim, ele é... eu acho que ele foi maior beneficiário disso tudo.” (D4)</i>
-Sugerir avaliação médica para utilização das tecnologias disponíveis	<i>“Aí, às vezes a gente pedia, era feito um ofício explicando direitinho pela Defensoria e a gente pedia para o paciente retornar ao médico para que o médico fizesse um novo laudo legível, né. Ou então que o médico dissesse que aquele medicamento que ele estava passando era o único e eficaz para o tratamento da pessoa. Porque às vezes ele só passava a medicação e no relatório do cadastro que eu fazia vinha citando essa medicação que o médico passou não tem no município e também não tem no estado mas existe uma outra que tem no município que pode substituir a que o médico passou.” (S3)</i>
-Espaço de avaliação de incorporação de tecnologia; Orientação 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.	<i>“nós fazemos contato com o médico para ver o porquê desse medicamento em específico e daí ele passava informação de que já tinham tentado os outros medicamentos daí citavam os medicamentos que não tinham surtido efeito, mas que este eram um estudo novo e tal então tudo isso a gente colocava no nosso relatório e isso fazia com que se tivesse o entendimento maior.” (S2)</i>

Fonte: A autora, 2022, com base nos dados da pesquisa.

Como se pode observar, os elementos que compõem a proposta de atuação da CRLS Interior podem ser constatados na prática a partir dos dados das entrevistas. Nesse aspecto, principalmente com relação à diminuição do número de novas ações, os dados correspondentes corroboram com o seguinte padrão previsto construído na etapa metodológica da presente tese: “Arranjos que favoreçam o diálogo institucional entre atores da esfera jurídica e política podem melhorar o manejo das demandas em saúde que chegam à DPERJ, e, conseqüentemente, mitigar impactos negativos da judicialização para o planejamento em saúde na

esfera municipal.”

Entretanto, de modo divergente há uma exceção é do município de Belford Roxo, onde, conforme já mencionado, durante a coleta de dados tudo apontou para um convênio não funcionando naquele momento. Nesse sentido um dos entrevistados no município em questão apontou que:

“Aconteceu lamentavelmente ao contrário, aumentou a demanda. E aí eu não sei hoje como é que está. Até uns dois meses atrás estava sem ninguém aqui na Defensoria do município né? Porque é aquela parte que até no início eu falei tem que ter alguém ali que eu possa explicar ao juiz ou ao defensor o que pode e o que não pode o que é certo e o que não, dentro da saúde, porque, às vezes, eles não são conhecedores. [...]Então assim... chegava 3, passou a chegar 7 [falando sobre ações judiciais que chegam à SMS].” (D6)

Acerca disso, os dados coletados não apontaram para problemas relacionados à operacionalização dos atendimentos via CRLS Interior em si, mas para situações internas do próprio município. Situações não tão claras, mas que acabaram convergindo para a não manutenção dos profissionais indicados para atuarem pelo convênio no núcleo de primeiro atendimento. Uma das entrevistas com profissional que já havia atuado nesse município em um momento onde o convênio era ativo, explica que:

“O nosso procurador, que era, assim, fantástico, e aí mudou-se o procurador, e o secretário. Voltamos à estaca zero e aí o projeto parou por conta disso, e aí a gente foi buscar de novo, e aí eu comuniquei para DA, para todo mundo, que eles tinham suspenso o projeto. E daí elas fizeram contato novamente e marcaram nova reunião com o novo secretário o novo procurador com todo mundo. E aí, aí fizemos tudo já meio sem acreditar, meio sem... né, por conta de que são muitas mudanças. Nós mudamos de secretário nessa gestão cerca de cinco vezes. Cinco vezes. Então a cada mudança um não passa para o outro, não dá andamento.” (S2)

O nome próprio mencionado foi substituído pela sigla DA com vistas à manutenção do sigilo, mas faz referência a uma das profissionais responsáveis pela liderança do projeto em análise.

Essa questão abordada acerca da rotatividade de profissionais na gestão emergiu enquanto um dado representativo de um dos desafios da experiência, e por isso, será mais bem abordado no capítulo 8. De toda forma, há esses dois lados que apresentam diferentes argumentos (porém não necessariamente contraditórios) para o fato do município de Belford Roxo não apresentar um convênio funcionando de acordo com o levantamento realizado durante a coleta de dados. Pode haver coexistido o fato do aumento do número de ações judiciais, e também a ocorrência

de rotatividade significativa em cargos importantes que podem ter sido definitivos para a não manutenção da experiência neste município.

Conforme já mencionado anteriormente, não foi possível obter nenhum tipo de contato com o núcleo de Defensoria do município de Belford Roxo, e, portanto, a exploração de outros dados que pudessem auxiliar a compreensão do andamento da experiência neste município, foi prejudicada. Com essa exceção, todos os demais municípios participantes da experiência apresentaram dados que traduzem a concretização das propostas do funcionamento da CRLS Interior na prática, em geral.

O último ponto das propostas do quadro 8 é bastante abrangente e envolve na verdade uma série de circunstâncias diferentes. E nesse caso vale refletir que a questão do espaço para incorporação de tecnologia é um tanto quanto complexo e difícil de mensurar na prática. Pode-se dizer que é um potencial em si, mas não necessariamente tem sido utilizado. Além disso, conforme bem pontuado por um dos profissionais entrevistados atuantes na CRLS:

“[...] a gente sabe que as incorporações elas não andam no mesmo ritmo que a indústria farmacêutica, que o mercado, que os procedimentos. Então se a gente conseguir manter o mesmo padrão, o mesmo quantitativo de demandas judiciais eu acho que a gente já tem êxito”. (S1)

Conforme apontado em fala acima, em qualquer avaliação que se faça com relação ao ritmo de crescimento ou redução das ações judiciais, precisa-se levar em conta o padrão de crescimento do fenômeno da judicialização. Embora conforme ressaltado no quadro 8, o que se considera como objetivo da atuação da CRLS Interior é a redução de número de novas ações, o que é diferente de reduzir a judicialização em si. Essa questão será mais bem abordada no capítulo referente aos resultados da pesquisa, onde os dados da pesquisa documental que corroboram com essa questão serão discutidos.

Portanto, considera-se que o “braço CRLS Interior” é peça chave para efetivação das ações do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” e a assessoria técnica prestada por seus profissionais tem funcionado em prol do cumprimento das propostas inicialmente desenhadas para a CRLS, conforme visto.

6.3 Análise comparativa entre CRLS e CRLS Interior

À medida que os dados coletados foram sendo “dissecados” foi emergindo a necessidade de esclarecer a natureza dialógica da experiência do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, que difere, embora se articule intimamente com o funcionamento da CRLS na capital. Apesar de não ser um dos objetivos iniciais da presente pesquisa o estabelecimento dessa comparação, essa articulação se justifica, pois o projeto -objeto de análise do presente estudo de caso- propiciou o processo de interiorização da CRLS.

Vale ressaltar novamente que a pesquisa bibliográfica retornou poucos dados específicos acerca do referido projeto. Os dados de pesquisa de campo e documental foram os mais significativos para compreensão da experiência, e, portanto, inclusive os mais utilizados neste capítulo. Por outro lado, a pesquisa bibliográfica contribuiu ricamente para constituição de entendimento acerca do funcionamento da CRLS.

A única pesquisa encontrada que tomou por objeto de análise a operacionalização da CRLS Interior, foi a já citada pesquisa de Arêas (2020) e o artigo proveniente da mesma pesquisa, que demonstrou a pertinência da ação da CRLS no município de Campos dos Goytacazes, no que tange à resolução das demandas que lhe são submetidas (ARÊAS; HASENCLEVER; AHMED, 2020). Embora trate da operacionalização do projeto em Campos dos Goytacazes, a pesquisa traduz semelhante realidade àquela identificada na etapa da pesquisa de campo do presente estudo, com relação à viabilização de um diálogo constante entre o Poder Executivo e a Defensoria a partir do projeto, conforme observado abaixo:

Trata-se de iniciativa por meio da qual se propõe a atuação em rede de órgãos estatais na solução, primordialmente, pacífica e célere das demandas, através da conjugação permanente de esforços, em local único, destinado ao atendimento de demandas de serviços de saúde, com equipes de trabalho in loco, **diálogos interinstitucionais constantes**, sistema eletrônico próprio, de acesso comum a todos os usuários das equipes de trabalho da CRLS (ARÊAS; HASENCLEVER; AHMED, 2020, p. 7, grifo nosso).

Em corroboração a identificação acima sobre a interiorização da CRLS tornar o diálogo institucional como parte dos processos de trabalho instituídos nas

Defensorias participantes dos municípios conveniados, dados da pesquisa de campo vão ao encontro dessa ideia. Isso pode ser percebido nos três seguintes relatos abaixo. Um deles, de uma das profissionais que configuram liderança da experiência, e outros dois, de uma profissional do direito e de uma profissional da SMS atuante em um dos núcleos de primeiro atendimento da Defensoria ouvidos:

“Esse projeto permite além de um fortalecimento da comunicação entre Defensoria e os demais equipamentos da rede, tanto na gestão central e os demais equipamentos, ela permitiu que a gente reencaminhasse esse usuário para os serviços, sem que houvesse uma judicialização prematura. Porque a gente **reestabelece um diálogo do Judiciário com a gestão.**” (D2)

“Então o convênio ele abaixa as guardas e **'bota' todo mundo num diálogo.** Então a gente tem diálogo com todos os setores.” (D9)

“Essa parceria, **esse contato de defensor e saúde Secretaria de Saúde, essa parceria funciona muito** e adianta muito toda essa parceria.” (S4)

Sendo assim, pôde-se constatar que a operacionalização do projeto, do ponto de vista dos processos de trabalho no atendimento às demandas em saúde pelos núcleos da Defensoria, instituídos a partir dos convênios firmados, reflete uma natureza dialógica institucional. Isso porque o projeto coloca no mesmo espaço um representante da gestão municipal que trabalha no atendimento aos usuários do SUS de forma integrada aos servidores dos núcleos de primeiro atendimento.

Com relação ao trabalho executado estritamente pela CRLS, também se pode visualizar, em certa medida, a concretização de diálogos institucionais. Primeiro pelo simples fato de por em um mesmo espaço de atendimento, funcionários de diferentes esferas de atuação em busca de um mesmo objetivo: dar resolução às demandas em saúde dos assistidos que procuram a Defensoria. E no caso da CRLS da capital, não há quem responda remotamente uma vez que todas as esferas envolvidas ocupam o mesmo espaço físico.

Essa assertiva é corroborada por um dos trabalhos obtidos via pesquisa bibliográfica intitulado: “Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde”, onde se identifica que: “No prédio da CRLS, funcionários cedidos por SES, SMS, DPE e DPU prestam atendimento de porta e, **em diálogo**, resolvem o problema do demandante – quer pela via administrativa, preferível, quer pela judicial” (VASCONCELOS, 2021, p. 934, grifo nosso).

Entretanto, Ventura e Simas (2021) argumentam que:

Os encaminhamentos registrados como “resoluções administrativas” pela CRLS expressam um poder administrativo quase-judicial, que não se traduz

como um autêntico diálogo interinstitucional voltado para o entendimento, mas uma ação normalizadora de condutas (VENTURA e SIMAS, 2021, p. 2002-2003).

Como se pode perceber, a ideia da propiciação do diálogo institucional pela CRLS em si também gera controvérsias na literatura. A via dos encaminhamentos administrativos é uma das possibilidades da resolução pela CRLS. A outra possibilidade é o encaminhamento para ajuizamento da ação. Então, nessa perspectiva, é esperado que ocorram processos mais dialógicos no que tange aos casos em que é possível lançar mão da primeira possibilidade.

Em termos da CRLS, dados da pesquisa de campo apontam que esse diálogo é traduzido no dia a dia da Câmara entre os entes que atuam nos atendimentos, com o objetivo de esclarecer as competências já previstas e/ou articular uma via administrativa para resolução das demandas apresentadas pelos usuários. Em termos do projeto em análise, o arranjo institucional proposto permite que da mesma forma, o diálogo ocorra entre a SMS, a Defensoria e a SES (essa de forma remota via equipe CRLS Interior) com vistas ao alcance dos mesmos objetivos.

Sendo assim, fica evidente que no âmbito dos diálogos institucionais, tanto o projeto em análise como a CRLS propriamente dita, funcionam em favorecimento dessa prática dialógica, tendo em vista o trabalho em prol do manejo mais adequado do fenômeno da Judicialização da Saúde.

Por outro lado, tomando por base a ideia de mediação de conflitos, a pesquisa bibliográfica desvelou apontamentos contraditórios quanto ao trabalho da CRLS em si, ser um instrumento de mediação de conflitos.

O trecho abaixo, por exemplo, trata-se de uma perspectiva institucional da PGE, acerca da CRLS, em geral (capital e interior) ser considerada uma estratégia de mediação, como divulgado em seu próprio site:

Entre setembro de 2013 e janeiro de 2020, foram realizados mais de 80 mil atendimentos a pessoas que preferiram não ir à Justiça para reclamar que suas demandas não foram atendidas na rede pública de saúde do Rio de Janeiro. Ao invés de contenda judicial, elas preferiram o centro de **conciliação e de mediação** para marcar cirurgias, receber medicamentos ou obter transferências entre unidades hospitalares. Essa inédita escolha tem sido adotada, desde 2013, graças à atuação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS), uma iniciativa da Procuradoria Geral do Estado (PGE-RJ) em parceria com as Defensorias Públicas do Estado e da União e as Secretarias estadual e municipal de Saúde. O empreendimento foi indicado ao Prêmio Innovare de 2014. Somente no último ano, foram realizados 20 mil atendimentos no CRLS, dos quais, mais de 60%, conseguiram, por meio da mediação, resolver suas pendências com a rede

pública de saúde. A opção do público pela conciliação tem crescido mês a mês ao longo dos sete anos de existência da Câmara. O índice de resolução administrativa extrajudicial dos casos passou de 35%, no lançamento da CRLS, em setembro de 2013, para 68%, em dezembro de 2019(PGE, sem data, grifo nosso).

Em primeiro lugar é interessante destacar que o texto acima transparece a ideia de que é escolha do usuário não “contender judicialmente” ou em outras palavras, judicializar. Porém, tanto na CRLS como nos núcleos de primeiro atendimento dos municípios conveniados que geram as demandas para a CRLS Interior; toda demanda em saúde que chega dos usuários precisa necessariamente passar por essa avaliação. Faz parte do processo de atendimento. Na capital, há avaliação direta da própria CRLS após o indivíduo passar pela triagem com o assistente social, e pelos atendentes da DPE/DPU. E nos municípios conveniados, há avaliação dos profissionais cedidos pelo município em conjunto com profissionais do núcleo de primeiro atendimento para verificação dos casos que precisam ser encaminhados a CRLS Interior.

Então, pode-se dizer que é uma questão operacional dos processos de trabalho consolidados a partir da criação da CRLS e da CRLS Interior. E não é uma questão de usuários que buscam, por livre e espontânea vontade, resolver suas demandas através das citadas ações de conciliação e mediação, como uma escolha própria, conforme sugere citação acima da PGE. Além disso, o que se chama de resolução administrativa poderia ser melhor compreendido como encaminhamentos administrativos que visam a resolução das demandas apresentadas, uma vez que a CRLS garante os encaminhamentos, mas não realiza de fato o acompanhamento desse usuário de forma a garantir que houve uma resolução a partir do encaminhamento realizado, o que será discutido mais adiante.

Em segundo lugar, a citação acima menciona o termo “mediação” ao tratar do trabalho da CRLS. Nessa vertente, o que vem a ser de fato uma ação de mediação? De acordo com a Lei 13140/2015, ela é considerada como “atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia” (BRASIL, 2015). E sobre essa atividade, no âmbito da judicialização da saúde, Soares (2017, p. 46) salienta que:

Os métodos alternativos ou consensuais de resolução de conflitos não foram 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 e inter-relações (SOARES, 2017, p. 46).

Nesse aspecto, a relação da ação de mediação com as atividades da CRLS também pôde ser marcadamente observada em estudos resultantes da pesquisa bibliográfica como na pesquisa de Carvalho Eloá (2017) e, também nos seguintes fragmentos de outros estudos, quando em menção à CRLS apontam que:

Tal órgão tem como principal atribuição garantir aos assistidos pela Defensoria Pública o direito à saúde, seja na entrega de um medicamento, no agendamento de uma consulta, de um exame ou na marcação de um procedimento cirúrgico, e tem como proposta precípua o diálogo entre as diversas instituições que a compõem ou mesmo a **utilização do instrumento de mediação por mediadores** designados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (SOARES, 2017, p. 20, grifo nosso).

[...] ficou claro que a já mencionada Resolução 125/2010 do CNJ e os movimentos institucionais que a ela se seguiram acabaram criando o contexto que permitiu a proposição da Câmara (inaugurada em 2013), eis que os Juízes e os Tribunais passaram a apoiar maciçamente a utilização da mediação e da conciliação como alternativas à jurisdição. [...] Tal opção legislativa parece ter absorvido a percepção de que a atividade de mediação é, antes de mais nada, uma prática a ser desenvolvida por meio da experiência, isto é: um aprender fazendo, aplicável inclusive ao campo da saúde (FILPO E ASENSI, 2021, p. 934).

No contexto de tais citações pode-se observar que, em geral, a apresentação das atividades da CRLS é vinculada a ideia do trabalho em uma lógica de mediação de conflitos. Inclusive a primeira citação destaca a designação de mediadores pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro para exercício de tal atividade. Porém, é importante questionar-se, uma vez que a mediação de conflitos envolve ao menos duas partes além do mediador; do conflito entre quem estamos necessariamente falando?

Para esta pergunta, Ventura e Simas (2021) descrevem de forma esclarecedora que: o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, no que tange ao funcionamento da CRLS, “é responsável por conduzir a **mediação dos atores estatais** em relação às possíveis dúvidas e conflitos referentes à rotina de atendimento e possíveis obstáculos no cumprimento do convênio” (VENTURA E SIMAS, 2021, p. 1997, grifo nosso). Ou seja, a mediação seria entre atores do Estado, e não entre o Estado e os usuários.

Visto isso, é importante ressaltar que embora a pesquisa bibliográfica tenha trazido alguns estudos que apontem para articulação entre as atividades da CRLS e uma lógica de trabalho baseada na mediação, dados da pesquisa de campo apontaram para o fato de não existir essencialmente essa atividade em si.

Segundo a pesquisa de campo, a previsão de ação da mediação, no princípio da Câmara, foi inclusive pensada, não para tentar desencorajar os usuários de acionarem o caminho judicial para resolução de suas demandas, mas para resolver entre os entes estatais através dos mediadores, qual dos entes arcaria com o custo para o fornecimento no caso de medicamentos/ insumos não previstos pelo SUS. Ou seja, havia no início das atividades da CRLS, a previsão de mediação entre os entes estatais, e não entre o poder público e os usuários. Este dado corrobora com o descrito por Ventura e Simas (2021) conforme citado em parágrafo anterior.

Outros estudos também imanentes da pesquisa bibliográfica corroboram com a não existência de mediação no rol das atividades da CRLS, como por exemplo:

Percebemos que nessa Câmara não acontece mediação ou conciliação, o que há é a entrega do medicamento por meios administrativos, que já se encontram na lista da ANVISA em que o Estado já tem o dever de fornecer. Não havendo qualquer possibilidade de provimento de saúde que não constam na tal lista. Além disso, não há sequer algum representante do Estado para o caso de haver qualquer necessidade de conciliação. A própria estrutura que foi formada, os procedimentos exigidos não requerem a presença de um procurador (MARINHO, 2018, p. 75).

A citação acima é parte de uma dissertação que objetivou analisar a atuação da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro no Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro e na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde, e traduz claramente a não existência de mediação ou conciliação na CRLS. A autora explica ainda que: “[...] no projeto haveria uma sala para o procurador responsável, e nessa sala haveria uma verdadeira mediação. Contudo, na hora da implementação não foram construídas nem a sala em que o procurador ficaria e nem a sala de mediação” (MARINHO, 2018, p.75).

Nesse aspecto, Filpo e Asensi (2021), embora discutam o trabalho da CRLS na perspectiva de soluções consensuais para conflitos sanitários, ponderam que as práticas que são levadas a efeito na Câmara não se encaixam nos rótulos de mediação ou conciliação de modo fácil (FILPO e ASENSI, 2021). Cabe aqui, entretanto, o questionamento de até que ponto as práticas relacionadas à CRLS

deveriam se encaixar nessa ideia de mediação, principalmente tomando como um dos lados os usuários, uma vez que os dados da presente pesquisa indicam que ela não foi planejada ou organizada para atuar desta forma: em mediação entre o poder público e os usuários.

Nesse aspecto, inclusive o trabalho de Soares (2017) que descreve cada etapa do atendimento dos usuários na CRLS, não inclui nessas etapas esperadas do fluxo normal de atendimento na CRLS, um momento de mediação entre o Estado e o usuário, no sentido do desencorajamento deste a judicializar. As fases de atendimento na CRLS descritas por Soares (2017) configuram-se em torno da verificação do cumprimento das etapas administrativas com base em respaldo jurídico e institucional previsto para obtenção das demandas do usuário em questão.

E exatamente essa natureza das atividades empreendidas na CRLS, é o que de fato parece fazer mais sentido com sua proposta de atuação, do que necessariamente uma mediação entre usuários e o poder público, que inclusive esbarra em outras questões ideológicas e conceituais, as quais não há propósito nos atermos na presente Tese. Entretanto, a mesma autora destaca no âmbito dos casos de retorno do assistido que:

Hipóteses de não atendimento da pretensão pelas Secretarias de Saúde ou dúvidas na rotina de atendimento do assistido podem resultar na instauração de audiência na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) suscitadas a qualquer tempo, pelas partes signatárias. Essas audiências serão conduzidas por mediadores do núcleo de mediação do TJERJ que, instruídos com parecer técnico da SES e/ou SMS negando ou sugerindo substituição da demanda pleiteada, avaliarão a legitimidade dessa resistência e esclarecer as dúvidas que porventura surgirem. As decisões dessas audiências serão encaminhadas a SES e/ou SMS com a orientação da postura administrativa a ser adotada (SOARES, 2017, p. 66).

Como não há clareza de quem seriam efetivamente essas “partes signatárias”, infere-se aqui, como de acordo com a pesquisa de campo, e com apontamento citado do estudo de Ventura e Simas (2021) que essa possibilidade de mediação seria necessariamente entre os entes estatais envolvidos. Em corroboração a essa premissa, retomando o estudo de Marinho (2018), sua pesquisa conclui que:

[...] essa Câmara está realizando um projeto diferenciado, que ainda não existe em muitos estados, o Rio de Janeiro foi pioneiro nessa entrância. Há eficácia quanto ao seu objetivo de diminuir as demandas judiciais, contudo, não há conciliação ou mediação de fato, o que há é a entrega de um direito que o necessitado já possuía (MARINHO, 2018, p.76).

Em outras palavras, fazer valer o direito à saúde otimizando os caminhos a serem percorridos para o alcance das demandas do usuário (quer sejam necessárias a via administrativa ou quer seja a via judicial) é o que transparece com maior clareza refletir a natureza das ações desenvolvidas no âmbito da CRLS. E não a mediação em si.

A mediação entre usuários do SUS e o poder público pode ser encontrado em outras experiências, como por exemplo, a experiência da Câmara Permanente Distrital de Mediação em Saúde da Defensoria Pública do Distrito Federal. Acerca dessa experiência, Asensi e Pinheiro (2015, p. 118) afirmam que:

Sendo assim, a Camedis foi instituída em 26 de fevereiro de 2013, por meio da Portaria Conjunta n. 1, com a finalidade de realização de reuniões de conciliação e mediação entre usuários e gestores da rede pública de saúde do Distrito Federal. O foco consistiu em evitar a judicialização de conflitos. Nesse espaço de mediação, os usuários são representados pela Defensoria Pública, que assume o também o papel de mediadora do conflito com a Secretaria de Saúde (ASENSI e PINHEIRO, 2015, p. 118).

Ou seja, nesse caso específico diferente do que ocorre na CRLS no estado do Rio de Janeiro, a concepção do arranjo já foi planejada especificamente para ação de mediação envolvendo os usuários. Além disso, a CAMEDIS é citada pelo mesmo documento como “uma alternativa ao modelo adversarial do processo judicial” (ASENSI e PINHEIRO, 2015, p. 114). O que difere totalmente do entendimento formal que orienta o convênio que cria a CRLS no Rio de Janeiro, que é o entendimento de que “o governo deve cumprir seu dever de promover a saúde de toda população e que a judicialização é uma possibilidade de responder às necessidades de saúde dos cidadãos” (VENTURA e SIMAS, 2021, p. 1996).

Também em análise da experiência da CAMEDIS em Brasília, Marqueto (2021) descrevendo as etapas do atendimento dos usuários nesta Câmara explica que:

[...] a Defensoria Pública realizava uma triagem das demandas dos usuários que a procuravam, excluindo casos considerados urgentes, por exemplo, pedidos de internação em leitos de terapia intensiva. Assim, tinha-se como critério, ainda que subjetivo, àqueles pedidos aos quais acreditava-se que poderia haver possibilidade de acordo para resolução do conflito de forma extrajudicial. Observando estes critérios a Defensoria Pública do DF encaminhava à Secretaria de Saúde, por meio de ofícios direcionados à CAMEDIS. Por sua vez, na SES/DF tais ofícios eram recebidos no Núcleo de Judicialização- NJUD, e um servidor responsável pela CAMEDIS analisava se estavam presentes os documentos essenciais à instrução processual [...]. Os processos autuados eram encaminhados às áreas técnicas responsáveis (coordenador de especialidade, hospitais demandados, Central de Regulação Ambulatorial, dentre outros), de acordo o caso concreto para análise do pedido do usuário. [...] Assim, apresentadas

pela área técnica as razões da negativa do pedido, ou uma alternativa terapêutica, ou especificação de prazo para realização do pedido, o servidor responsável pela CAMEDIS, dentro da SES/DF, avaliava a possibilidade de proceder um acordo entre as partes, em caso positivo, **o usuário era convidado a participar da reunião de “mediação”** (MARQUETO, 2021, p. 63-64, grifo nosso).

Como se pôde perceber, os processos de trabalho instituídos no contexto da CAMEDIS, diferentemente do que ocorre na CRLS, já prevêem a mediação como uma das ações previstas no atendimento aos usuários. Na CRLS, encontram-se processos de trabalho guiados pelos diálogos Institucionais, que possibilitam discussão extrajudicial dos conflitos em saúde.

Nesse aspecto, parece correta a interpretação de que, o que na verdadeira CRLS vai buscar é a articulação dos atores que sejam importantes para efetivação do direito à saúde e, determinar através de pressupostos ético-políticos, qual o ente responsável pela concretização da necessidade pleiteada pelos usuários, tendendo a resolver o conflito de saúde pela composição das abordagens realizadas (SOARES, 2017).

Já no contexto da operacionalização do projeto “Construindo o SUS com a DPERJ”, não foi identificado em nenhuma das etapas da coleta de dados da presente pesquisa, qualquer designação específica de mediadores, seja no “braço CATES” ou no “braço CRLS Interior”. O que há é o funcionário representante da SMS, para atuar no atendimento às demandas em saúde que chegam à Defensoria, conforme já explicado. Obviamente, nesse caso, há um caráter marcadamente dialógico na forma de atuação das equipes dos núcleos de primeiro atendimento e esses representantes das SMSs, além do diálogo constante com a SES através da CRLS Interior, mas o ato de mediar em si não constitui uma das etapas do atendimento ao usuário que busca os núcleos de primeiro atendimento das Defensorias com demandas em saúde.

É importante ressaltar ainda, que a questão da mediação ou conciliação, vai sempre prever um diálogo que leve a um acordo entre partes envolvidas em um conflito, de modo a avaliarem possibilidades de resolução que sejam aceitas por ambos. Entretanto, se pensarmos nos processos de trabalhos descritos anteriormente acerca do funcionamento, tanto do CATES como da CRLS Interior, não parece haver espaço para, por exemplo, o usuário barganhar algum tipo de proposta de solução que não sejam as já instituídas pelo próprio SUS. E isso não é

aqui apontado como um aspecto negativo, mas apenas que não parece fazer parte da natureza finalística da CRLS e nem do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”.

A partir dos dados da pesquisa de campo e da pesquisa documental, tanto a CRLS, como o projeto em análise- que interiorizou o funcionamento da CRLS para outros municípios- tem a principal finalidade de reinserir o indivíduo na rede de atenção à saúde. Em uma abordagem de analogia do sistema de saúde a uma engrenagem, essa reinserção do indivíduo na rede é realizada por meio dos protocolos e provisões que já configuram a engrenagem do SUS. Engrenagem essa que por algum motivo paralisou levando o usuário a buscar a Defensoria.

Se tentarmos compreender a lógica do projeto e da própria CRLS como um instrumento de mediação de conflitos ou que seja capaz de produzir soluções antes inexistentes, é como se o atendimento pela Defensoria no caso dos municípios conveniados ao projeto, e a CRLS no caso da capital, tivesse o poder de fornecer peças diferenciadas que pudessem ser substituídas na engrenagem do SUS de modo a “fazê-lo voltar a funcionar”, no sentido da garantia da demanda do usuário. Quando, na verdade, tanto o projeto como a própria CRLS, não cria ou fornece “novas peças”, apenas utiliza ferramentas já existentes para que o “entreve da engrenagem” possa ser removido, quando possível, de forma mais eficiente do que pelo ajuizamento de uma ação.

Isso fica claro, quando observamos o fragmento de entrevista de uma das profissionais atuantes no início da experiência e na CRLS:

“A gente não fura fila, a gente só dá transparência na informação daquilo que tem dentro do Sistema Único de Saúde. É algo que tá lá, não é algo que a câmara cria. Eu não crio vaga nova, eu não crio disponibilidade de medicamento novo, o que a gente faz é transparência e informação do que existe já dentro do sistema.” (S1)

Essa afirmativa corrobora com a analogia do SUS como uma engrenagem, cujo funcionamento, por vezes esbarra na falha de comunicação, na não observância de algum protocolo, ou mesmo na deficiência do uso dos sistemas de informação. E são nesses aspectos ou em semelhantes que a experiência em análise propicia abertura de possibilidades para um manejo mais adequado das demandas em saúde.

Portanto, pode-se dizer que a natureza das ações previstas tanto pela CRLS em si como pelo projeto que possibilitou interiorizar essas ações aos demais

municípios do estado, se aproxima muito mais de uma tentativa de; a partir de diálogos institucionais entre esferas do Poder Executivo e Judiciário, promover maior entendimento acerca de como melhor manejar cada demanda em saúde levada pelo usuário à Defensoria. Independentemente de haver ou não caminhos administrativos previstos para o alcance de tais demandas.

Em corroboração a essa ideia, a pesquisa documental trouxe a tona, inclusive que há previsão de encaminhamento às Defensorias para prosseguimento de trâmites necessários ao alcance da obtenção de produtos não fornecidos/ atendidos após análise técnica da CRLS, no caso dos municípios do interior, como pode ser observado abaixo em trecho referente ao Relatório CRLS/Interior de Agosto de 2021:

Em se tratando de fornecimento parcial do(s) produto(s) pretendido(s), o atendente, deverá: - Providenciar a entrega ao assistido do “Ofício de Encaminhamento” elaborado pelos profissionais da SES e realizar as orientações que se fizerem necessárias para a retirada do(s) produto(s) disponibilizado(s); - Encaminhar para as Defensorias as solicitações em que não houve encaminhamento administrativo para que a mesma possa dar prosseguimento aos trâmites necessários (RIO DE JANEIRO, 2021).

Ou seja, já é previsto nos trâmites da própria CRLS, o encaminhamento para a via judicial. Além disso, no caso da CRLS capital a pesquisa bibliográfica trouxe um apontamento ainda mais evidente desse aspecto, quando no estudo de Soares (2017) é descrito que em se tratando de atendimento parcial ou negativa às solicitações pretendidas, o usuário deve ser encaminhado a DPE, já em posse de uma minuta de petição inicial com a finalidade de se instrumentalizar a tentativa de obtenção da solicitação não atendida, pela via judicial, entregando a petição inicial elaborada para providência do seu protocolo. Ou ainda, podem ser encaminhados a DPU, onde o usuário recebe uma guia de encaminhamento e orientações necessárias para dar seguimento a sua solicitação.

Portanto, não parecem corretas interpretações que julguem que as práticas instituídas no âmbito da CRLS, e, portanto de certa forma, também no âmbito do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, sejam unicamente voltadas a “prevenir a judicialização”, como se ela em si fosse um “mal a ser combatido”. Pois é em si mesma, um caminho, por vezes, único possível para que o usuário possa alcançar a solução de sua demanda. E este é um ganho incontestável no contexto brasileiro de “ser cidadão” e ter a saúde como um direito social e dever do Estado.

Inclusive esse aspecto do resguardo da prerrogativa do ajuizamento de ações pela Defensoria, é mencionado no convênio proposto entre municípios e DPERJ, conforme já demonstrado no capítulo anterior. Além disso, falas de servidores de diferentes núcleos de Defensoria entrevistados consideram que mover a ação judicial, é muitas vezes o caminho necessário a ser seguido logo nas etapas iniciais de atendimento aos usuários, conforme apontado abaixo:

“Sobre as urgências de saúde que são as transferências. Isso aí é direto comigo. Chega... não passa nem pela SM [profissional da SMS indicada para atuar pelo convênio na Defensoria], muita das vezes. Se tem um laudo lá, dizendo risco de vida, não passa nem pela SM. (...) Não vou esperar NAT, não tem como. Então a gente já judicializa mesmo. Não tem jeito. Se a pessoa está na UPA⁷ e daí a família fala: a pessoa tá regulada, mas não conseguiu transferir ainda, tá na sala vermelha, a gente já entra com processo direto pedindo.” (D8)

“Aí agora assim aconteceu um problema né de uma assistida que chegou a reclamar na televisão. Eu não vi reportagem, eu não sei se passou, mas aí depois disso a doutora DR passou a cobrar mais o prazo. Ah, vamos esperar pelo menos 72 horas. Eu coloco um lembrete para mim de uma semana e eles [a CRLS Interior] não estão respondendo em uma semana, e daí ela falou: bem se eles não responderem no prazo a gente faz ação. Então o que que eu tô fazendo? Assim, é... tem casos que eu já sei que não é padronizado, né. Que vai ser negativo a resposta. Mas tem caso que eu sei que vão ser resolvidos pelo NAT, né, na marcação de consultas, enfim. Então vamos fazendo assim né quando eu souber que não vai responder, se passar do prazo eu faço logo a ação é isso que a gente tem que fazer, né.” (D12)

De acordo com as falas acima, mobilizar uma ação judicial é em muitos casos, inclusive o primeiro caminho no atendimento às demandas aos usuários que chegam até os núcleos de primeiro atendimento estudados. Ou em outros casos é o caminho tomado diante de um atraso na demora da resposta da CRLS. Esse quadro desvelado pela pesquisa de campo nos municípios estudados corrobora com a ideia tecida na etapa teórica da presente tese, de que é preciso admitir a judicialização enquanto um caminho profícuo na efetivação do direito à saúde, principalmente levando-se em conta os cenários de concretização deficitária das políticas públicas, sendo indiscutível a fundamentalidade do papel exercido pelas instituições jurídicas.

Dados levantados na pesquisa bibliográfica, também apontaram para mesma direção, de que tanto o projeto em si (concretizado via CATES e CRLS Interior), como o trabalho desenvolvido pela CRLS na capital não impedem a mobilização da ação judicial, muito pelo contrário. Inclusive facilita, muitas vezes, do ponto de vista da instrumentalização do processo. Além disso, o ajuizamento de ação consta

⁷ Unidade de Pronto Atendimento

inclusive no fluxo de atendimento da própria CRLS como um todo, seja na capital (SOUZA A., 2016; SOARES, 2017; SANT'ANA,2018) ou interior (ARÊAS; HASENCLEVER; AHMED, 2020), como uma possibilidade da qual o usuário não pode ser furtado.

A pesquisa documental também indicou o mesmo fato, como se pode perceber na figura 5 apresentada no primeiro tópico do presente capítulo atendimento da CRLS Interior, extraída do Relatório da CRLS Interior de Agosto de 2021, quando mostra o ajuizamento da ação como uma das etapas consideradas enquanto possibilidade de encaminhamento após a análise técnica.

Sendo assim, foi constatado através da pesquisa empírica, que a experiência em análise de fato propõe a materialização de um arranjo que favorece o diálogo institucional entre atores da esfera jurídica e política, abrindo caminhos de possibilidade para que o manejo das questões que envolvem o direito à saúde estejam *pari passu* a forma como o SUS vem sendo planejado, e implementado na prática.

E essa talvez seja a via de interpretação da natureza das práticas instituídas pela CRLS e pelo projeto em si, que mais represente os resultados da presente pesquisa. Além disso, fica explícito a partir da explanação dos dados aqui discutidos que tanto a CRLS como a CRLS Interior não possui ações de mediação envolvendo usuários, embora seu caráter de atuação definido aqui a partir da operacionalização de suas partes, seja necessariamente dialógico, envolvendo o poder público e instituições jurídicas em prol de um manejo das demandas em saúde que possam refletir uma judicialização que seja de fato residual.

7. RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA

A busca por mecanismos que favoreçam uma judicialização residual pode tornar este fenômeno muito mais como um “termômetro” que sinalize os “nós” que requerem concentração de esforços do Estado, do que um problema que simbolize um “gargalo” de desdobramentos nocivos à gestão pública da saúde no país.

Isabela Tavares Amaral

Neste capítulo buscou-se apresentar os resultados da experiência do Projeto Construindo o SUS com a DPERJ, que puderam ser apreendidos a partir do presente estudo de caso. O desenvolvimento textual considerou os padrões previstos estabelecidos na etapa metodológica da presente tese e as realidades desveladas por meio da coleta dos dados.

Este capítulo foi dividido de acordo com a natureza dos resultados identificados no presente estudo de caso. O primeiro tópico intitulado: “Ampliação da resolutividade no manejo das demandas em saúde” trata do aspecto da resolutividade dos atendimentos no âmbito da saúde, que chegam até a DPERJ e como os dados apontam para a ampliação dessa resolutividade.

No segundo tópico, de título: “Consolidação de diálogos institucionais e promoção de aprendizado sobre a operacionalização do SUS” será abordado como o Projeto viabiliza a consolidação de diálogos institucionais como parte dos processos de trabalho instituídos em prol do manejo mais adequado das demandas que potencialmente levam à judicialização da saúde. Além disso, descreve de que maneira a experiência em análise possibilita a geração de vivências que impulsionem aprendizado sobre a operacionalização da política pública de saúde, tanto para profissionais (da área do direito ou da saúde) quanto para os usuários do SUS.

7.1 Ampliação da resolutividade no manejo das demandas em saúde

Antes de o convênio existir a comunicação entre Defensoria e gestor municipal era realizada principalmente através de ofícios. Ofícios que nem sempre eram respondidos a tempo de gerarem soluções administrativas eficientes de modo que a judicialização fosse de fato evitada nos casos possíveis. Esse quadro pode ser elucidado a partir dos seguintes fragmentos de entrevistas de diferentes profissionais do direito (defensores e servidores) atuantes nos núcleos de primeiro atendimento dos municípios estudados:

“Antigamente era feito através de ofício, entendeu? Essa inquirição era feita através de ofício. Só que obviamente quando veio o convênio, essa agilidade, ou então essa facilidade de desenvolver o trâmite de forma administrativa, conseguiu uma melhoria, uma certa melhoria sim na redução no número de judicialização.” (D10)

“[...] antes dele [do convênio] nós tínhamos um atendimento que envolve num primeiro momento uma solicitação administrativa dos itens pretendidos pelo assistido através de ofício. Nós expedíamos um ofício solicitando o município o fornecimento daqueles medicamentos, exames, consultas. A não ser que fosse uma situação de extrema urgência porque aí, não haveria tempo para isso, mas como rotina nós sempre acionávamos o município por ofício, procurando esse requerimento administrativo e não tendo atendimento, em seguida, ingressávamos com ação judicial. Quase sempre nós ficávamos sem ter ideia da disponibilidade ou não daqueles itens. Não tinha uma resposta direta ou era uma resposta que não vinha ou que era muito demorada.” (D3)

“Eu vivi é... no início do núcleo, “chegou com receita médica” e não tinha com quem falar! Era mandar ofício para Secretaria de Saúde e era esperar não sei quanto tempo. [...] eu saía ‘metendo’ ação sabe e isso era assustador por isso, porque não havia um mínimo de comunicação!” (D4)

“Quando abriu o órgão, não tinha convênio. Era ofício para o secretário de saúde. Era isso. E bem, era a gente judicializar tudo na verdade, era isso. [...] o convênio melhorou muito as coisas. Eu não preciso mais ficar fazendo ofício para pedir um medicamento [...] Eu tinha que ficar fazendo ofício pra pedir insulina!” (D8)

Com relação ao último fragmento de entrevista supracitado, a menção à insulina é um exemplo claro do que apontou a pesquisa documental a partir do Relatório da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde de agosto de 2021, quando afirma que: “É considerável o percentual de medicamentos previstos no SUS, mas demandados judicialmente” (RIO DE JANEIRO, 2021, p. 4). Obviamente existem tipos de insulina não previstas para dispensação no SUS, mas no geral, casos de demandas que chegam a Defensoria Pública e têm resolução prevista parecem ser bastante comuns, conforme aponta um dos profissionais do direito atuantes em um dos núcleos de Defensoria entrevistado:

*“[...]tem muita judicialização que é evitada porque se resolve administrativamente. Existe um aprendizado constante e uma integração.”
(D9)*

Essa afirmação pôde ser corroborada com um estudo advindo da pesquisa bibliográfica, que analisou a CRLS Interior do município de Campos dos Goytacazes, ou seja, um dos pontos de expansão do Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Nesse estudo os autores ressaltaram que:

A atuação conjunta desses órgãos permitiu que a ação da CRLS diminuísse expressivamente a judicialização das políticas públicas da área de saúde, por meio do atendimento das demandas pela via administrativa, de forma consensual com os órgãos envolvidos em conflitos sanitários (ARÊAS; HASENCLEVER; AHMED, 2020, p.11).

Embora se tratando de um município fora da região metropolitana, é importante destacar que o projeto Construindo o SUS com a Defensoria, apesar de ter iniciado a partir da região metropolitana do estado, expandiu-se para demais municípios, conforme já visto, com os objetivos fincados na mesma direção de proporcionar diálogos institucionais de modo a qualificar o manejo das demandas em saúde que chegam até os núcleos de primeiro atendimento da DPERJ.

Retomando então essa questão do diálogo e tendo em vista que o envio de ofícios não constituía necessariamente uma prática dialógica, principalmente diante das menções aos atrasos ou “não respostas” dos mesmos por parte do ente municipal, os dados desta pesquisa sugerem que as práticas dialógicas impulsionadas pelo convênio foi um diferencial para o melhor manejo das demandas em saúde. Demandas essas recebidas pelos núcleos de Defensoria ouvidos, em que pese os desafios que certamente existem e que serão pontuados em capítulo a *posteriori*.

