

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE – RS - CESNORS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – PRPGP**

**A INTERFERÊNCIA DA JUDICIALIZAÇÃO NA  
GESTÃO EM SAÚDE**

**ARTIGO CIENTÍFICO PARA ESPECIALIZAÇÃO**

**Andréia Über Espiñosa**

**Palmeira das Missões, RS, Brasil**

**2013**

# **A INTERFERÊNCIA DA JUDICIALIZAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE**

**Andréia Über Espiñosa**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Gestão da Organização Pública em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão da Organização Pública em Saúde.**

**Orientador: Prof. Msc. David Lorenzi Junior Lorenzi**

**Palmeira das Missões, RS, Brasil**

**2013**

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM  
Centro de Educação Superior Norte – RS - CESNORS  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa – PRPGP  
Especialização em Gestão da Organização Pública em Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Artigo Científico

**A Interferência da Judicialização na Gestão em Saúde**

elaborado por  
**Andréia Über Espiñosa**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão da Organização Pública em Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**David Lorenzi Junior Lorenzi, Msc.**  
(Presidente/Orientador)

**Luciane Dittgen Miritz, Msc.**

**Fernanda Sarturi, Msc.**

**Palmeira das Missões, 17 de maio de 2013.**

## A INTERFERÊNCIA DA JUDICIALIZAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE

Andréia Über Espiñosa<sup>1</sup>

David Lorenzi Junior Lorenzi<sup>2</sup>, Msc.

### RESUMO

Busca-se entrelaçar os conhecimentos jurídicos e os de gestão em saúde. Com este estudo objetiva-se aprimorar a gestão em saúde, mediante a redução dos efeitos das decisões judiciais, bem como o respeito das decisões dos gestores. Apresenta-se um estudo de pesquisa básica e de análise observacional, visando aproximar os conceitos obtidos na especialização com as vivências de trabalho perante processos judiciais envolvendo matéria de saúde. Disto resulta uma visão peculiar sobre a situação que demonstra a impossibilidade de atuação unidisciplinar na matéria. Propõe-se uma reflexão teórica sobre os pontos de contato entre os âmbitos para que se possa aprimorar a compreensão e desenvolver a comunicação necessária a um bom atendimento. Conclui-se pela importância da atuação conjunta para a concretização do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chaves:** Saúde. Gestão Administrativa. Interferência Judiciária.

### 1 INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Justiça instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Este Fórum apurou a existência de 240.980 demandas judiciais ativas envolvendo a matéria de saúde (CNJ, 2010). Estes números incluem as demandas em face de planos de saúde, porém a expressiva maioria envolve o Sistema Único de Saúde (SUS). Mais alarmante é a situação do Estado do Rio Grande do Sul, onde, no início de 2010, tramitavam 113.953 processos sobre a matéria (CNJ, 2010).

---

<sup>1</sup>Especializanda do Curso de Gestão da Organização Pública em Saúde, Graduada em Direito pelo Centro Universitário Ritter dos Reis, Especialista em Direito do Trabalho e Processual do Trabalho pela Unisinos e Procuradora do Estado do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup>Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2006), Graduado em Administração de Empresas pela Universidade Luterana do Brasil (2003).

Mediante o estudo do Direito e da Gestão em Saúde, percebe-se que muitos conceitos têm significados diversos em cada âmbito e muitas vezes são mal interpretados. Esta dessintonia entre o âmbito jurídico e gestacional acarreta interferências no bom atendimento pelo SUS. Por isso, pretende-se equalizar a comunicação entre os atores de cada área, objetivando que um possa melhor compreender a explicação e a escolha do outro.

O presente estudo restringir-se-á aos pontos de contato entre o âmbito jurídico e de gestão. Em razão da extensa amplitude que o tema pode gerar, serão analisados os aspectos gerais deste contato. Cada aspecto do SUS poderia acarretar um trabalho autônomo sobre as interferências judiciais, o que não é comportado por este trabalho.

É de suma importância a cristalina e adequada comunicação entre todos os atores do Sistema Único de Saúde. Contudo, o problema supra referido demonstra que não é o que tem acontecido. Assim, justo se mostra o estudo sobre o relacionamento dos âmbitos para colaborar na fluidez desta comunicação, utilizando-se de uma reflexão teórica sobre os pontos de contato entre o mundo jurídico e o gestor. Porquanto, será possível melhor compreender o sistema como um todo - seja médico, gestacional ou jurídico - e permitir um melhor atendimento pelo SUS.

Os principais contatos do âmbito gestacional com o jurídico são a prestação dos serviços médicos e o fornecimento de medicamentos. Neste sentido, objetiva-se demonstrar ambos os pontos de vistas sobre cada uma destas situações de saúde analisando a saúde como sistema, como prestador de serviços e ainda como fornecedor de medicamentos.

## **2 REFLEXÃO TEÓRICA**

### **2.1. Judicialização**

O direito à saúde, âmbito essencial à vida e à dignidade humana, foi insculpido em dois dispositivos da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988). Inicialmente, foi afirmado como direito social no artigo 6º, *in verbis*:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Posteriormente, foi concretizado com a inscrição no art. 196 da referida Constituição, cujo texto segue, bem como nas especificações dos artigos seguintes (arts. 197 a 200, CR/88).

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

Tratando-se de norma jurídica, quando provocados, os juristas realizavam interpretação puramente jurídica da norma. A Constituição, como base de todo o sistema jurídico brasileiro, possui normas mais abstratas e genéricas, ou seja, com menor densidade / concretude normativa. Assim, na maioria das vezes, suas normas dependem de regulamentação que as concretize e as especifique.

