



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

Tese de Doutorado

AGENDA ÚNICA DE SAÚDE - A BUSCA DO ACESSO UNIVERSAL E A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

REGINA LÚCIA DODDS BOMFIM

Orientador: Ruben Araújo de Mattos

2008

Área de Concentração:
Política, Planejamento e Administração em Saúde

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

B695 Bomfim, Regina Lúcia Dodds.

Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde / Regina Lúcia Dodds Bomfim. – 2008.
164f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Direito à saúde – Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 3. Saúde pública – Legislação – Teses. 4. Política de saúde – Brasil – Teses. 5. Poder judiciário e questões políticas – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de, 1957- II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

614.253.83

CDU

Aos meus
pais, pela vida...

Aos meus
filhos, pelo sentido da minha vida.

Agradecimentos

Aos “amiguinhos” Natália, Teco e Duda, grandes “auxiliares de pesquisa”;

À Suzane, Mariângela e Fátima pela força e ajuda nos contatos necessários a realização deste trabalho;

À Gisele, querida amiga, que viabilizou as entrevistas no Distrito Federal;

Ao Schiavo e Zé Carlos, amigos inesquecíveis, que “encurtaram” alguns trajetos para a captação de dados;

À Salete pela compreensão da minha necessidade de afastamento no dia a dia das atividades;

Ao André, Beto e Ed, queridos “juristas de plantão”;

À Eliana Cláudia, Simone, Vincent e Victor com quem pude dividir a difícil fase da pesquisa;

À Thereza e Cláudia pelo apoio e confiança, na hora certa;

À Sônia e Valéria pela amizade vigilante e resolutiva;

À Juíza Paula, ao Promotor Flávio e ao Defensor Emmanuel, “nobilíssimas” autoridades... pessoas imprescindíveis para meu “acesso universal” ao mundo jurídico;

Ao Dr. Jacob Kligerman, Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que “percebeu” meus objetivos e se colocou disponível;

À Nata, Walter e Girceu, meus “fantásticos tradutores”

Ao Ruben, meu amigo e meu orientador, principalmente, pela reta final...

À Roberta, querida amiga, pelas “dicas” acerca dos Estados Nacionais e pela torcida;

Às minhas “irmãzinhas” Lena e Carlota, pela energia, “de sempre”;

Ao Nemesio... talvez... por tudo que já vivemos e pela força, é claro;

A todos aqueles que celebram comigo a vitória de mais uma etapa;

Sentido da Vida

"Não sei se a vida é curta ou longa demais pra nós,

Mas sei que nada do que vivemos tem sentido,

Se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

Colo que acolhe,

Braço que envolve,

Palavra que conforta,

Silêncio que respeita,

Alegria que contagia,

Lágrima que corre,

Olhar que acaricia,

Desejo que sacia,

Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais,

Mas que seja intensa, verdadeira, pura.

Enquanto durar.

"Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina".

Cora Coralina

Resumo:

Este trabalho visa identificar os determinantes da ampliação de demandas judiciais contra os gestores do SUS. Em sua maioria (85%) relacionam-se ao fornecimento de medicamentos e são geradas, no âmbito do Judiciário, pelo entendimento daquele órgão que o Poder Público está descumprindo o direito à saúde constitucionalmente adquirido. Foi realizada uma revisão bibliográfica acerca de sistemas nacionais de saúde com princípios constitutivos básicos semelhantes aos do SUS, tendo sido selecionados o Canadá, Colômbia e Espanha. O objetivo foi observar se àqueles sistemas apresentam as dificuldades experimentadas pelo SUS, ou se existe, no sistema nacional, alguma peculiaridade. Foram analisados os artigos da Constituição de 1988 relativos à saúde, observando-se em vários deles pouca clareza na descrição de conceitos que parecem dar margem a múltiplos entendimentos dos atores envolvidos com a implementação do SUS. Desenvolveu-se uma pesquisa quali-quantitativa: o 1º componente foi realizado por meio de entrevistas com atores chave, representantes do Executivo, Legislativo, Judiciário, Órgãos de Classe, Conselhos de Saúde e Gestores. A etapa quantitativa foi realizada a partir da coleta, sistematização e análise de dados acerca das demandas judiciais chegadas aos gestores do SUS localizados no Rio de Janeiro (SMS, SESDEC e NERJ). Os entendimentos dos entrevistados mostraram-se muito distintos e bastante relacionados com seus locais de atuação. Foi observado que o Judiciário, grosso modo, ratifica as prescrições médicas, determinando aos gestores, tornados réus, o fornecimento de produtos de saúde que vão desde os medicamentos essenciais até os de dispensação excepcional e mesmo, algumas substâncias importadas. As liminares não atendem as padronizações definidas pelas Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica, nem as que dizem respeito às relações pactuadas entre os gestores nem a responsabilização existente por nível de gestão. Tais questões têm gerado um tensionamento permanente entre o Executivo da saúde, Judiciário e população, uma vez que o cumprimento das determinações judiciais representa, para o gestor, uma necessidade de realocação orçamentária para a aquisição de medicamentos não planejados, que pode determinar a não realização de ações programáticas prioritárias. Parece que

favorecem a equidade de acesso ao SUS. Por último, foram definidos 3 núcleos causais para a ampliação das demandas judiciais de saúde: o 1º, derivado da pouca clareza de alguns conceitos constitucionais determinada pela falta de consenso político quando dos trabalhos da ANC, que deixaram estas definições para regulamentações posteriores, que não ocorreram; o 2º, representado pela não contestação da maior parcela das prescrições médicas, pelo Judiciário, o que parece demonstrar o poder das profissões, medicina e direito, e, a inexistência de regulação do exercício profissional pelo Estado e o 3º, determinado pela pouca articulação no SUS entre a gestão financeira e da atenção à saúde, o que parece impedir que os gestores atuem como protagonistas destas situações, deixando de promover articulações entre os Poderes do Estado, Instituições, Órgãos de Classe e a sociedade para definição de estratégias comuns voltadas à resolução dos problemas apontados neste estudo.

Palavras Chave: Acesso Universal; Direito à Saúde; Garantia de Direito; Incorporação de Tecnologias de Saúde; Judicialização de Saúde

Abstract: Consolidated Health Agenda: The Search for Universal Access and Guarantee of Health Right.

The objective of this study is to identify the increase of the judicial demands against the managers of SUS (Unified Health System). Most of them (85%) are related with medicines supply and generated by Judiciary beliefs that the Government is not serving the right to health constitutionally acquired. A bibliographical revision concerning national systems of health with basic principles similar to SUS was made. The countries selected were Canada, Colombia and Spain. The objective was to observe if the difficulties experienced by SUS exists in those systems or if it is a brazilian peculiarity. The articles of 1988 Brazilian Magna Law related to Health were analyzed and it was possible to observe that, in many of them, there is not a clear definition of concepts, allowing multiple interpretations from the party involved in SUS implementation. A qualitative and quantitative research was developed: the first component was carried through by interviews with key representants from the Executive,

quantitative stage was carried through collection, systematization and analysis of data concerning the judicial processes against the managers of SUS located in Rio de Janeiro (SMS, SESDEC and NERJ). The understandings of interviewed people are very diverse and related to their working area. It was observed that the Judiciary ratifies the medical prescriptions, determining managers to supply health products, essential medicines or the ones of exceptional use, even imported substances. The judicial decisions do not attend the standard of Pharmaceutical Assistance Politics definitions, nor the ones about the relations agreed between the managers, nor the management level responsibility. Such problems are causing a permanent tension between Health Executive, Judiciary and population, once the compliance of judicial decisions represents the budget replacement to purchase a not planned medicine, which can represent not accomplishing priority actions. It seems that these judicial decisions, despite its legitimate, do not help the equal access to SUS. Finally, it was defined 3 causes to the increase of the judicial health demands: 1st is born from the poor clarity of some constitutional concepts, determined by the lack of political agreements among parliament members at the ANC, living for posterior definition, never achieved; 2nd not represented by the plea of the biggest medical lapsing but by the Judiciary, seemingly to demonstrate the power of every profession (medical and judiciary) and inexistence of regulations as, for instance, happens in the Canadian system; 3rd the lack of links in the SUS between the financial management and care for health itself. It seems to hind the managers actions as protagonists of such situations.

Key Words: Universal Access; Health Right; Right Guarantee; Health Technology Incorporations; The Lawing of Health.

Lista de Ilustrações

Tabela 1 - População Espanhola por Comunidade Autônoma

Tabela 2 - – Sistemas Nacionais de Saúde – Aspectos relevantes

Tabela 3 - Orçamento do Ministério da Saúde – 2000 a 2005

Tabela 4 - A Atuação do Ministério Público segundo as Constituições Brasileiras

Tabela 5 – Assuntos Referentes à saúde – SMS/RJ

Tabela 6 - Despesa média mensal familiar - Brasil

Tabela 7 - Relação de Medicamentos alvo de Processos Judiciais recebidos pelo NERJ, pertencentes à RENAME

Tabela 8 - Relação de Medicamentos Excepcionais alvo de Processos Judiciais recebidos pelo NERJ

Tabela 9 - Municípios do Estado do Rio de Janeiro réus de processos judiciais, no período estudado

Tabela 10 - Relação de Medicamentos alvo de Processos Judiciais recebidos pela SESDEC/RJ, pertencentes à RENAME

Tabela 11 - Relação de Medicamentos Excepcionais alvo de Processos Judiciais recebidos pela SESDEC/RJ

Tabela 12 – Recursos Federais Transferidos para a SESDEC/RJ - Bloco de Assistência Farmacêutica Estadual

Tabela 13 - Segmentação de gastos com mandados judiciais

Tabela 14 - Entradas de Processos Judiciais na Central de Mandados - Município RJ

Tabela 15 - Substâncias medicamentosas alvo das maiores multas aplicadas ao Executivo Municipal

Tabela 16 - Mandados Judiciais 2006 - Gastos da SMS/RJ

Tabela 17 - Recursos Federais Transferidos à SMS/RJ - Bloco de Assistência Farmacêutica – Componente Básico

Tabela 18 – Relação de Medicamentos alvo de Processos Judiciais recebidos pela SMS/RJ, pertencentes à RENAME

Tabela 19 – Relação de Medicamentos Excepcionais alvo de Processos Judiciais recebidos pela SMS/RJ

Diagrama1 – Representação dos Conflitos de Interesses Observados

Tabela de Siglas

SUS – Sistema Único de Saúde
CENDES – Centro de Estudos do Desenvolvimento
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
CF – Constituição Federal
LOS – Leis Orgânicas da Saúde
MP – Ministério Público
PL – Projeto de Lei
HCS – Cuidados de Saúde do Canadá
PIB – Produto Interno Bruto
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SGAP - Sistema Geral de Aposentadoria e Pensões
SGSSS - Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde
SRP - Sistema de Riscos Profissionais
CNSSS – Conselho Nacional de Seguro Social de Saúde
RC – Regime Contributivo
RS – Regime subsidiado
SISBEN – Sistema de Informações de Beneficiários
EPS – Empresas Promotoras de Saúde
ESS – Empresas Solidárias de Saúde
POS – Pacote Obrigatório de Saúde
FOSYGA - Fundo Nacional de Solidariedade e Garantia
ECAT – Eventos Catastróficos e Acidentes de Trânsito
PAB – Plano de Atenção Básica
UPC – Unidade de Pagamento por Capitação
POSS – Pacote Obrigatório de Saúde Subsidiado
PAS – Plano Adicional de Saúde
ATEP – Acidente de Trânsito e Enfermidades Profissionais
OPS – Instituições Prestadoras de Serviços
ESSE – Empresas Sociais do Estado
CCAA – Comunidades Autônomas
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária de Saúde
EC – Emenda Constitucional
OSS – Orçamento da Seguridade Social
FPE – Fundo de Participação de Estados
FPM – Fundo de Participação de Municípios
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
EPU – Encargos Previdenciários da União
ANC – Assembléia Nacional Constituinte
FES – Fundo Estadual de Saúde
FMS – Fundo Municipal de Saúde
CES – Conselho Estadual de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
PPS - Plano Plurianual de Saúde

PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários
NOB – Norma Operacional Básica
SNAS – Sistema Nacional de Assistência Social
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
UF – Unidade Federada
UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial
FNS – Fundo Nacional de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCN – Programa de Combate às Carências Nutricionais
PPI – Programação Pactuada e Integrada
POI – Programação e Orçamentação Integrada
IPMF – Imposto Provisório de Movimentação Financeira
CPMF - Contribuição Provisória de Movimentação Financeira
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas de Compensação
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
INCA – Instituto Nacional do Câncer
TAC – Termo de Ajuste de Conduta
TJ – Tribunal de Justiça
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
RJ – Rio de Janeiro
NERJ – Núcleo do MS da Cidade do Rio de Janeiro
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro
SMS/RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SESDEC/RJ – Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
SAS/MS – Secretaria de Atenção de Saúde do MS
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
ANS – Agência Nacional de Saúde
CITEC – Comissão de Incorporação Tecnológica
GM/MS – Gabinete do Ministro de Saúde
CMDE - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional da Assistência Farmacêutica
AMB – Associação de Magistrados do Brasil
OMS – Organização Mundial de Saúde
STF – Supremo Tribunal Federal
PDS – Partido Democrático Social
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
STJ – Supremo Tribunal de Justiça

SUMÁRIO

Aproximação do tema	Pág. 13
Apresentação	Pág. 15
Capítulo 1 – Sistemas Nacionais de Saúde	Pág. 19
1.1.Sistema de Saúde do Canadá – <i>Medicare</i>	Pág. 22
1.2.Sistema Nacional de Saúde da Colômbia	Pág. 27
1.3.Sistema Nacional de Saúde da Espanha	Pág. 36
Capítulo 2 - O Sistema Único de Saúde	Pág. 44
2.1. Garantia de Acesso – o direito à saúde	Pág. 45
2.2. Garantia do Direito à saúde	Pág. 49
2.3. Orçamento e modelo de financiamento do SUS	Pág. 50
Capítulo 3 – Os Poderes da República e a Saúde	Pág. 64
3.1 O Poder Executivo e a Saúde	Pág. 66
3.2.O Poder Legislativo e a Saúde	Pág. 68
3.3.O Ministério Público, o Poder Judiciário e a Saúde	Pág. 70
Capítulo 4 - Objetivos do Estudo e Metodologia	Pág. 74
4.1. Objetivos do Estudo	Pág. 74
4.2. Metodologia	Pág. 75
• 4.2.1 – Estruturação do Componente Quantitativo	Pág. 75
• 4.2.2 - Estruturação do Componente Qualitativo	Pág. 78
Capítulo 5 – Análise dos Resultados Obtidos	Pág. 82
5.1. Componente Quantitativo	Pág. 82
• 5.1.1. Núcleo do Ministério da Saúde/RJ	Pág. 84
• 5.1.2.Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil – RJ	Pág. 87
• 5.1.3. Secretaria Municipal de Saúde/RJ	Pág. 92
5.2. Componente Qualitativo	Pág. 101
• 5.2.1. Respostas das Entrevistas	Pág. 102
Capítulo 6 - Considerações Finais	Pág. 145
6.1. 1º Núcleo Causal	Pág. 145
6.2. 2º Núcleo Causal	Pág. 148
6.3. 3º Núcleo Causal	Pág. 153
Referências Bibliográficas	Pág. 157
Anexo I	Pág. 161
Anexo II	Pág. 163

Aproximação do Tema

Este projeto representa uma ampliação das discussões iniciadas na dissertação: Programação e Financiamento. Parâmetros para uma Universalização ou para Racionamento? O Caso da Média Complexidade.

O trabalho de mestrado foi desenvolvido a partir da percepção de demandas de saúde muito superiores aos tetos financeiros para custeio das ações de saúde pactuados entre os gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. A hipótese daquele estudo foi de que o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde não estaria sendo garantido, em grande parte, devido ao modelo de financiamento e de programação vigente.

Na dissertação buscou-se localizar, no período que antecedeu a criação do SUS, acontecimentos que tivessem influenciado direta ou indiretamente no modelo de financiamento e nas práticas de programação utilizadas.

Identificou-se que o planejamento e a programação de saúde utilizados no Brasil foram introduzidos na América Latina por meio da metodologia do CENDES/OPAS⁴, a partir de uma adaptação do modelo de programação econômico à área de saúde⁵. Tais práticas iniciaram-se no Brasil, no âmbito da assistência médica, na década de 80, a partir do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Os parâmetros de programação utilizados pelo CONASP foram construídos como dispositivos de controle de fraudes no setor privado, voltados, portanto, para a racionalização da assistência médica prestada à época. Decorridos 20 anos entre a Portaria MPAS 3046⁶ e a Portaria/MS 1101, editada em 2002, estes parâmetros mantiveram-se praticamente inalterados, sendo ainda utilizados para definir os valores de recursos financeiros de custeio, repassados pelo governo federal para estados e municípios. Pareceu-nos que os parâmetros de programação tinham sofrido um “confinamento institucional” ou que havia se estabelecido

⁴ A Conferência de Punta del Este, ocorrida em 1961, reuniu autoridades dos governos do continente americano, acertando um programa de financiamento, voltado para a obtenção de apoio internacional para os países da América Latina, desde que fossem desenvolvidos planos nacionais para o crescimento econômico contendo projetos para a saúde, educação, habitação e reforma agrária. Este programa ficou conhecido como Aliança para o Progresso.

⁵ Desde então, a programação em saúde se ocupa do problema de alocação de recursos nos serviços de saúde, isto é, do conjunto de dispositivos de arrecadação, da definição do montante de recursos destinados ao setor e dos dispositivos institucionais de repartição desses recursos, ancorando-se em critérios técnicos racionais que comandam o processo de tomada de decisão e de definição de prioridades.

⁶ Esta Portaria foi fruto do trabalho do CONASP e definiu os parâmetros para a assistência médica do extinto INAMPS

uma “burocratização da programação”. A rigidez de programação previdenciária estendida para a área de saúde não se mostra compatível com o modelo descentralizado de gestão financeira proposto para o SUS.

Realizou-se um estudo de caso no município de Engenheiro Paulo de Frontin, da região centro-sul do Estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de conhecer a demanda populacional que ocorre aos serviços de saúde e analisar possíveis condicionamentos de racionalização ou de racionamento dos recursos financeiros a que se submetia o sistema local de saúde.

A demanda por serviços de saúde identificada mostrou-se muito maior do que a parametrização utilizada para programação de saúde. No entanto, observou-se que o Poder Judiciário ao interpretar e determinar o cumprimento da Constituição, muitas vezes determinava ao Executivo municipal a realização de atos ou procedimentos cuja atribuição, segundo as normas e portarias ministeriais, caberia ao governo estadual ou federal. Toda esta demanda representava uma intensa pressão da sociedade civil sobre o gestor de saúde ou, em última análise, sobre o Poder Público local.

Paralelamente, foi observado que as necessidades de saúde financiadas pelo SUS encontravam-se relacionadas, grosso modo, ao padrão de utilização de serviços, refletido nas séries históricas de produção ou relacionado a agravos específicos selecionados. Era necessária a identificação de todas as necessidades de saúde que se apresentavam ao SUS, para que o dimensionamento de recursos financeiros de custeio pudesse atendê-las, já que em nossa observação às demandas populacionais pareciam não corresponder aos parâmetros estabelecidos na programação de saúde vigente.

“As necessidades assistenciais não se reduzem às necessidades de se reduzir à letalidade ou a incidência de complicações. Elas dizem respeito, sobretudo às necessidades de se oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado pelo paciente”.(Mattos, 2003)

A despeito das observações do estudo citado, a reflexão constante acerca dos entraves a implementação do SUS fizeram-nos perceber que, nossa hipótese anterior representava tão somente um dos determinantes da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou seja, poderíamos estar observando apenas a “*ponta do iceberg*”.

Apresentação

O SUS vem atravessando inúmeras dificuldades para a organização de sua rede de serviços que têm contribuído para demonstrações rotineiras de insatisfação da população com o atendimento público de saúde. Muitas críticas têm sido veiculadas pelos meios de comunicação, a despeito dos esforços empreendidos pelos gestores do sistema. Pode ser observado que, alguns segmentos da sociedade brasileira têm se utilizado do Poder Judiciário para fazer prevalecer seu direito à saúde.

Esta via de acesso aos produtos e serviços de saúde já havia sido identificada no estudo desenvolvido anteriormente, e, determina a necessidade de realocação ou ampliação de recursos financeiros para o cumprimento das demandas geradas, devido ao não dimensionamento prévio da prestação destas ações ou serviços de saúde.

As questões decorrentes do não dimensionamento da totalidade de demandas de saúde; da oferta de serviços necessária para o atendimento das mesmas e dos recursos financeiros de investimento e de custeio que devem ser aplicados no SUS, transcendem, como já visto, ao racionamento imposto pelo modelo de programação utilizado.

Grosso modo, estas demandas estão assim constituídas:

- (a) Demanda que não conseguiu atendimento no SUS – demanda reprimida, que pode refletir dificuldade de acesso, déficit de oferta ou ausência de recursos;
- (b) Demanda por serviços ou procedimentos não disponíveis no SUS - podem estar relacionadas a necessidades de procedimentos estéticos, cirurgias experimentais ou inovações farmacológicas. Estas demandas remetem a discussões ampliadas entre gestores, profissionais de saúde e a sociedade em geral acerca das necessidades de incorporação tecnológica para que a mesma não se dê de forma acrítica, decorrente de pressões da indústria de equipamentos médicos e de medicamentos;
- (c) Demandas geradas por práticas médicas discordantes dos protocolos clínicos ou das ações programáticas definidas pelo SUS;

- (d) Demandas geradas pelo entendimento de outras formas de adoecimento não informadas pelo modelo biomédico, resultantes das transformações de valores ocorridas na sociedade e,
- (e) Demanda beneficiária de planos de saúde que não obteve atendimento no setor de saúde suplementar, em geral, decorrentes das limitações das coberturas dos planos de saúde, passando o SUS, nestes casos, a desempenhar o papel “complementar” a rede privada.

No entanto, todas estas demandas encontram-se legitimadas pelo texto constitucional, sendo necessária à reflexão de que, a Constituição Federal – CF de 1988, ao inscrever a saúde como direito estendeu a necessidade de garantir este direito para outros setores do Estado brasileiro que não só o executivo da saúde, ao assegurar que:

- a) A saúde constitui-se em direito universal de cidadania;
- b) O acesso à saúde configura-se como uma política de inclusão social;
- c) O direito constitucional à saúde não possui caráter meritório;
- d) Cabe ao Estado brasileiro garantir a atenção integral à saúde e o direito à saúde.

Inúmeras são nossas inquietações e questionamentos quanto aos possíveis determinantes da crescente busca da sociedade pela garantia de direitos à saúde, via Poder Judiciário.

- (a) Quais as ações de saúde que não estão sendo garantidas, efetivamente, pelos gestores do SUS?
- (b) Por que estas ações não estão sendo realizadas? A não prestação destes serviços decorre, tão somente, da falta recursos?
- (c) A crescente busca da população pelo Poder Judiciário, visando garantir o direito individual à saúde, promove equidade no acesso?
 - (a) Como dimensionar as necessidades de saúde, a partir destas novas demandas que se apresentam aos serviços de saúde?
- (e) Como se dá a atuação de cada um dos Poderes do Estado e de que forma os mesmos se harmonizam, como prevê o texto constitucional?

A análise dos determinantes do “descompasso” existente entre os princípios expressos no texto constitucional, que incluíram a garantia de acesso da população aos serviços de saúde na agenda política do Estado brasileiro e os mecanismos pelo qual este direito vem sendo garantido configuram o foco deste estudo.

Foi realizada, no Capítulo 1, uma revisão bibliográfica acerca de sistemas nacionais de saúde com princípios constitutivos básicos semelhantes aos do SUS, com o objetivo de identificar se as dificuldades experimentadas na implementação do SUS têm características peculiares ou se estão relacionadas aos seus princípios norteadores. Tomamos por base, principalmente, sistemas que asseguram o direito à saúde e a garantia do direito à saúde, já que estes são conceitos chaves para este estudo. Optou-se por analisar aqui os sistemas de saúde do Canadá, Colômbia e Espanha.

No Capítulo 2 descrevemos a bases sobre as quais está estruturado o SUS e seu arcabouço jurídico, constituído pelo próprio texto constitucional e pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – 8080/90 e 8142/90. Por considerarmos relevante o modelo de financiamento do SUS para o desenvolvimento deste trabalho, fizemos um estudo mais detalhado deste item. Buscou-se também compreender a conformação do Estado Brasileiro, dos Poderes da República e conhecer as atribuições e competências do Ministério Público - MP.

Devido à identificação de diversos pontos de interseção entre os Poderes, seja pela sua forma de atuação, seja pela magnitude da área de saúde como política pública de caráter social, analisamos no Capítulo 3 estas interfaces e suas repercussões na estruturação e operacionalização do SUS.

No Capítulo 4 descrevemos a proposta metodológica da pesquisa quali - quantitativa e as adequações metodológicas que se fizeram necessárias, assim como suas justificativas. Definimos também os objetivos gerais e específicos de cada componente da pesquisa – o qualitativo e o quantitativo. Em seguida, procedemos ao relato da forma como foi estruturado o componente quantitativo, as fontes de coleta de dados utilizadas e o desenvolvimento do banco de dados. Trabalhamos a partir da coleta dos dados de processos judiciais de saúde recebidos pelos gestores do SUS do estado do Rio de Janeiro. Finalizando a descrição da pesquisa, relacionamos os atores/instituições que foram entrevistados, na etapa qualitativa. Duas das

perguntas do questionário aplicado eram relacionadas aos Projetos de Lei - PL em tramitação no Senado, dos Senadores Tião Viana e Flavio Arns, relativas a alterações na Lei 8080, e por isto elaboramos uma síntese dos PL visando um melhor entendimento das respostas dos entrevistados sobre as mesmas.

Os resultados obtidos na pesquisa e suas respectivas análises compõem o Capítulo 5. Embora não tenhamos conseguido explorar toda a potencialidade do banco de dados devido à falta de padronização de fluxos e registros dos dados dos processos e pelo volume de informações colhidas, e ainda, pela limitação temporal para finalização da pesquisa, acreditamos ter conseguido informações relevantes quanto à natureza das demandas recebidas pelos gestores que possibilitam o dimensionamento e sistematização das mesmas. Trabalhamos as entrevistas a partir de um exercício de aproximação das respostas obtidas cujo objetivo foi evidenciar concordâncias ou confrontos de percepções e entendimentos dos atores entrevistados.

Por fim, o Capítulo 6 contém a descrição de 03 (três) núcleos causais identificados a partir da análise das respostas das entrevistas e nossas propostas para dar continuidade as discussões acerca do tema trabalhado.

Capítulo 1 – Sistemas Nacionais de Saúde

“A existência simultânea de uma crise de financiamento, de uma crise de regulação, de uma crise de conhecimentos e de uma crise de valores obriga a repensar em profundidade o sistema de saúde. O status quo é impossível, é preciso elaborar uma Utopia em torno da qual, as forças de mudança poderão se reunir”. (Conrandiopoulos, 1997)

Ao analisarmos os sistemas nacionais de saúde, percebemos que quase todos os países vêm apresentando graves problemas relacionados à escassez de recursos para o financiamento do setor, fortemente relacionados às inúmeras necessidades de saúde que se apresentam no cotidiano dos serviços e a vertiginosa ampliação tecnológica da saúde, que em graus diferenciados e segundo a conformação de cada um dos sistemas, pode comprometer a eficiência dos serviços de saúde prestados às populações. Mesmo os sistemas de saúde de países desenvolvidos, vêm discutindo metodologias para distribuição de recursos visando promover maior eficiência na oferta e utilização dos serviços. Muitas vezes tais questões têm sido utilizadas como justificativa para a adoção de políticas focalizadoras e restritivas que visam reduzir os gastos estatais frente aos crescentes custos dos serviços de saúde. No entanto, observações mais aprofundadas das crises que atingem os sistemas nacionais de saúde demonstram que sua origem transcende aos problemas de financiamento e regulação específicos.

No caso brasileiro, as dificuldades pelas quais os gestores do SUS vêm atravessando para cumprir os preceitos constitucionais de garantir o acesso integral e igualitário aos serviços de saúde, a despeito de estarem relacionadas a limitações financeiras, podem estar aliadas também às exigências crescentes, ainda que legítimas, da nossa sociedade para garantir seus direitos e a possíveis confrontos/conflitos entre o direito individual e coletivo, estabelecido no âmbito do Judiciário.

Para um melhor entendimento destas questões e para o desenvolvimento do presente trabalho pareceu-nos conveniente analisar os preceitos constitucionais e as bases constitutivas que conformam alguns sistemas nacionais de saúde - SNS, destacando os sistemas nacionais da Espanha, Canadá e Colômbia principalmente pelo fato de se constituírem como sistemas de saúde que asseguram, em suas Constituições, o direito à saúde e a garantia do direito à saúde.

A pluralidade existente na conformação dos sistemas constitui-se em um grande desafio para a compreensão dos mesmos, seja (1) pela diversidade percebida nos princípios doutrinários, que lhes confere princípios organizativos múltiplos, seja (2) pelas diferenças sócio-econômicas e culturais, no que se refere à distribuição de renda e de desenvolvimento, que determinam os mais variados arranjos sociais que no âmbito da saúde se expressam, principalmente, por meio de dificuldades de acesso ao sistema e de distribuição da oferta de serviços e de profissionais de saúde.

Uma análise geral dos sistemas nacionais de saúde evidencia a conformação de três grandes modelos sendo possível, contudo, verificarmos modelos mistos, isto é, que podem exibir características de mais de um modelo.

- Sistemas públicos:

Acesso universal, financiamento por tributos e com provisão de serviços pública;

- Sistemas de seguro social:

Organizados pelo Estado, financiado por meio de contribuições sociais e com provisão de serviços privada;

- Sistemas privados:

Financiamento privado por meio de pagamentos da população e dos empregadores, sem obrigatoriedade de contribuição e com provisão de serviços privada.

Nos Estados Unidos, por exemplo, cujo sistema de saúde tem caráter predominantemente privado, são atendidas pelo Estado e por meio de tributos, duas importantes parcelas da população: os pobres, *Medicaid* e os idosos – *Medicare*, caracterizando-se como uma organização de sistema que prioriza medidas focalizadoras, características da política neoliberal.

Na Espanha, onde predomina o sistema público, observa-se um sistema privado residual, de caráter suplementar.

Ao longo do tempo, os objetivos e os modelos de organização dos serviços/sistemas de saúde passaram por diversas modificações, determinadas pelas transformações ocorridas nos conceitos de saúde e doença, todas diretamente relacionadas à evolução da medicina e da sociedade.

Até o século XVII, o diagnóstico das doenças tinha um caráter bastante subjetivo, baseando-se no relato das sensações dos pacientes, que

configuram os sintomas, e as observações dos médicos ao exame físico dos pacientes, *os sinais*.

A partir da correlação entre as lesões encontradas em necropsias e os sintomas descritos pelos pacientes, ocorreram profundas alterações na compreensão das doenças, que possibilitaram o início da estruturação de um conjunto de técnicas voltadas para o aprimoramento diagnóstico. Assim, o diagnóstico anteriormente resultante da conjugação das percepções de médicos e doentes cedeu lugar, a critérios e evidências cada vez mais objetivos. Os novos métodos diagnósticos, surgidos a partir da segunda metade do Século XIX, tiveram uma evolução vertiginosa, principalmente, após a 2ª Guerra Mundial e foram determinantes para o desenvolvimento das indústrias de equipamentos, de materiais médicos e de medicamentos.

Na medida em que novas tecnologias foram desenvolvidas, tornavam-se necessárias e acabavam por transformar-se em indispensáveis para diagnóstico e tratamento de diversas doenças.

Concomitantemente a ampliação de tecnologias na área da saúde, desenvolveu-se, inicialmente na Inglaterra, o “*Welfare State*”, que se constituía como um sistema de proteção social onde a responsabilidade pelo “bem estar” dos cidadãos cabia ao Estado. Os Estados de bem-estar social estenderam-se, posteriormente, para toda a Europa e alguns países periféricos. Os princípios básicos destes sistemas eram a equidade, a justiça social e o redistributismo. (Wargas, 1998)

Analisando este processo, Donnangelo chama a atenção para o surgimento de duas tendências. Se por um lado, o desenvolvimento de tecnologias médicas, elevava o custo da assistência médica, por outro, ampliava-se a participação dos Estados no financiamento da assistência médica, uma vez que era entendido que um dos melhores indicadores da implementação do bem estar social era o volume de recursos aplicados em gastos sociais, inclusive os de saúde.

Este nos parece o cerne das questões com as quais os Estados que estruturaram à saúde como direito social vêm se defrontando.

1.1 - Sistema de Saúde do Canadá – *Medicare*

O Canadá possui uma população de 31 milhões de habitantes (2003).

Trata-se do 2º maior país do mundo em extensão territorial, possuindo grandes áreas de baixa concentração populacional. Cerca de 80 % da população vive em áreas urbanas localizadas na fronteira com os Estados Unidos da América.

O sistema político canadense é a monarquia constitucional em um estado federativo com 10 províncias e 3 territórios. Possui um Parlamento Democrático, localizado em *Otawa*, representado pela Câmara dos Comuns, cujos membros são eleitos, e pelo Senado, cujos membros são nomeados.

A política de atenção à saúde, firmada em 1984, tem como principais objetivos “*proteger, promover e restabelecer o bem estar físico e mental dos residentes do Canadá e facilitar acesso aos serviços de saúde sem barreiras financeiras ou de outra natureza*”. (*Canadá Health*, 2003).

O Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá – HCS é o serviço público mais popular do país e experimenta alto grau de aprovação na população, caracterizando-se pela elevada presença do Estado e pela gratuidade da prestação de serviços. Não está estruturado como um sistema único. É conformado por treze sistemas interligados, constituídos pelos Ministérios da Saúde dos três territórios e pelos órgãos encarregados de saúde, nos níveis municipais e regionais das dez províncias. Cada um destes treze sistemas é responsável, constitucionalmente, por (a) financiar, administrar e organizar a prestação de assistência em saúde, em todos os seus níveis; (b) determinar a alocação de recursos humanos e financeiros, e, (c) regular as profissões relacionadas à saúde.

A lei canadense de saúde - *Medical Health Act* – estabeleceu os cinco princípios fundamentais da política e previu penalidade automática para os casos de violação de quaisquer dos princípios ou de cobranças adicionais para a prestação de serviços de saúde.

- Administração pública - os planos de seguro de saúde provincial devem ser administrados por uma autoridade pública, em bases não lucrativas;
- Abrangência - deve ser assegurada a todos os serviços médicos prestados, tanto para pacientes ambulatoriais como para pacientes internados, incluindo todas as suas necessidades materiais, medicações e apoio diagnóstico e terapêutico;

- Universalidade - os planos devem cobrir todos os residentes das províncias, a partir de três meses de moradia;
- Acessibilidade – deve ser assegurada sem barreiras financeiras ou de outra natureza, em obediência a Declaração Canadense de Direitos e Liberdades que define a impossibilidade de que qualquer pessoa possa ser objeto de discriminação com base em gênero, raça, religião etnia ou cor;
- Portabilidade do direito - deve ser garantida a cobertura assistencial para os cidadãos canadenses que estiverem residindo temporariamente ou em processo de mudança de sua província. Existem alguns limites para prestação e/ou pagamento de serviços prestados fora do Canadá ou para serviços não emergenciais.

O *Health Canada* é o órgão governamental federal responsável pelas políticas e programas nacionais de saúde, conhecidas como *Medicare* – o Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá.

O sistema de saúde segue o modelo federalista cabendo ao Governo Federal, por meio do Ministério Federal da Saúde, oferecer liderança e assistência técnica em programas de promoção e prevenção de doenças de saúde pública, proporcionar serviços de saúde ambiental, ocupacional e saúde de emergência nas áreas sob sua jurisdição. Financia o desenvolvimento de pesquisas aplicadas a área biomédica, através do Conselho de Pesquisa Médica que é uma repartição federal. É responsável ainda por definir e fazer cumprir os princípios fundamentais da política de saúde, repassar contribuições financeiras para os planos de seguro das províncias, promover a regulação do sistema e prover serviços de saúde para os aborígenes cadastrados, as forças militares e outros grupos específicos. Responde pela identificação e avaliação de riscos ambientais para a saúde, a partir da qualidade e segurança dos alimentos, cosméticos, pesticidas, água potável, qualidade do ar, segurança e eficácia de remédios e artefatos médicos. Concentra ainda a responsabilidade pelo monitoramento da incidência de enfermidades e pela avaliação de riscos, fornecendo serviços de controle das doenças, através da vigilância epidemiológica e do controle laboratorial de certas doenças.

Cabe aos governos das províncias e as autoridades dos territórios promoverem o cuidado de saúde e legislar seus próprios seguros, sendo responsáveis pelo planejamento e pela negociação dos valores dos procedimentos médicos.

A maioria das províncias e territórios também proporciona diversos serviços e benefícios de saúde adicionais que garantem a autonomia individual de idosos, doentes mentais ou outros cidadãos portadores de incapacidades limitadoras da vida cotidiana, que podem beneficiar-se de serviços de apoio doméstico, saúde pública e/ou mental.

O sistema de financiamento do *Medicare* está baseado na arrecadação tributária, podendo ser suplementado por outras fontes: imposto sobre vendas, impostos sobre folha de pagamento (pagos pelos empregadores), ou prêmios pagos por indivíduos. Deve assegurar acesso a todos os serviços médicos e hospitalares necessários a população canadense, independente de seu nível de renda ou de sua capacidade de pagar.

Publicamente financiado e prestado de forma privada, o sistema está orientado a partir da atenção básica, que é composta por médicos de família, ginecologistas e clínicos gerais. Estes últimos representam 63% de todos os médicos do Canadá, que atuam como “*gatekeepers*”, controlando os encaminhamentos a especialistas e as internações hospitalares. Estes médicos detêm alto grau de autonomia profissional.

O atendimento dos usuários do sistema se dá na identificação da necessidade de assistência através dos programas de prevenção e promoção da saúde e/ou por demanda espontânea. Quando necessitam de atenção médica, dirigem-se à sua clínica ou hospital de preferência e apresentam seu cartão de seguro de saúde.

Os médicos recebem seus honorários a partir de cobrança direta à província e o valor destes serviços é pago com base em tabela negociada entre as associações médicas provinciais e os correspondentes governos.

A partir da década de 90 o Sistema de Saúde do Canadá – *Medicare* – passou a experimentar uma crise conjuntural, uma vez que a manutenção deste sistema de saúde, tido como modelo, demanda um grande aporte de recursos, o que determinou a necessidade de reformas.

Os gastos públicos com saúde correspondem a 72% dos gastos totais, enquanto os privados representam 28%, sendo que estes últimos são regulados pelo Estado e só podem ser exercidos em caráter suplementar, ou seja, não é permitida concorrência com a assistência proporcionada pelos governos federal e provincial.

Em 1971 o gasto com saúde no Canadá era de 7% do Produto Interno Bruto - PIB e em 1993 era de 10,1%. Neste período houve aumento das despesas realizadas pelo setor privado e diminuição dos gastos públicos.

Ficou evidenciada a necessidade de reforma estrutural do Sistema, visto que o “*Health Canada*” não considerou o montante de recursos gastos com saúde insuficiente, nem tampouco o crescimento populacional o único responsável pelo aumento das despesas.

As estratégias utilizadas para as reformas podem ser divididas em 5 grandes blocos: financiamento, prestação de serviços, eficiência dos sistemas, orientação dos sistemas e processos políticos.

As principais medidas adotadas serão sucintamente descritas abaixo:

A - Prestação de Serviços:

- Ampliação de atendimentos comunitários, tipo médico de família entre outros;
- Incremento da assistência domiciliar;
- Aumento da prestação de serviços ambulatoriais;
- Organização do acesso de entrada aos serviços de assistência prolongada, sendo estabelecidos critérios mais rígidos;
- Incentivo a instalação de clínicas médicas auto-suficientes em detrimento dos hospitais tradicionais;
- “Desospitalização” de pacientes internados por patologias psiquiátricas e neurológicas;
- Cuidado de saúde à população aborígine cadastrada foi transferido para as províncias;
- Melhoria nos mecanismos regulatórios e de planejamento evitando duplicidade de serviços na mesma região;
- Financiamento de pesquisas para inovações na gestão da assistência de saúde;

- Regulamentação do exercício de profissões ligadas à saúde.