Superando então a anterior comunicação restrita a via dos ofícios, sendo esta uma via pouco resolutiva para o solucionamento das demandas em saúde conforme observado nas entrevistas, a partir dessa aproximação com as SMSs, viabilizada pelo convênio, passou-se a alcançar maior resolutividade nos atendimentos e, conseqüentemente, maior efetivação da Política Pública de Saúde, conforme nota-se a seguir:

“A partir do momento que a gente constrói essas pontes com os agentes públicos a Defensoria também está efetivando políticas públicas de saúde, né. [...] eu entendo que a Defensoria ao estreitar esse caminho, estreitar não, encurtar o caminho entre o nosso assistido e o poder público, é, a

gente tá conseguindo aumentar a dimensão dessa política pública de saúde.” (D11)

“Hoje, com o convênio, eu vejo o meu papel como uma intermediária, né, entre o assistido que a gente chama, né, que são as pessoas hipossuficientes, é... que são abrangidas pelo atendimento da Defensoria pública a esse acesso à saúde propriamente dita [...] então eu sou essa ponte [...] Antes do convênio eu era uma ponte “assistido-Judiciário” e hoje não mais.” (D4)

Conforme pode ser percebido nas falas acima, a experiência tem viabilizado uma atuação mais direta da Defensoria no sentido da efetivação de política pública de saúde, através de uma relação mais próxima do Poder Executivo, e não necessariamente sendo apenas uma “ponte assistido-Judiciário”, como dito na fala de uma das defensoras entrevistadas citada acima.

Pode-se dizer então que essa relação mais estreita amplia as possibilidades de ação da Defensoria na busca por solucionar as demandas em saúde que chegam até ela. E amplia as possibilidades de uma resolução mais efetiva para o próprio usuário também, conforme destaca um dos servidores entrevistados atuantes em núcleo de Defensoria:

“O convênio ele tem ajudado bastante a proporcionar o assistido maior comodidade. Não só o acesso a medicamentos, mas também uma maior comodidade, porque... assim... enfrentar judicialmente para você obter uma medicação não é fácil para o assistido, entendeu? Porque vai depender da liminar, vai depender do seqüestro. O processo ele tem um tempo dele mesmo, entendeu? Então assim, quando assistido, ele consegue de forma administrativa e de uma forma administrativa mais centralizada, e aí tem o sistema do convênio que faz essa ponte com as secretarias de saúde e tudo mais, isso inclusive facilita a vida deles. Principalmente partindo do ponto de uma população tão desassistida. Que às vezes não tem o dinheiro para a passagem, entendeu? [...] Por exemplo ir até Defensoria fazer o processo judicial, ir até o fórum levar um laudo, isso tudo gera tempo e gasto de passagem que muitas vezes eles têm contado, entendeu? O próprio gasto de passagem para ir atrás do medicamento. Então assim o convênio ajudou bastante nessa parte, né, porque ele realmente agiliza o trâmite e ali a pessoa consegue contato direto com convênio e depois sai direcionado para farmácia onde ela vai poder obter a medicação, caso seja dispensada administrativamente.” (D10)

Sendo assim, pode-se afirmar que há resultados positivos para os usuários, não apenas do ponto de vista da solução final da demanda, mas também do encurtamento do processo queo mesmo poderia precisar percorrer para obtê-la, conforme descrito em fala supracitada. Isso se torna importante, porque, pelo senso comum, muitas vezes se entende que conseguir judicializar gera quase que uma solução automática para aquela demanda pleiteada, o que não é bem uma verdade

absoluta. Isso fica claro também na observação de alguns trechos de entrevistas, como se pode observar abaixo:

“O cumprimento dessas medidas concedidas é um grande calcanhar de Aquiles porque as liminares são concedidas, mas o cumprimento delas acaba voltando a esbarrar na esfera administrativa e aí nós temos um segundo round, né, depois da concessão da liminar que é obter o cumprimento disso.” (D3)

“Muita das vezes a gente consegue a liminar, mas não consegue cumprir a liminar” (D8)

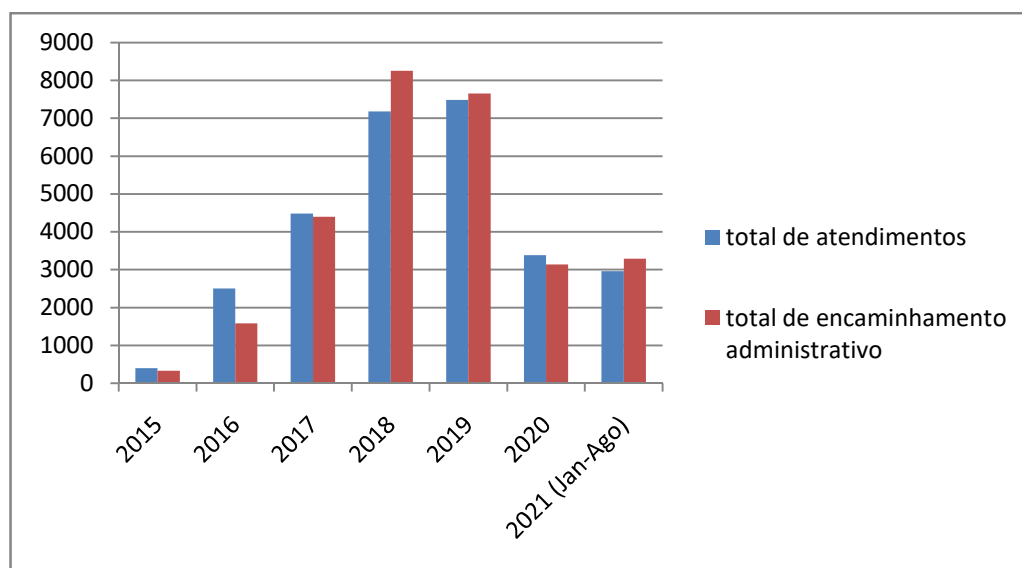
A comparação do cumprimento das liminares concedidas a um “calcanhar de Aquiles” revela por si só o quão irreal é a expectativa de que toda ação judicial deferida a favor do usuário, se transforme de imediato na solução de sua demanda.

Nesse aspecto, vale ressaltar que a partir da pesquisa documental, verificou-se que o documento do convênio firmado entre a DPERJ e os municípios conveniados, disponibilizado por um dos núcleos de Defensoria pesquisados, menciona na cláusula primeira que o objeto do convênio é, justamente, a formalização de parceria institucional para qualificar e otimizar o atendimento daqueles que procuram atendimento na DPERJ em busca de serviços de saúde.

Considera-se, portanto, que a experiência em questão tem ampliado as possibilidades de atuação da Defensoria Pública, no esforço pela efetivação do direito à saúde, através da solução das demandas que chegam a partir dos usuários, uma vez que possibilita novos caminhos de resolubilidade, não restritos apenas ao ajuizamento de ações.

Para melhor visualização do desenvolvimento da experiência nesse sentido ao longo dos anos, seguem abaixo alguns dados extraídos da pesquisa documental. Em termos numéricos, para melhor visualização dos resultados, o relatório da CRLS Interior, de agosto de 2021, revela números significativamente altos de encaminhamentos administrativos dos atendimentos realizados em todos os núcleos de Defensoria participantes do Projeto, e não apenas aqueles municípios analisados nesta pesquisa.

Gráfico 1- Totais de atendimentos e encaminhamentos administrativos da CRLS Interior entre 2015 e 2021



Fonte: A autora, 2022, com base nos dados do Relatório da CRLS/Interior- Agosto de 2021.

Os dados de 2015 são menores, tendo em vista que os atendimentos pelo projeto iniciaram apenas no mês de julho deste mesmo ano. Os dados do ano de 2021 só contabilizam atendimentos feitos até o mês de agosto. Vale destacar que em 16/03/2020, por causa da Pandemia do COVID-19, os atendimentos começaram a acontecer de modo remoto nos núcleos de atendimento da Defensoria, “havendo restrição inicial para os casos que apresentavam risco de morte, posteriormente (a partir de julho de 2020) expandindo para todos os casos de saúde” (RIO DE JANEIRO, 2021, p. 21). Isso explica a queda brusca no número de atendimentos no ano de 2020.

Também é importante ressaltar acerca do gráfico acima, que os dados de atendimentos equivalem ao número de vezes que indivíduos buscaram a Defensoria por alguma demanda na área da saúde. E cada atendimento pode gerar um ou mais encaminhamentos administrativos e/ou uma ou mais ações judiciais. Por isso, há anos em que o número de encaminhamentos administrativos chega a superar o número de atendimentos, como pode ser observado nos anos de 2018 e 2019.

Esses números referentes aos totais de atendimento refletem apenas àqueles atendimentos cujos casos foram registrados para envio ao sistema da CRLS, tendo em vista que esses dados do relatório são gerados dentro deste sistema de informação. Entretanto, durante as entrevistas, pôde-se perceber que se o caso for muito simples, como apenas uma informação que dê conta da demanda

apresentada pelo usuário que busca o núcleo de primeiro atendimento da Defensoria, é possível que este atendimento não seja necessariamente inserido no sistema para CRLS.

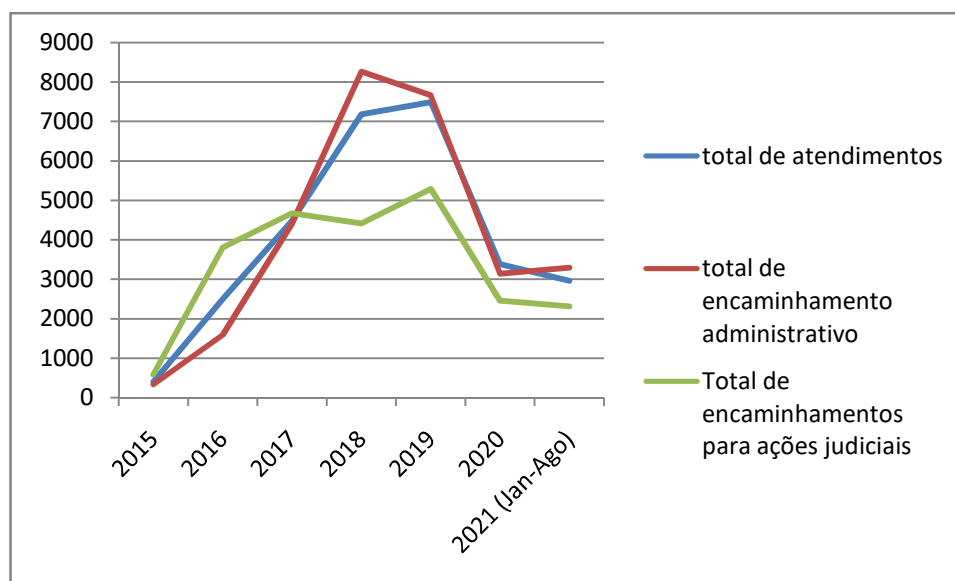
Esse fato nos aponta a probabilidade de esses números de atendimentos e soluções administrativas serem ainda maiores. Um exemplo desse dado segue em fragmento de entrevista abaixo, cuja resposta foi dada quando a entrevistada foi questionada se os casos mais simples que a mesma havia mencionado entravam no sistema da Câmara:

“Não, não entravam. E a gente tinha muito problema no sistema também. Tinha dia que não funcionava o sistema, tinham muitos que a gente resolvia sem sistema. No início a gente tinha uma preocupação de inserir no sistema, mas depois a gente entendeu que a gente não ia resolver. O fluxo aumentou demais e a gente resolvia mesmo sem lançar no sistema.” (S2)

Porém, vale a pena destacar que há uma funcionalidade no sistema utilizado para envio dos atendimentos no núcleo de Defensoria para a CRLS Interior, onde é possível registrar esse tipo de atendimento, onde o atendimento à demanda do usuário é resolvido pela própria Defensoria sem necessidade de encaminhamento a análise técnica. Entretanto, não foi observada essa menção nas entrevistas realizadas, apenas durante a pesquisa documental esse ponto foi esclarecido, o que aponta para a possibilidade de um “não manejo” totalmente adequado do sistema de informação destinado a operacionalização do Projeto em análise.

De toda forma, considerando então que é a resolução dos casos de forma mais otimizada o que se pretende alcançar com o projeto, essa fragilidade identificada não minoriza os ganhos gerados a partir da alocação do profissional do município dentro do núcleo de primeiro atendimento da Defensoria para compor o CATES. Inclusive, ainda que com registro possivelmente menor do número de encaminhamentos administrativos que de fato possam ocorrer, o gráfico abaixo mostra que durante o período de tempo analisado, houve superação do número de encaminhamentos administrativos em comparação ao número de encaminhamentos para ações judiciais:

Gráfico 2: Relação entre totais de atendimento, encaminhamentos administrativos e encaminhamentos para ações judiciais



Fonte: A autora, 2022, com base nos dados do Relatório da CRLS Interior- Agosto de 2021.

A queda do número de atendimentos a partir de 2020 se dá pelo mesmo motivo anteriormente mencionado acerca das mudanças impostas pelo quadro pandêmico de COVID-19. Vale destacar a esse respeito, que embora a pandemia de COVID-19 seja tema de imprescindível importância no que tange aos seus impactos nos diversos cenários de atendimento público- tanto nas instituições de saúde como nas instituições jurídicas- a pandemia de COVID-19 não faz parte do objeto de pesquisa da presente Tese. Inclusive no momento da aprovação da pesquisa para início da coleta de dados, os instrumentos aprovados pelo CEP já estavam construídos. Sendo assim, o contexto de pandemia apesar de tangenciar em alguns momentos o pano de fundo da operacionalização do projeto em análise, não ocupa uma dimensão dessa análise.

Em continuidade a apresentação dos dados extraídos da pesquisa documental, que auxiliaram na compreensão dos principais resultados do projeto, segue abaixo o quadro 9 que apresentam os seguintes dados: total de atendimentos (realizados aos usuários), total de encaminhamentos administrativos resultantes desses atendimentos e o total de pareceres sem encaminhamentos administrativos (que retornam para que o Defensor proceda o ajuizamento de ação, se assim julgar pertinente). Os dados são apresentados por município estudado, abrangendo desde o ano de 2015 até 2019. Os dados foram extraídos do Relatório da CRLS Interior de Agosto de 2021:

Quadro 9: Consolidado dos atendimentos por município participante do estudo de caso

Município	Ano	Total de atendimentos	Total de encaminhamentos administrativos	Total de pareceres sem encaminhamento administrativo*
Belford Roxo	2015 (Jul-Dez)	11	4	13
	2016	1	1	0
	2017	---	---	---
	2018	81	81	22
	2019	82	82	42
	2020	13	3	12
	2021 (Jan-Ago)	0	0	0
Japeri	2015 (Jul-Dez)	13	14	7
	2016	29	15	44
	2017	47	35	83
	2018	20	16	18
	2019	50	49	26
	2020	17	12	14
	2021 (Jan-Ago)	4	7	1
Magé	2015 (Jul-Dez)	---	---	---
	2016	---	---	---
	2017	292	310	284
	2018	282	459	198
	2019	195	222	131
	2020	27	26	16
	2021 (Jan-Ago)	52	71	39
Mesquita	2015 (Jul-Dez)	---	---	---
	2016	---	---	---
	2017	---	---	---
	2018	130	146	107
	2019	157	111	161
	2020	125	126	100
	2021 (Jan-Ago)	173	170	122
Nova Iguaçu	2015 (Jul-Dez)	141	113	217
	2016	950	465	1815
	2017	979	952	1393
	2018	613	852	572
	2019	455	499	355
	2020	134	171	107
	2021 (Jan-Ago)	66	88	38
São Gonçalo	2015 (Jul-Dez)	201	175	327

	2016	497	279	761
	2017	479	366	554
	2018	502	377	495
	2019	566	393	622
	2020	381	262	406
	2021 (Jan-Ago)	223	107	288

Fonte: A autora, 2022, com base nos dados do Relatório da CRLS/Interior- Agosto de 2021.

*Esses pareceres retornam para que o Defensor possa ajuizar ação, se assim julgar necessário, tendo em vista a ausência de possibilidade de encaminhamento administrativo de acordo com a análise técnica da Câmara. Nos dados da pesquisa documental, esses números se referem a encaminhamento à Defensoria.

É importante destacar novamente que os anos de 2015 e 2021 não contemplam todos os meses, e por isso apresentam dados em menor quantitativo. Além disso, dependendo do mês em que o município assinou o convênio, o valor anual pode se mostrar abaixo do esperado para um ano de atendimento.

Ressaltando um aspecto já mencionado no capítulo anterior acerca do município de Belford Roxo, é possível perceber no quadro acima, dados inconstantes no que tange ao registro dos atendimentos. Sobre este município, especificamente, dados das entrevistas apontaram que o início do convênio foi em 2018. Em contrapartida, os dados da pesquisa documental mostram estatísticas de atendimento pela CRLS Interior em 2015 e 2016 (embora neste ano haja apenas 1 atendimento e 1 encaminhamento administrativo computado), conforme observado no quadro 9. Entretanto, de fato, há um hiato no ano de 2017, retornando a aparecer atendimentos nas estatísticas de 2018. Esse cenário aponta portanto para uma descontinuidade da experiência ao longo da história do Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro neste município.

Destaca-se que 2016 foi um ano de eleições municipais, o que corrobora com a possibilidade discutida anteriormente das mudanças ocasionadas pelas alterações de pessoas nos cargos terem se traduzido em dificuldades de manutenção do funcionamento adequado do projeto no município de Belford Roxo.

Ainda sobre o município de Belford Roxo, pode-se verificar no quadro 9 que o número de atendimentos e o número de encaminhamentos administrativos são praticamente equivalentes nos anos de 2018 e 2019 (81 e 82, respectivamente), apesar de verificar-se de fato um aumento de quase 100% nas demandas

judicializadas. Esse quadro corrobora com o dado levantado na entrevista citada anteriormente realizada com profissional atuante na SMS deste município, que faz referência a um aumento de ações judiciais a partir do desenvolvimento do projeto no município:

“Então assim... chegava 3, passou a chegar 7 [falando sobre ações judiciais que chegam à SMS].” (D6)

Porém, devido à irregularidade dos dados obtidos via pesquisa documental acerca deste município, e também ao não êxito no contato junto ao núcleo de primeiro atendimento da Defensoria nele atuante, a avaliação de todo o interstício de tempo desde o início do Projeto em Belford Roxo, foi limitada.

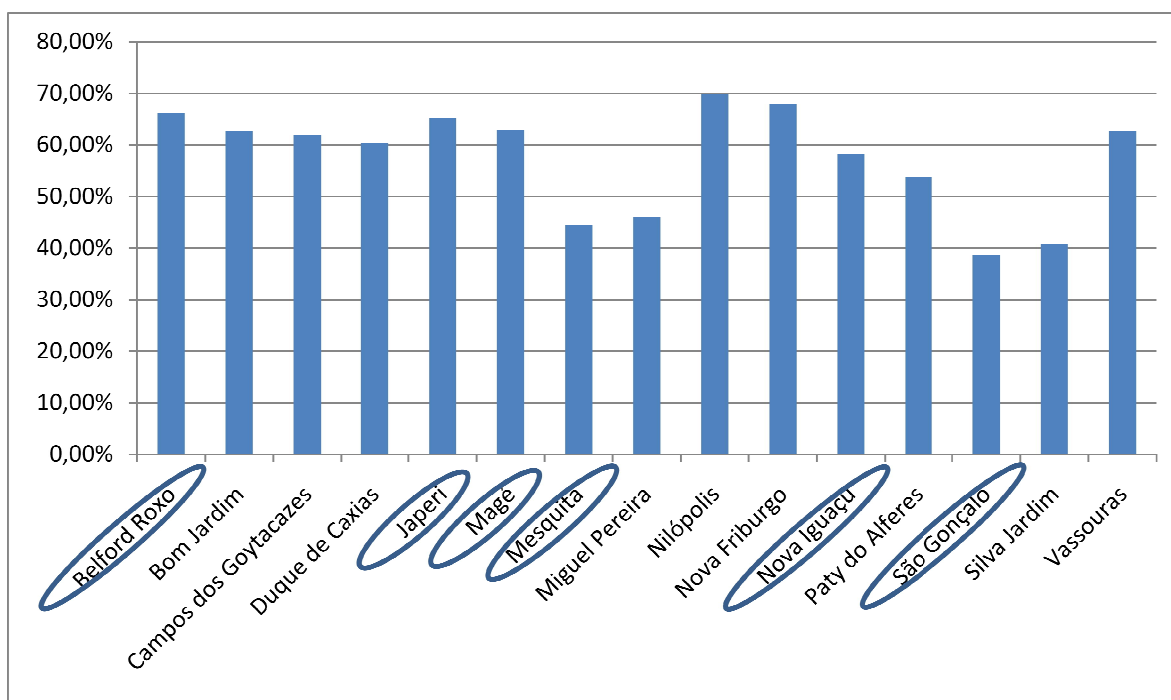
De toda forma, não se pode descartar de modo algum a possibilidade de o número real de demandas ajuizadas no âmbito da saúde ter sido maior, do que os dados do quadro 9 sugerem, seja para o município de Belford Roxo ou para qualquer outro, pois como já explicado, esses dados do Relatório da CRLS Interior dependem diretamente da alimentação do sistema de informação pelo CATES, e também, não refletem o número real de ações judiciais no campo da saúde. Até porque, dados da pesquisa de campo indicaram que algumas vezes, mesmo que a equipe da CRLS Interior responda ao caso com encaminhamento à Defensoria (o que no quadro 9 foi denominado de: Total de pareceres sem encaminhamento administrativo), nada impede que o Defensor ainda tente outros caminhos antes do ajuizamento da ação.

Percebe-se ainda enquanto dado que salta ao quadro 9, os altos números de encaminhamentos a Defensoria de 2016 e 2017 que caem de forma significativa a partir de 2018 no município de Nova Iguaçu. Com relação a esse dado, a pesquisa de campo apontou que houve troca dos profissionais indicados pela secretaria de saúde do município em questão para atuar no CATES a partir de meado de 2017, por um considerado manejo inadequado dos atendimentos das demandas em saúde.

A título de comparação com os demais municípios conveniados, um “retrato” dos dados percentuais de encaminhamentos administrativos por município pode ser vistos em gráfico abaixo. Os dados refletem o ano de 2019, tendo em vista o advento da pandemia que alterou o padrão de funcionamento dos atendimentos a partir de 2020. Esses dados também foram extraídos do mesmo Relatório da CRLS

Interior de Agosto de 2021. Os municípios circutados são aqueles participantes do presente estudo de caso:

Gráfico 3: Percentuais de encaminhamentos administrativos* por município do ano de 2019



Fonte: A autora, 2022, com base nos dados do Relatório da CRLS Interior- Agosto de 2021.

*Não se refere ao total de atendimentos, mas ao total de solicitações realizadas (denominadas “produtos” nos dados da pesquisa documental).

Os percentuais de encaminhamentos administrativos são calculados com base no número de produtos/ análises específicas solicitadas, e não com base no número de usuários atendidos. Por exemplo: um mesmo atendimento pode gerar solicitação de dois medicamentos e uma análise de vaga para consulta com especialista. Nesse caso, um único atendimento pode resultar em um encaminhamento administrativo para obtenção da consulta solicitada e dois encaminhados para ação judicial, para resolução dos medicamentos demandados.

Conforme visto, os percentuais de encaminhamentos administrativos da maioria dos municípios estudados, a exceção de Mesquita (44,42%) e São Gonçalo (38,64%), se encontraram acima de 50% no ano de 2019. O que parece apontar para uma boa resolutividade dos casos. Lembrando, é claro, que o encaminhamento para ação judicial também pode significar um caminho para resolutividade dos casos, e conforme já discutido, em alguns casos, chega a ser o único caminho.

Uma questão importante a ser pontuada é sobre o que parece ser o principal cerne da questão, no sentido da mensuração da resolutividade alcançada a partir do arranjo institucional proposto pela experiência: o que menciona uma das entrevistadas atuantes na experiência e na CRLS:

“Essa é uma pergunta que eu nunca vou conseguir responder se reduziu a judicialização. Acho que a gente consegue dar uma racionalidade a judicialização. Até porque eu não acho que a Câmara, seja capital ou interior, vai conseguir reduzir, acho que a gente vai dar uma racionalidade à judicialização. [...] E para fazer essa ponderação, saber se reduziu a judicialização ou não, a gente teria que pegar lá dentro do Tribunal de Justiça qual é o número de ações judiciais ao longo, antes de 2013 ter um, fazer uma estatística exponencial para saber quanto isso andaria e saber o quanto hoje em dia está, ou seja não é algo que a gente consiga responder assim de forma fácil.” (S1)

Conforme salientado, a redução do número de novas ações não é necessariamente a única maneira pela qual se pode medir a redução do fenômeno da judicialização em si, em determinado local. É preciso se analisar o padrão de crescimento, ou seja, a estimativa percentual esperada de crescimento da judicialização da saúde, levando-se em conta os fatores intervenientes no fenômeno. E não puramente os dados referentes ao quantitativo das ações judiciais no âmbito da saúde em si.

Um artigo resultante da pesquisa bibliográfica que objetivou analisar a evolução do número de ações judiciais com pedido de fornecimento de medicamentos no ERJ trouxe um dado que chama atenção:

Na abordagem temporal, além da análise da variação no período total, em alguns momentos, foram analisados separadamente os períodos 2014 a 2010 e 2017 a 2014, tendo em vista o início da operação plena da CRLS a partir do final de 2013. [...] Quanto à distribuição de processos, observou-se o maior aumento no número de ações no período de 2010 a 2017 nos Municípios do grupo Pequeno I (158,1%). No entanto, houve queda de 10,2% nos Municípios de Médio Porte. **A exceção das Metrôpoles**, o aumento foi mais pronunciado no período 2014-2017 em relação ao período 2010-2014 (PEÇANHA; SIMAS; LUIZA, 2019, p. 65, grifo nosso).

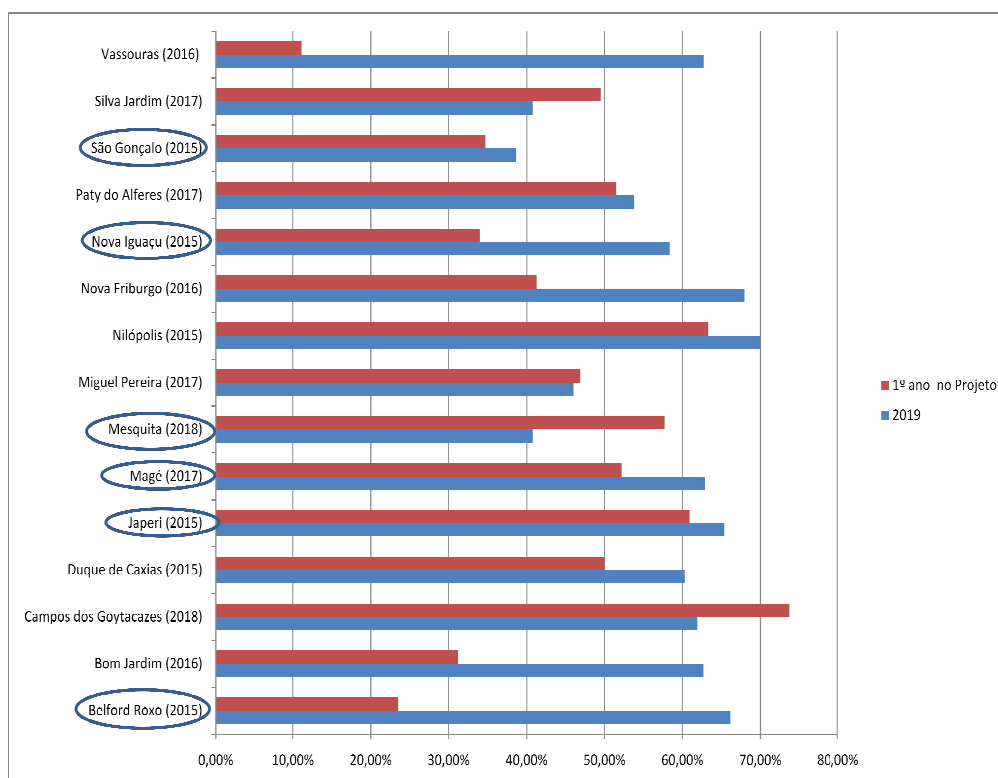
Esse apontamento é significativamente relevante tendo em vista o fato já abordado anteriormente de que o início da operação da CRLS foi em 2013 e que o Projeto Construindo o SUS com a Defensoria iniciou seu projeto piloto especificamente com municípios da região metropolitana no ano de 2015. Essa citada pesquisa acima trouxe resultados que refletem que todas as demais regiões do estado, a exceção das metrópoles I e II, tiveram aumento acentuado de ações judiciais relacionadas a demandas por medicamentos no período de 2014 a 2017,

abrangendo o período em que o projeto estava em funcionamento principalmente em municípios da região metropolitana.

É uma hipótese explicativa para esse quadro que efeitos do Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, que interiorizou o apoio técnico prestado pela CRLS, já vinha então apresentando impacto na tendência do aumento de judicialização da saúde no Estado do Rio de Janeiro.

Em seguimento da análise, consta abaixo, a título de comparação da evolução dos percentuais de encaminhamentos administrativos entre municípios desde o ano inicial do Projeto em seu território (sinalizado entre parênteses) e o ano de 2019, o seguinte gráfico:

Gráfico 4: Percentuais de encaminhamentos administrativos entre municípios participantes do Projeto, no ano de sua entrada e o ano de 2019



Fonte: A autora, 2022, com base nos dados do Relatório da CRLS Interior- Agosto de 2021.

Considera-se o ano de entrada no projeto, a partir especificamente da data de início de uso do sistema de informação para assessoramento técnico da CRLS Interior, e não necessariamente, conforme já discutido, a partir da data de assinatura do convênio com o município. No caso do convênio, o projeto se completa com o

CATES, a partir da alocação de profissional da SMS nos atendimentos da Defensoria. Salienta-se, entretanto, que todos os municípios participantes da presente pesquisa possuíam/ possuíram convênio assinado com a DPERJ.

Conforme observado no gráfico 4, a exceção do município de Mesquita, os demais municípios analisados na presente tese (destacados no gráfico com balões azuis) tiveram incremento em seus percentuais de encaminhamentos administrativos quando comparadas as taxas entre o primeiro ano de participação no projeto e o ano de 2019.

Sobre o fato da redução do percentual de encaminhamentos administrativos de Mesquita, vale ressaltar que o início do projeto neste município foi em 2018, ou seja, o mais recente dentre todos. E a diferença desse percentual não foi tão brusca, sendo de 57,7% em 2018 e 40,8% em 2019.

É preciso reconhecer que mesmo nos encaminhamentos administrativos, também pode haver alguns “calcanhares de Aquiles”. Essa compreensão é importante, principalmente porque o presente estudo de caso não incluiu os usuários enquanto participantes da pesquisa, e, portanto, questões tratadas como encaminhamentos administrativos podem não necessariamente refletir, na prática, em soluções alcançadas no âmbito da efetivação do direito à saúde.

Pode-se considerar que esses encaminhamentos administrativos estão no campo da juridicização. Conforme visto no capítulo 3 a juridicização envolve necessariamente uma discussão do ponto de vista jurídico da questão, sem que haja abertura do processo judicial em si. O que no campo das demandas em saúde, podem ser consideradas como resoluções administrativas. Em outras palavras, consiste na discussão de um conflito sob a perspectiva jurídica, sem necessariamente ser levado ao Judiciário na forma processual (ASENSI, 2010b).

Ainda no campo da resolutividade ampliada a partir do Projeto em análise, tomando mais uma vez o estudo que analisou o funcionamento da CRLS Interior no município de Campos dos Goytacazes;

Verificou-se que o grau de satisfação dos usuários ou de seus responsáveis entrevistados é bastante satisfatório. Muitos tiveram a totalidade do seu pleito atendido; outros tiveram uma interrupção momentânea do tratamento e/ou do fornecimento do insumo, haja vista a paralisação/prejuízo de alguns serviços ocasionado pela pandemia do coronavírus — Covid19; não obstante, consideraram o serviço como “bom/excelente”, da acolhida inicial ao encaminhamento ofertado (ARÊAS; HASENCLEVER; AHMED, 2020, p.10).

Diferente da presente Tese, a pesquisa supracitada incluiu entrevista a usuários de modo a identificar se o atendimento recebido na CRLS tinha sido ou não satisfatório, chegando-se a conclusão de ser bastante satisfatório no município de Campos dos Goytacazes. Na citada pesquisa, os autores demonstraram que:

[...] por meio da atuação em rede, os atores governamentais bem como os cidadãos munícipes de Campos dos Goytacazes obtiveram ganhos sociais mediante o atendimento de suas demandas, demandas estas resolvidas extrajudicialmente em sua grande parte (ARÊAS; HASENCLEVER; AHMED, 2020, p.10).

Por outro lado, Ventura e Simas (2021, p. 2010) em sua pesquisa que também incluiu entrevista aos usuários da CRLS, porém da capital, e não do Interior, afirmam que: “Tratando-se de relações estruturais de poder, os mecanismos de solução dos litígios se deparam com interesses e limites institucionais que esfumaçam caminhos supostamente ágeis e eficazes.” Sua pesquisa, levantada através da etapa de pesquisa bibliográfica da presente Tese, conclui que:

A estrutura, os mecanismos e a dinâmica empreendidas pela CRLS são funcionalizados para dar conta de um problema de governo que considera excessiva e inadequada a judicialização de determinadas demandas dos governados. Assim, é resolutiva na redução da sobrecarga de processos no Judiciário e órgãos do sistema de justiça. Porém a abordagem integral e célere do acesso ao direito à saúde fragiliza-se a partir da dinâmica revelada neste estudo. O fluxo operacional da CRLS focaliza uma resposta entre essa demanda e a oferta, gerenciando instâncias regulatórias diversas de forma fragmentada. Instituir esta esfera de negociação interinstitucional é um avanço no campo das políticas públicas, no entanto, identifica-se a necessidade de reformulações que ampliem a efetividade do direito à saúde e à justiça, e não se transforme em mais uma instância procedimental ou de contenção (VENTURA e SIMAS, 2021, p. 2009-2010).

Lançando-se mão do contraditório, e buscando problematizar o resultado discutido aqui, da resolutividade administrativa alcançada pelo Projeto em análise, há que se refletir sobre essa questão apontada nos achados do estudo supracitado, no sentido do atendimento proporcionado pela CRLS acabar por se tornar em “mais uma instância procedimental” que se põe entre o indivíduo e o acesso à Justiça propriamente dita, fragilizando o acesso ao direito à saúde.

Importante trazer à reflexão esses apontamentos relacionados ao limites institucionais que levam à fragilidade na abordagem integral e célere do usuário no acesso do direito à saúde, do ponto de vista da CRLS. Os mesmos autores acrescentam ainda que:

[...] alguns usuários criticam a falta de celeridade processual, associando-a à atuação da própria Câmara [...] A estrutura, os mecanismos e a dinâmica empreendidas pela CRLS são funcionalizados para dar conta de um

problema de governo que considera excessiva e inadequada a judicialização de determinadas demandas dos governados. Assim, é resolutiva na redução da sobrecarga de processos no Judiciário e órgãos do sistema de justiça. Porém a abordagem integral e célere do acesso ao direito à saúde fragiliza-se a partir da dinâmica revelada neste estudo. O fluxo operacional da CRLS focaliza uma resposta entre essa demanda e a oferta, gerenciando instâncias regulatórias diversas de forma fragmentada” (VENTURA e SIMAS, 2021, p. 2006, 2009-2010).

Acerca dessa questão apresentada, sobre a fragilidade na abordagem célere do acesso ao direito à saúde, pode-se pensar em exemplos como; o medicamento X pleiteado é previsto para ser fornecido pelo município e, portanto, a resposta da CRLS, que pode inclusive demorar um pouco a chegar, no caso do atendimento às demandas da CRLS Interior será: encaminhamento administrativo para que haja uma resolução. Mas, por alguma situação nos trâmites de licitação ou questões orçamentárias, não há medicamento X disponível para distribuição aos usuários. Essa poderia ser uma situação de provável “solução administrativa” quantificada pela CRLS, mas que efetivamente não solucionou a demanda do usuário de maneira ágil. Não por qualquer tipo de falha no processo de avaliação/ resposta da CRLS, mas porque a sua estrutura de funcionamento foi pensada para fins específicos que não dão conta das limitações e percalços institucionais do poder público, a quem é incumbido à prestação da saúde enquanto um dever. E assim como o citado “calcanhar de Aquiles do cumprimento das liminares”, as respostas administrativas também podem gerar um “segundo round”⁸.

Um caminho possível para contornar questões desse tipo, tem sido traçado em um dos núcleos de primeiro atendimento ouvidos, quando uma das servidoras da Defensoria compartilha o esforço para manter o acompanhamento de usuários que após um parecer de encaminhamento administrativo para retirada de medicamento, são orientados a dar um feedback ao núcleo. A descrição “SM” se refere ao nome fictício da profissional que, no núcleo de Defensoria em questão, atua representando a SMS nos atendimentos

“Então assim, uma coisa que a gente sempre fazia, sempre fazia, e talvez por isso eu possa até incomodar um pouco, né. A pessoa ia lá na SM [em referência a profissional da SMS atuante no CATES] e pegava o relatório. Tinha o relatório lá dizendo que ela ia retirar um medicamento. E a SM encaminhava para retirar na policlínica ou seja lá onde for. Eu pedia para a

⁸Em alusão à já mencionada fala de uma Defensora entrevistada, quando afirma que: “O cumprimento dessas medidas concedidas é um grande calcanhar de Aquiles porque as liminares são concedidas, mas o cumprimento delas acaba voltando a esbarrar na esfera administrativa e aí nós temos um segundo round, né, depois da concessão da liminar que é obter o cumprimento disso.” (D3)”

peessoa para dar um feedback pra gente pra eu saber se realmente ela conseguiu tirar. Porque em muitos lugares não é assim....ah conseguiu uma solução administrativa então coloca na planilha aí dá solução administrativa e acabou! Menos um processo. Mas muita das vezes, eu sei e eu sei porque a gente sabe da realidade dos nossos municípios, né, essa realidade orçamentária que a gente tem de 'arroxo' e tal, e que muitas vezes estão em falta ou muitas das vezes entaves burocráticos, de preencher um formulário.” (D8)

Na realidade desse núcleo especificamente essa iniciativa era da servidora entrevistada, mas pensando de uma forma mais ampla, o acompanhamento desses encaminhamentos após o parecer de “solução administrativa” poderia de fato ser instituído enquanto um mecanismo mais sensível de acompanhar o nível de resolatividade dos casos atendidos. Talvez um monitoramento telefônico simples pudesse gerar uma percepção mais clara da realidade dos usuários na busca pelo solucionamento de suas demandas de saúde.

Sob o ponto de vista do fluxo operacional da CRLS, mas que em certa medida pode-se transpor a reflexão sobre o funcionamento do projeto em análise:

As formas de reação institucionais observadas têm adotado uma perspectiva restrita de acesso à saúde e à justiça, com medidas necessárias, mas insuficientes, voltadas para a resolução de problemas de gestão estatal de recursos e sobrecarga de processos. Tratando-se de relações estruturais de poder, os mecanismos de solução dos litígios se deparam com interesses e limites institucionais que esfumaçam caminhos supostamente ágeis e eficazes (VENTURA e SIMAS, 2021, p. 2010).

Nesse aspecto, para ilustrar como esses limites institucionais muitas vezes se refletem na não efetivação do direito à saúde por meio de uma solução supostamente dada como caso finalizado enquanto “encaminhamento administrativo”, um dos servidores de núcleos de primeiro atendimento entrevistados, compartilhou o relato abaixo. A descrição “SM” se refere mais uma vez ao nome fictício da profissional que, no núcleo de Defensoria em questão, atua representando a SMS nos atendimentos.

“Um entrave que eu tive, um embate na verdade muito grande foi com essa questão por ela [SM] ser uma profissional do município e não tem tanto conhecimento do estado de como é de como funciona no estado os medicamentos que são fornecidos que vem né... no relatório da câmara dizendo que são fornecidos pelo estado e que podem ser retirados mediante LME⁹ lá na Rio Farmes...enfim o assistido ficava sem orientação ficava solto. Só que as pessoas chegavam lá na farmácia pra retirar: "não! seu médico tem que preencher..." a pessoa tem que apresentar uma série de documentos e tal e o usuário da gente ele não sabe... ele não sabe... ele não sabe o tecnicismo...o que que é CID, o que que é... então assim aí eu então comecei a: "não olha só, SM, o médico do município tem que

⁹ Laudo para Solicitação de Medicamentos

preencher a LME. O médico tem que fazer isso". Então nosso embate foi esse: "não pera lá ...marca uma consulta", que é uma coisa que é muito complicada também, mas está lá no convênio tem que marcar... E algo que muita das vezes... não tem necessidade de fazer NAT para consulta! O município tem que fornecer! E aí aquilo... é o papel da chata: "não, marca consulta para ele no médico!"; "Ah mas só para o médico preencher a LME"? Sim! Sim! Isso é o acesso a saúde, gente! Se ele precisa da LME, do laudo preenchido para ter acesso ao medicamento, ele tem que ter acesso ao instrumento, e qual é? É a consulta! Ele tem que ter a consulta! Porque se não ficam esses buracos, entendeu?! Não fica interligado. E o acesso à saúde têm que ter essa visão para interligar. O que que o cara precisa para ter acesso a saúde? É a LME preenchida? O cara não é médico! Nem eu! Então, tem que viabilizar o acesso dele ao médico e acabou." (D8)

De acordo com o relato acima, mais do que uma resposta institucional de solução administrativa, o que se precisa para que efetivamente as demandas dos usuários sejam solucionadas, é um pouco mais. Precisa-se de profissionais comprometidos com a resolutividade do atendimento. Comprometidos em ir fundo à remoção dos "limites institucionais que esfumaçam caminhos supostamente ágeis" (VENTURA E SIMAS, 2021), como compartilhado no caso acima. Se o profissional apenas repassar ao usuário a resposta técnica da CRLS Interior, de que o medicamento é dispensado na Rio Farmes, e o mesmo usuário se dirigir a esse local sem o porte da documentação adequada, não há resolutividade nesse encaminhamento administrativo.

De igual modo, além da responsabilização do CATES de informar a esse usuário o que ele precisa levar até o local de dispensação do medicamento, é também fundamental, assim como enfatizado pela entrevistada, que se viabilize meios pelos quais ele possa obter aquilo que precisa levar. Ainda que isso implique em uma nova demanda, como foi o caso compartilhado; que da solicitação de um medicamento, a demanda passa a ser acrescida de uma consulta médica para o fornecimento da documentação necessária para a obtenção do mesmo.

Até porque, partindo da pesquisa documental observando o convênio entre o referido município e a DPERJ que institui a parceria com o Projeto em análise, consta que nesse tipo de encaminhamento do usuário para a Rio Farmes, o mesmo deve estar munido de: identidade, CPF, comprovante de residência atualizado, receita médica original em duas vias e o formulário de Laudo de Medicamento Excepcional ou laudo médico. Ou seja, o usuário precisa necessariamente obter esses documentos para que seja devidamente encaminhado pelo CATES a Rio Farmes.

Entretanto, apesar da reflexão sobre o caso compartilhado pela entrevistada acima, não se pode negar que o arranjo institucional proposto pelo Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro trouxe, em certa medida, amplidão às possibilidades de atuação da Defensoria no que tange à resolução das demandas em saúde que chegam aos núcleos de primeiro atendimento. Obviamente, resguardadas as limitações de que o Projeto em análise, assim como a CRLS, não dão conta dos obstáculos organizacionais, logísticos, orçamentários e de planejamento que determinam o *modus operandi* Poder Executivo na oferta de insumos e serviços de saúde. Vale ainda destacar, que, partindo de um olhar mais analítico para a experiência, percebe-se que não se trata de evitar judicialização. Trata-se de evitar judicializações desnecessárias.