A primeira doutrina sobre o assunto (tradicional/norte-americana) foi defendida pelos juristas brasileiros Rui Barbosa e Pontes de Miranda e apontava para existência de dois tipos de normas constitucionais quanto à sua eficácia jurídica. O primeiro tipo é a norma autoaplicável, autoexecutável ou bastante em si. Esta categoria de normas dispensa regulamentação, possibilitando eficácia imediata, produzindo efeitos jurídicos e aplicação desde logo. Já o segundo tipo, norma não autoaplicável, demanda a atuação do legislador ordinário para sua aplicação, ou seja, só geraria efeitos após a regulamentação. (BONAVIDES, 2008).

Houveram muitas críticas à doutrina referida, uma vez que negava efeitos jurídicos às normas constitucionais. Desse modo, a norma infraconstitucional tornava-se mais relevante que a própria norma constitucional. Sem regulamentação pelo Poder Legislativo, seria como se a norma constitucional não existisse. Essa doutrina assegurava a retórica jurídica, já tradicional no Brasil. Consagravam-se direitos, como forma de pacificação social, mas não os efetivavam, como conservação das elites.

Surge a doutrina moderna, também conhecida como italiana e defendida no Brasil por José Afonso da Silva. Esta doutrina pressupõe a existência de efeitos jurídicos da norma constitucional, ainda que não regulamentada, e classifica-a conforme o grau de eficácia (dependência da regulamentação), partindo de eficácia plena até eficácia limitada. (BONAVIDES, 2008).

Em setembro de 1990, foi promulgada e publicada a Lei 8.080 (BRASIL, 1990), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Assim, restou superada a discussão acerca da (des)necessidade de regulamentação. Entretanto, permaneceu o debate sobre tratar-se de norma programática, que inviabilizaria a garantia de direito individual subjetivo, ou seja, a possibilidade de um determinado indivíduo exigir a prestação do direito à saúde, mediante ato determinado, pelo Poder Público.

A existência de direito individual subjetivo foi logo reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), uma vez que sem este seria inviável agregar eficácia à norma constitucional. Esse prestígio agregado ao conhecimento unidisciplinar em foco culminou com a garantia de um direito à saúde amplo e ilimitado, como se percebe do trecho abaixo transcrito de voto do Ministro Celso de Mello:

Na realidade, o cumprimento do dever político-constitucional consagrado no art. 196 da Lei Fundamental do Estado, consiste na obrigação de assegurar, a todos, a proteção à saúde, representa fator, que, associado a um imperativo de solidariedade social, impõe-se ao Poder Público, qualquer que seja a dimensão institucional em que atue no plano de nossa organização federativa.

[...]

O sentido de fundamentalidade do direito à saúde - que representa, no contexto da evolução histórica dos direitos básicos da pessoa humana, uma das expressões mais relevantes das liberdades reais ou concretas – impõe ao Poder Público um dever de prestação positiva que somente se terá por cumprido, pelas instâncias governamentais, quando estas adotarem providências destinadas a promover, em plenitude, a satisfação efetiva da determinação ordenada pelo texto constitucional.

[...]

Não basta, portanto, que o Estado meramente proclame o reconhecimento formal de um direito. Torna-se essencial que, para além da simples declaração constitucional desse direito, seja ele integralmente respeitado e plenamente garantido, especialmente naqueles casos em que o direito – como o direito à saúde – se qualifica como prerrogativa jurídica de que decorre o poder do cidadão de exigir, do Estado, a implementação de prestações positivas impostas pelo próprio ordenamento constitucional. (BRASIL, 2006, p.140).

O Estado, vendo-se sem limitações jurídicas a opor a este direito, passa a defender as limitações materiais à efetividade do direito à saúde. Tratando-se o direito em questão de direito à prestação, este demanda a existência de condições materiais, ou seja, financeiras ao seu cumprimento. Aduz o ente que, se fornecer todas as prestações exigidas pelos cidadãos indiscriminadamente, não haverá orçamento possível ao adimplemento, muito menos ao investimento em outras áreas

essenciais, como educação e segurança. Afirma-se o princípio da reserva do possível, segundo o qual, frente à limitação dos recursos, é necessário fazer escolhas alocativas.

Os direitos fundamentais, em sua dimensão objetiva, exigem, igualmente, uma perspectiva de organização e procedimento, o que, no caso da saúde, foi constitucionalmente explicitado através do conceito de políticas públicas. Se a atuação do Poder Judiciário se mostrava essencial para o exercício do direito à saúde perante entes estatais relapsos, por outro lado acarretava forte tensão perante os elaboradores e executores destas políticas.

Durante o primeiro período de judicialização do direito à saúde, com foco única e exclusivamente em questões jurídicas, os conceitos e as técnicas de gestão em saúde foram vistos como entraves a efetivação do direito constitucionalmente assegurado. Destaca-se de decisão do STF:

Cumprе assinalar, finalmente, que a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse, como prestações de relevância pública, as ações e serviços de saúde (CF, art. 197), em ordem a legitimar a atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário naquelas hipóteses em que os órgãos estatais, anomalmente, deixassem de respeitar mandamento constitucional, frustrando-lhe, arbitrariamente, a eficácia jurídico-social, seja por intolerável omissão, seja por qualquer outra inaceitável modalidade de comportamento governamental desviante.