B - Processos Políticos:

Revisões sistemáticas dos sistemas de saúde em todas as províncias, visando o estabelecimento de pactos de enfrentamento para:

- Envelhecimento da população;
- Incorporação de novas tecnologias;
- Qualidade dos serviços;
- Planejamento de recursos humanos;
- Melhor administração dos recursos financeiros;
- Prevenção de enfermidades e promoção de saúde.

C - Orientação dos Sistemas:

- Promoção à Saúde como o maior objetivo de transformação do Sistema;
- Medidas mais efetivas de controle e participação social.

D - Eficiência dos Sistemas:

- Investimento maciço em sistemas de informação, proporcionando um planejamento mais eficiente;
- Negociação do faturamento de pacientes de outras províncias (reembolso) mais eficiente;
- Faturamento eletrônico feito pelos próprios médicos.

E - Financiamento:

- Eliminação de faturamentos adicionais e cobrança a usuários (ocorridas no início da década de 80);
- Uso de orçamentos globais para dar maior flexibilidade às despesas hospitalares e aumento da capacidade de planejamento, propiciando controle mais rígido nos gastos e obediência aos limites financeiros previstos;
- Controle sobre os honorários médicos;
- Redução do escopo dos serviços assegurados, para alguns casos específicos;
- Redução do financiamento pelo Governo Federal, aumentando as despesas das províncias, que deverá chegar à cerca de 50%.

1.2 – Sistema Nacional de Saúde da Colômbia

“A Lei colombiana tornou generalizado o termo seguro como princípio organizador do sistema de saúde e toda a população deveria ter sido incluída no sistema de seguridade social antes do ano 2001. Assim a visão tradicional da atenção à saúde como um problema de assistência pública foi deixada de lado. Para atingir a equidade a Lei reforçou a natureza pública do financiamento à saúde, suspendeu as barreiras para a troca de uma instituição por outra e assegurou a inclusão gradativa dos grupos de população mais pobre em benefícios e planos de seguridade social. Assim reforçou o financiamento público através de contribuições obrigatórias de famílias de trabalhadores melhor posicionados economicamente e através da assistência governamental às famílias mais pobres. Permitiu e favoreceu a competição na oferta de vários serviços por provedores independentes e, mais importante, na provisão abrangente por agências que não o Instituto de Seguridade Social. Em consonância com isso reforçou o princípio de liberdade das famílias de escolher entre várias instituições de serviços abrangentes.” (Londoño, 2001)

A Colômbia é um país de regime republicano sem caráter federativo, com 43,5 milhões de habitantes (2002)⁷, sendo que cerca de 70% desta população vive em área urbana.

Possui inúmeras reservas indígenas e 60% da sua população vive abaixo da linha de pobreza (2000).

No início dos anos 90, o sistema nacional de saúde se configurava como um monopólio estatal, cabendo ao Ministério da Saúde garantir o acesso da população de baixa renda aos serviços de saúde públicos subsidiados, enquanto a massa de trabalhadores do setor formal, dependente do seguro social, utilizava os serviços prestados pelo Instituto de Seguridade Social (ISS)⁸. As classes de maior renda utilizavam o subsistema de beneficiários de planos de saúde privados.

O SNS da Colômbia era considerado bastante ineficiente devido (a) à baixa cobertura da população mais pobre e de áreas rurais; (b) a sua forma financiamento e, (c) a ausência de mecanismos de gestão que impossibilitassem as fraudes. Neste período, o sistema apresentava uma das menores coberturas de assistência à saúde da América Latina⁹, prestada através do seguro social.

⁷ Dados do *International Financial Statistics* do Fundo Monetário Internacional

⁸ O direito a utilização do seguro social estava restrito aos empregados do setor formal da economia, o que significa que seus dependentes estavam excluídos. Também não tinham direitos ao uso do seguro social os empregados do setor informal

⁹ Londoño (2001)

Em 1990, foi publicada a Lei Colombiana N.º 10, que definiu as bases jurídicas para a descentralização da saúde, estabelecendo competências diferenciadas para o cuidado de saúde, por nível de governo. A atenção primária ficou a cargo dos municípios enquanto às províncias coube a atenção secundária e terciária. A lei determinou que as instâncias de governo, para obterem este grau de autonomia, fossem submetidas a um processo de certificação no qual deveriam cumprir alguns requisitos básicos para sua qualificação.

Após o processo eleitoral de 1990, onde se elegeu o presidente César Gaviria¹⁰, do Partido Liberal, foram iniciados os trabalhos da Assembléia Constituinte. A ANC promulgou a nova Constituição Colombiana em 1991, o que representou um fortalecimento do Estado por expressar *“um pacto em torno da democracia participativa, substituindo a constituição centralista de 1986”* (Agudelo, 2003 in Bahia, L)

Se por um lado, o governo federal da Colômbia necessitava legitimar-se, principalmente para dirimir os fortes conflitos sociais do país, decorrentes em grande parte, da baixa produtividade da economia, por outro, encontrava-se como os demais países da América Latina, submetido ao novo modelo de desenvolvimento econômico ditado pela hegemonia mundial da política neoliberal.

A implementação destas políticas desencadeou, principalmente nos países periféricos, uma série de reformas voltadas para desonerar os Estados de grande parte de suas atribuições, prioritariamente na área social. A América Latina foi alvo de diversas medidas restritivas¹¹ que caracterizavam o processo de “ajustamento econômico” ditado pelos organismos financeiros internacionais.

“As contradições entre uma nova ordem constitucional, baseada em pressupostos de fortalecimento do Estado e um modelo de desenvolvimento econômico voltado à expansão de mercados internacionalizados são consideradas, por estudiosos do tema, como expressões das interações e conflitos entre elementos políticos e econômicos.” (Bahia, L 2003)

¹⁰ 1990 à 1994

¹¹ Apoiadas no chamado “tripé reformista básico”: desregulação, abertura comercial e privatização. Todas estas políticas foram acordadas entre os países centrais, no conhecido Consenso de Washington, e fazem parte das recomendações dos organismos financiadores internacionais, como o BIRD, FMI

Neste contexto foi publicada, em dezembro de 1993, a Lei Colombiana N.º 100 que “regulamentou os dispositivos constitucionais em torno de um sistema integrado de seguridade social, envolvendo parcerias entre instituições públicas e privadas de acordo com funções preestabelecidas” (Nishijima e Ribeiro, 2003). Esta Lei viabilizou as reformas dos sistemas de assistência médica e de pensão pública, que tiveram como principal objetivo melhorar a eficiência econômica da seguridade social.

O sistema integrado de seguridade social possui três componentes com funções distintas, a saber: (a) Sistema Geral de Aposentadoria e Pensões (SGAP); (b) Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS); e (c) Sistema de Riscos Profissionais (SRP)

As reformas no sistema de saúde deram origem ao SGSSS visando “promover o acesso, para a totalidade da população, a um sistema eficiente e com relação custo benefício favorável” (Fleury. S; 2001).

Os princípios do SGSSS previstos pela reforma são:

- Cobertura universal – deve estar garantida a cobertura da atenção básica de saúde de expansão progressiva e prestada por meio de um sistema de seguridade social para todos os colombianos;
- Solidariedade – para permitir que todo indivíduo, independente de seu poder aquisitivo, tenha acesso aos serviços básicos de saúde, haverá contribuições diferenciadas dentro da população, de forma que a faixa populacional com maior renda contribua para garantir o acesso aos serviços de saúde da população de baixa renda e pobre;
- Eficiência e qualidade – para obter a melhoria do estado de saúde da população colombiana, foram priorizados os recursos destinados à atenção primária por meio, principalmente, da redução do desperdício na prestação de serviços.

Foram adotadas algumas medidas, consideradas estratégicas, para a implantação da reforma colombiana.

Inicialmente foram discriminadas quatro importantes funções ligadas à gestão do sistema de saúde, que devem ser realizadas por organizações específicas: moderação, financiamento, seguro e provisão. A moderação e o financiamento são considerados funções de responsabilidade pública enquanto a articulação

e prestação de serviços configuram-se como funções do mercado. Assim, o Ministério da Saúde é responsável pelo desenho e regulação do sistema; o seguro social pelo financiamento; as companhias de seguros são responsáveis pela afiliação e acesso a um conjunto de provedores, e, a prestação de serviços é realizada de modo competitivo por instituições públicas e privadas. O desenho institucional de responsabilidades e competências e a definição da relação entre os níveis de gestão das políticas é altamente hierarquizado, mantendo a orientação de descentralização. Cabe ao governo nacional as funções de planejamento e regulação do sistema. Os departamentos viabilizam a prestação de serviços, controlam a afiliação dos beneficiários e as políticas de saúde pública executadas por parte dos municípios.

Outra das estratégias utilizadas foi à substituição do subsídio pela oferta pelo subsídio pela demanda. O fluxo financeiro passa a seguir a livre escolha do consumidor do seguro e do prestador. Para estes casos, o seguro deverá fornecer a relação de locais de atendimento.

Grosso modo, a reforma pode ser caracterizada como uma mudança de um sistema nacional de saúde para um sistema geral de seguro social, conformando um setor plural com uma complexa relação público-privada. O governo transforma-se em um “comprador” de serviços de saúde disponíveis no mercado. A provisão de bens de saúde deixa de ser prestada pelo Estado, sendo implantado um “*managed competition*” (gerenciamento competitivo), caracterizado pela livre escolha, autonomia organizacional, descentralização administrativa, qualidade e elaboração de pactos sociais.

As reformas determinaram ainda a criação de Companhias de Gerenciamento de Fundos de Pensão, adotando um modelo competitivo entre instituições públicas e privadas de fundos de pensão.

A estruturação dada pela reforma ao Sistema de Saúde foi denominada “pluralismo estruturado”¹². O objetivo desta denominação foi diferenciar as modificações ocorridas na seguridade social da Colômbia de outros modelos segmentados, vigentes em outros países, considerados restritivos em termos de direitos sociais. No entanto, o sistema de saúde da Colômbia não

¹² De acordo com Londoño e Frenk (1997)

representa um pluralismo típico¹³ pela baixa diversidade do mercado e pela ausência de organizações sindicais representativas, o que pode acarretar baixa competitividade.

O SGSSS é gerenciado pelo Conselho Nacional de Seguro Social de Saúde (CNSSS) e custeado por meio de um seguro obrigatório que deve assegurar as metas de universalização definidas nos pactos sociais. É livre a escolha dos prestadores pelos usuários, como citado anteriormente, o que promove uma competição entre os prestadores pelos orçamentos disponíveis.

O SGSSS é constituído por dois regimes, contributivo (RC) e subsidiado (RS), que representam pacotes de serviços básicos, definidos segundo critérios de custo-efetividade e que devem ser cobertos pelos planos de saúde. A inscrição dos indivíduos em um ou outro regime depende do seu nível de renda.

- Regime Contributivo – seus beneficiários são os empregados do mercado formal e seus dependentes, trabalhadores autônomos com capacidade de pagamento e trabalhadores do mercado informal, a partir da contribuição total sobre a renda. É constituído, principalmente, a partir da contribuição de empregados e seus empregadores. O valor total de contribuição corresponde a 12%¹⁴ sobre as folhas de pagamento, sendo que 8% cabem ao empregador e 4% ao empregado. A prestação de serviços é realizada por Empresas Promotoras de Saúde (EPS), que recebem do governo pagamento por capitação ajustado pelo risco de idade e sexo baseado no número de segurados e dependentes elegíveis.
- Regime Subsidiado (RS) – seus beneficiários representam à população de baixa renda, que é identificada pelas prefeituras a partir da aplicação de testes de situação sócio-econômica. A seleção e classificação de beneficiários são feitas a partir do Sistema de Informação de Beneficiários (SISBEN), em quatro níveis, sendo que o nível 4 não é considerado elegível. Os níveis 1, 2 e 3 têm seus tratamentos subsidiados pelo governo em 95%, 90% e 75%, respectivamente,

¹³ Representado por mercados altamente diversificados e desenvolvidos, como ocorre nos Estados Unidos, por exemplo

¹⁴ Os profissionais autônomos afiliados contribuem com 12%.

cabendo a complementação do custeio aos beneficiários (5%, 10% e 25%). A prestação de serviços é realizada pelas Empresas Solidárias em Saúde (ESS), predominantemente¹⁵. Este regime prevê a provisão de um pacote limitado de bens de saúde, que custa aproximadamente 50% do Plano Obrigatório de Saúde – POS subsidiado, mas se supõe que gradativamente devam ser igualados os pacotes dos 2 regimes.

- Existe uma outra parcela da população não prevista pelo SGSSS, constituída por “indivíduos vinculados”, ou seja, indivíduos que se encontram em situações ditas transitórias: Este grupo está constituído pelos pobres ainda não afiliados ao RS e pelos indivíduos que não atendem aos critérios de pobreza definidos mas que também não dispõem de recursos para contribuir para o RC. Esta parcela da população somente é atendida nos hospitais públicos ou em Empresas Sociais do Estado¹⁶.

Os recursos financeiros provenientes das arrecadações do SNSSS são recolhidos no Fundo Nacional de Solidariedade e Garantia - FOSYGA, que os gerencia por meio de 4 contas distintas, para destinação dos gastos:

- a) Compensação interna do sistema de contribuição – a FOSYGA realiza compensação entre as contribuições para assegurar similaridade dos per capita para cada indivíduo inscrito, diferenciado por risco (gênero, idade etc).
- (b) Solidariedade (fundo do sistema subsidiado de saúde) - o financiamento do RS é estatal, proveniente de 8,33% da arrecadação do RC e de outras receitas do governo.
- (c) Promoção e prevenção de saúde – financiados por recursos fiscais e impostos que são repassados aos governos locais, responsáveis pelas ações de saúde pública;
- (d) Eventos catastróficos e acidentes de trânsito (ECAT) - financiados por meio da arrecadação de prêmios do seguro obrigatório para acidentes de trânsito. Desta forma, é retirado das EPS o impacto do alto custo

¹⁵ As EPS, embora em menor escala, também prestam serviços ao RS recebendo o equivalente a 50% da taxa de contribuição do sistema. Em tese, todos os afiliados do RC e RS podem escolher de qual EPS querem consumir, escolhendo aquela que oferecer o melhor pacote.

¹⁶ São efetuados pagamentos a estes estabelecimentos por meio de dotação direta de recursos públicos.

derivado da assistência a vítimas de acidentes de trânsito, de situações de calamidade pública e de atentados terroristas.

As EPS arrecadam as contribuições dos afiliados do RC recolhendo-as para o FOSYGA, que as reembolsam em Unidade de Pagamento por Capitação - UPC, de acordo com critérios específicos. Estas empresas são responsáveis pela venda de seguros para instituições e pela contratação de provedores de serviços de saúde. O funcionamento das EPS representa um aspecto diferencial do sistema colombiano no que se refere à gestão da atenção a saúde e à dinâmica de mercados regulados (financiamento, cobertura, controle de custos, regulação e mercados).

Os benefícios do SGSSS encontram-se, basicamente, estruturados em 4 tipos de “pacotes”:

- Plano de Atenção Básica (PAB) - não contempla ações de reabilitação;
- POS - representa um pacote de serviços de saúde destinados a cada indivíduo. O valor deste pacote é expresso na UPC e é regulado pelo próprio sistema;
- Plano Obrigatório de Saúde Subsidiado (POSS) e
- Plano de ECAT - não contempla ações de promoção e de prevenção.

Além desses observam-se dois outros pacotes: os Planos Adicionais de Saúde (PAS), que não contemplam ações de promoção e de prevenção e os de Acidentes de Trânsito e Enfermidades Profissionais (ATEP).

Os beneficiários no SGSSS estão sujeitos a três modalidades de financiamento:

- pagamento direto,
- co-pagamento, relacionado ao RC atendendo as regras resultantes dos acordos com as EPS e Instituições Prestadoras de Serviços (IPS); incide sobre o salário do contribuinte com base em alíquotas máximas de 5% e 10% do valor dos serviços;
- fator moderador, também relacionado ao RC que afeta aos titulares e seus dependentes.

Dentre as reformas recentes nos sistemas de saúde da América Latina, o processo de reforma da Colômbia, por suas características de universalização da cobertura da atenção básica por um lado e de desoneração do Estado por outro se configura como um sistema inovador e o acompanhamento de seus resultados torna-se fundamental para a avaliação de seu potencial e para validação ou não desta experiência.

A reforma do sistema de saúde de 1994, quando comparada ao regime anterior, determinou alterações da titularidade quanto aos benefícios e do acesso de beneficiários aos serviços de saúde. Os dados do Ministério da Saúde, referentes a 1992, mostram que a população de titulares da seguridade social correspondia a 18% da população e os beneficiários de serviços privados de saúde representavam 17%. Os 65% restante da população encontrava restrições de acesso ou estava completamente desprotegida. Estima-se que 40% da população dependia da assistência médica pública, constituída por serviços básicos e emergenciais e 25% da população estava sem cobertura. (MS, 1994).

Segundo o CNSSS responsável pela provisão de serviços de saúde, a maior expansão ocorrida no SNSSS, no âmbito do RC deu-se em 1996, quando o regime chegou a contar com 60 EPS. No entanto, devido à baixa sustentabilidade destas associações, no ano de 2001, o setor se restringiu a 42 EPS, assim distribuídas: 8 EPS públicas; 18 EPS privadas, 1 EPS mista e 15 EPS adaptadas.

No RS, o número de entidades é bem maior, chegando, em 2000, a um total de 239, do qual 176 entidades se organizavam sob a forma de ESS. Neste regime atuam apenas 16 EPS.

Os prestadores de serviços de saúde encontram-se distribuídos em estabelecimentos de natureza pública e privada. O setor privado conta com 27.602 unidades ambulatoriais e 340 hospitais. Já o setor público estava constituído por 5.427 unidades ambulatoriais e 507 hospitais.

A reforma de saúde determinou uma profunda modificação no setor hospitalar público: 66% transformaram-se em Empresas Sociais do Estado (ESE), adotando o modelo de propriedade pública não-estatal. Na verdade, estas

empresas sociais são as IPS públicas. Estes hospitais prestam serviços para segurados de ambos os regimes, isto é, tanto para o RC quanto para o RS, a partir de contratos firmados com as EPS. A remuneração recebida pelos serviços providos é destinada posteriormente a Secretaria de Saúde para atendimento dos cidadãos não segurados

Segundo Macpake e cols. (2003), ainda não foram encontradas evidências referentes a uma melhora significativa de eficiência econômica, um dos pressupostos da reforma colombiana. Os autores observaram uma tendência de diminuição do número de profissionais que atuam na área, porém, como a satisfação dos beneficiários se manteve, concluíram que houve ampliação da produtividade dos serviços. Verificaram também uma maior disponibilidade de especialidades e métodos diagnósticos e terapêuticos. A partir de entrevistas com profissionais de hospitais obtiveram dados qualitativos, que sugerem duas mudanças mais significativas: nas respostas mais rápidas aos pacientes por parte dos hospitais e no grande aumento do custo de administração dos mesmos.

O aumento de produtividade dos serviços determinou uma redução do número de postos formais de trabalho cujo resultado teve efeitos contraditórios do ponto de vista social: a melhora da eficiência econômica por um lado e por outro, o deslocamento de trabalhadores do setor formal para o setor informal da economia, o que trouxe maiores problemas para o sistema de seguridade social do país que já apresentava inúmeras questões decorrentes do tamanho do setor informal da economia, que automaticamente deixa metade da população à margem do sistema de saúde.

Plaza e cols (2001) realizaram um estudo mais geral sobre os resultados obtidos com a reforma do sistema de saúde colombiano. Segundo este estudo, a reforma obteve grandes progressos nos primeiros anos, incluindo no sistema de saúde cerca de 7 milhões de colombianos, o que representou a metade da meta prevista para o período. No entanto, foram observados problemas devido à ausência de infra-estrutura gerencial e de fluxos de informação necessários para o funcionamento adequado do sistema de gerenciamento competitivo, acarretando desperdício de recursos e o não acesso efetivo à assistência médica, apesar da cobertura dos seguros de saúde. A conclusão do estudo

aponta para uma necessidade de capacitar administradores de saúde e ampliar o grau de informações para o mercado.

Em resumo, as análises acerca da melhoria da qualidade do sistema de saúde, revelam que não foi verificado aumento significativo de cobertura, principalmente no que se refere à ampliação de acesso da população de baixa renda aos serviços de saúde, que em grande parte encontra-se fora do consumo de tais bens de saúde. A situação observada, para o ano de 2000 (MS/OPS, 2001) revelou que 47% da população não estava associada a nenhum dos regimes criados pela reforma. O RC estava constituído por 30% da população enquanto o RS beneficiava 23% dos cidadãos colombianos. A despeito da reforma, portanto, uma expressiva parcela da população, categorizada nas situações “transitórias”, permanece excluída do SNSSS, muito embora tenha sido na faixa populacional de baixa renda que se verificou a maior expansão de cobertura, já que a cobertura do RS passou de 15% para 23% no período de 1996 e 2000.

1.3 - Sistema Nacional de Saúde da Espanha

A Espanha é um país unitário cujo regime político é a monarquia constitucional. Possui 39,6 milhões de habitantes distribuídos em regiões nacionais onde estão localizadas 17 Comunidades Autônomas (CCAA). As comunidades de *Andalucía*, *Cataluña*, *Madrid* e *Valenciana* são as mais representativas e, concentram 56% da população espanhola

Tabela 1 - População Espanhola por Comunidade Autônoma, 1999.

Comunidades Autônomas	População	%
Andalucía	7.188.223	18,26
Cataluña	6.058.661	15,39
C. Valenciana	3.931.211	10,00
Madrid	5.027.886	12,77
Outras	18261841	43,58
Total	39.371.147	100,00

Fonte: *Ministerio da Sanidad y Consumo*, 1999.

A Espanha viveu um longo período ditatorial, sendo que parte deste período coincidiu com o fortalecimento das democracias ocidentais ocorrido após a 2ª Grande Guerra Mundial.

Ainda no governo ditatorial “franquista”, iniciou-se a expansão do sistema de proteção da Espanha, cuja idéia central era a de desenvolvimento econômico. O governo organizou-se para alcançar alguns dos parâmetros sociais utilizados por outros países da comunidade europeia. No setor saúde houve crescimento do número de hospitais públicos, o que determinou a ampliação de cobertura da assistência médica. Esta foi a primeira iniciativa rumo a universalização da saúde, a despeito da forte centralização do poder decisório e dos investimentos, que determinaram o enfraquecimento das instâncias regionais e locais de saúde.

Com a queda do ditador Franco estabeleceu-se a transição democrática espanhola, considerada um exemplo de transformação política pacífica, embora tenha se dado de maneira radical e acelerada. O governo espanhol, grandemente estimulado pela comunidade econômica europeia absorveu, neste período, alguns modelos das políticas sociais vigentes enquanto desenvolvia sua estruturação social, considerada imprescindível não só para a transição democrática, como também para a integração da Espanha a União Europeia, ocorrida posteriormente.

A *Constitución de la Segunda República*, vigente até 1936, definiu o início da descentralização do Estado. No entanto, somente após a morte de Franco foi possível o estabelecimento das bases para superação das tensões geradas pelo centralismo decisório do período ditatorial, o que foi determinado a partir da Constituição de 1978. Esta Constituição representa o marco histórico de reconhecimento dos direitos fundamentais de cidadania da Espanha, assegurando a universalização do direito aos serviços de proteção social. Define ainda, o *status* político-administrativo das regiões nacionais, onde estão instauradas as Comunidades Autônomas que conformam o Estado espanhol, embora não tenha sido definido tratar-se de um estado federativo. “*Na verdade, não traz nenhuma definição sobre o Estado (...) mas é geralmente aceito, dado o amplo escopo de sua descentralização, que a Espanha é, na prática, uma federação*” (Almendral,2001).

A Constituição de 1978 surgiu num momento de acirramento de tensões políticas em prol do aumento da autonomia das CCAA. As principais divergências entre o governo central e as regiões relacionavam-se a

organização do sistema nacional de saúde, principalmente quanto ao seu modelo.

O texto constitucional possibilitou a descentralização do sistema de saúde, devolvendo nas CCAA a administração dos serviços até então centralizados por meio de um “sistema de autonomia opcional”, cabendo a elas assumir ou não o exercício dos poderes regulatórios.

A despeito da promulgação da Constituição, somente em 1986 surge a “*Ley General de la Sanidad*”, que instaura o Sistema de Saúde Espanhol, resultante da integração dos diversos subsistemas sanitários públicos das Comunidades Autônomas, sob a coordenação do Ministério da Saúde e Consumo. É criado também um órgão permanente, o Conselho Inter-territorial, responsável pela formulação do Plano Nacional e dos Planos Autonômicos de Saúde, nos quais são identificadas as necessidades e prioridades de enfrentamento dos problemas de saúde.

O Sistema Nacional de Saúde Espanhol está fundado no princípio da universalidade do direito à saúde e o Estado é o responsável pela garantia plena desse direito.

Os princípios do Sistema Nacional de Saúde são:

- Universalização da atenção - têm direito à proteção e assistência de saúde todos os cidadãos espanhóis e os residentes estrangeiros legalizados, independente de sua situação sócio econômica ou de sua contribuição para a seguridade social;
- Acessibilidade e desconcentração – o Estado deve garantir a equidade no acesso, disponibilizando uma rede serviços de saúde próxima da população. Para tanto deve promover a regionalização sanitária e fomentar a desconcentração dos aglomerados urbanos;
- Descentralização financeira e da gestão para as CCAA;
- Atenção integral à saúde com foco na atenção primária - compreendendo promoção, prevenção, assistência e reabilitação¹⁷.

¹⁷ Em 1984, com o “*Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud*”, foi dado início à estruturação da atenção primária, incrementada posteriormente na LGS.

- Financiamento do Sistema - através de recursos do Estado, das Comunidades Autônomas, das corporações locais e da Seguridade Social;
- Participação social – deve haver a participação da população nos vários níveis, por meio dos Conselhos de Saúde de Área, de Saúde da Comunidade Autônoma e do Comitê Consultivo vinculado ao Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde.

O Sistema Nacional de Saúde é integrado pelos serviços de saúde de cada Comunidade Autônoma, tendo como órgão de coordenação um Conselho Interterritorial, formado por representantes das Comunidades Autônomas e do Governo;

O SNS encontra-se estruturado em três níveis: central, autonômico e áreas e zonas básicas de saúde:

- Nível Central

O Ministério da Saúde e Consumo é responsável pela formulação das políticas e pelo planejamento de saúde, cabendo constitucionalmente ao órgão da administração do Estado a coordenação das ações em saúde.

- Nível Autonômico

As Comunidades Autônomas são responsáveis pela organização territorial de saúde e devem constituir redes de serviços que garantam a atenção integral à saúde.

- Áreas e Zonas Básicas de Saúde

Representam o 3º nível de organização do SNS, conforme definição da *Ley de Sanidad*. São responsáveis pelos programas sanitários e pela gestão e provisão dos serviços de saúde da atenção básica e de especialidade, segundo nível de complexidade e dentro de determinadas áreas de abrangência. A delimitação das áreas e zonas de saúde é dada a partir de diversos fatores tais como geográficos, demográficos, sócio-econômicos, epidemiológicos, culturais, capacidade instalada e vias de acesso. O principal fator da delimitação, no entanto, é o populacional. São classificadas como Zonas Básicas às organizações territoriais que congregam de 5 a 25 mil habitantes e áreas de saúde as organizações constituídas por 200 a 250 mil habitantes. Na configuração deste nível

organizativo do sistema não foram priorizados os limites políticos, administrativos e territoriais dos municípios.

No que se refere a prestação de serviços, o Sistema Nacional de Saúde deve oferecer:

- (a) Assistência Médica em clínica geral, especializada e emergência, por meio de serviços ambulatoriais, hospitalares e tratamento domiciliar;
- (b) Assistência Farmacêutica, restrita as prescrições realizadas por médicos do Sistema, com gratuidade para pensionistas e seus beneficiários, portadores de deficiência, acidentados do trabalho, pacientes internados no sistema e soropositivos. O restante da população arca com 40% do custo da medicação, constituindo um sistema de co-pagamento, exceção feita a pacientes portadores de doenças crônicas, que possuem um teto de pagamento de até 50 *pesetas*, descontado diretamente nas farmácias;
- (c) Promoção e Prevenção da Saúde, realizada pelos Centros de Saúde. Inclui também saúde mental, saúde bucal e fisioterapia;
- (d) Formação de Recursos Humanos por meio de professores próprios e,
- (e) Outros serviços que devem ser reembolsados como (1) despesas com próteses cirúrgicas; (2) equipamentos para portadores de deficiência; (3) utilização de ambulâncias para renais crônicos, moradores do interior do país e para urgências e (4) medicamentos não comercializados na Espanha, desde que prescritos por médicos do próprio sistema e adquiridos na rede de saúde das CCAA.

As fontes de financiamento do SNS da Espanha são os impostos gerais, responsáveis por mais de 80% dos recursos, e as contribuições sociais. O sistema prevê a participação, em caráter complementar, de serviços privados contratados, principalmente para a atenção de alta complexidade. Como vimos anteriormente, existe um sistema de co-pagamento para parte da assistência farmacêutica e para os procedimentos odontológicos de maior complexidade. Os funcionários públicos podem optar entre os serviços do SNS e dos prestadores privados. Estima-se que 17% da população espanhola seja beneficiária de seguro de saúde privado, tanto individuais e familiares quanto de empresas.

O gasto público em saúde está em torno de 77% do gasto total, encontrando-se dentro da média dos países da União Européia.

O SNS da Espanha configura-se como uma das organizações políticas mais adaptadas ao desenho de descentralização previsto pela Constituição de 1978. Segundo Tornero (1999), tais fatos derivam do arcabouço normativo do SNS que o define, como um conjunto integrado de serviços regionais de saúde¹⁸, em que se incorpora o Estado para desempenhar a coordenação geral da política sanitária, a partir de mecanismos e competências estabelecidos na própria Lei. O autor ressalta que, a despeito dos problemas enfrentados para a consolidação das políticas públicas em um “arranjo federativo” recente, cerca de 60% da população do país, está localizada em CCAA que assumiram suas competências autonômicas em saúde.

Apesar da percepção quanto ao avanço da política descentralizada do SNS, principalmente ao longo da década de 80 e início dos anos 90 e da crença quanto a seu efeito disseminador para outros setores da gestão pública, esse autor não deixa de apontar as dificuldades existentes neste complexo arranjo federativo estabelecido pela Constituição Espanhola de 1978.

Neste capítulo, não tivemos a pretensão de realizar análises mais aprofundadas acerca dos sistemas nacionais de saúde, o que já foi anteriormente realizado por diversos autores em diferentes enfoques. Ao fazermos este breve percurso pelos Sistemas Nacionais de Saúde do Canadá, Colômbia e Espanha pretendemos apreender, tão somente, a existência ou não de singularidades no sistema de saúde brasileiro – o SUS, no que tange ao direito à saúde constitucionalmente adquirido e perceber as estratégias adotadas por àqueles Estados para a garantia do direito à saúde, na medida em que estes são conceitos chave deste estudo.

Procurou-se sintetizar, na tabela abaixo, os aspectos que mais se destacam nos SNS selecionados e, em que pese à aproximação de seus princípios doutrinários, lhes confere características bastante distintas.

¹⁸ Cada Comunidade Autônoma possui sua própria rede de serviços de saúde

Tabela 2 – Sistemas Nacionais de Saúde – Aspectos relevantes

SNS	Saúde	Universalidade	Financiamento
Canadá	Deve proteger, promover e restabelecer o bem estar físico e mental da população, orientado a partir da atenção básica, por meio de “ <i>gatekeepers</i> ”, que controlam os encaminhamentos a especialistas e as internações hospitalares	Todos os residentes das províncias, canadenses ou estrangeiros, a partir de três meses de moradia.	Está baseado na arrecadação tributária, podendo ser suplementado por outras fontes como impostos sobre vendas, e sobre folha de pagamento (pagos pelos empregadores) ou prêmios pagos por indivíduos
Colômbia	Deve prestar atenção básica de saúde com expansão progressiva	Todos os cidadãos colombianos	A partir de contribuições diferenciadas dentro da população, devendo a faixa populacional com maior renda contribuir para garantir o acesso da população de baixa renda e pobre; deve ser feita complementação do custeio pelos beneficiários de baixa renda (5%, 10% e 25%) e outras receitas do governo
Espanha	Deve prestar atenção integral à saúde com foco na atenção primária, compreendendo promoção, prevenção, assistência e reabilitação	Todos os cidadãos espanhóis e estrangeiros residentes legalizados	Recursos do Estado, das Comunidades Autônomas, das corporações locais e da Seguridade Social; existe a determinação de co-pagamento para assistência farmacêutica e odontológica

Foi visto que a saúde constitui-se como direito constitucional nos 3 países, embora haja uma grande variação no que diz respeito (a) ao conceito de universalidade; (b) a configuração do sistema de saúde; (c) as formas de financiamento; (d) as possibilidades de composição entre os setores público e privado; (e) aos mecanismos construídos para garantir o direito à saúde, sobretudo quanto as bases em que foram constitucionalmente definidos.

O Sistema de Saúde da Colômbia foi classificado em primeiro lugar, como o mais eqüitativo, dentre os 21 países da América Latina analisados, no Relatório da Organização Mundial de Saúde do ano 2000. No entanto, as avaliações acerca do SNSSS demonstram algumas situações passíveis de questionamento quanto ao sucesso da reforma colombiana, principalmente no que se refere ao acesso da população ao SNSSS.

O direito à saúde, constitucionalmente garantido, refere-se exclusivamente à atenção básica.

No Canadá inexistente um sistema único, pela própria conformação do Estado, porém chama a atenção a forte presença dos governos na regulação do sistema, que se inicia desde a formação/especialização dos profissionais de saúde. A regulação estatal se apresenta de grande importância na organização do acesso aos serviços de saúde, realizada por meio de “gatekeepers” que constituem a porta de entrada do sistema. Este modelo de regulação está constitucionalmente definido para as 13 províncias do Canadá.

No Sistema de Saúde da Espanha, estão bastante claros, no texto constitucional (a) a forma de participação do Estado; (b) os procedimentos e serviços prestados pelo sistema; (c) os procedimentos que não são integralmente gratuitos, bem como os mecanismos a serem utilizados para co-pagamento dos mesmos.

A identificação destes modelos com similitude de pressupostos e princípios organizativos com o SUS; a análise das Constituições Federais e dos direitos à saúde por elas assegurados e a observação das formas de estruturação dos sistemas de saúde e dos modelos de financiamento adotados tornaram-se primordiais para o desenvolvimento do presente estudo, configurando-se como peças fundamentais para a elucidação das dificuldades que se apresentam no cotidiano da gestão do SUS.

Capítulo 2 - O Sistema Único de Saúde - SUS

“A Saúde é direito de todos e dever do Estado”, diz a Constituição Cidadã de 1988, definindo a saúde como um direito social fundamental, de caráter universal, a ser garantido pelo Estado por meio do Sistema Único de Saúde – o SUS.

Observe-se que a criação do SUS se deu já num momento de forte retração dos Estados de Bem Estar Social nos países centrais e, a despeito dos avanços ocorridos desde sua implantação, o sistema convive com a mesma sorte de problemas verificados em outros sistemas nacionais de saúde, acrescidos de outros tantos relativos a seus princípios doutrinários, ao acesso a rede de serviços e a sua organização e financiamento¹⁹.

Observa-se que a organização do SUS pressupõe uma intensa articulação, no âmbito geral e específico do setor, das instâncias subnacionais e nacional de governo do sistema federativo brasileiro, sem o que não é possível a conformação de redes de serviço de saúde regionalizadas e hierarquizadas.

Ocorre que, devido à diversidade de modelos organizativos, capacidade instalada e modalidades de funcionamento, estas redes de saúde foram se estruturando de maneira pouco uniforme, ficando na dependência dos sistemas de saúde herdados de períodos anteriores e das estratégias adotadas por municípios e estados frente à necessidade de estruturação e integração da rede de serviços e ações de saúde em seus territórios político-administrativos.

Destacam-se neste aspecto, os fóruns de gestão colegiada que integram os gestores dos diferentes níveis de governo, representados pelas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), que se configuram como instâncias de negociação, deliberação, e operacionalização da política de saúde e de organização dos sistemas de saúde nos níveis nacional e subnacionais.

¹⁹ A despeito das bases legais da Constituição, o financiamento da saúde vem encontrando entraves que não conseguiram ser superados, apesar de iniciativas tais como a criação do dispositivo “transitório” de financiamento (CPMF) e da vinculação progressiva do aporte de recursos financeiros das três instâncias de governo, determinada pela Emenda Constitucional 29 que visa a correção do desequilíbrio no aporte e recursos destinados à saúde entre os três níveis de governo, a partir da vinculação dos recursos orçamentários disponibilizados pelas três instâncias no setor.

Para o desenvolvimento deste estudo, faz-se necessário organizar as análises acerca do Sistema de Saúde brasileiro, o SUS, segundo dois aspectos:

(a) o de garantia de acesso, onde devem ser identificados os mecanismos desenvolvidos, principalmente, pelo Executivo da Saúde para promover o acesso universal à saúde de forma integral e equânime, o que em última análise representa o direito à saúde e,

(b) o de garantia do direito, onde devem ser identificados os mecanismos pelos qual o Estado brasileiro e seus Poderes vêm atuando para garantir o direito de seus cidadãos à saúde.

2.1 - Garantia de Acesso – o direito à saúde

Pelos princípios assegurados no texto constitucional, o acesso universal deveria refletir um amplo acolhimento, pela rede de serviços de saúde que compõe o SUS, aos cidadãos que se “percebem” doentes ou que apresentem qualquer “necessidade” de saúde.

No entanto, a observação do cotidiano demonstra a existência de grande número de indivíduos cujo acesso está inviabilizado, ou por representarem situações de saúde não planejadas/programadas e, portanto, não incluídas nos parâmetros físico/orçamentários utilizados pelos órgãos gestores ou ainda por demandarem alguma tecnologia de saúde não incorporada ao SUS.

Para aprofundar o processo analítico do SUS quanto à garantia do acesso universal, são necessárias algumas reflexões acerca da CF que o consagrou.

O arcabouço jurídico do SUS é determinado pelo Capítulo da Seguridade Social da CF de 1988 e pelas LOS - Lei Regulamentar 8080/90 e Lei Complementar 8142/90.

(1) Artigo 196 da CF:

No 1º artigo da Seção II, relacionado à saúde, o texto constitucional define que o acesso universal e igualitário a cuidados de prevenção, promoção e recuperação deve ser garantido pelo Estado por meio da implementação de políticas sociais, assegurando a saúde como um direito e sugerindo um conceito de saúde ampliado, para além do simples estado de “não doença”.

A Lei 8080 deixa mais clara a amplitude deste conceito por meio do Título I – Das Disposições gerais, em seu artigo 3º:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

A saúde, assim mencionada, parece estar ancorada na conceituação da Organização Mundial da Saúde de julho de 1946, que para além de sinais e sintomas orgânicos, engloba aspectos que visam uma melhor qualidade de vida.

O Parágrafo único do artigo citado acima reforça o conceito quando o complementa:

“Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”.

Ressalte-se que não há, na legislação, nenhuma restrição à incorporação de inovações tecnológicas nem referência a instrumentos “racionadores” do direito à saúde. Por outro lado, surge a abordagem de questões relativas à garantia do direito das pessoas – enunciando o direito individual, e, da coletividade – o direito coletivo.

(2) Artigo 197 da CF:

São consideradas de “relevância pública as ações e serviços de saúde, [...] devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Ao facultar a execução dos serviços de saúde a unidades públicas ou privadas foi possível a manutenção ou mesmo a ampliação dos contratos e convênios com a rede privada do INAMPS, tal qual o período anterior à promulgação da Constituição, ficando as instâncias gestoras do SUS responsáveis pelo financiamento da rede privada conveniada, por meio da remuneração dos serviços prestados à população.

A rede de serviços de saúde do SUS resulta, portanto, da incorporação à rede do Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária de Saúde - INAMPS das redes estaduais e municipais, que se desenvolveram segundo o poder

político e econômico de cada uma destas instâncias, acarretando em uma oferta de serviços para o SUS de natureza pública e privada, cuja distribuição geográfica relaciona-se àqueles poderes e não a critérios definidos pelas necessidades de saúde.

No entanto, é possível aventar a hipótese de que a manutenção do setor privado no SUS tenha se dado visando a não redução da oferta de serviços de saúde existente, uma vez que a CF ao garantir o acesso universal ao SUS estendeu o direito aos serviços de saúde para a totalidade da população brasileira.