Em suma, pôde-se observar que o aumento da resolutividade se desenvolveu à medida que o projeto analisado promoveu a melhoria da comunicação, principalmente entre Defensoria e gestão do SUS a nível municipal e ampliou possibilidades de atuação da DPERJ na efetivação da política pública, deixando de ser unicamente uma ponte entre o assistido e o Judiciário, e passando a se instrumentalizar para melhor atender as demandas em saúde recebidas. Seja pela via administrativa, ou seja, pela via judicial.

7.2 Consolidação de diálogos institucionais e promoção de aprendizado sobre a operacionalização do SUS

Com relação à experiência em análise foi possível identificar nas entrevistas, exemplos práticos de soluções que foram possibilitadas justamente pelo já citado estreitamento da relação entre a Defensoria e a gestão municipal de saúde, proporcionada pelo projeto em si. Esse dado também já foi discutido no capítulo anterior na discussão sobre a operacionalização dos atendimentos a partir do convênio. Vale lembrar que, nem todos os atendimentos em saúde, necessariamente vão para a CRLS Interior, e por isso, não é tão simples analisar os resultados documentais do projeto, uma vez que os números dos relatórios da CRLS referem-se aos casos que passam pelo sistema de informação da câmara.

Importante enfatizar essa consolidação do diálogo institucional proporcionado pela experiência em questão. Durante as entrevistas, houve menção a municípios onde antes da experiência ser implementada, não se havia nenhum diálogo com o Poder Executivo, mas também municípios onde o diálogo existia, porém não era um diálogo formalizado, conforme apontado a seguir, nas palavras de uma das defensoras entrevistadas acerca do diálogo com a secretaria de saúde a partir do convênio especificamente:

“O que que acontece, eu acho que formaliza entendeu? E faz da coisa um pouco mais séria. Por que fica assim, “ai lá vem o defensor pedir um favor”, entendeu? É tipo isso, entendeu? E não é para ser um favor. Não é um favor! Então assim eu acho que além de formalizar, ele aproxima.” (D13)

Essa citada aproximação remete a um dos padrões previstos na etapa de construção metodológica da presente Tese: “Práticas dialógicas entre os atores jurídicos e políticos podem contribuir para o êxito de experiências no campo do manejo do fenômeno da judicialização da saúde”. Tendo em vista esse pressuposto, pôde-se perceber que o Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro tem alcançado diversos resultados importantes, no sentido da ampliação do diálogo institucional entre os núcleos de Defensoria e a gestão do SUS na esfera municipal.

Ainda que haja municípios com maiores ou menores dificuldades na operacionalização dos convênios, essa movimentação no sentido da aproximação entre Defensoria e o Poder Executivo é um fato repetidamente apontado por diversas falas, enquanto um êxito alcançado pelo projeto, conforme exemplificado nas falas a seguir:

“Essa parceria, esse contato de defensor e saúde Secretaria de Saúde, essa parceria funciona muito.” (S4)

“O que que eu destaco porque eu acho que é muito importante, primeiro é: a aproximação da Defensoria pública com gestores. Eu acho que isso é o ponto mais importante. É a compreensão: um e outro das dificuldades que são enfrentadas né, por cada ator nessa tentativa de efetivação dos direitos da saúde.” (D1)

*“Acho que a mais importante é a aproximação da Defensoria com o gestor público, no sentido de diálogo. Porque até então era muito comum o defensor que estava na comarca, a gente fazia ofício, oficiava e não conseguia ali contribuir de alguma forma para política. Uma questão, por exemplo, sentar e falar: olha estou fazendo muito pedido para oftalmo, o que está acontecendo com os prestadores? Quais são suas dificuldades? Quais são os seus planejamentos? Entender a lógica da gestão pública. **Não é pra você deixar de judicializar, mas se aproximar do gestor e ter essa conversa transparente, eu acho isso importante, ter essa transparência nesse diálogo.” (D2)***

“Eu acho muito legal essa ideia de você estar junto do município, de você entender o SUS. Que os funcionários de Defensoria passem a viabilizar o SUS, entende? Não só cobrar do SUS, né.” (D8)

Um dos pontos importantes supramencionados, além de tudo o que aponta para o êxito da experiência que proporcionou essa aproximação, é o fato de não haver a propagação da ideia de que o convênio proposto pelo projeto vá induzir uma postura que estimule pura e simplesmente a não judicialização, conforme discutido em capítulo anterior.

A ideia é propiciar uma aproximação da Defensoria à realidade do SUS no território, permitindo um conhecimento mais amplo de caminhos que favoreçam soluções mais resolutivas para os usuários do sistema de saúde, seja judicializando de forma mais instrumentalizada, ou resolvendo administrativamente as demandas. Por isso chama-se a atenção para a expressão em destaque em uma das falas acima: *“Não é pra você deixar de judicializar, mas se aproximar do gestor”*. Pois inclusive conforme já discutido anteriormente, essa aproximação é importante até nos casos onde o caminho da ação judicial é imprescindível.

As entrevistas também apontaram que a promoção do diálogo institucional entre Defensoria e Poder Executivo, pode favorecer um novo ponto de vista para ambas as esferas, no sentido de soluções mais efetivas para o trabalho de ambas as frentes, concretizando-se em um claro exemplo de juridicização (conceito este apresentado e discutido no quarto tópico do capítulo 3 da presente tese).

Um dos profissionais da área de direito atuante em núcleo de Defensoria entrevistado, inclusive relata em sua fala que o convênio “abaixa as guardas”, compartilhando acerca da melhoria da relação entre o poder público municipal e os profissionais da Defensoria, conforme relato a seguir:

“O convênio ele tira aquela coisa de imposição né, parece que são os inimigos. Eu não quero brigar com você. Então o convênio ele abaixa as guardas e ‘bota’ todo mundo num diálogo. Então a gente tem diálogo com todos os setores.” (D9)

Há que se perceber que há muito mais a se convergir nos processos de trabalho em prol da efetivação do direito à saúde dos usuários do SUS, do que divergências ou campos de disputas nesse aspecto, sendo, portanto, um vínculo importante este propiciado pelo convênio, entre Defensoria Pública e Poder Executivo municipal.

A ideia da geração do vínculo e dessa aproximação favorecida pela institucionalização do diálogo resultante dos convênios pode ser observada nos seguintes trechos de entrevistas a seguir:

“Eu acho que o convênio é muito importante, na ideia de se criar um vínculo. E assim, na verdade está todo mundo no mesmo time, né. Eu acho que a ideia é... é perceber que está todo mundo no mesmo time. Todo mundo. Tanto a administração pública, né, quanto o Judiciário no caso a Defensoria pública tem um interesse de garantir a saúde da população e aí são as duas esferas trabalhando juntas, né... acho que é, é a grande diferença né?” (D13)

“A importância é o aprendizado e a integração porque um setor... vamos dizer assim: um setor, um segmento depende do outro, né, para que haja uma boa judicialização eu preciso ter uma base anterior. E tem muita judicialização que é evitada porque se resolve administrativamente. Existe um aprendizado constante e uma integração.” (D9)

“[...]É estabelecer uma relação mesmo que confiança. Dela saber que Defensoria estaria ali dando um apoio porque a Defensoria tem o mesmo interesse que ela de fazer cumprir o trabalho dela [...]” (D8)

O último trecho de entrevista supramencionado faz referência a um profissional da área de direito atuante em um dos núcleos de Defensoria pesquisados, que compartilhava acerca do trabalho da profissional de saúde indicada pelo município em questão, para atuar no CATES. Essa geração de confiança entre profissionais da Defensoria e os profissionais da esfera municipal indicados para atuação pelo convênio parece resultar na percepção dos benefícios da consolidação de um trabalho integrado para ambos os lados, e também para o usuário que busca atendimento na Defensoria.

Inclusive, pode-se dizer que o convênio faz com que as demandas de saúde trazidas pelos assistidos aos profissionais atuantes nas Defensorias, reverberem a geração de um aprendizado que potencializa, de certa forma, a concretização da política pública.

Nesse aspecto, são aqui apontadas três vertentes pelas quais podemos observar esse movimento que impulsiona o aprendizado sobre a política pública de saúde; 1- no sentido do profissional do direito atuante na Defensoria (sejam os próprios Defensores ou demais servidores da equipe); 2- no sentido do profissional ligado ao poder público municipal, e; 3- no sentido do próprio assistido.

No sentido dos defensores e demais profissionais da área do direito, atuantes na Defensoria Pública, as entrevistas apontaram a possibilidade de uma expansão da compreensão de como funcionam as engrenagens do SUS. E esse movimento

torna-se potencializado pela presença do profissional da SMS alocado dentro do núcleo de Defensoria para compor o CATES em trabalho conjunto proposto no convênio. Acerca desse aspecto destaca-se na fala de uma das profissionais do Direito, atuantes na Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva, de onde a ideia do projeto surgiu:

“O defensor público começa a compreender que existem políticas. Que a política pública, né, ela existe! O que nem sempre existe; é que essa política seja observada na prática. Então ele começa a se capacitar a conhecer as portarias do SUS, as diretrizes do SUS, e usa isso a favor do fortalecimento.” (D1)

E essa situação do aprendizado disparado a partir da experiência, acerca do funcionamento da política pública no município pelos profissionais da Defensoria, também é identificada na fala de um deles como pode ser visto abaixo:

“A gente teve uma clareza maior do que pode ser conseguido mais rapidamente junto ao município, né, a partir das informações que o servidor na Secretaria de Saúde presta. Isso era uma verdadeira caixa preta. O que você pedia por ofício realmente a gente não tinha a menor noção de qual a viabilidade daquilo ser atendido. [...] E sem o servidor do convênio nós da Defensoria não saberíamos dar muitas respostas para algumas questões, mais rápido. Às vezes você pode até encaminhar, mas a rede é dinâmica. Muitas vezes o serviço é prestado num certo posto, e depois deixa de ser. Passa ser em outro local e nisso a pessoa vai e vem e já desiste, né. Ou se perde, e a gente sem o servidor fica no escuro do município” (D3)

Conforme exposto acima, a presença do servidor do município junto à Defensoria permite inclusive que o órgão consiga acompanhar a dinamicidade organizativa da rede de atenção à saúde, qualificando as informações e orientações prestadas aos usuários.

No sentido do profissional ligado ao poder público municipal podemos considerar dois grupos de profissionais: tanto os “profissionais-chaves” que figuram o diferencial dessa experiência, que são aqueles indicados pelas secretarias de saúde conveniadas para comporem o CATES junto aos núcleos de Defensoria, como também um segundo grupo formado por aqueles profissionais de saúde ligados diretamente aos cargos de gestão e de assistência no município.

Com relação ao primeiro grupo, é preciso considerar que a obtenção dos contatos e o entendimento dos fluxos e protocolos de funcionamento da rede de atenção à saúde são imprescindíveis para operacionalização do seu trabalho. Esse simples fato não apenas possibilita, mas exige a geração de uma percepção mais ampla acerca do funcionamento do SUS em seu território de atuação, conforme

sepode perceber no fragmento de entrevista abaixo, realizada com uma profissional de saúde que atuou no CATES pela SMS de um dos municípios participantes:

“A gente conseguiu pegar o telefone de todos os gestores auxiliares administrativos, por exemplo, da coordenadora de enfermagem do posto de saúde ou do hospital, por exemplo, e o administrador, o diretor... Nós tínhamos o contato de todas as pessoas, então ficou muito mais fácil de fazer os atendimentos. A gente tinha do coordenador de farmácia para saber das medicações, do procurador também para saber a parte jurídica de como a gente podia atuar dentro do município com relação a isso. Então a gente se envolveu em tanta coisa, a gente conseguiu aprender tanta coisa [...]” (S2)

Conforme observado, o aprendizado acerca do funcionamento da própria rede municipal foi, para o profissional indicado pela SMS, disparado a partir da sua atuação no CATES.

Já no sentido do profissional ligado a rede de atenção à saúde, principalmente àqueles ligados à assistência, ao lidarem com uma questão de atendimento que gera busca do usuário à Defensoria, muitas vezes, esse fato faz com que a questão do atendimento volte para o próprio profissional, para resolver algum tipo de pendência. Nesse caminho de volta ao profissional da assistência, normalmente há preenchimento de laudos, ou verificação de exigências para que protocolos instituídos possam ser atendidos e o usuário obtenha aquilo de que precisa, seja um exame, um medicamento ou uma consulta especializada, por exemplo. Sendo assim, esse profissional de saúde pode em um segundo atendimento a outro usuário que tenha o mesmo tipo de demanda, evitar esse caminho de volta, já sabendo orientar e/ou realizar de forma adequada os procedimentos a serem seguidos para a obtenção daquele insumo ou serviço.

Essa possibilidade, embora não constatada, uma vez que profissionais da assistência não foram incluídos na população entrevistada no presente estudo, é apontada em uma das entrevistas conforme se podever a seguir:

“Você busca solucionar a ação, o caso sem ir para a justiça e também promove o maior conhecimento, né, ali para o profissional de saúde, né. Quem sabe ali aquele caso que ele atendeu, ele já guarda ali na mente dele e aí no próximo caso que ele atender ele já vai para escrever o medicamento que o SUS tem, né. Não sei se isso ocorre na prática, né, tô tentando... supondo aqui, né, porque eu vejo que falta muito, muito conhecimento dos profissionais sobre o SUS, né.” (D12)

Esse desconhecimento sobre o SUS mencionado na entrevista acima é, por vezes, citado em outras entrevistas. Essa questão suscita algumas possibilidades causais: seria um reflexo de uma gestão ineficiente na transparência da oferta de

insumos e serviços da rede pública de saúde? Seria desinteresse dos profissionais na busca por informações suficientes para garantia de um atendimento de fato resolutivo aos usuários? Seria carência de processos de Educação Permanente capazes de manterem os profissionais de saúde atualizados quanto ao funcionamento da própria rede?

É importante sinalizar que essa constatação de significativa desinformação dos profissionais da rede municipal sobre a própria rede de atenção à saúde também surge em outras entrevistas, mencionando haver desinformação por parte dos profissionais que ocupam cargos de gestão. Como por exemplo, segue abaixo trecho de uma entrevista realizada, onde uma das defensoras ouvidas comenta acerca da sua percepção sobre a gestão da rede municipal de saúde onde atua, cujo nome do município foi omitido para fins de preservação do sigilo da pesquisa:

“Então, eu percebo também às vezes, uma certa... especialmente em I que é um município pequeno, né, mas um desconhecimento administrativo para os procedimentos licitatórios e de compra de medicamentos e de organização, entendeu. É... a gente... eu observo bem claramente isso também. Não que seja uma má vontade política, mas um desconhecimento mesmo. [...] Enfim eu acho que em I, eu ainda vejo uma coisa muito... amadora, sabe? Eu acho que a palavra seria essa sim. As pessoas ainda com falta de informação da própria, da própria rede mesmo, entendeu? Do caminho das pedras.” (D13)

Conforme pôde ser observado em entrevista supracitada, a defensora compartilha a percepção de certa fragilidade na capacitação da gestão municipal da saúde. Nesse aspecto, tratando da gestão municipal atrelada a garantia do direito à saúde, um Editorial da Revista Saúde em Debate (CEBES, 2012b) defende que; se de fato se quer cumprir os preceitos constitucionais na saúde, deve-se priorizar no âmbito municipal as estruturas administrativa, organizacional e de recursos humanos das secretarias municipais de saúde e, para isso, o ponto de partida por parte dos gestores municipais seria constituir uma equipe preparada tecnicamente para pensar a saúde do município. A mesma publicação ainda reforça que no Brasil, a escolha dos secretários(as), em geral, não se dá com base em critérios técnicos, mas políticos e essa característica da política do nosso Estado, tem sido um entrave para o avanço do SUS(CEBES, 2012b).

Um estudo de caso que analisou o processo da descentralização do SUS no município de São Paulo pondera as limitações da descentralização do SUS no Brasil, empreitada pelas NOB's na década de 90, que segundo os autores, o contexto favoreceu a construção de: “sistemas municipais de saúde, com distintos

potenciais resolutivos, atomizados e desarticulados, independentemente da capacidade de governo dos municípios para assumir esse papel” (SPEDO et al., 2009, p. 1781). Esses achados corroboram com o discutido na etapa teórica da presente tese, quando tecida reflexão acerca de como a heterogeneidade entre os diversos municípios traz à tona disparidades na capacidade de gestão, na capacidade orçamentária, e na própria infraestrutura e disponibilidade de serviços nas redes de atenção à saúde.

Retomando então a constatação da existência de desinformação sobre o funcionamento da rede, embora esta seja até mais próxima a um resultado de pesquisa do que propriamente um resultado da experiência em si, esse quadro foi apontado pelos profissionais que participam da experiência. Tanto por aqueles que eram parte do “braço” do CATES como do “braço” da CRLS Interior, conforme pode ser assim observado em fala abaixo. A entrevistada é profissional da área da saúde atuante na CRLS, e responde acerca do que acredita ser um dos maiores empecilhos para que a população acesse os meios pelos quais se possa efetivar o direito à saúde:

“Eu acho que o número 1 se eu fosse enumerar é a desinformação é falta de conhecimento falta de informação falta de um encaminhamento adequado. E aí eu traria para o que eu falei, assim, para os profissionais que atuam na linha de ponta, dentro das unidades hospitalares, dentro da Unidade básica a gente percebe, e eu vou falar, tanto faz capital quanto interior, que, muitas vezes, até quem tá na regulação não sabe a informação correta do fluxo [...]. Então se você não der esse suporte ao profissional ele não vai saber orientar o assistido e ele vai ficar perdido nesse sistema e parece que o caminho mais fácil pra ele vai ser buscar a judicialização e nem sempre é, o caminho mais fácil, mais célere para ele buscar a efetivação do direito.” (S1)

Como se pode perceber independente de ser capital ou interior, a desinformação sobre a rede de atenção à saúde é uma realidade que dificulta o caminho dos usuários em busca da resolução de suas demandas e atinge tanto os profissionais da assistência, como de cargos de gestão. Uma associação interessante realizada pela entrevistada é como que, muitas vezes, a desinformação na rede como um todo acaba sendo o fator motivador para que os usuários busquem o caminho da judicialização.

Enquanto um exemplo compartilhado, a mesma entrevistada descreve a seguinte vivência:

“Mamotomia, que é um exame de biópsia que você faz de mama. A gente, aqui na capital, nada mais correto era de que a regulação Municipal soubesse qual é o fluxo que é para ser realizado para aquele paciente. Se a

unidade básica não sabe, se o assistido foi parar lá na câmara, a unidade não soube dar o encaminhamento correto. Ele foi até a câmara. Quando a gente entra em contato com a regulação ambulatorial, ela também não sabe; “Ah, é no CER”. Mas é no CER em qual recurso? De que forma esse paciente é inserido? Não tem esse recurso com o nome de do exame de mamotomia. Tem um recurso que ele entra para o ambulatório de primeira vez; lesão impalpável- oncologia. Então, a falta de conhecimento na ponta, nas unidades, dentro da unidade hospitalar dentro, eu digo até dentro da unidade hospitalar de um médico, que, muitas vezes, ele prescreve o medicamento, mas ele não sabe o que tem na REMUME. Ele não sabe o que tem no componente especializado, ele não sabe o direcionamento que ele vai dar. Então, eu acho que há desinformação, e aí a gente pode falar da população, dos nossos profissionais, uma falta de educação continuada. Por mais que esse profissional, quando ele entre na unidade básica ou ele entre na unidade hospitalar, ele receba algum tipo treinamento, é algo que você tem que retornar a todo o momento. Não existe um banco da informação correta. E eu posso falar isso até pelo meu tempo de Câmara. Esses oito anos. Eu tô há 8 anos na câmara, 8 anos que a gente tá atuando e verificando os fluxos, é a todo momento a gente tem que parar, reavaliar, verificar: é esse o fluxo? Não pra esse aqui eu não sabia que era esse o fluxo. Então a todo o momento você tem que buscar essa informação.” (S1)

Interessante como o caso compartilhado pela entrevistada, exemplifica desconhecimento do corpo técnico da própria gestão (no caso, especificamente da Central de Regulação de vagas). Além disso, aponta para uma desinformação que é generalizada, sugerindo que haja uma falta de educação continuada, conforme discutido anteriormente enquanto uma das possibilidades causais do desconhecimento sobre o SUS.

A título de exemplificação de um caso ainda mais alarmante acerca dessa desinformação existente entre os usuários do SUS e profissionais da rede, um dos servidores atuantes em um dos núcleos de Defensoria entrevistados, contou acerca de um usuário que possuía três diferentes guias de referência para a mesma solicitação, conforme relato a seguir:

“Já teve um assistido que me enviou três guias de referência. Três datas diferentes: janeiro, fevereiro e junho. E aí eu perguntei: “Por que você tem três?” Aí eu fiquei pensando: será que a pessoa foi lá na secretaria de saúde para entrar no CER? Era tratamento para câncer. E aí quando eu mandei para o NAT [em referência a CRLS] eles me responderam que tinham três solicitações todas canceladas. Então acho que tem algum problema na regulação, né. A pessoa tinha feito uma cirurgia no Hospital da posse que é Hospital referência em toda a baixada, né [...] fez uma cirurgia de câncer no cólon, eu acho. Fez uma cirurgia e aí precisava, o assistido, de uma quimioterapia depois da cirurgia. E aí ele chegou a ser atendido em uma unidade de saúde no centro de apoio a valorização da mulher, embora ele seja homem, né, mas é que só tem... pelo menos conforme eu vi no CNES que só tem 1 oncologista em nível ambulatorial né aqui no SUS. E aí ele tinha três guias de referência e não estava nem na fila para aquilo! Aí nesse caso o NAT [novamente em referência a CRLS] nem resolveu porque eles falam assim: “Ah, considerando a urgência, encaminha isso a Defensoria Pública”, e todos foram cancelados, as solicitações. Eu acho que falta a

peessoa ficar sabendo o que que tá acontecendo né?! Porque sei lá... eles pedem: "ah, falta o exame tal", e aí ia ... você sabe que é difícil, né, fazer exame no SUS e aí a pessoa não é avisada, não faz o exame, não entrega, aí a secretaria não responde ao regulador e o exame é cancelado aqui. Tem essa dificuldade é algum problema na... eu acho que deveria se ver né tentar resolver essa situação né porque se a pessoa não consegue nem entrar na fila, não vai conseguir o atendimento né?!" (D12)

Esse caso evoca novamente o padrão previsto que faz referência a necessidade de práticas dialógicas entre os atores jurídicos e políticos para melhor manejo do fenômeno da judicialização da saúde, e reflete, para além do diálogo entre profissionais da Defensoria com profissionais da rede, que se faz necessário cada vez mais o estabelecimento e consolidação de canais de comunicação na própria rede.

É como se esperássemos que uma única engrenagem pudesse isoladamente fazer todo um sistema funcionar, enquanto gira sozinha. Se não há comunicação entre a regulação e a gestão do serviço onde foi realizado o atendimento, entre essa gestão local e o profissional de saúde que solicitou o tratamento, e entre este e o usuário, a engrenagem da regulação continuará cancelando o pedido, o serviço continuará recebendo e provavelmente enviando outros pacientes para a regulação em situações semelhantes. Além disso, continuar-se-á o ciclo onde o profissional de saúde, sem ter a informação dos procedimentos adequados para a requisição daquele tratamento, provavelmente repetirá o encaminhamento de outros pacientes a regulação. E na ponta mais vulnerável de todo esse sistema; o usuário, muitas vezes aguardando um tempo que ele não tem, acreditando que o tratamento chegará um dia, sem ter ideia, de quem nem mesmo na fila de espera ele conseguiu um lugar.

Em corroboração a analogia da engrenagem, uma das Defensoras entrevistadas faz uso da mesma figura metafórica para explicar como o trabalho que ela exerce é muitas vezes prejudicado pelo mal funcionamento dessa “engrenagem”:

“Assim eu me vejo como uma agente de promoção da democracia e da garantia dos direitos humanos das pessoas. É isso que a lei, constituição me segura. Mas por outro lado eu também me vejo como um elo muito frágil numa engrenagem muito maior, que é bastante emperrada então muitas vezes eu me sinto ali. É como se você fizesse parte de um sistema como se você fizesse o que você pode, mas não necessariamente você consegue fazer aquilo que você sabe que você está legalmente constitucionalmente empoderada para fazer então é enfim é tudo muito contraditório, né” (D7)

Como a mesma coloca no fragmento da entrevista acima, o próprio exercício do papel da Defensoria, muitas vezes, é afetado por limitações da realidade que compõem as engrenagens necessárias a efetivação do direito à saúde. Realidades essas muitas vezes alheias a governabilidade da instituição jurídica. E, se consideradas isoladamente, também alheias às esferas de gestão do SUS. Por isso, não é ao acaso a ideia de solidariedade interfederativa na consolidação do SUS. As interlocuções e o compartilhamento de responsabilidades vão desde as esferas micropolíticas da rede municipal de atenção à saúde até aos espaços decisórios que envolvem o estado e a União.

Portanto, trazer a tona esse desconhecimento e falta de informação entre os próprios profissionais da rede sejam da gestão ou da assistência, configura também um resultado da experiência em si, pois a partir dela foi possível observar essa falta de informação. Entretanto, como essa constatação resultante da experiência acaba constituindo-se também num desafio para a mesma, essa questão será também e melhor abordada no capítulo seguinte referente aos desafios.

Adentrando, portanto, na terceira vertente anteriormente mencionada, por meio da qual se pode perceber o favorecimento do aprendizado sobre a política pública de saúde a partir da experiência em análise, consideramos a vertente do aprendizado gerado para os usuários do SUS. Algumas entrevistas indicaram que; uma vez que o usuário encontre respostas para suas demandas- que muitas vezes, se concretizam no fornecimento de uma simples informação- ele mesmo se torna um multiplicador dessa informação, ou da informação sobre o atendimento no núcleo de Defensoria.

Considera-se também, que uma vez sendo informado acerca de seus direitos e conhecendo o caminho para a obtenção daquele serviço ou insumo pelo SUS no seu território, o mesmo já saberá qual direcionamento mais adequado a seguir em uma próxima vez que demandar o mesmo tipo de serviço ou insumo de saúde, além de acabar informando outras pessoas a partir da sua própria experiência. A seguinte fala ilustra um pouco acerca disso:

“Então é importante, porque as pessoas falavam: “Caramba! Eu não sabia que existia esse setor aqui. Tem um vizinho meu precisando de tal coisa então vou encaminhar ele para cá. Então, eles viam que as coisas aconteciam no município.” (S3)

Conforme mencionado em fala acima, a visibilidade do solucionamento de demandas em saúde começa a ser ampliada pela comunicação estabelecida entre

os próprios usuários. Obviamente de que a despeito da conquista que esse fato possa representar no que tange a credibilidade da experiência em análise, há um aspecto que será abordado de modo mais profundo no capítulo dos desafios, justamente por ser um desafio gerado a partir especificamente deste resultado da experiência: o ganho de confiança que os usuários possam passar a ter no atendimento do CATES, quando o mesmo consegue obter resolutividade para sua demanda.

Vale ressaltar que a forma proposta pela experiência em análise, para aqueles usuários que desistem das vias administrativas e buscam a via judicial, permite um caminho de resolutividade de suas demandas, que muitas vezes retorna para a própria rede. Em que pese os pontos discutidos anteriormente quanto aos considerados encaminhamentos administrativos, nem sempre configurarem efetivamente as resoluções das demandas dos usuários.

Em corroboração a essa discussão uma entrevistada atuante na CRLS traz reflexões importantes quando menciona a associação que os usuários passam a fazer entre obterem a solução de suas demandas, a partir da procura aos núcleos de Defensoria ou à CRLS:

“Você cria com os assistidos até algo que não é legal. Não é para o assistido ter um fortalecimento, um vínculo com as câmaras, ou com a Defensoria. Ele deveria ter... e esse é um dos objetos, quem visita lá a câmara vê as palavras que a gente tem nas paredes. É de a gente tentar realizar esse fortalecimento com o Sistema Único de Saúde, com a sua rede de atenção à saúde. Tentar reinserir ele a todo momento. Mas eu acho que esse aumento de demandas que a gente tem: 1- é pelos problemas que a gente tem relacionado à crise, relacionado ao sistema de regulação, mas o outro até é relacionado à isso, à credibilidade que a câmara acaba tendo junto até aos assistidos, e eles acabam retornando achando: “Não, só vou conseguir se eu for lá”. E não é, não é, não é uma verdade que eles só vão conseguir se forem até a câmara. Porque é exatamente o que eu falei; a gente não fura fila, a gente só dá transparência na informação daquilo que tem dentro do Sistema Único de Saúde, é algo que tá lá, não é algo que a câmara cria. Eu não crio vaga nova, eu não crio disponibilidade de medicamento novo, o que a gente faz é transparência e informação do que existe já dentro do sistema.” (S1)

Esse talvez seja um dos resultados mais significativos da experiência em si. Além de integrar Defensorias e Secretarias Municipais de Saúde o projeto também integra o apoio do estado do Rio de Janeiro via CRLS, tendo todo potencial fincado na capacidade de dar transparência aos fluxos, protocolos previstos, e todo o aparato jurídico e administrativo que rege a operacionalização do SUS naquele território. Essa capacidade permite que as engrenagens do sistema estejam mais

facilmente ao alcance dos profissionais e usuários que buscam a solução das demandas em saúde. É dessa forma que o Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro qualifica o atendimento às demandas em saúde que chegam aos núcleos de primeiro atendimento, melhorando conseqüentemente o manejo da judicialização da saúde.

Mediante o exposto, pode-se resumir os resultados analisados da experiência do projeto em questão em 3 dimensões básicas: a do usuário, a da Defensoria e a dimensão da gestão municipal de saúde. No aspecto dos usuários do SUS, pode-se dizer que o arranjo institucional viabilizado pelo projeto permite encurtar o caminho até a solução de sua demanda quando na existência de possibilidade de resolução administrativa, ou viabilizar a qualificação do manejo de seu atendimento, possibilitando que a equipe da Defensoria esteja mais bem instrumentalizada no caso de proceder ao ajuizamento de ações. Além disso, promove um aprendizado para os usuários acerca da operacionalização dos serviços no SUS.

No aspecto da Defensoria, podem-se pontuar dois resultados significativos obtidos mediante a experiência em análise; a ampliação de possibilidade de ação da DPERJ na efetivação das políticas públicas e a promoção da ideia de vinculação, de estarem todos no mesmo time. Conforme mencionado: “o convênio abaixa as guardas”.

Por fim, no aspecto da gestão municipal do SUS, apesar de obviamente serem resultados que refletem na dimensão dos usuários e da própria Defensoria, pode-se resumir que o Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro; melhora a comunicação entre DPERJ e SMS e consolida diálogo institucional, permitindo que as demandas em saúde impulsionem aprendizados quanto à política pública de saúde, para os profissionais em geral, e, de igual forma, potencializa a capacidade de dar transparência aos fluxos, protocolos e todo o aparato jurídico-administrativo que rege a operacionalização do SUS.

Não abrindo-se mão de olhar para todos os desafios que acompanham a operacionalização da experiência, o próximo capítulo se ocupará de apresentar e discutir os obstáculos que se interpõem entre estes resultados.

8. DESAFIOS IDENTIFICADOS NA EXPERIÊNCIA E A PARTIR DELA

[...] é claro que não é aceitável que, por exemplo, o modo de organização dos serviços gere ou agrave por ele mesmo o sofrimento. [...] Não basta garantir o acesso universal e igualitário aos brasileiros. As práticas de cuidado devem estar fortemente voltadas para dar a resposta ao sofrimento das pessoas ou para evitar esse sofrimento. É esse o desafio de um SUS mais humano. É esse o desafio de todas as políticas que se voltem especificamente para as transformações das práticas.¹⁰

Ruben Araújo de Mattos

O presente capítulo se destina a discutir os principais desafios identificados na análise da experiência em questão, no contexto de seu desenvolvimento atual, de modo a contribuir para melhor compreensão da mesma. Além disso, busca promover reflexões sobre como esses desafios refletem questões que estão postas para a efetivação do direito à saúde do ponto de vista da política pública.

Esse capítulo está dividido quanto à natureza das dimensões de onde os desafios identificados são provenientes. O primeiro tópico aborda os desafios relacionados ao “braço CATES” da experiência em análise, apresentando também àqueles relacionados à esfera municipal, tanto ligados a gestão como a assistência no SUS, que são trazidos à tona enquanto desafios para o desenvolvimento dos processos de trabalho a partir da experiência em análise. O segundo tópico traz dificuldades ligadas ao “braço CRLS Interior” da experiência, e como essas dificuldades refletem no andamento dos atendimentos dos usuários que buscam a Defensoria para resolução de suas demandas em saúde. Por fim, o terceiro tópico discutirá o potencial da experiência em fortalecer a gestão das RAS a nível municipal enquanto um padrão previsto estabelecido na etapa metodológica do presente estudo de caso.

¹⁰ Mattos, Ruben de Araújo. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 13, núm. 1, pp. 771-780. São Paulo, Brasil. 2009.

8.1 Desafios ligados ao CATES

Neste tópico os desafios ligados ao CATES são organizados da seguinte forma: primeiramente são apresentados e analisados desafios que envolvem diretamente a relação entre Defensoria Pública e SMS, do ponto de vista dos fatores intervenientes no diálogo estabelecido entre ambas as instituições, e também, aborda-se a necessidade de acompanhamento, por essas instituições, dos casos resolvidos como “encaminhamentos administrativos”.

Em segundo lugar, são analisados os desafios estritamente ligados à atuação do profissional do CATES indicado pela SMS para trabalhar no núcleo de primeiro atendimento da Defensoria. Nesse tópico, se analisa a legitimidade de atuação deste profissional para dentro do próprio município além da comunicação prejudicada entre este profissional e a rede municipal de atenção à saúde e a falta de adequada divulgação do projeto pelo município, enquanto um fator diretamente relacionado ao desafio da legitimidade e da comunicação deste profissional.

Em terceiro lugar, questões relacionadas aos recursos humanos da esfera municipal são trazidas para análise. Nesse tópico, a rotatividade dos cargos de gestão é discutida enquanto desafio significativo para a execução do projeto nos municípios conveniados, além de apresentar dados que apontam dificuldades que os profissionais do CATES relatam ter especificamente ao lidarem com os médicos da assistência.

Posteriormente, no quarto tópico é apresentada a dualidade entre a expectativa da redução do número de ações judiciais pelos municípios que aderem ao convênio versus a racionalidade do manejo das demandas em saúde frente à judicialização, enquanto ideia central enraizada no projeto Construindo o SUS com a Defensoria, desde a sua concepção.

Por fim, no quinto tópico, é trazida ao debate a existência de usuários que se encontram “perdidos” no Sistema de Saúde, desprovidos das informações necessárias para a satisfação de suas necessidades. E ainda, como isso acaba refletindo na verdade uma série de problemas estruturais da consolidação da Política Pública no país, e ao mesmo tempo, acaba se tornando um desafio para o projeto em análise.

8.1.1 Defensoria Pública e SMS: peculiaridades do diálogo e necessidade de acompanhamento dos encaminhamentos administrativos

De acordo com a explanação teórica realizada no capítulo 3 sobre os diálogos institucionais, sabe-se que eles podem ser tomados como uma oportunidade de aprendizado mútuo entre o Executivo e o Judiciário possibilitando a atuação preventiva na resolução de conflitos e na efetivação do direito à saúde (ASENSI; PINHEIRO, 2016). Embora esse diálogo -especialmente àquele instituído entre Defensoria e Poder Executivo- traga consigo uma série de benefícios em termos do alcance de maior resolutividade das demandas em saúde que chegam até a Defensoria, conforme visto, há ainda alguns desafios a serem superados nesse sentido. Esse fato pode ser observado no trecho de entrevista de uma das defensoras ouvidas pela pesquisa:

“É uma interlocução importante e eu acho que resolve muitas coisas também com diálogo institucional. Mas, por outro lado, é um diálogo permeado por, por um tipo de dificuldade, né. No momento o gestor, ele diz que tá tudo ótimo, né. Então o tipo de notícia que a gente tem é que está maravilhosa a saúde [...] e que tem várias vantagens e que ‘eu fiz isso’, ‘eu fiz aquilo’... Então, assim, eu acho que é pouco eficiente essa interlocução” (D7)

De acordo com a entrevistada acima, há uma peculiaridade no diálogo estabelecido com a SMS, no sentido de ser um tanto quanto complicado quando se trata das fragilidades existentes na rede municipal de saúde. A menção é em relação a um diálogo direto com o gestor municipal, que, de acordo com a entrevistada, sempre tende ao discurso de que tudo está funcionando de maneira ótima. Entretanto, este mesmo aspecto um tanto quanto delicado do diálogo institucional com o ente municipal também é identificado no diálogo estabelecido com e por meio do profissional indicado para atuação no CATES. Isso ocorre, pois, sendo profissional representante da própria SMS, seria contraditório ter qualquer tipo de atitude que pudesse pôr em risco a imagem da gestão municipal.

Importante salientar que o regime desse profissional não é uma cessão à Defensoria. Conforme apresentado no capítulo 6, que versa sobre a operacionalização do projeto, ele continua sendo um profissional da secretaria municipal de saúde, apenas alocado no núcleo de primeiro atendimento da Defensoria, mas continua respondendo ao município e por ele.

Durante a pesquisa de campo, essa limitação também foi constatada na percepção de outros membros da equipe dos núcleos acerca do papel do profissional indicado pela secretaria para atuar junto a Defensoria:

*“Não é que o profissional do município seja ruim não, **mas o profissional do município está limitado à vontade do gestor.** Então como que você fiscaliza uma situação em que a pessoa que está ali, ela muita das vezes ela tem uma orientação política? É muito difícil! Entendeu? Então muitos deles são funcionários comissionados que sofrem pressão. Não podem falar tudo.[...] Eu acho que não tinha que ser um funcionário do gestor, entende? Não sei se para o convênio, se isso é útil, porque, por mais que oficialmente se lance a mão de que ela está ali para assessorar a Defensoria e tal, ela continua sendo vinculada ao município. Então como é que ela na manutenção do cargo dela ela vai de encontro ou vai se chocar com os interesses do município?” (D8)*

Conforme relato acima, um “choque” com os interesses do município poderia colocar em risco a manutenção do emprego desse profissional. Em outras palavras, não há uma total autonomia na atuação deste, principalmente considerando a iminência de que os interesses do município possam se chocar aos dos usuários atendidos.

Importante aqui resgatar, quando no capítulo 3, parte da etapa teórica da presente Tese chamou-se atenção ao fato de que, por mais que o Poder Executivo tenha a seu favor a prerrogativa de ser eleito democraticamente, ele tem incorporado grande fragilidade nos seus processos de trabalho no âmbito da saúde, pois secretários de saúde e outros cargos de gestão do SUS são indicações do chefe do Executivo em cada esfera de governo. Portanto, eles ficam suscetíveis a uma série de pressões políticas no sentido das relações de poder estabelecidas. Logo, a realidade desvelada pela pesquisa de campo constatou a concretude prática dessa ideia discutida na etapa teórica da tese.

Embora pareça mais coerente a interpretação de que “estão todos do mesmo lado” em referência ao Poder Executivo, o Judiciário e as instituições jurídicas, no sentido do interesse na efetivação do direito à saúde da população, não se pode negar, que, por vezes, há existência de interesses conflituosos. Nesse âmbito, vale considerar que “Na esfera judicial existe uma polarização em que as Defensorias se opõem às secretarias de saúde e às procuradorias, levando em alguns casos à ameaça de prisão de gestores públicos pelo não cumprimento de decisões judiciais” (SOUZA A., 2016, p. 37).

Conforme discutido no capítulo 1, acerca do direito à saúde na esfera municipal, o direcionamento engendrado pelo arcabouço jurídico do SUS tem

apontado para competências essencialmente mais executivas nessa esfera da federação brasileira. E essa resultante do processo de descentralização do sistema de saúde, acaba por fazer recair sobre os municípios, maior “peso” na cobrança da satisfação das demandas em saúde de sua população, o que foi, inclusive, corroborado por algumas entrevistas como as que seguem abaixo:

“Então o que acontece na prática é que é bloqueado o dinheiro na conta do município e o município que vai arcar com isso. Por exemplo, vigabatrina, pra epilepsia, para convulsão. Tá em falta. Aí, é um medicamento que estado que deveria oferecer. Mas aí você pede para o município e ele acaba arcando com isso aí ele é... e são medicamentos de custos mais elevados né, os medicamentos do componente especializado. Não foi à toa que se escolheu colocar sob responsabilidade do estado o financiamento, né, conforme o caso, ou o grupo, para o ministério da Saúde. Aí vai o município arcar com isso e ele tira dinheiro lá dos anti-hipertensivos, enfim, de outros medicamentos que seriam de responsabilidade deles. Então eu acho que nesse sentido você atrapalha mais a eficácia do direito à saúde. Desorganizando mais o sistema. [...] Então eu sei que na prática quem arca é o município então eles não cumprem a liminar [...] E depois aí então o juiz determina o bloqueio da verba. Lá da conta do município, e é ele quem arca com isso” (D12)

“Uma curiosidade, é que nos processos, [...] o município nunca se negou. Ele afirma que é direito à saúde, que ele vai dar. E olha que não tem convênio. O estado é que vai brigando mais. [...] judicialmente eu já não posso te dizer, porque é na vara e eu tô no núcleo, como é o comportamento tanto do município como do estado, que são os dois pólos passivos, né. No momento o estado briga para não fornecer, diz que não tem que fornecer. E ele fala da reserva do possível, né, e a gente vem com o mínimo existencial e o município, às vezes, ele muitas vezes ele não se nega.” (D9)

Nessa segunda fala, a profissional atuante em um dos núcleos de Defensoria analisados, conta acerca de sua experiência na observação do comportamento de municípios e estados no acionamento judicial, mas em referência específica a um município onde ela havia atuado anteriormente, em que não havia convênio. Ambas as citações de profissionais da área do Direito, atuantes em diferentes municípios, parecem apontar para uma tendência maior do cumprimento judicial pelas esferas municipais, mesmo nos casos onde a responsabilidade do fornecimento seria do estado, conforme mencionado na primeira fala o exemplo do medicamento vigabatrina.

Contribuindo para essa reflexão, a fala de um dos entrevistados atuantes em uma das secretarias de saúde dos municípios estudados, revela que:

“Tem hora que o juiz dá uma tutela de um determinado medicamento que para o município é... Onde tem que cumprir em 24 ou 48 horas, mas que é um remédio que é disponibilizado pela rede estadual.” (D6)

Essa fala corrobora para a constatação de imbricações na operacionalização do sistema de saúde quanto à distribuição das responsabilidades entre os entes federativos na prática, principalmente no âmbito dos medicamentos, levando ao fato de, por vezes, os municípios acabam sendo a esfera mais cobrada a prover aquilo que o usuário pleiteia via Defensoria Pública.