Enquanto isso, a gestão em saúde se desenvolvia de forma independente, visando a ampliação do sistema criado pela Constituição. Uma nova concepção de saúde foi gestada, perdendo o foco exclusivo na doença e ampliando para um conceito amplo. O acesso a bens e serviços de saúde passa a ser apenas um dos itens a ser atendido pelo SUS.

O conceito de integralidade constitucionalmente previsto e interpretado pelos juristas como o fornecimento de todo e qualquer tratamento, na gestão em saúde, é visto como o conjunto de quatro ações:

A articulação entre os níveis de atenção, garantindo a primazia das ações de promoção e prevenção e também as de assistência a doentes.

A articulação entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente, seguindo uma distribuição e um ordenamento espacial compatível com a demanda populacional de cada território (regionalização e hierarquização), garantindo a referência e a contrarreferência.



A articulação em cada unidade (entre os serviços) e em cada serviço (entre as diversas ações), visando a uma ação integrada para cada problema e para cada indivíduo ou coletividade coberta.

A oferta de serviços cuja organização atenda à demanda espontânea e à programação de ações para problemas prioritários. (BARBOSA, CARVALHO, 2010, p. 44).

A integralidade exige dos gestores uma oferta adequada e oportuna de recursos tecnológicos, materiais e humanos, necessários para prevenir e para resolver problemas de saúde, dos indivíduos ou das coletividades. Este é o ponto, no qual os dois caminhos da saúde pública brasileira se entrecruzaram. Nesse momento, os gestores de saúde perceberam a impossibilidade de atender a integralidade havendo constantes interferências do Poder Judiciário.

Os gestores, até então focados no SUS como sistema de saúde, iniciaram tentativas de entender e participar da judicialização da saúde. Porém, o Judiciário se mostrou resistente, já que tinha construído anos de decisões acerca do dever de fornecimento de tratamentos.

Finalmente, percebendo a dicotomia do diálogo empreendido por gestores e juristas e a total interferência de ambos na boa condução do SUS, o então Presidente do Supremo Tribunal Federal, Ministro Gilmar Mendes, convocou uma Audiência Pública. Nesta audiência, os Ministros puderam ouvir 50 especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde.

Durante quatro dias houve a interação entre os que gerenciam o SUS administrativamente, os que buscam modificações no SUS e aqueles que decidem eventuais conflitos, gerenciando coercitivamente o SUS.

A partir do conhecimento multidisciplinar gestado na audiência pública, o Ministro Gilmar Mendes elaborou longo voto para o julgamento do Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175 - CEARÁ, no qual demonstrou a coincidência de conceitos entre gestão em saúde (termo técnico) e políticas públicas (termo jurídico). Os demais Ministros acompanharam seu voto. O conhecimento multidisciplinar possibilitou uma releitura da judicialização da saúde. (STF, 2010)

Percebe-se, da nova leitura, como se demonstrará a seguir, que os gestores do SUS são exclusivamente os agentes políticos do Poder Executivo. Caberá ao

Poder Judiciário intervir apenas em casos excepcionais ou na completa omissão deste. É reconhecido que a Constituição delegou ao Poder Executivo, gestor da saúde, o poder-dever de estabelecer as políticas públicas, cabendo ao Poder Judiciário acatá-la sempre que esta existir de forma razoável.

## **2.2. Gestão em Saúde**

Toda política pública depende de planejamento estratégico, sendo esta compreendida como o atendimento de demandas específicas, já o planejamento é o processo necessário para o estabelecimento e execução da política pública.

O desafio dos gestores públicos é a transformação do “Estado Herdado” para a criação do “Estado Necessário”. Nesta reflexão, entende-se o “Estado Herdado” como um Estado com pouca ou nenhuma atuação ativa, pois somente age mediante provocação (doença) dos cidadãos ou por ordem do Poder Judiciário. Já o “Estado Necessário” visa implementar novos conceitos de sistema de saúde com foco na qualidade de vida.

Para desenvolver o planejamento, é preciso compor um cenário, no qual existem diversas cenas concomitantes, com regras próprias e atores coincidentes ou não. No “Estado Herdado”, o Poder Judiciário enxergava e decidia com base única e estrita de uma cena. Já o Poder Executivo apresentava-se como um ator com movimentos inconscientes entre as diversas cenas, sempre pretendendo minorar eventual conflito, sem solucionar a demanda, uma vez que adotava planejamento governamental, ou seja, “homogeneizador, uniformizador, centralizador, tecnocrático, típico do Estado que herdamos” (DAGNINO, 2009, p. 41).

A democratização política conduziu a demanda governamental por atenção à saúde. Não satisfeitos com as respostas governamentais, os atores recorreram ao Poder Judiciário, o qual, como vimos, concedia ilimitadamente os pedidos. Esta combinação de fatores acarretou a um crescimento exponencial da agenda de governo, uma vez que trouxe a tona diversos problemas no SUS, os quais demandam soluções específicas e criativas.

Com a nova interpretação do direito à saúde concedida pelo STF, o gestor público retoma o comando das políticas públicas. Este é o momento para a reformulação das políticas públicas mediante processos estruturados de tomada de decisão.

A política pública abarca diversos planos de ação para os quais será necessário um planejamento. É necessário descrever a situação-problema em que se quer atuar, especificando os problemas a serem enfrentados; delimitar os objetivos; identificar os atores; organizar as ações a serem realizadas e definir os responsáveis e sua rede de apoio. O planejamento precisa abarcar a previsão de recursos, bem como de resultados esperados, indicando prazo para reanálise dos indicadores. Não se pode excluir do planejamento as mudanças de contextos, que demandarão acompanhamento das ações, cobranças e prestações de conta, bem como procedimento de avaliação e revisão. Em suma, se permeia as fases de diagnóstico, formulação, estratégia e operação, nesta incluída não só o agir, mas o monitoramento e a avaliação.