(2) Artigo 198 da CF:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede (...) e constituem um sistema único”, organizado de acordo com diretrizes de descentralização, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

Baseando-se nas diretrizes previstas neste artigo, o Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes da Lei 8080, o artigo 7º define que *“a integralidade de assistência é 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”*.

Mais uma vez a legislação de saúde demonstra a amplitude dos cuidados de saúde que devem ser assegurados, à totalidade dos cidadãos, pelo SUS, reforçando a garantia do direito individual à saúde, além da necessidade de garantir também a realização das ações coletivas de saúde pública.

Neste artigo está inserida a forma de financiamento do SUS²⁰, havendo referência ao artigo 195 que define como deve ser financiada a seguridade social, isto é, *“por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”* e de contribuições sociais. No entanto, não

²⁰ § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

há determinação constitucional do percentual destes recursos que deveriam ser destinados à saúde.

Lamentavelmente, o arcabouço jurídico do SUS não garantiu o montante de recursos que deveria ser disponibilizado pela União, Estados e municípios para compor o orçamento do sistema de saúde, o que tem representado um dos grandes entraves à garantia do acesso universal ao SUS.

A Emenda Constitucional 29 – EC 29 de 2000, ainda não regulamentada, vincula progressivamente o percentual de recursos a serem alocados anualmente para a saúde, pelas três instâncias de governo.

(3) Artigo 199 da CF

Além de ser reforçada a idéia de que *“a assistência à saúde é livre a iniciativa privada”*, fica definida a forma como esta participação deverá ocorrer no SUS – *“as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde”*.

O conceito de participação complementar do setor privado inserido no texto constitucional sugere relacionar-se à oferta de serviços de saúde, estabelecendo uma grande interface entre a rede privada e o SUS.

Tais reflexões podem explicar a existência de hospitais e clínicas privadas conveniadas com o SUS que também prestam serviços às operadoras de planos e seguros de saúde. Estes estabelecimentos fazem parte, portanto, tanto da rede SUS quanto da rede de serviços que constitui a saúde suplementar.

O atendimento de cidadãos beneficiários ou não de planos de saúde, por parte de um mesmo prestador, vem determinando uma dupla porta de entrada, que pode estar acarretando dificuldades no acesso universal e igualitário à saúde, já que, *a priori*, as instituições privadas por sua própria natureza, visam o lucro e as tabelas de procedimentos e as formas de pagamento do SUS e da saúde suplementar a seus prestadores de serviços são bastante diferenciadas.

2.2 - Garantia do Direito à saúde

A discussão acerca da garantia do direito à saúde, determina que sejam feitas análises para além do arcabouço jurídico específico da saúde. O conceito de garantia do direito nos remete, portanto, a outros Capítulos do texto constitucional.

O Brasil é uma República Federativa composta por 26 estados, um Distrito Federal e cerca de 5.560 municípios, que se constituem como entes federados autônomos e que conformam um Estado Democrático de Direito.

A União é constituída por três Poderes “independentes e harmônicos entre si”:

- O Legislativo, que é exercido pelo Congresso Nacional, composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal.
- O Executivo, que é exercido pelo Presidente da República, auxiliado pelos Ministros de Estado e,
- O Judiciário, que é exercido por diversos órgãos: Supremo Tribunal Federal, Conselho Nacional de Justiça (incluído pela EC nº. 45, de 2004), Superior Tribunal de Justiça, Tribunais Regionais Federais e Juízes Federais, Tribunais e Juízes do Trabalho, Tribunais e Juízes Eleitorais, Tribunais e Juízes Militares e os Tribunais e Juízes dos Estados e do Distrito Federal e Territórios.

Compete privativamente à União, conforme Art. 22 do Capítulo II - Da Organização do Estado (Título III), legislar sobre a seguridade social²¹.

Os demais entes federados são livres para adotarem organização e legislação próprias, desde que sejam observados os princípios da Constituição e que não sejam assumidas competências vedadas por ela. Está definido, em última análise, que cabe a União à responsabilidade pela legislação de saúde no país.

O direito à saúde encontra-se definido constitucionalmente como um direito social, assim como a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e, a assistência aos desamparados.

²¹ “Compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (Título VIII, Capítulo II, seção I, art. 194)”.

O Ministério Público - MP, a despeito de estar estruturado a partir de profissionais do direito, não está ligado ao Poder Judiciário, e, se constitui como instituição permanente responsável pela “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. (Capítulo IV - Das Funções Essenciais à Justiça, Seção I).

2.3 - Orçamento e modelo de financiamento do SUS

A Constituição estabeleceu, no artigo 194 que o financiamento da saúde seria realizado a partir de recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), criados especificamente para este fim, provenientes dos orçamentos dos Estados, Municípios e do Distrito Federal.

O OSS foi constituído por meio das seguintes fontes de financiamento: (a) recursos fiscais do Orçamento da União; (b) contribuição dos trabalhadores sobre a folha de salário; (c) contribuição dos empregadores sobre a folha de salário, faturamento e lucro líquido.

Na verdade, a proposta de recursos da OSS reuniu as fontes de recursos que até aquele momento financiavam os programas da Seguridade Social, agregou o total de recursos das contribuições sobre o faturamento das empresas e incorporou a recém-criada contribuição sobre o lucro das empresas.

A criação do OSS teve por objetivo:

- Ampliar os recursos destinados à Seguridade Social, a partir da criação da contribuição sobre o lucro das empresas e da vinculação total da contribuição sobre o faturamento das empresas;
- Diversificar as fontes de financiamento visando à redução da instabilidade das receitas, que guardavam extrema dependência ao comportamento da massa salarial (Marques, 1992, pág. 21)
- Estabelecer/vincular fontes específicas para financiamento da Seguridade Social, na tentativa de evitar a utilização desses recursos para outros fins que não os da Assistência Social, Previdência e Saúde (Porto, 1993).

No entanto, a realidade observada a partir da implementação do OSS, em 1990, mostrou que os objetivos que orientaram sua criação e os resultados

esperados não foram alcançados. Os recursos fiscais do Orçamento da União foram “substituídos” pelas contribuições sobre o faturamento e o lucro das empresas, que passaram a ser consignados como transferências da União.

A arrecadação sobre o faturamento e o lucro também não representaram o aporte de recursos esperado, já que as empresas contestaram inicialmente estas contribuições²². O Supremo Tribunal de Justiça posteriormente deu ganho de causa ao governo federal e estas contribuições foram revalidadas, sendo fontes de receita do OSS até o momento.

Outro fator que determinou a redução dos recursos reais da Seguridade Social, quando comparados com o total de recursos alocados antes da criação do OSS, foi a incorporação de despesas anteriormente financiadas com outros recursos (Piola, 1994:35). “O *Relatório Final da Comissão Parlamentar Especial para Estudos da Seguridade Social de 1992* revelou que a incorporação dessas despesas representou 11,8% do total do OSS “ (Scotti, 1994).

No caso específico da saúde, um levantamento realizado pelo Deputado Antônio Brito relativo ao orçamento de 1992, mostrou que cerca de 5% das despesas previstas foram programadas para ações que anteriormente não eram executadas pelo Ministério da Saúde (Rezende, 1992, pág.12). Esta transferência de despesas foi possível devido a não definição da abrangência das áreas de Assistência Social, Previdência e Saúde, tornando ilimitadas as interpretações quanto aos diferentes conceitos destes setores.

A partir de 1992, em decorrência da retenção das contribuições de empregados e empregadores sobre as folhas de salários verificada pelo Ministério da Previdência Social, foi especificada como fonte de financiamento da assistência médica a arrecadação das contribuições sobre o faturamento das empresas, o que tem sido considerado importante alternativa para assegurar um mínimo de recursos ao setor saúde e tem pretendido, ao mesmo tempo, evitar a disputa com os demais programas sociais financiados pelo OSS (Piola, 1994 e Vianna, 1994), em que pese os problemas já apontados relativos a esta arrecadação

²² Muitas empresas efetuaram o repasse destas contribuições judicialmente, o que acarretou, da mesma forma, na redução da arrecadação esperada para a Seguridade Social (Piola, 1994, pág.35)

Outro aspecto importante, sob o ponto de vista dos recursos destinados à saúde é que, devido à conformação conjunta, no orçamento da seguridade social, de recursos para saúde, assistência e previdência social, o setor disputa recursos do OSS com aposentados e outros setores sociais pouco favorecidos aos quais se destinam os programas da assistência social.

Em resumo, os recursos destinados à ampliação dos direitos previdenciários e à universalização da saúde, acabaram viabilizando a redução das despesas da União (Marques, 1992; Fernandes, 1995; Scotti, 1994) para a Seguridade Social e conseqüentemente para a saúde, sendo mantidas as características desfavoráveis que têm marcado, historicamente, o financiamento da Seguridade Social no país.

No final da década de 80, o gasto total em saúde no Brasil foi estimado entre 3,66% e 4,2% do PIB²³. Em 1990, segundo Mendes (1994) o gasto *per capita* foi de aproximadamente US\$121,32 (cento e vinte e um dólares e trinta e dois centavos). Se compararmos o desempenho nacional com outros países em desenvolvimento da América Latina, verificaremos que o gasto público verificado no Brasil para o mesmo período, esteve abaixo da média em 2,76% do PIB, segundo análise de Médici. (1995)

Ao analisarmos o total de gastos em saúde, verificaremos que 67% dos recursos aplicados são públicos, enquanto os gastos privados representam 33% do total. (Médici, 1991)

Os recursos públicos aplicados têm apresentado alto grau de centralização no nível federal, representando mais de 70% do total do gasto público desde o início dos anos 80. (Médici, 1994).

A partir da promulgação da Constituição de 88 foram instituídos os Fundos de Participação de Estados (FPE) e Municípios (FPM) com o objetivo de viabilizar as transferências de recursos tributários federais.

Os critérios de transferência do FPM foram definidos pela Lei Complementar N.º 89 e favoreceram grandemente os municípios do interior. Através do FPM, as administrações municipais receberam em 1991, 18% da receita tributária

²³ Segundo Mendes (1994, pág.130) e Médici (1991, pág.20), respectivamente.

disponível, e os governos estaduais, receberam no mesmo ano, 30,4% da receita tributária, segundo Dain (1995).

As transferências do FPM contribuíram para o grande número de emancipações de pequenos municípios ocorridas nas últimas décadas, o que, ainda segundo Dain, promoveu uma pulverização das representações políticas e, permitiu que grandes municípios e suas regiões metropolitanas, que concentram grande parte da pobreza, passassem a depender prioritariamente das receitas próprias e da divisão do ICMS.

O papel dos municípios na descentralização das atribuições governamentais encontra-se melhor definido do que o dos estados. Segundo Abrucio (1998), isto ocorreu devido ao fato de que a descentralização no Brasil teve um forte sentido municipalista, decorrente de uma grande expectativa de ser este o nível de governo capaz de desenvolver maiores e melhores mecanismos de controle social e de implementação das políticas públicas. Permaneceram, no entanto, indefinições relativas aos poderes de cada instância gestora, acentuando os conflitos intergovernamentais. (Draibe,1997)

As transferências do FPM e FPE foram, sem dúvida, importantes para o processo de descentralização administrativa, porém tornaram estados e principalmente municípios extremamente dependentes destes recursos federais e quando nos deparamos com períodos de crise fiscal, verifica-se uma enorme perda de receitas por parte de vários municípios e estados representando um impacto desfavorável sobre os orçamentos destinados às políticas sociais.

“Lessa & cols. (1997) ressaltam que entre 1993 e 1995, foram contingenciados 20% dos recursos da Seguridade Social para o Fundo Social de Emergência. Outro aspecto destacado pelos autores refere-se à superação dos recursos destinados ao pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU) frente aos recursos destinados ao Ministério da Saúde. Entre 1994 e 1995, a rubrica EPU recebeu, respectivamente, 16,5% e 23,3% do total das fontes da Seguridade, enquanto que a saúde, nos mesmos anos, levou 18,6% e 19,6% das fontes”.

A perda da receita nos estados é bastante grande, uma vez que, desde 1993, a negociação da transferência do recurso do FPE está condicionada ao

pagamento retroativo das dívidas com a União que hoje sofrem o aprisionamento das elevadas taxas de juros da política econômica do governo. (Lima, 1997)

Segundo Couto e Silva (1998) as propostas de descentralização do financiamento da CF de 1988 foram revertidas, na década de 90, devido:

1- à diminuição da participação das instâncias estaduais e municipais na receita tributária da União, uma vez que os tributos partilhados e os impostos sobre os produtos industrializados e de renda, não acompanharam a evolução da receita tributária da União;

2- à perda da autonomia dos estados devido aos níveis crescentes de endividamento;

3- ao contingenciamento dos recursos da Seguridade Social e recentralização dos recursos disponíveis para estados e municípios. O atraso das liberações destes recursos verificou-se em pleno período inflacionário.

No início do governo Collor foram elaboradas inúmeras ações de normalização da saúde, voltadas, prioritariamente, para a definição de financiamento do setor e que se antepunham às propostas em discussão para a elaboração da Lei Orgânica da Saúde.

A política de financiamento que se desenhava neste período²⁴, embora não tenha sido totalmente implantada, centralizava o sistema de financiamento e a alocação de recursos continuava relacionada a critérios de produção, não se coadunando com as propostas que haviam sido discutidas e aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Os reformistas da saúde e outros militantes lutavam para que a LOS pudesse suprir as “indeterminações” constitucionais relativas à operacionalização e financiamento do SUS, através da definição de uma política de financiamento descentralizada com transferências automáticas e regulares, baseada em critérios populacionais e eqüitativos.

A Lei 8080/90 foi promulgada contendo diversos vetos presidenciais à proposta original da Assembléia Nacional Constituinte - ANC. Destacam-se os vetos referentes à transferência regular e automática dos recursos (artigo 33), aos percentuais de recursos para saúde (artigo 35) e sobre as relações entre o MS

³ Tratava-se do período que antecedeu a promulgação das Leis 8080/90 e 8142/90

e o INAMPS (artigo 39), que prejudicaram o financiamento da saúde, na medida em que impediram que ficasse estabelecido o montante de recursos a ser aplicado no SUS.

A Lei Complementar 8142, também de 1990, resgata o teor do artigo 11 da LOS, vetado por Collor, que se referia à participação da comunidade na gestão do SUS através de sua representação nas Conferências e Conselhos de Saúde, além de dispor que os recursos federais, definidos segundo critério populacional, deveriam ser transferidos de forma automática e regular, para cada uma das esferas governamentais, desde que estas comprovassem a existência de Fundos de Saúde Estadual ou Municipal (FES e FMS respectivamente), Conselhos de Saúde (CES e CMS respectivamente), Planos Plurianuais de Saúde (PPS), previsão orçamentária de recursos para a saúde e comissão para elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Segundo Medici (1994) e Levcovitz (1997), nenhuma das duas leis conseguiu definir claramente o financiamento e a operacionalização do SUS, o que “justificou” a elaboração e publicação, a partir de 1991, das Normas Operacionais Básicas (NOB).

A NOB 01/91 é fruto da Resolução n.º258 do INAMPS tendo sido sua publicação acompanhada de uma coletânea de Portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), editadas em janeiro de 1991.

Foram criados, através destas Portarias, os Sistemas de Informações Hospitalares²⁵ (SIH/SUS) e Ambulatoriais (SIA/SUS), com as respectivas tabelas de remuneração por procedimentos, destinadas ao pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados contratados.

O número total de autorizações de internações hospitalares - AIH é proporcional à população, tendo sido fixado, pela Portaria n.º 19, a quantidade de AIH a ser distribuída mensalmente por Unidade Federada - UF. O valor pago por estas internações variava segundo a complexidade das mesmas, e era creditado diretamente na conta dos prestadores.

²⁵ O SIH/SUS representou tão somente a ampliação para o setor público, do mecanismo de repasse financeiro adotado anteriormente pelo INAMPS, para pagamento das internações ocorridas nos hospitais privados contratados (SAMHPS/AIH). O pagamento era feito a partir da totalização financeira da produção hospitalar, desde que o n.º de AIH apresentadas fosse compatível com a capacidade instalada do prestador.

A assistência ambulatorial passou a ter duas modalidades de pagamento:

- (a) A partir da produção dos serviços apresentados no SIA/SUS, que não representava nenhuma inovação em face dos mecanismos anteriores de repasse do INAMPS;
- (b) A partir da criação de uma unidade de cobertura ambulatorial, a UCA.

A UCA, diferentemente da AIH, representava o total per capita de recursos financeiros destinados a assistência ambulatorial e foi calculada a partir do levantamento da população e capacidade instalada por Unidade Federada e de suas séries históricas de produção e de custeio ambulatorial..

Os estados foram distribuídos em 6 grupos, segundo o valor da UCA e o recurso de custeio anual (RCA)²⁶ dos mesmos, passou a ser resultante da multiplicação da UCA pela sua população²⁷. A RCA representava assim o teto financeiro ambulatorial para estados e municípios

Esta NOB estabeleceu uma série de pré-requisitos para a estadualização ou municipalização da gestão do sistema de saúde:

- Comprovação da criação dos Conselhos e Fundos Estaduais e Municipais de Saúde;
- Comprovação da criação de Comissão de Elaboração de Plano de Carreiras, Cargos e Salários;
- Comprovação de contrapartida de recursos para a saúde previstos no orçamento estadual ou municipal;
- Elaboração de Plano estadual ou Municipal de Saúde;
- Elaboração de Relatório de Gestão.

²⁶ O total das transferências federais mensais realizadas por Unidade Federada seria a resultante da subtração dos valores pagos pela produção ambulatorial informada pelo SIA-SUS do duodécimo da RCA. É importante ressaltar que estas diferenças nunca foram pagas pelo governo federal, prevalecendo assim as transferências apenas por produção de serviços.

²⁷ A NOB definiu que 10% destes recursos deveriam ficar com os estados, para custeio da rede e para ações de saúde pública, sendo redistribuídos para os municípios, segundo critério populacional, os 90% restantes, desde que os mesmos tivessem Fundos de Saúde constituídos, sem o que o recurso se manteria no Estado para transferências segundo critérios definidos pelas SES.

A NOB 01/92 pouco acrescentou no que diz respeito ao financiamento do SUS, tendo previsto a criação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), com recursos financeiros provenientes do INAMPS.

O n.º de AIH por UF foi definido a partir do parâmetro de 10% da população por ano, caracterizando um teto físico de internações hospitalares, representado pela distribuição mensal de um duodécimo do total de AIH por estado²⁸.

Estas NOB foram responsáveis pela definição de tetos financeiros para a assistência ambulatorial e hospitalar do SUS. O teto financeiro hospitalar foi estabelecido como o resultado da multiplicação do n.º de AIH pelo valor médio das mesmas, obtido a partir de série histórica de internações.

Ficou determinado, porém, que toda a avaliação técnica e financeira do SUS ficava a cargo do INAMPS, e que deveriam ser observadas todas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, o que, de alguma forma, feria os preceitos constitucionais.

O grande centralismo do governo federal se mantinha e tentava resguardar o poder do INAMPS dentro do Ministério da Saúde. Tais medidas acarretaram grande reação dentre os militantes do Movimento Sanitário, até porque também as NOB não obedeceram ao artigo n.º 35 da Lei 8080²⁹.

²⁸ Do total de AIH, ficou estabelecido que 80% destas seriam redistribuídas aos municípios, também segundo critério populacional, e 20% permaneceriam no estado, numa câmara de compensação que tinha como função, à princípio, atender á necessidades especiais como epidemias, catástrofes etc.

²⁹ Lei 8080/90 Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

Vale ressaltar que as NOBs, ao definirem as transferências financeiras federais através da modalidade pós-pagamento, ressuscitaram a forma de repasse financeiro das Ações Integradas de Saúde.

A NOB 93 foi publicada através do documento elaborado pelo Ministério da Saúde “Descentralização dos Serviços de Saúde - A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (MS/GED,1993) que continha também as propostas aprovadas na IX Conferência Nacional de Saúde e determinou condições de gestão para estados e municípios, que poderiam habilitar-se à gestão incipiente, parcial ou semi-plena, o que de certa forma significava a pretensão de utilizar-se uma estratégia de substituição gradativa da lógica do financiamento por produção para as transferências financeiras globais fundo a fundo, segundo o modelo defendido pelos reformistas da saúde.

Mais uma vez, devido às indefinições no texto constitucional de 1988 relativas ao orçamento e financiamento do setor saúde e que se perpetuaram na Lei Orgânica da Saúde, não foi possível viabilizar os avanços pretendidos, sendo constantes as transferências de recursos destinados à saúde para a previdência.

Este mecanismo de repasse de recursos de custeio por produção de serviços estabeleceu ainda uma relação direta entre governo federal e municípios, dificultando a influência da instância estadual na definição dos parâmetros a serem utilizados para os repasses financeiros, trazendo muitas vezes, dificuldades para a coordenação das questões intermunicipais.

A NOB SUS 01/96³⁰, somente publicada em 1997, foi resultado de um longo processo de discussão entre gestores dos três níveis de governos, através da instituição de diversas Câmaras Técnicas em seus órgãos representativos (CONASEMS, CONASS, CIB, CIT e CNS) e trouxe para o Sistema Único de Saúde novas formas de transferências financeiras, isto é, não só por produção, que originaram “tetos financeiros setoriais”, destacando-se:

30 A NOB SUS 01/96 apresentou duas condições de gestão: avançada do sistema e plena do sistema para estados e plena da atenção básica e plena do sistema para os municípios. As formas de repasse de recursos financeiros previstos variam segundo cada uma destas modalidades de gestão.

- (a) Piso de Atenção Básica (PAB fixo) – para financiamento de ações básicas de saúde. Foi fixado, à época, um valor percapita nacional de R\$10,00 ³¹;
- (b) Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável)³² – recursos transferidos à título de incentivos a implementação de ações e/ou programas específicos, priorizados pelo governo federal como PSF³³, PACS, Programa de Controle de Carências Nutricionais (PCCN)³⁴, Assistência Farmacêutica Básica e Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

A NOB 96 trouxe ainda uma outra inovação, a criação da PPI³⁵ – Programação Pactuada Integrada, importante instrumento de planejamento, que deve ser fruto da negociação entre gestores dos diversos níveis, resgatando de alguma forma a Programação e Orçamentação Integrada - POI, iniciada nas AIS.

A elaboração destes pactos é de base municipal e coordenada pelos estados.

A NOB 96 reforçou a idéia de que o financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo, cabendo a cada uma delas “o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde”.(Brasil/MS,1997) e apesar do indiscutível avanço representado pela ampliação das transferências fundo a fundo, as transferências de recursos financeiros a estados e municípios está longe do anseio do ideário reformista que influenciou a ANC na formulação do texto constitucional.

A despeito das bases legais da CF de 1988, a política de financiamento da saúde no Brasil vem encontrando diversos entraves ao seu desenvolvimento devido:

³¹ Este valor foi obtido a partir da série histórica de produção dos procedimentos básicos de 1996 sendo o montante repassado a cada município resultante deste valor multiplicado pela sua população, embora sua transferência não esteja vinculada a produção de serviços. As ações básicas de vigilância sanitária também estão incluídas no PAB fixo.

Quando da criação do PAB, os municípios que apresentavam gastos acima de R\$ 10,00 hab./ano tiveram garantida a transferência de recursos correspondente à média de seu faturamento em atenção básica no ano de 1996, limitado ao per capita máximo de R\$ 18,00.

³² Os recursos repassados através do PAB variável não fazem parte do teto global de estados e municípios.

³³ Face a importância que o PSF alcançou tanto como estratégia de governo quanto como alternativa para transformação do modelo de atenção à saúde, trataremos do assunto em capítulo próprio.

³⁴ Atualmente o PCCN está sendo substituído pelo Programa Bolsa-Alimentação, sendo os recursos disponibilizados pela Caixa Econômica Federal ao responsável pelas crianças cadastradas pelas SMS que aderiram ao Programa.

³⁵ Através da Instrução Normativa do Ministério da Saúde, que regulamenta a NOB 96 – IN 01/97 – fica definida a participação dos municípios na elaboração da PPI e este instrumento fica é requisito para habilitação dos estados nas condições de Gestão Avançada e Plena do Sistema estadual

- (b) Não implementação do orçamento da seguridade social, que, financiaria todas as ações previstas constitucionalmente a partir da articulação das contribuições previdenciárias com as contribuições sociais;
- (c) Acirramento da tensão entre previdência social e saúde, principalmente a partir de 1993, com a interrupção do repasse de recursos previdenciários para a saúde, o que determinou naturalmente, um grave estrangulamento financeiro no setor;
- (d) Dificuldades na arrecadação das contribuições sociais advindas de múltiplas ações no judiciário, divisão do ônus das aposentadorias de funcionários públicos (que foram estabelecidas sem a respectiva correspondência atuarial) e contingenciamento de recursos para fins da estabilização econômica.

As estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde frente a estes entraves e diante do agravamento do quadro financeiro do setor, foram propostas de criação de dispositivo “transitório” de financiamento (IPMF/CPMF) e de articulação de novas regras que pudessem assegurar uma base mais estável de financiamento para os gastos federais de recursos ao mesmo tempo em que se ampliassem os aportes de recursos das outras instâncias de governo, projeto cristalizado na EC 29.³⁶

A não aprovação da EC 29 que estabelece as ações de saúde e vincula o percentual de recursos a serem aplicados na saúde por instância de governo têm limitado as discussões acerca do financiamento em saúde aos mecanismos de transferência de recursos entre os diversos níveis de gestão.

Ainda hoje, o repasse de recursos financeiros do governo federal a estados e municípios, está condicionado aos tetos financeiros aprovados.

Os parâmetros de programação resultantes das séries históricas, universalizados para toda a população usuária do SUS, têm sido utilizados como parâmetros de necessidade populacional e, freqüentemente, demandas superiores ou diferentes daquelas definidas nos tetos financeiros, são entendidas como distorções do sistema local.

³⁶ A Emenda Constitucional 29 visa a correção do desequilíbrio no aporte e recursos destinados à saúde entre os três níveis de governo, a partir da vinculação dos recursos orçamentários disponibilizados pelas três instâncias no setor.

A Programação Pactuada e Integrada, de atribuição dos Secretários estaduais e municipais, procura estabelecer os fluxos de referência e contra-referência intermunicipal da população de usuários do SUS.

Foi criado, pela Portaria N.º 531/99³⁷ o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC, que representou uma ampliação de recursos federais para o financiamento de ações e serviços considerados estratégicos para a atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Estes recursos extra-teto são repassados às Unidades Federadas para viabilizar a realização de inúmeros procedimentos, estabelecidos como prioritários, definidos a partir de Portarias Ministeriais.

A década de 90 caracterizou-se, portanto, pela publicação de várias Normas Operacionais, editadas pelo Ministério da Saúde. No início dos anos 2000 foram editadas ainda 2 normas voltadas para a organização da assistência à saúde – NOAS/MS.

Todo este período normativo exigiu dos gestores do SUS, um movimento permanente de adequação aos ditames destes instrumentos de padronização. Estas normas gerais, no entanto, mostraram-se pouco eficazes em um país de dimensões continentais como o Brasil, que convive com enormes desigualdades regionais.

Após um longo processo de discussão entre gestores do SUS e os Conselhos de saúde, foi aprovado o termo de compromisso público firmado entre os membros da Comissão Intergestores Tripartite³⁸ e o Conselho Nacional de Saúde³⁹ que determinou a publicação do Pacto pela Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º399 em 22/02/2006. Este pacto deve ser revisado

³⁷ Portaria N.º 531/GM, de 30 de abril de 1999

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e, [...]

Considerando a necessidade de se incorporar o impacto do crescimento populacional nos valores repassados aos estados e municípios, e

Considerando a disponibilidade de recursos financeiros alocados para o Ministério da Saúde, dentro do Orçamento Geral da União, resolve:

Art 1º - Definir os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, que compõem o Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos estados e do Distrito Federal, constantes do Anexo I desta Portaria, integrado por recursos para Atenção Básica e para Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade e Hospitalar.

Parágrafo único - Os recursos de que trata este artigo são anuais, sendo disponibilizados em Limites Financeiros Mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) dos valores publicados.

³⁸ Reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006

³⁹ Reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

anualmente e está estruturado a partir de três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde, 2006).

Em relação ao financiamento federal do Sistema Único de Saúde, uma das prioridades do pacto de gestão, as ações de saúde constituem blocos de custeio ou de investimentos que devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

Assim, fazem parte dos blocos de financiamento para custeio:

- (a) Atenção básica – PAB fixo e variável;
- (b) Atenção de média e alta complexidade, que incorpora o FAEC exceto para procedimentos regulados pela Coordenação Nacional de Regulação, Avaliação e Controle;
- (c) Ações emergenciais e novos procedimentos;
- (d) Vigilância em Saúde – epidemiológica, ambiental e sanitária;
- (e) Assistência Farmacêutica, composta por 3 componentes: básico, estratégico e medicamentos excepcionais:

Para entender melhor o financiamento da assistência farmacêutica, para fins do presente estudo, vamos focalizar um pouco mais este bloco de custeio.

- Componente Básico:

Parte Fixa: valor percapita para a Atenção Básica, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios.

Parte Variável: valor percapita para os Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo;

- Componente Estratégico:

O financiamento para ações de programas estratégicos é de responsabilidade do Ministério da Saúde. São eles:

Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais);

Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;

Imunobiológicos;

Insulina.

- Componente Medicamentos Excepcionais

Financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 da Tabela SIA/SUS. A responsabilidade pelo financiamento e aquisição destes medicamentos é do Ministério da Saúde e dos Estados.

(f) Gestão do SUS⁴⁰ - custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação de recursos financeiros do SUS, tais como: Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; Incentivo à Implementação de políticas específicas

No Bloco de Financiamento para investimentos⁴¹ os recursos devem ser alocados visando à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde, priorizando a constituição de espaços de regulação e a recuperação, re-adequação e expansão da rede física de saúde. Possui 2 eixos prioritários: Estímulo à Regionalização e Atenção Básica.

A análise do modelo de financiamento e de alocação de recursos efetuada pelo governo federal para estados e municípios sugere a existência de iniquidades e permitem verificar que as maiores distorções estão relacionadas aos repasses destinados ao financiamento de assistência hospitalar e algumas áreas da atenção ambulatorial, uma vez que a parametrização destes recursos encontra-se relacionada à produção de serviços de saúde. Pode se observar que nas Regiões Sudeste e Sul e do Distrito Federal, concentram a maior oferta de serviços de saúde existentes localizados nas regiões com melhores indicadores sócio-econômicos.

A simples distribuição de recursos per capita para custeio da saúde não se configura como uma perspectiva de equidade do sistema já que esta forma de distribuição de recursos não consegue superar as desigualdades existentes entre as estruturas populacionais e a oferta regional de serviços de saúde.

⁴⁰ Os recursos referentes a este Bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por portaria específica.

⁴¹ Estes recursos deverão ser transferidos fundo a fundo e ainda não foram regulamentados.

Em última análise, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pode estar sendo determinada pela insuficiência ou não dimensionamento dos recursos financeiros necessários para o custeio da atenção, da qual pode estar resultando um desrespeito ao direito à saúde.

Capítulo 3 - Os Poderes da República e a Saúde

A partir do estudo dos princípios constitutivos e da conformação dos sistemas nacionais de saúde, do aprofundamento das reflexões acerca do texto constitucional e da observação da dinâmica do SUS é possível perceber que o Estado brasileiro, para o estabelecimento de sua agenda de prioridades em saúde, vem cursando com dois entendimentos distintos, ambos ancorados na Constituição Federal.

O 1º está inscrito na agenda instituída no âmbito do Ministério da Saúde, órgão do Poder Executivo ao qual cabe a gestão federal do SUS e as instâncias subnacionais correspondentes.

A Agenda Nacional de Saúde, fruto das discussões e pactuações intergestores das três instâncias de governo, deve ser estruturada no sentido de garantir o “acesso universal e igualitário” à saúde e utiliza, para o custeio de suas ações, os recursos do Orçamento Anual da Saúde.

Sabe-se que o gestor federal, para a operacionalização do SUS e para a definição do montante de recursos a ser transferido para estados e municípios, utiliza, prioritariamente, parâmetros que refletem a produção dos serviços de saúde. As demandas por serviços de saúde que extrapolam os limites financeiros não são evidenciadas nos sistemas nacionais de informações, já que a grande maioria dos gestores promove a adequação de sua produção aos tetos financeiros. Vale ressaltar que:

- (a) os recursos de custeio transferidos a estados e municípios constituem apenas uma das “parcelas” do orçamento federal destinado à saúde;
- (b) outra parcela do orçamento é definida no âmbito do Poder Legislativo e é destinada à consecução das emendas parlamentares de investimento ou custeio, individuais ou coletivas, cujo montante anual não é estabelecido *a priori*. Estes recursos não são resultantes, necessariamente, de um

planejamento do setor e, portanto, não estão previstos quando da construção das agendas ou da formulação dos planos de saúde.

O 2º entendimento é definido pelo Poder Judiciário ou pelo Ministério Público, quando estes “determinam”⁴² aos gestores do SUS o cumprimento dos pleitos da população relativos à saúde, sob a égide da garantia do direito à saúde, caracterizando uma nova conformação de demandas por serviços de saúde, não previstas nos Orçamentos da União, estados e municípios. Estas demandas, sem dúvida, são legítimas e podem “corrigir” dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mas não necessariamente o promovem de forma igualitária, isto é, para a totalidade da população. Na verdade, estes pleitos advêm de segmentos populacionais conformados por indivíduos conhecedores de seus direitos de cidadania e, portanto, com poder de vocalização o que, lamentavelmente, não representa a maioria da população brasileira.

Parece que para o planejamento, estruturação e cumprimento de uma agenda de saúde que reflita as necessidades de saúde da população e cujo custeio possa estar garantido no Orçamento da Saúde das três esferas governamentais, é necessária a elucidação de conflitos ou lacunas nas percepções/conhecimentos que vem levando a situações em que ora os Poderes da República se complementam, ora se sobrepõem e por vezes se confrontam, gerando “áreas de atrito ou tensionamentos” assim evidenciados:

1º - resultante do conflito entre a forma como estão estruturados os serviços de saúde, informada pela base conceitual da biomedicina e que determinam ações voltadas para a promoção e prevenção de saúde e para a reabilitação de agravos, e, a demanda da população por estes serviços, definida por um conceito de saúde/doença que relaciona o adoecimento a algum tipo de sofrimento;

2º - estabelecido pela baixa articulação/conflito de interesses entre o Poder Legislativo e os gestores do SUS expresso por meio de grande n º de Emendas Parlamentares que muitas vezes determinam investimentos ou custeio de ações de saúde não incluídas nos planos locais de saúde aprovados por gestores e Conselhos de saúde;

⁴² O Ministério Público questiona os gestores quanto a não realização de ações ou procedimentos de saúde considerados pertinentes pela Instituição que podem transformar-se em demandas judiciais.

3º - estabelecido entre o Executivo da saúde e o Poder Judiciário ou o Ministério Público, manifesto por meio de determinações judiciais aos gestores, para fornecimento de medicamentos ou outros produtos ou ações de saúde.

3.1. O Poder Executivo e a Saúde

A estruturação dos serviços de saúde, grosso modo, está informada por conceitos consagrados pela biomedicina, determinando o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação de agravos. Por sua vez, a demanda que ocorre à rede de saúde pode tanto obedecer a este modelo biomédico, isto é, ser constituída por indivíduos portadores dos agravos para os quais os serviços estão organizados quanto ser definida por um conceito de saúde/doença construído a partir de um entendimento individual da população quanto ao seu adoecimento.

No Brasil, é sabido que os serviços públicos de saúde foram desenvolvidos a partir de uma concepção organizativa que visa combater a doença, a despeito da pouca clareza do que se tem a controlar ou a vencer a cada época.

As atividades assistenciais e de reabilitação, ou mesmo ações de prevenção desenvolvidas no Sistema de Saúde combatem doenças, que a maior parte das vezes, somente são percebidas ou identificadas a partir do conhecimento do profissional de saúde, principalmente do saber médico.

“Quais são os problemas e questões tomados a sério pelos que atuam no governo, problemas e questões que suscitam políticas?” (Mattos, R , 2003)

Parece-nos que somente as doenças consideradas problemas públicos fazem parte da agenda governamental e são alvo de políticas determinantes do arcabouço organizacional dos serviços de saúde.

Estas questões parecem estar evidenciadas nas longas filas de espera por atendimento, no vai e vem da população em busca de serviços, enfim, em toda a sorte de dificuldades de acesso ou de insatisfação da população quanto ao atendimento recebido no SUS.

A observação do cotidiano dos serviços de saúde permite a identificação de uma demanda populacional que embora possa não refletir a totalidade das necessidades de saúde da população ou sequer esteja *“enquadrada”* nos parâmetros definidores dos tetos financeiros, é legítima, na medida em que

decorre de encaminhamentos de profissionais de saúde do sistema ou reflete a percepção dos indivíduos quanto as suas necessidades de saúde.

È possível que os serviços de saúde estejam recebendo demandas para as quais não está estruturado, representada por indivíduos que exibem outras formas de adoecimento relacionadas a um conceito mais amplo de saúde /doença.

A ampliação do conceito de saúde e o entendimento de que o processo saúde/doença *“tem uma dupla e contraditória natureza: biológica e psicológica”* (Sampaio, J. J. C. in Rouquayrol, Z) traz novos desafios para a organização dos serviços de saúde, uma vez que estabelece necessidades assistenciais que estão para além das necessidades de saúde anteriormente concebidas.

A gestão do sistema de saúde se depara com diversos aspectos ou entendimentos sobre necessidades de saúde, ao que Cecílio & Tsumoto (2001) chamaram de *“taxionomia operacional de necessidades de saúde”*.

As necessidades de saúde, sob o ponto de vista da epidemiologia, decorrem das relações entre as condições de vida e trabalho de grupos sociais/populacionais e sua situação de saúde.

Devido ao fato de dizer respeito a toda a sociedade, a saúde ou as necessidades de saúde assumem, segundo Stotz (1991), características históricas, podendo ser modificadas com o correr do tempo. Por outro lado, devido ao seu caráter individual, a saúde ou as necessidades de saúde possuem também componentes de natureza subjetiva e individual.

Identificamos que as necessidades de saúde financiadas pelo SUS estão relacionadas:

- (a) ao padrão de utilização de serviços, refletido nas séries históricas de produção;
- (b) ao perfil epidemiológico da população, relacionado a agravos específicos selecionados;
- (c) as práticas profissionais e,
- (d) as leis do mercado.

Estas observações associadas à crença de que o SUS se constitui como uma política social pública e deve manter os princípios de universalidade e equidade evidenciaram ainda mais a singularidade do SUS.

“O modelo de sistema de saúde no SUS é altamente complexo, envolvendo o estabelecimento de relações interinstitucionais, interníveis de governo e interserviços” (Viana, A.L 1995)

O Ministério da Saúde e os outros órgãos responsáveis pela gestão do SUS, têm a difícil tarefa de construir consensos com seus pares, principalmente os demais integrantes do Poder Executivo, acerca da peculiaridade do setor e de suas necessidades financeiras, principalmente quando da elaboração dos orçamentos anuais. Para tanto, é urgente que sejam utilizadas estratégias de gestão que possibilitem conhecer, analisar e evidenciar o impacto da ampliação das demandas judiciais, visando à inclusão, na agenda política do Estado, de questões de tamanha relevância para a sociedade brasileira

3.2. O Poder Legislativo e a Saúde

A forma de atuação do Poder Legislativo frente ao Executivo, principalmente no que se refere as questões estratégicas para a sociedade, como as relativas ao Sistema de Saúde têm se mostrado, muitas vezes, ambígua, ora competindo com o Executivo da saúde, ao definir a alocação de recursos financeiros para investimentos e mesmo o custeio em saúde, via emendas parlamentares, ora apresentando fragilidades frente às inúmeras medidas provisórias editadas pelo Executivo acerca de importantes demandas da sociedade.

As emendas parlamentares representaram 1,78% do orçamento executado pelo Ministério da Saúde em 2005, correspondendo a 3,97% dos recursos transferidos a Estados e Municípios por meio dos tetos financeiros globais da assistência à saúde.

Os recursos financeiros oriundos das emendas aprovadas são depositados nos Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, devendo, seus gestores, executá-los nos prazos determinados nos planos de trabalho correspondentes as mesmas.