Por outro lado, uma profissional atuante na CRLS entrevistada, apresenta outra perspectiva desse quadro quando compartilha que:

“Eu acho que o nosso problema é rede. É uma falta de articulação na rede, há uma falta de conhecimento dos gestores municipais, até o que eles deveriam realizar dentro da gestão deles. Os municípios tendem a dizer que a responsabilidade deles é somente aquilo que é da Atenção Básica. Tá na REMUME¹¹ é meu. Não tá, não importa. Se é ‘zona cinzenta’, eles entendem que é tudo responsabilidade do estado. Ah! Eu tenho essa consulta dentro do meu município; tem oftalmo então é da minha responsabilidade, a não tem então... Eles não têm a dimensão das pactuações e da responsabilidade. Porque tem as PPIs, eles alocam os recursos deles em outros municípios, que muitas das vezes eles não têm nem noção de onde tá alocado esse recurso deles. Mas eles tendem a achar que, aquilo que ele não tem é responsabilidade do estado. E aí eu não acho que é um problema da municipalização, eu acho que é um problema de conhecimento, de fortalecimento, de como é de verdade, como deveriam ser as redes de atenção a saúde, que a gente não tem! A gente não tem, de verdade, rede de atenção à saúde aqui. Então, assim, as responsabilidades, porque, apesar de você não ter aquele serviço, aquele recurso, aquele município continua sendo a sua responsabilidade. O remanejamento, porque você remanejou aquele recurso, então, tem o remanejamento, o deslocamento daquele paciente. Eu acho que a base de tudo é o reconhecimento, do profissional, do assistido e até dos gestores lá da ponta; de saberem o que é de verdade, de responsabilidade deles. E saber de que forma eles deveriam agir.” (S1)

De acordo com a fala acima, os municípios, muitas vezes, também enfrentam dificuldades no reconhecimento de sua responsabilidade para com o usuário do SUS. Em riquíssima reflexão apresentada no fragmento de entrevista supramencionado pôde-se perceber a citação dos instrumentos de gestão, como a Programação Pactuada Integrada (PPI), enquanto imprescindível para o manejo da gestão municipal do sistema de saúde, e para verdadeiramente se alcançar uma atuação em rede. Rede esta que segundo a entrevistada, não existe “aqui”, em menção ao estado do Rio de Janeiro.

De fato, a racionalidade da política pública brasileira, sempre foi muito fincada nos padrões normativos os quais muito resultam da história da burocracia histórica do Estado brasileiro, conforme visto no capítulo 1. Nesse aspecto, Abrucio, Pedroti e Pó (2010) caracterizando a administração pública brasileira no período colonial

¹¹ Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

apontam sobre o modelo administrativo proposto deste período que: “caracterizava-se por um excesso de procedimentos e regulamentos, tendo como fundamento filosófico de que o Estado vem antes da sociedade [...]” (ABRUCIO, PEDROTI e PÓ, 2010, p. 29). Esse quadro parece refletir em muito também, as características da administração pública que impactam no funcionamento do sistema de saúde hoje no Brasil.

Vale ainda ressaltar nesse sentido, a reflexão trazida por Bucci (2017, p. 48) em um contexto de discussão sobre a reduzida eficácia dos processos judiciais no que tange a Política de Assistência Farmacêutica, mais especificamente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME):

Como elemento adicional a explicar a dificuldade de compreensão da racionalidade da política pública, cabe pontuar a superposição de instrumentos normativos, mesmo os produzidos na esfera do Executivo, sem preocupação com a harmonia entre eles (BUCCI, 2017, p. 48).

A referida harmonia, aqui, pode ser interpretada tanto pela não sobreposição de papéis, como também pela atuação integrada entre os entes federativos no que tange à operacionalização da política pública de saúde. E nessa operacionalização, destaca-se mais uma vez a importância do papel dos estados. Vale retomar aqui a reflexão tecida no capítulo 2 onde discutiu-se o direito à saúde na esfera municipal, e se considerou o desequilíbrio na forma como foi incorporada a municipalização no Brasil, transparecendo certa ausência de coordenação e apoio suficientemente forte de estados, de modo que fosse possível garantir um sistema de saúde mais coeso e eficiente em cada um dos municípios brasileiros.

Nesse sentido, vale destacar a afirmação de Eduardo Levcovitz (2019, p. 2,3) quando aponta que:

No caso das políticas de saúde, certamente aquele em que essa discussão se apresentou de forma mais dinâmica no período, há evidente tendência à “municipalização”, entretanto com baixo grau de explicitação das competências e poderes (e recursos) que deverão permanecer federais ou estaduais. [...]Essa forte expressão municipalista contrasta com uma clara fraqueza dos estados enquanto condutores de uma rediscussão sobre seu próprio papel e se baseia na propagação da ideia genérica de que a administração municipal é a única próxima e diretamente permeável ao cidadão, portanto intrinsecamente democrática.

O mesmo autor ainda destaca que nas sete Constituições brasileiras anteriores a de 88, o papel dos municípios não era muito significativo, sendo

somente nesta, que os municípios passam a serem considerados, de modo indissolúvel, como parte da federação (LEVCOVITZ, 2019).

Esses conflitos nas relações interfederativas se expressam nos diversos setores das políticas públicas e, especificamente no caso da saúde onde a Política Pública foi desenhada enquanto um Sistema Único e de gestão tripartite, o que se percebe é que não parece coerente um protagonismo de uma única esfera de poder, como se estabeleceu no caso dos municípios. Principalmente considerando as fragilidades de capacidade de gestão e recursos orçamentários que configuram a maior parte dos municípios brasileiros. Obviamente excetuando-se as grandes capitais.

Um dos profissionais da área do Direito atuante na secretaria de saúde de um dos municípios estudados compartilhou seu ponto de vista sobre a relação interfederativa no campo da saúde:

“As demandas judiciais, que, geralmente, elas não são fáceis do município resolver. E quanto menor o município mais difícil ainda dele resolver.[...] O problema é o seguinte; é: O município é a parte mais fraca dessa estrutura de... de... de saúde universal, né? [...]O problema é de todo mundo né. Não é só específico da Saúde, mas a verdade é que de uma forma geral a administração do município é um problema de todo mundo.” (D5)

Enquanto parte dessa “esfera mais frágil” como considerado pelo entrevistado acima, os profissionais nela atuantes se percebem, muitas vezes como sendo penalizados por deficiências estruturais do sistema. Isso ocorre, por exemplo, quando há demandas para leitos de internação que o município não tem disponível, conforme mencionado em entrevista abaixo a outro profissional atuante em secretaria de saúde:

“Igual a uma transferência, né, de paciente. Tem hora que a gente fala assim: não tem como fazer transferência. Porque a gente depende do estado ter uma vaga. Aí, não tira ... aí é lógico o parente fica desesperado. E aí ele aciona e a pessoa fica ali... Mas a gente vai fazer o quê? A gente vai colocar na ambulância e ficar rodando? Levando um ‘não’ em todos? Então a gente tem todo um sistema. A hora que gera uma vaga aí a gente pode fazer alguma coisa atuar no intermediário mas o juiz pede assim agora. Mas e o agora? Como é que a gente faz? Tem hora que é difícil.” (D6)

Na fala acima, percebe-se um problema estrutural da rede de atenção à saúde no SUS que são os leitos de internação, principalmente os de alta complexidade, e como o município acaba sendo também acionado judicialmente como uma resultante dessa fragilidade importante do sistema.

Uma das defensoras entrevistadas, compartilhando sua visão acerca da descentralização da gestão do SUS aponta que:

*“[...] a descentralização ela tem, assim, um lado positivo que é esse se aproximar, né, do público-alvo, né, das pessoas que procuram. Por outro lado, distancia a administração, né, fica mais longe. São mais instâncias para você controlar então dificulta um pouco um controle nesse sentido [...] pensando, eu vejo que tem os prós e contras, né, tem os prós e contras. Mas, **em termos de administração, tudo que envolve mais camadas de intermediários, né, na administração do problema, naturalmente você tem uma margem de erro aí maior porque tem muita gente interferindo até aquilo chegar na ponta. Tem realmente um problema nesse sentido, mas é... de certa forma, é um benefício para os municípios poderem resolver coisas no âmbito, né, da sua área territorial [...]**” (D3)*

A visão compartilhada pela defensora que utiliza da analogia às “camadas” contribui para a reflexão de que a descentralização do sistema em um país de administração pública federalista traz um desafio adicional no que tange a efetivação do direito universal à saúde em um Sistema que se pretende Único. Em discussão sobre os Estados Federativos e políticas públicas, Lima (2006, p.29) aponta em sua tese que “O Brasil, é um sistema federativo de tripla soberania, pois os municípios são também considerados entes federativos, refletindo longa tradição do poder municipal, e de escasso controle dos estados sobre questões locais”. Destaca-se aqui mais uma vez a imprescindibilidade da coordenação dos estados nesse desenho de gestão da política pública, de modo a mitigar as disparidades existentes nos cenários de práticas de saúde nos diferentes municípios.

Considera-se nesse sentido, a afirmação de Hambleton (1992, p. 11 apud ABRUCIO, 1997, p. 26) quando em discussão sobre a descentralização na construção da esfera pública, afirma que:

A justificativa central para defender o governo local não é que ele é um bom meio para prover os serviços (públicos) necessários, o que de fato ele é, mas que ele (o governo local) torna os cidadãos capazes de participar das decisões que afetam suas vidas e de suas comunidades.

Obviamente, compreendendo a linha de racionalidade expressa na concepção do controle social do SUS e toda intencionalidade de democratizar não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas a gestão do próprio sistema, descentralizar na perspectiva da municipalização faz todo o sentido. No entanto, o desafio é superar os obstáculos estruturais que se interpõem nesse caminho, como todos aqueles já discutidos (os “ismos” da herança da formação da burocracia estatal brasileira- patrimonialismo, clientelismo-, o déficit histórico do financiamento

da política pública de saúde, a concepção social da ideia prevalente da cidadania em detrimento da cidadania, dentre outros).

Ainda no âmbito da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, Werner (2017, p. 267) aponta que: “A falha na distribuição de competências entre os entes da Federação é um problema histórico que atinge a distribuição de tarefas e do orçamento”. Mais uma vez, retomando algumas idéias discutidas no capítulo 2, urge a necessidade de equilíbrio e equidade na distribuição das responsabilidades administrativas e investimentos financeiros entre as três esferas públicas da gestão (federal, estadual e municipal) no que diz respeito ao SUS.

Além disso, é preciso o fortalecimento do papel dos estados na medida necessária à garantia de uma gestão coesa pelos municípios, ampliando a capacidade governamental de se garantir a efetivação do direito à saúde, inclusive, considerando a necessidade de se reduzir as assimetrias regionais das ofertas de serviços de saúde.

Essa relação conflituosa não apenas entre os poderes, mas também entre as diferentes esferas do Poder Executivo, é traduzida por Bucci (2017, p. 36) quando afirma que:

A falta de articulação dos gestores do sistema de saúde constitui uma dificuldade adicional. Pois o usuário que demanda um medicamento ou providência não está em contato com as abstrações da política pública, mas apenas com as medidas concretas que satisfazem ou não suas demandas por atendimento. A desarticulação não decorre apenas das características do federalismo brasileiro. A complexidade deste, é certo, explica, em parte, a dispersão de responsabilidades para a execução de uma política. O leque de competências legislativas e materiais, comuns e concorrentes, reclama um nível de organização federativa elevado, cuja ausência ou debilidade dificulta a execução das ações de longo prazo em que se traduzem as políticas. No plano da gestão pública, a desarticulação das esferas governamentais também se apresenta como dificuldade.(BUCCI, 2017, p. 36)

Essa menção à desarticulação não decorrer unicamente das características do federalismo brasileiro amplia reflexão crítica sobre as responsabilidades político-administrativas de cada ente no que tange às normativas do SUS e todo seu arcabouço jurídico. A mesma autora ainda salienta que “Por trás do debate sobre a separação de poderes, é possível supor que subjaz uma visão do magistrado em relação ao Poder Público como se fosse uma máquina vasta e descoordenada, que apregoa o interesse público, mas falha na providência concreta” (BUCCI, 2017, p.

41). E aparentemente, por receio de demonstrar essas falhas na providência correta da oferta de serviços de interesse público- no caso, os serviços de saúde- é que parece haver uma postura “defensiva” assumida pelo ente municipal, na relação com o Poder Judiciário e instituições jurídicas, contribuindo para o desafio do diálogo institucional entre essas duas importantes frentes de concretização de direitos; o poder público municipal, e a Defensoria.

De certa forma, essa situação um tanto quanto conflituosa, pode impactar inclusive no grau de resolutividade dos atendimentos conforme discutido no capítulo 7. Para exemplificar de forma mais clara, segue abaixo um trecho de entrevista que faz essa correlação das limitações da atuação do profissional indicado pela SMS para atuação no CATES, com os atendimentos realizados a partir do projeto, exemplificando um caso onde o medicamento pleiteado pelo usuário, apesar de teoricamente dever ser fornecido pelo município, estava em falta:

“Nós somos autônomos. Mas o profissional do CATES, ele não é! Ele não tem essa autonomia, até a prefeitura mesmo não tem, é diferente da gente. [...] Então, assim, essas coisas, não é todo mundo que tem sensibilidade, entende? Se não fosse um órgão como o nosso que tem essa interlocução, esse olhar crítico, passaria batido, entende? A pessoa, a SM [profissional da SMS atuante no CATES], poderia falar assim, poderia virar para o usuário falar assim: ‘esse medicamento, a gente fornece, está na lista da gente, mas está licitando. Então o senhor volta pra casa, aguarda um mês e, quando chegar, eu aviso ao senhor.’ E nesse mês a pessoa morre, a pessoa piora, entende? Então, esse olhar crítico que, muitas das vezes, da gente, e, também, por a gente conhecer bem a prefeitura com que a gente trabalha, é muito importante. Então, não basta a gente ficar na nossa cadeira esperando o papel e fazer tudo o que está escrito no papel. E o papel muitas vezes não condiz com a realidade! É isso que a gente tem que ter, a gente tem que pegar o papel e ter a noção crítica do que está ali. Então, vamos buscar saber se o que está naquele papel realmente existe!”(D8)

Conforme apontado em fala acima, e também discutido no capítulo referente aos resultados da experiência, o parecer de encaminhamento administrativo (referido como “o papel” na fala acima) não basta para validar a resolutividade dos atendimentos gerados a partir da estrutura do projeto. Reforça-se aqui, mais uma vez, a importância da estruturação de mecanismos de acompanhamento desses usuários após o recebimento das orientações referentes ao encaminhamento administrativo. Sendo este também um desafio advindo e posto para o projeto em análise.

Sendo assim, as questões subjetivas ligadas ao fato do profissional da SMS atuante no CATES, ser um cargo comissionado pela própria gestão municipal,

configura um desafio para a experiência do projeto, assim como a falta de monitoramento contínuo e sistemático dos usuários atendidos que são direcionados de volta à rede de atenção à saúde com soluções denominadas administrativas.

Para contornar esses dois aspectos pode ser sugerida, minimamente, a exigência de que esses profissionais, indicados a atuarem no CATES, sejam servidores municipais concursados, o que poderia minimizar um pouco o impacto das questões subjetivas ligadas às relações com a gestão municipal. Ou ainda, que esses pudessem atuar em regime de cessão à Defensoria, o que também poderia mitigar o impacto dessa relação direta de que sua chefia imediata é o órgão que muitas vezes, precisa ser responsabilizado.

E quanto ao necessário monitoramento dos usuários atendidos, esse, poderia ser realizado pelos próprios profissionais da SMS de modo a facilitar que os mesmos possam identificar os entraves e necessidades de sua própria rede. Principalmente naqueles municípios onde há dois profissionais indicados pela SMS para atuarem no CATES. Ou ainda, nos casos de núcleos de primeiro atendimento com equipes maiores da própria Defensoria. Como aquelas equipes que contam com estagiários.

Nesse caso, também poderia destinar, mesmo que fosse uma pequena parte da carga horária mensal de um desses profissionais, para realização deste monitoramento. Ainda que fosse o acompanhamento de uma pequena amostra aleatória desses atendimentos e não de todos eles, caso o número de usuários seja muito grande. Pois, sistematizando esse acompanhamento de, ao menos, uma amostra dessa população, já haveria um reflexo mais real do grau de resolutividade obtida com os processos de trabalho instituídos a partir da experiência.

Portanto, é possível concluir que um monitoramento dos casos atendidos nos núcleos de primeiro atendimento da Defensoria com demandas relativas à saúde, e resolvidos como encaminhamento administrativo é tão possível quanto necessário. E ainda, que, apesar do diálogo institucional entre Defensoria Pública e Secretaria Municipal de saúde ser permeado, por vezes, de interesses conflituosos, o caminho do diálogo enquanto uma via de juridicização dos conflitos que envolvem o direito à saúde, permanece sendo uma alternativa geradora de maior racionalidade no manejo das demandas em saúde frente ao fenômeno da judicialização.

8.1.2 Atuação do profissional do CATES: legitimidade na esfera municipal, comunicação prejudicada e divulgação do projeto

Nesse tópico serão abordados conjuntamente três importantes desafios da experiência, que dizem respeito ao trabalho do profissional da SMS destacado para atuar no CATES, a saber; a legitimidade de sua atuação, a comunicação prejudicada entre este profissional e a própria SMS, o que acaba, na verdade, refletindo enquanto um aspecto de uma disseminada dificuldade de comunicação, envolvendo inclusive os próprios usuários. E por fim, aborda-se a não divulgação adequada do trabalho deste profissional do CATES junto à rede municipal de saúde, e de um modo geral, a falta de divulgação do próprio projeto em si, por parte dos municípios.

Um desafio que emergiu através das falas dos entrevistados, faz referência à falta de legitimidade do profissional indicado pelo município para atuar na Defensoria, junto aos próprios profissionais da rede municipal. Estes, muitas vezes não conhecem ou reconhecem o papel que aquele profissional representa. Inclusive durante as entrevistas houve menção por estes profissionais da SMS atuantes no CATES, de que percebem certa temerosidade quando informam que atuam na Defensoria. Mencionam ainda que, talvez por conta disso, haja atraso em conseguirem as respostas solicitadas. Dados das entrevistas apontam para a dificuldade que esses profissionais indicados enfrentam muitas vezes na obtenção das informações necessárias ao andamento dos encaminhamentos administrativos das demandas.

Uma das Defensoras entrevistadas compartilha de uma dificuldade vivenciada em seu município, e acrescenta a necessidade do que chama de “força política” desse profissional, uma vez que não basta que ele tenha os contatos certos das “pessoas-chaves” da gestão municipal no campo da saúde. É preciso que de fato se estabeleça uma comunicação efetiva e que haja respostas dessas pessoas ao profissional da SMS ligado ao convênio. Segue abaixo um fragmento da entrevista mencionada:

“Outro problema que nós temos hoje apesar dessa pessoa ser maravilhosa e super dedicada: ela não tem talvez muito talento de articulação dentro da secretaria, ou ela não tenha talvez a abertura, talvez, não sei qual é a dificuldade que acontece. Mas, às vezes, ela não consegue obter informações da secretaria e ela é nomeada pela secretaria. Então, o que que a gente faz hoje quando a gente vê que ela não consegue informações

que é um gargalo mesmo enfim de integração ali a gente marca uma reunião, eu falo... outro dia eu marquei uma reunião com a pessoa da regulação: “espera aí, eu vou entender o que está acontecendo porque ele não dá resposta para ela e ela deveria ser essa ponte. A gente já tinha pedido para secretaria de saúde para assegurar que essa pessoa fosse a ponte que todas as informações que ela demandasse, de fato chegassem nela e isso não acontece! É como se ela não tivesse assim força política ... e é um absurdo por que assim, ela tem que...e eles tem que dar para ela essa legitimidade, né. Ela precisa ter esse tipo de informação. Então a gente, numa reunião que a gente teve com o secretário, a gente pediu isso explicitamente: olha ela precisa ser mais respondida, ela precisa ter acesso as informações, e, esse é um problema. Eu acho que a secretaria não dá tanta importância para o convênio. É uma coisa assim “ah tem esse convênio aí que a gente assinou, beleza, bota lá uma pessoa, mas não me dê muito trabalho” Sabe? Essa sensação que eu tenho. É essa: já botei a pessoa aí, tá bom.” (D7)

Como pode ser observado, mesmo após o projeto estar em andamento, foi necessária uma solicitação de reunião com o secretário municipal de saúde para tentar resolver a questão da comunicação entre o profissional indicado pela SMS e a própria rede de saúde do município. Além disso, de acordo com a entrevistada acima, foi necessário o agendamento de uma reunião com pessoas da gestão municipal (no caso da Regulação) para que pudesse ser identificado o porquê da profissional indicada pela SMS para atuar no CATES não estar recebendo as respostas de que precisava da própria rede municipal de saúde.

Essa dificuldade de comunicação dos profissionais indicados pela própria SMS com a rede não parte apenas da percepção dos profissionais da DPERJ, mas também dos próprios indivíduos entrevistados que ocupavam/ ocuparam esse cargo. Estes também verbalizaram já terem vivenciado situações em que não obtiveram respostas da rede quando precisaram, conforme apontado a seguir, em duas respostas à pergunta sobre quais eram os maiores obstáculos do cargo exercido, por profissionais que atuavam em dois municípios diferentes:

“Por incrível que pareça era o link, assim, entre eu e o município. Porque as pessoas dos outros setores não conheciam meu setor e não me conheciam e não entendiam o que eu fazia lá. Então quando eu me apresentava e falava que eu era esse link entre a Defensoria e a prefeitura, eles não davam o devido valor. Eles meio que, mesmo eu sendo colega de município deles, né, eu não tinha uma boa resposta, né. Até fixar mesmo o contato direto com cada responsável pelas consultas de cada clínica da família, até chegar nesse ponto, eu tinha contato direto com o responsável e ele muitas vezes não me respondia, ou me respondia às vezes muito tempo depois.” (S3)

“Tudo era muito difícil no início tudo e aí a gente pediu uma reunião com o secretário de saúde para que ele fizesse uma reunião com todos os gestores, com todas as unidades do município, para que eles nos conhecessem, e a gente explicasse o nosso trabalho. Porque, assim, o trabalho teria que ser a nível telefônico e às vezes o assistido estava ali

diante da gente precisando de um retorno imediato. Então ele precisava ser atendido, o telefone precisava ser atendido, o WhatsApp precisava ser respondido imediatamente. E aí a gente teve um feedback muito maior depois dessa reunião com o secretário.” (S2)

No contexto da primeira entrevista supracitada, a profissional da SMS explicou que tinha mais facilidade na relação com os profissionais da Defensoria do que da própria SMS. Além disso, trouxe a tona certa “confusão” gerada pela falta de entendimento dos profissionais do município quanto a ela se identificar como funcionária da SMS, ou mesmo em suas palavras: “colega de município deles”, porém, atuar dentro da Defensoria. Já na segunda citação de entrevista, uma reunião com o secretário municipal de saúde é citada como divisor de águas para a melhoria nos canais de comunicação entre os profissionais da SMS atuantes na Defensoria e os profissionais da própria rede municipal de saúde.

Visto isso, pode-se inferir que a falta de legitimidade deste profissional, seja a principal raiz dessa constatação de uma comunicação prejudicada e pouco eficiente entre o profissional do CATES e os demais profissionais de seu próprio município, sendo estes, dois desafios que mantêm uma relação de co-dependência. Até porque, de acordo com a segunda citação acima, o ganho de legitimidade parece vir após uma reunião com o secretário de saúde, entre os profissionais do CATES e as unidades de saúde, como indicado no fragmento de entrevista acima: “para que eles nos conhecessem, e a gente explicasse o nosso trabalho”. E conforme visto, a partir dessa reunião, foi apontado melhora na comunicação com os demais profissionais.

Essa situação da comunicação prejudicada é também referida por uma das entrevistadas atuantes na liderança do projeto, quando relata um caso de determinado município conveniado, que assim como o caso relatado anteriormente, também foi preciso agendar uma reunião entre a DPERJ e o secretário de saúde para solucionar a mesma dificuldade de obtenção de respostas. Os nomes das pessoas mencionadas, bem como do município específico foram omitidos da fala abaixo para manutenção do sigilo, sendo atribuído SB para pessoa da SMS indicada para atuar no convênio, G para o município e DA para a entrevistada:

“Eu vejo assim os municípios muito perdidos, eles não trabalham em rede. Você vê que os pontos não se comunicam, as unidades não se falam. As vezes por exemplo, a SB de G, a que trabalha com a Defensoria, as vezes ela me liga e fala: ‘DA não estou mais conseguindo contato com a central de abastecimento de medicamentos de G’. Mas como? Ela é da própria Secretaria! Ela é servidora da Secretaria ela fala: “Não consigo! Ninguém me atende na Secretaria. Eu não consigo chegar perto do secretário!” E aí a

gente marca reunião. A gente fez isso esse ano. Marcamos reunião pela Defensoria pública com o secretário, com a procuradoria jurídica do município, com a DA. Trocamos os contatos, e aí a rede volta a funcionar.” (D1)

Essa menção a rede voltar a funcionar, remete-nos àquela ideia de uma grande engrenagem que tem o seu funcionamento travado por problemas de comunicação. Mais uma vez, no relato supracitado, uma reunião com o secretário de saúde é tomada como divisor de águas. É interessante como uma experiência que propõe diálogo institucional partindo então do pressuposto de que há ganhos quando se estabelece diálogo entre as diversas partes envolvidas na efetivação do direito à saúde, pode trazer a tona, que há necessidade também de um diálogo mais efetivo para dentro das próprias instituições, como é o caso das Secretarias Municipais de Saúde como já visto.

Lidar com demandas em saúde, de um modo geral, é lidar com uma constante busca por caminhos, para resolutividade das demandas apresentadas, dentro das “engrenagens” do SUS. Da gestão à assistência se faz necessário o estabelecimento de canais efetivos de comunicação, pois mesmo os casos “mais repetidos” no sentido da frequência em que chegam às instâncias de resolução, podem ter seus caminhos de resolutividade alterados por diversas situações. Situações essas que podem incluir, por exemplo, mudança de locais de atendimento, mudança de protocolos para solicitação/ agendamento de exames, dentre outras, conforme exemplificado em fala abaixo:

“Às vezes você pode até encaminhar, mas a rede é dinâmica. Muitas vezes o serviço é prestado num certo posto, e depois deixa de ser. Passa ser em outro local e nisso a pessoa vai e vem e já desiste, né.” (D3)

Uma possível causa para essa situação de não retornos ao profissional da SMS atuante no CATES foi apontada por mais de uma entrevista como uma conseqüência da falta de divulgação adequada do trabalho realizado por este profissional. Ou seja, a falta de divulgação do próprio convênio para os profissionais da rede, o que configura mais um desafio delimitado durante a análise de dados do presente estudo de caso, e que, também pode estar interligada a dificuldade de comunicação do profissional do CATES com a rede municipal de saúde, e também pode contribuir em certo nível para a falta ou reduzida legitimidade de atuação desse profissional.

Para exemplificar, pode ser constatado a seguir, o compartilhamento dessa visão, tanto por um profissional da SMS como por profissional da Defensoria, ambas atuantes em núcleos de primeiro atendimento de diferentes municípios:

“O meu setor não foi divulgado para as pessoas do município [...] muitas pessoas nem sabiam que o setor existia. Segundo, que mesmo quando me apresentavam e tal, eles não conseguiam entender [...]” (S3)

“[...] por isso precisa divulgar o convênio na rede do município. Isso eu até conversei com a DA [uma das lideranças do projeto], que é da maior importância, que os próprios profissionais dos postos de saúde, né, das clínicas onde são feitos esses exames da regulação conheçam o convênio, conheçam o servidor que está atuando e atendam aquele pedido, procurem colaborar, né. Isso é um ponto importante a ser trabalhado. Acho que todos os convênios em todos os municípios certamente terão esse benefício, né; a divulgação do convênio faz com que isso seja... passe a ser uma rotina. Isso que a gente precisa desenvolver, né, melhor.” (D3)

De acordo com as falas acima haveria, portanto, benefícios para a operacionalização do projeto, se a divulgação do mesmo fosse mais bem realizada, principalmente pelo próprio município. Fazer com que o CATES atue de modo mais integrado às unidades de assistência e gestão em saúde, certamente potencializaria os resultados alcançados até então pelo projeto.

Um dado interessante que vale ressaltar, é que, conforme visto acima, reuniões com secretários de saúde foram capazes de mudar a conjuntura de comunicação dificultosa entre profissionais da SMS indicados para atuarem pelo convênio na DPERJ e os profissionais da própria rede municipal de saúde, como, por exemplo, segue abaixo fragmento de uma entrevista realizada a um desses profissionais da SMS atuantes pelo convênio:

“Aí a gente teve um feedback muito maior depois dessa reunião com o secretário. [...]a questão do secretário de saúde. Ter ‘assinado embaixo’, tipo assim, elas são prioridades, né, porque até então quando você liga para um gestor e fala olha eu sou enfermeira tal que trabalha aqui ligo lá elas não conseguem entender se a gente a Defensoria, se é do município, elas não têm entendimento e aí a gente perdia muito tempo explicando como é que era, quem nós éramos, como é que é o trabalho. Então quando foi feita a reunião, foi tudo explicado de uma forma unificada. E aí a gente ganhou o tempo e ganhou os parceiros também do próprio município.” (S2)

Conforme citado na entrevista acima, a divulgação feita pelo secretário de saúde sobre o trabalho realizado pelo CATES, facilitou o dia a dia dos atendimentos das demandas em saúde no núcleo de primeiro atendimento. Além disso, a expressão de que o secretário de saúde “assinou embaixo” parece ter de fato

promovido um reconhecimento do arranjo institucional viabilizado pelo projeto, integrando-o à rede, sem maiores embaraços.

Além da necessidade clara do movimento de divulgação do convênio para dentro da própria rede de atenção à saúde nos municípios conveniados, a promoção de comunicação entre as equipes de diferentes municípios, com vistas ao compartilhamento de experiências e institucionalização de espaços dialógicos, poderia trazer resultados positivos do ponto de vista da divulgação do projeto. Isso poderia se concretizar por meio de eventos como fóruns anuais, por exemplo.

Aqui, vale a pena levantar reflexões acerca de algumas possíveis causas para esse desafio identificado da falta de divulgação do convênio, que impacta em outros dois desafios anteriores pontuados, a saber: falta de legitimidade do profissional indicado pela SMS para atuar no CATES e comunicação prejudicada e pouco eficiente entre este profissional e os demais profissionais da rede de atenção à saúde de seu próprio município. As possíveis causas levantadas são as seguintes:

- 1- O município não estaria suficientemente motivado ou esclarecido dos benefícios do convênio para de fato promover sua divulgação e inserir de forma clara este profissional indicado para atuar junto à Defensoria em articulação intrínseca com a rede municipal de atenção à saúde, conferindo legitimidade ao trabalho do mesmo.
- 2- O município não compreende o convênio como um caminho de fortalecimento do acesso dos usuários à sua rede de atenção à saúde e melhor manejo do fenômeno da judicialização no seu território.
- 3- No decorrer do tempo, apesar das assinaturas/ renovação dos convênios, as demandas do dia a dia, inclusive as mudanças nos cargos de gestão, acabam inviabilizando a concentração de esforços no sentido de promover a comunicação necessária com os profissionais da rede, para um trabalho efetivamente articulado da Secretaria municipal de saúde junto à Defensoria.

Com relação à primeira e à segunda possibilidade é importante ressaltar que a iniciativa do projeto, se apoiada com fornecimento de maior legitimidade ao profissional do CATES perante os diferentes setores da gestão e da assistência à saúde na esfera municipal, poderia ser um canal que favorecesse uma atuação muito maior do próprio Poder Executivo, e dos usuários do SUS no manejo das demandas. Nesse aspecto, Bucci (2017, p. 39) defende “a pertinência de se pensar

numa estratégia de redução da judicialização, baseada na busca de maior racionalidade na relação entre os vários atores institucionais envolvidos: Poder Público, Poder Judiciário, usuários do sistema de saúde, operadores do sistema de justiça etc.” A mesma autora acrescenta ainda que:

Num contexto democrático, eventual medida de repressão ou contenção das demandas sem satisfazer razoavelmente o direito por trás delas seria uma saída ilegítima e indesejável. Positivo, nesse cenário, seria o oferecimento de caminhos que privilegiassem vias mais diretas entre o usuário e o sistema de saúde, minimizando a importância do sistema de justiça como via intermediária. Ambos integram o Estado e se legitimam em função dos interesses do povo (BUCCI, 2017, p. 39).

Visto isso, pode-se afirmar que a experiência do Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro pode se configurar em uma via de oferta de caminhos que privilegiem “vias mais diretas entre o usuário e o sistema de saúde”, conforme defendido em citação acima. Até porque, tanto a estrutura do “braço CATES” quanto do “braço CRLS Interior” apontam para a mesma lógica que prioriza a verificação da existência e situação de operação da política pública prevista para o atendimento da demanda pleiteada, intervindo sempre que necessário, e apenas quando necessário, com o encaminhamento ao ajuizamento de ações.

Em continuidade à reflexão então sobre a terceira possibilidade da não divulgação ampla do convênio por parte do gestor municipal, sugere-se que as demandas do dia a dia, inclusive as mudanças nos cargos de gestão, acabam inviabilizando a concentração de esforços no sentido de promover a comunicação necessária com os profissionais da rede, para um trabalho efetivamente articulado da Secretaria municipal de saúde junto à Defensoria. A questão das mudanças nos cargos de gestão será então abordada em tópico a seguir.

Sendo assim, pode-se compreender que os três desafios aqui mencionados, a saber: a comunicação prejudicada, a falta de legitimidade do profissional de saúde atuante no CATES e a não adequada divulgação do projeto no atendimento das demandas de saúde atendidas pela Defensoria, correlacionam-se intrinsecamente. Afinal, conforme demonstrado, reuniões que ocorreram em prol da apresentação do trabalho do profissional do CATES aos profissionais de municípios participantes, resultaram em ganho de legitimidade no desempenho das funções deste

profissional, melhorando a comunicação necessária à resolução das demandas dos usuários que procuram à Defensoria na busca pela efetivação do direito à saúde.

8.1.3 Recursos humanos da rede municipal de saúde

Neste tópico, serão abordados os dois principais desafios ligados à questão dos recursos humanos no âmbito da operacionalização do “braço CATES” do projeto. O primeiro deles é a rotatividade dos cargos de gestão e como esse fator é preponderante para manutenção do desenvolvimento da experiência em análise. E em segundo lugar, as dificuldades identificadas na relação entre profissionais do CATES e profissionais da categoria médica que assistem aos usuários na rede.

É de conhecimento comum que as mudanças políticas e principalmente as político-partidárias na gestão pública acompanham alterações de cargos de gestão no Poder Executivo, dentre eles, aqueles ligados à gestão em saúde. Nos capítulos 1 e 2 foram discutidos alguns efeitos do patrimonialismo e do clientelismo na administração pública da saúde no Brasil. Vale à pena recobrar, nesse aspecto, o padrão previsto então apresentado no contexto do capítulo 1, e que de fato pôde ser confirmado a partir da coleta de dados, a saber; “A heterogeneidade entre os diversos municípios, que se traduz em desigualdades no acesso aos provimentos e serviços de saúde traz à tona disparidades na capacidade de gestão, na capacidade orçamentária, e na própria infraestrutura e disponibilidade de serviços nas redes de atenção à saúde do ponto de vista municipal e regional”.

Essa ideia foi corroborada nas falas dos entrevistados quando os mesmos faziam alusão de que municípios de pequeno porte têm mais dificuldade de prover serviços de saúde e de lidar, não só com as demandas judiciais, mas com as questões inerentes à gestão do SUS em nível municipal, conforme visto, por exemplo, no seguinte fragmento de entrevista:

“É muito difícil o município poder atender. Tirando as capitais é difícil você conseguir atender todas as demandas da saúde” (D5)

Assim como a mencionada dificuldade no atendimento das demandas em saúde dos usuários, fragilidades na gestão também foram apontadas em decorrência de ser um “município pequeno”, além da correlação direta dessas

fragilidades da gestão com a qualidade do desenvolvimento dos processos de trabalho instituídos no CATES. Ou seja, há relação direta entre a resolutividade dos atendimentos e o perfil/ a capacidade da gestão local, conforme também pode ser visto abaixo em fala de duas das entrevistadas, sendo uma Defensora de um dos municípios estudados, cujo nome do município foi substituído pela letra I, e outra, uma das lideranças do projeto:

“É assim... Então, eu percebo também às vezes, uma certa... especialmente em I que é um município pequeno né mas um...um desconhecimento administrativo para os procedimentos licitatórios e de compra de medicamentos e de organização, entendeu. É... a gente... eu observo bem claramente isso também. Não que seja uma má vontade política, mas um desconhecimento mesmo. Também...claro que tem também a falta de verba, né quando é um medicamento mais caro, mas...mas, nem sempre.” (D13)

“É muito do perfil do gestor que está à frente da pasta da saúde. Existem municípios que tinham altíssima resolutividade, trocou o gestor, caiu. E vice-versa.” (D2)

Conforme visto acima, a resolutividade alcançada pelo arranjo institucional viabilizado pelo projeto tem total correlação com o perfil do gestor. Obviamente, a capacidade estrutural e orçamentária do município também pode ser determinante para o alcance de um melhor ou mais desafiante manejo das demandas em saúde.

Essa vulnerabilidade do sistema, no sentido de não poder se esperar de um “Sistema Único”, algo ao menos próximo a um padrão do funcionamento das redes de atenção à saúde, nem mesmo dentro de um único estado, tem trazido prejuízos importantes para a consolidação do SUS. De acordo com Paim J. e Teixeira (2007) essa falta de profissionalização de gestores unida à descontinuidade administrativa e aos resultados percebidos nos serviços de saúde decorrentes dos já discutidos clientelismo político e interferência político partidárias, “comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira” (PAIM J.; TEIXEIRA, 2007, p. 1820).

Para Gomes (2014) há um conflito histórico e permanente entre a organização necessária das redes de atenção à saúde (do ponto de vista das redes típicas dos Sistemas Nacionais de Saúde públicos, universais e equânimes, como pretende ser o SUS) e a organização atual dessas redes, essencialmente federativa e municipalista. O autor ressalta ainda que:

[...]devido à essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, as RAS do SUS são governadas, projetadas, construídas, providas de

recursos, gerenciadas e operacionalizadas por milhares de entes federativos: 5.564 municípios, 26 estados, o DF e a União, todos com autonomia político-administrativa no interior da organização dessas redes. [...] Já são 25 anos de evidências desta contradição fundamental. Não se trata, aqui, de jogar pedras sobre o passado. A Estrutura Societária federativa e municipalista das RAS do SUS e sua Organização Atual resultaram de uma luta, de muitos anos, contra um Estado Nacional ditatorial, profundamente autoritário e centralizador, e uma saúde pública centralizadora, hierárquica e excludente.[...]Do mesmo modo, não se pretende aqui negar os esforços e benefícios eventuais dos processos de regionalização das redes do SUS, mas tem-se por objetivo, sim, ressaltar que os graves problemas de carências, fragmentação e desintegração que essas redes enfrentam nunca serão extintos caso não se supere, definitivamente, a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual. [...] Devido à essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, única no mundo, das eleições que se sucedem a cada dois anos e do fisiologismo, clientelismo, personalismo, patrimonialismo e outros 'ismos' que caracterizam nossa prática política e eleitoral, a política pública de saúde e as RAS do SUS estão subsumidas a essa prática e, por isso, são fortemente impactadas, a cada dois anos, em todos os entes dos três níveis da federação (GOMES, 2014, p. 942,943).

Diversos apontamentos da citação acima corroboram não só com as ideias apresentadas nos capítulos teóricos, mas também com os dados coletados na pesquisa de campo realizada na construção do presente estudo de caso. Conforme visto, a fragmentação decorrente da essência municipalista das redes de atenção à saúde e a força com que as eleições impactam os processos instituídos na operacionalização da política pública também refletem e determinam desafios identificados na experiência em análise. A fala abaixo é de uma das lideranças do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” e exemplifica um pouco esses impactos gerados pelas mudanças políticas que resultam em rotatividade dos cargos de gestão:

“A gente sempre vai na troca de gestão. Agora na pandemia que a gente fez virtual, chamamos todos os municípios. [...]Por conta dessa troca de gestão, que sempre é um problema, mesmo até quando já tem convênio, a troca de gestão sempre é uma questão a se trabalhar, a gente precisa refazer todos os laços, muitas vezes eles não sabem que existe o convênio. [...] Tem municípios que, por exemplo, troca a gestão, retira o corpo técnico. Então até voltar, o corpo técnico não necessariamente é de carreira, vai muito da questão política. Então é um trabalho árduo de conscientização desses gestores, e de que não pode deixar de ter uma pessoa. [...] Então a gente tem esse problema recorrente com alguns municípios. Outros são extremamente técnicos, já tem sua equipe, troca a gestão mas a equipe permanece.”(D2)

Conforme se pode perceber, o perfil do município é variável, mas existe essa tendência a não continuidade dos processos instituídos na gestão anterior. Dentre eles, a continuidade do próprio convênio fica suscetível, fazendo-se necessário o

deslocamento da equipe da coordenação para esses municípios periodicamente para reestabelecimento de parcerias e garantia da continuidade da experiência.

Além das mudanças advindas das eleições, a volatilidade com que muitos municípios lidam com a ocupação dos cargos de gestão ainda que independentemente dos períodos eleitorais, também aparece na entrevista de uma profissional de saúde da SMS de um dos municípios estudados, que atuou no CATES, e cujo nome foi substituído por combinação aleatória de letras (HY), conforme segue abaixo:

“Nós fizemos essa reunião com todos os gestores, só que no mês seguinte, já era uma outra pessoa, entendeu? Aí na semana seguinte já era outra pessoa, aí depois já era uma terceira pessoa aí eu ligava para pessoa e dizia: ‘Oi fulano aqui a HY da Defensoria’ [...] ‘Ah, HY, não estou mais no cargo’. Aí eu ligava para outro. Aí: ‘porque não estou mais no cargo’. Aí a gente voltava para estaca zero, porque tinha que se comunicar com a pessoa arrumar o telefone explicar do que se tratava [...] São todos os indicados pelos vereadores que às vezes por uma briga de prefeito, ele tirava. E aí com ele caía toda aquela gestão que o vereador tinha colocado entendeu? E era muito constante, muito.” (S2)

Conforme mencionado na fala da entrevistada, a cada troca de profissional ocupante de cargo de gestão, é como se no CATES, os processos de trabalho em andamento “voltassem à estaca zero”, no sentido de precisar reconstruir as pontes, fortalecer vínculos, explicar o trabalho desenvolvido, e reconstruir os caminhos para obtenção das respostas necessárias. Uma das lideranças do projeto entrevistada compartilha uma perspectiva interessante enquanto uma possível causa para essa situação:

“É eu acho que esse é o principal fator. Pessoas que se revezam muito nos cargos de chefia... É... As pessoas acabam não levando, não dando continuidade às reuniões, que eles precisam fazer. É... por exemplo, a unidade básica de saúde, a UPA daquela região, o hospital daquela região precisam se fazer reuniões mensais. Para trabalhar... o trabalho em rede para poder sempre está em diálogo. Identificando, falando desses casos, estudos de casos né. “Olha, eu estou encaminhando a unidade básica estou encaminhando muita gente para UPA, é, e a UPA não está atendendo” ou hospital: “Olha eu estou mandando as pessoas que são casos azuis, que são casos verdes é pra UPA porque não é o meu perfil e vocês não estão atendendo. Porque que a rede...? O assistido, ele não tem um caminho linear? Ele não consegue porque essas pontas. Elas têm trocas recorrentes das suas chefias e elas ficam assoberbadas no seu trabalho e pouca atenção se dá para o trabalho de gestão. Eu acho que a gestão em saúde e o planejamento é muito pouco valorizado pelas secretarias de saúde.” (D1)

De acordo com a entrevista acima a desvalorização do planejamento na gestão em saúde é uma significativa raiz do problema. A falta de valorização do planejamento, para ela, é percebida pela falta de espaços de reuniões periódicas

entre os dispositivos das redes de atenção à saúde que propiciariam caminhos mais lineares para o usuário do SUS percorrer na busca da solução de suas demandas. Caminhos esses que além de “tortuosos”, com várias idas e vindas entre diferentes serviços, muitas vezes, por obstáculos encontrados não chegam a lugar algum.