Durante o império do “Estado Herdado” aqui apontado, o processo judicial surgia como ator *supervalente*, uma vez que, individualizado e estranho ao cenário inicial, exigia sua realização, ignorando todo o restante.

A jurisprudência, visando o respeito à competência do gestor público, passa a trabalhar as seguintes hipóteses: existência de política pública ou inexistência, omissão, negativa ou vedação de fornecimento. Para que o gestor possa usufruir deste respeito, necessário se faz que formule as políticas públicas, mediante planejamento estratégico a fim de justificar a política escolhida.

Quando da escolha alocativa entre um problema a ser solucionado em detrimento de outros, necessária a avaliação do valor político, dos esforços, da inventividade, da resolutividade e maturação, da disponibilidade de recursos e da macroanálise de cada um dos problemas em hipótese. Estes raciocínios que ajudam na formulação do planejamento estratégico também auxiliam na fundamentação e defesa da política pública em detrimento da escolha de um tratamento em específico.

A população, nesta incluído o Poder Judiciário, precisa confiar no Sistema Único de Saúde, sem confiança, o sistema é questionado, a todo o momento, o que o fragiliza. Para obter confiabilidade, é necessário verificar constantemente a qualidade da política, a sua consistência e fundamentação, além de garantir a boa coordenação da formulação e da implementação. Uma política formulada que não se executa gera descontentamento e afasta os cidadãos do sistema, uma política que não se atualiza perde sua consistência.

Quanto maior for a capacidade do ator de entender a explicação do outro, maior será a probabilidade de êxito de suas jogadas, além de ser mais potente sua ação. Compreendendo o gestor público o modo de reação populacional às políticas, melhor poderá agrega-los à formulação e ao fortalecimento do sistema. Compreendendo o Judiciário a escolha do gestor público, poderá evitar interferir na política, ou, interferindo, fazê-lo de modo menos agressivo possível.

Toda a análise de uma situação é autorreferenciada, seja ela realizada por um pesquisador, um gestor, um cidadão ou um juiz. Todo ser humano é dotado de uma carga valorativa, uma experiência e algum interesse. A visão de um gestor sempre será mais coletiva, pouco valorando um caso em específico. A visão de um cidadão, especialmente no caso da saúde, será individualizada. Já ao juiz caberá encontrar uma solução que se mostre justa às partes. De qualquer modo, todos os atores podem influenciar no desenvolvimento do plano, cabendo aos demais tentar esclarecer seu ponto de vista do cenário para buscar o melhor êxito possível na implementação e execução da política pública.

### **2.3. Prestação de Serviços**

Em um primeiro momento, as condicionantes na prestação de serviço público eram vistas como inconstitucionais restrições ao direito. Hoje, se pretende entendê-las e verificar sua essencialidade ao bom funcionamento da política pública.

Mister introduzir neste momento o conceito de redes de atenção à saúde, que foi apresentado por Eugênio Vilaça Mendes:

(...) pode-se definir as RASs como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população. (MENDES, 2011, p. 82).

Na gestão de saúde, adotam-se as linhas de cuidado, ou seja, um desenho de articulação entre as várias unidades que compõem a rede de atenção à saúde para a integração das práticas realizadas com o objetivo de cuidar de uma determinada patologia. A ideia central da linha de cuidado é integrar as ações dirigidas a determinado grupo dentro da rede, ainda que realizados por unidades e

profissionais diferentes e que atuam em diferentes linhas ou no procedimento comum.

A partir das linhas de cuidado, pode-se conduzir os usuários por entre a rede de atenção à saúde, permeando clínicos gerais, exames, especialistas, procedimentos, dentre outros. O bom funcionamento da linha acarreta condutas terapêuticas adequadas, bem como um eficiente uso dos recursos materiais e humanos. Vale ressaltar que, para o bom funcionamento, é necessário integração e comprometimento dos atores envolvidos.

Se houver falha na linha de cuidado, ou seja, um elo se romper e não conduzir o usuário ao próximo setor, o cidadão se encontrará “perdido” no sistema. O setor do qual saiu não é responsável, porque já cumpriu a sua parte. O próximo setor não o aceita por não ter recebido seu encaminhamento. Quando isso ocorre, o usuário sem saber a quem procurar, busca o auxílio do Poder Judiciário.

Todos os setores da linha de cuidado tem o compromisso de acolher os usuários do sistema. Cumpre, nesse sentido, destacar que acolher não significa simplesmente atender a pessoa, mas realizar escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a avaliação e identificação das necessidades, proporcionando atendimento humanizado e se responsabilizando pela continuidade da atenção, de forma a viabilizar o estabelecimento do vínculo entre usuário e o sistema.

O sistema de saúde é complexo e as linhas de cuidados são diversas. Leigos não são capazes de localizar/posicionar o cidadão dentro delas. Desta forma, rompido um elo, o usuário passará a ser conduzido fora da linha de cuidado. Esse agir conduz à desconfiança do sistema e ao gasto excessivo das verbas públicas.