As principais reflexões suscitadas por estes dispositivos legislativos não estão relacionadas, exclusivamente, ao montante de recursos de investimentos envolvidos, até por que, para muitas Unidades da Federação, as emendas têm representado as únicas possibilidades concretas de investimento em saúde. Os questionamentos prendem-se ao fato de que, nem sempre, estas iniciativas levam em conta um estudo prévio da capacidade técnica para sua

implementação, quer seja pela identificação da existência de recursos humanos qualificados para operá-los quer pelas possibilidades ou não de contratação destes recursos por parte dos órgãos gestores, dependentes dos orçamentos destas instâncias subnacionais e das determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal. Além disto, os objetos destas emendas não fazem parte, *a priori*, das pactuações intergestores relativas às necessidades de ampliação de recursos de custeio para pagamento dos novos serviços de saúde criados e tão pouco resultam de deliberações dos Conselhos de Saúde. A observação dos valores executados pelo FNS no período de 2000 a 2005 demonstra que os percentuais relativos às Emendas Parlamentares são superiores aos orçamentos das Unidades Próprias Federais e do INCA, por exemplo, mantendo-se, praticamente estáveis, com discreta ampliação somente no ano de 2005, como demonstra a Tabela 3 abaixo.

Tabela 3 – Orçamento do Ministério da Saúde – 2000 a 2005

ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - 2000 A 2005
VALORES NOMINAIS

DENOMINAÇÃO	Valores Executados					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de Pessoal e Encargos sociais	4.825.342.127,00	4.898.054.765,00	5.466.883.906,00	5.959.806.323,00	6.829.397.820,00	7.109.111.094,00
Teto de Média e Alta Complexidade - MAC	9.779.670.041,00	10.897.795.212,00	11.749.218.945,00	13.253.642.093,00	14.981.027.573,00	15.958.632.853,00
Piso Assistencial Básico - PAB	1.726.459.332	1.789.999.989	1.864.309.709,00	1.891.503.487,00	2.089.718.009,00	2.332.608.665,00
Teto Fixo Global da Assistência	11.506.129.373,00	12.687.795.201,00	13.613.528.654,00	15.145.145.580,00	17.070.745.582,00	18.291.241.518,00
Medicamentos	522.791.816,00	617.826.377,00	623.871.236,00	692.643.969,00	1.011.585.901,00	1.374.345.514,00
Hospitais Próprios	179.500.675,00	175.556.834,00	197.704.224,00	206.920.960,00	261.603.842,00	332.088.041,00
Instituto Nacional do Câncer - INCA	72.751.084	75.959.494,00	83.454.987,00	83.395.713	152.912.124,00	169.464.269,00
FIOCRUZ	22.990.476.635	26.589.831.930,31	28.653.525.833,92	30.646.725.626	37.143.102.147,20	41.520.075.505,75
Emendas Parlamentares	291.222.506,00	453.909.187,00	360.195.208,00	420.445.197,00	605.083.199,00	725.875.260,00
Valor Executado/MS	22.699.254.125,00	26.135.922.738,00	28.293.330.622,00	30.226.280.425,00	36.538.018.943,00	40.794.200.240,00
% Emendas/Teto Fixo	2,53	3,58	2,65	2,78	3,54	3,97
% Emendas /Executado MS	1,28	1,74	1,27	1,39	1,66	1,78

Fonte: MS
Secretaria Executiva
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

Foram apresentadas no ano de 2005, 108 emendas parlamentares coletivas e 1906 individuais, tendo caráter nacional apenas 14 coletivas e 128 individuais. A observação do percentual de execução das emendas parlamentares coletivas demonstra que as UF têm baixa capacidade para executar estes recursos, sendo de apenas 46% a execução nacional.

O saldo orçamentário das emendas coletivas foi de R\$ 313.596.831,00 (trezentos e treze milhões quinhentos e noventa e seis mil oitocentos e trinta e um reais). Nas emendas individuais, grosso modo, os estados apresentaram um melhor desempenho, deixando de ser empenhado 6% do total de recursos destinado a esta modalidade de emendas, o que representou um saldo orçamentário de R\$ 29.081.662,00 (vinte e nove milhões oitenta e um mil seiscentos e sessenta e dois reais).

Cabe ressaltar que os recursos financeiros aprovados permanecem indisponíveis no FNS, deixando de ser aplicados em outras ações de saúde muitas vezes priorizadas nos Planos Estaduais e Municipais de saúde.

Uma maior articulação entre o Executivo da Saúde e o Poder Legislativo, principalmente no que se refere à articulação entre os Planos de Saúde e os objetos das emendas parlamentares, pode representar um ganho expressivo para a gestão do sistema de saúde.

3.3. O Ministério Público, o Poder Judiciário e a Saúde

O MP é uma instituição muito antiga, originária da França (1302), onde surgiram os Procuradores do Rei Felipe IV, que eram agentes públicos responsáveis pela defesa dos interesses do Estado junto ao Poder Judiciário. Tinham como tarefa a fiscalização das atividades dos magistrados, possuindo suas mesmas prerrogativas.

No Brasil, a figura do promotor de justiça é citada pela primeira vez, segundo Mello Junior (2001)⁴³, em 1609, na composição do Tribunal da Relação da Bahia.

O MP surge de forma sistemática, como instituição, em 1832, no Código de Processo Criminal do Império, que dedica toda uma seção aos promotores, aos requisitos para sua nomeação e a suas principais funções.

⁴³ Mello Júnior, João Cancio de. A função de controle dos atos da Administração Pública pelo Ministério Público. Belo Horizonte:Líder, 2001

Na Proclamação da República, foi editado pelo Governo Provisório, um decreto que dispunha: “*O Ministério Público é perante as justiças constituídas o advogado da lei, o fiscal de sua execução, o procurador dos interesses gerais do Distrito Federal e o promotor da ação pública contra todas as violações do direito*” .(Palma, 1986)

Desde então, o MP possuiu diversas feições e naturezas a cada nova promulgação constitucional, até se consolidar como instituição autônoma.

Tabela 4 – A Atuação do MP segundo as Constituições Brasileiras

Constituições da República	Status do MP
1891	Não mencionou a instituição do MP; faz nascer a figura do Procurador Geral da República;
1934	Constitucionalização do MP, independente dos Poderes do Estado.
1937	Ditadura Vargas; retrocesso na Instituição; dispunha sobre a figura do Procurador Geral da República, cuja nomeação e demissão cabia ao Presidente.
1946	MP retorna ao texto constitucional; previsão de organização no âmbito federal e estadual e atuação das Justiças comum, militar, eleitoral e do trabalho
1967	MP no âmbito do Poder Judiciário; garantida a estabilidade e inamovibilidade; garantidos o MPU e o dos estados
Emenda Constitucional 1/69	MP retornou ao âmbito do Poder Executivo
Emenda Constitucional 7/77	Previsão de lei complementar estabelecendo normas para organização do MP estadual
1988	MP instituição permanente incumbida da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, isto é, tem por função permanente a defesa da sociedade no regime democrático

A natureza da atividade desenvolvida e os instrumentos constitucionais deferidos pela Carta Magna de 1988 ao MP protegem a instituição do próprio poder de reforma constitucional, que anteriormente ou modificou ou aboliu seu perfil, transformando-o em “*cláusula pétrea implícita à função jurisdicional do Estado*” (Jatahy, 2004).

O papel do MP tem suscitado importantes discussões entre diversos autores já que para alguns poderia constituir-se como o “quarto poder” de Estado, ou seja, aquele que defende a sociedade e a lei perante a Justiça. Para outros esta controvérsia não possui significado por entenderem que a despeito da independência ou autonomia do MP, seu papel encontra-se muito bem definido no texto constitucional de 1988.

Devido à função de defesa do regime democrático, o MP encontra-se estreitamente relacionado ao Estado de Direito. Esta característica pode ser percebida quando são traçados paralelos entre o papel da Instituição frente à evolução das constituições brasileiras: a participação do MP sempre se mostrou maior nos textos constitucionais de regimes democráticos e se reduziu nos regimes autoritários.

Esta vinculação do MP ao regime democrático justifica sua atuação nos processos e procedimentos eleitorais, para garantir a permanência do Estado Democrático de Direito. Por fim, o MP constitui-se como guardião dos interesses sociais e individuais indisponíveis, isto é, responsável pela tutela coletiva ou individual dos direitos de maior relevância para a sociedade.

O Capítulo IV da Constituição Federal de 1988 - *Das Funções Essenciais à Justiça* definiu que cabe ao MP garantir os direitos assegurados na Constituição, representando, portanto, a instituição da República mais fortemente relacionada à defesa do direito à saúde.

O MP em seu papel de defesa dos direitos da sociedade parece estar ampliando sua participação no Sistema Nacional de Saúde.

Os gestores do SUS vêm sendo argüidos, por inúmeras vezes, em decorrência de pleitos individuais ou coletivos por serviços de saúde considerados pertinentes pela Instituição, decorrentes, em sua maioria, da não realização de algum procedimento ou serviço de saúde. São acatadas pelo MP as solicitações por ele analisadas que caracterizam o descumprimento do direito à saúde da coletividade, principalmente.

Os órgãos responsáveis pela prestação do serviço, da rede de saúde pública ou privada⁴⁴, são acionados na busca da garantia do direito à saúde, assegurado pelo texto constitucional de 1988.

⁴⁴ Nestes casos são acionadas as operadoras de planos de saúde ou a Agência Nacional de Saúde - ANS

As ações do MP têm caráter, inicialmente, conciliador, e podem sugerir/representar a assinatura de Termos de Ajuste de Conduta – TAC.

Grande parte das demandas que chegam aos gestores de saúde, oriundas do MP, é atendida de imediato ou pode ter solução a partir da assinatura destes TAC. No entanto, as demandas não solucionadas retornam ao MP que as encaminha ao Poder Judiciário gerando mandados judiciais ou liminares.

Estas liminares, no entanto, podem ser concedidas diretamente pelo próprio Poder Judiciário, sem que haja passagem pelo MP, nos casos em que a entrada da solicitação se dá por ação direta do cidadão junto àquele Poder ou ainda via Defensoria Pública. Estas situações por serem de interesse de diferentes instituições do Estado caracterizam-se, a nosso ver, como casos típicos de conflitos de interesses/percepções entre os Poderes da República.

Entendem, o MP e o Poder Judiciário que, a partir da ampliação do conceito de saúde e da necessidade de garantir o direito universal e igualitário ao SUS, todas as manifestações de adoecimento devem desencadear ações dos gestores governamentais de saúde. Estas situações podem estar relacionadas ao sofrimento, ao constrangimento moral e social e a dor, sendo, portanto, seu portador - o doente, um indivíduo que necessita de cuidados especiais e de tratamento.

“O reconhecimento e a proteção dos direitos do homem estão na base das Constituições democráticas modernas” (Bobbio, N.)

A luta pela garantia de direitos sociais encontra-se, portanto, diretamente relacionada à noção de cidadania. Este fato remete ao novo momento da democracia brasileira, inaugurado pelo texto constitucional de 1988, onde surge a possibilidade de judicialização de uma política social abrangente como a da seguridade social e por seguinte, a de saúde.

No entanto, em uma sociedade com uma desigualdade tão elevada como a brasileira, o poder de reivindicação dos direitos está fortemente relacionado às classes com maior nível sócio-econômico. A população em geral somente irá responsabilizar o Poder Público pelo não cumprimento do seu direito à saúde quando for conhecedora de tal direito e do que lhe é garantido constitucionalmente.

De todo modo, estas duas Instituições ao acatarem os pleitos da população definem novas demandas por serviços ou procedimentos de saúde.

É necessária, portanto, a elucidação dos “papéis” que representam os Poderes da República no Sistema Único de Saúde.

Para o aprofundamento das questões levantadas, visando um melhor entendimento das dificuldades que se apresentam a sociedade brasileira, aos Poderes de Estado e aos gestores do SUS, de forma mais direta, optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa de campo a ser aplicada ao estado do Rio de Janeiro.

Capítulo 4 – Objetivos do Estudo e Metodologia

4.1 – Objetivos do Estudo

Foi estruturada uma pesquisa de campo, de caráter quali-quantitativo que teve como principais objetivos:

Objetivos Gerais:

- **Etapa Quantitativa**

Identificar, sistematizar e analisar as demandas por serviços de saúde do SUS, oriundas do Ministério Público - MP e do Tribunal de Justiça – TJ, que chegam aos gestores do SUS do estado do Rio de Janeiro, visando contribuir para a construção de uma agenda única de saúde do estado brasileiro.

- **Etapa Qualitativa**

Conhecer e analisar os posicionamentos/entendimentos de atores relevantes na conformação e operacionalização do SUS, quanto ao direito à saúde e a garantia do direito à saúde, constitucionalmente adquiridos.

Objetivos Específicos

- **Etapa Quantitativa**

- Identificar a natureza das demandas judiciais recebidas pelos gestores do SUS do estado do Rio de Janeiro;
- Sistematizar as demandas judiciais que são acolhidas pelos gestores;
- Identificar, em especial, os medicamentos que são alvos de processos de judicialização;
- Identificar o impacto das demandas de medicamentos, geradas pelo Poder Judiciário, nos sistemas locais de saúde;

- Correlacionar às demandas judiciais com as Políticas Nacionais de Saúde vigentes.
- Identificar os processos de judicialização da saúde cujos medicamentos não estão registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- **Etapa Qualitativa**
 - Entender as questões que se colocam para a garantia do direito à saúde, segundo a perspectiva de cada um dos participantes privilegiados deste debate;
 - Perceber a existência ou não de conflitos de interesse ou de idéias acerca dos princípios e diretrizes do SUS ou de situações chave para sua implementação.

4.2 - Metodologia

4.2.1 – Estruturação do Componente Quantitativo

O componente quantitativo, inicialmente, seria organizado a partir da coleta de dados extraídos dos processos judiciais relativos à saúde, cujo réu fosse um dos gestores do SUS do estado do Rio de Janeiro - RJ.

Imaginou-se, a princípio, que a fonte de coleta destes dados fosse o TJ/RJ e o MP/RJ.

Pretendíamos identificar alguns aspectos importantes relativos a estes processos tais como período e natureza dos pleitos, isto é, se os mesmos se referiam a solicitações de medicamentos, internações, cirurgias, procedimentos especializados. A partir desta identificação poder-se-ia observar a existência ou não de políticas garantidoras; o impacto financeiro gerado para os gestores etc. Foi observado que tanto no MP⁴⁵ quanto no TJ⁴⁶ os processos relativos à saúde não estavam sistematizados nem recebiam qualquer tratamento que os distinguisse das demais questões em tramitação naqueles órgãos, relacionadas ao Estado. Percebeu-se que os pleitos relativos à saúde encontravam-se inseridos no conjunto de questões da Promotoria de Tutela Coletiva da Cidadania ou da Infância e Adolescência no MP/RJ e das Varas de

45 Somente os pleitos relativos à saúde recebidos pela Ouvidoria do MP estadual encontram-se consolidados, não sendo esta, porém, a única via de entrada de tais demandas.

46 O Tribunal de Justiça do Estado, recentemente, criou em 2007 uma Central de Mandados, para onde convergem as liminares e mandados expedidos por todas as varas em 1ª instância.

Fazenda Pública, do TJ/RJ. Tais questões configuraram-se como graves empecilhos operacionais e inviabilizaram o desenvolvimento do componente quantitativo tal qual havíamos estruturado a princípio, sendo necessária uma alteração da metodologia proposta.

Para por em prática os objetivos do componente quantitativo, optou-se pela coleta de dados a partir das demandas judiciais recebidas pelos gestores do SUS, a saber: gestor municipal da capital, gestor estadual e gestor federal localizado no Núcleo do Ministério da Saúde da cidade do Rio de Janeiro - NERJ. A partir do contato com os gestores, observou-se que todas as demandas judiciais relativas à saúde, em algum momento, são submetidas a apreciação das Procuradorias Gerais tanto do estado quanto do município. Por este motivo, iniciamos o estudo fazendo gestões junto àqueles órgãos para obtenção dos dados necessários.

A pesquisa aqui apresentada foi submetida às Comissões de Ética do Instituto de Medicina Social da UERJ e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ.

Foram acessados, na Procuradoria Geral do Município - PGM, alguns dados já agregados acerca das demandas judiciais, que foram definidores para o desenho final do componente quantitativo.

Do total de processos catalogados pela PGM, para o ano de 2006, conforme a Tabela abaixo, 84,58% correspondia a determinações judiciais relativas a medicamentos sendo que destes, 20,23% eram medicamentos excepcionais, cuja dispensação, segundo as normalizações do Ministério da Saúde, caberia à gestão estadual.

TABELA 5 - ASSUNTOS REFERENTES À SAÚDE – SMS/RJ		
ASSUNTO	QUANTITATIVO	% ASSUNTO
Indenização por erro médico	954	7,12
Internações	206	1,54
Medicamento Excepcional	2.291	17,11
Outros Medicamentos	9.036	67,47
Utensílios descartáveis	206	1,54
Cirurgias	382	2,85
Tratamento médico psiquiátrico	317	2,37
Total de Processos	13.392	100,00

Fonte: PGM/RJ; Estão listados os processos ativos e arquivados.

Como, a partir da análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF sobre assistência à saúde por tipo de despesas, o maior percentual de despesas das famílias no Brasil também é representado pela aquisição de remédios (38,6%), considerou-se que, trabalhar com o item medicamentos, poderia conferir legitimidade ao estudo, dado a sua relevância tanto para o gestor quanto para a população em geral.

Tabela 6 – Despesa média mensal familiar - Brasil

Valor e distribuição por forma de obtenção do produto ou serviço e grupos de despesa variável - Despesa com assistência à saúde	
Grupos de despesa	Valor em R\$
Remédios	38,60
Planos de saúde	26,84
Consulta e tratamento dentário	9,59
Consulta médica	5,10
Tratamento ambulatorial	1,05
Serviços de cirurgia	4,22
Hospitalização	1,05
Exames diversos	2,88
Material de tratamento	4,94
Outras	0,86

Fonte: IBGE - Pesquisa de Orçamentos Familiares 2003

Apesar da importância das informações obtidas na PGM percebeu-se que também lá não conseguiríamos obter os dados pretendidos, quer pelas impossibilidades do próprio órgão quer pela localização do arquivamento dos processos, que em sua maioria retornam ao Tribunal de Justiça ou Ministério Público.

Verificou-se que, as questões relacionadas aos medicamentos estavam razoavelmente organizadas nas Centrais de Mandados do município e do Estado do Rio de Janeiro, embora não obedçam a um padrão único, o que determinou que estas fossem nossa fonte primária de coleta de dados.

As demais demandas de saúde ficam a cargo dos diversos setores de assistência da SMS/RJ e da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - SESDEC/RJ.

Os dados obtidos foram trabalhados no sentido de obedecerem a um padrão que possibilitasse cruzamentos posteriores e armazenados em planilhas *excel*. A partir desta etapa, foi desenvolvido um banco de dados em *access* para organização, consolidação e análise dos mesmos. Este banco de dados não utilizou, como variável, informações acerca dos autores dos processos, sendo utilizados para identificação, os números de processos judiciais/ofícios.

4.2.2 - Estruturação do Componente Qualitativo

Na etapa qualitativa considerou-se fundamental, para um melhor entendimento do objeto de estudo, que realizássemos um processo de ausculta das percepções de atores relevantes na conformação e operacionalização do SUS, quanto ao direito à saúde e a garantia do direito à saúde, assegurados pela CF de 1988. Optou-se por pela utilização de um modelo de pesquisa que permitisse, a partir dos conceitos e entendimentos obtidos na interação com atores chave na formulação e implementação do SUS, desenvolver análises conjunturais acerca dos consensos ou dissensos observados.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas onde os atores se pronunciaram livremente acerca dos temas abordados. As entrevistas foram realizadas no estado do Rio de Janeiro e no Distrito Federal.

Os atores/instituições entrevistados foram selecionados buscando garantir a participação das diversas entidades cujas atribuições/posicionamentos interferem diretamente na implementação do Sistema Único de Saúde, tais como: gestores do SUS, a que chamamos de Executivo da Saúde, Poder Executivo, Legislativo e Judiciário, Sociedade Civil e Representações de Classe/ Órgãos de Regulação.

As entidades/instituições definidas para cada um dos grupos relacionados acima foram:

a) Gestão

- Secretário Municipal de Saúde da capital do estado do Rio de Janeiro – SMS/RJ;
- Secretário Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, representado pela Subsecretária Estadual de Desenvolvimento do Sistema de Saúde – SESDEC/RJ;
- Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS;

- Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – COSEMS/RJ;
 - Presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, representado Secretário Executivo;
 - Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, representado Secretário Executivo;
- b) Sociedade Civil
- Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – CMS: Conselheiro representante do segmento de usuários;
 - Conselho Estadual de Saúde - – Conselheiro representante do segmento de usuários;
 - Presidente do Conselho Nacional de Saúde;
- c) Legislativo
- Presidente da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social da Câmara de Vereadores do município do Rio de Janeiro;
 - Presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro;
 - Representante da Comissão de Saúde da Câmara de Deputados Federal.
- d) Judiciário
- Presidentes da Ordem de Advogados do Brasil - OAB, seccional do Rio de Janeiro;
 - Juiz do Tribunal de Justiça do estado do Rio de Janeiro;
 - Presidente da Associação dos Magistrados do Brasil - representado pelo Vice- Presidente de Cidadania;
- e) Executivo
- Promotor do Ministério Público do Rio de Janeiro;
 - Defensora Pública da Defensoria do Estado do Rio de Janeiro;
 - Procurador da Procuradoria Geral do município do Rio de Janeiro;
- f) Representações de Classe/ Órgãos de Regulação
- Presidente da Associação Médica do estado do Rio de Janeiro e conselheiro do Conselho Regional de Medicina do estado - CREMERJ;

- Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, representado pelo Secretário Executivo da Presidência.

Esta etapa foi desenvolvida no período de julho a dezembro de 2007.

As entrevistas foram estruturadas sob a forma de um questionário aberto, composto de 10 perguntas⁴⁷ que envolviam conceitos e conhecimentos estruturantes na conformação do Sistema de Saúde. Imaginou-se que a partir das respostas pudéssemos apreender os entendimentos dos diversos atores acerca destas questões relevantes para o desenvolvimento do estudo.

As duas últimas perguntas do questionário estavam inter-relacionadas e foram elaboradas a partir do entendimento de que seria importante saber o grau de conhecimento e o posicionamento dos atores selecionados acerca de dois projetos de lei em tramitação no Senado Federal, de autoria dos Senadores do Partido dos Trabalhadores, Tião Viana e Flávio Arns, respectivamente, acerca de modificações na Lei Orgânica da Saúde 8080/90,

Em resumo, o PL N. 219/2007 do Senador Tião Viana propõe no *caput*:

“Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a oferta de procedimentos terapêuticos e a dispensação de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).”

O projeto propõe a criação de um novo artigo na Lei 8080, complementar ao artigo 6º. Nele, o Senador pretende que haja uma delimitação legal para a oferta de procedimentos terapêuticos disponíveis no SUS. Segundo o parlamentar, a oferta de serviços do SUS deve ser restrita às Tabelas de Procedimentos elaboradas pelo gestor federal e realizadas exclusivamente em unidades próprias, conveniadas ou credenciadas. A dispensação de medicamento dar-se-á somente para prescrições oriundas de unidades de saúde do SUS e devem atender aos protocolos clínicos definidos pelo gestor federal para o agravo a ser tratado.

Nos casos de inexistência de protocolo, a dispensação deve ser feita para medicamentos constantes das padronizações nacionais, isto é, na RENAME, na relação de medicamentos de dispensação excepcional ou outras relações definidas pelo Ministério da Saúde. Segundo o projeto ainda, são vedados, para as 3 instâncias do SUS, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de

⁴⁷ O roteiro de perguntas que compuseram o questionário aplicado nas entrevistas está descrito no Anexo I

procedimentos experimentais, procedimentos ou implantação de órteses e próteses para fins estéticos ou a dispensação, pagamento, ressarcimento ou reembolso de medicamentos sem registro na ANVISA.

O Projeto de Lei N. 338/2007, de autoria do Senador Flávio Arns, propõe:

“Acrescenta Capítulo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

O capítulo proposto pelo Senador, refere-se à dispensação de medicamentos ou outros produtos de saúde.

De maneira diametralmente oposta ao projeto do Senador Tião Viana, explicita que o fornecimento destes insumos, segundo as Tabelas do SUS, não eximem o Poder Público do fornecimento de outros produtos não relacionados.

O Projeto, em uma de suas subseções, parece querer agilizar o processo de incorporação e exclusão de medicamentos e outros produtos de saúde nas Tabelas do SUS e a elaboração ou alteração de protocolos clínicos. Para tanto, institui um Conselho Nacional de Incorporação de Medicamentos e Produtos de Saúde – CNIM, que deve ser o responsável pela análise dos processos relativos a estas incorporações ou alterações segundo as *“necessidades sociais e clínicas em saúde”*. Propõe que este Conselho seja vinculado ao Ministério da Saúde, que seus membros sejam indicados pela Presidência da República e tenham mandatos de 2 (dois) anos. Esta proposta do Senador, relativa ao Conselho, possui semelhanças ora com a CITEC⁴⁸, comissão existente no Ministério da Saúde com o mesmo fim, ora com as Agências Reguladoras vinculadas ao Ministério da Saúde, como a Agência Nacional de Saúde - ANS e a Agência Nacional de Vigilância de Saúde - ANVISA.

Em outra subseção, específica para a dispensação de medicamentos e produtos de saúde não relacionados nas Tabelas e outras padronizações do SUS, determina que os mesmos devam ser fornecidos em 15 dias em casos de doenças não previstas nas Tabelas ou quando os medicamentos existentes não estejam surtindo efeito, comprovado por meio de atestado médico e laudo

⁴⁸ A PORTARIA Nº 3.323 DE 27 DE DEZEMBRO DE 2006 instituiu a CITEC - Comissão para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar

específico. Para fazer jus a esta modalidade de dispensação devem ser cumpridos alguns requisitos:

- existência de prescrição médica;
- existência de registro do medicamento na ANVISA ou declaração, por parte deste órgão regulador de que se trata de droga órfã, com registro na *Food and Drug Administration – FDA* dos Estados Unidos da América ou na *European Medicines Agency – EMEA*;
- laudo médico que ateste risco de vida ou seqüela grave.

Além disto, deve ser feita declaração médica de inexistência do medicamento ou de produto de saúde alternativo nas Tabelas do SUS ou haver registro no SUS de uso do medicamento ou produto de saúde similar constante da Tabela, bem como declaração médica ou comprovação por meio de exames de que o medicamento ou produto de saúde usado, não está sendo eficaz ao paciente para suprir a doença.

Este projeto de Lei, em que pese o esforço de tentar sistematizar e compatibilizar as inúmeras alternativas de solicitações de medicamentos parece não ter agradado aos gestores e ter tornado bastante complexo o processo de dispensação de medicamentos e de distribuição de outros produtos de saúde, tanto para gestores quanto para a população.

Embora o teor dos 2 (dois) projetos tenha profundas diferenças, o principal objetivo de ambos está relacionado a garantias diferenciadas de direito dos cidadãos à produtos de saúde, principalmente àqueles relacionados a assistência farmacêutica.

Se por um lado as modificações propostas podem representar uma tentativa de resposta legislativa a questões sociais extremamente relevantes, quer pela ampliação das despesas do Executivo para atender as demandas judiciais, quer pela preocupação de garantir o acesso da população a bens e serviços de saúde considerados necessários, a despeito de fazerem parte ou não das padronizações do Ministério da Saúde, por outro podem determinar grandes modificações no arcabouço jurídico do SUS.

A metodologia de pesquisa construída pretendeu que a análise combinada dos componentes qualitativo e quantitativo, isto é, a análise das percepções dos atores envolvidos com a operacionalização do SUS, relativas ao direito à saúde e a garantia do direito à saúde e a análise da natureza das demandas judiciais

chegadas aos gestores do SUS do Rio de Janeiro pudesse fornecer maiores subsídios para a identificação das questões que são objeto do presente estudo.

Capítulo 5 - Análise dos Resultados Obtidos

5.1 Componente Quantitativo

O componente quantitativo da pesquisa de campo foi realizado a partir da coleta e sistematização dos dados referentes às demandas judiciais por medicamentos que chegaram as Centrais de Mandados da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Excepcionalmente, devido à existência do NERJ, no estado, acessamos também as demandas que chegaram àquele órgão.

As dificuldades enfrentadas nesta etapa deveram-se, a despeito da existência das Centrais de Mandados, as diversas possibilidades de entrada dos processos judiciais, a indefinição dos fluxos internos destes processos em cada um dos órgãos pesquisados e a não padronização de registros dos mesmos.

Os resultados obtidos podem ser assim categorizados

- Descritivos:
 1. Identificação da natureza e quantificação dos pleitos oriundos do Poder Judiciário;
 2. Identificação da natureza dos expedientes/processos judiciais recebidos pelos gestores;
 3. Identificação e sistematização dos pleitos acolhidos pelos gestores;
 4. Dimensionamento dos recursos financeiros alocados para o cumprimento das demandas judiciais;
 5. Existência ou não de Políticas ou padronizações ministeriais referentes a distribuição dos medicamentos alvo de mandados ou liminares;
- Explicativos
 6. Inclusão ou não dos medicamentos alvo de processos judiciais nas políticas nacionais de assistência farmacêutica;
 7. Correlação dos medicamentos alvo de processos judiciais e de suas indicações clínicas;

Estes processos judiciais se apresentam como mandados de intimação, mandados de segurança, mandados de busca e apreensão, mandados de

citação, mandados de condução e apelações cíveis⁴⁹ e determinam aos gestores do SUS no estado, o fornecimento de medicamentos que vão desde os mais simples, que fazem parte da RENAME⁵⁰, como o AAS 100 mg até medicamentos importados como o Bosentan.

A maior parte destes processos determina o fornecimento de mais de um medicamento, uma vez que o documento em que se baseiam os juízes são as prescrições médicas, que podem conter diversos medicamentos.

5.1.1 – Núcleo do Ministério da Saúde do Estado do Rio de Janeiro - NERJ

A pequena demanda de processos judiciais observada no NERJ deve-se ao fato de se tratar de uma instituição federal, sobre a qual os órgãos estaduais não possuem, *a priori*, ascendência jurídica. Os processos contra a União, referentes a cidadãos do Rio de Janeiro, são exarados por Varas e Juizados Federais localizados no estado e encaminhados diretamente ao Ministério da Saúde⁵¹ para fornecimento ou gestões junto aos órgãos do Poder Judiciário Federal. Não nos foi possível dimensionar, no presente estudo, o volume de processos judiciais que chegam ao Ministério da Saúde em Brasília.

Os registros dos processos no NERJ são feitos em tabela do *word* contendo dados de identificação (a) dos processos, (b) dos medicamentos a que se referem, com as respectivas dosagens e usos e (c) dos réus.

Foram localizados, 132 processos judiciais relativos ao ano de 2006, referentes a 283 itens/determinações de medicamentos, totalizando a necessidade de fornecimento de 200 substâncias medicamentosas. Somente 03 processos foram originados de Varas de Fazenda Pública do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Os demais se originaram de Varas Federais ou de Juizados Especiais Federais no Estado.

⁴⁹ Ver glossário de termos jurídicos no Anexo II

⁵⁰ A RENAME é a composta por medicamentos essenciais. Segundo a OMS (2002), são chamados de medicamentos essenciais àqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população, sendo selecionados de acordo com sua pertinência para a saúde pública, a existência de evidências sobre sua eficácia, segurança e sua eficácia comparada aos custos. Além disso, enfatiza que devem estar disponíveis nos sistemas de saúde, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia da qualidade e informação adequada, ao preço que os pacientes e a comunidade possam pagar.

⁵¹ Estes processos são encaminhados para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

O padrão das sentenças, grosso modo, condenava coletivamente os 3 (três) entes, ou seja, União, estado e município, totalizando 189 solicitações, sendo a capital o município que esteve envolvido no maior nº de processos.

Do total de solicitações de medicamentos 82 determinavam o fornecimento exclusivamente à União e 04 ao Estado e a União. Em 8 das solicitações de medicamentos que deram entrada no NERJ, não houve registro dos réus e inferimos que tenha sido a própria União, totalizando assim 90 solicitações exclusivamente contra o gestor federal do SUS.

Chamou à atenção a existência de um mandado, procedente da 1ª. Vara Federal de Nova Friburgo, que determinava aos 03 entes a realização de transplante de célula tronco. Não ficou claro, por não ter havido consulta direta aos processos nem estar descrito nas fontes de dados do NERJ, se o município condenado foi o de Nova Friburgo, embora tenha sido este nosso entendimento.

Considerou-se, portanto, para efeito deste estudo, que sempre que um dos réus era o município, que a identificação seria feita pela localização do Juizado Especial ou a Vara Federal que demandou o processo ao NERJ. Assim, além de Nova Friburgo, identificou-se 05 processos onde o município condenado era São João de Meriti⁵² e 183 contra o município do Rio de Janeiro.

Quando efetuamos o cruzamento destes medicamentos com àqueles padronizados pela RENAME e pela Relação Nacional de Medicamentos Excepcionais, pode ser observado que 15 itens faziam parte da RENAME e em 12 deles foram demandados, além do Ministério da Saúde, também o município do Rio de Janeiro. Quanto aos medicamentos de dispensação excepcional, foram identificados 09 itens que demandaram ambos os gestores. Nas Tabelas abaixo se encontram discriminados os medicamentos identificados pertencentes à RENAME e a relação de medicamentos excepcionais e as suas principais indicações.

Foram destacados em negrito àqueles itens pertencentes à RENAME onde os entes demandados aos gestores municipal e federal.

⁵² Deram entrada no NERJ 08 processos oriundos de Varas ou Juizados Federais localizadas no município de São João de Meriti, sendo 03 processos contra a União exclusivamente. Os 07 processos oriundos de órgãos do Judiciário localizados em Niterói condenaram também, somente a União

Tabela 7 – Relação de Medicamentos alvo de Processos Judiciais recebidos pelo NERJ, pertencentes a RENAME - 2006

Medicamentos RENAME	Indicação terapêutica
amprenavir	Antiviral
anastrozol	Adjuvante da terapia antineoplásica
anfotericina B	Antifúngico
captopril	Antihipertensivo
carbamazepina	Anticonvulsivante
clonazepam	Anticonvulsivante
espironolactona	Diurético, antihipertensivo
hidroclorotiazida	Diurético, antihipertensivo
omeprazol	Anti-secretor digestivo
paracetamol	Analgésico não opióide, antiespasmódico, antiinflamatório e antigotoso
pentamidina	Antiparasitário, Leishmaniose
ranitidina	Anti-secretor digestivo
sinvastatina	Hipolipemiante
talidomida	Imunossupressor, Hanseníase
timolol	Miótico e antiglaucomatoso

Tabela 8 – Relação de Medicamentos Excepcionais alvo de Processos Judiciais recebidos pelo NERJ - 2006

Medicamentos Excepcionais	Indicação terapêutica
Budesonida	Anti-asmático
Gabapentina	Anti-epilético
Goserelina	Análogo LHRH
Pravastatina	Hipolipemiante
Sinvastatina	Hipolipemiante
Quetiapina	Anti-psicótico
Risperidona	Anti-psicótico
Ribavirina	Anti-viral
Rivastigmina	Doença de Alzheimer

As demais demandas por substâncias medicamentosas corresponderam a:

- (a) medicamentos estratégicos⁵³, cuja dispensação é de responsabilidade do gestor federal;
- (b) medicamentos com mesmos princípios ativos dos padronizados pelas Políticas Nacionais, cuja determinação de fornecimento atendia a prescrição de um nome comercial, como por exemplo o Lipitor. A

⁵³ São considerados estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenha protocolo e normas estabelecidas e que tenham impacto sócio-econômico. Entre estes programas podemos citar: Tuberculose, Hanseníase, Endemias Focais, DST/Aids e Sangue e Hemoderivados. Os medicamentos têm a aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e são repassados para os Estados. As secretarias estaduais têm a responsabilidade de fazer o armazenamento e distribuição aos municípios

Fonte: Ministério da Saúde

substância medicamentosa é a Atorvastatina, que faz parte da relação de medicamentos excepcionais;

- (c) medicamentos importados, sem registro na ANVISA. No presente estudo, só se conseguiu identificar estes medicamentos quando, nos arquivos acessados, havia este registro, como ocorreu com substâncias como o Bosentan e o Tipranavir.
- (d) outros medicamentos que não fazem parte das padronizações e que podem corresponder a substâncias novas, já registradas na ANVISA e que devem ser analisadas pela CITEC para serem incorporados ou não às políticas de assistência farmacêutica..

Lamentavelmente, não nos foi possível categorizar todos os medicamentos por não termos tido acesso ao banco de registros de medicamentos da ANVISA.

5.1.2 Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro e o Estado encontram-se em processo de reorganização para a recepção das demandas judiciais de medicamentos. Recentemente, a partir de resolução conjunta da SESDEC/RJ e SMS/RJ foram unificadas as Centrais de Mandados dos gestores do SUS do Rio de Janeiro⁵⁴. Deram entrada na Central de Mandados da SESDEC/RJ, durante os 12 meses de 2006, 2.608 processos judiciais contra o gestor estadual, referentes a 2.714 solicitações de medicamentos.

Na Central de Mandados existe um programa de informática para registro de processos judiciais, desenvolvido por empresa de tecnologia de informações terceirizada, que conta com módulo de cadastro de pacientes e para acompanhamento dos processos. No entanto, as dificuldades relativas aos fluxos, inexistência de padrões de inserção de dados e de digitação surgem aqui de forma mais evidente.

Nos arquivos repassados pela SESDEC/RJ relativos à entrada dos processos não havia registro dos medicamentos a que se referiam os mandados judiciais. Conseguiu-se, a partir do cruzamento destes processos com àqueles que deram entrada também na SMS/RJ e no NERJ, identificar 2.000 itens solicitados.

⁵⁴ Resolução Conjunta N 36 SESDEC/RJ e SMS/RJ de 17/07/2007 – Unifica Centrais de Mandados Judiciais.

Foram encontrados vários processos que envolviam o gestor estadual e algum dos municípios do estado do Rio de Janeiro, isto é, foram considerados como réus, pelo Poder Judiciário, os 2 entes. Envolvendo o município do Rio de Janeiro foram identificados 1896 processos o que representa 72,7% do total de processos chegados ao Estado⁵⁵. Curiosamente, 1 dos processos judiciais envolvia, coletivamente, além do Estado, 2 gestores municipais – Niterói e São Gonçalo, respectivamente.

Embora este estudo tenha se restringido a coleta de dados das demandas chegadas às Secretarias de Estado do Rio de Janeiro e da capital, pode-se perceber que também outros gestores municipais do estado são responsabilizados pelo não atendimento da totalidade de demandas por medicamentos que chegam ao Poder Judiciário, uma vez que, na tabela abaixo, podemos identificar que 29,34% dos municípios do Rio de Janeiro⁵⁶ foram réus, juntamente com o Estado, de pelo menos, um processo judicial de saúde, no ano de 2006.

Tabela 9 – Municípios do Estado do Rio de Janeiro réus de processos judiciais no período estudado

Numeração	Entes envolvidos	N.º de Processos
1	Estado e Rio de Janeiro	1896
2	Estado e Itaperuna	07
3	Estado e Duque de Caxias	06
4	Estado e Campos dos Goytacazes	33
5	Estado e Maricá	19
6	Estado e Saquarema	01
7	Estado e Niterói	25
8	Estado e São Gonçalo	33
9	Estado e Guapimirim	02
10	Estado e Nova Iguaçu	07
11	Estado e São João de Meriti	08
12	Estado e Bom Jesus de Itabapoana	11
13	Estado e Itatiaia	01

⁵⁵ Em que pese o fato de termos trabalhado com o mesmo período por apenas 9 meses do ano de 2006, já que por problemas operacionais, como citado da descrição da metodologia, os dados do município foram coletados de abril de 2006 a março de 2007. Os dados do NERJ e do Estado referem-se aos 12 meses de 2006.

⁵⁶ O Estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios.

14	Estado e Nova Friburgo	30
15	Estado e Belford Roxo	20
16	Estado e Mangaratiba	02
17	Estado e Paracambi	01
18	Estado e Nilópolis	01
19	Estado e Parati	02
20	Estado e Miracema	01
21	Estado e Resende	02
22	Estado e Arraial do Cabo	01
23	Estado e São Pedro da Aldeia	04
24	Estado e Magé	06
25	Estado e Paraíba do Sul	01
26	Estado e Angra dos Reis	01
27	Estado e Conceição de Macabu	01
28	Estado e União	01

Verificou-se, dentre os processos que deram entrada na Central de Mandados Estadual, uma Ação Civil Pública encaminhada pelo MP Federal e 7 Ações Conjuntas⁵⁷ contra o Estado.