Um desses obstáculos foi identificado a partir das entrevistas, como sendo a “não cooperação” de profissionais médicos da rede; seja na emissão de laudos/receitas com letras legíveis, ou, seja no fornecimento de informações completas necessárias ao cumprimento de protocolos para que os usuários obtenham aquilo de que precisam. Os fragmentos de entrevistas abaixo exemplificam um pouco desse desafio enfrentado por duas profissionais de saúde atuantes no CATES de dois diferentes municípios analisados:

“Tinha letras impossíveis de se decifrar, para gente que é profissional de saúde, imagina para o defensor ou para o juiz! Como é que ele vai... vai julgar uma coisa que ele não tá entendendo nada?[...] Tem pessoas que parecem que estão com raiva do que estão fazendo, não querem fazer, mas cabe ao gestor... porque assim, eles punem profissionais de todas as áreas. Por exemplo, vamos supor que o enfermeiro tenha falado com um assistido que não vai fazer . Se você leva essa informação, não precisa nem ser para o secretário, mas com a chefe de enfermagem, ele é punido, né. E o médico não acontece nada. Então a gente precisa estar mudando essa questão que já aconteceu muito com outros pacientes.” (S2)

“Tem uma questão também que eu lembrei agora é a questão dos médicos atenderem o que a gente tava pedindo. Por exemplo, chegava lá um laudo totalmente ilegível, né, porque letra de médico é muito complicado. E aí, às vezes a gente pedia... era feito um ofício explicando direitinho para Defensoria e a gente pedia para o paciente retornar o médico para que o médico fizesse um novo laudo legível, né.” (S3)

Sobre a situação compartilhada acima, vale ressaltar que desde a década de 70 no Brasil, a lei 5991 de 17 de dezembro de 1973 já previa a obrigatoriedade da legibilidade nas receitas médicas, tendo o seguinte incluído pela Lei 14063 de 2020: “que seja escrita no vernáculo, redigida sem abreviações e de forma legível e que observe a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais” (BRASIL, 2020).

Em reflexão sobre as decisões estatais administrativas em saúde, Aith (2017, p. 124) afirma que: “[...] a prescrição do médico que atua na rede pública é uma decisão estatal de saúde com enormes conseqüências para o sistema [...]”. Essa concepção alarga a compreensão do que vêm a ser as decisões estatais no âmbito do Poder Executivo, incluindo todas as decisões tomadas por agentes públicos do estado no exercício de suas funções (AITH, 2017). Portanto, em certo sentido, uma prescrição médica, ou o mal/não preenchimento de um documento exigido ao

cumprimento de determinados fluxos ou protocolos, não se restringe a uma conduta individual com desdobramentos unicamente direcionados àquele a qual ela se destina, do ponto de vista do SUS. “As decisões estatais em saúde, tomadas no âmbito do Executivo, do Legislativo ou do Judiciário, são responsáveis pela conformação real da abrangência do direito à saúde, e de suas garantias em uma sociedade” (AITH, 2017, p. 127).

Outro aspecto que chama a atenção é a diferenciação na cobrança, por parte da gestão, dos médicos e de outros profissionais da saúde, como se no caso dos médicos, fosse mais difícil haver qualquer tipo de cobrança. A ocorrência de recusa ao fornecimento de informações completas nos laudos e/ou receituários emitidos por estes profissionais, também surge em outra entrevista de uma profissional da área do direito atuante em um dos núcleos de primeiro atendimento da Defensoria ouvidos, conforme segue abaixo:

“A gente não consegue avançar porque os médicos, eles têm uma dificuldade muito grande de elaborar os laudos médicos da forma correta como... eles não colocam o nome científico, então eles colocam o nome comercial. Isso dificulta. Ou eles não preenchem laudo como tem que ser: que é a CID, a enfermidade, a medicação, a posologia, o motivo, se aquilo ali é uma alternativa terapêutica, se é padronizado ou se não é padronizado, se não é padronizado, por que que está prescrevendo e se já tentou outras alternativas. Eu falo isso principalmente de médicos que estão no SUS, porque, assim, a gente pode trabalhar em qualquer laudo. Seja emitido por profissionais que estão no SUS ou seja particular. Mas esses, a responsabilidade desses profissionais que estão no SUS é redobrada. Porque se eu fui...se eu tô atendendo no SUS obviamente que aquele medicamento vai ser pleiteado outra vez no SUS. Não têm condições financeiras. E os laudos, eles não vêm prontos. E a gente perde muito tempo. A gente perde quase uma semana, às vezes meses com esse retorno. A gente tem que fazer ofício, a gente tem que oficiar. Tem médico que se recusa, acha uma afronta e então a gente tem muita dificuldade dos médicos da ponta [...] para mim, os obstáculos são mesmo a deficiência dos laudos médicos, que geram retrabalho, e, às vezes, negativas. As vezes a gente tem que oficiar ele para que ele possa responder a incompletude dos laudos.” (D9)

O citado “preenchimento do laudo como deve ser” na fala acima remete a uma série de informações que são requisitos para a solicitação de fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. Nesse aspecto, em publicação de 2018 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), consta a tese firmada de que a concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige:

Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS (STJ, 2018, p.2).

Daí a necessidade da exigência dos laudos completos aos médicos. Além disso, observando o fragmento de entrevista supramencionado, chama atenção essa forma de receber a demanda do CATES, como se fosse uma afronta ao trabalho do médico. E esse quadro, tanto da dificuldade de obtenção dos laudos completos em termos das informações necessárias ao fornecimento de medicamentos, como do entendimento por parte dos médicos que este tipo de solicitação é uma afronta ou interferência em seu trabalho, se repetiu em outra entrevista a profissional de uma SMS atuante no CATES:

“A gente pedia para o paciente retornar ao médico para que o médico fizesse um novo laudo legível, né, ou então que o médico dissesse que aquele medicamento que ele tava passando era o único e eficaz para o tratamento da pessoa. Porque às vezes eles só passavam a medicação e no relatório do cadastro que eu fazia vinha dizendo: ‘olha, essa medicação que o médico passou não tem no município e também não tem no estado, mas existe uma outra, que tem no município, que pode substituir a que o médico passou’. E tinha médico que não gostava de responder isso. Entendeu. Tinha médico que, às vezes, a gente pedia para eles, né... mandávamos o ofício direitinho e aí o paciente voltava com laudo para gente com o médico dizendo assim, por exemplo, mais ou menos com essas palavras; ‘não pode porque não pode.’ Entendeu? Mais ou menos assim. Não respondia o que agente perguntava, por exemplo; ‘não pode porque não é eficaz’... não justificava! O próprio assistido chegava para mim e falava assim: ‘olha foi uma luta por que o médico falou...’ um assistido inclusive até falou assim: ‘o médico perguntou quem era você e por que você estava querendo se meter no trabalho dele’. Daí eu falei: ‘nossa eu não estou querendo me meter, eu só quero que ele justifique’. Porque, se a pessoa puder tomar um medicamento que existe no município é bem melhor para ela. Primeiro porque com a receita, no mesmo dia ela vai lá e pega. Segundo que é porque ela não vai esperar abrir uma ação judicial e todo esse trâmite.” (S3)

Em corroboração a essa realidade, a incompletude dos documentos fornecidos pelos médicos aos usuários, e o desdobramento gerado através de ofícios e idas e vindas de usuários entre Defensoria e unidades de saúde também aparece em outras entrevistas, como por exemplo, a da profissional de saúde atuante no CATES de outro município:

“[...] eles dão atestado faltando CID a gente precisa do CID, aí pede para o paciente voltar no médico e ele não quer atender ou ele fala que tá bom que é aquilo ali, que é só aquilo que ele pode fazer então a gente encontra essa dificuldade e daí o que a gente precisa fazer? Fazer um ofício assinado pela defensora pública e aí se ele não responder a esse ofício entra como desobediência.” (S4)

Visto isso, é importante destacar que os maiores prejudicados, são os próprios usuários, cujas demandas acabam levando um tempo muito maior para alcançar a resolução. Em corroboração a essas dificuldades identificadas na

presente pesquisa, destaca-se também uma realidade semelhante em dissertação apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz, Mariana Faria Teixeira (2011) cujo trabalho sobre o Sistema de pedido Administrativo no município do Rio de Janeiro envolveu entrevistas a atores-chave da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, Procuradoria Geral do Município do Rio de Janeiro, Central de Atendimento à Demanda Judicial e Gerência de Atendimento à Mandado.

Uma última questão que aparece, também bastante interessante, é a observação de alguns dos atores entrevistados quanto aos profissionais do SUS – eles não agiram como parte integrante e atuante do Sistema. A análise desses atores é de que falta melhor orientação ao profissional que faz parte da rede (médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas), como um curso preparatório, por exemplo, ao profissional que ingressa no SUS. E citam exemplos de contradições como um médico, funcionário no SUS, que prescreve a um paciente uma cama hospitalar digital, quando ele tem consciência de que essa cama não existe no hospital no qual ele trabalha, [...] Outros profissionais desrespeitam a regra da prescrição médica por composto ativo e prescrevem nomes comerciais, sendo que na farmácia do SUS esses medicamentos, com nome comercial, não estão disponíveis. Dentro dessa mesma questão, foi interessante constatar, através da entrevista com a DPE, que há certo número de cidadãos que chega ao Núcleo de Fazenda da DPE “encaminhado” pelo profissional do SUS que o atendeu (TEIXEIRA, 2011).

A mencionada questão do uso do nome comercial, já foi visto anteriormente em menção a fala de um dos entrevistados da presente tese. A questão dos profissionais da rede muitas vezes agirem como se não fossem parte integrante e atuante do sistema, pode ser mais um reflexo das fragilidades nas estruturas de comunicação e informação dentro da própria rede de atenção à saúde (ou seja, entre os profissionais da assistência e gestão) e para fora dela (abrangendo os usuários e instituições jurídicas, por exemplo).

Sendo assim, reforça-se necessidade já discutida de divulgação do CATES na rede municipal de saúde, de modo que os profissionais, em geral, e não apenas os médicos, compreendam a importância das respostas às solicitações deste órgão. Além disso, também traz a tona novamente a necessidade de reuniões periódicas entre o CATES e os profissionais da gestão da saúde no município, de maneira que essas dificuldades possam ser resolvidas sempre que identificadas.

Além disso, a existência de reuniões periódicas devidamente registradas e consolidadas como rotina na gestão pública da saúde no município, minimizariam as chances de, uma vez alterados os profissionais dos cargos de gestão, haver

descontinuidade do desenvolvimento do trabalho empreendido pelo projeto, e mais especificamente no CATES.

Portanto, os desafios ligados aos recursos humanos do município aqui apresentados, são de significativa relevância para o alcance de atendimentos mais resolutivos nos núcleos da Defensoria e para um manejo das demandas em saúde de forma mais adequada pela própria gestão municipal.

8.1.4A expectativa da redução do número de ações judiciais versus a racionalidade do manejo das demandas em saúde frente à judicialização

Retomemos o fato citado no tópico anterior, da possibilidade de o município não compreender o convênio como um caminho de fortalecimento do acesso dos usuários a sua rede de atenção à saúde e melhor manejo do fenômeno da judicialização no seu território. Essa possibilidade, conforme dito anteriormente poderia constituir numa possibilidade explicativa para a não existência de uma divulgação mais marcante do projeto junto às redes municipais de saúde.

Destaca-se ainda que essa também pode ser uma possibilidade para o “não êxito” do convênio no município de Belford Roxo, onde, segundo a pesquisa de campo, o convênio vinha encontrando dificuldades significativas na manutenção de seu funcionamento. Quando questionado se, na sua perspectiva, acreditava poderia haver um fortalecimento da rede de atenção à saúde caso o convênio estivesse funcionando dentro da normalidade, um dos entrevistados ligados a SMS deste município ressalta que:

“Não. Sabe por que eu não acredito? Porque o que o município tem, ele disponibiliza o que a gente tem não precisa de “jeitinho”. Você tem que esperar às vezes uma fila porque tem uma fila para todo mundo, não tem jeito, mas o que o município tem ele disponibiliza, é porta aberta. Então o que a gente não tem, a gente não tem o que fazer. Não adianta Defensoria pública mandar ‘agente extra-oficial’ e a gente não tem o que fazer, é o que eu tô falando. Se nem em uma decisão judicial a gente consegue fazer uma dispensa de licitação, que dirá uma solicitação da Defensoria, tem menos força ainda. Então vai ser mais um papel que vai gerar na Defensoria pública que vai produzir lá e que vai ser inócuo.” (D5)

A percepção passada pelo entrevistado é que o objetivo do convênio seria para dar “um jeitinho”, “mandar um agente extra-oficial”. Essa visão nos faz

questionar como foi a experiência dessa SMS com o convênio. Chega a refletir uma desesperança de que um trabalho conjunto possa efetivamente alterar o alcance de resolutividade em uma situação orçamentária já difícil e comprometida que determina a garantia ou não da prestação de alguns serviços no campo da saúde pelos municípios. Campo este já tão afetado pela conjuntura de austeridade fiscal instaurada no país conforme discutido nos capítulos teóricos da presente tese. Essa visão acima exemplifica também a assimetria da consolidação da experiência nos diferentes municípios e na existência de dissonâncias em relação às percepções quanto ao projeto.

Uma possibilidade para essa perspectiva “não exitosa” é que ela pode ser resultante de uma experiência que não produziu a resposta esperada quanto à redução da judicialização, que certamente é o que move o interesse do município na assinatura/ renovação do convênio. Afinal, conforme já mencionado no capítulo 6 sobre a operacionalização do projeto, embora a experiência estivesse funcionando em cinco dos seis municípios estudados, o município de Belford Roxo não pareceu ter tido uma experiência positiva com o projeto. Nesse sentido, um profissional entrevistado deste mesmo município corroborou com essa possibilidade, relatando que:

“Então, até um tempo atrás nós tínhamos dois funcionários junto da Defensoria Pública, mas o que que nós percebemos, né, com o jurídico da Saúde: esses funcionários que estavam lá eu não sei se não estavam preparados, ou eu não sei bem o que aconteceu. Isso não consigo te explicar. Mas a demanda cresceu. O que o funcionário deveria fazer é exatamente entrar em contato para que não fosse judicializado aquela demanda: eu tenho isso eu posso pedir para que ele vá ali na farmácia buscar? Olha eu tenho uma transferência... Eu acho que para diminuir a demanda, e aconteceu lamentavelmente ao contrário, aumentou a demanda”. (D6)

Acerca dessa expectativa mencionada de redução da judicialização, vale à pena retomar uma das citadas falas de uma entrevistada atuante na concepção e início da experiência, quando aponta que:

“E aí uma pergunta que as pessoas fazem: Reduziu a judicialização? É uma pergunta que eu nunca vou conseguir responder se reduziu a judicialização, acho que a câmara não vai conseguir reduzir, acho que a gente vai dar uma racionalidade à judicialização. Por que a gente sabe que as incorporações elas não andam no mesmo ritmo que a indústria farmacêutica, que o mercado, que os procedimentos. Então se a gente conseguir manter o mesmo quantitativo de demandas judiciais eu acho que a gente já tem êxito.” (S1)

Conforme apontado pela entrevistada, o objetivo da CRLS Interior, e consequentemente também o objetivo essencialmente falando do “Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, é dar racionalidade (no sentido de qualificar e otimizar) o manejo do fenômeno da judicialização. Qualificar o manejo das demandas em saúde que chegam aos núcleos de primeiro atendimento. Mais uma vez, reforça-se a ideia de que reduzir ações judiciais em geral, no âmbito da saúde, é diferente de reduzir novas ações judiciais desnecessárias nesse mesmo âmbito.

Nesse aspecto, é importante mencionar que uma das defensoras entrevistadas enfatiza que a judicialização ainda é, em muitos casos, conforme discutido anteriormente, um caminho necessário:

*“Quando a gente consegue o atendimento extrajudicial, não precisa judicializar; há eficácia, agilidade, celeridade maior para o assistido. Mas há casos em que é necessário o ajuizamento da demanda para equilibrar as forças porque, se um município nega, e o cidadão está desprovido daquele item, e ele precisa daquilo para sobreviver, você precisa da mão forte do Judiciário para tutelar aquele direito, para proteger aquele direito. Então, apesar de tudo, ainda é um meio que a gente tem para forçar o atendimento daquela demanda da pessoa que está ali. Então é... com todas as críticas que são feitas, com todas as críticas; a burocracia, a morosidade, com todos os problemas e percalços ainda é o **Judiciário que vai estender a mão para colocar aquela pessoa em pé de igualdade com município e com o Estado**. Então temos aí que não podemos desprezar essa importância, né, da judicialização. Ela ainda é um meio que a gente precisa em muitas situações. É o que a gente tem a nossa disposição para amenizar a desigualdade que tá permeando aí todas essas relações” (D3)*

Como pode ser observado na fala acima, o Judiciário ainda é, muitas vezes, o único meio pelo qual o indivíduo é posto “em pé de igualdade” com o Estado para obter a efetivação do direito à saúde. Destaca-se que os dados da pesquisa indicaram que o “Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” não busca simplesmente evitar ou combater a judicialização da saúde, mas qualificar os atendimentos que podem precisar seguir esse caminho, ou não. Segundo a mesma entrevistada:

“O convênio na sua redação no seu contrato tem cláusula expressa dizendo, ressaltando a prerrogativa da Defensoria em ingressar com ação judicial.” (D3)

Nesse sentido, vale ressaltar que, de acordo com a pesquisa documental, o próprio convênio referente ao projeto, que vincula a SMS e a Defensoria, aponta como objeto a formação de parceria institucional para qualificação e otimização do atendimento dos que procuram a DPERJ buscando serviços de saúde, de forma a

promover solução administrativa dos conflitos. Em tese, isso pode ou não gerar uma redução no número de ações judiciais.

Outras variáveis precisam ser levadas em conta, como; se haverá ou não ampliação no número desses atendimentos, se a qualificação desses atendimentos pode gerar demandas secundárias àquelas que inicialmente moveram o indivíduo a buscar a DPERJ, dentre outras. Isso precisa ficar muito claro aos gestores municipais e aos seus profissionais que lidam com a judicialização da saúde em seu território. Além disso, tanto os resultados esperados como os desafios encontrados, certamente irão diferir de um contexto municipal para o outro.

Traçando um paralelo, por exemplo, no campo da assistência à saúde; quando se abre uma unidade básica de saúde em uma região onde anteriormente era tida como de “vazio sanitário”, ou seja, onde se havia uma população desassistida e agora se passa a poder contar com uma equipe de saúde da família, se houver, por exemplo, um aumento no índice de casos de Tuberculose, Hanseníase, Diabetes e Hipertensão daquela comunidade, seriam porque a implementação daquela unidade básica não deu certo? Ou por que a mesma ampliou o acesso possibilitando que os casos fossem identificados, notificados, tratados e acompanhados devidamente?

Obviamente resguardando todas as diferenças de ambas as situações, e entendendo que o convênio busca aperfeiçoar atendimentos que anteriormente já eram realizados pela Defensoria, instrumentalizando a mesma para lidar com os casos de modo ainda mais eficiente, não se pode negar a possibilidade de que, quando os usuários do SUS obtêm resolutividade nos atendimentos, isso pode de certa forma fomentar uma busca maior por essa via de acesso.

Inclusive essa situação foi apontada por um dos profissionais indicados pela secretaria que atuaram junto ao núcleo de Defensoria de um dos municípios pesquisados:

“O número de atendimento cresceu bastante. No começo de pessoas não conheciam setor e eu acredito que não foi nem pela divulgação do município, mas o próprio boca a boca da população” (S3)

Pode-se refletir a partir dessa fala, que o aumento da procura pode então sinalizar uma maior confiança no atendimento pela Defensoria, no sentido de configurar um caminho para garantia do acesso ao direito à saúde, quando pelas vias administrativas normais, o usuário acaba encontrando algum impedimento.

Durante a pesquisa bibliográfica, identificou-se que este cenário gerado a partir do Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, se assemelha a um dos resultados encontrados no estudo de Souza A. (2016) que analisou a atuação em rede por órgãos estatais na CRLS e no NAT no Rio de Janeiro. De acordo com os dados de sua pesquisa, um dos fatores que contribuem para os assistidos procurarem a CRLS é: “Resolução de demandas em ocasiões anteriores, através das Defensorias na CRLS, o que leva ao retorno do assistido, por entender que o recurso à Câmara possibilita o atendimento da demanda apresentada” (SOUZA A., 2016, p. 41).

Nesse aspecto, outro desafio pode ser revelado a partir da experiência analisada, que se traduz na existência de usuários que se encontram “perdidos” no sistema de saúde, desprovidos das informações necessárias para a satisfação de suas necessidades no campo da saúde, e por isso acabam enxergando na Defensoria, o único caminho capaz de proporcionar o acesso àquilo de que precisa, conforme será discutido no tópico a seguir.

Por fim, vale a pena ressaltar que a análise da experiência demonstrou que o resultado esperado com a implementação dos convênios é trazer melhor manejo à questão da judicialização. E isso, não necessariamente, irá refletir em uma redução direta no quantitativo das ações judiciais. Embora, idealmente falando, seja desejável, em todos os aspectos, que a judicialização não seja mais necessária para efetivação do direito à saúde.

A dificuldade dos usuários do SUS na obtenção correta das informações sobre o funcionamento da rede pública de saúde em seu município foi constatada, principalmente, através da pesquisa de campo. Esse desafio acaba resultando, muitas vezes, no fato de a população agir como se compreendesse que a Defensoria fosse em si mesma uma porta de entrada do SUS. Entende-se que ela é um caminho a ser trilhado quando há falhas nas portas de entrada do sistema, ou quando ao passar pela porta de entrada, o usuário se depara com outros entraves que impossibilitam a garantia dos seus direitos, conforme já discutido anteriormente. Mas ela não é, ou ao menos não deveria ser uma porta de entrada para o SUS.

Nessa vertente há duas explicações que não necessariamente se anulam, mas que podem coexistir no sentido de contribuir para sustentar essa situação:

- 1- Há de fato uma visão tutelar do Estado por parte dos cidadãos onde os usuários vêm na via judicial a melhor forma de garantia dos seus direitos,

contribuindo para a sustentação da ideia do Estado como pólo ativo e a sociedade como pólo passivo na sociedade brasileira.

- 2- Há uma falta de informações adequadas ou limitações de comunicação generalizadas (tanto entre usuários quanto dos profissionais do SUS) que alimentam a busca por um “pólo salvador” que resolva todas as suas necessidades de saúde.

Acerca dessa primeira possibilidade explicativa, um dos profissionais do direito atuante no núcleo de Defensoria de um dos municípios pesquisados faz a seguinte reflexão, comparando o Brasil com experiências internacionais:

“Lá fora a gente sabe que as experiências são outras em termos de democracia, de acesso... as pessoas assim elas ficam acomodadas. Tanto que muitas das vezes eu pego situações em que o assistido: "ah eu vim em você". Aí eu falo 'Mas o senhor já tentou resolver administrativamente?' Não! A pessoa já vem pro Judiciário por quê? Porque tem no Judiciário o guardião universal e não gera consciência política nas pessoas. Não gera consciência de que as pessoas têm que fazer valer os seus direitos. Então assim, não é bom para a democracia como um todo, assim... ao meu ver... entende? Tanto que a gente vê um Judiciário inflado né? A gente vive hoje dos três poderes, o Judiciário é o que mais, é... tem uma atuação...enfim, dominante em uma República, então assim, isso não é sadio pra nossa democracia, entende? Lá fora as pessoas querem reivindicar as coisas elas vão, né, fazem valer, param as coisas, né, fazem demandas, tem uma posição mais ativa do que passiva, entende? Então esse é o meu posicionamento não que o Judiciário não tenha que ser demandado. Não é isso. Mas eu não acho que o Judiciário tenha que cuidar de tudo. Isso gera um comodismo social muito ruim para o nosso desenvolvimento enquanto democracia.” (D8)

De acordo com a entrevistada acima, há uma sobressalência do Poder Judiciário atualmente na atuação quanto à garantia de direitos no Brasil, o que de acordo com seu ponto de vista não é sadio para a democracia. No aspecto, dessa interferência do Poder Judiciário na esfera de atuação de outro poder, Castro (2016) defende o entendimento de que o Poder Judiciário deve ter uma atuação temporária e corretiva nessa interferência, suprimindo falha ou omissão existente, devendo interferir apenas até que a outra função restabeleça então a sua função típica, sendo uma relação de colaboração mútua entre as funções dos poderes e não uma sobreposição das mesmas (CASTRO, 2016).

Na prática, sabe-se que essa relação de colaboração entre os poderes nem sempre é tão simples. Um estudo recente do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2021) apontou em sua pesquisa que, quando questionadas às secretarias municipais e estaduais de saúde, sobre a frequência com que as decisões judiciais consideram as políticas públicas existentes, aproximadamente metade dos

respondentes informou que “raramente” ou “nunca” são consideradas as políticas públicas existentes para a tomada de decisão nas demandas de saúde, por parte do Judiciário. E, ainda menos freqüentes, foram respostas que apontaram a observância de orientações do Poder Executivo local para a tomada de decisão nos julgamentos que são produzidos pelos Magistrados (CNJ, 2021).

Em continuidade da reflexõesobre a primeira explicação que envolve a visão tutelar do Estado e seu protagonismo na condução de nossa democracia, Asensi (2010a) destaca dois autores que corroboram com pontos de vista que nos ajudam a refletir sobre possíveis explicações para esse quadro no âmbito nacional: a tese de Raymundo Faoro que defende que houve um “transplante” do estado português para o nosso contexto, mantendo a ideia de que o protagonismo é do rei e não do povo. Sob essa compreensão, nas palavras de Asensi: “[...] a mudança social seria operada pela mudança estatal, pois seria primordialmente pela via do Estado que se desenvolveria a sociedade” (ASENSI, 2010a, p.73). O segundo autor abordado por Asensi (2010a) cuja discussão muito contribui para essa reflexão é José Murilo de Carvalho, cuja perspectiva defende uma longa tradição estatista no país, inaugurou o termo “estadania” para denominar esse traço característico da cultura cívica brasileira, onde há uma configuração mais passiva da sociedade civil, e onde direitos são vistos como favores concedidos pelo Estado.

Os dados das entrevistas apontaram que por vezes, antes mesmo dos usuários buscarem, por exemplo, a secretaria de saúde para resolver sua demanda, o primeiro caminho era se dirigir a Defensoria, conforme exemplo de fala a seguir de uma das profissionais da SMS de um dos municípios analisados:

“Às vezes eles não chegavam nem a procurar a própria Secretaria de Saúde. Eles já vinham direto no fórum. Então muitas coisas que eles tinham, que o município atendia, eles não sabiam porque não procuravam, né.[...] O número de atendimento cresceu bastante no começo, de pessoas não conheciam o setor, e eu acredito que não foi nem pela divulgação do município mas o próprio boca a boca da população, entendeu, que falavam: ‘olha, eu consegui isso aqui lá no fórum’.” (S3)

Conforme visto na fala acima, alguns usuários verbalizavam durante os atendimentos na Defensoria, que nem se quer chegavam a procurar a secretaria de saúde. “Já vinham direto no Fórum”. Cabe uma reflexão sobre o porquê da não procura desses usuários à SMS ou outro órgão ligado aos serviços de saúde do município. Além de poder ser um reflexo da perpetuação da visão tutelar do Estado, pode-se inferir que se houvesse uma comunicação mais eficaz entre os profissionais

de saúde e os usuários do sistema e entre a gestão municipal e estes dois grupos, talvez o direcionamento correto dessas demandas, seria algo naturalmente incorporado às práticas cotidianas. Mas, muitas vezes a falta de informações ou de desenho adequado dos fluxos para resolução das demandas dos usuários, pode acabar contribuindo para que esse “fluxo” seja “desviado” para a Defensoria enquanto instituição jurídica capaz de intervir para resolução da demanda apresentada.

Essa situação, apesar de refletir que a Defensoria é para a população, de fato uma ponte para obterem a efetivação do seu direito à saúde, também aponta para um caminho que não é o ideal, no sentido de ser vista como uma porta de entrada para a rede de atenção à saúde em qualquer tipo de situação, podendo configurar assim, um desafio para a operacionalização da própria experiência.

Ampliando a discussão sobre o Poder Judiciário ser uma porta de entrada para questões referentes à saúde, vale considerar Bucci (2017), ao discutir o caso da fosfoetanolamina sintética, que segundo a autora, levou ao paroxismo a judicialização da saúde no Brasil, quando entre junho de 2015 e fevereiro de 2016, a Universidade de São Paulo (USP) chegou a receber cerca de 13 mil medidas liminares que determinavam a entrega da substância para pacientes de câncer descreve que:

Também não se sabe exatamente como se disseminou, pelas mesmas redes sociais, a orientação de que a melhor forma de obter o “remédio” (como vimos, não se trata de medicamento, embora assim pensassem alguns juízes) era requerê-lo à Justiça. Por esse caminho, no início em pequena quantidade, depois em números crescentes, o Poder Judiciário passou a servir de porta de entrada e saída, canal de circulação e distribuição da fosfoetanolamina (BUCCI, 2017, p. 32).

Embora trazendo uma perspectiva sobre o contexto específico da situação da fosfoetanolamina, a disseminação da ideia do caminho judicial enquanto canal de circulação para obtenção de serviços e insumos em saúde- conforme visto na citação acima-foi também constatada na análise do projeto em questão a partir das entrevistas realizadas.

Acerca disso, um artigo resultante da pesquisa bibliográfica, que discute formas alternativas de solução de conflito no campo da judicialização da saúde e abordando a experiência da CRLS, aponta que:

A descrença, sobretudo, no Poder Executivo cuja competência primária é executar as políticas públicas, tem levado os cidadãos a procurarem o Poder Judiciário, muitas vezes como a primeira via, para se obter a

prestação de saúde, o que vem gerando o crescimento de demandas exponencialmente, acarretando diversos problemas devido à proporção que a judicialização vem ganhando (CASTRO, 2016, p. 158).

Para a autora acima citada é a descrença no Poder Executivo que leva o cidadão a ter esse tipo de atitude. Visto isso, pode se inferir a existência da necessidade de se buscar a reinserção do usuário na rede sempre que possível, de modo a “quebrar” o ciclo que muitas vezes se percebe; de usuários que saem dos atendimentos nas unidades de saúde e procuram diretamente o caminho do acesso à justiça para a obtenção daquilo que precisa. Em corroboração a ideia dessa “quebra de ciclo”, uma das entrevistadas que participaram da etapa inicial da concepção da experiência em foco compartilha a seguinte visão descrevendo o que mudou a partir do projeto:

“Então trouxe uma proximidade da Defensoria com os gestores, mas sem desrespeitar o fluxo dos serviços, da administração pública. E isso é muito importante, pois existem alguns lugares que isso se inverteu. A pessoa saía do médico e já ia pra Defensoria, porque assim, tentou tirar na própria clínica, via que não tinha, já ia pra Defensoria. Hoje, vai pra Defensoria também, mas ele vai ser visto de alguma forma pela administração pública de forma mais centralizada, na gestão central, e não assim... porque nas pequenas clínicas às vezes, em uma não tem, mas na outra tem”. (D2)

Esse “ser visto de forma centralizada” pode ser compreendido como ter a demanda analisada a partir da rede como um todo, mesmo que dentro dos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ. Por isso a menção ao exemplo de que muitas vezes, a unidade onde o usuário busca, não terá necessariamente o que ele precisa para atender sua demanda. E talvez, nem mesmo a informação de que precisa para buscar o caminho mais resolutivo.

Em continuidade a explanação, acerca da segunda possibilidade explicativa que traz à cena a inexistência de informações suficientemente adequadas ou mesmo limitações de comunicação generalizadas (tanto entre usuários quanto entre os profissionais do SUS), outro fragmento de entrevista, realizada um profissional indicado pela secretaria de saúde para atuar na Defensoria pelo convênio, contribui para melhor discussão acerca desses aspectos:

“Às vezes a pessoa chega lá e queria fralda descartável daí eu falava; ‘não, agente não precisa pedir porque já existe um local específico no município. É só chegar lá e fazer cadastro’. Às vezes não passava nem pela Defensoria, porque eu já sabia encaminhar as pessoas. Então é importante, porque as pessoas falavam: ‘Caramba! Eu não sabia que existia esse setor aqui! Tem um vizinho meu precisando de tal coisa, então vou encaminhar ele para cá’. Então eles viam que as coisas aconteciam no município.” (S3)

Ou seja, há demandas que se dirigem para o caminho do acesso a justiça via Defensoria, mesmo para aqueles serviços/ produtos de saúde que são fornecidos pelo município. E isso também é mencionado em fala de outros três entrevistados que também faz alusão a desinformação dos usuários nesse aspecto:

“Muita das vezes é questão de informação. A pessoa sequer foi ao órgão do qual ... porque também, talvez não houve essa orientação. Talvez algo que podia ser melhor implementado, né, ver ali já dentro dos pólos de atendimento médico, se já tivesse acesso ao sistema do SISREG, já fazer a inscrição na fila, dar uma perspectiva de tempo, é e não... Porque a pessoa fica completamente perdida! Então a Defensoria acaba que é assim : ‘olha vou lá, né.’” (D4)

“[...] às vezes não sabem nem o acesso à forma como o medicamento é alcançado porque muitas vezes é... Essa informação falta e aí às vezes o caminho é só ensinar o caminho das pedras: ‘não você vai ter que se cadastrar lá no centro, porque esse medicamento é dado, é fornecido, né, pela União’. Enfim, a gente ensina o caminho das pedras.” (D13)

“Muitas vezes o assistido está perdido na rede, e muitas vezes o profissional que está na ponta não sabe dizer para onde deveria ir, e o assistido fica perdido e vai buscar a justiça.” (S1)

Fica claro como a falta de informação do usuário pode ser responsável por deixá-lo “completamente perdido”, conforme acima mencionado e também visto anteriormente. Entretanto, por outro lado muitas vezes é a informação errada dos profissionais de saúde que estão na ponta dos atendimentos- o que reflete também a desinformação dos mesmos- que leva esse usuário a ficar perdido, ainda que, seguindo a orientação do profissional de saúde. Destacam-se como exemplo, dois relatos abaixo de dois dos profissionais do direito, atuantes em núcleos de Defensorias de municípios diferentes, entrevistados. Na primeira citação, os nomes próprios de município e bairro foram substituídos respectivamente pelas letras U e Y:

“Tem pessoa que tem que percorrer quilômetros. Teve uma vez que uma pessoa quase me fez chorar em U. Foi um senhor que precisava de um atendimento médico e ele chegou lá em U, não sei se você tem noção do tamanho do município. U é enorme muito populoso e ele falou para mim assim: ‘Ah, doutora eu vim andando de Y porque eu não tenho passagem. Lá não tem atendimento.’ Aí eu falei: ‘Mas lá não tem clínica da família?’ Aí ele falou: ‘Não, porque lá me falaram que eu tinha que procurar a Defensoria pública e eu não tenho passagem e eu vim andando aqui’. Sendo que ele queria na época, era uma consulta! Era uma coisa super simples, sabe. Ou seja a falta de orientação mesmo, né, a falta de acesso se tivesse uma pessoa para dar uma orientação do município mesmo. Ele conseguiria saber onde tem, porque tem clínica da família em Y, tem UPA lá, não sei... Ele poderia, né, mas não. Acho que talvez ele tenha procurado alguém, mas aí falaram para ele procurar a Defensoria.” (D8)

“Eu acho que se os profissionais de saúde orientassem melhor, né: ‘isso aqui está disponível, isso aqui não está’, é... evitaria muitos dos nossos atendimentos. Tudo bem que o convênio existe pra isso, mas assim, tem uns casos assim que eu fico besta, né. Teve um, que um médico entregou o

LME, né, para o assistido índice para ele ir lá na secretaria estadual de saúde lá na rua México, na sede, no centro do Rio. Aí ele disse que foi lá e aí falaram para ele procurar a Defensoria entendeu? Ao invés de... o médico não sabe onde faz o cadastro ou como é... e era um medicamento que era aquela história: era padronizado, mas para outra doença. Então acabou que eu que fiz essa orientação, né, para ele. Orientei que não estava disponível para o caso dele e pedi os documentos e tal, mas ele desistiu.” (D12)

Pode-se perceber em ambos os casos supracitados, que a falta de informação adequada gerou transtornos para os usuários, na busca pelo acesso a insumo e serviço de saúde. A última fala faz referência à desistência do usuário em dar entrada na ação judicial para a obtenção da medicação.

Também corrobora para esse entendimento, o estudo de Souza A. (2016) anteriormente citado, fruto da pesquisa bibliográfica realizada, quando apontam outros dois fatores identificados em sua pesquisa como aqueles que contribuem para busca de indivíduos pela Defensoria, no sentido da resolução de demandas em saúde: “1. Desconhecimento sobre o local adequado para atendimento de suas demandas de saúde; 2. Falta de orientação do médico sobre onde conseguir o atendimento” (SOUZA A., 2016, p. 41).

Retomando o estudo de Teixeira (2011) que analisou o sistema de pedido administrativo de pedidos administrativos, enquanto uma alternativa à judicialização da saúde do estado e município do Rio de Janeiro àquela época aponta em seus resultados que:

A falta de divulgação de todo serviço que é prestado pelas secretarias do município e do estado é apontada como uma barreira que amplia a procura do cidadão pelo Judiciário como provedor absoluto em matéria de saúde. Como exemplo dessa falha, um dos atores entrevistados informa que no município existe um programa de hipertensão e diabetes que é maravilhoso, contudo os cidadãos continuam entrando com ações judiciais para conseguir fita de glicemia e aparelho de medição de glicose. Mas o programa do município já oferta esses itens sem demora aos cidadãos nele cadastrados (TEIXEIRA, 2011).

Mais de dez anos se passaram dessa pesquisa supracitada, quando ainda nem mesmo a CRLS existia, e a falta de divulgação dos serviços disponibilizados pelo SUS, bem como os meios e fluxos previstos para que os usuários possam acessá-los permanece sendo constatado.

Esse fato nos faz recobrar uma reflexão trazida na etapa teórica da presente Tese no capítulo que discute a judicialização da saúde, onde se questiona se tudo aquilo que demanda o movimento de ações judiciais contra o Poder Executivo se traduz na justificativa de gargalos que existem nas práticas enquanto problemas

reais. Ou ainda, se talvez muitas vezes o que acaba sendo o principal fator disparador de uma ação judicial pode refletir apenas, em essência, uma falta de informação ou comunicação. Seja a comunicação entre o cidadão e o profissional de saúde, seja entre este e a gestão, ou entre essa gestão e o Poder Judiciário ou mesmo entre o Poder Judiciário ou a Defensoria e o próprio cidadão.

Em resposta a essas inquietações, conforme visto, os dados da pesquisa sugerem que a desinformação sobre a operacionalização dos serviços ofertados pelo SUS, pode ser a causa de muitas demandas em saúde que originam ações judiciais. Nessa vertente, a pesquisa bibliográfica trouxe uma Dissertação que construiu um estudo teórico sobre a experiência da CRLS no município do Rio de Janeiro, em cuja conclusão destaca a busca por informação como uma das questões demandadas à Câmara (PEREIRA, 2019).

Para além de questões referentes às dificuldades geradoras de processos comunicativos deficientes, há uma questão mais ampla, que diz respeito à articulação das diversas esferas da gestão do SUS, o que apesar de obviamente travar processos que se concretizam no âmbito municipal, não necessariamente tem nele origem. Em discussão acerca da concretização da Política de Assistência Farmacêutica Bucci (2017, p. 36) aponta que:

A falta de articulação dos gestores do sistema de saúde constitui uma dificuldade adicional. Pois o usuário que demanda um medicamento ou providência não está em contato com as abstrações da política pública, mas apenas com as medidas concretas que satisfazem ou não suas demandas por atendimento.

Sendo assim, essas dificuldades dos usuários do SUS na obtenção correta das informações sobre o funcionamento da rede pública de saúde em seu município, que pode resultar em processos comunicativos deficientes na própria rede de atenção à saúde, se constitui também em um importante desafio para a experiência analisada, conforme visto.

Nesse aspecto, GOMES (2014, p. 944) destaca acerca das redes de atenção à saúde, que:

Mais precisamente, ao longo de seus 25 anos as RAS do SUS tornaram-se uma organização 'teratológica', porque composta por milhares de partes que, na essência, obedecem cada uma a um 'cérebro' diferente. Esta 'conta' inclui, além dos milhares de seus gestores federativos, os milhares de gestores 'técnicos' de suas unidades operacionais próprias, conveniadas e contratadas. Por essas razões, devido à sua Organização Atual, as redes do SUS são instáveis, incompletas, desintegradas e congenitamente frágeis, sujeitas a todo o tipo de carências e ataques, e, por isso, se

constituíram em um sistema de saúde pobre para os pobres[...] (GOMES, 2014, p. 944).

Tomando por base a reflexão proposta pelo autor acima, cabe salientar o quão urgente são iniciativas potencialmente favorecedoras de maior integração dos processos de gestão do SUS nas 3 esferas de governo, e quão igualmente urgente é o desenvolvimento de mecanismos capazes de garantir fluxos operacionais coerentes que dêem conta das demandas dos usuários.

Por outro lado, algumas entrevistas sinalizaram que há também àqueles usuários cuja vulnerabilidade social é tanta, que os mesmos não têm acesso à informação suficiente, nem ao menos para saberem que têm direito a recorrer ao atendimento na Defensoria Pública, quando se vêem diante de dificuldades no acesso ao direito à saúde. Essa ideia é abordada, como pode-se observar nos fragmentos de entrevistas abaixo destacadas de duas Defensoras entrevistadas:

“Então tem uma questão grande conjuntural nisso tudo né e as dificuldades do próprio cidadão para lutar por seus direitos por falta de instrução, desconhecimento, incapacidade econômica uma conjuntura muito difícil, muito difícil, muito desfavorável.” (D3)

“As pessoas às vezes não têm nem a informação de que podem ir na Defensoria.” (D13)

“A gente vê ... o direito à saúde pelo ponto de vista, pelas lentes das pessoas que estão ali vivendo e não obtendo o direito à saúde. É algo com que a gente lida todos os dias. Como as pessoas dizem que não tem o direito, na verdade. Então direito à saúde, do ponto de vista das pessoas, é como se fosse inexistente. Já ouvi isso muitas vezes as pessoas dizendo que não tem direito e, assim, é muito difícil para a gente que estuda o direito, que a gente diz para as pessoas: ‘sim vocês tem direito’, o direito que não é implementado. Ele tá sendo violado, e do ponto de vista das pessoas é como se fosse um ‘não direito’, né. É como se fosse, se tiver, é um favor, é um milagre, enfim... Mas é... Tem essa contradição tem a coisa do ‘não direito’. ‘Não é’; ‘eu não mereço’; ‘eu não sou digno’; ‘eu não tenho isso’; ‘eu sou de uma classe de cidadãos que não têm direito ao acesso, a isso né’, que é um direito.” (D7)

De acordo com os entrevistados, esses problemas tão estruturais da nossa sociedade acabam de fato refletindo em prejuízos no acesso a direitos, como é o caso do direito à saúde. Corroborando com essa ideia, retomamos uma citação de Matta (2007) quando defende que há dois desafios então postos pelo princípio da universalidade: “A universalidade do acesso às ações e serviços de saúde; A universalidade das condições de vida que possibilitem boas condições de saúde” (MATTA, 2007, p. 69). E nesse âmbito, é nítido que no Brasil hoje o segundo desafio posto pela universalidade ainda se encontra longe de ser completamente superado.