O elemento estruturante de todo o processo de saúde é o paciente, não os serviços compartimentados. Os atores precisam focar no paciente em análise, conduzindo pelo sistema. O foco não é prestar aquele serviço a quem lhe for encaminhado. Veja-se que, tivesse um daqueles setores, se responsabilizado pelo usuário “perdido”, ao invés de preocupar-se com a prestação ou não do serviço, poderia ter lhe recuperado à linha de cuidado. Todos os atores de saúde integram a linha de cuidado, sendo, portanto, todos responsáveis pelos usuários (não por serviços).

Outra condicionante muito questionada nos processos judiciais, observada em vivência profissional, é a regionalização. Certo está que a Constituição Federal estabeleceu que a política pública deva ser integral, mas em que âmbito: municipal,

regional, estadual ou nacional? O Estado *latu senso* não possui verbas suficientes para instalar um hospital com todas as especialidades em cada um dos municípios. Mesmo que tivesse, não deveria fazê-lo. Estatisticamente, as intercorrentes mais comuns são casos simples, que podem ser atendidos e solucionados por clínicos gerais e procedimentos de níveis básicos. Assim, próximo a toda comunidade, deve haver uma unidade de saúde capaz de atender estas demandas. Neste serviço, o usuário receberá assistência e deverá ser acolhido. Em razão da proximidade e do reiterado acompanhamento, este serviço desenvolverá um vínculo com seus usuários. É neste serviço que serão orientados os cuidados individuais, as boas práticas para qualidade de vida, os cuidados sanitários, dentre outros.

De forma mais esporádica, haverá casos pontuais em cada comunidade que demandem uma atenção média, com um primeiro nível de especialização e um procedimento mais complexo. Caso existissem estes serviços em cada comunidade, estes estariam abandonados na maior parte do tempo.

Os serviços de média e alta complexidade demandam equipamentos sofisticados e manutenção especializada. Seus recursos humanos são altamente capacitados. Se estes recursos não recebem os casos pontuais de forma cotidiana, restarão ineficazes. Não só os equipamentos demandarão manutenções caras para pouco uso, mas os recursos humanos perderão sua capacitação específica, já que não os utilizarão na maior parte do tempo. Para construção de um hospital, é item essencial avaliar a demanda da região para verificar se haverá casos suficientes a operação daquele serviço. Abaixo segue trecho que bem resume as questões que embasam a necessidade de concentração dos serviços de maior densidade tecnológica para atendimento de uma maior população.

A primeira questão diz respeito à eficiência – melhor uso dos recursos – e se refere às economias de escala, por exemplo, quando consideramos um serviço cirúrgico, precisamos considerar toda a infraestrutura necessária para mantê-lo em funcionamento: o serviço de esterilização, o laboratório, a anatomia patológica, os serviços e contratos de manutenção de equipamentos etc. Boa parte desses gastos, inclusive os de pessoal, é fixa, ou seja, não variam com a produção. Por isso, manter uma sala cirúrgica para a realização de processos complexos é relativamente mais caro do que manter duas, ou seja, manter uma UTI com dois leitos é relativamente mais caro do que manter uma UTI com cinco leitos.

Consideradas sob as mesmas condições e mantidas todas as outras variáveis, o custo médio dos procedimentos na primeira situação será mais caro do que na segunda. A segunda questão diz respeito à qualidade. Para os serviços de maior complexidade, o maior volume da produção está relacionado à sua melhor qualidade. Dessa forma, em um serviço de cirurgia cardíaca, que realiza um procedimento por semana, as dificuldades

para manter a expertise do staff\* são maiores do que em um centro que realiza cinco cirurgias por dia. Logo, para que um serviço possa se tornar um centro formador de recursos humanos é necessária uma produção mínima que permita o seu treinamento. (KUSCHNIR, CHORNY, LIMA E LIRA, 2010, p. 51).

O investimento em serviços de complexidade em saúde, como supra referido, demanda planejamento e análises estatísticas. As especificações devem ser claras e abarcar o porte dos serviços, os perfis a serem desenvolvidos, as funções de cada unidade e as formas de articulação entre elas. O atendimento básico de saúde, em razão de seu vínculo com o paciente, bem como da necessidade de futuro acompanhamento, será o gestor do projeto terapêutico, monitorando o usuário e garantindo o seu acesso aos serviços necessários.

Percebe-se, pelo exposto até aqui, que o usuário não receberá todo o atendimento necessário em sua comunidade ou município. Este é outro ponto de colisão com a judicialização da saúde. Como se expôs, existem razões técnicas para adoção do sistema como proposto. Não está em avaliação aqui apenas o conforto do usuário ou o custo estatal, mas sim o funcionamento adequado de todo o sistema. O usuário, em diversos casos, precisará deslocar-se para receber tratamento. Este deslocamento será fornecido em condições adequadas ao seu estado de saúde, de forma a não ser a distância um impedimento ao tratamento.

A regionalização dos procedimentos de saúde não decorre de objetivos econômicos ou apenas de reduções de custos. A origem da regionalização data de 1920 com o *Relatório Dawson*. Este sistema proposto no início do século passado ainda luta para ser concretizado no SUS e compreendido pelos brasileiros. Os postos de saúde são a porta de entrada do sistema e o principal acompanhamento do sistema. Estes estão vinculados a centros de saúde mais complexos. Por fim, os centros estão ligados a serviços de ampla especialização, normalmente hospitais.