O gestor estadual referiu o atendimento de 323 processos relativos a 738 solicitações de medicamentos atendidas, totalizando o fornecimento de 127 substâncias medicamentosas.

Dentre as substâncias medicamentosas fornecidas pelo gestor estadual, 37 pertencem a RENAME, como Insulina regular e NPH e 20 foram medicamentos excepcionais, como o Interferon peguilado. Também foram fornecidos medicamentos importados pelo gestor estadual.

Na Tabela abaixo se encontram discriminadas as substâncias medicamentosas identificadas, pertencentes à RENAME e a relação de medicamentos excepcionais e as principais indicações para estas substâncias.

⁵⁷ Esta foi a terminologia assinalada no campo de observações das entradas dos processos, embora o termo apropriado, juridicamente definido, fosse ação coletiva.

Tabela 10 – Relação de Medicamentos alvo de Processos Judiciais recebidos pela SESDEC/RJ, pertencentes a RENAME - 2006

Medicamentos RENAME	Indicações Terapêuticas
acetazolamida	Miótico e antiglaucomatoso
pilocarpina, cloridrato ou nitrato	Miótico e antiglaucomatoso
ácido acetilsalicílico	Antiplaquetário, Antianginoso, Antiinflamatório não esteróide
dipirona de sódio	Analgésico, anti-espasmódico, antiinflamatório
paracetamol	Analgésico não opióide
amiodarona	Antiarrítmico
captopril	Antihipertensivo
enalapril	Antihipertensivo
metoprolol, tartarato	Antihipertensivo, Bloqueador adrenérgico
mononitrato de isossorbida	Antianginoso
nifedipina	Antihipertensivo, antianginoso
propranolol, cloridrato	Antiarrítmico, antihipertensivo
ácido fólico	Vitamina, antianêmico
alopurinol	Antigotoso
amitriptilina, cloridrato	Antidepressivos e antimaníacos
fluoxetina	Antidepressivos e antimaníaco
nortriptilina, cloridrato	Antidepressivo e antimaníaco
clomipramina, cloridrato	Antipsicótico
carbamazepina	Anticonvulsivante
fenitoína de sódio	Anticonvulsivante
fenobarbital	Anticonvulsivante
diazepam	Anticonvulsivante, ansiolítico, hipnótico, anestésico
prometazina, cloridrato	Hipnótico, ansiolítico, antiemético, antihistamínico
claritromicina	Antiinfeciosos, anti-bacterianos
glibenclamida	Agente antidiabético
metformina, cloridrato	Insulinas e outros agentes antidiabéticos
insulina humana NPH	Insulina e outros agentes antidiabéticos
Insulina humana regular	Insulina e outros agentes antidiabéticos
ranitidina	Anti-secretor digestivo
salbutamol, sulfato	Medicamento que atua na contratilidade uterina
pirimetamina	Antiparasitário, Toxoplasmose
sulfadiazina	Sulfa e anti-séptico urinário, Toxoplasmose:
hidroxiuréia	Antineoplásico
prednisona	Adjuvante da terapia antineoplásica, antiinflamatório esteróide
lidocaína, cloridrato	Anestésico local
tamoxifeno, citrato	Hormônio sexual e antagonistas, adjuvante de terapias antineoplásica

Chama a atenção também aqui à existência de processos judiciais determinando o fornecimento de substâncias medicamentosas que possuem similares nas relações nacionais de medicamentos e que, por determinação judicial não foi possível ser feita à substituição, como foi verificado numa sentença para busca de Norfloxacino, quando na RENAME encontra-se padronizado o Ciprofloxacino.

Tabela 11 – Relação de Medicamentos Excepcionais alvo de Processos Judiciais recebidos pela SESDEC/RJ - 2006

Medicamentos Excepcionais	Indicações Terapêuticas
Atorvastatina	Hipolipemiante
Pravastatina	Hipolipemiante
Sinvastatina	Hipolipemiante
Biperideno	Anti-Parkinsoniano
Pramipexol	Anti-Parkinsoniano
Bromidrato de Fenoterol aerosol	Anti-asmático
Budesonida	Anti-asmático
Fumarato de Formoterol	Anti-asmático
Gabapentina	Anti-epiléticos
Risperidona	Anti-psicóticos
Rivastigmina	Doença de Alzheimer
Hidróxido de Ferro Endovenoso	Antianêmicos
Octreotida	Deficiências Hematopoiéticas
Imunoglobulina Humana Intravenosa	Imunoterápicos
Infliximab	Imunomoduladores/Imunossupressores
Metotrexato	Imunomoduladores/Imunossupressores
Mesalazina	Antiinflamatórios Intestinais
Interferon Alfa - Peguilado	Hepatite Viral Crônica C
Cabergolina	Inibidores de Prolactina
Ribavirina	Antiviral

Nesta relação de solicitações atendidas pela SESDEC/RJ, verificou-se que a substância medicamentosa Mesalazina, que surgiu em diversos processos que deram entrada no NERJ e nas Centrais de Mandados Estadual e Municipal com a observação de “medicamento importado”, já faz parte da relação de medicamentos de dispensação excepcional publicada na Portaria GM/MS nº 2.577, de 27 de outubro de 2006, que regulamentou o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional da Assistência Farmacêutica – CMDE.

Esta nos parece uma evidência de que o Executivo da saúde, de alguma forma, vem acatando as demandas mais recorrentes ou impactantes, oriundas do Judiciário, seja pelo reconhecimento da eficácia de uma determinada incorporação tecnológica, seja pela pressão social por elas representada ou ainda, devido as duas situações.

Lamentavelmente não tivemos acesso aos gastos da SESDEC/RJ para assegurar o fornecimento dos itens descritos anteriormente.

Nos arquivos que nos disponibilizaram, constam apenas algumas observações sobre a aquisição de medicamentos alvo de demandas judiciais com recursos financeiros de Unidades próprias estaduais.

TABELA 12 – Recursos Federais Transferidos para a SESDEC/RJ

BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ESTADUAL - 2006	
PROGRAMA PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A SAÚDE MENTAL	
Valor Repassado	R\$ 1.876.220,76
PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS	
Valor Repassado	R\$ 57.707.953,92
TOTAL REPASSADO	R\$ 59.584.174,68

Considerou-se conveniente a atenção para o total de recursos federais transferidos ao gestor estadual para o custeio do Bloco de Assistência Farmacêutica, particularmente os medicamentos de dispensação excepcional.

5.1.3 – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

A despeito do componente quantitativo da pesquisa ter se voltado, pelos motivos anteriormente descritos, para os processos judiciais relativos ao fornecimento de medicamentos, a SMS/RJ disponibilizou o consolidado dos gastos do Fundo Municipal de Saúde referentes ao cumprimento da totalidade de mandados judiciais recebidos no ano de 2006. Os gastos relativos a aquisição de medicamentos representaram 77,37% do total despendido pela SMS/RJ.

Tabela 13 - Segmentação de gastos com mandados judiciais - 2006

Gastos	Valor	%
Medicamentos	8.311.016,55	77,37
Glicosímetro e insumos afins	855.046,63	7,96
Material cirúrgico	579.833,40	5,40
Leite	995.251,83	9,27
Total	10.741.148,41	100,00

Fonte: SMS/RJ

A descrição dos gastos acima, reforça a necessidade do aprofundamento do estudo e das discussões acerca das demandas judiciais na saúde, seus determinantes e natureza, e, das políticas setoriais de incorporação tecnológica e de financiamento do setor, uma vez que o montante de recursos financeiros

despendidos, sem previsão orçamentária, parece estar trazendo grandes dificuldades para a gestão financeira do SUS.

A Central de Mandados de Medicamentos do município, somente em março de 2006 passou a registrar, de forma informatizada, as informações relativas aos processos judiciais recebidos relativos ao fornecimento de substâncias medicamentosas.

Os dados coletados para o estudo encontravam-se arquivados em pastas mensais, contendo fichas individuais em *word*, onde constam informações de identificação dos pacientes, dos processos judiciais e dos medicamentos solicitados. Devido ao grande n.º de dados a serem registrados e da inexistência de um programa desenvolvido para este fim, foram observados diversos erros de digitação que comprometem, por vezes, a identificação da(s) substância(s) medicamentosa(s) alvo dos processos.

Não existe uma padronização da entrada de dados e tão pouco parecem estar definidas quais seriam as observações de maior relevância para o gestor.

A diversidade de formas com que estas observações são descritas e a ausência de padronização dos itens a serem ressaltados sugere que as mesmas sejam resultado de iniciativas individuais, oriundas da prática dos servidores que atuam no setor. No entanto, foi nesta instância de gestão que se pode colher o maior n. de informações sobre o tema pesquisado.

O número de processos judiciais de medicamentos que chega mensalmente a Central, contra o gestor municipal, é, em média, de 575 processos.

Observamos que no mês de março de 2006 foram registradas apenas 380 solicitações de medicamentos, muito aquém dos demais meses informados, motivo pelo qual optamos por trabalhar com os registros de abril de 2006 à março de 2007, cujos dados nos pareceram mais consistentes.

Neste período, deram entrada na Central, 6.898 processos judiciais, totalizando 22.036 solicitações de medicamentos, distribuídas conforme tabela abaixo:

Tabela 14 – Entradas de Processos Judiciais na Central de Mandados do Município do Rio de Janeiro

Mês/Ano	Processos Judiciais	N. de medicamentos
Abril/2006	535	1736
Mai/2006	677	2438
Junho/2006	593	1931
Julho/2006	733	2351
Agosto/2006	704	2318
Setembro/2006	494	1487
Outubro/2006	587	1796
Novembro/2006	587	1879
Dezembro/2006	301	1574
Janeiro/2007	585	2053
Fevereiro/2007	525	1538
Março/2007	301	935

Em muitos processos verificou-se a advertência formal do Judiciário sobre a impossibilidade de substituição dos medicamentos prescritos por similares, ficando explícito que tais medidas visam o atendimento irrestrito as prescrições médicas.

Abaixo algumas transcrições das observações existentes nos arquivos da SMS/RJ:

- *“A declaração do médico pede que seja a marca citada”;*
- *“na receita consta uma observação onde diz que não há substitutos”;*
- *“segundo a parte não pode ser substituído por outra marca (Medicação importada: Mesalazina)”*
- *“O autor teve um deferimento do Juiz obrigando o município a fornecer os medicamentos ininterruptamente. Ele está solicitando os medicamentos para três meses pois o mesmo vai se submeter a um tratamento experimental”.*

No entanto, verificou-se uma observação que nos pareceu demonstrar uma preocupação pessoal do Juiz que deferiu a sentença, com as definições do Executivo da Saúde.

“A busca manda fornecer apenas os medicamentos que constam no receituário do SUS”.

Foi observado que, para muitos dos processos, são arbitradas multas pelo não fornecimento dos medicamentos alvo das demandas judiciais. Identificou-se 1.688 itens, correspondentes a 449 processos, cujos valores das multas aplicadas, independente de estar relacionada a um medicamento essencial ou importado, variaram de R\$100,00 (cem reais) à R\$44.000,00 (quarenta e quatro mil reais), como, por exemplo, as multas aplicadas pelo não fornecimento da risperidona, que faz parte da RENAME e atorvastatina, classificada como medicamento excepcional, respectivamente.

Transcrevemos na Tabela abaixo, por considerarmos importante destacar pelo grande volume de recursos envolvidos, os itens que fazem parte de um dos processos judiciais identificados contra o município do Rio de Janeiro.

Tabela 15 – Substâncias medicamentosas alvo das maiores multas aplicadas ao Executivo Municipal

Substâncias	Valor da Multa diária
ÁCIDO URSODESOXICOLICO	R\$ 44.000,00
COLCHICINA*	R\$ 44.000,00
ATORVASTATINA **	R\$ 44.000,00
COMPLEXO POLIVITAMINICO	R\$ 44.000,00
FLUOXETINA*	R\$ 44.000,00
BROMOPRIDA	R\$ 44.000,00
EXTRATO VALERIANA OFFICINALIS L.,	R\$ 44.000,00
DIMETICONA	R\$ 44.000,00

* Medicamentos que fazem parte da RENAME

**Medicamento Excepcional

Foram identificados 82 mandados judiciais relativos a medicamentos importados sendo que mesmo nestes, podem ser verificadas aplicações de multas diárias.

Outro ponto observado ainda, em relação às multas, é que elas tanto podem ser aplicadas ao Executivo da Saúde, representado pelo Secretário Municipal de Saúde ou nominalmente ao cidadão que ocupa o cargo de Secretário Municipal (multa pessoal).

Segundo informações obtidas junto a Juíza do Tribunal de Justiça do Estado que concedeu a entrevista que consta do componente qualitativo deste estudo, as multas diárias aplicadas ao Executivo, isto é, a pessoa jurídica da Secretaria Municipal de Saúde, são pagas em juízo e repassadas ao autor do processo, sob a alegação de que, com estes recursos, o indivíduo pode adquirir os medicamentos alvo do processo. Quando a multa é aplicada diretamente ao

indivíduo que ocupa o cargo de Secretário de Saúde, isto é, quando a multa é aplicada a uma pessoa física, o pagamento deve ser feito aos cofres do TJ, sob pena de ser inscrito na dívida ativa, o CPF do Secretário citado. Naquelas multas em que é arbitrado prazo de cumprimento, é possível que, ao ser expirado o prazo determinado sem o cumprimento do fornecimento da(s) substância(s) em questão, o representante do Poder Judiciário determine o seqüestro dos recursos financeiros correspondentes do Fundo de Saúde, seja ele municipal, estadual ou federal.

Os critérios utilizados pelo Poder Judiciário para a aplicação destas multas, quer seja pelo valor atribuído quer pela seleção de itens verificada, não puderam ser identificados.

Por outro lado, o n.º de multas variou muito a cada mês, observando-se desde a ausência delas, como aconteceu no mês de abril de 2006 como o registro de 319 multas diárias, ocorrido em julho do mesmo ano. Não se pode inferir se o fato está relacionado ao não registro por parte do servidor que alimentou os dados em determinado período ou a inexistência de um padrão de inserção de dados.

De qualquer forma, este seria um ponto importante a ser elucidado na medida em que, para o cálculo do total de recursos financeiros despendidos para o cumprimento dos mandados judiciais é necessário conhecer não só os valores gastos na aquisição dos medicamentos como também o total de recursos utilizados para o pagamento das multas aplicadas para cada item.

Não foi possível identificar os processos judiciais que representaram, efetivamente, desembolso financeiro para o gestor municipal, uma vez que não foi evidenciado nenhum mecanismo formal de articulação entre a Central de Mandados e o setor de compras da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O registro dos itens adquiridos para cumprimento dos mandados judiciais é feito a partir das notas fiscais de compra discriminadas por substância medicamentosa. Estes itens são classificados pela SMS segundo a responsabilização pela assistência farmacêutica de cada nível de governo, pactuado entre os gestores do SUS.

Assim, foram observados 04 tipos de categorias de medicamentos:

- (a) os municipais, que são da rede básica e que constam da REMUME⁵⁸ ;
- (b) os estaduais, que são os medicamentos excepcionais⁵⁹;
- (c) os federais, que são os medicamentos estratégicos ou de alto custo e, por último,
- (d) os da “zona indefinida”, como foram classificados pelo gestor municipal, que agrega àqueles que não se encontram inseridos em nenhuma das políticas nacionais de assistência farmacêutica e onde se encontram os medicamentos importados, por exemplo.

O total de gastos gerados pelos mandados judiciais, devido a medicamentos, contra o gestor municipal no ano de 2006 foi de R\$ 8.311.016,06 (oito milhões trezentos e onze mil e dezesseis reais e seis centavos) e 28% destes recursos foram aplicados na aquisição de medicamentos excepcionais, que são de responsabilidade dos estados, conforme as Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica.

Tabela 16 - Mandados Judiciais 2006- Gastos da SMS/RJ

Classificação dos Medicamentos	Valores Gastos R\$	Percentual
Municipal Rede Básica	92.919,69	1%
Estadual Medicamentos Excepcionais	2.366.792,26	28%
Federal Alto Custo	460.558,26	6%
Zona Indefinida	5.390.745,85	65%
Total	8.311.016,06	100,00

⁵⁸ Existe uma Relação Municipal de Medicamentos padronizada pela SMS/RJ – a REMUME, que possui um nº de itens superior aos da Relação Nacional - RENAME

⁵⁹ O Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional iniciou em 1982, sendo responsável por disponibilizar medicamentos para o tratamento de doenças específicas, que atingem um número limitado de pacientes, os quais na maioria das vezes utilizam-nos por períodos prolongados. Algumas das condições de utilização destes medicamentos englobam: Doença de Gaucher, Doença de Parkinson, Alzheimer, Hepatites B e C, pacientes renais crônicos, transplantados, portadores de asma grave, anemia, dentre outras

Fonte: Ministério da Saúde

Os recursos despendidos pelo gestor municipal para cumprimento dos mandados judiciais corresponderam a 42,87% dos recursos federais transferidos ao município para o Bloco de Assistência Farmacêutica, conforme Tabela abaixo.

Tabela 17 – Recursos Federais Transferidos à SMS/RJ

BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - COMPONENTE BÁSICO 2006	
Medicamentos dos grupos de Asma e Rinites	
Valor Repassado	R\$ 4.311.621,81
Medicamentos dos grupos de Hipertensão e Diabetes	
Valor Repassado	R\$ 5.219.331,66
Programa de Assistência Farmacêutica Básica	
Valor Repassado	R\$ 9.857.233,68
TOTAL REPASSADO	R\$ 19.388.187,15

Fonte: Fundo Nacional de Saúde/MS

Identificaram-se, a partir do cruzamento dos medicamentos demandados com as relações de medicamentos padronizados pelo SUS, quais as substâncias demandadas pelos processos judiciais que fazem parte da RENAME e as que se configuram como medicamentos excepcionais, assim como suas indicações. Fazem parte da RENAME 86 substâncias e 54 são medicamentos excepcionais.

Tabela 18 – Relação de Medicamentos alvo de Processos Judiciais recebidos pela SMS/RJ, pertencentes a RENAME, no período estudado

Medicamentos RENAME	Indicação
acetazolamida	Miótico e antiglaucomatoso
acetilcisteína	Intoxicação exógena
aciclovir	Antiviral
ácido acetilsalicílico	Antiplaquetário, Antianginoso, Antiinflamatório não esteróide
ácido fólico	Vitamina, antianêmico
ácido valpróico	Anticonvulsivante
albendazol	Parasitose intestinal
alopurinol	Antigotoso
amiodarona	Antiarrítmico
amoxicilina	Antibacteriano
anastrozol	Adjuvante da terapia antineoplásica
atorvastatina	Hipolipemiante
azatioprina	Adjuvante da terapia antineoplásica
bicarbonato de sódio	Reposição hidroeletrólítica parenteral, intoxicação exógena
cabergolina	Hormônio hipofisário
calcitriol	Vitamina
captopril	Antihipertensivo

carbamazepina	Anticonvulsivante
cetoconazol	Antifúngico
ciclofosfamida	Antineoplásico
ciclosporina	Adjuvantes da terapia antineoplásica
clomipramina, cloridrato	Antidepressivos, antimaníaco, hipnótico, ansiolítico
clonazepam	Anticonvulsivante
cloreto de sódio	Nutrição e reposição hidroeletrólítica parenteral
clorpromazina, cloridrato	Antipsicótico
colchicina	Antigotoso
dapsona	Antiparasitário
desmopressina, acetato	Hormônio hipofisário
dexametasona	Antiinflamatório
diazepam	Anticonvulsivante, ansiolítico, hipnótico, anestésico
didanosina	Antiviral
digoxina	Cardiotônico
dinitrato de isossorbida	Antianginoso
enalapril	Antihipertensivo
eritropoetina humana recombinante	Antianêmico
espiramicina	Toxoplasmose
espironolactona	Diurético, antihipertensivo
estavudina	Antiviral
estriol	Hormônio sexual
estrogênios conjugados	Hormônio sexual
exemestano	Adjuvante da terapia antineoplásica
fenobarbital	Anticonvulsivante
fluconazol	Antifúngico
fluoxetina	Antidepressivos e antimaníaco
furosemida	Diurético
glibenclamida	Agente antidiabético
haloperidol	Antipsicótico
hidroclorotiazida	Antihipertensivo, diurético
hidroxiuréia	Antineoplásico
ibuprofeno	Antiinflamatório não estereóide
insulina humana NPH	Insulina e outros agentes antidiabéticos
Insulina humana regular	Insulina e outros agentes antidiabéticos
lactulose	Laxativo
mercaptapurina	Antineoplásico
metildopa	Antihipertensivo
metronidazol	Parasitoses intestinais, antimicrobiano, antiinfecioso tópico
miconazol, nitrato	Antiinfecioso tópico
midazolam	Hipnótico, ansiolítico
mononitrato de isossorbida	Antianginoso
nevirapina	Antiviral
nifedipina	Antianginoso, antihipertensivo, antiarrítmico
nistatina	Antifúngico
nitrofurantoína	Antibacteriano
nortriptilina, cloridrato	Antidepressivo e antimaníaco
ofloxacina	Hanseníase
omeprazol	Anti-secretor digestivo
paclitaxel	Antineoplásico
paracetamol	Analgésico não opióide
penicilamina	Intoxicação exógena

piridostigmina, brometo	Anestésico
pirimetamina	Antiparasitários
prednisona	Adjuvante da terapia antineoplásica, anti-inflamatório esteróide
prometazina, cloridrato	Hipnótico, ansiolítico, antiemético, antihistamínico
ranitidina	Anti-secretor digestivo
salbutamol, sulfato	Medicamento que atua na contratilidade uterina
selegilina	Antiparkinsoniano
sinvastatina	Hipolipemiante
sulfadiazina	Sulfa e anti-séptico urinário, Toxoplasmose:
sulfametoxazol + trimetoprima	Sulfa e anti-séptico urinário
sulfasalazina	Sulfa e anti-séptico urinário
talidomida	Hanseníase
testosterona	Hormônio sexual e antagonista
timolol	Miótico e antiglaucomatoso
tropicamida	Agente para diagnóstico oftalmológico
valproato de sódio	Anticonvulsivante
verapamil, cloridrato	Antianginoso, antihipertensivo, antiarrítmico

Tabela 19 – Relação de Medicamentos Excepcionais alvo de Processos Judiciais recebidos pela SMS/RJ no período estudado

Medicamentos Excepcionais	Indicação
Acetato de Desmopressina	DIABETES INSIPIDUS
Acitretina	ANTI PSORIÁTICOS
Budesonida	ANTI-ASMÁTICOS
Calcitriol	ANTIHIPOCALCÊMICOS
Acetato de Leuprolida	ANÁLOGOS LHRH
Goserelina	ANÁLOGOS LHRH
Biperideno	ANTI –PARKINSONIANOS
Levodopa	ANTI –PARKINSONIANOS
Pramipexol	ANTI –PARKINSONIANOS
Selegilina	ANTI –PARKINSONIANOS
Tolcapone	ANTI –PARKINSONIANOS
Donepezil	DOENÇA DE ALZHEIMER
Rivastigmina	DOENÇA DE ALZHEIMER
Atorvastatina	ESTATINAS;HIPOLIPEMIANTE
Pravastatina	ESTATINAS;HIPOLIPEMIANTE
Sinvastatina	ESTATINAS;HIPOLIPEMIANTE
Hidroxiuréia	DOENÇA FALCIFORME
Octreotida	DEFICIÊNCIAS HEMATOPOÉTICAS
Hidróxido de Ferro Endovenoso	ANTIANÊMICOS
Eritropoetina Humana Recombinante	ANTIANÊMICOS HORMONAIIS
Fludrocortisona	OUTROS HORMÔNIOS
Bromocriptina	INIBIDORES DE PROLACTINA
Cabergolina	INIBIDORES DE PROLACTINA
Azatioprina	IMUNOMODULADORES/IMUNOSSUPRESSORES
Ciclosporina	IMUNOMODULADORES/IMUNOSSUPRESSORES
Cloroquina	IMUNOMODULADORES/IMUNOSSUPRESSORES
Infliximab	IMUNOMODULADORES/IMUNOSSUPRESSORES
Leflunomide	IMUNOMODULADORES/IMUNOSSUPRESSORES
Metotrexato	IMUNOMODULADORES/IMUNOSSUPRESSORES
Micofenolato Mofetil	IMUNOMODULADORES/IMUNOSSUPRESSORES
Tacrolimus	IMUNOMODULADORES/IMUNOSSUPRESSORES

Clozapina	ANTI PSICÓTICOS
Olanzapina	ANTI PSICÓTICOS
Quetiapina	ANTI PSICÓTICOS
Risperidona	ANTI PSICÓTICOS
Ziprasidona	ANTI PSICÓTICOS
Deferoxamina	QUELANTES DO FERRO
Penicilamina	OUTROS QUELANTES
Dornase Alfa	FIBROSE CÍSTICA
Gabapentina	ANTIEPILÉTICOS
Lamotrigina	ANTIEPILÉTICOS
Topiramato	ANTIEPILÉTICOS
Vigabatrina	ANTIEPILÉTICOS
Imunoglobulina da Hepatite B	IMUNOTERÁPICOS
Imunoglobulina Humana Intravenosa	IMUNOTERÁPICOS
Interferon Beta 1a	ESCLEROSE MÚLTIPLA
Interferon Beta 1b	ESCLEROSE MÚLTIPLA
Riluzol	ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA
Lamivudina	ANTIVIRAIS
Ribavirina	ANTIVIRAIS
Levotiroxina Sódica	HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO
Mesalazina	ANTI INFLAMATÓRIOS INTESTINAIS
Sulfassalazina	ANTI INFLAMATÓRIOS INTESTINAIS
Metilprednisolona	ANTI INFLAMATÓRIOS

Esta transferência de responsabilidade pela aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais, determinada pelo Poder Judiciário, representa um grande redirecionamento de recursos financeiros municipais, que pode estar levando prejuízo à população no que diz respeito ao cumprimento, pelo gestor municipal, de ações básicas de saúde, de sua inteira responsabilidade. Também aqui, pela pouca articulação entre os setores encarregados pela gestão do cuidado e pela gestão financeira da SMS não foi possível identificar as ações programáticas de saúde prejudicadas.

5.2 - Componente Qualitativo

Embora todas as entidades/instituições tenham sido contatadas, conseguimos realizar diretamente, 17 entrevistas.

A Associação dos Magistrados do Brasil - AMB, devido à mudança de sua Diretoria, ocorrida no mês de dezembro de 2007, declarou seu interesse sobre o tema, mas solicitou que enviássemos as perguntas por *email*, garantindo sua participação e mantendo os prazos da pesquisa. As respostas retornaram também por *email* e o termo de consentimento foi encaminhado por seu vice-presidente de Cidadania, via Correio.

O Presidente da OAB, seccional Rio de Janeiro nos recebeu, assinou o Termo de Consentimento, porém, ao conhecer o teor das perguntas julgou que o tema deveria ser melhor refletido internamente e preferiu elaborar, por escrito, as respostas. Não conseguimos obter o documento de resposta até a conclusão deste trabalho.

Os representantes do Legislativo foram todos contatados e embora tenhamos estado pessoalmente com o Presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Vereadores, o mesmo optou por encaminhar suas respostas por escrito, via *email*, deixando de responder as duas últimas questões, referentes as propostas de alteração da Lei 8080. Segundo sua assessoria, não foi possível ao Vereador responder devido à necessidade de estudo sobre a matéria, o que não ocorreu por falta de tempo.

A representante da Subcomissão de Saúde do Congresso Nacional, com quem estivemos pessoalmente, e o Presidente da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa tiveram acesso às perguntas via *email*, conforme suas solicitações. Até a conclusão da pesquisa, não nos chegaram suas respostas.

Procedemos à análise, portanto, das percepções de 17 dos 20 atores chave identificados inicialmente, o que correspondeu a 85% das nossas expectativas iniciais.

Todas as autoridades contatadas mostraram-se extremamente preocupadas e envolvidas com o tema e sem dúvida, sem a adesão das mesmas, não nos teria sido possível a realização deste trabalho.

5.2.1 – Respostas das Entrevistas

Pergunta1 - Em sua concepção, o que é saúde?

De maneira geral, todos os entrevistados entendem saúde de forma ampla. Vários deles citam o conceito da OMS:

“É um completo estado de bem estar físico, social e mental e não a apenas ausência de enfermidades”

A representação dos usuários dos Conselhos de Saúde e o Ministério Público reforçam a saúde como direito constitucional, de responsabilidade do Poder Executivo. O Ministério Público explicita o entendimento de que o texto constitucional assegura ao cidadão o direito aos serviços de saúde e não à saúde propriamente dita:

“Saúde é um direito fundamental, disciplinado na Constituição e que pode ser exigido do Estado. Então, não é um direito que cada um tem de ter saúde, mas sim do direito ao serviço de saúde”.

“É um conceito inter-setorial relacionado a outros direitos sociais e econômicos para garantia do direito à saúde. E acho que muito em função disso a gente não dá conta de fazer tudo que precisaria”.

Interessante observar que, devido a amplitude do conceito e da existência de múltiplas determinantes que estão para além das questões inerentes ao setor, *“strictu senso”*, a representante da SESDEC/RJ entende que estas podem ser as justificativas para o fato do executivo da saúde não dar conta das inúmeras necessidades que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde.

O Presidente da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores complementa *“(...) não podemos deixar de reconhecer que a questão social tem relação direta com a qualidade de vida, que influencia significativamente a saúde da população”.*

A Defensoria Pública relata que saúde *“são todas as medidas que garantam a sobrevivência, o bem estar de determinada pessoa”, dando um cunho de direito individual à saúde.*

Singular a observação da Procuradoria de que o conceito de saúde *“não designa um instituto jurídico do direito”, representando “uma construção de todos os segmentos da sociedade”.*

Partindo-se desta construção pode ser entendida a existência de diferentes concepções de saúde, decorrentes das transformações sociais ocorridas no país e no mundo, ao longo do tempo.

A AMB coloca sua concepção de saúde como *“não doença”* e a necessidade de incorporação tecnológica em tempo real – *“o princípio constitucional garantidor de tal direito impõe ao Estado garantir a todos os seres, na doença, o direito de um tratamento efetivo e de acordo com o momento tecnológico da medicina”.*

Esta concepção, de certo modo, corrobora a posição do MP, do direito assegurado estar relacionado ao acesso aos serviços de saúde, local para onde acorrem os indivíduos com algum tipo de enfermidade.

A Juíza do Tribunal de Justiça do estado tem uma posição que se contrapõe a maior parte das declarações anteriores, o que, no entanto, não pode ser

comprovado nos processos judiciais relacionados à saúde, pois em sua grande maioria referem-se a medicamentos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, internações etc.

“Nossa visão de saúde é equivocada porque está sempre relacionada ao momento patológico da vida da pessoa. Mas pra mim seria muito mais a visão preventiva. Para isto as pessoas deveriam ter estrutura de saneamento básico, de vacinação, de prevenção, de planejamento familiar... Acho que essa é a idéia e economicamente também seria mais inteligente”.

Pergunta 2 - Como se manifesta/estrutura o direito à saúde na sociedade brasileira?

As estratégias a serem utilizadas pelo Poder Executivo para garantirem este direito social, dependem de ações intersetoriais, como foi apontado pelo CNS, pelo gestor estadual e pelo próprio Tribunal de Justiça do Estado.

Os gestores citam, de uma forma geral, que a própria Constituição garante o direito à saúde. O texto constitucional também foi considerado a base desta garantia para a ANVISA, os Conselhos, a Procuradoria Geral do Município, o Ministério Público, o Tribunal de Justiça e a Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores. Disse-nos este último: *“É bem verdade que o direito a saúde e a vida veio contemplado como uma garantia constitucional na Carta Magna da República, datada de 1988 e atualmente em vigor...”*.

Apesar de vários dos entrevistados terem referido a Constituição como marco da garantia do direito à saúde no país, o que é inegável, algumas declarações demonstraram o quanto é diferenciada a avaliação destes atores acerca da estruturação deste direito em nossa sociedade.

O Núcleo de Fazenda Pública da Defensoria Estadual fez duras críticas ao sistema de saúde, tal como se encontra estruturado hoje – *“acredito que a saúde seja o pior sistema que nós temos atualmente instalado no nosso país”*. A argumentação utilizada para explicar sua opinião está fundada na convicção de que a saúde *“é um direito máximo, porque a ele está atrelado o direito a vida que é o direito maior”*.

Declarou que, em sua opinião, a prioridade orçamentária do Executivo deveria ser a saúde e que uma sociedade com um mínimo de dignidade deveria ter suas necessidades de saúde atendidas.

Em que pese à legitimidade da Defensoria, que acolhe diariamente um sem número de cidadãos em busca dos seus direitos e as declarações dos Conselheiros de Saúde que corroboraram a necessidade da estruturação do direito à saúde de forma plena, ficou evidente a polarização entre estas posições e o que nos foi transmitido pelos gestores do SUS.

- “O marco definidor está expresso na Constituição de 1988. Não conceitua saúde, mas diz que esta coisa chamada saúde é um direito de todos e deve ser garantida através de medidas de políticas sociais e econômicas... O que está garantido nesta expressão saúde pela Constituição? No que diz respeito ao acesso igualitário a serviços de saúde, está sendo definido por meio da regulamentação da EC 29, na forma que foi recentemente aprovado pela Câmara dos Deputados. Ela não define o que é saúde, mas já existe um normativo legal que diz o que são ações e serviços de saúde”.
- O direito à saúde não está estruturado com um padrão e são necessários, para garantir este direito prometido pelo texto constitucional, equipamentos públicos que transcendem às possibilidades do próprio setor, caracterizando a necessidade de ações intersetoriais que propiciem lazer, transporte, renda, moradia e saneamento, entre outras (SES/RJ);
- Muitos cidadãos têm buscado a Defensoria Pública e o Tribunal de Justiça, direta ou indiretamente, pela ação do primeiro, para garantir o direito a obtenção de medicamentos: *“Da maneira que está sendo vista é o direito a medicamento, o que é um grande equívoco”*(SMS/RJ) .

Ainda nesta pergunta, a análise de um dos Procuradores do Município⁶⁰, acerca da estruturação do direito à saúde e da regulamentação do SUS, pactuada entre os gestores das três instâncias mostrou-se muito interessante, trazendo para a discussão (a) o confronto de idéias da garantia do direito coletivo e do direito individual e (b) o reconhecimento ou não da legitimidade do Executivo da saúde em formular normas e padrões de organização do SUS.

⁶⁰ Este Procurador, em conversa anterior a entrevista, relatou ser um Juiz aposentado e por desejo de continuar atuando profissionalmente, havia prestado concurso para a PGM/RJ.

“Temos uma estruturação constitucional, a regulamentação legal, infraconstitucional, na lei 8080, nas regras do SUS e nas portarias que vão sendo feitas em obediência a essa regulamentação legal. Isso é uma das facetas do problema, porque nós temos toda uma estruturação jurídica do Estado que não é necessariamente vista... Existe toda uma consideração condicional de um Estado em que temos um regime capitalista, de livre iniciativa e a saúde está inserida nesse contexto.

Nós estamos vivendo, a partir da década de 90, um crescimento da importância dos direitos constitucionais, na perspectiva individual do direito e não mais na perspectiva coletiva ou institucional, estatal ou por categoria. Antes da Constituição de 88, o juiz trabalhava com o código civil, era nele e na legislação civil que o juiz se fundamentava. A partir da Constituição começou a haver a aplicação direta da norma constitucional, por entender o juiz que a norma infraconstitucional não atendia o que a Constituição tinha prometido. Então hoje em dia, estamos vendo o Judiciário aplicar diretamente a Constituição. Essa foi uma transformação imensa na visão do Judiciário da aplicação do direito, da norma jurídica.

Estas reflexões entre o direito individual e coletivo não vieram à baila nas declarações do representante da AMB que justificou “o fato do Poder Judiciário estar atuando intensamente como ente garantidor do direito à saúde, é um sintoma que o Estado/executivo, por suas políticas, não está cumprindo sua obrigação constitucional”.

A Associação Médica manifestou, por meio de seu representante que não percebe a existência de uma estruturação do direito à saúde:

”A estruturação de saúde é uma coisa extremamente complexa, porque nesse direito alguns são muito mais todos do que outros. Acho que o direito a saúde está muito mais voltado a essas ações individuais, de alguém que busca especificamente o seu direito na Justiça e consegue. Não acho que exista uma estruturação de direito na saúde. O acesso à saúde está cada vez mais difícil e menos abrangente, embora eu ache que o SUS talvez seja o programa de saúde mais justo que exista, na sua concepção, embora na prática isso realmente não aconteça”.

A declaração do representante do Conselho Nacional de Saúde introduz outros elementos a esta discussão como relações de custo, cultura e história:

“Temos uma legislação muito avançada, tanto na Constituição quanto na LOS, mas a legislação por si só não é suficiente, porque o que determina a vida das pessoas é um leque de situações que tem a ver com conjunturas, com relações de custo, com cultura, com história. Temos uma contradição, porque na prática temos uma situação de muita dificuldade do usuário que precisa realmente do serviço de saúde”.

O Ministério Público ao se manifestar não faz referência a nenhum tipo de prestação de serviços de saúde que não seja de natureza pública, o que sugere que possa haver pouca clareza ou de interpretação ou no próprio texto constitucional, que coloca a saúde como dever do Estado embora faculte a prestação de serviços de saúde à prestadores privados.

“O direito à saúde se ampara em prestações estatais. Então, o direito de saúde se manifesta nessa existência de estrutura pública capaz de atender a essas demandas”.

Em síntese, as respostas obtidas trazem pelo menos dois grandes e inquietantes questionamentos:

1 - De que forma o Executivo da Saúde das três instâncias de governo e seus orçamentos finitos podem dar conta do dever do Estado de prover o direito a esta saúde idealizada?

2 - Como o Executivo da saúde pode atender a todas as demandas que se apresentam aos gestores se elas não necessariamente obedecem aos protocolos e padrões definidos no SUS?

Pergunta 3 - No Estado brasileiro, a quem cabe garantir o direito à saúde?

As respostas relativas a quem cabe garantir o direito à saúde não tiveram uniformidade quando analisamos a categoria ou local de inserção a que estavam vinculados os entrevistados.

Cabe ao Poder Público, aos três entes, as três instâncias que compõem nosso modelo federativo. Esta afirmação apareceu na maior parte das falas, porém, o entendimento de Poder Público não foi único. Ora esteve representando o Executivo, ora o Executivo e o Legislativo ou ainda, como declarou o representante da Associação Médica, *“na Constituição é ao Estado, na prática é ao Judiciário”.*

A AMB responsabiliza os três Poderes da República, embora reconheça que o Poder Executivo é o que arca com a maior parte dos compromissos:

“Como todo direito fundamental de cunho coletivo, classificado no catálogo dos direitos sociais fundamentais, a carga de compromissos preponderantemente recai no Poder Executivo. O Judiciário é chamado para fazer valer o comando constitucional, portanto também é responsável. O Poder Legislativo também tem obrigações, pois nele recai o compromisso de legislar normas eficazes para instrumentalizar a ação dos demais poderes e realizar as políticas públicas”.

Podemos destacar, do entendimento expresso pela AMB, duas importantes questões:

- o cunho coletivo do direito à saúde, o que não vem sendo observado, na prática, pelo Poder Judiciário, ao acatar um grande n.º de demandas individuais, como citado pela PGM na questão anterior;
- a visão deste representante do Judiciário, de que as normas a serem utilizadas para a instrumentalização dos Poderes e a elaboração das políticas públicas, inclusive as de saúde, estão sob a responsabilidade do Legislativo, podendo ser este o motivo do não reconhecimento, pelos Juízes, dos protocolos e padrões definidos pelo Executivo da saúde.

Somente o CONASEMS responsabilizou, além dos três Poderes da República, a sociedade que consagrou a saúde como direito, por meio da Constituição. A responsabilização da sociedade como um dos provedores de saúde, seja diretamente, por meio de seus cidadãos ou pelas famílias, seja de forma indireta, por meio do voto popular para escolha de seus representantes no Legislativo e no Executivo foi lembrada pelo CMS, pelo Gestor Federal e pela PGM.