Portanto, é possível afirmar que além da sedimentação social do conhecimento do direito à saúde pelos mais vulneráveis, a população precisa também ter garantidos meios que possibilitem a transparência dos fluxos operacionais do SUS que podem viabilizar a solução de suas demandas. De outro modo, a Defensoria Pública pode continuar sendo, para alguns, emblematicamente uma porta de entrada do próprio sistema de saúde.

8.2 Desafios da CRLS-Interior

Outro desafio que se apresenta, do ponto de vista da própria CRLS, que é peça fundamental para o desenvolvimento da experiência é a questão dos recursos humanos disponíveis via SES-RJ para que seja possível viabilizar o atendimento do número de municípios que desejam fazer o convênio.

A existência de uma “fila de espera” de municípios que não conseguiram fazer o convênio por conta da baixa capacidade de expansão dos atendimentos via CRLS Interior foi identificada em algumas entrevistas conforme apontado abaixo em fala de lideranças do projeto:

“A gente tem, assim, muitos municípios querendo aderir e a gente... o RH que a gente tem hoje não daria conta no estado” (D1)

“Existem municípios que já estão na fila de espera, já pediram para aderir, mas enquanto a própria câmara não entender que tem a capacidade técnica para dar esse suporte, a gente não pode fazer essa expansão.” (D2)

Em resposta a essa situação, foi também identificado a partir das entrevistas com as lideranças do projeto, que está em andamento uma forma de expandir para os municípios não conveniados, mas sem o braço operante 100% da CRLS Interior. Apenas o braço CATES, porém, os técnicos dos municípios seriam treinados por profissionais da CRLS para fazerem os próprios pareceres, conforme demonstrado em fragmento de entrevista abaixo:

“A câmara vai auxiliar nessa capacitação porque são por meios distintos. Fazer essa capacitação do interior ela tem meios de fazer. O que ela não tem meios é de na ajuda diária fazer a complementação do parecer, naqueles pedidos diários que entra, ingressar com a parte técnica, então ela vai fazer esse treinamento, essa capacitação de quem se interessar por esse convênio, mostrar como que faz.” (D2)

Essa seria uma opção considerável para expandir a ideia do projeto de trazer maior racionalidade no manejo das demandas em saúde que chegam até os núcleos de primeiro atendimento, possibilitando maior aproximação entre secretarias municipais de saúde e Defensoria Pública, consolidando-se como iniciativa de diálogo institucional. Ainda que o estado tenha atuação mais limitada por conta do problema dos recursos humanos, no momento sem expansão necessária. Essa expansão do projeto em configuração de operacionalização diferenciada ainda iria entrar em funcionamento no momento da coleta de dados, não sendo possível, portanto, trazê-la para análise esse novo arranjo.

Essa questão do número reduzido de recursos humanos, segundo um dos profissionais atuantes na CRLS entrevistados, tem origem no próprio início do projeto conforme apontado na fala abaixo:

“É o nosso principal entrave para expansão do convênio [...] A limitação é de RH, a gente teve uma perda ao longo dos anos de um grande quantitativo de RH. Vou só contextualizar do início para vocês entenderem de onde vem esse problema do RH. [...] A câmara quando ela foi criada a câmara capital ela foi dimensionada para um atendimento 50 atendimentos/dia. Com o êxito do projeto no município do Rio de Janeiro, e a gente atende tanto as partes assistidas pela DPE como pela DPU, esse número foi crescendo rapidamente. Vou falar, até antes da pandemia, porque a pandemia alterou toda essa estrutura, tanto para capital quanto para o interior. Até final de 2019, a gente estava atendendo pelo menos 100 atendimentos por dia na capital, 100 assistidos. E isso podem ser inúmeros produtos. Cada assistido pode vir com um produto ou com vários produtos. A gente não teve ampliação do RH que foi dimensionado lá em 2013 quando foi criada a câmara. Muito pelo contrário a gente perdeu durante esse período profissionais que atuavam na Câmara. [...]” (S1)

Lembrando o que foi relatado no capítulo 5 sobre a concepção e desenvolvimento do projeto, que a história do mesmo remonta o atendimento aos municípios conveniados, por uma equipe de 12 profissionais de saúde da SES-RJ que atendiam no NAT. E que no decorrer do tempo, essa equipe foi dividida pela metade e passou a trabalhar diretamente na CRLS, integrando a equipe que já atuava junto às demandas da capital, para otimizar o trabalho feito também junto aos municípios considerados do interior.

Nesse sentido, a mesma entrevistada atuante na CRLS ressalta que quando houve essa passagem de atendimentos desses municípios para a CRLS que atendia apenas a capital já havia um déficit de recursos humanos. E como a equipe que atendia no NAT foi dividida pela metade, a situação ficou ainda mais grave. Além

disso, não houve ao longo dos anos que se seguiram, um acréscimo de novos profissionais à equipe, conforme se pôde observar abaixo:

“Só que a gente já tinha um déficit na capital, a gente veio com 50% da equipe que antes estava atuando para os municípios do interior, os municípios que a gente tinha convênio em 2016. E aí chegou num ponto em 2018 que se esgotou, o número de demandas que a gente tinha era muito superior ao que se conseguia dar de resolução com a equipe da capital. Mesmo se otimizando, mesmo modificando a forma de trabalho que essa equipe desenvolvia até então, não se conseguiu em 2018 dar suporte a nenhum outro município. A gente esgotou a capacidade que a gente tinha pra resolução, pra responder de forma adequada, com qualidade e com um tempo que fosse viável. [...] Então a partir de 2018 a gente não conseguiu formalizar mais nenhum convênio, não teve aumento do quantitativo de recursos humanos, até por não ter mais concursos”. (S1)

Conforme pode ser observado, o número de profissionais da SES-RJ destinados a atuar na CRLS Interior é um grande desafio para a expansão do projeto, e, além disso, certamente acaba por impactar na celeridade das respostas aos municípios conveniados. Esse aspecto foi identificado na fala de alguns entrevistados atuantes nos núcleos de primeiro atendimento ouvidos conforme se pode perceber abaixo:

“Eu sei que tem caso que chega demorar dois meses para responder. Eu cheguei fazer uma espécie de triagem. Porque estava demorando muito o NAT. Aí, por exemplo, insulina análoga de ação rápida, eu sei que tem que fazer um cadastro na farmácia estadual de medicamentos especializados, né. E outros casos também. Daí eu enviei os documentos para o assistido e expliquei. Porque eu sabia que o NAT ia demorar dois meses para responder, mas cheguei até ser repreendida por isso porque não é o meu papel.” (D12)

“Até a própria equipe técnica também a gente tem contato. Quando eles demoram muito a responder certo e-mail, a gente liga e fala: olha dá uma priorizada.” (S4)

No primeiro fragmento supracitado, há menção de período de até dois meses para retorno dos pareceres. E, portanto, em casos que já eram de conhecimento o fluxo para solucionar a necessidade apresentada, a profissional informa que procurava já informar os protocolos conhecidos, tendo em vista o prazo, por vezes longo, para retorno da CRLS Interior (referida na entrevista como NAT).

No segundo fragmento de entrevista supracitado a “equipe técnica” fazia alusão, no contexto da entrevista, à equipe da CRLS Interior. Como pode ser observado, há relatos de demora no atraso da emissão dos pareceres pela Câmara. Isso pode ser um exemplo do reflexo da reduzida mão de obra de recursos humanos frente às demandas dos municípios do chamado interior.

Em relação a esse aspecto, a profissional atuante na CRLS entrevistada, menciona que existem funcionalidades do sistema de informação utilizado para receber e emitir os pareceres, que auxiliam no gerenciamento do tempo de espera dos casos enviados pelos municípios, conforme pode ser percebido em fala abaixo:

“Por mais que o interior não trabalhe com as respostas no mesmo dia, a gente também tem um tempo que a gente considera de limite para dar esse retorno para o interior. Tanto é que o sistema nos sinaliza até, fica em amarelo quando chega a 3 dias e se exceder 5 dias que esse paciente está no sistema. Isso no interior, tá. Esse sistema tem um alerta em vermelho, que é para chamar atenção para que a gente resolva esses.[...] Não teve aumento do quantitativo de recursos humanos, até por não ter mais concursos, porque nossos profissionais são basicamente Fundação Saúde não teve outros concursos. Até teve recente, mas é para reposição para áreas hospitalares e não para área de apoio, e nós somos considerados área de apoio. Então não teve lotação na Câmara. Então a gente não conseguiu ampliar nada, continua o mesmo problema”. (S1)

De toda forma, conforme visto, a questão dos recursos humanos também na CRLS Interior urge enquanto um desafio importante para a ampliação do desenvolvimento da experiência. Não de modo relacionado à rotatividade de pessoas ou falta de compreensão do papel do CATES, como foi discutido nas questões de RH ligadas estritamente à esfera municipal, mas simplesmente, a falta de quantitativo suficiente para operação adequada. Portanto, essa situação, assim como outros desafios, certamente apenas refletem de forma “amostral” desafios estruturais do sistema de saúde como um todo.

8.3 Discutindo o potencial da experiência de fortalecer a gestão das redes de atenção à saúde a nível municipal

Os dados apresentados até aqui, levam a reflexão sobre o seguinte padrão previsto construído na etapa metodológica da pesquisa: “Ter um profissional da esfera municipal trabalhando diretamente com as questões de saúde que chegam na Defensoria pode facilitar para o município; a percepção dos principais “nós” da rede de atenção à saúde e da efetivação do direito à saúde, podendo movimentar a gestão no sentido da busca por caminhos de resolutividade das demandas em saúde mais persistentemente não equacionadas nos fluxos rotineiros da rede.” Porém a reflexão é no sentido de compreender se, apesar de possível, este é

de fato um cenário concreto. Pois se a operacionalização do projeto esbarra em realidades onde a própria comunicação da rede municipal de saúde é falha, como esperar um olhar mais atento aos problemas persistentes dessa rede, que se desdobram na busca por atendimentos na Defensoria?

Em outras palavras, se os profissionais de saúde da rede municipal desconhecem a existência do convênio com a DPERJ, e mesmo os próprios ocupantes de cargos na gestão dentro da SMS não compreendem o papel do funcionário da SMS que atua nos núcleos da Defensoria, talvez esperar um reconhecimento dos problemas mais persistentes da rede que chegam até a Defensoria, de modo a movimentar essa gestão na busca por possibilidades de resolução, seja ainda um pouco distante do cenário atual da experiência.

Segundo o Manual do Gestor Municipal do SUS, o ser Gestor envolve necessariamente alguns pressupostos para atuação, entre os quais se destacam: a manutenção do permanente diálogo com o profissional de saúde, entendendo-o enquanto ator principal para consolidar as práticas de saúde no município, o diálogo permanente também com seus pares na gestão em saúde, na gestão do município e na relação com o Estado e União (CONASEMS, 2021a). O diálogo, portanto, é de suma importância para a consolidação de práticas em saúde mais resolutivas no âmbito da gestão e também da assistência à saúde, de modo a evitar que ocorram os chamados “nós” durante o percurso dos usuários na rede.

Uma das entrevistadas responde acerca desse potencial do convênio de trazer a tona os principais “nós da rede” no município onde atua (cujo nome foi substituído pela letra E), que:

“O convênio tem esse potencial, esse objetivo, né. De fazer ver ao administrador ao gestor da saúde onde estão as fragilidades, onde estão as deficiências que ele precisa suprir, como forma de planejamento e execução das políticas públicas. Esse é o desejável, né. Na prática isso é prejudicado por essa certa descontinuidade administrativa que a gente observa, né, às vezes, uma certa desorganização dentro da estrutura da Secretaria de Saúde. Principalmente dentro de municípios mais pobres como E, né. Tem prefeituras que tem uma estrutura mais adequada, mais organizada onde isso pode não se perder e em outros municípios onde tudo é mais difícil, como é o caso de E. Essas informações, eu acredito que elas ainda não tenham o aproveitamento que poderiam ter, né. O tratamento que merecem, que poderiam ter. Eu acho que é até um outro ponto do convênio que poderia ser fortalecido, né, esse fluxo de informação já organizado. Talvez a câmara de resolução passar isso como rotina para o município.” (D3)

Sobre o que a entrevistada menciona ao final da fala, foi levantado na pesquisa de campo, que qualquer município pode solicitar a qualquer momento

esses dados em forma de relatórios para a CRLS Interior. Esses relatórios poderiam oferecer para o município, a visão de seus próprios números de atendimentos, tipos de pareceres emitidos, para que o gestor municipal consiga ter uma visão do que está acontecendo no município, em termos de demandas de saúde não solucionadas nas vias administrativas do dia a dia das unidades. Demandas essas que precisam ser direcionadas pelos usuários até os núcleos de primeiro atendimento da DPERJ.

Inclusive ainda sobre a sugestão da entrevistada, de que a CRLS pudesse passar rotineiramente as informações aos municípios, pode-se considerar essa uma segunda hipótese explicativa para a não utilização plena do potencial do projeto em favorecer o fortalecimento das RAS. Uma vez que a equipe da CRLS Interior não disponibiliza de forma sistemática relatórios individualizados de cada município, ainda que não sejam demandados especificamente para isso. Pois, tendo em vista a heterogeneidade da capacidade de gestão dos municípios, talvez a recepção por email desses relatórios detalhados quanto ao perfil das demandas que têm batido às portas da DPERJ, pudesse por si só mobilizar as SMSs para olharem esses dados e perceberem o potencial de instrumentalização da gestão para melhoria do planejamento das ações de saúde e organização da rede. Isso poderia propiciar um melhor planejamento para esfera municipal, conforme sugere uma entrevista realizada com profissional atuante na CRLS e com uma das lideranças do projeto:

*“Acho que tem potencial. Eu realmente não posso dizer que realmente esteja sendo usado para o fortalecimento da rede. De que forma eu acho que tem todo um suporte, toda uma base para estruturar ou reestruturar uma rede de atenção à saúde? A câmara ela possui um sistema (tanto capital quanto interior) um sistema onde todos os dados são colocados nesse sistema. Os documentos eles são digitalizados. A gente consegue um histórico como se fosse um prontuário do paciente, onde a gente consegue fazer o acompanhamento. **Sendo de interesse do gestor**, e a gente realiza relatórios com os dados: percentual de resolução administrativa, ou Defensoria, e ao final do ano, os mais demandados a gente puxa pra saber quais foram as maiores demandas por grupo ou quando há interesse de uma Defensoria, ou de alguma secretaria a gente puxa por algum grupo. Por exemplo, recentemente a gente levantou a questão dos medicamentos, quais são os medicamentos que são mais demandados e judicializados. Como a gente tem essa base de dados e a gente consegue extrair essas informações, consegue trabalhar, isso serviria de uma ferramenta de gestão para o gestor, ele consegue saber onde estão os principais gargalos que ele teria dentro do seu município e fazer uma atuação.” (S1)*

“Isso é muito importante do convênio, ele traz uma visão estratégica para Defensoria e para o município, porque ele não é surpreendido pelas demandas, ele começa a ter o registro das demandas, o convênio permite isso, consegue ter um olhar pra trás: ex. a gente judicializou muito na saúde

mental, então a gente precisa rever, a gente tem um problema grave nessa política, o que a gente pode fazer aqui, vai criar um equipamento? vai mudar a qualificação daquele equipamento? eu to precisando de CAPSi e eu não tenho? já tenho o quantitativo para ter caps aqui? E isso também vai municiar a Defensoria até na questão da tutela coletiva. É importante o convênio tanto para o município, quanto para Defensoria. É uma forma dos municípios se planejarem, pois vão ter tudo documentado.” (D2)

Interessante ressaltar na fala acima o apontamento de que o fortalecimento da rede através do uso desses dados é algo potencial, uma possibilidade, condicionada à solicitação dos gestores, como se pode perceber nas palavras destacadas na primeira citação. Além de ter sido uma colocação de uma profissional atuante na CRLS e de uma das lideranças do projeto, também foi uma visão observada em falas de defensores e outros profissionais atuantes nos núcleos da Defensoria, como, por exemplo, demonstrado em citação abaixo:

“O próprio convênio dá esse mapeamento de quais as necessidades, de quais aqueles que ...eu tenho alguns...é... assistidos que estão todo mês a gente tem que fazer o sequestro do medicamento. Então, assim, por que que eles já não fazem, é, a compra antecipada? Para que toda vez tenho que fazer sequestro? E são assim... temos pelo menos 3 ou 4 sempre ali, e aí o município sempre vem assim: “nós estamos nos organizando para licitar os medicamentos” e vem sempre aquela informação, mas nunca se organiza, né... É assim... Então, eu percebo também às vezes, uma certa, especialmente em I que é um município pequeno, né, mais um...um desconhecimento administrativo para os procedimentos licitatórios e de compra de medicamentos e de organização. Entendeu? É... A gente... eu observo bem claramente isso, também, não que seja uma má vontade política, mas um desconhecimento mesmo. Também... Claro que tem também a falta de verba, né, quando é um medicamento mais caro, mas...mas, nem sempre.” (D13)

Ou seja, o potencial do fornecimento desse mapeamento é até identificado por parte dos profissionais atuantes nos núcleos de primeiro atendimento, mas não foi constatado seu uso efetivamente como instrumento de apoio à gestão municipal em saúde ao longo da coleta de dados para a presente pesquisa.

Há uma rotina de emissão de relatórios pela CRLS, mas de modo geral, sem especificar os pormenores das demandas de cada município, sendo apresentados os consolidados gerais- o que já favorece um olhar mais analítico dos gestores que se interessarem. Inclusive um desses relatórios foi a principal fonte da etapa da pesquisa documental realizada para construção do presente estudo de caso. Sobre esses relatórios a profissional atuante na CRLS explica que:

“A câmara ela possui um sistema (tanto capital quanto interior) onde todos os dados são colocados nesse sistema, os documentos são digitalizados, como se fosse um prontuário desse paciente. Sendo de interesse, e a gente realiza relatórios e ao final do ano a gente puxa pra saber quais foram as

maiores demandas por grupo ou quando há interesse de alguma Defensoria, alguma secretaria a gente puxa por algum grupo. Por exemplo, recentemente a gente viu a questão dos medicamentos, quais são os medicamentos mais demandados e judicializados. Como a gente tem essa base de dados e consegue trabalhar, isso é uma ótima ferramenta para o gestor, ele consegue saber quais são os gargalos dentro do seu município e atuar.” (S1)

Conforme visto, mais uma vez, a emissão dos relatórios específicos dos municípios fica condicionada à solicitação das secretarias municipais de saúde ou dos próprios defensores. Em continuidade a explanação sobre essa ideia do quão importante esses relatórios poderiam ser para os gestores municipais, a mesma entrevistada reforça tanto a existência desse potencial, como também a não utilização do mesmo por parte dos gestores municipais, conforme podemos observar abaixo:

*“O que normalmente eles me pedem, eles pedem, eles querem saber o quanto eles estão resolvendo, mas os dados em aberto, porque são dados em aberto mesmo: você consegue gerar uma planilha, uma planilha no excel onde você tem o nome do assistido, você tem a razão, ou o que que ele foi solicitar ali, o tipo do encaminhamento que foi realizado. Até o tipo de encaminhamento seria importante para esse gestor, porque olha só, ele foi buscar a Defensoria, por mais que não tenha sido judicializado, vamos olhar lá o que que é que estão indo tanto buscar a Defensoria. Vamos olhar que trabalho que a gente pode fazer junto as unidades de saúde para o fortalecimento para entendimento para o encaminhamento correto que esse profissional faz. Porque algumas vezes o assistido ele vai buscar a Defensoria porque ele está perdido realmente na rede, não sabe nem aonde ele tem que ir. E o profissional algumas vezes que está na ponta não sabe direcionar, não sabe dar a informação para onde vai. Esse, pra onde ele deveria ir então, o assistido fica perdido: ‘Ah, vou buscar a justiça’. **Então mesmo para aquilo que tem resolução administrativa, serviria também de uma ferramenta para esse gestor.** Para ele fazer trabalhos, trabalho de educação continuada junto com a equipe, com o serviço de saúde que ele tem lá disponível. Mas não... é muito raro, muito raro mesmo, e olha que quando temos reunião falamos que temos essa ferramenta, que serve como ferramenta de gestão, que é só solicitar a qualquer momento, a gente não faz nenhum tipo de restrição para fornecer esse tipo de informação para eles. [...]a gente tem um profissional de TI¹². que é responsável exclusivamente para trabalhar nos bancos, é fácil puxar uma planilha e eles fazem algum tipo de atuação naquela planilha.” (S1)*

De acordo com os dados acima, nota-se que quando há uma solicitação por parte da gestão quanto às informações referentes aos atendimentos do seu município, busca-se apenas saber o quantitativo daquilo que tem se resolvido administrativamente. E apesar de ser inegável a importância dessa informação, conforme a entrevistada aponta a qualificação dessa informação, ou seja, saber aquilo que mais tem chegado enquanto demanda e persistido enquanto problema na

¹² Tecnologia da Informação

rede, ainda que se tenha tido uma solução administrativa, é crucial se ter um olhar do gestor voltado para a natureza dessas demandas.

Até porque, se houve necessidade de mobilizar o usuário até um núcleo de primeiro atendimento da Defensoria, pode traduzir, que o caminho administrativo ainda que existente, não está funcionando de maneira plena. E nesse sentido, apesar de, conforme acima mencionado, não haver nenhum tipo de restrição para o fornecimento dessas informações ao município conveniado, o potencial do projeto de revelar essas questões ao gestor, parece que vem sendo subutilizado.

Em outra entrevista, uma das Defensoras ouvidas corrobora com o entendimento de que apesar de ser um importante potencial do convênio, não há de fato uma utilização deste por parte do município onde atua:

*“Por não conhecer o convênio alguns secretários que passaram ao longo desse tempo às vezes olhavam não com tão bons olhos, né, mas nesse sentido a coordenação de saúde a presença da DA esclarecendo as vantagens e até a **intenção do convênio de servir de norte para o município**, perceber o que está faltando na sua estrutura, né, que é um dos objetivos do convênio né, é justamente ver se os pedidos que tem sido feitos deliberadamente, determinados medicamentos, ou determinados serviços, que nós não temos à disposição, significa que precisamos adquirir esses itens ou suprir tais necessidades. O ideal é... um dos objetivos era esse. Na prática, isso teve pouca...pouco retorno. Não eu não sei até que ponto município aproveitou esses dados para suprir essas demandas. mas era um dos argumentos ate pra convencê-los foi esse, né, de que eles poderiam se organizar melhor pra suprir essa estrutura” (D3)*

Uma das lideranças da pesquisa foi citada nesta fala e seu nome foi substituído pelas iniciais DA. Conforme mencionado há um entendimento de que um dos objetivos do convênio é servir de “norte” para o município. Não apenas pelo favorecimento da organização das informações sobre os atendimentos realizados pelo CATES como pelo diálogo institucional propiciado pelo convênio, que de certa forma, força uma aproximação entre a esfera do Poder Executivo e a Defensoria.

Um dos trabalhos resultantes da pesquisa bibliográfica afirma que:

[...] o diálogo existente entre o Judiciário, Executivo e Legislativo, torna evidente onde as falhas estão ocorrendo, como quais medicamentos precisam ser incluídos as listas oficiais, onde o serviço está sendo mal prestado, dentre outros, sendo uma via de mão dupla em favor da sociedade (CASTRO, 2016, p. 164).

Apesar de, nesse caso, a autora ampliar inclusive a necessidade do diálogo para o Poder Legislativo- aspecto esse não trabalhado na presente Tese- corrobora com a visão de que iniciativas dialógicas entre as esferas de poder têm potencial

para trazer a tona, no contexto do direito à saúde, pontos de má prestação dos serviços.

Uma hipótese explicativa para o não uso deste potencial do projeto, de poder dar visibilidade às mazelas do sistema de saúde local, é a existência de falhas na comunicação entre a própria rede municipal de saúde e entre a gestão desta e a Defensoria. Essas falhas na comunicação puderam ser constatadas por ausência de encontros periódicos frequentes entre as equipes dos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ e das SMS conveniadas, conforme já visto. Apesar de a ocorrência de reuniões entre essas partes terem sido, diversas vezes, mencionadas, elas sempre apareciam em falas ligadas a um contexto de finalidade específica para resolver algum entrave no processo de trabalho. Não havendo, portanto, encontros freqüentes, organizados previamente de forma sistemática, de modo a serem incorporados nos processos de trabalho rotineiros das instituições envolvidas.

Tendo em vista os dados explicitados nas entrevistas em conjunto com a dinamicidade já esperada da rede de atenção à saúde, o planejamento de reuniões com freqüência fixa- por exemplo, bimestralmente- já poderia favorecer um comprometimento das partes na prestação de informações atualizadas sobre a rede em si, sobre os atendimentos pela Defensoria, e sobre o alinhamento de processos de trabalho. Além disso, esses encontros de forma mais freqüente poderiam constituir-se espaços institucionalizados de diálogos que permitissem a reflexão sobre as demandas atendidas, e os possíveis caminhos de resolutividade a serem desenvolvidos de forma mais eficiente.

Em contraposição às dificuldades relatadas na comunicação com o município conveniado, há quem atribua o sucesso do convênio justamente ao município em que atua, como observado na fala de uma das defensoras entrevistadas, em cuja história profissional atuou em município com (ao qual se denominou U) e sem (ao qual se denominou Q) o convênio, trazendo inclusive essa perspectiva comparativa ao compartilhar de sua experiência conforme pode ser observado a seguir:

“Nosso principal parceiro é o próprio município de U que sempre nos deu guarita que sempre nos abriu as portas para o diálogo. Assim...U é um dos municípios onde o nosso convênio, o núcleo de apoio técnico é mais bem sucedido. O NAT hoje responde por quase 80% das demandas de saúde do município então eu considero que a judicialização é pequena, frente ao que a gente consegue desenvolver com o NAT. Então o nosso grande parceiro institucional na nossa atuação lá em U3 é o próprio município através da sua Secretaria municipal de Saúde. [...] Em outros municípios por exemplo em Q: eu fui titular em Q até 2018 foi quando eu vim. Em Q não há um convênio desse, né. O município não abriu para esse diálogo e a

judicialização da Saúde lá é absurda. É enorme, muito grande. Então faz muita diferença sim a existência do convênio e que ele seja bem conduzido também. [...] que o convênio não seja só um protocolo de intenções, né, porque às vezes a gente celebra convênio e ele fica só no papel. Pelo menos em U o convênio ele tem efetividade senão esses números que a gente pode mostrar depois do que a gente consegue fazer através do convênio.” (D11)

Destaca-se na fala supramencionada a ideia de fazer com que o convênio não seja só um protocolo de intenções, e todo o esforço que isso requer de ambas as partes. Mais uma vez, a garantia de espaços institucionais para diálogo entre os profissionais atuantes no núcleo de primeiro atendimento e os profissionais da SMS (não apenas aqueles indicados para atuarem no CATES, mas aqueles profissionais da gestão municipal que são imprescindíveis para resolução das principais demandas em saúde) se torna premente e indispensável. Não se pode também deixar de mencionar a relevância da outra ponta funcionante do projeto que é a já discutida CRLS Interior, cujos canais de comunicação com os núcleos também precisam estar “afinados”.

Sobre a perspectiva da Defensoria pública, uma das lideranças do projeto defende que:

“O que a gente consegue fazer na Defensoria pública, é tentar fomentar esse funcionamento da rede, né, fazendo com que eles se falem, mas é ... E algumas questões que a gente identifica como insuficiência da oferta a gente também aponta na tutela coletiva, mas, é a gente não dá conta de todos os problemas então ideal seria que as gestões valorizassem a gestão e o planejamento e valorizasse, reavaliassem periodicamente as redes que existem para identificar se a oferta ainda está sendo prestada, se o número de prestadores daquela rede é suficiente, ou senão é. Se houve alguma mudança no perfil, é, de comorbidade daquela população. Se a regulação tá funcionando a contento, se todas as unidades foram capacitadas para inserir o assistido na regulação, né. Se é, os protocolos assistenciais estão sendo seguidos, e referência e contra-referência, se está funcionando se não está.” (D1)

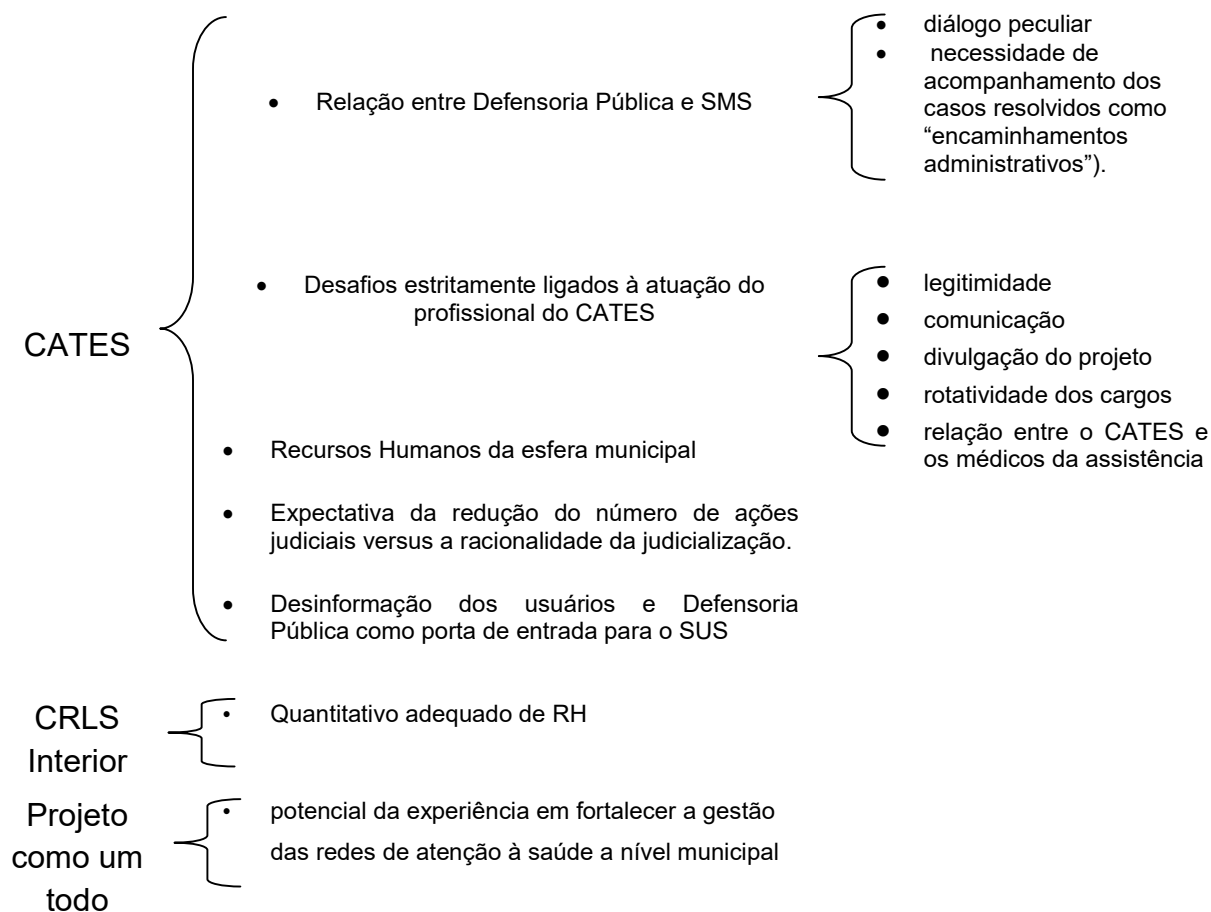
“A Defensoria sempre de alguma forma participou da rede, né, muito por conta da judicialização. Esse projeto permite além de um fortalecimento da comunicação entre Defensoria e os demais equipamentos da rede, tanto na gestão central e os demais equipamentos, ela permitiu que a gente reencaminhasse esse usuário para os serviços, sem que houvesse uma judicialização prematura. Porque a gente reestabelece um diálogo do Judiciário com a gestão.” (D2)

Destaca-se na primeira fala supramencionada que a valorização do planejamento e dos espaços reuniões de discussão e avaliação da própria rede é apontadamaís uma vez, como crucial para manutenção do funcionamento adequado da mesma. Interessante esse ponto de vista mencionado em última fala acima, que

descreve a Defensoria como parte da rede de alguma forma. Além disso, reforça, por fim, a ideia de que o projeto viabiliza o reestabelecimento do diálogo do Judiciário com a gestão.

Para melhor visualização dos desafios aqui apresentados, segue abaixo uma tabela a título de organização das informações analisadas:

Figura 6: Desafios da experiência



Fonte: elaboração própria, com base nos dados da pesquisa

Conclui-se o presente capítulo com a clareza de que há um potencial subutilizado no convênio proporcionado pelo Projeto Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, que poderia auxiliar no fortalecimento das redes de atenção a saúde, do ponto de vista do planejamento e gestão do SUS, principalmente a nível municipal.

Além disso, os desafios apresentados como sendo da experiência em si, são na verdade, apenas reflexos de fragilidades estruturais da consolidação do SUS

enquanto política pública no país. Afinal, deficiências nos processos comunicativos entre profissionais e usuários, gestão e assistência, Poder Executivo e Judiciário, além de: redes de atenção à saúde que operam de forma desintegrada, usuários desinformados acerca dos fluxos dos serviços, cargos de gestão pública vulneráveis às mudanças político-partidárias, heterogeneidade na capacidade de gestão municipal e déficit de recursos humanos, são apenas exemplos de alguns dos grandes desafios postos para o nosso Sistema de Saúde. Tanto em termos operacionais do ponto de vista do dia a dia dos cenários de práticas de cuidado e gestão em saúde, quanto do ponto de vista de consolidação da política pública de saúde.

9 IMPLICAÇÕES DA AUTORA E CONTRIBUIÇÕES DA TESE PARA A SAÚDE COLETIVA

É urgente reconstruir o engajamento ético-político e o compromisso com a práxis transformadora da Saúde Coletiva [...]¹³

Eduardo Levcovitz

A Saúde Coletiva é compreendida enquanto um “campo de investigação e produção de conhecimentos que dialoga com diversas disciplinas na constituição de um objeto complexo, a saúde em sua dimensão social” (CAMARGO JR, 2015, p. 12). Algumas peculiaridades do campo da saúde coletiva e mais especificamente da área de Política, Planejamento e Gestão geram implicações para escolha dos objetos, referenciais e desenhos de pesquisa, e são destacados por Machado C. e Lima (2015, p. 116) como sendo, dentre outras: “A proximidade entre produção acadêmica e a esfera de formulação de políticas de intervenção na saúde; a influência das políticas e da dinâmica recente do sistema brasileiro sobre a definição das próprias questões e temas de investigação [...]”.

Sabe-se que em uma pesquisa científica, a própria definição do tema de investigação se articula intimamente com a construção do caminho do pesquisador ao longo de sua trajetória acadêmica e profissional. Por isso, reservou-se um pequeno espaço de algumas linhas nesta tese, para o compartilhamento de uma síntese da trajetória da autora até o Doutorado em Saúde Coletiva. Além disso, buscou-se ainda sistematizar algumas reflexões tecidas ao longo da tese, enquanto principais contribuições do estudo para a área de Política, Planejamento e Gestão da Saúde Coletiva.

A trajetória profissional da autora da presente Tese nasce na graduação em Enfermagem na Universidade Federal Fluminense (UFF), em cujo período de formação pôde vivenciar como acadêmica bolsista da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o trabalho na coordenação de estratégia de saúde da família, existente no ano de 2010. Sendo este um primeiro contato direto com as práticas

¹³ LEVCOVITZ, Eduardo. Reflexões sobre o resgate da economia política na análise do setor saúde no Brasil e na América Latina no século XXI. O texto integra a coletânea SESTELO, JAF, BAHIA, L, LEVCOVITZ, E. Crise Global e Sistemas de Saúde da América Latina, Salvador: Ed. UFBA, 2022 (In Print).

institucionais da gestão do SUS na esfera municipal, no contexto de uma capital. Depois de formada, atuou ao longo de 6 anos como Enfermeira de uma equipe de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, concluindo nesse período de tempo, a especialização em Saúde da Família e o Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde. Ambos na Universidade Federal Fluminense.

A autora também acumulou experiência na docência como professora substituta no Departamento de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 2014 e posteriormente, em uma Universidade privada. Após encerrar em 2017 o tempo de atuação na assistência na Atenção Primária, atuou em um ambulatório de especialidades no município de São Gonçalo, onde também foi Apoiadora Institucional da subsecretaria municipal de Atenção Básica à Saúde. Esta última experiência foi mais uma vivência no campo da gestão do SUS na esfera municipal, porém, dessa vez, não em uma grande capital, mas em um município de grande porte populacional da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, repleto de desafios representativos de questões, talvez mais nevrálgicas da área de política, planejamento e gestão da saúde, como as discutidas na presente tese. Incluindo àquelas que se materializam em ações judiciais.

Ainda em 2017, a autora iniciou sua vivência também como Enfermeira da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) o setor de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro da UFF, em Niterói-RJ. E de lá, saiu para assumir uma vaga como Docente da Área de Saúde Coletiva do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Campus Macaé, em 2018. No ano seguinte, ingressaria por fim, no Instituto de Medicina Social da UERJ, no Programa de Pós-graduação em Saúde coletiva na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde na turma de 2019.1.

Esse caminho, trilhado paralelamente entre academia e cenários de prática do cotidiano do SUS, nos três níveis de atenção, permitiu que a mesma engendrasse reflexões sobre diversos aspectos que refletem preocupações mais agudas; desafios, por assim dizer, da consolidação da Política de Saúde no Brasil que perpassaram de algum modo sua prática profissional, incluindo a judicialização da saúde.

Certamente, o fato de, enquanto enfermeira, sempre ter atuado no SUS, vivenciando diferentes setores da gestão à assistência, e perpassando pelos 3

níveis de atenção, contribuiu para a construção de certo posicionamento na formação enquanto pesquisadora. Este posicionamento ético-político se resume em prezar pela construção de estudos que de fato problematizem questões postas ao dia a dia de gestores e profissionais de saúde. O temor pelo distanciamento da práxis, inclusive é algo que deveria acompanhar pesquisadores da Saúde Coletiva, principalmente na área de Política, Planejamento e Gestão.

Discutindo sobre a produção acadêmica recente da saúde coletiva no Brasil, Levcovitz¹⁴ (2022) ressalta que a produção original da Saúde Coletiva expressava reflexões das pessoas sobre suas práxis, mantendo um olhar crítico sobre a dinâmica do Estado, mercado, sociedade e políticas. Para o autor, havia densidade/complexidade teórico-metodológica na produção da área, que desde a transição ao século XXI deu lugar ao abandono da totalidade dialética com empobrecimento da reflexão crítica em publicações, “hoje predominantemente povoados por um empirismo indutivo de baixo poder explicativo que constitui motivo de frustração para muitos de nós” (LEVCOVITZ, 2022).

Destaca-se ainda enquanto aspecto significativo de reflexão acerca das produções em nossa área, a redução da centralidade do Estado e seu papel na garantia da proteção social universal no objeto das pesquisas recentes na Saúde Coletiva brasileira, além do distanciamento da práxis e a chamada dissociação teórico-empírica no tecer de reflexão crítica da área da saúde coletiva (LEVCOVITZ, 2022). Aspectos estes observados ao longo da construção da presente tese, embora se trate de um estudo de caso.

Ainda que estudos de caso se enquadrem enquanto representações de realidades muito específicas, defende-se que a presente tese embora retrate uma experiência específica que envolve instituições políticas e a DPERJ em particular, abre possibilidades de reflexões acerca de desafios estruturais do sistema de saúde no Brasil, que vêm à tona a partir dos resultados apresentados.

Considera-se que a partir da problematização dos temas do direito à saúde, judicialização da saúde, descentralização e gestão em saúde, juridicização e diálogos institucionais, o Estado foi trazido para análise a partir do estudo de caso.

¹⁴ IN Print: Levcovitz Eduardo. CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA SOBRE O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE AO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DA SAÚDE COLETIVA. Cadernos de Saúde Pública, 2022 - IN PRINT- (Supl. Complexo Econômico Industrial da Saúde - CEIS). ID Eletrônico: e00224720 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00224720>

Pois não se buscou apenas descrever a experiência em si, mas as escolhas metodológicas e os referenciais conceituais utilizados permitiram uma construção analítica que favorece a transposição do que se entende por um estudo de caso descritivo.

Considera-se ainda a “rarefação teórica” da produção recente deste campo de conhecimento como uma questão significativa para produção científica baseada na metodologia qualitativa, onde se questiona a reprodução confirmatória do conhecimento existente, ao invés de sua ampliação e aprofundamento (SCHRAIBER, 2015). Portanto, em termos de contribuição para a Saúde Coletiva é que esta Tese analisa desafios já conhecidos do SUS, sob uma perspectiva que não dicotomiza ou polariza, mas problematiza a temática da judicialização da saúde como um fenômeno que não requer extinção, mas uma qualificação de manejo de demandas desencadeantes do mesmo.

Levando-se em conta esses aspectos, vale ressaltar que o estudo de caso construído permitiu levantar reflexões sobre algumas temáticas nevrálgicas da operacionalização do SUS, na discussão de significativas fragilidades de sua consolidação e na identificação de como elas se manifestam na realidade estudada, que embora singular, guarda sem dúvidas, similaridades com outras realidades enfrentadas no país.

A primeira delas, a questão do distanciamento entre o direito à saúde, garantido por nosso rico arcabouço jurídico-administrativo, e o direito à saúde experienciado no dia a dia de usuários do SUS e de instituições do âmbito do Poder Executivo e Judiciário. Em corroboração a essa ideia, especificamente, consideram-se as seguintes afirmativas:

“A força de nossa política pública de saúde é o SUS concreto, é a extensão de benefícios trazidos à população, e sua debilidade é também o SUS realmente existente, com todas suas mazelas e insuficiências. Como o SUS se destina, na prática, a essa maioria explorada da população, a consideração com os problemas de saúde e com a qualidade dos serviços de saúde, em grande medida, se assemelha ao descaso com que esse povo é tratado” (CAMPOS, 2018, p. 1710).

“Apesar de a Constituição proclamar a saúde como direito de todos e dever do Estado, o Estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e Judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS” (PAIM J., 2018, p.1725)

“Embora seja instituído constitucionalmente desde 1988 o acesso universal aos serviços e ações de saúde ainda encontra dificuldades de ser

materializado nas instâncias de gestão das políticas de saúde” (MACHADO F., PINHEIRO, GUIZARDI, 2010, p. 49-50).”