O usuário recebe os cuidados preventivos e é avaliado pelo primeiro nível de atenção<sup>3</sup>, sendo necessário, este é encaminhado para exames ou referenciado a outros níveis do sistema. Contudo, continua todo o tempo vinculado ao clínico geral do primeiro nível, podendo procura-lo a qualquer momento. Atendida a demanda especializada, o paciente retorna ao primeiro nível para receber a atenção aos episódios agudos e o acompanhamento dos casos crônicos e profiláticos. O primeiro

---

<sup>3</sup> Doutrinariamente, trabalha-se com os seguintes níveis de atenção: primeiro (clínica geral), segundo ou ambulatorial (especialidades e serviços) e terceiro/hospitalar (diagnóstico e terapia).

nível de atenção é responsável pelo vínculo com o paciente, bem como pela atenção integral.

A judicialização da saúde ocasiona dois impactos neste tópico da gestão em saúde. O primeiro se traduz na necessidade de compreender que, uma vez prestado o atendimento especializado, o usuário deverá retornar ao nível primário. Essa é uma compreensão difícil aos leigos, porque, uma vez atendidos pelos especialistas, os usuários desejam lá permanecer. Já ao juiz, quando imbuído apenas do conhecimento jurídico, verificará que o usuário possui(u), por exemplo, doença gástrica e concederá o acompanhamento por serviço especializado gástrico. Não haverá a avaliação do estágio do tratamento, nem da real necessidade do serviço especializado.

Todos querem o tratamento mais especializado possível. Se todo usuário que seja encaminhado para um médico especialista, permanecer em acompanhamento com este após o tratamento necessário, nenhum retornará ao nível primário. Logo, se chega ao mesmo problema de ser necessário um hospital em cada comunidade. Os serviços especializados se tornarão ineficazes, e os postos de saúde estarão vazios. Os serviços básicos são suficientes ao acompanhamento dos casos e para referenciar novamente caso seja necessário.

O segundo impacto é causado por usuários vindo de fora do sistema. O cidadão faz seu acompanhamento regular mediante serviço particular. Necessitando de serviço especializado sem cobertura, procura o serviço público. A porta de entrada do sistema deve ser a unidade básica de saúde, ele precisará ser novamente avaliado por médico generalista para posteriormente ser referenciado, caso necessário, ao serviço especializado. Esse trâmite é essencial para criação do vínculo, bem como para o acompanhamento pelo nível primário do paciente pela linha de cuidado. Não compreendendo esta sistemática, cidadão e Judiciário acabam por inserir o paciente de forma isolada em um serviço especializado. Este paciente não receberá atenção integral. Para uma adequada gestão em saúde é essencial que o usuário compreenda o sistema, realizando todas suas etapas.

#### **2.4. Fornecimento de Medicamentos**

Além dos serviços de saúde, outro ponto crucial ao Sistema Único de Saúde é o fornecimento de medicamentos. Os medicamentos são antes de tudo drogas que ocasionam mais benefícios do que malefícios, mas drogas. São capazes de gerar



diversos efeitos adversos, agregam evidente risco em caso de má administração, além de poder potencializar, em caso de uso indevido, eventuais doenças. Apesar de tudo isso, quando utilizados de modo adequado, os medicamentos são a intervenção terapêutica mais eficaz e com menor custo.

Há algum tempo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem defendido o uso racional dos medicamentos que deve ser realizado a partir de evidências científicas. Conforme a OMS, "há uso racional quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade" (MS, 2012a).

Sabe-se hoje da importante influência das indústrias farmacêuticas sobre o mercado, bem como sobre a prescrição médica. Em razão disso, recomenda-se a análise de uma prescrição médica a partir de evidências científicas. Estas representam estudos de casos, duplo-cegos, capazes de apontar benefício no uso de determinada droga.

Não se pode, na área de saúde, presumir que o novo é melhor, mais desenvolvido. Se um produto novo apresenta os mesmos benefícios de outro já utilizado por longo período, deve ser privilegiado o medicamento antigo, cujos efeitos e reações já são de efetivo conhecimento. A prescrição médica deve estar orientada pelas melhores práticas terapêuticas e assistenciais, amparadas em evidências científicas seguras, estudos clínicos com resultados confiáveis.

O fornecimento de medicamento não é um objetivo fim do SUS. O fornecimento de remédios faz parte do objetivo de tratamento do usuário. Assim, deve ser garantido o acesso a todos que deles realmente necessitem, com qualidade, promovendo seu uso racional. O fornecimento de medicamento também é responsável por promover a credibilidade das organizações e dos sistemas de saúde. Desta forma, essencial à boa condução do SUS que a gestão de medicamentos seja adequada às necessidades da população.

Para que haja o efetivo controle das medicações liberadas para uso no Brasil, conforme previsão constitucional, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Esta agência envolve-se com todos os setores da sociedade que possam afetar a saúde populacional. Assim, sua atuação ocorre tanto em situações de prevenção (saneamento básico, riscos da produção) quanto de tratamento.

De acordo com a lei de sua criação, Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999 (BRASIL, 1999), é atribuição da ANVISA avaliar o cumprimento de critérios relacionados à eficácia, à segurança e à qualidade dos medicamentos. Esta avaliação ocorre de forma multidisciplinar, incluindo a parte médica, jurídica e econômica. Assim, para que qualquer medicamento possa ser disponibilizado ao consumo, precisa receber o aval da ANVISA.

A chancela da ANVISA é procedimento complexo e detalhado, uma avaliação mal realizada pode custar dezenas de vidas. Deste modo, o procedimento de registro de um medicamento é demorado. Não se trata de mera burocracia a retardar os interesses individuais de um paciente ou os interesses comerciais de uma farmacêutica, mas de análise pormenorizada para proteção de toda a população.