Uma das Procuradoras do município chama a atenção para situações à que os gestores das três instâncias estão submetidos: o planejamento das ações e serviços do SUS e a previsão orçamentária anual são estruturados, prioritariamente, para os atendimentos de saúde da coletividade ou de agravos que possam colocar em risco a sociedade como um todo. Ressalta que *“no Judiciário essa discussão não se põe na medida em que o Juiz só conhece da questão individual. Ele determina, usando o poder que tem e usa instrumentos de coerção que são ameaça à prisão, o seqüestro de verba pública, a instauração de inquérito por desobediência à ordem judicial”*. Um outro Procurador complementa: *“Isso tem uma conotação interessante do aumento*

da importância do chamado direito alternativo. Alguns juizes começaram a mudar a perspectiva de que eles não seriam apenas aplicadores do direito posto, mas seriam também agentes da transformação do direito. Hoje você vê o Poder Judiciário entendendo que através da sua ação, pode melhorar a forma como o Executivo gere o orçamento e o interesse público”.

A visão da PGM acerca da atuação do Judiciário já havia, de certa forma, sido abordada pela AMB e é confirmada pela Juíza do Tribunal de Justiça: *“Estado, município e União têm que garantir o direito à saúde. Não existe uma regulamentação constitucional de qual ente é responsável pelo que. Existe aí uma normativa administrativa, que são os decretos, as portarias, que estabelecem então quem fica com os medicamentos excepcionais, quem não fica, mas que o Judiciário acaba obrigado a ignorar. Se eu restrinjo a um ente, tenho menor chance de conseguir dar efetividade àquele direito”.* Tal afirmativa reafirma que o Judiciário tem utilizado como instrumento o próprio texto constitucional, não se atendo as padronizações e normas do Executivo da Saúde.

De alguma forma, estas declarações se materializam quando, no componente quantitativo, nos deparamos com um processo judicial de um só autor onde foi arbitrada pelo Poder Judiciário, para atender ao direito individual deste cidadão, a multa diária de R\$44.000,00 por item, incluindo alguns que pelos pactos intergestores não seriam de responsabilidade municipal. O total de despesa diária representou R\$352.000,00, o que sem dúvida pode estabelecer um padrão de prioridade de alocação de recursos pautado em questões financeiras e não de necessidades de saúde.

Outra importante questão é introduzida pela Procuradoria e pela Defensoria, qual seja a discussão acerca da atividade privada em saúde e o custeio privado para a garantia do direito à saúde.

Para a Defensora Pública, cabe garantir o direito *“logicamente a quem tem condições de custear. Agora, para as pessoas que não tem condições, cabe ao Poder Público: Estado, Município e União”.* Complementarmente a Procuradora refere que, *“de um modo geral, as pessoas têm que ter dinheiro para comprar seus medicamentos, dentro da perspectiva que não se optou por um regime comunista ou socialista”.*

Confrontam-se idéias relativas aos padrões de intervenção do Estado e ao regime político adotado no país, a despeito de se estar discutindo, todo o tempo, um direito constitucionalmente garantido.

O texto constitucional estaria dando margem a tais entendimentos ou os atores trazem para suas práticas profissionais valores e posturas que lhes são próprias?

Pergunta 4 - Existem políticas setoriais capazes de garantir o direito à saúde?

A maior parte dos entrevistados considera que existem políticas setoriais, mas vários deles questionam sua efetividade.

O gestor estadual e o CNS falam de experiências exitosas como os Programas da AIDS e de Imunização. Ambos, porém, consideram que há muito a fazer porque situações de saúde da maior relevância como, por exemplo, o combate à hanseníase e a tuberculose não conseguiram obter avanços com as políticas vigentes.

O gestor municipal considera que não existem políticas setoriais capazes de garantir o direito à saúde. Segundo o entrevistado isto decorre do dilema entre a saúde como bem público em um país que vive num regime de mercado.

“Há um conflito evidente entre a saúde que é um bem público e o que é o bem de mercado, com todo o direito da competição, da incorporação acrítica... e é preciso entender que há falta de limites... que em todos os países com universalidade na saúde, eles têm limites...”

Estas são, sem dúvida, declarações que encontram eco na iniciativa legislativa do Senador Tião Viana, por exemplo.

O Estado como prestador de serviços terá sempre limitações orçamentárias, é o que entende o Procurador do Município.

“Não há condições na sociedade brasileira, e não sei se há condições em qualquer lugar no mundo, de se atender a todas as demandas. Se garantir o direito a saúde for atender a todas as questões, em todos os lugares, em todos os momentos, seja qual for à doença, seja qual for o tratamento, seja qual for à pessoa que esta interessada nisso, rico, pobre... nem Deus! Então o grande problema que nós nos defrontamos, talvez seja o maior problema da chamada judicialização, é que ela não atenta com qualquer limite”

A Procuradora lembra que pela Constituição, somente o Chefe do Executivo pode formular leis que gerem despesas públicas, porque ele pode compatibilizar receita e despesa, por conhecê-las. O Legislativo e o próprio Executivo não podem propor uma lei sem ter garantida a sua fonte de custeio. *“O Judiciário está se sentindo alheio a essa obrigação constitucional. Quando não houver mais orçamento para atender as demandas judiciais ou qualquer outra demanda de saúde, o orçamento vai acabar... A gestão da saúde vai sofrer uma captura completa por esse tipo de judicialização...”*

Outra vez a Defensora Pública questiona a legitimidade das iniciativas desenvolvidas pelo Executivo da Saúde: *“A União repassa recursos para o estado e para o município e existe uma divisão administrativa. Quando estou falando administrativa é não jurídica, não é o que a Constituição fala. Eles decidiram que o estado ficaria responsável pelos medicamentos excepcionais e o município pelos não excepcionais, mas a lista dos medicamentos excepcionais não atende as patologias que existem. A responsabilidade deles é solidária, pouco importa, pode ser qualquer patologia, a responsabilidade vai ser da União, do estado e do município, divisão de responsabilidades iguais. Então essa é uma divisão meramente administrativa, que sob o meu ponto de vista, é falha”*.

O volume de recursos gastos pelo gestor municipal para atender as demandas judiciais acerca de itens constantes da relação de medicamentos de dispensação excepcional, que pelas normas do SUS não lhe cabiam, deve trazer inquietações absolutamente pertinentes, até porque é o gestor estadual que recebe os recursos federais pactuados para o custeio destes medicamentos e não o município, como vimos no componente quantitativo, o que determina a necessidade de utilização de recursos próprios do tesouro municipal para ações de saúde não previstas.

Como contraponto a esta resposta tem-se o posicionamento do Gestor Federal: *“Existe um conjunto de políticas públicas que garantem. Quem gere e gerencia essa política fundamentalmente é o Ministério da Saúde através de todas as instâncias políticas normativas, alguns atos do Poder Executivo Federal aprovados pela CIT. Têm políticas aprovadas no Conselho Nacional de Saúde. A assistência farmacêutica, por exemplo, a Relação Nacional de Medicamentos, o incentivo para distribuição gratuita de medicamentos que*

compõem a farmácia básica. Tem a lista de medicamentos excepcionais, no qual se garante cobertura. Você tem um conjunto de expressões políticas que são ações de governo. Então há políticas”.

O representante da Câmara de Vereadores declara que somente ações de regulamentação podem ser alcançadas pelas políticas setoriais, na medida em que entende, como outros órgãos do Judiciário, que a o texto constitucional é quem garante o direito à saúde.

“O Direito a saúde é uma garantia do cidadão expresso no Constituição Federal. Qualquer política setorial que tenha por objetivo garantir a saúde pública deve obedecer hierarquicamente o texto da Carta Magna. O máximo que pode ser alcançado pelas políticas setoriais é o âmbito da regulamentação”.

Este posicionamento traz a reflexão sobre o caráter das padronizações acerca da assistência farmacêutica. A criação da CITEC, a atuação da ANVISA, a publicação da RENAME e das relações de medicamentos estratégicos e excepcionais não teriam exatamente a função de regulamentar este setor?

Esta nos parece ser uma das polarizações críticas acerca do tema de nosso estudo.

A Defensoria é o órgão do Executivo que recebe o cidadão que não contratou, por meios próprios, um advogado para a defesa do que considera ser seu de direito. É ela que, ao julgar que o direito constitucional à saúde está sendo descumprido, encaminha o pleito para o Poder Judiciário. Em sua resposta, a Defensora declara o não reconhecimento da legislação infra-constitucional e das normas e portarias ministeriais da saúde, o que já foi explicitado pelo Tribunal de Justiça e pela Associação de Magistrados do Brasil. Por outro lado, o gestor federal considera exatamente o contrário e exerce de forma plena àquilo que acredita ser sua atribuição.

As respostas destes três órgãos que estamos analisando representam dois dos três Poderes da República, sendo que o posicionamento da Defensoria Estadual está alinhado ao Poder Judiciário. Estamos, portanto, diante do conflito do Executivo da Saúde com o Executivo representado pela Defensoria e do Judiciário com o Executivo da Saúde.

O Estado encontra-se em confronto com o Estado?

Pergunta 5 - Como se dá a incorporação de novas tecnologias em saúde, no campo da assistência farmacêutica?

A incorporação de novas tecnologias em saúde, especificamente a de medicamentos, é avaliada de diferentes formas pelos atores envolvidos, mas quase que para a totalidade deles, ela se dá de maneira acrítica ou equivocada.

O gestor estadual foi categórico em afirmar que a incorporação *“tem se dado por pressão do Judiciário principalmente. Tem pelo menos dois fatores por trás disso. Um fator é a ausência de oferta do elenco mínimo obrigatório, protocolado pelos gestores, o que é pactuado na Tripartite, e que não necessariamente vem sendo cumprido por alguns gestores. Esse vazio de oferta estimulou um pouco a corrida da população para o Judiciário. O outro fator é a pressão dos laboratórios farmacêuticos em cima dos profissionais que fazem esse tipo de prescrição. Nós temos hoje, profissionais que prescrevem um medicamento, já sabem que não está no protocolo e já ensinam e dão cartão de telefone de advogado para paciente. Um terceiro fator, que eu não disse, é o conhecimento da população do seu direito a saúde, no sentido de participação social, de maior participação da população... Eu não sei até que ponto isso poderia influenciar, mas eu acredito que bem menos, do que os dois fatores que citei anteriormente”*.

A declaração da Associação Médica do Rio de Janeiro corrobora a da SES quanto à força do Judiciário na incorporação de novas tecnologias:

“É obvio que tecnologias comprovadas e benéficas deveriam, dentro do possível, estar ao alcance da população, de todos, não de uma forma seletiva como muitas vezes acaba acontecendo, que essa incorporação se dá através de mandatos judiciais que beneficiam isoladamente algumas pessoas e não a todos”.

Se por um lado a representante da SES deixou claro que muitas vezes as padronizações não são cumpridas integralmente pelas instâncias gestoras, por outro introduz outros elementos para a reflexão como a pressão dos laboratórios farmacêuticos e o peso das prescrições médicas junto ao Poder Judiciário, vide algumas transcrições de sentenças do componente quantitativo. Vale a pena voltar a destacar aqui, a incorporação da substância Mesalazina à relação de medicamentos excepcionais, uma vez que pudemos observar que a

mesma, muito recentemente ainda era registrada nos processos judiciais como medicamento importado.

Quanto ao não cumprimento dos protocolos e padronizações pelas instâncias gestoras temos que considerar as ponderações do COSEMS/RJ:

“Você vê, a responsabilidade, que é da União, muitas das vezes ela não repassa medicamento, quando é do Estado, em grande parte, não acontece. Não é só no estado do Rio de Janeiro não, isso é a nível nacional. Aí fica o município com a responsabilidade da atenção básica e daquilo que é do Estado e da União. Ele tem que comprar a medicação, porque quem está na ponta é que sofre a pressão ali em cima. Então, qual é a orientação do Judiciário? Você compra medicação, atende e executa o Estado, executa a União. Qual o Prefeito que vai entrar em atrito com o Estado ou com a União, se ele tem outros convênios a assinar? Ele não vai, então, o que acontece? Quando ele começa a comprar aquilo que não é de sua competência, vai faltar o dele na atenção básica. Aí começa a faltar aquilo que é o dia-a-dia, uma aspirina, uma ampicilina, que seria de responsabilidade municipal. Falta porque ele pegou o dinheiro e colocou para atender aos mandados. Se ele não atender, muitas vezes, o juiz vai e faz saque”.

O relato de desvio orçamentário para fazer frente aos mandados judiciais e a ocorrência de seqüestro financeiro dos Fundos Municipais de Saúde foram feitos pela Procuradora da PGM e pela Juíza do Tribunal de Justiça, respectivamente, ao responder a outras perguntas. Por outro lado, pudemos comprovar tais declarações na etapa quantitativa, não só pelo envolvimento de vários municípios, pesadamente o da capital, em processos judiciais que deram entrada tanto contra o Estado quanto contra a União, como também pelas necessidades de aquisição de medicamentos de dispensação excepcional, pelos municípios,

Quanto à pressão dos laboratórios farmacêuticos, num país de livre mercado, é coerente imaginar que tal aconteça por meio da mídia, junto aos profissionais de saúde e a sociedade como um todo.

O peso das prescrições médicas é evidenciado na fala da representante do TJ: *“Se eu determino a compra e o fornecimento a um cidadão de um medicamento muito caro, como conseqüência eu estou suprimindo de outros cidadãos outros medicamentos e outros acessos. Mas quando tem atestado*

médico acabo decidindo por ele, porque eu não tenho condição de alterar um atestado médico”.

Tais ponderações trazem algumas reflexões relativas à execução de ações de saúde realizadas por pessoa física de direito público ou privado, prevista pelo texto constitucional, e o poder do livre exercício médico, explicitado nas falas acima. Estas práticas profissionais não estão submetidas a nenhum protocolo ou padronização definidos e pactuados pelos gestores do SUS.

Em várias das respostas, independente das perguntas a que se referem, surgem as noções de direito coletivo e individual e podem ser observadas condutas das Instituições que apontam para a concretização de um ou outro direito.

A resposta dos Promotores do MP a incorporação de novas tecnologias demonstra bem a preocupação com seu papel de fiscalizador da garantia do direito coletivo:

“Quando nós discutimos as políticas de assistência farmacêutica nós direcionamos para as políticas que já estão pactuadas. Na verdade, demorou um tempo para despertar em nós a consciência de que existem pactuações, programas, sistemas de financiamento e que a forma mais eficaz de trabalhar essa questão da saúde, do ponto de vista coletivo, seria através da discussão do porque essas políticas não funcionam.

Na verdade, a primeira ação civil pública proposta no estado foi no sentido de reunir conglomerados de demandas individuais para em uma ação propor de X a Y medicamentos, quais seriam os medicamentos que a partir dali deveriam ser fornecidos, mas assim, dentro de uma pesquisa que a Defensoria deu... mas é como se equivalesse a varias ações, não foi na perspectiva da criação de uma política ou uma tentativa de forçar o Estado a ter uma política de fornecimento de medicamentos, mas sim que os medicamentos de A a Z seguintes tem que ser fornecidos.

O representante da gestão federal fez questão de frisar que no processo de incorporação de medicamentos no país existem duas etapas: a fase de registro da droga, que cabe a ANVISA, e que possibilita que ela seja comercializada:

“o registro desses produtos, envolve análise das pesquisas clinicas, ou seja, sua comprovação de eficácia, segurança e da qualidade, que é feita por meio das inspeções, das fiscalizações desses produtos...” e a fase de incorporação

pelo Governo, isto é, a de sua inclusão nos protocolos e padronizações pelo Ministério da Saúde que possibilita a disponibilização pelo SUS de novos medicamentos. Existe uma *“comissão de incorporação tecnológica – CITEC, integrada pela SVS, ANVISA, ANS e coordenada pela SAS. É a CITEC que recomenda a incorporação de uma determinada droga, não apenas pela sua eficácia, efetividade, mas também pela capacidade de se suportar o gasto desta incorporação sem prejuízo grave as demais ações financiadas pelo MS”*. Vários são os aspectos levantados pelos atores entrevistados que devem ser levados em conta para o aprofundamento desta questão;

- Quanto ao registro de um novo medicamento:

O CNS chama a atenção para o fato de que *“o Brasil adotou uma política, em relação à questão farmacêutica, de absoluta desestruturação que gera uma dependência quase total do que é executado e do que é pensado lá fora em termos de tecnologia. Nós somos meros copiadores. Não temos tecnologia própria, não temos um parque industrial próprio que pense pesquisa, que pense avanços da tecnologia. Isso gerou como consequência uma dependência que tem causado um prejuízo muito grande para a população”* Esta declaração é confirmada pela ANVISA: *“grande parte dos insumos e matérias primas, cerca de 80%, são importados, então a ANVISA nos portos, aeroportos e fronteiras faz o controle e a fiscalização da entrada, tudo isso pra garantir aí esse tripé que é da segurança, qualidade e eficácia”*.

Parece que, além dos problemas causados pela ineficiência de uma política farmacêutica, que deve elevar em muito os preços dos medicamentos no país devido a necessidade de importação de suas matérias primas, temos, no entendimento do Ministério da Saúde uma conceituação de incorporação muito particular. Se um determinado medicamento obedeceu, de fato, aos critérios de segurança, qualidade e eficácia, como relatado pelo representante da Agência Reguladora, e, obteve registro, nos parece que ele esteja, automaticamente, incorporado como nova tecnologia, uma vez que sua comercialização é possível. A CITEC, ao avaliar a concessão dos registros, poderia disponibilizar a sociedade, as justificativas pelas quais alguns medicamentos não são incorporados aos protocolos, seja pela existência de drogas similares de eficácia comprovada e menor custo, seja

pelo pequeno impacto que a nova droga poderá representar frente a uma baixa prevalência de determinado agravo em nossa população, seja mesmo pela deficiência de recursos financeiros para disponibilização irrestrita, devendo a não incorporação pelo MS ser alvo, de discussões intergestores e interpoderes.

- Quanto à incorporação pelos órgãos gestores do SUS de novas tecnologias, refletidas nas normas e padronizações de medicamentos:

“Nós temos limites de recursos financeiros, essa é uma realidade que nós temos que ter presente, que outros setores não têm, principalmente os outros Poderes. Acho que não é muito uma cultura dos Ministros do Judiciário, do Ministério Público ficar preocupado com limites de recursos”, diz o CONASEMS, reforçando as medidas adotadas pela CITEC em outras falas anteriores, ou seja, explicitando a limitação financeira a que está submetido o Executivo da Saúde. Quase como contraponto a esta fala temos o pronunciamento da AMB:

“Aí existe um problema que temos de enfrentar que é a questão da universalização das novas tecnologias e os tratamentos mais modernos, em função das rigorosas regras de marcas e patentes. Penso que está na hora de construirmos um modelo que possibilite a imediata implementação dos novos tratamentos e medicamentos no SUS, dando acesso imediato a toda população. Aqui a política deve submeter o poder econômico”.

Independente da factibilidade ou não da universalização de novas tecnologias, pudemos observar nesta questão o desejo tanto do Judiciário, quanto do Executivo de um enfrentamento mais articulado entre as instâncias para tais questões, o que também está explicitado na fala da PGM: *“Nós temos alguns problemas com uma evolução tecnológica que é muito cara e nem sempre com os resultados tão melhores que a tecnologia mais antiga. Uma das nossas metas, talvez um dos nossos sonhos, é fazer com que nas ações individuais, em que há receitas de medicamentos mais caros como o interferon peguilato, nós pudéssemos dizer ao juiz que um medicamento mais barato teria sucesso e que seria importante ouvir o médico do doente, da parte autora, para que ele dissesse por que razão vai se ter que pagar 5, às vezes 50 vezes mais. Se nós conseguíssemos esse tipo de atenção, talvez conseguíssemos reduzir um pouco a sangria que*

esta sendo feita hoje em dia nos cofres públicos por causa desse problema de inovação tecnológica”.

Pergunta 6 - Conhece a Relação Nacional de Medicamentos ou outras padronizações relativas a assistência farmacêutica?

Muitos dos entrevistados já haviam falado sobre a RENAME e outras padronizações da assistência farmacêutica, e, mesmo aqueles que responderam a esta pergunta acabaram por retomar o tema de incorporação tecnológica. No entanto, algumas considerações devem ser destacadas.

O representante do CONASEMS ao declarar conhecer tanto a RENAME como a relação de medicamentos excepcionais ponderou que existem muitos medicamentos que não fazem parte das padronizações citadas e que é preciso que os gestores tenham *“mais segurança, mais fundamento para convencer a sociedade de que os medicamentos que nós temos são suficientes para fazer um bom sistema de saúde com boa qualidade de atenção. (...) Nós vamos ter que mostrar para a sociedade que os medicamentos que realmente são importantes nós vamos ter que incorporar. (...) se é um medicamento que tem resultado, fundamentos (...) Agora, se ele tiver um custo muito alto, nós vamos ter que dizer: vai ter que baixar o preço. Vai ter o papel do Estado de dizer para esse laboratório que tem que baixar preço. Porque naquele preço vai ser impossível de incorporar (...) tem um limite de recurso (...) nós vamos ter que discutir aí com a tal da Indústria de medicamentos”.*

O CNS mostrou-se extremamente favorável a estas padronizações, trazendo para o cerne da discussão, que até então estava concentrada nos gestores do SUS, no Poderes da República e na categoria médica, a necessidade de incluir no debate, os profissionais farmacêuticos:

“A RENAME pra nós é um instrumento muito importante. Como nós não temos, no nosso país, a inserção do farmacêutico de forma mais aprofundada na definição das políticas e na definição do processo de assistência farmacêutica como um todo, eu acho que a RENAME, pelo menos no que diz respeito à atuação do profissional farmacêutico, é subutilizada; mas é um instrumento fundamental na perspectiva de racionalizar custo, na perspectiva de padronização de medicamentos, principalmente no setor público né, que é uma coisa meia solta”.

A despeito desta intervenção a Juíza do Tribunal de Justiça reafirma:

“Muitas vezes os argumentos do estado e do município são nesse sentido, de que não está regulamentado. O estado empurra para o município, o município empurra para o estado, com esses decretos e regulamentações administrativos, mas como regra e considerando a primazia da Constituição eu não me atenho a essas listas. O que me importa é o que o médico pede, é evidente”.

A Associação Médica do estado, por meio de seu representante declara, a cerca da RENAME e outras padronizações da assistência farmacêutica do SUS:

“Conheço de falar, mas não que seja uma coisa que eu lide no dia a dia, que eu possa dizer que saiba de cor, mas eu já tive contato”.

O Ministério Público focaliza a questão de não dispensação de medicamentos excepcionais pelo gestor estadual e traz um novo elemento para discussão que é a possibilidade de acordo entre entes, a partir da elaboração de TACs, que se configuram como instrumentos de pactuação entre o Ministério Público e o Executivo da Saúde voltados ao atendimento de pleitos coletivos considerados pertinentes pelo MP, nos quais os gestores se comprometem a executar as ações demandadas, neste caso específico, a dispensação de medicamentos excepcionais pelo gestor de saúde do estado do Rio de Janeiro:

“A dispensação de medicamentos excepcionais no estado do RJ era e é tragicamente ruim, então, demorou um tempo até nós tentarmos entender por que isso acontecia. Houve um momento em que nós redirecionamos o nosso trabalho. Sentamos com os gestores da época e conversamos: Como é o financiamento, como são esses programas? E descobrimos também que o que nos parecia, e de fato era, o foco mais complicado de atuação aqui na capital era a questão dos medicamentos excepcionais, e realmente foi aí a nossa atuação, foi mais focada nisso e que acabou gerando uma ação mais recente na Justiça Federal que acabou levando a celebração desse TAC com o Ministério Público Federal, com a Secretaria de Estado de Saúde e com a União, deve ter dois meses...”

Pode-se localizar, nas análises realizadas no componente quantitativo, a existência deste processo referido pelo Ministério Público que deu entrada na Central de Mandados em agosto de 2006.

Talvez já em função dos acordos firmados entre os gestores para a celebração deste TAC, a PGM relatou que *“foi feita uma resolução conjunta entre estado e município, criando uma Central que tem uma Câmara Técnica. Quando chega um mandado em que há um remédio que não está claramente definido como da assistência básica ou excepcional, médicos do município e do estado se reúnem para definir qual entidade será responsável pela entrega daquele medicamento”*.

Pergunta 7 - Como se dá o financiamento das ações de saúde?

Quase todos os gestores entrevistados, a PGM, o CES e a Associação Médica do estado citaram a Emenda Constitucional 29, o não cumprimento da mesma, principalmente pelo estado e pela União e a necessidade de sua regulamentação.

A representante da SES/RJ comenta as dificuldades pelas quais passa a gestão estadual do SUS:

“O nosso gasto está estimado para esse ano (2007) em 1 bilhão e 900 milhões. Ano que vem aumenta um pouco. Mas ainda é um gasto que têm incorporado ações que não estão definidas como ações de saúde, como por exemplo, a despoluição da Baía de Guanabara, Restaurante Popular, Farmácia Popular. E também até pela União e em outros Estados também. O que foi retirado esse ano foi o cheque cidadão que era fornecido integralmente pela Secretaria de Saúde e foi para a Assistência Social, o recurso ficou, mas a ação saiu. Então aqui no Estado, esses 12% preconizados pela EC 29 não são integralmente atendidos...”

O representante dos usuários do CMS responde a esta pergunta falando dos recursos SUS oriundos do tesouro municipal, relatando que *“o Prefeito vai a Câmara dos Vereadores, pede um remanejamento do dinheiro da saúde para outra secretaria... Isso é errado, nessa situação que está a saúde, ela não pode dispor de um centavo, para nenhuma outra área que não seja a saúde e isso está ocorrendo em todos os 92 municípios do RJ... Acontece nos 5560 municípios que existem no Brasil”*.

O gestor municipal refere que existe um sub-financiamento do SUS para o município do Rio de Janeiro, no que se refere aos repasses da União, ponderando que *“a arrecadação do município não dá para atender 7 milhões de pessoas acopladas a toda a região metropolitana que é o que acontece.*

Então, na verdade o município é toda uma região metropolitana, porque a população vai aonde tem tratamento” concluindo que “se não tiver um financiamento eficaz, gestão só...”.

O representante do CONASS corrobora a posição do gestor do município do Rio de Janeiro, afirmando que *“os gastos do SUS correspondem a pouco mais de R\$ 1,0 por habitante/dia, oscilando entre 3 e 3,5% do PIB, porcentagem ainda distante da encontrada em países com sistemas universais, usualmente próxima ou superior a 6%”.*

O CNS se pronunciou em relação ao orçamento da União para a saúde:

“A proposta orçamentária depois de elaborada é aprovada no CNS e depois no Congresso Nacional. A partir daí ela passa a ser executada e no nosso entendimento, de uma forma muito precária (...) sem o acompanhamento mais importante por parte dos atores envolvidos na política, nas ações. Nós avaliamos mensalmente no CNS a execução orçamentária da saúde e percebemos que na grande maioria das ações ela tem dependência, da área econômica do governo (...) Nós tivemos no ano passado, e estamos tendo esse ano, um prejuízo brutal em diversas ações importantes em função da interferência da área econômica do governo”.

Os demais atores ouvidos, à exceção da ANVISA, desconhecem como se dá o financiamento do SUS, o que demonstra a gravidade da situação uma vez que as posições tomadas por eles interferem diretamente nos orçamentos da saúde. Consideramos importante para esta discussão, transcrever a resposta da Juíza do Tribunal de Justiça, por reforçar posições anteriores de outros entrevistados e demonstrar possíveis dificuldades orçamentárias a que estão submetidos os gestores municipais, que podem levar ao não cumprimento da dispensação dos medicamentos da RENAME à população. Tais fatos são do conhecimento do Judiciário, mas nos parece que o entendimento da necessidade de conceder o direito individual a cidadãos considerados em risco de vida justifica as medidas tomadas.

“Não sei. Os entes acabam tendo que se entender, estado e município, que são os dois com que eu trabalho aqui. Muitas vezes a gente determina seqüestro, que é a última providência possível. Manda intimar sob pena de conduzir a delegacia para lavrar termo circunstanciado por desobediência, manda buscar, apreender, quando você não consegue medicação. Mas, são

casos em que a pessoa pode morrer, então medidas muito gravosas são autorizadas. A última possibilidade é o seqüestro. Você captura o dinheiro para comprar o remédio e é muito grave, porque é uma interferência direta na gestão orçamentária, não é? (...) mas muitas vezes a gente seqüestra e aí depois eles tem que acertar entre eles, por exemplo, seqüestro tudo do município, que é sempre quem tem caixa, e aí depois o município tem que se acertar com o estado, esse é um procedimento”.

Somente o Presidente da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores considerou que o texto constitucional define a forma de financiamento e custeio do SUS.

“A Constituição Federal, no seu Título VII, Capítulo II, Seção II, define os critérios de custeio dos serviços de saúde e ainda a forma de rateio dos recursos financeiros”.

Pergunta 8 - De que forma o Sr. avalia a ampliação da judicialização da saúde?

A omissão do Poder Público/Executivo surge como fator determinante da ampliação da judicialização da saúde nas falas dos representantes, do Conselho Municipal, do Ministério Público, da Associação de Magistrados do Brasil, da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores e da Defensoria Estadual.

No entanto, existem peculiaridades em cada uma destas declarações que valem a pena ser exploradas.

O Conselheiro Municipal estabeleceu uma relação direta de causa e efeito entre o não cumprimento das responsabilidades de saúde pelo Poder Público e a busca crescente da população pelo poder Judiciário, para fazer valer seus direitos.

“Aah, isso cresce dia a dia, porque o povo também, devido às necessidades que eles têm passado, está procurando saber dos seus direitos e procuram seus direitos aonde? Através da Justiça. O povo hoje, não é uma maioria, mas pelo menos 50% estão esclarecidos dos seus direitos. Tem que ser com a Justiça, porque o Poder Executivo não está cumprindo”

O Presidente da Comissão de Saúde analisou os fatos por esta mesma ótica:

“A judicialização da saúde tem origem justamente na inoperância do Poder Público. Salienta-se que a saúde é uma garantia constitucional do cidadão,

espelhada na Carta Magna como cláusula pétrea, ou seja, imutável do texto constitucional. Tendo em conta que o Poder Executivo em seus três níveis não conseguem, isoladamente e em conjunto, oferecer um serviço digno e de qualidade, condizentes com os princípios administrativos em geral, aos cidadãos, não lhes resta alternativa senão bater às portas do judiciário, a fim de que aquele insigne possa garantir tais serviços”.

O Ministério Público, ao reconhecer que as falhas do Poder Público tem sido determinantes para a ampliação do processo de judicialização da saúde, alerta para o perigo desta situação, na medida em que o reconhecimento crescente dos direitos individuais pode causar prejuízo ao atendimento das necessidades de saúde coletivas e promover iniquidades. No entanto, faz menção as dificuldades do julgamento, pelos Juízes e Promotores, dos casos individuais.

“É decorrente da falha no fornecimento direto pelos Poderes Públicos. Acho que o nosso tem, um perfil um pouco diferenciado dos demais estados, tem uma peculiaridade, de que existem muitas demandas sobre medicamentos que na verdade deveriam ser fornecidos regularmente. Admito que a judicialização traz consigo um perigo, que é o perigo de uma quebra do sistema. Deixar de pensar coletivamente a saúde, para você querer tratá-la como problemas pontuais.. isso gera deformações a medida em que você pode ter situações de tratamento ou medicamentos de alto custo em favor de pessoas as vezes que nem tenham tanta necessidade econômica de ter isso arcado pelo ente publico em detrimento de destinar esses recursos as políticas publicas. Você tem quebras de igualdade, universalidade que são os princípios do SUS. Na verdade isso não é uma questão, que está bem resolvida. Tem medicamentos que não são incorporados pela tecnologia, que demandam um custo para sua aquisição quando eventualmente pode haver uma substituição por outro igual ou semelhante, de efeito similar, enfim, representa toda a deturpação de um sistema que se pretende publico. Enfim, é nossa ótica porque nós somos Promotores de Tutela Coletiva. Se fossemos promotores individuais, nós veríamos simplesmente a questão do individuo que está precisando de um medicamento e na verdade até, digamos assim, tragicamente. A tragédia individual tem um apelo... Porque não é a política é aquela pessoa, Seu João, Seu Jose, Dona Maria, que estão precisando daquele medicamento, naquele caso concreto ali. Então, realmente, para o Juiz, para o Promotor, ele não está

numa situação onde ele possa dizer não. Mas do ponto de vista de política pública, é realmente desastroso, porque não se pode conceber uma política pública com base na premissa de que todo mundo pode pedir tudo de qualquer um. Isso é absolutamente a negação de política pública”.

Tais questões trazem para os atores envolvidos, quer sejam eles gestores, representantes do Judiciário, do MP ou da Defensoria dilemas éticos importante que transitam entre o direito coletivo e o individual.

(a) As políticas públicas, formuladas para atender aos direitos sociais constitucionalmente adquiridos como a educação e a saúde devem estar voltadas para indivíduos ou para a coletividade?

(b) Por que razão o Judiciário utiliza para seu julgamento tão somente as prescrições médicas tomando-as como inquestionáveis?

A AMB entende que as falhas do Executivo têm gerado esta busca dos cidadãos pelo Judiciário não só no campo da saúde:

“O fenômeno não está somente na questão da saúde, vivemos o fenômeno da judicialização da política e sua via inversa a politização da justiça. Isso decorre do modelo de Estado Constitucional (o Democrático de Direito). A série de direitos garantidos e não efetivados, faz com que a cidadania, na omissão do Executivo, busque o Judiciário. No âmbito da saúde esse fenômeno assume dimensões estratosféricas. Claro que essa demanda exige do Poder Judiciário uma maior capacitação, colocando à prova sua efetividade”.

Segundo este entendimento, as demandas judiciais estariam suprindo a população das carências decorrentes das falhas do Executivo. O Judiciário, então, por meio de sua “politização” estaria avocando para si tais atribuições?

As declarações da PMG estabelecem um diálogo importante com o que foi dito pela AMB:

“Procuradora - É negativa na medida em que o Judiciário não tem mandato popular”. Faz sentido em ações coletivas, talvez, a discussão como controle da política pública ou como questionamento de um programa orçamentário. Que o Judiciário venha a fazer o controle das aplicações orçamentárias ou de um programa coletivo... um programa de prestação de serviços de saúde. Mas nas ações individuais, sem essa possibilidade de avaliação do orçamento, do planejamento não me parece que seja um foro indicado para o acesso ao direito da saúde.

Procurador - E mesmo em ações coletivas, o Judiciário tem uma limitação no controle dos atos administrativos. É preciso que se demonstre que ocorreu ou abuso ou desvio de poder. Nessas ações individuais isso é sequer considerado.

Procuradora - É presumida uma insuficiência do serviço público (...) e muitas vezes a gente assiste o magistrado dizendo: É, enquanto a gente estiver fazendo estádios de futebol temos mais é que obrigar o Estado a entregar o medicamento ou tratamento de saúde. É o exemplo mais característico, do juiz ou do magistrado se colocando numa função em que só quem detém o mandato popular pode ocupar, porque é o gestor que é eleito pra fazer a escolha. (...) Enfim, é pra isso, pelo menos me parece, que está programado o Estado de direito. Então o mandato popular é fundamental para fazer a chamada escolha dramática, que é onde alocar o recurso.

Procurador – “Essas escolhas pertencem à sociedade e nós sociedade escolhemos quem nos represente para fazer essas escolhas. Se essas escolhas são feitas de forma ilegal, inconstitucional, aí caberia o controle judicial, mas em muitas situações não é função do Judiciário”.

Por fim, dentre os atores que responsabilizaram o Poder Público, entendendo-se aqui este Poder Público, como o Executivo, percebe-se na resposta da Defensoria a introdução de um novo elemento, a priorização que supostamente deve ser dada para alguns, a partir do reconhecimento de uma diferenciação dos cidadãos entre suficientes e hipossuficientes, conceituação esta que não está definida pelo texto constitucional:

“Eu avalio como resultado, como resposta a omissão do Poder Público. O Judiciário só passou a ser acionado pela população porque o Poder Público não cumpriu com o seu papel, com a sua tarefa de garantir a essas pessoas o direito a saúde. Então, quando você tem o direito violado, você se socorre no Poder Judiciário que tem exatamente essa função, de solucionar os conflitos criados, gerados no seio de nossa sociedade. Se o Poder Público se omite no seu dever, que é garantir o direito a saúde a todas as pessoas, principalmente as pessoas hipossuficientes, então o Poder Judiciário tem que intervir. Isso começou de uns anos pra cá e virou uma grande bola de neve, tanto que a grande parte do atendimento do nosso Núcleo é de questões relativas à saúde”.

Os representantes do CONASS e da SES consideram necessárias as intervenções do Judiciário perante a efetiva omissão do Executivo mas observam excessos relacionados a ausência de preocupação com os orçamentos públicos e a aparente falta de percepção dos conflitos de interesses que estão por trás desta corrida da população ao Judiciário, o que foi ressaltado também pelo gestor municipal

“A intervenção do Judiciário é necessária nos casos de descumprimento das obrigações pelos gestores, mas abusiva como está ocorrendo no Brasil. É totalmente danosa ao equilíbrio do orçamento da saúde nas três esferas de governo. Desorganiza as contas públicas, aumenta a iniquidade, estimula as más práticas de dispensação de medicamentos, atende aos interesses da indústria farmacêutica e, muitas vezes, prejudica a saúde do povo brasileiro. O Brasil não é um laboratório.” diz o representante do CONASS.

“Eu acho que é uma lastima, acho que muitos gestores não fizeram o dever de casa, mas acho que tem também o componente do Judiciário, acho que tem pouca conversa, pouca aproximação. Eu acho que o CONASEMS e o CONASS começaram a fazer essa discussão mais próxima, de 2 a 3 anos para cá, no máximo. Eu acho que o cidadão que tem direito e que busca ter um tratamento dentro de um protocolo, tem que ter aquele serviço, a garantia daquele medicamento, daquele exame, seja lá o que for, inclusive buscar o Judiciário se for o caso. Mas quando isso aí estiver fora dos padrões, dos protocolos e das normas, eu acho que não tem que garantir. E é esse entendimento que não tem, os interesses do Executivo são uns, do Judiciário são outros e do Legislativo são outros. Cada um interpreta a lei como lhe interessa. Então por isso não tem uma sintonia, não tem uma definição, não tem clareza e não tem regra. Na medida em que o sistema não tem regra, faz-se o que quer, pede-se o que quer”.(SES)

O gestor municipal enfatiza os problemas determinados pelo crescente número de processos judiciais contra gestores: *“Acho um terror. Vai levar à falência a medicina brasileira. Se o Judiciário não entender o conflito de interesses... Não vou querer criminalizar a indústria farmacêutica nem a de equipamentos. Elas vivem num mundo de livre iniciativa que é o mercado brasileiro. Só que no Brasil, saúde é um bem público. Então é um conflito, se não houver um entendimento entre as partes... Ela está no papel dela, quem tem que se*

defender é o Estado. E agora encontramos um lado feroz que é o Judiciário que é um parceiro inconsciente de todo esse conflito de interesse. Então não quero criminalizar o Judiciário também, mas, é muito complicado”.

O representante do CONASEMS declara que tal fato não ocorre exclusivamente no Brasil: “É um problema que está acontecendo nos países europeus, nos países desenvolvidos, então estou achando até que esse é um dos grandes problemas que temos nos próximos anos, quer dizer, o aumento dos custos dos serviços de saúde e que se reflete na judicialização. Vamos ter que fazer de uma maneira mais ordenada entendeu? Uma discussão mais ampla com o Judiciário, com o Ministério Público. Como é que nós juntos vamos dar conta disso. Nossos recursos são limitados, nós temos medicamentos padronizados que dão conta e o Judiciário fica baseado em várias informações dizendo que a saúde é um direito do cidadão. O Judiciário aí é complicado, os Ministérios Públicos não são uniformes, cada juiz é um juiz, cada Ministério Público é um Ministério Público. Tem setores dentro do Judiciário, tem setores dentro do Ministério Público que estão começando a entender esse processo, mas, não está passando pela maioria ainda. Então vamos ter que ver como a gente atinge a maioria do Judiciário, como a gente atinge a maioria do Ministério Público. (...) Vamos ter que trabalhar em varias instâncias, porque se a gente não conseguir que essas esferas de poder aí entendam, vai ficar muito complicado, como já está. E a tendência é aumentar isso se a gente não tiver ações mais concretas”.