Resumidamente, pode-se retomar a ideia de direito positivo e direito vivo discutida no capítulo 1, onde o direito positivo denota o direito positivado como texto na norma jurídica, e o direito vivo que extrapola o raciocínio tipicamente positivista, fincado na lei e nos livros, pois assume o direito enquanto um fenômeno social (EHRlich, 1980 apud ASENSI, 2010a) e transportá-la para o âmbito da saúde, conforme se buscou fazer.

Importante ainda considerar, nesse aspecto, a afirmação de Asensi (2013) de que os direitos se encontram no limiar de questões estruturais como as normas e instituições jurídicas ou mesmo os mecanismos formais de canalização de demandas; e também no limiar de questões culturais, sendo que “sua efetivação depende diretamente de como os atores vivenciam e experienciam essas duas dimensões correferenciais” (ASENSI, 2013, p. 802).

A segunda delas; a questão dos diálogos institucionais. Como visto no estudo de caso, o diálogo institucional posto em prática através da experiência analisada, foi capaz de ampliar as possibilidades de resolução das demandas em saúde, tanto favorecendo canais de comunicação efetiva como promovendo comunicação para dentro e para fora das instituições. Sejam estas instituições de saúde ou instituições jurídicas favorecendo caminhos antes inexistentes.

O SUS não foi pensado para dar certo de modo compartimentalizado no Executivo. O cerne da efetivação do direito à saúde precisa estar no espaço público onde a política pública é concretizada e onde há potencialidade para o aprendizado social e exercício da cidadania, e não centralizada no Poder Judiciário enquanto via de regra, mas apenas como via de exceção. Afinal, a esfera pública não é apenas, por excelência, o *locus* da participação dos cidadãos, mas, sobretudo, é especificamente onde estes aprendem com o debate público (ABRUCIO, 1997). Lembrando que “O conceito de esfera pública como *locus* de transparência e de aprendizado social deve estar presente também na organização interna da administração pública, sobretudo no momento de elaboração das políticas públicas” (ABRUCIO, 1997, p. 27).

A terceira temática aqui considerada nevrálgica do ponto de vista da operacionalização do SUS e que guardou relação intrínseca para com as discussões

tecidas durante o desenvolvimento desta tese é a descentralização do sistema como um velho desafio para o direito à saúde no Brasil. A descentralização nunca evidenciará a potência do controle social e da capacidade de uma gestão local fortalecida em um contexto tão heterogêneo de distribuição de recursos e permeado pelas heranças dos “ismos” (clientelismo, patrimonialismo, dentre outros) que remontam a história da formação da burocracia pública do Estado no Brasil, e refletem cruelmente na descontinuidade de processos significativamente importantes para efetivação do direito à saúde. Processos como àqueles que contribuem para experiências que, como a que constitui objeto desta Tese, carecem de continuidade. Continuidade esta que falta no Planejamento em saúde a nível nacional, interrompido por períodos marcadamente eleitorais que alteram as cores de unidades de saúde, que mudam “jargões” nos uniformes dos profissionais de saúde, que tomam a saúde como bandeira de campanhas eleitorais e não como um direito constitucional a ser priorizado.

Passam-se anos e iniciativas de gestão mais integrada das RAS parecem sempre pontuais e vulneráveis a todas essas características. Planejamento este cuja inexistência ou má implementação pode ser verificada pelo crescente fenômeno da judicialização da saúde em nível nacional.

Sabe-se que “a incorporação de propostas alternativas elaboradas por pesquisadores da área de PPGS não tem sido suficiente para modificar substancialmente a organização dos serviços e o perfil das práticas de saúde” (TEIXEIRA, 2015, p. 103). Porém, delimitou-se enquanto uma segunda contribuição do presente estudo de caso o fato de que os padrões previstos definidos e discutidos na presente Tese permitiram a configuração do seguinte elenco de sugestões de intervenções potencialmente transformadoras no que tange ao favorecimento de um manejo de demandas em saúde que chegam aos núcleos de primeiro atendimento das Defensorias Públicas, e em prol do fortalecimento da gestão do SUS, principalmente na esfera municipal:

- 1- Estabelecimento de espaços de reuniões periódicas que ocorram de forma sistemática com agenda fixa anual envolvendo profissionais da gestão em saúde da esfera municipal, estadual e Defensoria Pública, de modo a serem trazidos a luz os principais nós da rede de atenção à saúde encontrados por usuários do SUS e que se desdobram em buscas pelo caminho judicial, para resolução de suas demandas. O espaço da CIR pode ser utilizado nesse

sentido, conforme o foi no início da experiência analisada, resguardando obviamente as pautas e finalidades inerentes a esse dispositivo de gestão colegiada. Mas trazendo também a participação de instituições jurídicas como a DP, uma vez que esta precisa ser vista cada vez mais como parte da solução para o fenômeno da Judicialização da saúde, que tanto tem afetado as esferas de gestão do SUS. E a solução, cada vez mais precisa deixar de ser vista como a extinção da judicialização em si, para passar a ser compreendida como qualificação do manejo das demandas que potencialmente podem requerer a via judicial, considerando que muitas vezes esse é o único caminho possível.

- 2- Deslocamento de um profissional da SMS para atuação junto aos núcleos de primeiro atendimento das Defensorias, de modo que haja mitigação dos impactos negativos da judicialização para o planejamento em saúde na esfera municipal, configurando um arranjo institucional que possibilite o desvelamento das prioridades de intervenção da gestão em saúde, não apenas nessa esfera de governo, mas também para os demais entes federativos, como tem sido possível a partir da experiência analisada.
- 3- Fortalecimento do papel das esferas estaduais no desempenho de suas funções na gestão tripartite do SUS, de modo que os municípios, principalmente os de pequeno porte, possam ser acompanhados e apoiados nos processos de trabalho da gestão da política pública de saúde em seus territórios, visando minimizar a heterogeneidade da distribuição da oferta de serviços de saúde, e consolidar o processo de regionalização do SUS, ainda extremamente fragilizado.
- 4- Criação de mecanismos que favoreçam a transparência do funcionamento da rede de atenção à saúde. Os fluxos de encaminhamentos, obtenção de medicamentos, agendamento de exames, e tudo que envolve o atendimento dos usuários do SUS precisam ser transformadas em informação amplamente divulgada, capilarizada junto à população e aos próprios profissionais da rede. Quanto aos meios para pôr isso em prática; se nas escolas, na mídia televisiva, nas redes sociais, em aplicativos institucionais, ou qualquer outro mecanismo, essa definição certamente será variável de acordo a população e as possibilidades locais.

Reforça-se ainda a ideia de que não parece correto a compreensão de que a existência do fenômeno da judicialização provasse por si só uma incompatibilidade da sustentabilidade do SUS na conjuntura atual. Ele aponta para os gargalos do sistema. E estes sim, requerem que pesquisadores e instituições se debrucem na formulação de caminhos possíveis de resolução, de modo que não permaneça sendo o usuário, na ponta dos serviços, aquele que, se sentindo “perdido na rede” precisa buscar na via judicial o acionamento do Estado para o alcance de um direito social. E, muitas vezes, a superação destes gargalos pode incluir a criação de novas políticas públicas.

Retoma-se ainda a ideia discutida nos capítulos teóricos deste trabalho, de que discutir a sustentabilidade do SUS requer primeiramente, o reconhecimento do que de fato deve ser enfrentado para garantia do direito à saúde por meio do SUS. Conforme visto, definitivamente o caráter universal do sistema não é o ponto focal que carece de mudanças. Pelo contrário, a universalidade é justamente o que precisa ser defendido a todo custo, pois ela reflete genuinamente o “direito de todos e dever do Estado”. Por outro lado, as fragilidades no financiamento, na regionalização e em outros fatores aqui descritos que direta ou indiretamente garantem o cumprimento deste princípio, talvez sejam exatamente os fatores que requeiram mudanças ou intervenções estruturais, de modo a garantir sustentabilidade do nosso sistema de saúde.

Por fim, considera-se que a experiência que constitui objeto da presente pesquisa tem potencial de trazer por meio do arranjo por ela proposto, uma racionalidade que permite a identificação de mau funcionamento de algum fluxo, protocolo ou dispositivo das RAS, podendo trazer a luz alguns dos entraves no acesso ao direito à saúde pela população, através da promoção de diálogo institucional entre a DP e a gestão do SUS, principalmente a nível municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um estudo de caso traz obviamente consigo uma série de limitações. As especificidades do contexto onde a experiência nasce, cresce e se desenvolve é permeada por singularidades que embora possam refletir diversas características comuns a outros espaços, afasta o autor da pretensão de alcançar dados completamente generalizáveis.

Entretanto, de certa forma, entende-se que isso é inerente a qualquer pesquisa. Desde as correntes positivistas, da pesquisa básica à pesquisa epidemiológica e social. Os subterfúgios utilizados em algumas delas para minimizar as intervenções de fatores externos, a busca pela suposta neutralidade do pesquisador, o grau de representatividade da amostra, dentre outros, são exemplos de tentativas de tornar o mais generalizável possível os resultados.

Essa pretensão, entretanto, não está exatamente no plano dos estudos de caso. Logo, embora não haja possibilidade do alcance de resultados totalmente generalizáveis, considera-se que o estudo de caso aqui tecido, cumpriu aquilo para o qual se propôs; observando cada aspecto metodológico do referencial utilizado para aplicação do método científico e garantindo a validade dos constructos conforme explicitado no capítulo 4.

Outra limitação do estudo foi o fato da coleta de dados ter ocorrido no período pandêmico de COVID-19, dificultando o contato presencial com os participantes da pesquisa, além de envolver municípios geograficamente distantes e por uma única pesquisadora. Sabe-se que a observação *in loco* do funcionamento do projeto analisado poderia favorecer outras percepções e análises.

Retoma-se aqui a tese defendida de que: tendo em vista a descentralização apreendida no modo de organização administrativa do SUS enquanto municipalização do sistema, a experiência de diálogo institucional aqui retratada entre uma instituição jurídica e secretarias municipais de saúde, pode representar o uso do diálogo institucional como caminho de manejo mais adequado das demandas em saúde frente ao fenômeno da judicialização da saúde, de forma que as decisões no âmbito jurídico estejam *pari passu* aos modos como o SUS vem sendo planejado e implementado na prática.

Além disso, consideram-se alcançadas as pretensões da presente pesquisa

de ampliar reflexões sobre o fenômeno da judicialização da saúde, sua relação com a gestão do SUS, principalmente na esfera municipal, e como este fenômeno pode ser um dos meios possíveis para identificação de fragilidades estruturais do SUS por parte da gestão, no sentido de trazer à tona aquilo que, de alguma maneira, vem se constituindo enquanto percalços no seu funcionamento, podendo mobilizar formas de superá-los, uma vez consolidados espaços de diálogos institucionais entre o Poder Executivo e a Defensoria Pública.

Não há pretensão de que a defesa de uma tese altere fundamentalmente alguma direção, no sentido de desvelar um tipo de fórmula mágica que nos permita vivenciar uma mudança total de caminho rumo a uma realidade onde o direito garantido corresponda ao direito efetivado. A uma realidade de um SUS de fato único, pautado num direcionamento nacional com forte coordenação e apoio dos estados, protagonismo do controle social e trabalho integrado na esfera municipal, sob uma lógica de fortalecimento regional com reduzida assimetria entre a oferta de serviços aos usuários.

Por fim, é importante retomar aqui a ideia de que é preciso compreender a judicialização da saúde como um fenômeno complexo que não deve ser rotulado como benéfico ou maléfico, nem mesmo quando consideramos as partes envolvidas de forma separada. Afinal, o cidadão é parte de toda uma sociedade, assim como o Poder Judiciário ou o Executivo são partes do Estado e este existe em prol da sociedade. E todas essas partes são importantes “peças” na engrenagem do nosso SUS, ainda que por vezes, existam conflitos de complexo manejo, como visto.

Conforme discutido ao longo desta tese, esse tipo de abordagem é essencial para que a judicialização, deixe de ser vista como um “mal a ser combatido ou exterminado”, e passe a ser encarada como parte dos processos. Parte dos processos de gestão do sistema de saúde. Parte dos processos que envolvem o cotidiano da administração pública hoje. Parte de um caminho por vezes inevitável que pode culminar na efetivação do direito à saúde do cidadão. Parte das relações entre o Estado e a sociedade num contexto democrático. Porque em muitos momentos, o contexto democrático precisa acomodar o contraditório, e o ambíguo. O que se deve buscar são meios de evidenciar a potencialidade que há nisso tudo de modo que a judicialização possa ser transformada em uma ferramenta que aponte os desafios estruturais da consolidação do SUS que precisam ser enfrentados.

Reforça-se mais uma vez, a defesa de que a judicialização não é o gargalo em si, mas aponta para os gargalos do sistema, se observada enquanto judicialização residual, pois, sendo qualificada, pode auxiliar o reconhecimento de aspectos da operacionalização do direito à saúde, que precisam ser resolvidos ou melhorados. Para isso, é preciso que haja uma mudança do olhar para a judicialização. Principalmente do ponto de vista da gestão da saúde na esfera municipal, é preciso haver mudança de compreendê-la como “algo que precisa ser combatido” para: “algo que precisa ser manejado adequadamente”, e que pode ser um aliado na sinalização dos gargalos da rede, no sentido de onde concentrar esforços para garantia do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. *Cadernos ENAP*, Brasília, n. 10, 1997. 52 p. ISSN: 0104-7078.
- ABRUCIO, F. L.; PEDROTI, P.; PÓ, M. V. A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado as reformas administrativas. *In: LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F. L.; PACHECO, R. S. (Org.). Burocracia e Política no Brasil: Desafios para a ordem democrática no século XXI*. Rio de Janeiro: FGV, p. 27-71, 2010.
- AITH, F. M. A. Efetivação do direito à saúde em seus múltiplos caminhos. Novas institucionalidades para a solução de conflitos em saúde. *In: BUCCI, M. P. D; DUARTE, C. S. (orgs). Judicialização da saúde: a visão do poder executivo*. São Paulo: Saraiva, p.114-135, 2017.
- AMARAL, I.B.S.T, ASENSI, F.D. A descentralização e o drama da esfera municipal na busca pela institucionalização do sus no contexto da crise. *In: JÚNIOR, A.S.G. et al.(orgs.). Direitos Sociais e efetividade*. Rio de Janeiro: Àgora 21, p. 617-630, 2019.
- AMARAL, I. T.; ASENSI, F. D.; SOUZA, T. O. de; NASCIMENTO, F. T. M. do; SILVA, I. R. A judicialização da saúde no Brasil sob as lentes do modelo paradigmático de Strauss e Corbin: uma análise bibliométrica. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 153–175, 2021. DOI: 10.17566/ciads.v10i4.760. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/760>>. Acesso em: 15 jan. 2022.
- AMARAL, M. A. Conversações para a ação: um desafio a superar para o fortalecimento do SUS. *In: Coletânea direito à saúde:Boas práticas e diálogos institucionais*. Brasília: CONASS, v. 3, p. 12- 21, 2018.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). *Dados Gerais: Tabelas de beneficiários de planos de saúde, taxas de crescimento e cobertura*. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 06 set. 2021.
- ARAÚJO, C. E. L., GONÇALVES, G. Q., MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciênc. saúde colet.* v. 22, n. 3, p. 953-963. mar 2017. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n3/953-963>>. Acesso em 06 set.2021.
- ARÊAS, P. J. R. A. Judicialização da saúde: uma análise das decisões da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde do município de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Dissertação (mestrado em Planejamento Regional e estão da Cidade). Universidade Cândido Mendes. Campos dos Goytacazes, RJ. [89f], 2020.
- ARÊAS, P. J. R. A.; HASENCLEVER, L.; AHMED, F. V. Justiça multiportas: uma análise da atuação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) em Campos dos Goytacazes – RJ. *Revista Eletrônica da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro - PGE-RJ*, Rio de Janeiro, v. 3 n. 3, set./dez. 2020

ASENSI, F. D. Direito e saúde: três propostas para direito material materialmente concebido. *In: PINHEIRO, R; SILVA JUNIOR, A. G. da (Org). Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011. 344 p.

ASENSI, F. D. Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores. *In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. da (Org). Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p. 79-97, 2007.

ASENSI, F. D. *Indo Além da judicialização: o Ministério Público e a Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010a. 206 p.

ASENSI, F. D. Judicialização ou Juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2010b, 20 (1). p. 33-55. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/kbWKmMKq4PjmT7gx3LRr4Yr/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 jan. 2020.

ASENSI, F. D. Saúde, Poder Judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2013, 23 (3). p. 801-820. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/tjyPSLJWZ4TB5ZQVM5tCxtc/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 10 set. 2021.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (coord.) *Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiências.* Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. 142 p. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2021.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. “A saúde é diferente”: experiências inovadoras das instituições jurídicas na efetivação do direito à saúde. *In: PINHEIRO, R; GERHARDT, T. E.; ASENSI, F. D. (Org.). Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento.* Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS/UERJ/ABRASCO, 2017. 414 p.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). *Rev. Dir. sanit.* [online], v. 17, n. 2, p. 48-65, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-836089>>. Acesso em: 09 jan. 2020.

BANCO MUNDIAL. BIRD. AID. *Propostas de Reformas do Sistema único de Saúde Brasileiro.* 2019. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2019/04/Enviando-PropostasdeReformasdoSUS.pdf>> Acesso em: 27 out. 2021.

BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. [online] v. 14, n.3, p. 829-839, 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/QXStzwBwfQjFRrMqr69T35Q/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 24jan. 2022.

BARROS, F. P. C.; DEULDUQUE, M. C.; SANTOS, A. de O. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. *CONSENSUS*, ano VI, n. 19, abr./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/o-direito-saude-e-proposta-de-cobertura-universal>>. Acesso em: 06 set. 2021.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial. *Revista Jurisp.* Mineira, Belo Horizonte, ano 60, n. 188, p. 29-60, jan./mar. 2009.

BARROSO, L. R.; BARCELLOS, A. P. de. O começo da História. A nova interpretação constitucional e o papel dos princípios no Direito Brasileiro. *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 25-65, 2003.

BATEUP, C. The Dialogic Promise: assessing the normative potential of Theories of Constitutional Dialogue. *Brooklyn Law Review*, v. 71, n. 3, 2006. Disponível em: <<https://brooklynworks.brooklaw.edu/blr/vol71/iss3/1>>. Acesso em: 06 set. 2021.

BISCARDE, D. G. S.; VILASBÔAS, A. L. Q.; TRAD, L. A. B. Consenso e pactuação regional entre gestores do SUS no nordeste do Brasil. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*; v.24, n.12, p. 4519-4526, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n12/4519-4527>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

BISOL, J.; REY FILHO, M. Por que uma teoria geral do direito Sanitário? In: ALVES, S. M. C.; LEMOS, A. N. L. E. (Org.). *Direito Sanitário: coletânea em homenagem à Prof.ª Dra. Maria Célia Delduque*. 1. Ed. São Paulo: Matrioska Editora, p.3-20, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/LIVRO_PDF_Direito_Sanitario_digital_link_ajustado-1.pdf>. Acesso em: Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Nota Técnica nº 014 de 2012*. Análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. CONOF/CD, 2012. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2012/nt14.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/522095>. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL. Decreto n. 828, de 29 de setembro de 1851. Manda executar o Regulamento da Junta de Higiene Pública. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781->

<<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2020.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público*, Ano 47, v. 121, n. 1, jan./abr. 1996. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/viewFile/702/550>>. Acesso em: 08 set. 2019.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Reforma da nova gestão pública: agora na agenda da América Latina, no entanto... *Revista do Serviço Público*, v.53, n. 1, p. 5-27, 2002. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1919/1/2002%20Vol.53%2cn.1%20Bresser.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BUCCI, M. P. D. Contribuição para a redução da judicialização da saúde. Uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: BUCCI, M. P. D; DUARTE, C. S. (orgs). *Judicialização da saúde: a visão do poder executivo*. São Paulo: Saraiva, p.31-88, 2017.

CAMARGO, S. X. de. *Judicialização nas políticas de saúde no Brasil: fundamentos éticos, jurídicos, econômicos e políticos*. 2017. 431 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2017.

CAMARGO JR, K.R.C. Planejamento em saúde: entre a reflexão e o ato. Prefácio. In: BAPTISTA, T. V. de F.; AZEVEDO, C. da S.; MACHADO, C. V. (Org.) *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde*. Editora Fiocruz, 2015. 378 p.

CAMPOS, G. W.de S. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CkcCVLQYv7DJYmp3bqGdQpC/?lang=pt>>. Acesso em: 07 out. 2021.

CAMPOS, G. W. de S. SUS: o que e como fazer? *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. [online] v. 23, n.6, p. 1707-1714, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 27 jan. 2020.

CARDOSO, R. M. As teorias do constitucionalismo popular e o diálogo na perspectiva da jurisdição constitucional brasileira. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito*. v. 6, n. 2. p. 218-227. 2014. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5007504>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, Abr. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/X5tq3bQgN8XkGkths95ctkz/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 jan. 2020.

CARVALHO, Ernani R. de. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. *Revista de Sociologia e Política*, n. 23, p.

127-139, 2004. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsocp/a/N7mbY9C3VmBv7866K974jfP/?lang=pt>>. Acesso em: 28 out. 2021.

CARVALHO. Eloá. C. *A judicialização na saúde pública: implicações para a enfermagem como prática social*. 2017. 182f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro. 2017.

CASTRO, E. K. A judicialização da saúde e as formas alternativas de resolução do conflito. *In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITO CONSTITUCIONAL E FILOSOFIA POLÍTICA*, 2, 2016, cidade. *Anais [...]*. Belo Horizonte: Initia Via, 2016, 206p., volume 1. ISBN 978-85-64912-90-8.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A gestão municipal e a garantia do direito à saúde. Editorial. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 506-511, out./dez. 2012b. Disponível em:

<https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.36%2C+N.94+-+jul&pesq=&x=38&y=17>. Acesso em: 16 set. 2021.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Lições brasileiras na busca do Direito Universal à Saúde. Editorial. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 317-318, jul./set. 2012a. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/sdeb/2012.v36n94/317-318/pt/>>. Acesso em: 16 set. 2021.

CMB. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas. *A História de Misericórdia das Santas Casas*. 2020. Disponível em: <<https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>>. Acesso em: 24 jan. 2021

CNJ. Conselho Nacional de Justiça (Brasil). Instituto de Ensino e Pesquisa. *Judicialização da saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília, 2019, 174 p. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-SAU%CC%81DE-NO-BRASIL.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça (Brasil). *Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: CNJ, 2021. 164 p. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade_2021-06-08_V2.pdf Acesso em: 16 set. 2021.

CNS. Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acesso em: 19dez. 2021.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Direito à saúde, judicialização e a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. *Judicialização da saúde nos municípios: como responder e prevenir*. v. 2, jul. 2021b. 35p.

Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Cartilha_2_PROVA-3-1.pdf>. Acesso em: 16 set. 2021.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS - diálogos no cotidiano*. 2. ed. digital, rev. e ampliada. Brasília, 2021a. 440 p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf>. Acesso em: 09 out. 2021.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/cR5fBb9MWJRFmvqn4DhrLgN/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 10 out. 2021

COSTA, F.L. Condicionantes da Reforma do Estado no Brasil. In: Martins PEM, Pieranti O.P. (Org.) *Estado e Gestão Pública: Visões do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: FGV. p.133 -158, 2006

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Supl), p. 1851-1864, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700008>. Acesso em: 20 dez. 2019.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde; 12 set. 1978; Alma-Ata (URSS). Brasília: UNICEF, 1979. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 16 set. 2021

DPERJ. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Dos nove maiores réus da DPRJ em 2021, oito são entes públicos. 30 dez. 2021. Disponível em: <https://Defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/12916-Dos-nove-maiores-reus-da-DPRJ-em-2021-oito-sao-entes-publicos>. Acesso em: 28 fev. 2022.

DPERJ. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. *DPRJ*: modelo de atuação extrajudicial poderá ser adotado no exterior. Rio de Janeiro: Bruno Cunha, 24 out. 2017a. Disponível em: <<https://Defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/5102-DPRJ-modelo-de-atuacao-extrajudicial-podera-ser-adotado-no-externo>>. Acesso em: 09 ago. 2020.

DPERJ. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Judicialização da saúde: um instrumento legítimo de acesso à Saúde e à Cidadania. 2018. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2018/01/950ef0b034acf5411392ed3db1bc9bb3.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2022

DPERJ. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. *Saúde*: Defensoria, PGE e prefeitura de Belford Roxo assinam acordo. Rio de Janeiro, 15 ago. 2017b. Disponível em: <<http://www.Defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/4767-Saude-Defensoria-PGE-e-prefeitura-de-Belford-Roxo-assinam-acordo>>. Acesso em: 12 out. 2020.

DUDH, *Declaração Universal de Direitos Humanos*. UNIC, Rio, 2009. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>> Acesso em: 09 ago. 2020.

EDLER, F. C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

ESCOSSIA, M. H. S. É possível falar em teoria normativa dialógica no Brasil? *Revista Estudos Institucionais*. v. 2, n. 2, p. 974-1006, 2016. Disponível em: <<https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/70/122>>. Acesso em: 09 ago. 2020.

FALLEIROS, I.; LIMA, J. C. F. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

FAORO, R. *Existe um pensamento político brasileiro?* São Paulo: Ática, 1994.

FERREIRA, A. M. A.; LIRA, J. M.; CHAVES, M. A. B. R. A contribuição da governança para aprimorar o uso dos recursos públicos na saúde pública. In: *Coletânea direito à saúde: Boas práticas e diálogos institucionais*. Brasília: CONASS, v. 3, p. 35- 47, 2018.

FIGUEIREDO, G. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das santas casas. *Rev. Bras. Psiquiatria*, v. 22, n.3, 2000.133 p. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300007>>. Acesso em: 29 ago. 2020.

FILPO, K. P. L.; ASENSI, F. D. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde do Rio de Janeiro: Reflexões e Perplexidades a partir de uma Aproximação Empírica. *Revista Juris Poiesis*, Rio de Janeiro. v. 24, n. 34, p. 925-951, 2021. ISSN 2448-0517. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br/index.php/jurispoiesis/article/view/9654>>. Acesso em: 28 fev. 2022.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE: à espera de resgate. *Em discussão: Revista de audiências públicas do Senado Federal*. Ano 5, n.19, p.47-49, fev. 2014. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201401%20-%20fevereiro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_fevereiro_2014_internet.pdf>_ Acesso em: 09 set. 2021.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763003.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2022.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. [et al.]. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. ISBN: 978-85-8110-001-2. 323 p.

GOMES, R. M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 938-952, out./dez. 2014.

GONÇALVES, A. M. *Dos porões ao hospício: a participação das santas casas de misericórdia na assistência aos alienados em minas gerais, no século XIX*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

GUIMARÃES, J. R.; SANTOS, R. T. Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 8, p. 219-233, dez. 2019.

GUIMARÃES, R. de C. M.; PALHEIRO, P. H.M. 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. *Direito à Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS*. CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_33.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2022.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Revista Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/er/a/YFprXwcGwr3jrnCXwRM8TGb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 fev. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE divulga as Estimativas de População dos municípios para 2018*. Editoria: estatísticas Sociais, 29 ago. 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22374-ibge-divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE divulga estimativa da população dos municípios para 2020*. Editoria: Estatísticas Sociais, 27 ago. 2020. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28668-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2020>> Acesso em: 28 fev. 2021.

KUSCHNIR, R. C; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. *Gestão dos sistemas e serviços de saúde*. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. 176p.

LASSALE, F. *Que é uma Constituição?* Tradução de Walter Stonner. Edições e Publicações Brasil, São Paulo, 1933. 126 p.

LEVCOVITZ, Eduardo. Reflexões sobre o resgate da economia política na análise do setor saúde no Brasil e na América Latina no século XXI. O texto integra a coletânea SESTELO, JAF, BAHIA, L, LEVCOVITZ, E. *Crise Global e Sistemas de Saúde da América Latina*, Salvador: Ed. UFBa, 2022 (In Print).

LEVCOVITZ E.; LIMA, L.D.; MACHADO C.V. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência*

& *Saúde Coletiva* [online].2001, v. 6, n. 2, p. 269-291. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>>. Acesso em: 02 abr. 2020.

LEVCOVITZ, E. A transição para o SUS nos anos 1990: a era das normas operacionais básicas Parte I (1991-96). Texto Didático - Políticas e Sistemas de Saúde Nº 3. 2019. Mestrado Profissional em Administração em Saúde Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

LEVCOVITZ, E.; COUTO, M. H. C. Sistemas de Saúde na América Latina do séc. XXI. In: NOGUEIRA, R. P. et al. (Org). Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: tendências recentes das políticas sociais na América Latina: estudos e análises 3. Brasília, DF: UnB; ObservaRH; Nesp; Nethis, 2018. 246f.

LIMA, L. D. et al. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 2. ed. rev. e ampl. ISBN 978-85- 7541-349-4.

LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde*: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 2006. 416 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

LOPES, L. M. N.; ASENSI, F. D.; SILVA JUNIOR, A. G. A judicialização indireta da saúde: um estudo de caso sobre a experiência de Cachoeiro de Itapemirim/ES. *Rev. Direito e Práx.* v. 8, p. 285-320, 2017. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/19801>>. Acesso em: 22 set. 2018.

LUNA, A. C. V. *Direitos sociais: controle jurisdicional de políticas públicas, limites e possibilidades*. Dissertação (Mestrado Direitos Humanos). Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-05082013-162741/publico/Dissertacao_INTEGRAL_AnaClaudiaVergaminiLuna.pdf>. Acesso em: 09 out. 2021.

LYNCH, C. E. C.; MENDONÇA, J. V. S. de. Por uma história constitucional brasileira: uma crítica pontual a doutrina da efetividade. *Revista Direito & Práxis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.974-1007, 2017.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. Perspectivas históricas na Análise de Políticas de Saúde. In: BAPTISTA, T. V. de F.; AZEVEDO, C. da S.; MACHADO, C. V. (Org.) *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde*. Editora Fiocruz, 2015. 378 p.

MACHADO, F. R. S. Algumas interfaces do direito à saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org). *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS/ UERJ/ ABRASCO, 2013. 344 p.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Rev. Adm. Pública*[online], v. 46,

n. 4, p. 1017-1036, jul./ago. 2012 Disponível em:
<<https://www.scielo.br/pdf/rap/v46n4/a06v46n4.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e Integralidade no SUS: o Exercício da Cidadania e o papel do Ministério Público. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2 ed. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 49-65.

MAGNO, P.; FRANCO, G. (Orgs.). *I Relatório Nacional de Atuação em Prol de Pessoas e/ou Grupos em Condição de Vulnerabilidade*. Brasília: ANADEP, 2015. 125 p.

MARIANO, C. M. *et al.* Diálogos Sanitários Interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. *Rev. de Investigações Constitucionais*. Curitiba, v. 5, p. 169-188, 2018. Disponível em:
<<https://revistas.ufpr.br/rinc/issue/view/2499/showToc>>. Acesso em: 28 jan. 2020.

MARINHO, B. M. B. D. *Resolução de conflitos nos centros de conciliação do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro: uma análise da atuação da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro*. 178 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) Programa de pós-graduação em Sociologia Política. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, RJ, 2018.

MARQUETO, A. Análise normativa da câmara permanente distrital de mediação em saúde – CAMEDIS como instrumento de gestão na judicialização da saúde no Distrito Federal. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, 2021. Disponível em:<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/50719/2/alessandra_marqueto_ensp_mest_2021.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.

MARTINS, T. C. de F. *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, maio 2021. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/transicao-da-morbimortalidade-no-brasil-um-desafio-aos-30-anos-de-sus/18074?id=18074>>. Acesso em: 06 set. 2021.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.) Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3)

MATTOS, R. de A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 13, núm. 1, pp. 771-780. São Paulo, Brasil. 2009.

MATTOS, R. de A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2 ed. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 35-48.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 4, p. 1291-1310. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>>. Acesso em: 08 set. 2020.

MENDES, Á. A Saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. *Futuros do Brasil, Texto para debate*. Centro de Estudos estratégicos da Fiocruz. Jul. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/28237/2/Aquilas_Mender_sa%C3%BAde_e_capitalismo_financeiro.pdf>. Acesso em: 08 set. 2021.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Rev. Saúde e Soc.* [online]. v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200329>. Acesso em: 09 jan. 2020.

MOTTA, J. H.; SILVA, M. C.; LIMA, S. M. DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AS DIFICULDADES DE O MUNICÍPIO PROGRAMAR. *Revista Jurídica*, v. 2, n. 39, p. 393-409, 2016. ISSN 2316-753X. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/1543>>. Acesso em: 04 abr. 2021.

NETO AGUIAR, Z. (Org.). *SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

NOGUEIRA, O. *Constituições brasileiras*. Coleção Constituições brasileiras – Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e publicações. Subsecretaria de edições técnicas. Brasília, v.1, 2012.

NORONHA, J. C. de; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p.445-450, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ffQBwmvLX6KgkDFMtMKYH4k/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 set.2021

OCKÉ- REIS, C.O. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. 176 p.

OLIVEIRA, M. R. M. *et al.* Mediação como prevenção à judicialização da saúde: narrativas dos sujeitos, do judiciário e da saúde. *Rev. Escola de Enfermagem Anna Nery* [online]. 2019, v.23, n.2, p.1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n2/pt_1414-8145-ean-23-02-e20180363.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial da Saúde – financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*, 2010. Disponível em: <https://www.cplp.org/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiler%2F1_CPLP%2Fsaude%2FRelat%C3%B3rio-Mundial-de-Saude-Financiamento-Sistemas-Saude.pdf>_Acesso em: 09 set.2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS, 2018. ISBN: 978-92-75-72044-8. 218p.

PAIM, J. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. [online]. v. 23, n.6, p.1723-1728, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em: 09 jan. 2020.

PAIM, J.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Cien saúde colet*. 2007; 12 (sup); p.1819-1829.

PARANÁ (Estado). *Secretaria Estadual da Saúde e Tribunal de Justiça firmam acordo de cooperação técnica*. Secretaria de Estado da Comunicação Social e da Cultura. Rodrigo Arend. Paraná, 22 ago. 2019. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/debaser/visualizar.php?audiovideo=1&xfid=83642>>. Acesso em: 11 nov. 2020.

PAULA, C. E. A.; BITTAR, C. M. L. Meios para amenizar as consequências prejudiciais da judicialização da saúde. *Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas*. Brasília, v. 3, n.1, p. 22-37, 2017. Disponível em: <<https://www.indexlaw.org/index.php/revistadspp/article/view/1865/pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

PEÇANHA, L.O.; SIMAS, L.; LUIZA, V.L. Judicialização de medicamentos no Estado do Rio de Janeiro: evolução de 2010 a 2017. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. Esp.4, p. 61-70, dez.2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xSVJ9NPMjRzy4TqdvkJbwFt/?lang=pt>> Acesso em: 20 ago. 2021.

PEREIRA, A. do N. *Judicialização da saúde e a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde do município do Rio de Janeiro: uma análise teórica a partir de perspectivas de diálogos institucionais*. 2019. 78 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

PGE-RJ. Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro. *Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS)*. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/mais-consenso/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls>. Acesso em: 09 set.2021.

PINAFO, E.; CARVALHO, B.G.; NUNES, E.F.P.A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Cien saúde colet*. 2016;21(5):1511-1524. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1511.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

PINHEIRO, M. C. *Núcleos de Assessoramento Técnico: estratégia à judicialização da saúde?* 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública). Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2490/1/Mariana%20Pinheiro.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2. ed. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. p.13-33

PONTE, C. F. O Brasil no Microscópio. *In*: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

PONTE, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C.M.O. Saúde Pública e Medicina Previdenciária: complementares ou excludentes? *In*: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

PORTO, S. M. Justiça social, equidade e necessidades em saúde. *In*: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (org.). *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília, p. 123-140, out. 1995 Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5329>_ Acesso em: 22 set. 2021.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e Noções Gerais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)*. 2 ed. 2010. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/226485/cartilha_cms_2ed.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.

RESENDE, R. L.; VIEIRA, J. R. Judicial Review e democracia: caminhos para um controle dialógico de constitucionalidade. *Revista brasileira de estudos políticos*. [online] v. 113, p. 49-74. 2016. Disponível em: <<https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/372/360>>_ Acesso em: 27 jan. 2020.

RIBEIRO, G.M.A. *O Sistema Único de Saúde ante as perspectivas da terceirização administrativa*. 2018. 299f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

RIO DE JANEIRO (Estado). Relatório da Câmara de Resolução de Litígio de Saúde – CRLS INTERIOR. Rio de Janeiro, Ago. 2021.

RIZOTTO, M. L. F. *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2012. 238p.

RIZZOTTO, M.L.F.; CAMPOS, G.W.S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Rev. Saúde Soc. São Paulo*, v. 25, n. 2, p. 263- 276, 2016. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00263.pdf>> Acesso em: 10 set. 2018.

RODRIGUES, D. S.; LIMA, J; H; S. Judicialização da Saúde, Diálogos Institucionais e o STF. *In*: ALVES, S. M. C.; LEMOS, A. N. L. E. (Org.). *Direito Sanitário: coletânea em homenagem à Prof.^a Dra. Maria Célia Delduque*. 1. Ed. São Paulo: Matrioska Editora, p.107-123, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/LIVRO_PDF_Direito_Sanitario_digital_link_ajustado-1.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

RODRIGUES, P.H.A. *As Organizações Sociais na saúde, peça chave para privatização da saúde*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 23 nov. 2016.

Disponível em: <<http://cebes.org.br/2016/11/as-organizacoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-a-privatizacao-da-saude>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

RODRIGUES, P.H.A. Desafios Políticos para a consolidação do Sistema único de Saúde: uma abordagem histórica. *Rev. História, Ciências, Saúde- Manguinhos* [online]. v. 21, p. 37-59, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702014000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 set. 2018.

ROMERO, L. C. P. A importância da produção normativa para a efetivação do direito à saúde no Brasil. In: ALVES, S. M. C.; LEMOS, A. N. L. E. (Org.). *Direito Sanitário: coletânea em homenagem à Prof.^a Dra. Maria Célia Delduque*. 1. Ed. São Paulo: Matrioska Editora, 2020. p. 49-62. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/LIVRO_PDF_Direito_Sanitario_digital_link_ajustado-1.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

SANT'ANA, R.N. Atuação da Defensoria Pública para a garantia do direito à saúde: a judicialização como instrumento de acesso à saúde. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*. V. 8, n. 3. 2018. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/5726>> Acesso em: 01 jun. 2021.

SANTOS, A. O.; ALMEIDA, L. L.; TERRAZAS, F. V. A Importância Social do SUS. In: LEMOS, Amanda Nunes Lopes Espiñeira; ALVES, Sandra Mara Campos (Org.). *Direito sanitário: coletânea em homenagem à profa. Dra. Maria Célia Delduque*. São Paulo: Matrioska. 2020. p. 21-35.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. SUS Brasil: A região de Saúde como caminho. *Rev. Saúde e Soc. São Paulo*, n. 24, n. 32, p. 438-446, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

SANTOS, B. de S.; MARQUES, M. M. L.; PEDROSO, J. Os tribunais nas sociedades contemporâneas. *Revista brasileira de Ciências sociais*, v.11, n.30, São Paulo, fev. 1996. Não paginado. Disponível em: <http://www.anpocs.com/images/stories/RBCS/30/rbcs30_07.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. [online], v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1729.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2019.

SÃO VICENTE, José Pimenta Bueno, Marquês de. (1958) [1857], *Direito Público Brasileiro e Análise da Constituição do Império*. Rio de Janeiro, Ministério da Justiça.

SCHRAIBER, L. B. Engajamento Ético Político e Construção teórica na produção científica do conhecimento em Saúde Coletiva. In: BAPTISTA, T. V. de F.; AZEVEDO, C. da S.; MACHADO, C. V. (Org.) *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde*. Editora Fiocruz, 2015. 378 p.

SENNA, M. C. M.; COSTA, A. M.; SILVA, L. N. Atenção à saúde em grandes centros urbanos. *Revista Sociedade em Debate*. v.16, n.1 p. 121-137. Pelotas, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/download/341/299/1253>>. Acesso em: 01 mar. 2021.

SIQUEIRA, S. A. V. de; SENNA, M. de C. M.; OLIVEIRA, P. de T. R. de; PINTO, L. F. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26 n. 60, Jan./Abr. 2002.

SOARES, F. D. *A atuação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) na Resolução Extrajudicial dos Conflitos Sanitários: um estudo nos anos de 2014 a 2016*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Justiça Administrativa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2017.

SOUZA, A. M. de. *A Atuação em Rede de Instituições Governamentais na Resolução de Conflitos sobre Demandas Sanitárias no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2016.

SOUZA, T.G. *A judicialização residual da saúde proposta pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro: um forte indicativo do grau de desempenho dos serviços públicos de saúde e da efetividade do Direito à Saúde*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2018.

SPEDE, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8964rLb3ZfDWSTTBjHpG6yf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

STJ. Superior Tribunal de Justiça. Boletim de precedentes. Brasília, 16 maio 2018. 8 ed. -1º/5/2018 a 15/5/2018. Disponível em: https://www.stj.jus.br/static_files/STJ/Processos/Recursos%20repetitivos/8_boletim_precedentes_stj.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

STONE SWEET, Alec. Judicialization and the Construction of Governance (March 12, 2010). *Comparative Political Studies*, v. 31, p. 147-84, 1999. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=1569313>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS. CONASEMS Notícias, Brasília, 26 jan. 2017. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/sus-legal-conasems-conass-e-ministerio-pactuam-novo-modelo-de-repasse-do-sus>. Acesso em: 12 set. 2021.

TAQUETTE, S. R.; BORGES, L. *Pesquisa Qualitativa para todos*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2020. 192 p.

TAYLOR, M. M. O Judiciário e as Políticas Públicas no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 229-257, 2007.

TEIXEIRA, C. F. Produção científica na área de política, planejamento e gestão em saúde 1975-2010: temas e teorias. In: BAPTISTA T.W. de F.; AZEVEDO, C. da Silva; MACHADO C. V. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015, p. 81-111.

TEIXEIRA, M. F. *Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do Estado e Município do Rio de Janeiro*. 2011. 71 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, s.n., 2011. 71 f. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/visa/files/teixeiramfm.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

TOLEDO, L. A.; SHIAISHI, G. F. Estudo de caso em pesquisas exploratórias qualitativas: um ensaio para a proposta de protocolo do estudo de caso. *Revista da FAE*. Curitiba, v. 12, n. 1, p.103-119, jan./jun. 2009. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/288> Acesso em: 12 mai. 2021.

VASCONCELOS, N. P. de. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 923-949, jul./ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/9tTLBHPyj4ygN3pnwgQw4ng/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2022

VENTURA, M.; SIMAS, L. Uma experiência interinstitucional de resolução de litígios em saúde: percursos dos usuários no acesso ao direito e à justiça. *Rev. Direito Práx*, v. 12, n. 3, Jul./Set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/wDNSWMTBCFnfNV7F5RF4kzy/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

VIANNA, L.W.; BURGOS, M.B.; SALLES, P.M. Dezessete anos de judicialização da política. *Tempo Social- Revista de Sociologia da USP*. V. 19, n. 2. P.39-85, nov. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/Gm5Cm5Tv3br63xgNvJZX4wL/?lang=pt> Acesso em: 08 ago. 2021.