Prevê o Código de Ética Médica (CFM, 2010) que nenhum médico, salvo situações experimentais autorizadas, prescreverá medicamento não autorizado para consumo. Menos ainda poderá o SUS fornecer dito medicamento ao paciente. Veja-se que o Poder Público está adstrito ao princípio da legalidade, ou seja, pode apenas praticar os atos legalmente previstos. Fornecer medicamento não autorizado pela ANVISA está vedado na legislação, artigo 12 da Lei 6.360 (BRASIL, 1976).

A judicialização quanto ao fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA ganhou novo panorama após a audiência pública, *in verbis*:

O registro de medicamento, como lembrado pelo Procurador-Geral da República, é uma garantia à saúde pública. E, como ressaltou o Diretor-Presidente da ANVISA, a agência, por força da lei de sua criação, também realiza a regulação econômica dos fármacos.

Após verificar a eficácia, segurança e qualidade do produto e conceder o registro, a ANVISA passa a analisar a fixação do preço definido, levando em consideração o benefício clínico e o custo do tratamento. Havendo produto assemelhado, se o novo medicamento não trazer benefício adicional, não poderá custar mais caro do que o medicamento já existente com a mesma indicação.

Por tudo isso, o registro na ANVISA mostra-se como condição necessária para atestar a segurança e o benefício do produto, sendo a primeira condição para que o Sistema Único de Saúde possa considerar sua incorporação. (BRASIL, 2010, p. 70).

Após o registro na ANVISA, que permite seja o medicamento disponibilizado ao mercado brasileiro, ele precisará passar pela análise dos entes públicos antes de ser fornecido pelo SUS. Aqui a análise não será de eficácia e segurança, mas de

efetividade e de custo-benefício em relação aos demais tratamentos fornecidos pelo sistema público.

Existem, no âmbito farmacêutico, diversas alternativas para um mesmo fim. Diversas substâncias ativas podem conduzir ao mesmo tratamento de uma doença. Com vistas a organizar a compra, o estoque e o fornecimento, faz-se necessário racionalizar o acesso aos itens efetivamente essenciais ao tratamento, evitando previsões dúplices. Nesse sentido, são formuladas listas de medicamentos a serem fornecidos, seja em âmbito nacional, estadual ou municipal. Ante a dinâmica da área de saúde é necessário atualizar periodicamente os itens incluídos ou excluídos das listas.

A reavaliação periódica é forte ponto de (des)confiança no sistema. Quando se sabe que os gestores estão permanentemente revendo seus critérios, haverá confiança de que a escolha entre este e aquele remédio mais novo foi realmente fundamentada. Já quando ciente de que a previsão não passa por uma revisão por longos anos, desconfia-se e busca-se meios alternativos de fornecimento.

Quando a lista está desatualizada e um paciente busca o auxílio do Poder Judiciário, a escolha sobre seu fornecimento deixa de ser do gestor para ser do Juiz. Caso esta decisão seja procedente, haverá um cidadão recebendo do SUS um medicamento que a outro paciente é negado. O SUS, de qualquer forma, comprará aquele remédio, e, pior, em pequena escala, o que o encarece.

Novamente, a confiança é o ponto de fortalecimento da política farmacêutica. Fazendo o gestor seu papel revisional periódico, haverá menos interferência e maior igualdade social. É necessário divulgar os meios de acesso à revisão da lista, bem como todas as conclusões desta. Havendo uma lista atualizada, deve-se dar ampla divulgação para que médicos e pacientes conheçam os medicamentos disponibilizados. Desta forma, a comunidade será parte integrante do sistema de formação da política farmacêutica.

Como supra referido, muitos são os meios médicos para se atingir o mesmo objetivo. Assim, é possível que o SUS opte por não fornecer determinado tratamento. Isso pode ocorrer em razão do baixo benefício frente ao elevado custo, como é o caso de alguns remédios paliativos, ou porque existe previsão para outro tratamento alternativo. Cumpre lembrar que estas escolhas não são decorrentes do pensamento do Coordenador de Política Farmacêutica, mas sim do estudo de evidências científicas por um grupo multidisciplinar.

Quando o SUS fornece tratamento, ainda que não o especificamente indicado pelo médico do paciente, este deve ser privilegiado, porque respeita e fortalece a política pública, além de não ofender o princípio da igualdade. Este foi o pensamento externado pelo STF no seguinte trecho:

Ademais, não se pode esquecer de que a gestão do Sistema Único de Saúde, obrigado a observar o princípio constitucional do acesso universal e igualitário às ações e prestações de saúde, só torna-se viável mediante a elaboração de políticas públicas que repartam os recursos (naturalmente escassos) da forma mais eficiente possível. Obrigar a rede pública a financiar toda e qualquer ação e prestação de saúde existente geraria grave lesão à ordem administrativa e levaria ao comprometimento do SUS, de modo a prejudicar ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada. Dessa forma, podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. (BRASIL, 2010, p. 70).

Além das alternativas farmacêuticas, existem alternativas laboratoriais. No Brasil, existem medicamentos referência, que são inovadores e protegidos pela patente de seu nome comercial, e medicamentos genéricos, que possuem a mesma substância ativa, porém, produzida por diferentes laboratórios. O SUS realiza sua listagem apenas com a denominação comum brasileira, ou seja, com o nome da substância ativa, jamais pelo nome comercial.