“Tem suas raízes, primeiro, na desresponsabilização de gestores. Tem pessoas hoje entrando com ação judicial pra tentar garantir medicamentos mais básicos e elementares possíveis, eu já vi ação judicial pra garantir ácido acetil salicílico 100mg, eu já vi ação judicial pra garantir captopril 12,5%. O gestor não ter condição ou não ter a decisão de disponibilizar na sua rede o mínimo que ele deveria disponibilizar, é uma coisa. Mas tem na raiz principal o fato de o medicamento ser um dos maiores negócios econômicos do país. E aí, em sendo um dos maiores negócios econômicos, financeiros do país, determinados atores se interessam por ele, grupos de advogados se organizaram com a participação de profissionais de saúde. Há a utilização do cidadão pra aquisição de produtos que pra aquele cidadão não tem nenhuma repercussão. (...) Há situações onde na busca de se beneficiar desse grande

negócio que é o medicamento no Brasil, se tenta, pela via judicial, aqueles medicamentos que nem no exterior tem sua ação comprovada e seu comércio liberado. Então fica muito claro esse processo de utilização de forma mercantilista. Por outro lado, há falta de um planejamento em relação à questão da assistência farmacêutica. (...)"(CNS)

O representante do Ministério da Saúde questiona o que entendemos como judicialização de saúde, diferentemente dos demais entrevistados, o que não respondemos, uma vez que este é um dos conceitos que pretendíamos avaliar junto aos atores envolvidos. Mais alguns elementos são trazidos para esta discussão: a legitimidade inquestionável dos cidadãos de recorrer à Justiça quando se sentem lesados, a necessidade imperiosa do Executivo de fazer racionamentos/escolhas para operacionalizar um sistema de saúde universal cujos recursos são finitos, a impressão do gestor federal de que as classes sociais mais elevadas são àquelas que mais se beneficiam pelas ações individuais e a leitura do significado do termo “judicialização de saúde.”

“Esse termo é complicado. Eu acho que é legítimo a qualquer cidadão, num Estado de direito democrático, ao se sentir lesado, reivindicar ao Judiciário o cumprimento desse direito. O que está sendo chamado de judicialização é um conjunto de... como o montante de recursos é insuficiente para atender ao conjunto das necessidades da população, no nosso padrão de desenvolvimento, você sempre tem que estabelecer algum mecanismo de racionamento. O mecanismo de racionamento mais comum é o preço. Então quem pode pagar obtém o serviço ou a droga, quem não pode pagar não. Como o Brasil optou por um sistema universal gratuito do ponto da prestação, o mecanismo de racionamento tem que ser pagando menos pelo ato ao prestador do ato ou simplesmente recusando a remunerar aquele ato, aquela droga, aquele medicamento. Ora, ao fazer isso, você abre, para que juizes concedam sentenças que queiram romper os critérios de racionamento impostos pela limitação de recursos do governo ou do plano de saúde. O que ocorre é que este recurso legítimo tem sido utilizado por segmentos ou classes sociais mais elevadas em sua grande maioria, e numa intensidade que acabam competindo com recursos escassos que são necessários... Se dobrássemos o orçamento do atual MS... e todo mundo reclama da carga tributária, nós não teríamos condições de atender a todos os procedimentos elencados e todos os

medicamentos registrados na ANVISA. Então, é um dilema, para o administrador...

Agora, é direito do cidadão pleitear. Se eu me coloco no plano do singular, é uma decisão terrível.

Eu estou com um doente, tenho capacidade de dar dois meses de vida a ele com um novo anti cancerígeno, eu vou querer dar esse anti cancerígeno. Então é uma tensão absolutamente inexorável do sistema (...) é uma condição difícil. Mesmo para o administrador é uma questão difícilíssima. Esse conflito ético existe né?. O que acontece é que alguns laboratórios começam a buscar doentes, se unem as associações de doentes, a profissionais especialistas que possam validar aquela nova opção terapêutica e começam a potencializar o uso comercial de determinados medicamentos... isso é o que eu chamo de judicialização, esse processo utilizado pela indústria de fazer lobby para a introdução do seu produto, e mobilizar médicos, sociedades de portadores de doença e advogados para promover com a intenção de obter ganhos com aquele produto através da Justiça. Há os de boa fé, que estão disputando fatias do mercado, competem. Estão num mercado de relações capitalistas, portanto é legítimo que a burguesia busque vantagem, Há contrabando também, medicamentos cuja eficácia não está comprovada e por isso não obtiveram registro, procedimentos e medicamentos que podem causar danos àquele paciente. A adequação daquele medicamento ou daquele procedimento ao caso...(...) Agora, qual é a saída para isso? Está sangrando o orçamento, tivemos que fazer no orçamento de 2007 uma injeção de 500 milhões de reais para medicamentos excepcionais e compromete a própria assistência farmacêutica básica, reduzindo substantivamente a capacidade máxima de salvar mais vidas. Ao salvar ou paliar uma determinada quantidade de pessoas, nós estamos deixando de levar tratamento, melhorar qualidade de remuneração de atenção básica, etc” (SAS)

Por último trazemos a fala da Juíza do Tribunal de Justiça que considera que as questões de saúde, dos medicamentos em particular, devem ter caráter excepcional dentre as demandas judiciais de Fazenda.

“A gente esta tentando muito que administrativamente o estado resgate o fornecimento de medicamento, resgate a realização de cirurgia, porque é uma questão muito difícil, está entavando as Varas de Fazenda Pública. Eu tenho

assim, um número enorme de processos de remédios. Eu posso te dizer que de 150 sentenças que eu faço num mês, 40 a 50 são de remédios, porque as pessoas não têm acesso a medicamento realmente, elas precisam vir até aqui pra pedir. (...) A atribuição do Judiciário é garantir a efetividade da Norma Constitucional, é a primeira atribuição e se eu nego isso, não só estou negando vigência a Constituição, o que seria uma ilegalidade, como estou negando remédio a uma pessoa que precisa, e aí eu tenho que dormir com isso. Assim, existem pessoas dispostas a fazer funcionar, é porque isso não tinha que estar na seara... isso tem que ser resgatado pela administração. Remédio aqui tem que ser uma hipótese excepcional, não pode ser 50% dos meus processos”.

Poder-se-ia pensar que os dilemas éticos e os conflitos de interesse citados estão relacionados a baixa integração entre os Poderes da República e a pressão da indústria de medicamentos sobre a comunidade médica e a sociedade?

Pergunta 9 - O Sr conhece os projetos de lei em tramitação no Senado Federal, de autoria dos senadores Tião Vianna e Flávio Arns, relativas a alterações no texto da LOS (Lei 8080)

O representante do CONASS declara que *“os projetos são antagônicos: enquanto o primeiro, garantindo o direito dos pacientes, regulamenta a assistência terapêutica, inclusive a dispensação de medicamentos de alto custo; o segundo amplia ainda mais a desordem instalada, “garantindo tudo para todos a qualquer preço”. A fusão dos projetos, eliminando as permissividades existentes, daria ao país uma lei que considero justa e equânime”.*

Persistem discussões sobre o tema no Senado Federal. Coube ao Senador Paulo Paim, relator dos mesmos, após uma série de discussões entre parlamentares, gestores, associações de portadores de patologias, dentre outros, tentar conciliar estas duas propostas.

O representante do CONASEMS descreveu assim o projeto do Senador Tião Viana:

“O projeto do Tião Vianna entusiasmou muito os gestores, porque ele cria uma relação de medicamentos, ele fala que tem que ter uma relação padronizada baseada em protocolos. Ele faz aquilo que nós preconizamos, bom... o paciente tem que ser um paciente do SUS que vai receber os medicamentos

padronizados dentro do SUS, certo? Houve uma reação contra o projeto, principalmente das sociedades de patologias. O projeto do Flávio Arns faz o contrario do Tião Vianna. Ele veio numa linha dos usuários, das sociedades (...) E aí, o projeto do Tião Vianna que estava de vento em popa, deu uma paralisada. Tentou-se compatibilizar os dois projetos, que eu acho que é o caminho, mas o próprio Flávio Arns por alguns motivos se retraiu porque houve uma pressão muito grande das sociedades. O Ministério se retraiu um pouco nisso, quer dizer, tem grupos dentro do Ministério certo? Articulados com a universidade e tal que estão constantemente fazendo essas avaliações. O Estado tem um papel forte nesse sentido”.

“É, eu li, fazendo uma lista nacional de medicamentos que o SUS daria. Eles tentam modificar, criar uma lista efetiva, eu sou a favor. Eu acho uma medida muito correta e muito competente. E os casos excepcionais serão analisados, perfeito”, disse o gestor municipal.

O representante do COSEMS também considerou importante a ratificação pelo Legislativo de uma padronização de medicamentos preconizada pelo Executivo Federal. *“O Tião Vianna quer fazer uma padronização, uma revisão se não me engano, é isso sobre medicamentos não é? Acho que isso aí é importante, não adianta falar que vai dar tudo se na realidade você não tem condições. Acho que seria um avanço, a gente vê isso com bons olhos, seria um avanço para a saúde”.*

A gestora estadual além de demonstrar sua concordância com o Projeto, introduz na discussão novos elementos: o papel do profissional de saúde e a pressão dos laboratórios sobre os mesmos, ampliando a necessidade de discussão dos Executivos com os órgãos de classe.

“Eu acho que o projeto de lei do Senador Tião Vianna é importante, porque estabelece algumas regras. A gente está até chamando de integralidade regulamentada, porque acho que tudo tem que ter regra. Na casa da gente tem regra, porque que no SUS não pode ter regra? Acho que falta uma aproximação dos Executivos com os órgãos de classe. Acho que o papel do profissional de saúde, da pressão dos laboratórios é muito grande. Pra ter uma discussão não só da ética profissional, que aí eu acho uma cumbuca, mas também dos protocolos, da importância de se garantir mediante protocolos.

Acho que tem que ter uma aproximação, uma sintonia, uma compatibilidade de ações e de procedimentos dos Órgãos de Classe com os Executivos”.

Um dos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, ao falar sobre os projetos, demonstra preocupação com as inúmeras inovações que vem sendo implantadas no SUS como fundações estatais, terceirizações, enfim uma série de propostas que sob sua ótica contrariam os preceitos da reforma sanitária, citando sua própria participação e a de Sérgio Arouca.

“Sim, eu estou muito assustado. Como eu disse, eu participo desses Conselhos e do controle social. Particpei da Constituição de 88, com o falecido Sérgio Arouca em Brasília quando foi lançada a Constituição e hoje me assustam essas propostas desses deputados, eu estive lendo... eu vejo que eles estão implantando fundações estatais, serviços prestados por ONGs, por terceiros e com isso acaba o SUS, acaba com o serviço publico de qualidade. Começaram com prestadores de serviço... nós queremos serviço público de qualidade, como da mesma forma queremos concurso publico para todos os funcionários com qualidade para atender a população.

O representante do CNS tomou conhecimento dos projetos, assim como os demais conselheiros, mas não tiveram acesso as modificações ocorridas:

“Eles fizeram a exposição aqui no CNS, depois disso fizemos um debate a respeito das duas propostas, depois aconteceram modificações que eu não tomei conhecimento ainda. Eu tive audiência com o Senador Tião Vianna onde ele falou que havia feito modificações. Mas o texto original nós não tomamos conhecimento aqui no Conselho, na apresentação que os dois fizeram”.

O representante da Associação Médica/ Conselheiro do CREMERJ referiu, de forma lacônica, conhecer somente o projeto do Senador Tião Viana e o da ANVISA declarou *“..conheço no sentido de que sei que existem, mas eu não conheço amiúde. Não tenho uma análise, uma avaliação sobre os projetos”.*

As representantes do Tribunal de Justiça e da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro desconhecem os projetos.

O desconhecimento da tramitação de projetos deste porte, por parte de tão importantes atores, reflete, de certo modo, a desarticulação existente entre os Poderes Legislativo e Judiciário .

Dentre os gestores, os projetos foram discutidos, com maior ou menor intensidade, mas de qualquer forma ficou evidente pelas entrevistas a

aceitação deste grupo de atores ao Projeto do Senador Tião Viana e suas ressalvas ao Projeto do Senador Flávio Arns.

A posição da AMB para esta pergunta também foi de desconhecimento quanto aos projetos de lei, tendo sido colocado o entendimento de que não cabe aos gestores apenas o cumprimento do mínimo de investimentos necessários porque desta forma os preceitos constitucionais não estariam sendo cumpridos. *“Não conheço de forma a fazer uma análise consistente, mas vejo que tais propostas legislativas são importantes para chegar à universalização do direito à saúde. Evidente que não basta uma legislação que estabeleça percentuais mínimos de investimentos, sem que exista vontade política de implementá-la. Também é necessário que os administradores públicos entendam que eles não estão cumprindo a Constituição aplicando o mínimo legal à saúde. A realização do preceito é efetivando com o acesso a todos. Não basta destinar orçamento nos limites exatos, as dotações devem ser as necessárias ao atendimento da população. Penso ser essa a consciência que deve ser incorporada nas políticas de saúde”.*

De certa forma a fala da AMB reforça a impressão de inconstitucionalidade referida pelo representante do Ministério da Saúde, embora sua posição seja plenamente favorável ao Projeto do Senador Tião Viana.

“É um problema que pode ser considerado inconstitucional. O Tião Vianna cria uma espécie de CITEC para incorporações de tecnologia.... O Flavio se opõe ao Tião Vianna, há uma maior tolerância. O Tião Vianna quer que só aquilo que esteja assentado em protocolos expedidos pelo MS seja concedido, é a nossa política, é o que estamos fazendo. Enfim, tem essa briga e o relator Paulo Paim está querendo conciliar, mas nós estamos apoiando o projeto do Tião Vianna. É um mecanismo da gente impor, buscar racionalidade no uso de medicamentos. Agora, é muito difícil.

O Flavio Arns pouco amplia desse dilema ético entre o trato individual e o coletivo”.

A PGM e o MP também têm este entendimento:

“Eu acho que essas iniciativas de alteração da lei do SUS sem uma reforma constitucional não vão muito adiante, a não ser que o próprio Supremo adote uma nova interpretação sobre esses direitos que estão previstos na

Constituição (...) E o Supremo também sofre essa angústia do magistrado diante do que eles pensam ser salvar uma vida... isso é complicado” (PGM).

“A tentativa de disciplinamento por lei vai violar a Constituição. Tenho certa dificuldade em ver possibilidade de se tentar fechar isso por via legislativa, porque o que se vai entender é que o artigo 196 é aberto e que aí caberia tudo. O problema na verdade, o problema jurídico, a meu ver, que se coloca é como conciliar a noção de direito a saúde com as noções de universalidade e igualdade. Porque o problema é, a pretexto de um direito individual de saúde, você acaba instrumentalizando o sistema público para atender a uma demanda individual em detrimento da coletividade. Agora, como você vai conseguir operacionalizar isso, até mesmo do ponto de vista teórico, conciliar o direito a saúde com a noção de que o indivíduo só tem esse direito na medida que esse direito possa ser assegurado de forma universal e igualitária... isso é que é um negócio difícil de resolver. Acho até que um indivíduo pode demandar além daquilo que está regulado (...) Acho que isso tem que ser visto caso a caso, de forma cautelosa, tem que haver uma margem de discussão, dos órgãos deliberativos com a própria sede do judiciário, que vai acabar a revisão desses atos. O que não se pode é simplesmente partir do pressuposto de que tudo é possível e que o Estado tem o dever de arcar com tudo aquilo que seja concebível em termos de saúde. Até porque, do ponto de vista teórico, a implementação dos direitos tem que ser gradual, você não pode partir de um nível zero a um nível infinito de todas as pretensões individuais sem que você tenha construído uma possibilidade prática pra isso” (MP).

O representante da Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro deixou de responder a esta pergunta por considerar necessário um estudo sobre a matéria, o que pode representar a baixa articulação entre as Casas Legislativas do país.

Pergunta 10 - O Sr. considera que existe amadurecimento/consenso da sociedade brasileira acerca da pertinência/necessidade de tais alterações?

Esta é uma pergunta que divide bastante as opiniões dos atores e estas não obedecem necessariamente a suas inserções institucionais. Além das questões específicas, referentes ao amadurecimento da sociedade, os entrevistados introduziram novos elementos a discussão.

O gestor municipal não considera que haja amadurecimento da sociedade para discussões acerca da pertinência das alterações na Lei Orgânica:

“Não, não acho porque a população está sendo invadida por más notícias que a saúde é o caos e a gente se defende mostrando só números mas a gente não mostra qualidade. E os resultados? E mesmo os resultados das incorporações quando vem incorporação.. A gente não mostra os resultados, não se tem análise dos resultados. Se a gente mostrasse, primeiro, a gente ficaria assustado com os maus resultados. Segundo, que está havendo uma grande deformação da própria classe médica quando você ganha muito mais pelo equipamento que você usa do que pelo seu procedimento. Eu acho que se a gente não caminhar para uma conscientização nós vamos enfrentar movimentos muito sérios. Enquanto o governo federal não se intuir que ele realmente tem que cumprir o PEC 29...”

Suas declarações trazem para a discussão: (a) a baixa capacidade de análise do sistema de saúde por parte dos gestores, que desconhecem seus próprios resultados, inclusive os relativos as incorporações tecnológicas; (b) a forma como está estruturada a atividade médica, onde o ato médico, no mercado, é menos valorizado do que os procedimentos diagnósticos, o que pode, segundo ele, induzir a incorporação desnecessária de equipamentos devido a melhor remuneração destes procedimentos e, por último, sugere que o gestor federal deveria cumprir a EC 29.

O representante da ANVISA expõe que, devido a complexidade que envolve o financiamento de saúde, acredita que a sociedade não tenha condições de julgar a pertinência das alterações legislativas propostas.

“Eu diria que a sociedade em geral não, embora o setor saúde seja um dos setores que tem maior mobilização social, e essa é sem duvida uma grande marca da saúde no Brasil. Em que pese esse cenário, me parece que a sociedade, o conjunto da população brasileira ou aquela grande parcela da população que teria condições de ter algum nível de consciência sobre isso, não tem... a meu juízo. Do ponto de vista do entendimento de como se estrutura o serviço, da complexidade, dessas questões gerenciais, de financiamento etc, a população brasileira tem muita dificuldade me parece, de compreender isso, ate porque não é um tema simples, é um tema complexo e que inclusive não foi ainda resolvido e ainda por cima tem que lidar com

refluxos... como é o caso da recente rejeição da CPMF que era um componente importante do financiamento. Então, nesse sentido, e falando em CPMF, a discussão da CPMF, por exemplo, foi feita de uma forma bastante enviesada, de forma que a população tivesse ainda menos condições de entender como é que se dá a questão da organização e do financiamento das ações de saúde. Então nesse sentido acho que a resposta é não, a sociedade não tem condições em seu conjunto de compreender”.

A representante da Secretaria de Estado questiona se há uniformidade de acesso às informações de saúde na população como um todo. Pondera sobre o princípio do SUS de participação da comunidade, que levou a criação dos Conselhos de Saúde, como mecanismo indutor de cidadania, de amadurecimento social. Cita também a necessidade de conhecimento de outros direitos sociais para avaliação do amadurecimento da sociedade, como acesso a cultura, educação etc, concluindo que na maior parte, a população não tem maturidade acerca da necessidade de alterações na Lei Orgânica de Saúde, como propõem os projetos de Lei citados.

“Olha, é difícil responder. Se a gente for para algumas áreas de baixíssima oferta de serviço e garantia desses direitos, as pessoas não têm nem noção dos direitos de hoje quanto mais das modificações. Eu acho que muita gente não tem o direito, não conhece esse direito... Se a gente for falar das reuniões do CES que eu participo, todo mundo tem noção, conhece essas propostas de mudança e tem disputas internas e tem opiniões contrárias em relação ao projeto de Lei do Tião Vianna e do Flávio Arns. Acho que, infelizmente, a nossa população ainda não tem informação suficiente nem sobre os seus direitos quanto mais sobre essas mudanças. Acho que aos poucos, o SUS teve esse papel, os Conselhos Municipais de Saúde, as Conferências Municipais de Saúde, a mudança do padrão mesmo de oferta desses serviços, na forma de oferta desses serviços, eu acho que ela trouxe um pouco mais de informação, mas não basta. Eu acho que essa resposta não é uma resposta só do SUS, da lei, do direito a saúde. É uma resposta que a população brasileira precisa ter em relação a ampliação do acesso a educação, acesso a cultura, aumento da taxa de alfabetização. Acho que está relacionado mesmo a uma maior informação, a uma maior cultura da população, a maior educação da população. E aí ela vai estar mais bem informada não só sobre a saúde, mas

sobre todas as outras áreas, sobre os seus direitos. Acho que a gente não tem ainda essa maturidade conforme você perguntou. A grande maioria da população está à margem dessa discussão, infelizmente”.

O representante do CONASS faz algumas reflexões sobre seu próprio entendimento de alguns conceitos do SUS e sugere que as demandas judiciais por produtos e serviços de saúde são originadas de classes sociais mais favorecidas economicamente.

“Entre os princípios do SUS estão o “acesso universal e igualitário” e o “atendimento integral”. Para garantirmos estes princípios precisamos entender “universal e igualitário” como idêntica atenção a todos os assistidos pelo SUS e “integral” como atenção dispensada em todas as dimensões do ser humano, na lógica da integração do sistema em todos os seus níveis. Na concepção do “tudo para todos, a qualquer hora” como pensa a maioria da população brasileira os que têm mais, podem mais, vide as demandas judiciais, que só as obtêm quem pode pagar advogado, tornando uns mais iguais que outros. A população talvez não esteja amadurecida o suficiente, mas já despertou para o problema”.

O presidente do COSEMS concorda com o gestor municipal quanto ao amadurecimento da sociedade. Em relação aos Conselhos de Saúde, tem posição diferente da gestora estadual:

“Não, eu acho que a sociedade só se manifesta quando ela necessita, aí é individual. Não é uma conscientização. A gente vê as associações, os sindicatos, só trabalhando muitas das vezes em causas próprias e individuais. Então o que eu digo, ela não é organizada, ela não discute saúde a todo o momento. A gente vê os movimentos de cidadania, dos Conselhos Municipais... é, realmente não avançou como a gente esperava, os conselhos não evoluíram, não avançaram. O que existia há 20 anos? O conhecimento e a participação, coisa que foi até mais ativa, hoje é um pensamento, porque hoje a sociedade só reclama no momento da sua necessidade. Ela não quer fazer o planejamento, não quer participar, não quer colaborar no sentido do dia-a-dia. Quando ela tem a necessidade aí ela grita, aí fica muito mais difícil se você sentasse antes pra discutir os problemas que você vive hoje em cada município”.

A posição da Defensoria Pública quanto ao amadurecimento da sociedade é semelhante a do Presidente do COSEMS:

“Eu acho que a nossa sociedade não tem amadurecimento para discutir... quer dizer, tem quando tem uma fila de hospital, na televisão e tal, mas saiu dali, as pessoas realmente esquecem da realidade que permeia as nossas vidas e as vidas principalmente de quem precisa do Poder Público como garantia da sua saúde. Acredito que a sociedade, a população é muito imatura nesse sentido, até mesmo por desconhecer os seus direitos e muita gente desconhece que tem direito a ter acesso a medicamento fornecido pelo Poder Público e quando descobrem isso... Daí a importância de todas as medidas para que sejam propagadas essas informações para que elas tenham e que venham, e se chegar a uma hora que o Poder Público... pode gerar um colapso, a grande verdade é essa. Mas daí a necessidade de discussão, porque isso, realmente, essa questão da saúde é mundial. A gente tem problema nos EUA, a gente tem problema no mundo todo relativo à saúde. A população está envelhecendo, as doenças estão cada vez aparecendo mais... Eu também não vou dizer que não sei que existe um limite de orçamento, os impostos, tudo, eles são limitados. Mas aí se a gente for entrar numa discussão de imposto, vincular imposto à fonte, qual a que finalidade ele tem, como a CPMF era vinculada e deixou de ser, e hoje você tem aí uma discussão enorme pra saber se aprova ou não a CPMF... mas pode ter certeza que não é para finalidade de saúde, apesar de todo o caos que a gente tá vivendo. Se a gente for entrar na discussão da política, aí ferrou tudo, a grande verdade é essa. Exatamente por isso que eu acho que a nossa sociedade é muito imatura, porque as pessoas não têm conhecimento dos seus direitos e só passam a sofrer mesmo quando estão lá na fila do hospital precisando de medicamento, precisando de uma internação e não tem. Então eu acho que a sociedade não tem amadurecimento suficiente pra isso”.

A Juíza do TJ faz uma reflexão que complementa, a partir do conceito de democracia, a declaração da SES/RJ. Comenta sobre a pouca visibilidade dada aos projetos de lei em tramitação nas instâncias legislativas no que se refere aos demais Poderes do estado e para a sociedade brasileira. Chamou de “inflação legislativa” ao grande número de leis existentes que não possuem seu cumprimento assegurado embora entenda que seu objetivo é a resolução

de questões importantes para a sociedade brasileira. Cita a Constituição de 88 como exemplo de instrumento legal extremamente minucioso.

“Eu estava estudando justamente como funcionam as deliberações numa democracia. Para você ter a efetividade da participação popular numa democracia, tem que ter liberdade e igualdade, e ambas as qualidades estão atreladas a um sentimento de pertencimento a sociedade. Como é que você fala disso no Brasil? As pessoas não têm esse sentimento de pertencimento e como conseqüência, estão ausentes de liberdade e igualdade, não tem sentimento de participação. Eu sou uma juíza, trabalho com isso e se você me perguntar quais projetos de lei eu acompanho, são pouquíssimos, porque são inúmeros. Então, além de toda essa outra questão, existe uma inflação legislativa, a gente acha que tudo se resolve legislando e se esquece do momento posterior à edição da Lei que é o efetivo cumprimento, a repercussão. É a organização efetiva do Estado. Se você pensar em termos de Direito Comparado, os EUA têm uma Constituição com muito menos artigos do que a nossa, mais emendas, porque é mais antiga, mas muito menos artigos. Nossa Constituição desceu a minúcias, é uma Constituição dirigente, pretensiosa entre aspas, no bom sentido, porque pretendeu garantir direitos que de outra forma ela imaginou que não fossem tutelados. É bem intencionada, mas a gente tem essa necessidade de legislar minúcias e o tempo todo, o que impede inclusive, que mesmo pessoas da área acompanhem. É uma alteração seguida da outra. As pessoas querem pelo menos eu prefiro acreditar, tentar resolver dessa forma, como a questão da maioria penal. Mas não resolve, a mim, me parece que não resolve. Tinha que ter mais discussão, porque um projeto de lei só tem efetiva legitimidade, ainda mais num sistema eleitoral como o nosso que às vezes a gente nem sabe em quem votou, a participação é tão diluída que às vezes a gente se perde. Acho que tinha que ter publicação, um acesso a esse projeto de lei, críticas e respostas a essas críticas. Só com respostas a essas críticas, respostas efetivas é que ele seria um projeto válido, mas a gente não tem isso. A nossa democracia é mais nominal, é o que me parece”.

Esta multiplicidade de leis, citada pelo TJ, encontrou eco nas declarações do Presidente do CNS. No entanto, são as ponderações acerca da forma como

são vistos os medicamentos no país que se configuram como uma abordagem singular do tema.

“O grande desafio é nós deflagrarmos um processo de informação e educação nesse Brasil a respeito de medicamento. Eu não acredito que tenha no mundo um país com mais leis do que o Brasil. Tem lei pra tudo, e, no entanto, os dilemas tão colocados aí. Estou dizendo com isso que em relação a um tema complexo como esse, pra mim não basta ter a lei, não basta ter a modificação da lei orgânica, não basta ter um novo dispositivo legal. As pessoas têm que entender que medicamento não é uma mercadoria; as pessoas têm que entender que em não sendo mercadoria, o medicamento não pode ser adquirido numa gôndola de supermercado, não pode estar exposto nas prateleiras de farmácia, não pode ser adquirido por telefone, por internet; as pessoas têm que entender que o medicamento é um bem essencial a saúde que deve ser utilizado estritamente sob determinadas regras. Então penso que fazer alteração na lei, mudar a lei ... mas se o povo continuar a ver o medicamento como mercadoria, que pode adquirir a qualquer momento, tomar como bem entender, sem nenhuma orientação, sem nenhuma prescrição adequada, sem nenhum acompanhamento... e se as pessoas não entenderem que farmácia e drogaria não são estabelecimentos comerciais, mercadológicos puro e simples, devem ser estabelecimentos de saúde onde eles vão ter acompanhamento, onde eles vão ter orientação correta, acolhimento correto; então nós podemos ter a lei que for, que não vai adiantar, então penso que nesse aspecto o povo ainda não está preparado para as alterações que estão sendo propostas. São necessárias alterações, mas é fundamental também um processo educativo pra população em relação à questão como um todo”.

O representante do CONASEMS responde afirmativamente a esta pergunta e introduz questões como a medicalização da sociedade, formação médica, pressão de laboratórios e qualidade do atendimento. Sugere que a qualidade do atendimento pode favorecer/possibilitar o desenvolvimento de outras práticas terapêuticas relacionadas à educação como mudanças de hábitos de vida para pacientes portadores de doenças crônicas, por exemplo.

“Eu acho até que tem. Eu acho que a sociedade brasileira hoje é altamente medicalizada, a população gosta de medicamentos, a categoria médica gosta de receitar medicamento, tem uma influência forte na formação, os

laboratórios... se o medico começa a não receitar, quer dizer, fazer medidas mais de promoção entendeu? A população resiste um pouco. Acho que tem falha da população, principalmente... alguns setores de classe média tão começando a entender isso, mas são os setores ainda minoritários, a maior parte da população ainda, quer ser medicalizada. E a categoria médica quer receitar, então isso é um fator complicado pra nós gestores. E não sei também quantos gestores tem consciência que realmente precisa estar começando a controlar mais o uso de medicamentos na própria rede. Eu vi acontecer um pouco isso de diminuir medicalização, na saúde da família. Eu fui gestor municipal 8 anos e vi isso aí, por que? Porque você tinha um bom atendimento. Quando você tem um bom atendimento com qualidade, o medico, a própria equipe que trabalha consegue em vez de dar um medicamento pra hipertensão, motivar o paciente a tomar uma serie de medidas e tal, e diminuir... mas isso tem que estar ligado a um atendimento muito bom, de qualidade. As vezes a medicação, o pedido de exames de laboratório, compensam um pouco a falta de atenção no atendimento. As vezes ela tem um atendimento medico mais rápido,, mas se eles saem com um pedido de exame de laboratório, acabam aceitando aquilo.. ficam muito bravos se apesar de tudo isso saem sem medicação. Então dizer que a população só quer ser medicalizada também não é verdade. Só quer ser medicalizada quando o atendimento leva a isso. E a gente tem que saber que é a grande tarefa nossa hoje, dos gestores..., o CONASEMS trabalha nesse sentido que é melhorar o sistema de saúde... organizar melhor o serviço. Nós sabemos que temos grandes dificuldades ainda, a atenção básica avançou muito, mas vai precisar avançar mais. Quer dizer, ela precisa ter um respaldo da atenção especializada, através da regionalização, das linhas de cuidado...isso que nós estamos falando hoje, precisamos concretizar na prática, melhorar a qualidade de atenção, do atendimento.

A AMB, por meio de seu representante, também respondeu afirmativamente: “Claro que sim. Após a Constituição de 1988, durante os vinte anos de sua vigência podemos observar que avançamos em várias questões que envolvem a emancipação da cidadania. Nos setores vitais voltados ao bem estar da população, a criação de organismos paritários que possibilitam o protagonismo da sociedade nas políticas públicas, está propiciando uma apropriação

paulatina por parte da sociedade da sua responsabilidade com as políticas ligadas a efetivação de direitos. No caso, os conselhos de saúde que funcionam nas várias esferas do Estado acabam criando as condições para conscientização da sociedade”.

O Conselheiro Municipal parece acreditar no amadurecimento da sociedade e cita as discussões travadas pela sociedade nas Conferências de Saúde⁶¹, onde são apontadas as necessidades de saúde.

“Por coincidência, é um dos papéis que a gente está fazendo aqui hoje que está sendo realizada a Conferência Estadual (...). Nós apontamos todas essas necessidades. Como a gente gostaria que funcionasse, a gente apresenta dentro de uma prioridade, da necessidade que apuramos dos usuários e das nossas áreas programáticas. Quando chega na hora da execução a gente apresenta 100 propostas, aí eles colocam 3 ou 4 execuções. Não cumprem o que foi determinado pelo colegiado e o que diz a Lei 8080 e a 8142 - que tem que ser cumpridas essas determinações de acordo com o que foi apresentado, tirado das Conferências”.

As posições da PGM e do MP se aproximam bastante e trazem novos elementos para reflexão como as noções de bem público e privado, as características de focalização das questões de saúde coletiva, próprias do MP e das questões pontuais que caracterizam as demandas individuais conduzidas pelo Judiciário. Voltam a abordar o dilema ético posto nas definições entre o direito individual e coletivo e a necessidade de integração entre os atores deste imbricado processo, sendo citados o Executivo, o Judiciário e a sociedade. Quanto ao amadurecimento da sociedade a PGM acredita que é o Congresso o foro de discussão para tal enquanto o MP cita apenas que ele terá que acontecer.

“Procuradora - Eu acredito que é através da discussão num foro próprio que esse amadurecimento vai acontecer. Se for colocado no Congresso de uma forma séria a questão da limitação... e no próprio STF, sobre a necessidade de respeitar a programação orçamentária para a concessão desses tratamentos, do direito a saúde, eu acho que o povo vai ser o primeiro a prestigiar o limitador porque o povo sabe que precisa não só da saúde, precisa de programas

⁶¹ A entrevista para esta pesquisa foi realizada na Conferência Estadual do Rio de Janeiro, ocorrida no 2º semestre de 2007.

habitacionais, precisa de estradas boas. O povo acredita no sistema capitalista, pelo menos até hoje parece que é o que tem sobrevivido na economia de mercado e diante dessa vivência ele vai escolher. Acho que aí é que está o correto, também não acho que cabe ao Executivo apenas escolher. Acho que cabe mesmo ao povo e isso seja através da lei, seja através da eleição dos seus executivos, esse me parece ser o foro adequado mesmo.

Procurador - É importante dizer que eu não tenho uma crítica absoluta ao Judiciário. Acho que essa questão da judicialização da prestação de saúde adveio de situações fáticas dramáticas, situações fáticas que às vezes forçaram a atuação judicial. O que aconteceu foi uma hipertrofia, o que aconteceu foi um exagero e esse exagero pode contribuir para o amadurecimento. É um esforço que cada um dos atores, nós como Executivo, o Judiciário e toda a sociedade em si, temos que fazer para dar um basta. Que nós cheguemos num momento em que todos nós façamos uma auto-crítica e nos coloquemos numa posição muito humilde diante de um problema que é muito grande e está crescendo. Um momento em que todos nós precisamos parar para pensar, nos reunirmos sempre e cada vez mais para chegarmos a um ponto em que todos comecemos de novo a ver essa questão, todos estudemos... acho que seu estudo vai ser muito útil". (MP)

Promotora - Amadurecimento tem que ter, vai ter que ter em algum momento. Agora, não sei se o SUS... se as pessoas se apropriam daquilo ou se vêem o SUS como algo que eu não preciso do SUS. Não sei como é visto pela sociedade. É, na verdade acho que isso... enfim... na verdade, tem uma coisa digamos assim, na psicologia própria nacional de que o que é público não é meu ou é de ninguém. O dinheiro é do Estado, então nós não temos que nos preocupar com as despesas do Estado, na verdade, meio que essa consciência coletiva, de que como se aquilo que diz respeito ao dinheiro do Estado não nos afeta enquanto cidadãos. Enfim, o que é obviamente uma distorção, enfim, o cidadão médio em geral está muito pouco preocupado em discutir como se gasta o dinheiro público. Enfim, o que seria a discussão mais importante acerca da função do Estado moderno, mas o cidadão brasileiro em média, não está preocupado com isso. Acho que, digamos assim, os atores que atuam nessa área, estão provavelmente conscientes, os atores digo do ponto de vista do Executivo, em particular. E é também quem precisa, quem

precisa de associações, enfim... o Legislativo dentro de sua perspectiva, o Judiciário, enfim, esses órgãos, que estão em contato com isso diário. Esses sim. Promotor - O Judiciário em termos né, porque o Judiciário não tem essa perspectiva da questão macro, da questão coletiva, ele tem uma perspectiva da questão pontual, individual. A própria estrutura do processo favorece isso, porque toda a estrutura do processo é construída em volta da pessoa, na verdade. O drama individual sempre tem um apelo muito mais forte, mas enfim... acho que essa questão, a questão de recursos da saúde na verdade acho que se tiver que ir para a justiça só vai poder ser discutido com um pouco mais de maturidade quando chegar a questão no STF, quer dizer, já chegou né... mas o STF deu algumas decisões bastante abrangentes no sentido de que, ah, as prioridades em saúde estão na Constituição e estaria quase tudo dentro desse direito a saúde, já deu até alguns sinais de que enfim, não é bem assim, vamos limitar para cá, limitar para lá, mas até hoje não temos um parâmetro claro onde o Supremo tenha chegado e dito, não, até aqui pode, daqui em diante não pode. Até esse dia chegar, eu acredito que nós vamos continuar com demandas individuais propostas sem muito critério na verdade, sem essa visão global que enfim, que deveria informar na verdade a atuação de qualquer agente público nessa questão.

Por fim, o representante do Ministério da Saúde enfatiza o dilema entre o direito individual e coletivo e o peso que esta questão traz para a sociedade em especial para àqueles que participaram da reforma sanitária. Finaliza com a crença de que os projetos de alteração da Lei Orgânica não serão aprovados por esta via.

“Há um apelo para que as pessoas sejam tratadas, a sociedade se apieda, as pessoas sofrem e há uma mística de que a droga curará aquela pessoa. A gente sabe que não curará, para muitas delas prolongará e tal, de qualquer forma provoca um alívio. Eu acho que teremos dificuldade sim de aprovar o projeto do Tião Vianna. Mas veja o dilema nosso, do movimento da reforma sanitária, se for radicalizar o pensamento, tem que dizer que o direito à saúde não é universal, quer dizer, pra eu fugir da inconstitucionalidade do projeto do Tião Vianna, eu tenho que dizer que na realidade, teríamos que fazer uma emenda constitucional, a lei disporá qual elenco de cobertura, etc etc etc”.

Capítulo 6 – Considerações Finais

Finalizando esta etapa do trabalho e analisando o percurso metodológico desenvolvido por meio da ausculta dos atores envolvidos com a implementação do SUS e da sistematização dos dados obtidos junto aos gestores de saúde do estado do Rio de Janeiro temos a convicção de que se faz necessária a manutenção e o aprofundamento das discussões e reflexões aqui iniciadas, além da elaboração de estratégias que possibilitem uma maior articulação entre as Instituições representativas do Estado, do Ensino, das Categorias Profissionais de saúde, principalmente, e, da sociedade como um todo, visando a superação dos entraves que vêm dificultando a consolidação das políticas públicas de saúde conquistadas com a criação do Sistema Único de Saúde. Consideramos que pudemos evidenciar três grandes núcleos causais para a ampliação das demandas judiciais de saúde observadas:

6.1. - 1º Núcleo Causal:

Este núcleo foi construído a partir da percepção de que as dificuldades de acesso ao sistema de saúde, materializadas neste estudo pelas demandas judiciais que chegam aos gestores do SUS, podem advir da diversidade de entendimentos dos atores envolvidos na implementação do sistema ou ainda das diferentes interpretações do texto constitucional quanto aos mecanismos de participação do Estado para o efetivo cumprimento do seu dever de garantir o direito à saúde.

Não há dúvida que estamos diante de “confrontos de idéias” cuja resolução transcende ao setor saúde e podem estar relacionados, em sua origem, a situações/fatores que perpassaram a estruturação da nossa sociedade atual, determinando, como consequência, os fatores impeditivos dos consensos não obtidos⁶² quando da elaboração da CF de 1988.

A democracia, segundo Marshall, enquanto um regime social desenvolveu-se na Europa no século XIX.

No Brasil, a democracia estabelecida pela Proclamação da República não representou uma conquista social, ou seja, não foi fruto de discussões e

⁶² Grifo meu

transformações das relações sociais ou da substituição do regime de produção verificados no Império.

Os líderes do movimento republicano eram militares positivistas, em sua maioria ligados à Côrte, e, representavam pequenos grupos de elite ligados a interesses de produção, principalmente relacionados a exportação agropecuária (café, açúcar e algodão principalmente), insatisfeitos com a extinção do regime escravista.