VIEIRA, F.S.; SANTOS, I.S.; OCKÉ-REIS, C.; RODRIGUES, P.H.A. *Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro, CEBES, 2018, 64 p. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/06/Publicac%CC%A7a%CC%83o-Austeridade_rev19_07_18.pdf. Acesso em: 21 jan. 2019.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Tematicas*, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 12 ago. 2022.

WERNER, P. U. P. Políticas públicas e o direito fundamental à saúde: a experiência das Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S.(orgs.) *Judicialização da saúde: a visão do poder executivo*. São Paulo: Saraiva, 2017.

XAVIER, Christabelle-Ann. Judicialização da Saúde: Perspectiva Crítica sobre os Gastos da União para o Cumprimento das Ordens Judiciais. *In*: SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T. (Org.). *Coletânea Direito à Saúde: Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde*. Brasília: CONASS, p. 52-61, 2018.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

Nome:

Idade:

Formação:

Tempo de formado:

Cargo:

Tempo no cargo:

QUESTÕES PROFISSIONAIS

1. O que você entende por direito a saúde?
2. Qual o seu papel na efetivação do direito à saúde?
3. Como você passou a trabalhar com saúde?
4. Fez alguma capacitação específica na área do direito à saúde?
5. Quais os maiores obstáculos no seu cargo?
6. Quais os parceiros (institucionais)?
7. Quais são os critérios para definir prioridades no seu trabalho?
8. Você acha que o Judiciário acolhe as demandas da população? Como?
9. Você acha que a sua instituição acolhe as demandas da população? Como?
(pergunte apenas para aqueles que não fazem parte do Judiciário)

QUESTÕES DA EXPERIÊNCIA

10. Há quanto tempo a experiência foi implementada?
11. Como foi o processo e as estratégias para o surgimento da experiência?
12. Quais são os atores envolvidos na experiência e o papel que desempenham?
13. Quais os fatores que contribuíram para a experiência?
14. Quais os grandes desafios e obstáculos para a formação e desenvolvimento atual da experiência?
15. Quais os grupos da sociedade civil relacionados à saúde que você acha que mais se relacionam com a experiência?

16. Como você acha que os demais participantes da experiência veem a sua atuação?
17. Pondere sobre a eficácia dos instrumentos legais para a garantia do direito à saúde a partir da experiência.
18. Na sua perspectiva, a experiência pode contribuir para o fortalecimento das Redes de Atenção à saúde? Se sim, de que forma?
19. Quais as principais mudanças que você destacaria que ocorreram após o desenvolvimento da experiência no seu município (ou nos municípios conveniados) em termos da judicialização e da efetivação do direito à saúde?
20. Do seu ponto de vista quais os maiores empecilhos para o adequado acesso aos meios para garantia da saúde pela população?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada **“Judicialização da saúde e diálogo institucional: uma análise das estratégias de efetivação do direito à saúde desenvolvidas por instituições jurídicas e políticas do Estado do Rio de Janeiro”**, coordenada pelo Professor Felipe Dutra Asensi. Este estudo tem por objetivo analisar a experiência do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro” (DPERJ) desenvolvida pela Coordenação de Saúde da Defensoria que busca ampliar a resolução extrajudicial das demandas administrativas em saúde.

Você foi selecionado(a) por ser participante direto de uma das experiências. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. A sua participação não é remunerada nem implicará em gastos. Eventuais despesas de participação poderão ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Assegura-se que a entrevista será realizada em local apropriado com garantia de privacidade e sigilo, sendo prioritariamente em ambiente virtual em plataforma Zoom ou Goole meet, devido às recomendações e medidas de proteção e distanciamento decorrentes do atual contexto pandêmico da COVID-19.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em:

- a) conceder entrevista com tempo estimado de 1h, que será gravada para auxiliar a análise do material coletado;
- b) fornecer documentos e demais fontes de informação que considere relevantes para o objetivo da pesquisa.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos que participaram da pesquisa. Esta cláusula de sigilo se estende também para fontes documentais compartilhadas em caráter privado, após ou durante as entrevistas. Havendo compartilhamento de documentos que requeiram tratamento sigiloso, o mesmo será garantido mediante apresentação de termo de compromisso da manutenção da confidencialidade dos dados por parte do pesquisador responsável.

Os dados da pesquisa serão mantidos sob guarda e responsabilidade do pesquisador em arquivo digital por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa se limitam a possibilidade de haver algum desconforto em responder alguma questão. Os benefícios envolvem a contribuição para a promoção do conhecimento científico acerca da judicialização da saúde e experiências de diálogos institucionais no estado do Rio de Janeiro.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e o

Rubrica Pesquisador:

Rubrica Entrevistado:

pesquisador rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas.

No caso da entrevista ocorrer de forma virtual, o documento será ser enviado por email, já assinado pelo pesquisador responsável, para que o entrevistado proceda a impressão, assinatura e digitalização ou registro fotográfico para reenvio por email ao pesquisador, ou ainda; caso o entrevistado prefira, esse mecanismo poderá ser substituído pela leitura na íntegra do TCLE no momento inicial da entrevista e a concordância verbal do entrevistado, com envio de cópia assinada pelo pesquisador para o entrevistado.

Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o Coordenador da Pesquisa nos contatos abaixo:

Coordenador da Pesquisa: Felipe Dutra Asensi.

Email: felipedml@yahoo.com.br

Telefone: (21) 98689-9998

Fica ainda disponibilizado o contato do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, através do email: cep.ims.uerj@gmail.com. Este Comitê possui registro atualizado aprovado pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e visa analisar, avaliar a acompanhar os projetos de pesquisa no âmbito das questões éticas neles envolvidas.

Ao assinar esse termo, ou proferir concordância verbal no ato da entrevista após sua leitura na íntegra, você declara que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa e que concorda em participar.

, de _____ de _____.

NOME DO PARTICIPANTE:

ASSINATURA:

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TCLE:

ASSINATURA:

APÊNDICE C- Termo de autorização institucional para uso de documentos**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO DE DOCUMENTOS****Esclarecimentos**

Esta é uma solicitação de autorização para uso de documentos institucionais na pesquisa intitulada “Judicialização da saúde e diálogo institucional: uma análise das estratégias de efetivação do direito à saúde desenvolvidas por instituições jurídicas e políticas no Estado do Rio de Janeiro” a ser realizada na Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (Núcleo de Magé), pelo(s) pesquisador(es) Felipe Dutra Asensi (coordenador), Laisa Naiara Euzébio Sá (pesquisadora assistente) e Isabela B. da S. Tavares Amaral (pesquisadora assistente), que tem objetivo principal analisar o projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, e utilizará a metodologia estudo de caso.

Assim sendo, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso e utilização dos seguintes documentos:

_____, pelo pesquisador responsável e sua equipe.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo de acordo com as Resoluções nº 466/2012 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, e utilizados tão somente para realização deste estudo.

Os dados coletados serão guardados sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes.

A instituição ficará com uma via deste documento, elaborado em duas vias, e toda dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente ao Pesquisador responsável Professor Felipe Dutra Asensi, pelo telefone celular (21) (98689-9998) ou pelo e-mail felipedml@yahoo.com.br.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, através do email: cep.ims.uerj@gmail.com. Este Comitê possui registro atualizado aprovado pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e visa analisar, avaliar a acompanhar os projetos de pesquisa no âmbito das questões éticas neles envolvidas.

Rubrica Pesquisador:
instituição:

Rubrica Responsável pela

Assinatura do pesquisador

Consentimento para uso de documentos institucionais

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia desta pesquisa, concordo em autorizar o manuseio e a utilização dos documentos institucionais supracitados.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas nas Resoluções nº 466/2012- Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementares. O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do responsável pela instituição
Nome completo do responsável pela Instituição
Carimbo ou CPF do responsável da Instituição*
Número do CNPJ da Instituição

Rubrica Pesquisador: instituição:	Rubrica Responsável pela
--------------------------------------	--------------------------

APÊNDICE D – Protocolo do estudo de caso

Protocolo do Estudo de caso (construído com base em: Yin, 2015; Toledo e Shiaishi, 2009)

Antes de começar: Porque um Protocolo de estudo de caso?

Primeiramente, vale destacar que o método do Estudo de Caso observado para construção da presente Tese, é o proposto por Robert Yin (2015) em seu livro “Estudo de Caso: planejamento e métodos”. Para este autor, o protocolo do estudo de caso é, para o pesquisador, uma agenda padronizada para sua linha de investigação e também constitui modo importante para o aumento da confiabilidade da pesquisa, permitindo que outros pesquisadores identifiquem o caminho seguido na investigação possam inclusive refazer o percurso (YIN, 2015).

Além de Yin (2015), foi consultado o trabalho de Toledo e Shiaishi (2009) para construção do presente protocolo, que está dividido entre os seguintes elementos: Visão geral do estudo de caso, Método, Caminho de análise dos dados e Guia para o Relatório do estudo de caso.

1. VISÃO GERAL DO ESTUDO DE CASO

A experiência que constitui objeto de análise do presente estudo refere-se a operacionalização do projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro” (DPERJ) em municípios conveniados da região metropolitana do estado. O projeto em questão foi idealizado pela Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da DPERJ e interiorizou as ações da Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS). O projeto propõe um arranjo institucional que possibilita maior articulação entre a gestão da saúde pública na esfera municipal e os defensores estaduais do Rio de Janeiro atuantes em núcleos de primeiro atendimento em municípios do interior. O arranjo institucional proposto envolve a presença de um profissional do município trabalhando de forma conjunta com a equipe dos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ no atendimento dos usuários que buscam a Defensoria com demandas em saúde, e o assessoramento da CRLS, de modo a trazer maior resolutividade para solução das demandas apresentadas, e

promover melhor manejo das demandas em saúde que podem ser resolvidas por vias administrativas, ou judiciais.

A judicialização da saúde, apesar de ser considerada um grande nó, também tem trazido à tona outros diversos nós que os mais de 30 anos de maturação do SUS ainda não deram conta de desatar. Até porque alguns foram formados ao longo desse caminho. Esses “nós” denotam fragilidades estruturais importantes que tem contribuído para a consolidação de imbróglios que põem hoje em xeque a sustentabilidade do sistema e sua legitimidade perante a sociedade, como por exemplo; o crônico subfinanciamento do SUS, a regionalização incipiente em diversos locais do Brasil e a falta de celeridade no provimento de alguns serviços (PAIM J., 2018; LIMA et al., 2012).

Tomando por base Jairmilson Paim, quando em uma discussão acerca dos 30 anos de SUS questiona “que estratégias e táticas podem ser acionadas para viabilizar a consolidação do SUS?” (PAIM J., 2018, p. 1727), empreende-se que a investigação e o compartilhamento de experiências consideradas exitosas como a que abordaremos na presente pesquisa, pode se constituir em uma estratégia potente para fortalecer a consolidação do sistema e a efetivação do direito à saúde no país.

No livro: “Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência” publicado pelo CNJ, coordenado por Felipe Asensi e Roseni Pinheiro, afirma-se que “a efetivação da saúde pode passar também pela incorporação das instituições jurídicas no cotidiano da gestão”(ASENSI e PINHEIRO, 2015, p. 46). Essa premissa rompe com a ideia de contraposição entre essas partes, tão essenciais para efetivação do direito a saúde. Do contrário, as instâncias jurídicas acabam absorvendo continuamente demandas individuais, e emitindo decisões, sem necessariamente terem acesso ao conhecimento sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, bem como das suas fragilidades. Esse desconhecimento por parte das instituições jurídicas pode levar, muitas vezes, a uma atitude que mais fomenta a indução do aumento da judicialização do que contribui para resolução dos problemas abordados.

Os diálogos institucionais têm sido nesse sentido, um caminho apontado por vários estudos como um meio eficaz para melhoria da articulação entre o Poder Executivo e o Poder Judiciário, para o alcance de medidas mais efetivas, evitando o caminho judicial para garantia do direito à saúde (ASENSI, 2010; OLIVEIRA et al.

2019). Principalmente tendo em vista que se trata de um fenômeno multidimensional e que requer, portanto, abordagens capazes de dar conta de sua complexidade.

As proposições teóricas que sustentam o presente estudo de caso permeiam conceitos de direito à saúde, descentralização e gestão em saúde, judicialização da saúde, juridicização e diálogos institucionais.

Entende-se que é na arena do cotidiano das instituições, onde por vezes, as adequações e inadequações dos mecanismos normativos ganham forma e desdobramentos, mas também é nela onde arranjos e processos de trabalho (re)configuram novas possibilidades de manejo dos obstáculos sistemáticos para efetivação de Políticas Públicas. Portanto, do ponto de vista da contribuição ao campo da saúde coletiva, espera-se que o presente estudo de caso possa viabilizar uma análise sobre a práxis no contexto do direito à saúde, tendo em vista as correlações que se estabelecem no campo político e institucional, a partir da experiência analisada.

1.1 Objetivos da pesquisa

1.1.1 Principal:

-Analisar o projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, visando compreender se o arranjo institucional proposto tem potencial para fortalecer a gestão e as redes de atenção à saúde em municípios metropolitanos do estado.

1.1.2 Específicos:

- Investigar as práticas dos atores envolvidos na experiência em questão;
- Analisar de que modo a efetivação do arranjo institucional proposto pode apresentar potencial para fortalecer as redes de atenção à saúde em municípios metropolitanos;
- Conhecer em que aspectos a experiência modificou os processos de trabalho dos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ no que tange às demandas em saúde;
- Evidenciar os desafios da operacionalização do arranjo institucional proposto entre a gestão municipal do SUS e a DPERJ no âmbito da região metropolitana do Rio de Janeiro para a efetivação judicial e extrajudicial do direito à saúde.

1.2 Questão principal do estudo de caso

- Como se constituiu e desenvolveu projeto “Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro”, entre 2015 e 2021, em municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro?

1.3 Outras questões do estudo de caso

Breve definição: Para Yin, (2015, p. 93) “o núcleo do protocolo é um conjunto de questões substantivas que refletem sua verdadeira linha de investigação”. São perguntas direcionadas ao pesquisador, para que ele as tenha em mente durante o estudo, de modo a mantê-lo “no rumo” a medida que a coleta de dados acontece (YIN, 2015). Para o presente estudo de caso, foram estabelecidas 12 questões que compuseram os pontos-chaves para os quais o olhar do pesquisador deveria se voltar durante a coleta dos dados, conforme segue abaixo:

- 1. Quais os antecedentes do projeto no contexto da judicialização da saúde no estado do Rio de Janeiro?*
- 2. O que determinou o sucesso do desenvolvimento do projeto com expansão para outros municípios?*
- 3. Como se operacionaliza a experiência do projeto nos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ?*
- 4. Como se efetiva a participação da CRLS na operacionalização do projeto?*
- 5. Como podem ser comparadas as ações da CRLS e CRLS Interior?*
- 6. Que resultados o projeto desvela no âmbito da judicialização da saúde e seu manejo no contexto da gestão municipal de saúde?*
- 7. Que resultados o projeto desvela no contexto dos processos de trabalho no manejo das demandas em saúde recebidas nos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ?*
- 8. Que tipo de aprendizado a estrutura da experiência em análise proporciona do ponto de vista da gestão municipal da saúde e de profissionais do direito que lidam com atendimentos no âmbito da saúde?*
- 9. Quais os desafios o projeto desvela no contexto da efetivação do direito a saúde na esfera municipal?*
- 10. Quais desafios o projeto desvela no contexto das práticas instituídas no SUS?*
- 11. Quais desafios o projeto encontra para a sua operacionalização no dia a dia junto aos núcleos de primeiro atendimento?*

12. Por que o projeto se coloca como uma experiência relevante no contexto das práticas de diálogos institucionais entre secretarias municipais de saúde e DPERJ?

2. MÉTODO

-Estudo de caso único integrado do tipo explicativo. É único, por se tratar de um projeto concebido pela DPERJ, e, integrado, por envolver unidades de análise em mais de um nível, não se atendo apenas a natureza global da experiência, mas permitindo uma análise mais aprofundada de sua operacionalização, nesse caso junto aos municípios participantes da experiência.

- Abordagem qualitativa.

- Componentes do estudo de caso proposto:

1. Questão do estudo	“Como se constituiu e desenvolveu o projeto “Construindo o SUS com a DPERJ”, entre 2015 e 2021, em municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro?”
2. Proposições (padrões previstos)	<ul style="list-style-type: none"> - A Judicialização da saúde repercute em graves impactos no planejamento da gestão do SUS na esfera municipal de municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro. - A concepção de direito à saúde dos atores envolvidos na experiência foi importante para o desenvolvimento da experiência. -Práticas dialógicas entre os atores jurídicos e políticos podem contribuir para o êxito de experiências no campo do manejo do fenômeno da judicialização da saúde. - Arranjos que favoreçam o diálogo institucional entre atores da esfera jurídica e política podem reduzir o número de processos judiciais em questões de saúde e consequentemente os impactos negativos da judicialização para o planejamento em saúde na esfera municipal. - Ter um profissional da esfera municipal trabalhando

	diretamente com as questões de saúde que chegam nas Defensorias pode facilitar para o município; a percepção dos principais “nós” da rede de atenção à saúde e da efetivação do direito à saúde, podendo movimentar a gestão no sentido da busca por caminhos de resolutividade das demandas em saúde mais persistentemente não equacionadas nos fluxos rotineiros da rede.
3. Unidades de análise*	Elementos do caso, a serem analisados: - concepções - práticas - operacionalização do arranjo institucional - resultados da experiência - desafios da experiência
4. Lógica de união entre dados e proposições	- As proposições serão observadas ao longo da análise dos dados emanados da pesquisa documental, bibliográfica e das entrevistas. A análise será efetuada mediante a Construção da explicação (YIN, 2015)
5. Critérios de interpretação das constatações	- Identificação de explicações rivais para os achados. (YIN, 2015) - Cruzamento de evidências advindas das entrevistas e da pesquisa documental e bibliográfica.

Fonte: a autora, 2021, com base em Yin, 2015

*De forma mais detalhada, serão considerados: elementos que versem sobre a concepção dos participantes acerca do direito à saúde, da judicialização, bem como suas práticas na experiência em análise; elementos que explicitem como se deu o nascimento da idéia e o processo de e desenvolvimento dela; elementos que apontem quais foram os maiores desafios e limitações da experiência; elementos que representem quais foram os principais avanços e quais as implicações decorrentes da experiência.

2.1 Fontes de evidência

- Indivíduos que tenham tido participação no desenvolvimento da experiência em si desde a concepção dela até a implantação nos municípios (Defensores, profissionais atuantes anterior ou atualmente nos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ, profissionais ligados às secretarias municipais de saúde dos municípios

estudados que sejam ou tenham sido importantes para o desenvolvimento da experiência, ou compreensão da mesma, e, profissionais atuantes ou que tenham atuado na CRLS).

- Técnica utilizada para identificação dos sujeitos: cadeia não probabilística em *Snowball* (também chamada amostragem em bola de neve)
- Documentos que fornecem registros relevantes para o aprofundamento da compreensão e análise dos elementos que conformaram experiência retratada.
- Publicações científicas que contribuem para o alcance dos objetivos específicos do estudo, abordando o projeto em análise

2.2 Coleta de dados

- Pesquisa de campo: contato virtual e telefônico com os participantes de modo a trazê-los ao conhecimento do projeto de pesquisa desenvolvido e a facilitar o agendamento das entrevistas.

- Entrevistas semi-estruturadas.
- Entrevistas realizadas em ambiente virtual através de plataforma virtual gratuita, com gravação de áudio para transcrição mediante assinatura de TCLE.
- Critérios de inclusão dos participantes:
 - serem profissionais pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde, atuantes no primeiro atendimento dos usuários com demandas em saúde, nas Defensorias Públicas dos 6 municípios participantes, ou, seja no CATES, ou;
 - serem gestores ou advogados públicos destes mesmos municípios que lidem com demandas de judicialização da saúde em qualquer instância da gestão municipal, ou;
 - serem defensores e/ou outros servidores das Defensorias que atuem nos Núcleos de primeiro atendimento dos municípios selecionados, ou;
 - outros profissionais que forem considerados importantes na implementação e/ ou operacionalização atual do projeto nos municípios e;
 - que aceitem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou mediante consentimento verbal gravado no ato do início da entrevista após leitura do mesmo documento na íntegra.

- Pesquisa documental: solicitação de documentos considerados importantes pelos entrevistados para melhor compreensão da experiência em si, podendo envolver convênios, relatórios, dentre outros que possam ser disponibilizados pelos participantes da pesquisa.

- Condicionantes: Obtenção de anuência do setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde/RJ, em conjunto com a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde e da Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da DPERJ; assinatura do termo específico para cessão de documentos em pesquisas documentais.

-Pesquisa bibliográfica: levantamento de publicações com base nas buscas realizadas em repositórios de Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro¹⁵ e, também, via Google Scholar.

- Termos de busca por assunto: “Judicialização da saúde”, projeto “Construindo o SUS com a Defensoria” e “Câmara de Resolução de Litígios em Saúde”.
- Critérios de inclusão: pesquisas publicadas dentro do marco temporal: 2013-2021 (para abranger trabalhos sobre a CRLS); apenas dissertações e tese; trabalhos cuja abordagem da judicialização da saúde, pudesse agregar elementos relevantes à discussão do estudo de caso analisado
- Critérios de exclusão: casos específicos fora do estado do Rio; trabalhos que versavam apenas sobre a rede privada.

2.3 Instrumento de coleta de dados

- Entrevista semi-estruturada

2.3.1 Roteiro de entrevistas

Nome:

Idade:

Formação:

Tempo de formado:

Cargo:

¹⁵Foram utilizados os seguintes links de busca:

<https://app.uff.br/riuff/handle/1/90>

<https://www.btdt.uerj.br:8443/>

<https://pantheon.ufrj.br/>

<http://www.pgcl.uenf.br/acervo/dissertacoes>

<http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/>

Tempo no cargo:

QUESTÕES PROFISSIONAIS

1. O que você entende por direito a saúde?
2. Qual o seu papel na efetivação do direito à saúde?
3. Como você passou a trabalhar com saúde?
4. Fez alguma capacitação específica na área do direito à saúde?
5. Quais os maiores obstáculos no seu cargo?
6. Quais os parceiros (institucionais)?
7. Quais são os critérios para definir prioridades no seu trabalho?
8. Você acha que o Judiciário acolhe as demandas da população? Como?
9. Você acha que a sua instituição acolhe as demandas da população? Como?
(pergunte apenas para aqueles que não fazem parte do Judiciário)

QUESTÕES DA EXPERIÊNCIA

10. Há quanto tempo a experiência foi implementada?
11. Como foi o processo e as estratégias para o surgimento da experiência?
12. Quais são os atores envolvidos na experiência e o papel que desempenham?
13. Quais os fatores que contribuíram para a experiência?
14. Quais os grandes desafios e obstáculos para a formação e desenvolvimento atual da experiência?
15. Quais os grupos da sociedade civil relacionados à saúde que você acha que mais se relacionam com a experiência?
16. Como você acha que os demais participantes da experiência veem a sua atuação?
17. Pondere sobre a eficácia dos instrumentos legais para a garantia do direito à saúde a partir da experiência.
18. Na sua perspectiva, a experiência pode contribuir para o fortalecimento das Redes de Atenção à saúde? Se sim, de que forma?
19. Quais as principais mudanças que você destacaria que ocorreram após o desenvolvimento da experiência no seu município (ou nos municípios conveniados) em termos da judicialização e da efetivação do direito à saúde?
20. Do seu ponto de vista quais os maiores empecilhos para o adequado acesso aos meios para garantia da saúde pela população?

A sistematização da coleta de dados seguiu conforme os quatro princípios propostos por Yin (2015) para o desenvolvimento de um estudo de caso que garanta confiabilidade: 1- o uso de várias fontes de evidência; 2- Criação de um banco de dados para o estudo de caso; 3- Manutenção do encadeamento das evidências; 4- o cuidado no uso de dados de fontes eletrônicas de evidência.

6. ANÁLISE DOS DADOS

- Construção da explicação, com base nos seguintes eixos:

- a) Construção de categorias: direito à saúde, descentralização e judicialização da saúde;
- b) Análise da forma como os atores sociais, políticos e jurídicos lidam em suas práticas com essas categorias assim construídas;
- c) Investigação das potencialidades, desafios, contradições e conflitos apresentados no arranjo proposto, bem como as mudanças a partir dele desencadeadas.

Esquema de análise por construção da explicação, com base nos eixos propostos por Asensi e Pinheiro (2015)

Capítulo da Análise	Padrões previstos abordados	Eixo de análise	Principais elementos para análise
Construção e desenvolvimento do projeto construindo o SUS com a Defensoria pública do Estado do Rio de Janeiro	- A concepção de direito à saúde dos atores envolvidos na experiência foi importante para o considerado êxito alcançado.	(a)	-concepções
	- A judicialização da saúde repercute em graves impactos no planejamento da gestão do SUS nas esferas municipais da região metropolitana do Rio de Janeiro.	(b)	-práticas
Operacionalização do arranjo institucional proposto	- Arranjos que favoreçam o diálogo institucional entre atores da esfera jurídica e política podem melhorar o manejo das demandas em saúde que chegam à DPERJ,	(b)	-práticas

	e,consequentemente,mitigar impactos negativos da judicialização para o planejamento em saúde na esfera municipal.		
Resultados da Experiência	-Práticas dialógicas entre os atores jurídicos e políticos podem contribuir para o êxito de experiências no campo do manejo do fenômeno da judicialização da saúde	(c)	-resultados da experiência
Desafios identificados na experiência e a partir dela	A heterogeneidade entre os diversos municípios, que se traduz em desigualdades no acesso aos provimentos e serviços de saúde traz à tona disparidades na capacidade de gestão, na capacidade orçamentária, e na própria infraestrutura e disponibilidade de serviços nas Redes de Atenção à saúde do ponto de vista municipal e regional.	(c)	-desafios da experiência
	- Ter um profissional da esfera municipal trabalhando diretamente com as questões de saúde que chegam nas Defensorias pode facilitar para o município; a percepção dos principais “nós” da rede de atenção à saúde e da efetivação do direito à saúde, podendo movimentar a gestão no sentido da busca por caminhos de resolutividade das demandas em saúde mais persistentemente não equacionadas nos fluxos rotineiros da rede.	(c)	-operacionalização do arranjo institucional

Fonte: A autora, 2021.

7. GUIA PARA O RELATÓRIO DO ESTUDO DE CASO

- Visão Geral do estudo de caso e breve revisão da literatura
- Método
- Resultados do estudo de caso: Formato de perguntas e respostas, com base nas seguintes questões:

1. *Quais os antecedentes do projeto no contexto da judicialização da saúde no estado do Rio de Janeiro?*
2. *Como aconteceu o desenvolvimento do projeto com expansão para outros municípios?*
3. *Como se operacionaliza a experiência do projeto nos núcleos de primeiro atendimento da DPERJ?*
4. *Como se efetiva a participação da CRLS na operacionalização do projeto?*
5. *Como podem ser comparadas as ações da CRLS e CRLS Interior?*
6. *Quais resultados o projeto desvela no manejo das demandas em saúde que chegam aos núcleos de primeiro atendimento da Defensoria no contexto dos municípios estudados?*
7. *Que tipo de aprendizado a estrutura da experiência em análise proporciona do ponto de vista dos profissionais de saúde do municípios e de profissionais do direito que lidam com atendimentos no âmbito da saúde?*
8. *Quais os desafios o projeto desvela no contexto da efetivação do direito a saúde na esfera municipal?*
9. *Quais desafios o projeto desvela no contexto das práticas instituídas no SUS?*
10. *Quais desafios o projeto encontra para a sua operacionalização no dia a dia junto aos núcleos de primeiro atendimento?*

- Considerações Finais

Referências

Toledo, Luciano Augusto; Shiaishi, Guilherme de Farias Estudo de caso em pesquisas exploratórias qualitativas: um ensaio para a proposta de protocolo do estudo de caso. Revista da FAE. V. 12, n.1. Acesso em 20 de maio de 2021. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/288>

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Judicialização da saúde e diálogo institucional: uma análise das estratégias de efetivação do direito à saúde desenvolvidas por instituições jurídicas e políticas no Estado do Rio de Janeiro

Pesquisador: Felipe Dutra Asensi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48151521.1.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.879.673

Apresentação do Projeto:

Os itens abaixo estão descritos conforme consta no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1746089.pdf com data 17/07/2021

Resumo: A pesquisa consiste num estudo de abrangência no estado do Rio de Janeiro, cujo objetivo é analisar a experiência do projeto "Construindo o SUS com a Defensoria Pública do estado do Rio de Janeiro" (DPERJ) desenvolvida pela Coordenação de Saúde da Defensoria que busca ampliar a resolução extrajudicial das demandas administrativas em saúde. Esta pesquisa empírica trata-se de um estudo de caso, possui caráter qualitativo e interdisciplinar, uma vez que traduz a imprescindibilidade da aproximação da saúde e do direito enquanto áreas de conhecimento. A coleta dos dados será realizada através de pesquisa de campo por meio de entrevistas semi-estruturadas e pesquisa documental. A análise de dados seguirá as quatro estratégias gerais da análise da evidência do estudo de caso proposta por Robert Yin, a saber: 1- contando com proposições teóricas; 2- tratamento dos dados "a partir do zero"; 3- Desenvolvimento da descrição do caso; 4- exame das explicações rivais plausíveis. Serão entrevistados atores jurídicos e da gestão da saúde considerados participantes da experiência. A técnica de amostragem utilizada será de cadeia não probabilística em Snowball, de modo que os participantes selecionados por apresentarem papel fundamental no desenvolvimento da experiência

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-013

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.879.673

indicam outros sujeitos que consideram ter desempenhado papel essencial no projeto em questão. Os resultados esperados consistem abordar as principais estratégias de diálogo para a efetivação do direito à saúde pela DPERJ junto aos municípios participantes da experiência analisada, identificar o modo como as instituições jurídicas e políticas concebem a sua atuação no direito à saúde e estabelecem estratégias inovadoras de

efetivação.

Metodologia:

População e desenho do estudo

Esta pesquisa empírica trata-se de um estudo de caso, possui caráter qualitativo e interdisciplinar, uma vez que traduz a imprescindibilidade da aproximação da saúde e do direito enquanto áreas de conhecimento. O estudo de caso é adequado para investigação de fenômenos contemporâneos em sua dimensão de mundo real, principalmente quando os limites entre o contexto e o fenômeno em si, não estejam claramente estabelecidos. (YIN, 2015) Por tanto, a estratégia metodológica consiste no estudo de caso da experiência do Projeto "Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro". Esta técnica se caracteriza por

descrever, analisar e explicar um caso de forma longitudinal, buscando-se realizar um estudo aprofundado de uma determinada unidade, seja ela uma pessoa ou grupo de pessoas ou mesmo uma instituição. Deste modo, o estudo de caso permite a investigação das características significantes de eventos vivenciados, que, no projeto em questão, dizem respeito ao diálogo institucional para a efetivação do direito à saúde. Por se tratar de um caso que embora concebido em uma única instituição (DPERJ) é operacionalizado a partir da interação com as Comarcas e os gestores municipais envolvidos na experiência, este estudo é caracterizado como um estudo de caso único integrado, que para Yin (2015), envolve unidades de análise em mais de um nível, não se atendo apenas a natureza global da experiência, mas permitindo uma análise mais aprofundada de sua operacionalização junto aos municípios partícipes.

A ênfase no aspecto qualitativo refere-se ao próprio objetivo de compreender a dinâmica de funcionamento, as estratégias e os mecanismos de desenvolvimento do diálogo institucional em matéria de direito e saúde, que são permeados por conteúdos simbólicos e valorativos.

Coleta de dados

A experiência em questão foi selecionada a partir das experiências inscritas no Prêmio Innovaree esta escolha justifica-se pois o mesmo foi criado para identificar, premiar e divulgar práticas

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.879.673

haja, outros profissionais da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro indicados por aqueles, ligados diretamente ao projeto. Também serão incluídos os profissionais das secretarias de saúde que atuem no atendimento aos usuários em demandas na área da saúde nas Defensorias Públicas dos municípios partícipes do projeto, quais sejam: Duque de Caxias, Belford Roxo, Nova Iguaçu, Nilópolis, Japeri, São Gonçalo, Vassouras, Bom Jardim, Nova Friburgo, Silva Jardim, Magé, Paty do Alferes, Miguel Pereira, Campos dos Goytacazes e Mesquita. Além disso, também poderão ser entrevistados Defensores e/ou outros servidores das Defensorias e Advogados Públicos destes mesmos municípios, e outros profissionais que forem considerados importantes na atuação/ implementação e/ ou operacionalização do projeto na esfera municipal, inclusive gestores municipais.

Estima-se que sejam entrevistadas 2 a 4 pessoas por município, sendo no mínimo uma pessoa ligada a secretaria municipal de saúde.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos profissionais que recusarem a assinatura do TCLE, e aqueles que estiverem afastados por motivos como férias ou licenças durante o período de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Os itens abaixo estão descritos conforme consta no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1746089.pdf com data 17/07/2021

Objetivo Primário:

Analisar a experiência do Projeto "Construindo o SUS com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro", abordando o diálogo institucional desenvolvido pelas instituições jurídicas e políticas na efetivação do direito à saúde no estado.

Objetivo Secundário:

- Analisar o percurso institucional e os desafios da experiência na articulação entre atores jurídicos e políticos em matéria de saúde.
- Analisar as concepções atribuídas pelos atores referentes ao direito à saúde, estratégias de efetivação e diálogo institucional;
- Abordar a juridicização da saúde, apresentando-a enquanto possibilidade de garantia do direito à saúde, e conseqüente diminuição da judicialização.
- Conhecer as práticas do manejo da judicialização da saúde em municípios envolvidos na experiência e em que aspectos o arranjo institucional proposto impactou na gestão da saúde desses municípios.

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.879.673

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os itens abaixo estão descritos conforme consta no documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1746089.pdf com data 17/07/2021

Riscos:

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa se limitam a possibilidade de haver algum desconforto em responder alguma questão.

Benefícios:

Os benefícios envolvem a contribuição para a promoção do conhecimento científico acerca da judicialização da saúde e experiências de diálogos institucionais no estado do Rio de Janeiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa propõe analisar experiências de colaboração entre a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e as secretarias de saúde de 15 municípios da região metropolitana e interior do Estado na busca de soluções extrajudiciais de demandas relacionadas com o direito à saúde. A abordagem é qualitativa, caracterizada pelos proponentes como estudo de caso. O mesmo é construído em torno de um projeto em parceria promovido pela própria DPERJ, selecionado a partir de o banco de dados online do Prêmio Inovare de práticas jurídicas inovadoras. Apesar de algumas lacunas conceituais na apresentação do projeto, a hipótese e os objetivos descrevem com precisão o escopo do estudo empírico e permitem constatar a adequação dos procedimentos de coleta e análise proposto, que inclui entrevistas semi-estruturadas com operadores jurídicos das defensorias públicas tanto do Estado como dos municípios envolvidos e como com outros profissionais e gestores de secretarias de saúde e acesso a fontes documentais. Os entrevistados serão recrutados pela técnica de bola-de-neve, buscando apenas a representação dos municípios participantes.

Trata das respostas às pendências apontadas em parecer anterior. Checagem das pendências e inadequações anteriormente apontadas:

No TCLE:

- 1) Ao informar que a participação não é remunerada nem implicará gastos para os participantes, também informar que eventuais despesas de participação podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa: ADEQUADO;
- 2) É preciso assegurar ao participante que a entrevista será feita em local apropriado, local esse que garanta a privacidade e o sigilo do entrevistado: ADEQUADO;
- 3) Indicar como será o tratamento sigiloso dos documentos obtidos através dos entrevistados. O

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.879.673

acesso restrito requerer autorização da instituição responsável e apresentar termo de compromisso em manter a confidencialidade dos dados: ADEQUADO;

4) Deve conter o tempo e forma de guarda do material e dados coletados, lembrando que de acordo com a resolução 510/2016, cap. VI, artigo 28, item IV, cabe ao pesquisador "manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e Responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa";

5) Disponibilizar os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa do IMS. De acordo com a resolução 510, no seu artigo 17, inciso IX, é necessário ter uma breve explicação sobre o que é o CEP: ADEQUADO;

6) Se o seu TCLE ficar com mais de uma folha, é preciso sinalizar os espaços relativos as rubricas (do pesquisador e do entrevistado) em todas as folhas do TCLE, inclusive na folha que possui as assinaturas (que deverá ser a última folha). Também é necessário incluir número de páginas no formato "Página X de Y", onde X é a página individual e Y é o total de páginas: ADEQUADO;

7) Adaptação do TCLE para também incluir entrevistas online. Mencionar no TCLE como será obtida a assinatura do entrevistado e entregue a versão assinada pelo pesquisador responsável no caso de entrevistas remotas por/em meio digital; ou bem indicar que as mesmas serão substituídas pela leitura do TCLE no início da entrevista. Ao se referir ao envio da cópia do TCLE, também informar que a cópia estará assinada pelo pesquisador responsável. O documento não poderá ter assinatura virtual. Se a assinatura for digital, deverá ter certificado digital, caso contrário, o TCLE deverá ser impresso e assinado manualmente, para depois ser digitalizado ou fotografado para envio por e-mail: ADEQUADO;

8) O TCLE é um documento onde se dá informações sobre a pesquisa e se pede autorização para realizar a pesquisa. Não utilize expressões na primeira pessoa como: "Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar." Transforme essas expressões em sentenças afirmativas como, por exemplo: "Ao assinar este termo, você declara que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa, e que concorda em participar." No caso do registro oral (pela leitura do TCLE) adequar a expressão "Ao assinar este termo...." para uma mais apropriada ao modo escolhido: ADEQUADO.

No projeto preenchido na Plataforma:

1) A Coordenação de Saúde e Tutela Coletiva da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro deve ser incluída como coparticipante: INCLUÍDA, ADEQUADO;

2) Havendo entrevista por meio virtual, é necessário apresentar um modelo de Registro de

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.879.673

Consentimento adequado para esse meio; além de detalhar quais serão esses meios: APRESENTADO, DETALHADO, ADEQUADO;

3) Sobre as fontes secundárias, caso haja a consulta de algum documento cujo acesso não for de consulta pública, é necessário acrescentar ao protocolo a autorização do responsável legal pela guarda do documento em questão: ANEXADO, ADEQUADO.

Considerando que a lista de possíveis entrevistados inclui participante de vínculos com outras instituições não subordinadas a instituição cuja anuência foi apresentada, é necessário apresentar anuências de todas as instituições envolvidas nos diferentes municípios participantes. Se a inclusão desses entrevistados de outras instituições se der à medida que a pesquisa for sendo realizada, o pesquisador deve assinalar comprometimento de apresentar tal anuência ao CEP, tão logo a definição seja feita e antes de efetuar a entrevista, utilizando-se do recurso da submissão de emenda na Plataforma Brasil. Tal instituição deverá ser incluída como coparticipante da pesquisa: ADEQUADO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE descreve adequadamente a pesquisa e contempla os riscos e benefícios envolvidos, havendo respondido às pendências apontadas em parecer anterior, conforme indicado a seguir:

- 1) O TCLE informa, adequadamente, que "eventuais despesas de participação poderão ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa";
- 2) O TCLE se compromete, adequadamente, a "assegura[r] que a entrevista será realizada em local apropriado com garantia de privacidade e sigilo, sendo prioritariamente em ambiente virtual em plataforma Zoom ou Goole meet [sic], devido às recomendações e medidas de proteção e distanciamento decorrentes do atual contexto pandêmico da COVID-19".
- 3) Indica-se de modo adequado, no TCLE, que a "cláusula de sigilo [referida aos dados coletados nas entrevistas] se estende também para fontes documentais compartilhadas em caráter privado, após ou durante" as mesmas; e que "havendo compartilhamento de documentos que requeiram tratamento sigiloso, o mesmo será garantido mediante apresentação de termo de compromisso da manutenção da confidencialidade dos dados por parte do pesquisador responsável". Adicionalmente, anexou-se ao projeto um modelo de documento intitulado "TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO DE DOCUMENTOS", que deverá ser assinado nas ocasiões do acesso a qualquer fonte documental de acesso restrito.
- 4) O TCLE expressa, adequadamente, o compromisso que "os dados da pesquisa serão mantidos

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.879.673

sob guarda e responsabilidade do pesquisador em arquivo digital por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.”;

5) O TCLE fornece os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa do IMS e explica, adequadamente que o mesmo “visa analisar, avaliar a acompanhar os projetos de pesquisa no âmbito das questões éticas neles envolvidas”;

6) O TCLE sinaliza os espaços relativos as rubricas, tanto do pesquisador quanto do entrevistado, em todas as folhas do TCLE, inclusive na última folha, que possui as assinaturas, indicando também o número total de páginas, no caso “1 de 2” e “2 de 2”;

7) O TCLE menciona, adequadamente, que “no caso da entrevista ocorrer de forma virtual, o documento será ser enviado por email, já assinado pelo pesquisador responsável, para que o entrevistado proceda a impressão, assinatura e digitalização ou registro fotográfico para reenvio por email ao pesquisador, ou ainda; caso o entrevistado prefira, esse mecanismo poderá ser substituído pela leitura na íntegra do TCLE no momento inicial da entrevista e a concordância verbal do entrevistado, com envio de cópia assinada pelo pesquisador para o entrevistado”;

8) O TCLE expressa, adequadamente, que “ao assinar esse [sic] termo, ou proferir concordância verbal no ato da entrevista após sua leitura na íntegra, [o entrevistado] declara que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa e que concorda em participar.

Recomendações:

Corrigir erro de digitação no TCLE: deve constar “Google Meet”;

Na declaração final do TCLE, substituir “esse” por “este” termo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências apontadas em parecer anterior foram atendidas. Não existem novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Ressaltamos a necessidade da pesquisa ser desenvolvida conforme delineada no protocolo. Havendo qualquer alteração no conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, instituições coparticipantes, sigilo, cronograma, etc) ou ainda, havendo necessidade de encaminhar algum documento (Comunicação de Início do Projeto, Carta de Autorização da Instituição, Envio de Relatório Parcial, etc), o pesquisador fica obrigado a informar através da Plataforma Brasil utilizando-se de Emenda ou Notificação conforme o caso assinalado. Deve-se ainda observar, segundo prevê a Resolução CNS nº 466/2012, a elaboração e apresentação de relatórios parciais

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

**UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 4.879.673

durante a pesquisa, bem como o relatório final no encerramento da mesma. Enfatizamos que é OBRIGATÓRIA a apresentação da notificação de final de pesquisa através da opção "Enviar Notificação", cujos procedimentos estão descritos na Central de Suporte da Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1746089.pdf	17/07/2021 19:08:19		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4823804.pdf	17/07/2021 19:05:35	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	Carta_resposta_parecer_CEP.pdf	17/07/2021 18:58:31	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	Para_pesquisa_documental.docx	17/07/2021 18:56:30	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2_pos_parecer_anexo_2.docx	17/07/2021 18:55:50	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Cronograma	cronograma_2.docx	13/06/2021 19:39:14	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Projeto_2.docx	26/05/2021 13:36:50	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Felipe_Dutra_A sensi.pdf	26/05/2021 13:28:37	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	Anexo_I_2.docx	14/05/2021 20:32:07	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Orçamento	orcamento_2.docx	14/05/2021 20:28:21	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_DE_ANUENCIA_DPERJ.pdf	14/05/2021 20:26:51	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE
MEDICINA SOCIAL /
UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 4.879.673

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 02 de Agosto de 2021

Assinado por:
Ricardo Ewbank Steffen
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.550-013
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com