Recorde-se que o ente público realiza todas as suas compras através de procedimento licitatório. Ficar adstrito a uma só marca, ou seja, a um só laboratório inviabiliza a licitação. Quando trabalha com uma substância ativa, haverá diversos laboratórios que a elaborarão e poderão concorrer a licitação. Contudo, ao se restringir a busca por um nome comercial, em detrimento do genérico, restará limitada a um único fornecedor. Vale destacar que todos os remédios, referência ou genérico, passam pelo crivo da ANVISA.

Agregando política farmacêutica e linha de cuidado, existe a previsão pelo Ministério da Saúde de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Ao contrário de pretender a limitação ao direito à saúde, os protocolos visam assegurar ao maior número de pacientes a garantia de uma prescrição segura e eficaz. Através dos PCDT são estabelecidos “os critérios de diagnóstico de cada doença, o algoritmo de tratamento das doenças com as respectivas doses adequadas e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos” (MS, 2012b).

Os PCDTs definem as ações necessárias e as formas de articulação dos serviços de saúde às metas estabelecidas. Quando da formulação de um Protocolo é realizada não apenas uma discussão interna, mas também uma consulta pública, pela qual todos os *experts* podem interagir com o desenvolvimento desta política pública. Uma prescrição que vai de encontro ao estabelecido em um PCDT não está contrariando apenas o convencimento do gestor público, mas o de uma comissão de peritos de âmbito nacional, já que todos puderam participar dessa discussão.

De qualquer forma, o mais relevante em matéria de política farmacêutica é que “deve ser fácil aos prescritores e à população, frente a uma necessidade específica, saber qual a oferta que os atende dentro do serviço público e como ter acesso a esses produtos” (AZEVEDO NETO, 2010, p. 49). Se o acesso administrativo é claro e ágil, será este o preferido, já que o Poder Judiciário não o é.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se que a boa gestão em saúde demanda compreensão multidisciplinar, englobando a área da saúde, assistência social, direito, administração, dentre outras. A atuação exclusiva de um âmbito conduz a um cenário babilônico e desestruturante.

Existem limites e condicionantes em cada âmbito que devem ser respeitados por todos os que participam do processo de construção do SUS, ainda que em sua área de atuação aquela restrição seja incongruente.

Trabalhou-se a linha de cuidado, regionalização e integração ao sistema, questões de suma importância para os desenvolvedores de gestão em saúde, uma vez que formam o esqueleto do sistema. Verificou-se a importância das listas e de sua atualização. Apresentou-se as interpretações do âmbito jurídico, bem como princípios norteadores. Durante o desenvolvimento do trabalho, restou clara a necessidade de privilegiar as políticas públicas já instituídas no SUS.

Destacou-se a importância da agregação de todos os atores na construção do sistema, bem como a importância da confiança no sistema. A confiança pode e deve ser desenvolvida pela adequada gestão do sistema e pela exposição do planejamento estratégico.

Verifica-se que a interação entre todos os atores de forma clara, segura e confiável fortalece o sistema e qualifica a saúde populacional. Em muitos momentos,

apontou-se a existência de diversos termos para idênticas questões, cada termo com uma carga valorativa. O Sistema Único de Saúde visa à universalidade e à igualdade o que demanda a coesão de todos estes valores.

O estudo alcançou o âmbito jurídico e o de gestão em saúde com vistas a apresentar o SUS sob um único ponto de vista. Espera-se ter esclarecido a gestor e jurista o ponto mediano ou salomônico em que ambos se compreendem e permitem o fortalecimento do sistema. Toda ajuda na adequada compreensão de todos e por todos os atores de saúde construirá um Sistema Único de Saúde ainda melhor.

## 6 REFERÊNCIAS

AZEVEDO NETO, Francisco de Paula Bueno de; SILVA, Washington Luiz Mourão; LUIZA, Vera Lucia. Gestão logística em saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 96p.

BARBOSA, Pedro Ribeiro; CARVALHO, Antônio Ivo de. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 22ª Edição. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 27 jan. 2013.

BRASIL. Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 set. 1976. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6360.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm)>. Acesso em: 27 jan. 2013.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 27 jan. 2013.

BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Diário Oficial, Brasília, DF, 27 jan. 1999. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9782.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm)>. Acesso em: 27 jan. 2013.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF, Brasil). Segunda Turma. Relator: Min. Celso De Mello. RE 393175 AgR. Julgado em 12/12/2006. Publicado no DJ 02/02/2007 na PP-00140 EMENT VOL-02262-08 PP-01524.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF, Brasil). Tribunal Pleno. Relator: Gilmar Mendes (Presidente). STA 175 AgR. Julgado em 17/03/2010. Publicado no DJe-076 DIVULG 29-04-2010 PUBLIC 30-04-2010 EMENT VOL-02399-01 PP-00070.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM, Brasil). Resolução CFM n. 1931. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 set. 2009. Disponível em: <

[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=category&id=9&Itemid=122](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122)>. Acesso em: 27 jan. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ, Brasil). Programas de A a Z. Saúde e Meio Ambiente. Fórum da Saúde. Disponível em: < <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/saude-e-meio-ambiente/forum-da-saude>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

DAGNINO, Renato Peixoto. Planejamento estratégico governamental. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIMA E LIRA, Anilka Medeiros. Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2010. 180p.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (MS, Brasil). 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25641&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=25641&janela=2)>. Acesso em: 23/10/2012a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (MS, Brasil). 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35490&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35490&janela=1)>. Acesso em: 25/10/2012b.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Audiências Públicas. Realizadas. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br>>. Acesso em: 27 jan. 2013.