Parece-nos que a observação de como se deu a “queda” do Império e a instauração da “democracia”, pode facilitar o entendimento de algumas situações onde o “centralismo político” por vezes verificado nas políticas públicas, tem a mesma origem do “corporativismo social”, uma vez que, nas duas situações, prevaleceu a concentração do poder decisório.

Após as eleições indiretas de 1984, ocorreu a convocação e o desenvolvimento dos trabalhos da ANC (87-88), que foram marcados por uma intensa movimentação social e política decorrente da “redemocratização do país”⁶³.

Os partidos políticos - PDS e PMDB⁶⁴ estabeleceram um acordo político para eleger Tancredo Neves⁶⁵ como o 1º. Presidente da República após o regime militar autoritário. Pactuaram também que o novo governo federal reuniria representantes do antigo regime e representantes mais progressistas do PMDB.

Ocorreu, em março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que mobilizou fortemente a sociedade civil, partidos políticos, profissionais e instituições de saúde. O contexto político era bastante favorável a universalização da política sociais, principalmente a de saúde, e assim, as principais resoluções contidas no Relatório Final da Conferência foram absorvidas pela Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente da ANC⁶⁶.

As autoridades mais representativas do 1º escalão dos dois ministérios envolvidos com as reformas de saúde, MPAS e MS, foram substituídas pelo

⁶³ Grifo meu, chamando a atenção para um período que a democracia que se restabelecia no país representava, efetivamente, uma conquista social.

⁶⁴ O acordo ficou conhecido como Aliança Democrática e visava as eleições presidenciais de 1984.

⁶⁵ Com a morte de Tancredo Neves, o Vice-Presidente José Sarney foi diplomado Presidente da República.

⁶⁶ Esta Comissão era composta por autoridades partidárias da reforma sanitária pertencentes ao Ministério da Previdência e Assistência Social/ INAMPS e ao Ministério da Saúde,

Presidente José Sarney, que se mostrava alinhado com a ala mais conservadora da Aliança Democrática. A partir destas substituições, o texto elaborado na 1ª fase dos trabalhos da ANC acerca da saúde, que incorporava as deliberações tiradas na Conferência, foi revisto pela Comissão Temática da Ordem Social, responsável, na 2ª fase dos trabalhos, pela reformulação do setor. Esta Comissão realizou alterações e inclusões no texto constitucional tais como a participação complementar da iniciativa privada no SUS e a não definição do percentual de recursos da seguridade social que seriam destinados à saúde.

Desta forma, o texto constitucional final, aprovado pela ANC, embora tenha mantido os princípios doutrinários do SUS, não garantiu os mecanismos de operacionalização das reformas de saúde, que foram remetidas para negociações posteriores, o que a nosso ver constitui-se, ainda hoje, em uma das fragilidades do Sistema de Saúde e por isto, identificada como um dos fatores determinantes dos problemas que vimos discutindo. As alterações ocorridas que, a nosso ver provocaram maior impacto no SUS foram:

- (a) a indefinição dos recursos globais que comporiam o orçamento da saúde;
- (b) a não definição do montante de recursos a ser alocado no setor por cada uma das instâncias subnacionais, a despeito da co-responsabilização das mesmas pelo financiamento da saúde;
- (c) a garantia da manutenção de financiamento público para o setor privado
- (d) a pouca clareza de como se daria a participação complementar da assistência privada no SUS.

Além destas questões, definições tais como quais as ações de saúde que seriam desenvolvidas pelos serviços públicos; como se dariam os repasses de recursos federais para estados e municípios; quais seriam as situações em que o SUS utilizaria o setor privado; como se daria a regulamentação do Estado, frente à coexistência do SUS, cujo interesse e obrigação é assegurar o direito público à saúde com os interesses privados, estabelecidos pelo mercado, deixaram de ser esclarecidas pelas LOS que regulamentaram o setor.

Estas indefinições podem ser a justificativa para a multiplicidade de entendimentos dos atores envolvidos na estruturação da garantia do direito á

saúde, acerca da CF, que podem, inclusive, estar ocasionando a pouca integração observada entre os Poderes da República, que parecem estar favorecendo a ampliação da judicialização de saúde; dificultando a definição de que saúde se quer garantir no SUS, a forma como deve estar organizado o sistema de saúde e impedindo consensos que permitam dimensionar o volume de recursos necessários para que o Executivo da saúde possa garantir, efetivamente, o direito à saúde.

6.2 - 2º Núcleo Causal

Envolve o conjunto de prescrições médicas, sobre as quais à Justiça, a priori, não opõe contestação. No entanto, tais prescrições podem não refletir, *in totum*, as “reais” necessidades de saúde ou as únicas possibilidades terapêuticas para aqueles cidadãos.

As demandas geradas pelos profissionais médicos obrigam os gestores municipais, estaduais e federal, a realização de atos ou procedimentos que não necessariamente estão previstos nas Tabelas de procedimentos SUS ou cuja atribuição, segundo as Normas e Portarias Ministeriais da saúde, caberia aos executivos de diferentes esferas que não àquelas para onde estão dirigidas as determinações judiciais.

Estas ações judiciais podem validar, inclusive, procedimentos/medicamentos que não estão em consonância com os protocolos e diretrizes definidos pelos Consensos das Sociedades Médicas do país.

Além disto, o acesso a serviços de saúde, via Judiciário, pode estar reproduzindo iniquidades pré-existentes, uma vez que as demandas judiciais atendem à uma parcela da população conhecedora de seus direitos de cidadania.

A observação das características destas demandas sugeriu a ocorrência de uma tipologia, fundamentada, tão somente a preceitos da biomedicina:

- (a) Demanda consensual - a necessidade de realização dos procedimentos solicitados tem a concordância de todos os profissionais médicos e dos gestores do SUS, representadas pelas Políticas do SUS;
- (b) Demanda questionável - a necessidade da realização dos procedimentos varia segundo as diversas “escolas” ou “práticas” profissionais, devendo ser reavaliadas pelas Sociedades Médicas, Conselhos representativos de

classe e Gestores de saúde, por meio de incorporações tecnológicas, elaboração ou atualização de protocolos e de avaliações conjuntas das solicitações que as determinaram;

- (c) Demanda duvidosa - surge de práticas discordantes com a literatura médica, negligentes e até mesmo impróprias.

O enfrentamento desse problema remete à discussão de capacitação de recursos humanos, da ética profissional ou mesmo da revisão de vínculos empregatícios. Além disto, tais demandas podem refletir as pressões a que são submetidos os profissionais de saúde e as escolas de formação médica pela indústria de medicamentos e de equipamentos médicos.

A despeito da tipologia identificada percebe-se, neste núcleo causal, a necessidade de articulação inter-setorial dos gestores de saúde para promoção de um amplo debate com Escolas Médicas e Entidades ou órgãos de classe acerca da formação médica, do exercício profissional e da necessidade de validação e aceitação, pelos profissionais, dos consensos clínicos formulados. No entanto, estas iniciativas podem ter resultados pouco significativos por que questões muito complexas, no campo das ciências sociais, parecem ser as determinantes de tais acontecimentos.

- *“O que me importa, é o que o médico pede, é evidente.”* (TJ/RJ)

Questiona-se a razão pela qual o Poder Judiciário interpreta e define que o não atendimento a todo e qualquer laudo ou prescrição médica colocaria, necessariamente, os autores dos processos em risco de vida. Esta nos parece uma situação de utilização do saber médico como um instrumento de poder, validado por quem efetiva o poder do Estado, o que se configura como uma outra vertente para aprofundamento do estudo, na medida em que tais fatos remetem *“ao rígido esquema medieval dominado por três carreiras básicas: direito, medicina e teologia”* (Arruda, J.J.A, 1987).

Porque o Judiciário, para julgamento das questões de saúde, prescinde da utilização de peritos, como ocorre em contendas de cunho contábil ou mesmo em processos criminais que precisam ter elucidadas as condições de saúde mental dos autores e dos réus?

Observa-se que o “Estado” Judiciário vem atuando com o entendimento de que, sistematicamente, o “Estado” Executivo está descumprindo seu dever de assegurar o acesso a ações e serviços de saúde, o que vem sendo

severamente criticado por muitos dos atores entrevistados, principalmente os gestores do SUS.

É possível que este tensionamento possa estar sendo agravado por um outro fator determinante, relacionado, mais uma vez, a indeterminações do texto constitucional.

Consta no artigo 197 da CF de 1988 “(...) *são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação...*”

No entanto, não ficaram estabelecidos os mecanismos pelos quais o Estado iria regular o sistema de saúde nem tão pouco como seria regulado o exercício profissional, como vimos que acontece no Sistema Nacional de Saúde do Canadá.

A única referência ao exercício profissional no SUS encontra-se na Lei orgânica 8080, em seu artigo 16º:

“Á direção do SUS compete promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas da formação de recursos humanos na área de saúde”

Qual o sentido aqui de promover articulação? Qual seria esta a estratégia para regulamentar o exercício profissional de uma categoria que tem assegurada a liberdade para a iniciativa privada?

Até o momento não foi aprovada nenhuma lei voltada à regulação do exercício profissional. As iniciativas legislativas para regulamentação do setor saúde em tramitação no Congresso Nacional se referem a modificações do artigo 6º da Lei 8080 ou a inclusão de capítulo na mesma Lei e não estão relacionadas ao exercício profissional. Decorrem da ampliação das demandas judiciais da saúde e discutem, como citado anteriormente, principalmente, as questões relacionadas a assistência farmacêutica.

Nas justificativas do PL de autoria do Senador Tião Viana, são citadas algumas iniciativas em prol da resolução deste tensionamento como o Seminário “O SUS, o Judiciário e o Acesso aos Medicamentos Excepcionais”, realizado em Porto Alegre em 2005, com representantes do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, Poder Judiciário, Ministério Público e Conselho Federal de Medicina. Cita ainda a nota técnica n.º 13/2005 do CONASS que contém o Relatório Final deste evento, que acordou que o MS deveria elaborar

protocolos terapêuticos para orientação da prescrição de medicamentos excepcionais, o que vem sendo realizado pela CITEC.

“A garantia de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde é tão importante quanto o atendimento integral. Essa garantia só será possível se os poucos recursos destinados à saúde forem criteriosamente aplicados. Esses recursos não se multiplicam milagrosamente. Se uma grande parte deles for gasta na assistência a umas poucas pessoas, certamente uma grande parcela da população sofrerá pela falta de medicamentos destinados ao tratamento de doenças como tuberculose, hanseníase, malária, esquistossomose, dengue, AIDS, diabetes, hipertensão arterial, parasitoses intestinais e tantas outras”

Cita ainda, para reforçar a importância da matéria, uma decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e outra, de 2007, da Presidente do Supremo Tribunal Federal (STF). A primeira suspende uma tutela antecipada que determinou ao gestor do SUS *“ressarcir transplante de intestino realizado nos Estados Unidos e fornecer próteses não aprovadas pelo órgão especializado, a ANVISA”*⁶⁷.

Na segunda, a Ministra Ellen Gracie (STF) suspendeu outra tutela antecipada, limitando a responsabilidade do estado de Alagoas ao fornecimento de *“medicamentos contemplados na Portaria GM/MS nº. 1.318, de 23 de julho de 2002, do Ministério da Saúde”*, referente aos medicamentos de dispensação excepcional.

O Senador Flávio Arns justifica que seu PL surgiu *“da vontade da sociedade civil em buscar uma solução para o impasse enfrentado por inúmeros usuários de medicamentos excepcionais não contemplados nas tabelas do Ministério da Saúde ao tratamento de suas doenças, os quais são obrigados a buscar a tutela judicial para a sua obtenção. No fundo, em nosso país, a questão de medicamentos suscita um embate entre Direito Financeiro versus Direito Fundamental”*.

⁶⁷ A ementa do acórdão da Suspensão de Tutela Antecipada nº 2004/0062451-9 determina:

1. O fornecimento genérico e indiscriminado de próteses não aprovadas por órgão especializado, a quem delas necessite, em detrimento da listagem oficial do Ministério da Saúde tem, de fato, potencial suficiente para inviabilizar a realização de outros tratamentos à população carente e o próprio sistema de saúde pública.
2. Compete à Administração Pública fixar as diretrizes da política social e econômica que visam à saúde de toda população.
3. Agravo regimental não provido.
- 4.

Discorre sobre a polêmica existente entre as Associações de Usuários de Medicamentos Excepcionais e o Executivo da Saúde, demonstrando a polarização das duas posições. Transcreve a opinião de um jurista de Direito constitucional acerca do tema:

“A saúde, como direito público subjetivo, representa uma prerrogativa jurídica indispensável assegurada à generalidade das pessoas e é decorrência indissociável do direito fundamental à vida, que se constitui a fonte primária de todos os demais bens jurídicos, devendo ser resguardada de modo concreto e efetivo, na forma prevista pela Carta Constitucional.” (SILVA, J. A.; 2001)

Esta argumentação baseia-se no artigo 5º, parágrafo 1º, da Constituição Federal, que dispõe que *“as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”*.

O Poder Público, segundo o parlamentar, defende a validade das padronizações constantes nas Portarias do Ministério da Saúde, fundamentado no fato de que no artigo 6º da lei 8080, a assistência terapêutica integral estaria relacionada ao cuidado de saúde, ou seja, o Estado deve assegurar a assistência terapêutica para atendimento a todos os níveis de complexidade do cuidado e não teria a obrigatoriedade de dispor de todos os produtos e instrumentos terapêuticos existentes.

Segundo o Senador, o Ministério da Saúde considera que *“o gestor federal tem a responsabilidade de selecionar os medicamentos que serão disponibilizados à população, de forma a escolher, dentre as inúmeras alternativas terapêuticas disponíveis, aquelas que proporcionam o benefício esperado ao menor custo possível”*. Este entendimento utiliza o argumento de que *“a saúde, enquanto direito social, possui previsão constitucional despida de aplicabilidade imediata”*. Desta forma, o direito à saúde seria *“norma de eficácia contida e, como tal, pode ter seus efeitos reduzidos por legislação infraconstitucional.”*

Também na justificativa do Senador Flávio Arns é citada a suspensão de tutela antecipada determinada pela Ministra Ellen Gracie (STF), e comenta as dificuldades advindas desta sentença, na medida em que passou a ser utilizada pelos gestores estaduais para legitimar recursos contra determinações de fornecimento de medicamentos excepcionais que não fazem parte da relação constante nas Portarias do Ministério da Saúde.

Sobre o projeto de lei de autoria do Senador Tião Viana refere que o mesmo tem o objetivo de elevar a previsão infralegal das listagens ou tabelas ministeriais ao *status* de norma legal.

Conclui sua justificativa afirmando que:

“O direito à saúde, sob esta ótica, encontraria limitação frente à ‘reserva do possível’, assim compreendida como disponibilidade de recursos orçamentários”.

Embora o tema de ambos os projetos de lei seja a definição de formas de acesso e de incorporação de tecnologias de saúde, mais especificamente as substâncias medicamentosas, por meio de alterações na Lei 8080, eles apresentam, como foi visto, profundas diferenças. No entanto, ambos os projetos demonstram a magnitude do tema, a despeito da inexistência de consenso mesmo entre dois senadores do Partido dos Trabalhadores, ou seja, do mesmo partido do Chefe do Executivo. Parece-nos que os projetos de lei pouco irão interferir no *status quo* por que nenhum dos dois prevê como determinar aos profissionais médicos que suas prescrições ou laudos, restrinjam-se tão somente aos procedimentos ou medicamentos constantes das tabelas do SUS, como pretende o Senador Tião Viana, ou que atendam a todos os critérios estabelecidos no PL do Senador Flávio Arns.

Questiona-se, inclusive, conforme foi apontado por alguns dos entrevistados, a constitucionalidade destas propostas parlamentares, ficando evidenciado que este é um tema controverso, pouco divulgado e discutido com as sociedades de classe e a sociedade civil.

6.3 - 3º Núcleo Causal

Este grupo de questões nos parece aquele de resolução mais factível no médio prazo, uma vez que está relacionado à forma como os gestores do SUS vêm conduzindo a gestão do sistema de saúde. Observa-se que ainda é incipiente a estruturação, organização e análise da natureza das demandas judiciais e é restrito o monitoramento do impacto das mesmas na possível desorganização e desfinanciamento do setor, a despeito da clareza com que todos os gestores se manifestaram quanto à gravidade da situação.

Devido às múltiplas possibilidades de entrada das demandas judiciais nas Instituições gestoras, existem dificuldades de serem estabelecidos fluxos

processuais, o que vem prejudicando o dimensionamento e o enfrentamento destas situações. Por outro lado, a pulverização de dados e a falta de padrões de registro⁶⁸ praticamente inviabilizam análises mais consistentes.

Há evidências de que a gestão do cuidado de saúde está pouco articulada com a gestão financeira do sistema.

Os registros existentes, coletados junto aos 3 entes, não nos permitiram e tão pouco permitem aos gestores, analisar a ocorrência de prejuízo efetivo à realização das ações de saúde/atividades programáticas devido as realocações de recursos financeiros necessárias para o cumprimento dos mandados e pagamento de multas, assim como não foi possível calcular o montante global dos recursos despendidos, incluídos aqui os custo de importação de medicamentos.

Na análise do componente quantitativo conseguiu-se identificar a maior parte das substâncias medicamentosas que fazem parte da “zona indefinida”, conforme classificação da SMS/RJ, assim como suas indicações. No entanto, seria importante conhecer as rubricas orçamentárias/programas de saúde de onde foram retirados os recursos para o atendimento a estes processos judiciais. Seria necessária também a análise dos valores unitários praticados para estas aquisições, dado que estes itens, muito provavelmente, estão sendo adquiridos por valores mais elevados do que os processados de forma planejada, uma vez que, nas aquisições realizadas em regime emergencial as instituições gestoras perdem a possibilidade de compra em escala.

Não pode ser analisado o montante de recursos despendidos por seqüestro judicial aos Fundos de Saúde.

Por outro lado, pode ser observado que foram aplicados recursos para pagamento de medicamentos essenciais, excepcionais e medicamentos estratégicos ou de alto custo pelos 3 entes, descaracterizando as padronizações de responsabilização dos gestores definidas nas Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica. Estes gastos, sem dúvida, deveriam fazer parte da pauta de discussões das Comissões Intergestores para viabilizar o ressarcimento entre os entes, uma vez que existem recursos federais

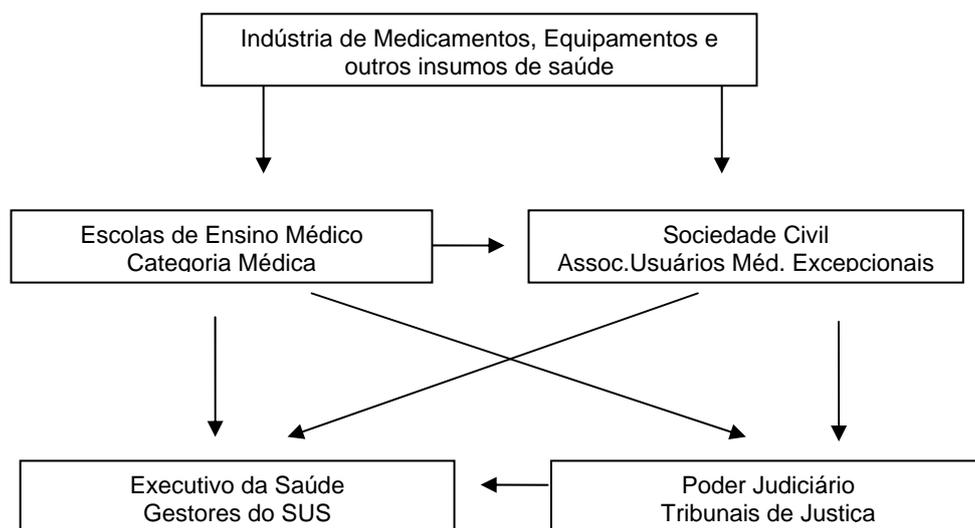
⁶⁸ Por meio da Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996 o Ministro da Saúde aprovou as Denominações Comuns Brasileiras – DCB, isto é, define a forma de descrição para medicamentos no país.

transferidos para este fim, como verificamos nas tabelas relativas aos repasses do bloco financeiro de assistência farmacêutica, além dos recursos próprios de cada instância de governo, alocados segundo a responsabilização pactuada nas Políticas Nacionais.

Observou-se aqui que as dificuldades pelas quais os gestores do SUS vêm atravessando para cumprir os preceitos constitucionais de garantir o acesso integral e igualitário aos serviços de saúde podem decorrer ainda (a) de um possível confronto/conflito estabelecido no âmbito do Judiciário, entre o direito individual, cuja lógica é privada e o coletivo, de interesse da saúde pública; (b) de exigências crescentes e legítimas da nossa sociedade para garantir largamente seus direitos. Esta população, assim como a classe médica e o aparelho formador pode estar, por vezes, sendo impulsionada pelas pressões da indústria de medicamentos e outros produtos de saúde verificada na mídia ou na prática médica.

O diagrama abaixo tenta demonstrar os conflitos observados nesta imbricada relação de interesses, poderes e entendimentos.

Diagrama 1 – Representação dos Conflitos de Interesses Observados



Sem dúvida, estes conflitos/impasses fazem parte do cotidiano dos gestores do SUS e puderam ser observados na atuação do Judiciário, da categoria médica e nas reivindicações da sociedade junto àquele Poder.

Cabe ao Executivo da Saúde, como possível resolução para as questões que constituem este núcleo causal, assumir uma atitude pró-ativa diante de tais situações, isto é, protagonizar ações de articulação inter-setoriais no âmbito do Executivo, com os outros Poderes, junto as representações de classe e a sociedade civil como um todo. Tais medidas devem promover uma ampliação do diálogo entre os atores e a construção de consensos técnico-políticos, minimizando situações que demonstraram um grande conflito de idéias, advindas, a nosso ver, do perfil/local de atuação dos atores envolvidos.

Por fim, um sistema de saúde com as características do SUS e cujo conceito de saúde se mostra abrangente, pressupõe ainda outras ações inter-setoriais relacionadas à Economia, Previdência, Saneamento, mercado de trabalho e, por conseguinte, suas ações e orçamentação devem estar pautadas em acordos e parcerias inter-Poderes, para garantir ao Sistema, uma Agenda de Saúde integrada que envolva os diversos setores do Estado Brasileiro.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, C.M.: *Reforma do Estado e reformas de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança*. In: Gestão do SUS: problemas desafios e avanços. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 4 n.º 2. Rio de Janeiro:RJ. 1999.
- ALMENDRAL, V. R. *Tributos, transferências e gastos na Espanha: o centro e as regiões buscam o melhor equilíbrio*.
- ARAUJO, F. T. *Ampliando os Horizontes da PO*. In: ENEGEP, XV, São Carlos, 1995.
- ARRUDA, J.J.A *“História Moderna e Contemporânea”*, Editora Ática, São Paulo, 1987
- BARRE, R.,”*Manual de Economia Política. Rio de Janeiro*”, Editora Fundo de Cultura, 1957.
- BASTOS, A.V.B - *Mapas cognitivos e a pesquisa organizacional: explorando aspectos metodológicos*, in Estud. psicol. (Natal) vol.7 no.spe Natal, UFBA 200
- BERLINGUER, G. *“A doença”*, São Paulo, Hucitec, 1998.
- BOBBIO, N – *“A Era dos Direitos”*, Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1992
- BOLTANSKY, Luc. *“As Classes Sociais e o Corpo”*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1989.
- BRASIL - Ministério da Saúde, Secretaria Nacional das Ações Básicas de Saúde. *Programa de Saúde da Família. Brasília*, 1994.
- BRACHO, Carmén Alemán & SERRANO, Mercedes García (1998). *Política Social y Salud*. In: BRACHO, Carmén Alemán & FERRE, Jorge Garcés (orgs), *Política Social*. Madrid: McGraw-Hill, p:211-232
- BRASIL, Ministério da Saúde, *PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006, Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*, Brasília, 2006
- BRASIL. *Relatório Canadense à reunião especial sobre a Reforma do Setor Saúde – Documento de apoio para o Seminário, sobre o Sistema de Saúde do Canadá*, Brasília, ago/
- CAETANO, R. *“Inovações e Trajetórias Tecnológicas no território das Imagens Médica”* Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro. 2002.

- CASTANHO, R. A.; ARBELAEZ, J. J.; GIEDION, U. B.; MORALES, L. G. *Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia*. *Health Policy and Planning*, Oxford University Press, v. 17, n. 1, p. 5-11, 2002.
- CECILIO, L. C. e MATSUMOTO, N. F. "Taxionomia Operacional de Necessidades de Saúde". São Paulo, 2001.
- CHAIMOWICZ, F. "A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas", *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, 1997.
- CNSSS. *Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes (2000-2001)*. Bogotá: CNSSS, 2001.
- COLOMBIA. Ministerio de Salud. Antecedentes y resultados. In: *La reforma a la seguridad social en salud*. Bogotá: MS, 1994. Tomo I.
- CONTANDRIOPOULOS, A P. *Reformar o Sistema de Saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável*. IN: *Revista Saúde em Debate*, n. 49-50, CEBES, mar/96.
- DONNANGELO, M. C. F. "Saúde e Sociedade". São Paulo, Duas Cidades, 1979.
- DORNELLES, J.C. "Fórmulas para Distribuição de Recursos para a Saúde: Análise da Experiência de Alguns Países". CEBES, Saúde em Debate, Londrina, 1991.
- DUCHIADE, M. P."População brasileira: um retrato em movimento". In: MINAYO.
- FARIA, T;W, *Caminhos e Percalços da Política de saúde no Brasil – Vinte Anos da Reforma Sanitária*, 1999
- FLEURY, S *Universal, Dual o Plural? Modelos y Dilemas de Atencion de la Salud en America Latina* Dirección: Escola Brasileira de Administração Pública-Fundação Getúlio Vargas; Rio de Janeiro, 2001.
- FORRATINI, O. P. "Epidemiologia Geral", 1988.
- HEIMANN, L. S. "Quantos Brasis? Equidade para Alocação de Recursos no SUS". São Paulo, 2002.
- IPEA/DPS – *Caderno de Informações Sociais Básicas* - Brasília – D.F, 1996.

JATAHY, C. R. C. – *Curso de Princípios Institucionais do Ministério Público* – Rio de Janeiro: Roma Victor, 2004

LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. *Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy*, v. 41, p. 10, 1997.

LUZ, M.T; *As Instituições Médicas no Brasil – Instituição e Estratégia de hegemonia*, Coleção Biblioteca de Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro; Editora Graal. 1997

LUZ, M.T; *Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano*; Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2000 pp 27.

LUZ, M.T; *Medicina e Ordem Política Brasileira*; Rio de Janeiro; Editora Graal; 1982.

MACKPAKE, B.; YEPES, F. J.; LAKE, S.; SANCHEZ, L. H. “*Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá?* *Health Policy and Planning*, Oxford University Press”, v. 18, n. 2, p. 182-194, 2003.

MARSHALL, T.H in *Política Social*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967

MATTOS, R.A., “*O Processo de Construção Conceitual do Método CENDES/OPS*”. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 46).

MATTOS, R.A; PINHEIRO, R., “*Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas*”, Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2003.

NISHIJIMA & RIBEIRO; *Pesquisa P. X 1 ANS/MS* – Rio de Janeiro, 2003

PALMA, E.C. *Programa de princípios institucionais do Ministério Público*. Rio de Janeiro: LiberJuris, 1986

PORTO, S. “*Eqüidade na Distribuição Geográfica Dos Recursos Em Saúde: uma contribuição para o caso brasileiro*”. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

RIVAS, J.L.B. *Bases Analíticas para La Comprensión de Las .Políticas Sociales en La Transición Democrática Española*. In: SANTOS, Reginaldo Souza (org.). *Políticas Sociais e Transição Democrática: Análises Comparativas de Brasil, Espanha e Portugal*. São Paulo: Mandacaru, 2001p: 53-89.

ROUQUAYROL, Z., M. “*Epidemiologia & Saúde*”. Rio de Janeiro, Medsi, 1993.

SILVA, J. A; *Curso de Direito Constitucional Positivo*, 19ª edição, Malheiros, 2001, p. 808)

SOUSA C., G.W. “*Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas*”, In: Cecilio, L.C.O. (ORG) Inventando a mudança na saúde. São Paulo, Hucitec, 1994.

SOUSA C. G.W, “*A saúde pública e a defesa da vida*”, São Paulo, Hucitec, 1994.

STOTZ, E. N., “*Necessidade de Saúde: mediações de um conceito*”. [tese de doutorado; Escola Nacional de Saúde Pública, 1991].

TORNERO, J; L..G. de A .*El Sistema Nacional de Salud em el Estado de las Autonomías. Revista de Administración Sanitaria. Volumen III. Número 12. Octubre/diciembre 1999.*

VIANNA, L. W. – “*A Democracia e os Três Poderes no Brasil*” – Belo Horizonte, Editora UFMG, 2002

ANEXO I

Roteiro de perguntas:

- 1- Em sua concepção, o que é saúde?
- 2- Como se manifesta/estrutura o direito à saúde na sociedade brasileira?
- 3- No Estado brasileiro, a quem cabe garantir o direito à saúde?
- 4- Existem políticas setoriais capazes de garantir o direito à saúde?
- 5- No campo da assistência farmacêutica e tomando por base o artigo 6º da Lei 8080, como se dá a incorporação de novas tecnologias em saúde?
- 6- O Sr. conhece a Relação Nacional de Medicamentos - RENAME ou outras padronizações relativas a assistência farmacêutica?
- 7- Como se dá o financiamento das ações de saúde?
- 8- De que forma o Sr. avalia a ampliação da judicialização da saúde?
- 9- O Sr. conhece os projetos de lei em tramitação no Senado Federal, de autoria dos senadores Tião Vianna e Flávio Arns, relativas a alterações no texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080)
- 10 - O Sr. considera que existe amadurecimento/consenso da sociedade brasileira acerca da pertinência/necessidade de tais alterações?

Anexo II

Glossário de Termos Jurídicos	
Ação Civil Pública	Meio atribuído ao Ministério Público, e dado a pessoas jurídicas públicas e particulares, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos, objetivando fixar responsabilidade pelos danos a eles causados. O Ministério Público é instituição permanente a que a Constituição incumbiu de zelar pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Ação Ordinária	Conforme conceituada de forma equivocada, é a ação proposta em rito ordinário. Este conceito, entretanto, não está correto, uma vez que Ordinário é o rito que ela segue e não o nome da Ação. As ações que pertencem ao rito ordinário são classificadas por: ação de conhecimento, ação de execução, ação cautelar e ação monitória. A ação (judicial) é o direito subjetivo de uma pessoa de exigir do estado-juiz uma tutela para seus próprios direitos ou a prestação jurisdicional nos casos em que existe litígio. Fonte: http://www.direitonet.com.br/dicionario_juridico
Ações Coletivas	Ação impetrada para defesa de Direitos Coletivos por quem tem legitimidade para tal, conforme previsto no art. 82 do Código de Defesa do Consumidor. Fonte: Código de Defesa do Consumidor art. 81 e 82.
Apelação cível	É o recurso que se interpõe de decisão terminativa ou definitiva de primeira instância, para instância imediatamente superior, a fim de pleitear a reforma, total ou parcial, da sentença de natureza cível com a qual a parte não se conformou. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Busca e apreensão	Medida preventiva ou preparatória, que consiste no ato de investigar e procurar, seguido de apoderamento da coisa ou pessoa que é objeto de diligência judicial ou policial. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Carta Precatória	Meio que dispõe o juiz de fazer cumprir os atos processuais (citação, penhora, apreensão, etc), fora dos limites territoriais da sua comarca, ou seja, os atos devem ser praticados em comarca diversa de onde corre o processo. É dirigida ao juiz de mesma categoria jurisdicional. Tem como requisitos essenciais: a indicação dos juizes de origem e de cumprimento do ato; o inteiro teor da petição, do despacho judicial e do instrumento do mandato conferido ao advogado; a menção do ato processual, que lhe constitui o objeto; o encerramento com a assinatura do juiz. Veja arts. 200 e seguintes do Código de Processo Civil. Fonte: http://www.direitonet.com.br/dicionario_juridico/x/14/00/140/
Direito coletivo	São direitos indivisíveis, cujos titulares são determinados ou determináveis e ligados entre si por uma relação jurídica base. Veja art. 81, Parágrafo Único, Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90) e art. 1º, IV, da Lei da Ação Civil Pública (Lei 7.347/85). Fonte: http://www.direitonet.com.br/dicionario_juridico/
Direito fundamental	Previstos no art. 5º da Constituição Federal Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade
Direito individual	Previstos no art. 5º da Constituição Federal e em outros como por exemplo: 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.
Direito privado	O direito privado é o que regula o ordenamento dos interesses particulares, sendo o Direito Civil o ramo do direito privado por excelência Fonte: http://www.sobresites.com/direito/
Direito público	O direito público é regido pelos princípios da supremacia do interesse público e da estrita legalidade (o agente público só pode agir se, quando e como a lei prescrever). Fonte: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7552
Direitos Sociais	São direitos assegurados constitucionalmente pelo Arts. 6º e seguintes da Constituição Federal. São a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. Fonte: http://www.direitonet.com.br/dicionario_juridico/
Estado de Direito	Estado de Direito significa que nenhum indivíduo, presidente ou cidadão comum, está acima da lei. Os governos democráticos exercem a autoridade por meio da lei e estão eles próprios sujeitos aos constrangimentos impostos pela lei. Fonte: http://www.embaixadaamericana.org.br/democracia/law.htm
Estado Democrático	O conceito de Estado Democrático de Direito Social deve ser entendido como uma estrutura jurídica e política, e como uma organização social e popular, em que os direitos sociais e trabalhistas seriam tratados como direitos fundamentais. Assim, vale dizer, os direitos sociais encontrar-se-iam sob a guarda de garantias institucionais que os defendessem do assédio privatista Fonte: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4613

Fazenda Pública	Denominação genérica de qualquer espécie de Fazenda, atribuída às pessoas de Direito Público. Nela, assim, se computam as Fazendas Federal, Estadual e Municipal. E, desta forma, Fazenda Pública é sempre tomada, em amplo sentido, significando toda soma de interesse de ordem patrimonial da União, dos Estados federados ou do Município, pois que, sem distinção, todas se compreendem na expressão. A Administração Pública, quando ingressa em juízo por qualquer de suas entidades estatais, por suas autarquias, por suas fundações públicas ou por seus órgãos que tenham capacidade processual, recebe a designação tradicional de Fazenda Pública, porque o seu erário é que suporta os encargos patrimoniais da demanda. Fonte: http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4211
Instâncias	É o mesmo que grau de jurisdição. É a ordem de hierarquia judiciária, que se divide em inferior e superior. A inferior decide em primeira ou anterior instância; a superior, nos tribunais, por meio de recurso, decide a causa já julgada na inferior. http://www.prdf.mpf.gov.br/imprensa/glossario
Intimação	Ato pelo qual é dada ciência aos procuradores das partes, a elas próprias ou a terceiros, para que seja feita ou deixe de ser feita alguma coisa dentro ou fora do processo. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Juizado	Mais propriamente empregado para indicar a sede do juízo, isto é, a repartição em que está instalado o juízo e onde o juiz dá seus despachos e suas audiências. Designa também o cargo ou ofício do juiz. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Juizados Especiais Cíveis (JECS)	Órgãos da Justiça ordinária instituídos pela Lei nº 9.099, de 26/9/1995, de criação obrigatória pela União, no Distrito Federal e nos Territórios, e pelos Estados, no âmbito da sua jurisdição, para conciliação, processo, julgamento e execução, nas causas de sua competência. Têm como motivação fundamental abreviar a solução dos litígios, desafogando a justiça ordinária. Orientam-se pelos critérios da oralidade, simplicidade, informalidade, economia processual e celeridade, buscando sempre que possível a conciliação das partes. Restringem-se a causas de reduzido valor econômico, que não excedam a 40 salários mínimos. Causas de até 20 salários mínimos não necessitam de advogado. Somente as pessoas físicas capazes podem propor ações. Pessoas jurídicas, o insolvente civil, o incapaz e o preso não podem demandar no Juizado Especial. Os Juizados Especiais Criminais julgam os delitos considerados de baixa lesividade. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Liminar	Ordem destinada à proteção cautelar de um direito em face da razoável procedência dos fundamentos alegados e da possibilidade de dano irreparável em razão da demora. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Medida Liminar	Decisão judicial provisória proferida nos 1º e 2º graus de jurisdição, que determina uma providência a ser tomada antes da discussão do feito, com a finalidade de resguardar direitos. Geralmente concedida em ação cautelar, tutela antecipada e mandado de segurança. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Mandado	Como vocábulo jurídico significa ato escrito, ordem emanada de autoridade pública, judicial ou administrativa, em cumprimento de diligência ou medida que é determinada (mandado de citação, de intimação, de penhora, de prisão, de apreensão). Fonte: http://www.prdf.mpf.gov.br/imprensa/glossario
Mandado de condução	É a condução de forma coercitiva de alguém a presença de uma Autoridade instituída. Ver Mandado
Mandado de citação	Ato mediante o qual se chama a juízo, por meio de oficial de justiça, o réu ou o interessado, a fim de se defender. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Mandado de segurança	Ação deflagrada por pessoa física ou jurídica a fim de que se lhe assegure, em juízo, um direito líquido e certo, demonstrado, violado ou ameaçado por ato de autoridade, manifestamente ilegal ou inconstitucional. Esse direito não deve ser protegido por habeas corpus ou habeas data. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Multa pessoal	Em determinadas demandas, para garantir eficácia da decisão liminar, o juiz pode fixar uma multa em caso de descumprimento da determinação por parte do réu. Porém, tal multa só poderá ser cobrada após o trânsito em julgado da sentença final. É o que ocorre, por exemplo, nas chamadas ações "coletivas" do Código de Defesa do Consumidor (art. 84, § 3º) e nas ações civis públicas (art. 12, § 2º, da Lei 7.347/85). Fonte: http://www.direitonet.com.br/dicionario_juridico/
Pena de prevaricação	Prevaricação é, na lição de Magalhães Noronha 3, infidelidade ao dever de ofício, à função exercida. É a não realização de conduta obrigatória, através de não cumprimento, retardamento ou concretização contra a lei, com a destinação específica de atender a sentimento ou interesse próprio. O objeto jurídico tutelado é o bom funcionamento da atividade pública, a qual não pode compactuar com o proceder do funcionário que deixa de lado seus deveres, para satisfazer seu próprio interesse. Tutela-se o interesse da administração pública. Dispõe o art. 319 do Código Penal: "Retardar ou deixar de praticar, indevidamente, ato de ofício, ou praticá-lo contra disposição expressa de lei, para satisfazer interesse ou sentimento pessoal"

	Fonte: http://www.dantaspimentel.adv.br/jcdp5118.htm
Procurador de Justiça	Agente do Ministério Público que atua no 2º grau de jurisdição. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Procurador do Estado	Bacharel em Direito devidamente inscrito na Ordem dos Advogados e concursado que representa o Estado em juízo. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Sentença	1. Ato do juiz pelo qual põe termo ao processo, decidindo, ou não, o mérito da causa. 2. Ato do juiz pelo qual, pondo fim ao processo, decide pela condenação ou absolvição do acusado. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario
Tutela antecipatória	É a antecipação, feita pelo juiz, a requerimento da parte, dos efeitos da tutela, total ou parcialmente, pretendida no pedido inicial, desde que, existindo prova inequívoca, se convença da verossimilhança da alegação. Também é necessário que haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação ou fique caracterizado o abuso de direito de defesa ou o manifesto propósito protelatório do réu. Na decisão que antecipar a tutela, o juiz indicará, de modo claro e preciso, as razões do seu convencimento. Quando houver perigo de irreversibilidade do provimento antecipado, não se concederá a antecipação da tutela. Esta poderá ser revogada ou modificada a qualquer tempo, em decisão fundamentada. Veja Art. 273 e parágrafos do Código de Processo Civil Fonte: http://www.direitonet.com.br/dicionario_juridico/
Tutela Coletiva	Tutela concedida em ações coletivas. Ver ações coletivas e Tutela Antecipatória.
Vara	Cada uma das divisões de jurisdição de uma comarca, confiada a um Juiz de Direito. Ex.: Vara Cível, Criminal, da Fazenda Pública. Fonte: http://www.mundolegal.com.br/default.cfm?FuseAction=Dicionario

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)